

Uniwersytet Jagielloński
Collegium Medicum
Wydział Ochrony Zdrowia

Sylwia Bartuś

***Prewencja chorób układu krążenia w prasie codziennej
Krakowa i Chicago w latach 1994 i 2004.***

Praca doktorska

Promotor: Prof. dr hab. Włodzimierz Cezary Włodarczyk

Pracę wykonano w Collegium Medicum UJ: Wydział Ochrony Zdrowia

Kraków 2006

Serdeczne podziękowania składam promotorowi mojej pracy Szanownemu Panu Profesorowi Włodzimierzowi Cezaremu Włodarczykowi za poświęcony mi czas i pomoc w napisaniu niniejszej pracy.

Dziękuję też Panu Profesorowi R.T. Qujano i T. Humphrey za umożliwienie mi prowadzenia badań w Stanach Zjednoczonych.

Bardzo dziękuję wszystkim osobom, które wspierały mnie merytorycznie i tym, które udzieliły mi wsparcia w czasie pracy nad doktoratem.

Spis treści:

1. Wstęp.....	4
2. Rozdział 1. Od leczenia do prewencji chorób.....	14
1.1. Uwarunkowania zdrowia a kształtowanie polityki zdrowotnej.....	14
1.2. Profilaktyka zdrowotna jako element zdrowia publicznego.....	20
1.2.1 Profilaktyka chorób układu krążenia.....	22
1.3 Styl życia jako główny determinant stanu zdrowia współczesnej populacji.....	30
1.4 Czynniki ryzyka chorób układu krążenia.....	32
3. Rozdział 2. Udział mediów w działaniach na rzecz zdrowia.....	42
2.1 Komunikowanie masowe.....	42
2.2 Oddziaływanie środków komunikowania masowego.....	45
2.3 Wolność i niezależność mediów masowych w krajach rozwiniętych.....	50
2.4 Znaczenie analizy mediów.....	55
2.5 Zainteresowanie tematem zdrowia.....	56
2.6 Media masowe jako narzędzie wspierające prewencje chorób układu krążenia.....	61
4. Rozdział 3. Materiał i metoda.....	66
3.1 Materiał badawczy.....	66
3.2 Metoda badawcza.....	68
5. Rozdział 4. Prezentacja wyników i dyskusja.....	73
4.1 Tematyka dotycząca chorób układu krążenia na łamach prasy lokalnej Krakowa i Chicago w latach 1994 i 2004.....	73
4.1.1 Prewencja chorób układu krążenia.....	78
4.2 Wybrane czynniki ryzyka chorób układu krążenia w prasie lokalnej Krakowa i Chicago w roku 1994 i 2004.....	80
4.2.1 Dieta.....	84
4.2.2 Palenie tytoniu.....	85
4.2.3 Niewystarczająca aktywność fizyczna.....	86
4.2.4 Inne.....	87
4.2.5 Mieszane.....	88
4.3 Tematyka dotycząca problematyki zdrowotnej na łamach prasy lokalnej Krakowa i Chicago w latach 1994 i 2004.....	91
4.4 Poprawność rzeczowa publikacji dotyczących zdrowia na łamach prasy Krakowa i Chicago w latach 1994 i 2004.....	104
6. Podsumowanie i wnioski.....	106
7. Streszczenie.....	114
8. Summary.....	116
9. Aneks.....	118

Wstęp:

Problematyka zdrowotna i działania podejmowane na rzecz zdrowia często skupiają na sobie uwagę opinii publicznej. Trudno znaleźć kraj, w którym problemy zdrowia nie byłyby obserwowane i relacjonowane z dużym zainteresowaniem przez media.

Mimo, że era wiary we wszechmoc środków komunikowania masowego dawno minęła,¹ media odgrywają znaczną rolę w procesie przekazywania informacji a także nabywania norm i wartości społecznych, stając się w ten sposób czynnikiem socjalizacji. Nie chodzi tu jedynie o nabywanie społecznych idei, ale także sympatii i antypatii do spraw i problemów, w tym problemów zdrowotnych. Istotną rolę w procesie informacji może odegrać prasa codzienna, która każdego dnia czytana jest przez szeroki i różnorodny krąg odbiorców. I chociaż prasa wypierana jest przez media elektroniczne, trudno nie docenić jej znaczenia na rynku mediów i reklamy. Od swych wczesnych początków gazety pełniły rolę nośnika informacji, a także dostarczały tematów do rozmów i dyskusji w kręgach swoich czytelników. Prasa ma swoistą więź z czytelnikami, jest godnym zaufania dostawcą informacji, służącym też dobrą radą i wskazówkami. Dotyczy to zarówno ustaleń programowych polityki zdrowotnej, jak i jej działań szczegółowych, w tym profilaktyki zdrowotnej.

Medycyna zapobiegawcza, zwana profilaktyką lub prewencją, stanowi jeden z czterech działów nauk medycznych (informacja, zapobieganie, leczenie, rehabilitacja²). Najogólniej są to *działania zmierzające do podtrzymywania i wzmacniania zdrowia jednostki i populacji oraz utrzymania naturalnych układów środowiska*³, w zakresie, których mieści się postępowanie informacyjne o zdrowiu, czynności podtrzymujące i

¹ Mc Quail D., Mass Communication Theory, Sage Publication, London 1994.

² Jabłoński L., red., Podstawy epidemiologii ogólnej, epidemiologia chorób zakaźnych, Czelej, Lublin 2002, s.107

³ Jabłoński L., red., ibidem.

wzmacniające zdrowie jednostki i populacji, oraz czynności utrzymujące naturalną ekologię środowiska życia.

Najbardziej znana definicja Caplana⁴ określa profilaktykę jako działanie ukierunkowane na grupy ryzyka określonych chorób obejmujące redukcję czynników chorobotwórczych, wczesne wykrycie zmian chorobowych oraz zapobieganie skutkom choroby.

W działaniach podejmowanych w ramach profilaktyki odnaleźć można wpływy wielu dyscyplin naukowych, stanowiących szerokie wsparcie dla polityki zdrowotnej, będącej częścią dużo szerszej polityki społecznej.

Niezaprzeczalnym zapleczem polityki zdrowotnej jest zdrowie publiczne – określone przez C.E.A Winslowa w 1920 roku jako "nauka i sztuka zapobiegania chorobom, przedłużania życia i promocji zdrowia fizycznego i psychicznego wysiłkiem zorganizowanej społeczności poprzez sanitaryzację środowiska, kontrolę zakażeń społecznych, nauczania zasad higieny indywidualnej, organizację służb lekarskich i pielęgniarских do zapobiegania chorobom i wczesną diagnostykę, rozwój mechanizmów społecznych zapewniających każdemu indywidualnie i społeczności, warunki życia pozwalające każdemu obywatelowi na utrzymanie zdrowia od urodzenia i długowieczność..."⁵ A ujmowane krócej przez D. Achesona jako: „nauka i sztuka zapobiegania chorobom, przedłużania życia oraz promowania zdrowia poprzez zorganizowane wysiłki społeczeństwa”⁶. Zdrowie definiowane jest w tym ujęciu, zgodnie z definicją WHO przyjętą w roku 1946, jako stan pełnego dobrego samopoczucia fizycznego, umysłowego i społecznego a nie tylko braku choroby czy niedomagania⁷.

Mimo czasu, jaki upłynął od ustalenia powyższych definicji, celem funkcjonowania zdrowia publicznego pozostaje „zmniejszenie chorobowości, liczby przedwczesnych zgonów oraz ograniczenie częstości występowania stanów powodujących cierpienia i niepełnosprawność w całej populacji”⁸.

Zajmując się profilaktyką medyczną w mediach, trzeba brać pod uwagę nurt epidemiologiczny, nurt nowoczesnego zdrowia publicznego, a dokładnie promocji zdrowia oraz naukę o komunikowaniu masowym. Każda z tych nauk posiada bogate zaplecze badań i literatury.

4 Caplan G, Prevention of mental disorders in children. New York: Basic Books, 1964.

5 Winslow C. E. A Untilled Field of Public Health, Modern Medicine, vol.2, s.183.

6 Downie R. S., Fyfe C., Tannahill A., Health Promotion. Models and Values. Oxford Medical Publication, Oxford, New York, Tokyo, 1993.

7 Konstytucja WHO z 1946, podpisana przez prezydenta RP w roku 1948, Dziennik Ustaw z dn. 29.12.1948, Nr 61.

8 Sheps C.G in: Downie R. S., Fyfe C., Tannahill A., Health Promotion. Models and Values. Oxford Medical Publication, Oxford, New York, Tokyo, 1993.

Z epidemiologicznego punktu widzenia prewencja chorób układu krążenia (CHUK) jest bardzo ważnym elementem współczesnej polityki zdrowotnej, ponieważ choroby te są jednym z głównych problemów zdrowotnych współczesnej populacji. W roku 2002 zmarło z powodu schorzeń układu sercowo-naczyniowego około 16.7 Milionów ludzi na świecie. W tym 7.2 Miliona z powodu chorób wieńcowych, 5.5 Miliona z powodu wylewu, 2.4 Miliona z powodu innych chorób serca, 0.9 Miliona z przyczyny choroby nadciśnieniowej, 0.4 Miliona z powodu choroby zapalnej serca i 0.3 Miliona z powodu choroby reumatycznej serca⁹.

W Polsce w 2003 roku choroby układu krążenia były przyczyną 48% wszystkich zgonów¹⁰. Podobna pod względem struktury zgonów sytuacja miała miejsce w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie kilkanaście lat temu. W krajach tych za pomocą szeroko zakrojonych programów profilaktycznych oraz wielośrodkowych programów promocji zdrowia udało się zmniejszyć ryzyko zapadalności i śmiertelności nawet o 50% w ciągu 15-20 lat.¹¹ Literatura poparta wieloma dowodami naukowymi wskazuje, że większości chorób układu krążenia można zapobiegać. “U podstaw działania prewencyjnego na opanowanie epidemii chorób układu krążenia leży, bowiem zasada, iż dla opanowania chorób układu krążenia wczesne wykrywanie zagrożeń jest o wiele bardziej efektywne niż późniejsza interwencja”¹².

Z wieloletnich badań prospektywnych prowadzonych pod patronatem Komitetu Badań Populacyjnych Amerykańskiego Towarzystwa Kardiologicznego wynika jednoznacznie, że osoby z nielicznymi czynnikami ryzyka rzadko chorują na choroby serca i udary mózgu. Co więcej, to małe nasilenie czynników ryzyka wiąże się ze zdrowym stylem życia¹³.

Światowa Organizacja Zdrowia jednoznacznie określa, że profilaktyka chorób układu krążenia (CHUK) skupia się na kształtowaniu odpowiedniego stylu życia, ponieważ ma on główny wpływ na ograniczenie częstości występowania chorób układu krążenia, zwolnienie ich przebiegu oraz zmniejszenie negatywnych skutków zdrowotnych. Styl życia kryje w sobie najważniejsze czynniki ryzyka występowania choroby. Takie jak:

⁹ WHO. Atlas of Cardiovascular Disease, 2005.

¹⁰ Goryński P., Wojtyniak B., Kuszewski K., Monitoring oczekiwanych efektów realizacji NPZ 1996-2005, MZ PZH, Warszawa 2005.

¹¹ Gąsior Z., Mandecki T., Szulc A. Choroby serca i naczyń w: Brzozowski R., red., Vademecum Lekarza Praktyka, PZWL, Warszawa 2001.

¹² Bojnarowicz J., Zarys stanu zdrowia ludności Polski i jego ewolucja, Warszawa 1994, s. 52.

¹³ Cyt. za „Circulation”, 2/2002, Pearson T., Wytyczne AHA dotyczące prewencji chorób układu sercowo-naczyniowego i udaru mózgu.

palenie papierosów, podwyższone ciśnienie tętnicze krwi, podwyższony poziom cholesterolu, niedostatek aktywności fizycznej, otyłość oraz stres psychospołeczny¹⁴.

Zmiana stylu życia i działania, które można podjąć w celu polepszenia i utrzymania zdrowia wiąże nurt epidemiologiczny z nowoczesnym zdrowiem publicznym. Nieodłącznym elementem zdrowia publicznego jest promocja zdrowia. Czyli strategia łącząca budowanie kapitału społecznego z budowaniem kapitału intelektualnego dla zdrowia. W przybliżeniu i nie wdając się w bardzo szeroką dyskusję prowadzoną przez teoretyków (Bond¹⁵, Caplan, Nutbeam D.¹⁶), Można przyjąć, że w strategii tej mieści się też profilaktyka. Promocja zdrowia najczęściej jest kojarzona z procesem wspierania rozwoju oraz zdrowia pozytywnego, natomiast profilaktyka z działaniami zapobiegawczymi polegającymi na zabezpieczeniu człowieka przed różnymi zagrożeniami zdrowia. Wytyczne o prowadzeniu wielokierunkowej promocji zdrowia jako elementu profilaktyki w zakresie Chorób Układu Krążenia (CHUK) wraz z rozwojem Zdrowia Publicznego znalazły się w programach międzynarodowych i narodowych programów zdrowia takich jak Narodowy Program Zdrowia w Polsce¹⁷ czy Healthy People 2000 i 2010¹⁸, oraz Programach Profilaktyki Chorób Sercowo-Naczyniowych, będących najczęściej efektem pracy wielu towarzystw naukowych, a także w samych wytycznych dotyczących prewencji CHUK zatwierdzanych przez narodowe i międzynarodowe towarzystwa kardiologiczne. Oba obszary, zarówno promocja zdrowia jak i profilaktyka nie są zarezerwowane dla sektora medycznego. Są to działania skupiające wysiłki wielu dziedzin życia i w swej współczesnej formie wspierane przez wszelkie formy komunikacji, od rozmowy przez specjalne wydawnictwa poradnicze po media masowe.

Zgodnie z badaniami nad procesem komunikowania masowego, ludzie korzystają z mediów, aby dowiedzieć się tego, co może się im przydać; żeby dowiedzieć się, co myślą inni na dany temat; aby czuć więź z innymi ludźmi oraz dla przyjemności.¹⁹ Media, wobec swych odbiorców mogą pełnić funkcję autorytetu określającego to, co ważne i to, co nieistotne. Mogą też pełnić funkcję komplementarną do edukacji

14 Pusko P., Comprehensive cardiovascular community control programmes in Europe, Euro Reports and Studies 106, WHO, Copenhagen 1988, s. 11.

15 Sęk H., Społeczna psychologia kliniczna, PWN, Warszawa 1993, s. 476.

16 Nutbeam D., Health promotion glossary. Health Promotion, 1986, s. 113-127.

17 Narodowy Program Zdrowia, MZ, PZH Warszawa 2005.

18 Healthy People 2000 and 2010; oryginalne dokumenty udostępnione przez Institute of Public Health UIC Chicago, Lipiec 2005.

19 Pisarek W. w: Materiały z seminarium: Jak pracować z mediami, SZP CM UJ, Kraków 1992.

zdrowotnej. Szczególnie w profilaktyce chorób będących „głównym problemem zdrowotnym krajów rozwiniętych i rozwijających się”²⁰.

Dzięki nim organizacje i instytucje prozdrowotne mogą ogłaszać swoje programy i plany, w tym priorytety dla opanowania epidemii chorób układu krążenia²¹.

Udział mediów w projektach promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej i akcjach profilaktycznych jest, więc uzasadnione. Przeprowadzone badania, takie jak The Stanford Five City Project²², The Three Community Study czy The WHO MONICA Project²³, dowodzą, że media mają wpływ na powodzenie projektów profilaktycznych i edukacyjnych w kierunku obniżenia współwystępowalności czynników ryzyka chorób układu krążenia. Najlepsze wyniki w programach profilaktycznych przynosi równoległe prowadzenie akcji edukacyjnych, informacyjnych w mediach i profilaktycznych w jednostkach podstawowej opieki medycznej.²⁴

Współczesne populacje krajów rozwiniętych bliskie są idei społeczeństwa medialnego, w którym większość komunikowania przebiega za pośrednictwem środków medialnych, które dominują nad kontaktami komunikowania bezpośredniego²⁵. Bardzo wiele informacji, których dowiadujemy się o otaczającym nas świecie, pochodzi z komunikatów medialnych, które kształtują naszą wiedzę o świecie²⁶. Można, więc przyjąć, że mieszkaniacy cywilizowanego świata, który jest świadomym klientem rynku ochrony zdrowia²⁷, pacjentem z chorobą układu krążenia lub osobą potencjalnie na nią narażoną, będzie kształtował swoje zachowanie i styl życia w oparciu o własną świadomość na temat zagrożeń i działań sprzyjających zdrowiu, którą kreują jego osobiste doświadczenia, edukacja, wskazówki, jakie otrzymuje od swojego lekarza, a także to, czego dowiaduje się w mediach.

Można spotkać się z poglądem, że nie należy przeceniać znaczenia mediów. Badania nad oddziaływaniem środków masowego przekazu nie doprowadziły do wykrycia konkretnej formuły określającej skuteczność czy stopień wpływu na odbiorcę. Teza, że ludzie różnie odbierają i interpretują przekazy nie potwierdza jednak braku wpływu

20 The World Health Report 2003, Shaping the Future, WHO, Geneva 2003, s.86-99.

21 Stanford Center for Research in Disease Prevention 2003. dokument opublikowany na stronie internetowej SCRDP.

22 Fortmann S. F., Taylor C. B., Flora J. A., Effect of community health education on plasma cholesterol levels and diet; The Stanford Five City Project. American Journal of Epidemiology 1993, 137.

23 Tunstall-Pedoe H, Venuzzo D., Hobbs M., Estimation of contribution of changes in coronary heart disease mortality across the WHO MONICA Project populations, Lancet 200,355.

24 Program for Reduction of Cardiovascular and Cerebrovascular Disease in C Republic, CVD, 2004.

25 Goban-Klas T, Media i komunikowanie masowe, PWN Warszawa 2004, s.293-295.

26 Haber L. (red), Społeczeństwo informacyjne: wizja czy rzeczywistość. UJ, Kraków 2004.

27 De Baakey M., Gotto A., The New Living Heart, Media Corp, Holbrook 1997.

mediów²⁸. Czasami informacje podawane w środkach masowego przekazu bardziej ulegają wymogom komercyjnym niż wymogowi rzetelnego podania informacji. Zdarza się na przykład, że szeroko mówi się tylko o zaletach jakiejś metody leczenia, pomijając ryzyko i efekty uboczne, lub że informacje o nowo wprowadzanych lekach nie są do końca adekwatne i kompletne.²⁹ Rola mediów jest też utrudniona przez ich zależność od mechanizmów rynkowych, w których sensacyjność informacji jest istotnym warunkiem jej sprzedania.³⁰

Nie ulega jednak dyskusji, że media są aktywne w tworzeniu mody, napędzaniu konsumpcji i propagowaniu zachowań a także spełniają rolę informacyjną i edukacyjną w społeczeństwie.³¹ Dlatego ich współdział w działaniach mających na celu zaspakajanie potrzeb informacji o zdrowiu jest niezastąpiony. Mogą one, oddziałując na prawie stu procentową część populacji, poruszać problemy zdrowotne, kształtować świadomość zagrożeń (czynników ryzyka), a także uczyć tolerancji, opieki i współżycia z osobami chorymi i zarażonymi.

Z drugiej strony dość powszechne jest założenie, że media mogą i powinny odbijać rzeczywistość, którą opisują³². Z tego względu sama analiza publikacji medialnych może dostarczyć cennych informacji o populacji i jej stanie zdrowia w danym okresie. Badania nad komunikowaniem dowodzą jednak, że nie jest to odbicie idealne a jedynie struktura rzeczywistości oraz projekcja dominujących wartości społecznych i w ich świetle przedstawiania realnych zjawisk i procesów³³.

Warto więc przeprowadzić naukowe badanie na temat częstotliwości prezentacji publikacji prasowych o prewencji chorób układu krążenia oraz ich najważniejszych czynników ryzyka na łamach prasy codziennej w Polsce (w Krakowie) oraz w Stanach Zjednoczonych (w Chicago), gdzie dzięki profilaktyce udało się w znacznym stopniu zmniejszyć zachorowalność na choroby układu krążenia w odniesieniu do sytuacji epidemiologicznej populacji Chicago i Krakowa. Porównanie to ma służyć odpowiedzi na pytanie, czym różni się prewencja na łamach polskiej prasy codziennej od profilaktyki prezentowanej przez amerykańskie gazety codzienne. Jakie wnioski i wskazówki wynikają

28 Goban-Klas T., 2004, ibidem, s.270.

29 Moynihan R., Bero L., Ross-Degnan D., and all, Coverage by the News Media of the benefits and risks of Medications, New England Journal of Medicine, 2000,22.

30 Włodarczyk W. C., Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym, Vesalius, Łódź-Kraków-Warszawa 1996., s.79.

31 Jung B., Komunikowanie w perspektywie ekonomicznej i społecznej. SGH, Warszawa 2001.

32 Goban-Klas T., Media i komunikowanie masowe. Teorie i analizy prasy radia i telewizji i Internetu, PWN, Warszawa-Kraków 1999, s.204.

33 McQuail D., ibidem, 1994,s.256.

z tego porównania? Czy istnieją jakieś podobieństwa i związki obecnie i 10 lat temu? Czy prewencja na łamach polskiej prasy codziennej jest dobrym partnerem w dążeniu do zmniejszenia zachorowalności na choroby układu krążenia? Czy prasa śledzi zmiany epidemiologiczne czy świadomie wspiera prowadzenie profilaktyki?

Celem pracy jest **porównanie częstotliwości i treści publikacji na temat prewencji chorób układu krążenia i wybranych czynników ryzyka na łamach prasy codziennej najczęściej czytanej w Chicago, i prasy codziennej najczęściej czytanej w Krakowie obecnie, w roku 2004, i 10 lat wcześniej (1994) w porównaniu ze zmianami epidemiologicznymi w populacjach obu miast. Dodatkowo zostaną zbadane zagadnienia tematyczne związane ze zdrowiem najczęściej podejmowane na łamach badanej prasy.**

Projekt łączy nurt epidemiologiczny z nurtem zdrowia publicznego i komunikowaniem masowym. Prasa jest tu traktowana jako narzędzie służące promocji zdrowia i propagowaniu zachowań prozdrowotnych.

Dla zbadania dynamiki prowadzenia profilaktyki zdrowotnej i ze względu na różnice w podejściu do promocji zdrowia i w programach profilaktycznych w Polsce i USA, badaniu zostanie poddany rok 2004 oraz 1994. Skutki zdrowotne tych kampanii nie zostaną zbadane ze względu na przesunięcie czasowe oraz brak możliwości wyeliminowania innych czynników wpływających na zachowania zdrowotne.

Porównanie publikacji dotyczących chorób układu krążenia w prasie polskiej i amerykańskiej, pomimo różnic systemowych ochrony zdrowia, jest możliwe ze względu na podobieństwo założeń dotyczących profilaktyki chorób układu krążenia zamieszczone w Narodowym Programie Zdrowia w Polsce i Programem Healthy People 2000 i 2010 w Stanach Zjednoczonych. Również wytyczne propagowane w danym kraju, dotyczące prewencji chorób układu krążenia dla Amerykańskiego Towarzystwa Kardiologicznego (AHA) i Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (PTK) są oparte na tych samych priorytetach.

W pracy podjęto realizację trzech niżej wymienionych celów głównych, które pozwolą na ocenę udziału mediów lokalnych w profilaktyce chorób będących najważniejszą przyczyną zgonów, zarówno w Polsce, jak i Stanach Zjednoczonych:

I. Porównanie częstotliwości publikacji związanych z prewencją chorób układu krążenia w prasie codziennej Chicago i prasie codziennej Krakowa w latach 1994 i 2004.

II. Porównanie częstotliwości prezentacji wybranych czynników ryzyka chorób układu krążenia związanych ze stylem życia: nieprawidłowej diety, palenia tytoniu, niewystarczającej aktywności fizycznej i elementów mieszanych związanych z tymi czynnikami w prasie codziennej Chicago i prasie codziennej Krakowa w latach 1994 i 2004.

III. Zestawienie częstotliwości tematyki dotyczącej zdrowia najczęściej poruszanej w prasie lokalnej Krakowa i Chicago w roku 1994 i 2004.

Realizacja przyjętych przeze mnie celów wymagała przeprowadzenia trzech zadań związanych z analizą całego materiału badawczego (dokładny opis w rozdziale Materiały i metody) i porównań uzyskanych wyników. Wykonano następujące zadania i porównania:

1. Analiza publikacji dotyczących zdrowia w prasie codziennej Krakowa i prasie codziennej Chicago pod względem częstotliwości publikacji tematu profilaktyki pierwotnej i wtórnej CHUK, a także na temat schorzeń układu krążenia w roku 1994 i 2004.

Analiza ta pozwoli na porównanie zmian częstotliwości poruszania tematu profilaktyki CHUK w gazetach codziennych w Krakowie i Chicago w roku 1994 i 2004.

2. Analiza publikacji dotyczących zdrowia w obu grupach gazet pod względem częstotliwości publikowania materiałów prasowych na temat wybranych czynników ryzyka związanych ze stylem życia: diety, palenia tytoniu, aktywności fizycznej w roku 1994 i 2004.

Dzięki temu możliwe będzie porównanie zmian zainteresowania tematyką wybranych czynników ryzyka, mierzonych częstotliwością, w prasie codziennej Krakowa i Chicago w roku 1994 i 2004.

3. Analiza publikacji na temat zdrowia pod względem częstotliwości poruszania wybranych problemów zdrowotnych w gazetach Krakowa i Chicago w latach 1994 i 2004.

Pozwoli to zobrazować zmiany zainteresowania wybranymi problemami zdrowotnymi związanymi ze zdrowiem, mierzonego częstotliwością na łamach prasy lokalnej w Chicago i Krakowie w latach 1994 i 2004.

We wszystkich trzech zadaniach poszukiwane będą propozycje strategii, które mogłyby być wskazówkami dla polskiej prewencji chorób układu krążenia.

Przy prowadzeniu badań, na podstawie informacji o zmianach epidemiologicznych dotyczących chorób układu krążenia, dynamice działań profilaktycznych w Polsce i Stanach Zjednoczonych oraz danych lokalnych dotyczących Małopolski (Krakowa) i Stanu Illinois (Chicago) sformułowano następujące hipotezy badawcze:

1. Zainteresowanie mediów tematyką prewencji chorób układu krążenia zwiększyła się między rokiem 1994 a 2004 zarówno w Krakowie jak i Chicago, co obrazuje wzrost częstotliwości ukazywania się publikacji na ten temat w gazetach codziennych.
2. Istnieje przesunięcie czasowe (10lat) między procentowym udziałem publikacji o profilaktyce w Chicago w roku 1994 a Krakowem w roku 2004. Udział procentowy publikacji na temat profilaktyki chorób układu krążenia w publikacjach o zdrowiu w gazetach lokalnych Krakowa w roku 2004 podobny jest do udziału tej tematyki w publikacjach o zdrowiu w gazetach Chicago w roku 1994.
3. Tematyka dotycząca wybranych czynników ryzyka częściej prezentowana jest w prasie Chicago niż w prasie Krakowa, zarówno w roku 2004, jak i 1994.
4. Zainteresowanie poszczególnymi czynnikami ryzyka na łamach prasy, mierzone częstotliwością poruszania danego tematu, uzależnione jest od ich nasilenia w populacji.
5. Istnieje przesunięcie czasowe między częstotliwością publikowania materiałów prasowych na temat poszczególnych czynnikami ryzyka w prasie Chicago w roku 1994 a prasą Krakowa w roku 2004.
6. Treści publikacji związanych z prewencją CHUK i czynnikami ryzyka na łamach gazet najczęściej czytanych w Krakowie i najczęściej czytanych w Chicago w latach 1994 i 2004 są zgodne z wytycznymi w sprawie profilaktyki przyjętymi przez Amerykańskie i Polskie Towarzystwa Kardiologiczne na rok 1994 i 2004.

7. Istnieje podobieństwo między częstotliwością publikowania materiałów prasowych na temat poszczególnych problemów zdrowotnych w prasie Chicago w roku 1994 a rokiem 2004 w Krakowie.

8. Dobór tematyki dotyczącej problemów zdrowotnych i ich częstotliwość publikowania na łamach prasy lokalnej Krakowa i Chicago w roku 2004 i 1994 odzwierciedla stan zdrowia populacji i znaczenie poszczególnych problemów zdrowotnych.

Celem weryfikacji tych hipotez analizie został poddany materiał badawczy, w postaci artykułów prasowych na temat zdrowia opublikowanych w wybranych numerach prasy codziennej w Chicago i Krakowie. Dokładny opis doboru próby i metody analizy znajduje się w rozdziale Materiał i Metoda. W sumie przeanalizowano: 921 publikacje z prasy amerykańskiej i 804 publikacje z prasy polskiej w roku 2004; oraz 925 i 477 dla roku 1994, co pozwoliło na formułowanie wniosków dla sytuacji lokalnej w Krakowie i Chicago.

Rozdział 1. Od zdrowia i choroby do prewencji chorób.

1.1 Uwarunkowania zdrowia a kształtowanie polityki zdrowotnej.

W minionym stuleciu nastąpiły zasadnicze zmiany w podejściu do zdrowia i leczenia, a także zapobiegania chorobom. W XX wieku zmieniło się zarówno definiowanie zdrowia, jak i jego determinantów. Zmianie uległa także struktura chorób. Po erze chorób zakaźnych (Terris 1983) i poszukiwaniu biologicznych przyczyn schorzeń, w połowie XX wieku rozpoczęła się era chorób przewlekłych, których przyczyny odnaleziono w charakterystycznych dla cywilizacji rozwiniętych modelach życia.³⁴

Biomedyczny model zdrowia był efektem pozytywistycznego, naukowego podejścia do szukania przyczyn choroby, opartym na odkryciach biologii komórkowej i molekularnej, które stworzyły możliwości rozwoju nauk medycznych (Pasteur, Koch), farmaceutycznych i biologicznych. Zdrowie, w tym ujęciu, rozpatrywane było z perspektywy choroby i jedynie w biologicznym jej wymiarze, w oderwaniu od całokształtu procesu życia i funkcjonowania człowieka. Biologiczna teoria powstawania chorób wydawała się słuszna i logiczna, a zasady przeciwdziałania chorobom i leczenia zapewniały pozytywny wpływ na zdrowie³⁵. Etiologii i rozwoju chorób poszukiwano w podstawach fizjologicznych, nawet w odniesieniu do zaburzeń psychicznych. Zajmowanie się fizycznymi aspektami niedomagania wykluczało analizę zjawisk natury psychologicznej, duchowej, egzystencjalnej związanych z tym niedomaganiem. Rozłożenie organizmu ludzkiego na organy i specjalizacja w zajmowaniu się jednym z nich doprowadziła do depersonalizacji samej osoby chorej a sprawę leczenia zostawiało w rękach nauk medycznych opartych na obiektywnych danych klinicznych. Takie pojmowanie przyczynowo-skutkowe problemów zdrowotnych wpłynęło nie tylko na

³⁴ Breslow L., Health Measurement in the Third Era of Health. Am J of Public Health. 2006. vol 96. 1, 17-19.

³⁵ Włodarczyk W.C., Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym, ibidem.

podejście do leczenia, ale ukształtowało charakter całej polityki zdrowotnej, skupionej na zapobieganiu chorobom zakaźnym.

Z czasem, bliższe obserwacje i rozwój nauk doprowadziły do zainteresowania także pozabiologicznymi uwarunkowaniami zdrowia. Na tym gruncie powstała wielowymiarowa teoria zdrowia, która ujmuje człowieka jako całość złożoną z części składowych, której właściwości nie są prostą sumą właściwości części składowych³⁶. Zgodnie z paradygmatem holistycznym, który bliski jest współczesnemu pojmowaniu zdrowia, organizm, który sam jest systemem, jest częścią składową szerszego układu. Ich funkcjonowanie musi być, zatem rozpatrywane i analizowane we wzajemnym oddziaływaniu elementów otoczenia, w którym żyje. Dodatkowym utrudnieniem jest tu fakt, że elementy nie tylko na siebie oddziałują, ale też zmieniają się dynamicznie.

Człowiek w takim rozumieniu przestał być postrzegany tylko jako suma swoich narządów, a rozpatrywany jest jako żywy system, stanowiący niepodzielną całość wzajemnie zależnych elementów biologicznych, społecznych i psychologicznych. System ten jest też częścią szerszego systemu i współoddziałuje ze środowiskiem fizycznym i społecznym. Człowiek, przynależąc do świata natury, podlega jego prawom, ale jednocześnie stanowi oddzielny byt ze względu na posiadanie świadomości. Owa podmiotowość- zdolność do przeżywania i uświadamiania własnego istnienia, kierowania swoim życiem, przewidywania wariantów, świadomego ustosunkowywania się do otoczenia stanowi o istocie człowieka.³⁷

Takie podejście do człowieka musiało wpłynąć na rozumienie i definiowanie zdrowia, które określono: „dynamicznym procesem ukierunkowanym na przywrócenie stale zakłóconej równowagi organizmu, w związku z nieustannie dokonującymi się zmianami zachodzącymi wewnątrz niego, jak i w otaczającym środowisku. Proces ten zmienia się w odpowiedzi na zaistniałe wymagania wewnętrzne i zewnętrzne”³⁸. Zdrowie nie jest stanem statycznym a jego charakter nie pozwala na całkowite rozgraniczenia go od jego przeciwności, czyli choroby (continuum zdrowia).

Wielowymiarowość zdrowia i wielowymiarowy model człowieka pozwala na wyróżnienie jakości zdrowia, w myśl której osoba fizycznie zdrowa może nadal cierpieć z przyczyn emocjonalnych, co nie spełnia klasycznej definicji zdrowia rozumianej jako dobrostanu

³⁶ Dolińska-Zygmunt G. Teoretyczne podstawy refleksji o zdrowiu. Acta Universitatis Wratislaviensis No. 1818, Wrocław 1996, s.9-15.

³⁷ Cyt za.Ibidem Heszen-Niejodek, 1992, Straś-Romanowska, 1992 s.12.

³⁸ Heszen-Niejodek, 1991.

fizycznego, psychicznego i socjalnego³⁹. Chorobę fizyczną za to może równoważyć pozytywny stan psychiczny i życzliwość rodziny i otoczenia.

Poczucie zdrowia jest stanem synchronizacji fizycznej, psychicznej z samym sobą, jak również z otaczającym środowiskiem. Poczucie niezdrovia (choroby) pojawia się w następstwie układu zaburzeń w różnych wymiarach i płaszczyznach wzajemnego oddziaływania organizmu i systemu, w którym on funkcjonuje.

Holistyczne podejście definiuje zdrowie jako zjawisko wielowymiarowe, odzwierciedlające sieć powiązań rozmaitych wymiarów i poziomów złożonego procesu życia. Zdrowie w tym ujęciu „zależy od stylu życia, stosowanych sposobów radzenia sobie z trudnościami życiowymi, jak i preferowanych przez daną osobę form aktywności zdrowotnej (ukierunkowanej na ochronę i/lub poprawę stanu zdrowia), wyznaczonej układem przekonań zdrowotnych (Taylor, 1983; Becker, Rosenstock 1984; Kirscht 1988)”,⁴⁰.

Biomedyczna i holistyczna teoria zdrowia, mimo odmiennego podejścia i odmiennych założeń, co do uwarunkowań zdrowia, nie wykluczają się wzajemnie. Ich znaczenie rozpatrywać należy w oparciu o charakter schorzeń, które podlegają analizie. Obie teorie wzajemnie się dopełniają i dobrze obrazują dualność problemów zdrowotnych we współczesnym świecie, gdzie era chorób zakaźnych nadal trwa w krajach rozwijających się, a era chorób chronicznych dynamicznie się rozwija w krajach rozwiniętych.

Poszukiwanie uwarunkowań zdrowotnych w odniesieniu do obu grup chorób jest bardzo istotne ze względu na planowanie interwencji i ewentualnego zapobiegania chorobom. Współcześnie unika się jednoprzyczynowego modelu uwarunkowań zdrowotnych, patrząc nawet na problem chorób zakaźnych z uwzględnieniem okoliczności społecznych i środowiskowych sprzyjających zarażeniu. W przypadku chorób przewlekłych uwarunkowania są tak liczne, że można je pogrupować na⁴¹:

- czynniki predysponujące (wiek, płeć, przebyte choroby);
- czynniki umożliwiające (dochody, sposób odżywiania, warunki mieszkaniowe, opieka medyczna);
- czynniki przyspieszające (ekspozycja na ogólny lub specyficzny czynnik szkodliwy);

³⁹ Definicja WHO z 1948 roku: „Health is a positive nation and it is physical, mental, and social well-being, not merely the absence of disease and infirmity. WHO, Basis Documents. 35th ed. Geneva, Switzerland: WHO; 1957.

⁴⁰ Dolińska-Zygmunt G. Ibidem, s.15.

⁴¹ Beaglehole R, cyt. za: Włodarczyk W.C. Uwarunkowania stanu zdrowia. Polityka zdrowotna. S.162-163.

- czynniki wzmacniające (powtarzająca się ekspozycja na czynnik szkodliwy, szkodliwe warunki pracy);

Wszystkie wymienione uwarunkowania są w swej istocie czynnikami ryzyka, od których zależy powstanie choroby. Przy czym udowodniono też fakt, że pojedynczo lub w małym natężeniu nie powodują one rozwoju schorzenia. Dopiero ich nasilenie lub specyficzne warunki sprzyjające wywołują negatywne skutki zdrowotne.

Niestety, wielość samych czynników i ich różnorodność stawia przed polityką zdrowotną bardzo trudne zadanie, co do wyboru priorytetów i decyzji, którym spośród nich poświęcić więcej uwagi, aby nie dopuścić do epidemii lub obniżyć jej prawdopodobieństwo we współczesnej populacji. Pomocą w takich, niezwykle istotnych dla stanu zdrowia w wymiarze populacyjnym, decyzji służą wieloletnie badania naukowe. To na ich podstawie i w wyniku dyskusji nad poszczególnymi problemami zdrowotnymi i ich specyfiką, zapadają decyzje polityczne kształtujące politykę zdrowotną w wymiarze lokalnym, krajowym, regionalnym i światowym.

Jedną z najbardziej znanych koncepcji uwarunkowań zdrowotnych, powstałych właśnie dla potrzeb decyzyjnych polityki zdrowotnej jest koncepcja pól zdrowia Lalonda, autorstwa Laframboisa. Marc Lalonde, minister zdrowia Kanady, polecił opracowanie raportu uwarunkowań zdrowotnych w celu analizy problemów zdrowotnych, określenia potrzeb zdrowotnych i wyboru najlepszych sposobów zaspokajania tych potrzeb⁴². Zgodnie z koncepcją Lalonda, na stan zdrowia mają wpływ cztery grupy czynników: biologia człowieka, środowisko, styl życia i system organizacji opieki zdrowotnej⁴³.

Na podstawie przełomowego modelu Lalonda grupa ekspertów opracowała analogiczną ocenę wpływu poszczególnych czterech uwarunkowań w odniesieniu do różnych grup schorzeń (Consensus Conference w Atlancie). Przykładowo chorobom serca przypisano 54% wpływu stylu życia, 9% środowiska, 25% biologii i 12% służby zdrowia. A chorobom nowotworowym: 37% wpływu stylu życia, 24% środowiska, 29% biologii i 10% służby zdrowia. Natomiast grypie i zapaleniu płuc: zaledwie 23% wpływu stylu życia, 20% środowiska, 39% biologii i 18% służby zdrowia.

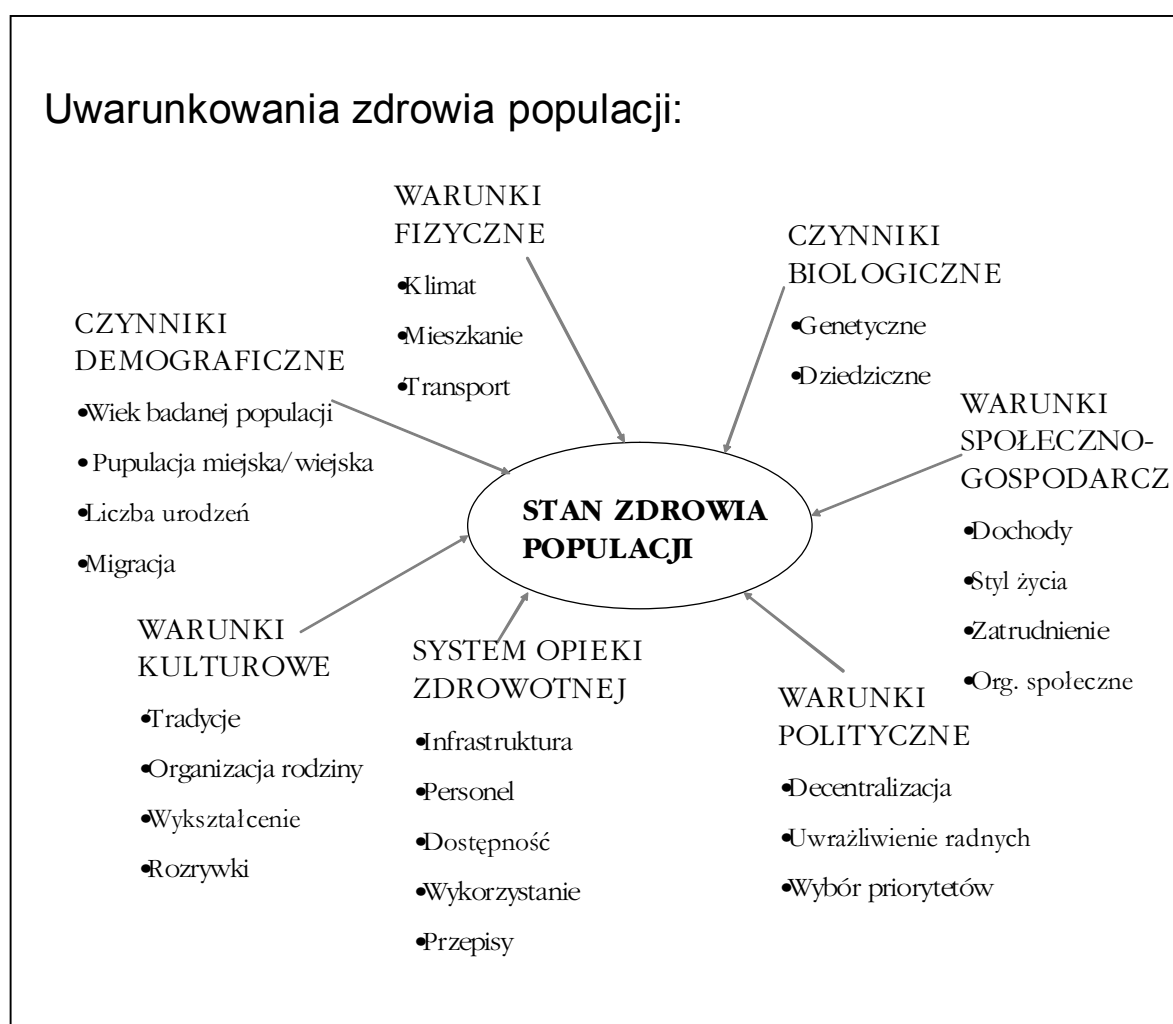
Należy jednak pamiętać, że model powstał dla potrzeb konkretnego kraju w konkretnej sytuacji epidemiologiczno-zdrowotnej. Nie można, więc traktować go dosłownie i na jego podstawie budować program działań polityki zdrowotnej w innym regionie. Decyzje o

⁴² Lalond M. A New Perspective on the Health of Canadiens, Ottawa 1978, s.7.

⁴³ Karski J.B. Organizacja Ośrodka Pomocy Zdrowia, 1994, s.225.

kształcie i priorytetach polityki zdrowotnej na danym terenie muszą być podejmowane na podstawie analizy czynników specyficznych dla danej populacji (demograficznych, epidemiologicznych, geograficznych, społecznych, bytowych, czyli ekonomicznych, geograficznych, politycznych i biologicznych) w danej sytuacji i czasie a także w oparciu o badania i dowody naukowe przeprowadzone na tej populacji..

Jedna ze współczesnych propozycji uwarunkowań zdrowia populacji przedstawia się jak na poniższym schemacie (Rys.1⁴⁴)



Rysunek 1. Uwarunkowania zdrowia populacji (na podstawie Niżnik J, 2004).

Podejście do konkretnych grup czynników często zależy od charakteru nauki, która się zajmuje analizą.

Światowa Organizacja Zdrowia opracowała dwanaście socjologicznych warunków mających zasadnicze znaczenie w kształtowaniu stanu zdrowotnego społeczeństwa⁴⁵:

⁴⁴ Niżnik J., W poszukiwaniu racjonalnego systemu ochrony zdrowia. Wydawnictwo: Branta, Bydgoszcz/Kraków 2004, s.31-34

1. Jakość żywności i poziom żywienia populacji, w tym ogólna dostępność do surowców, półproduktów i produktów żywnościowych.
2. Wykształcenie ludzi, w tym poziom wiedzy o zdrowiu i związane z nim kultura i oświata zdrowotna ludności.
3. Warunki pracy, w tym poziom zabezpieczenia zdrowia pracowników przed różnymi szkodliwościami zawodowymi.
4. Sytuacja na rynku pracy, tj. możliwość zarabiania pieniędzy na utrzymanie siebie i rodziny lub możliwość wytwarzania i zaspokajania podstawowych potrzeb.
5. Zbiorowe spożycie i oszczędzanie.
6. Warunki transportu wszelkich towarów i przedmiotów.
7. Warunki komunikacji (osób) i łączności (instytucji).
8. Warunki mieszkaniowe dostosowane do klimatu.
9. Jakość i dostępność odzieży zależnie od klimatu; dbałość o higienę odzieży.
10. Wypoczynek i rozrywki, rekreacja po pracy, urlopy.
11. System zabezpieczenia społecznego w razie choroby, inwalidztwa, opieka nad dziećmi, opieka nad ludźmi starymi.
12. Swobody obywatelskie – zabezpieczenie dobrego samopoczucia (wolności) obywateli.

Uwarunkowania te ujmują zdrowie społeczeństwa jako wypadkową najważniejszych czynników wpływających na zdrowie każdej osoby, będącej składową tego społeczeństwa i w nim żyjącej w danych warunkach ekonomiczno-społecznych i gospodarczych na konkretnym terenie, w określonym klimacie.

Kompleksowość oddziaływań mających wpływ na stan zdrowia populacji wskazuje na konieczność współpracy wielosektorowej w celu wzmacniania i polepszania zdrowia populacji. Zdrowie jest nie tylko wartością osobistą, ale rozumiane jest jako dobro, naturalny zasób, od którego zależy także rozwój i funkcjonowanie społeczno-gospodarcze całej populacji (kraju). Problemy zdrowotne wymagają, więc także podejścia wielopłaszczyznowego i współdziałania z różnych dziedzin życia (pracy, edukacji, wypoczynku, ekonomii, polityki, prawa), ekologii i sektora zajmującego się zdrowiem.

Konieczne jest wykorzystanie zróżnicowanych, uzupełniających się form oddziaływania poprzez ochronę zdrowia, edukację zdrowotną, programy promocji zdrowia, działania i akcje profilaktyki zdrowotnej, środki komunikowania masowego a także legislację,

⁴⁵ Fronckiewicz-Wronka A., Samorządowa Polityka Ochrony Zdrowia. w. Samorządowa Polityka Społeczna., WSP, Warszawa 2002, s.166-167.

edukację i politykę fiskalną. Strategia poprawy stanu zdrowia musi obejmować nie tylko decyzje polityki zdrowotnej, ale też tworzenie środowisk (życia, pracy) sprzyjających zdrowiu i decyzje osobiste każdego o elementach stylu życia.

1.2 Profilaktyka zdrowotna jako element zdrowia publicznego.

Przytoczone powyżej poglądy dowodzą, że problem zdrowia postrzegany jest obecnie jako złożony proces, na który ma wpływ wiele różnorodnych uwarunkowań. A walka z chorobami nie jest wyłącznie łagodzeniem objawów chorobowych, ale ich identyfikacją i przeciwdziałaniem przyczynom utraty zdrowia.

Zdrowie jest też wartością samą w sobie jako podstawowy naturalny zasób, od którego zależy rozwój społeczno-gospodarczy kraju. Ze względu na zmiany w strukturze chorobowości i umieralności, czyli zmniejszenia śmiertelności z powodu chorób zakaźnych i dominacji schorzeń przewlekłych konieczna stała się reorganizacja działań polityki zdrowotnej z leczenia na zapobieganie. Nastąpiło większe zainteresowanie zdrowiem a nie chorobą. W tym duchu nastąpił dynamiczny rozwój nauki nowoczesnego zdrowia publicznego i działań promocji zdrowia, do której zaliczana jest także profilaktyka. Jednocześnie problem zdrowia stał się pojęciem multidyscyplinarnym a nie jedynie kwestią medyczną.

Uznanie behawioralnej etiologii chorób cywilizacyjnych pozwoliło na przeniesienie większej odpowiedzialności za zdrowie na każdego człowieka indywidualnie. Człowiek postrzegany jest obecnie jako „twórca własnego zdrowia”⁴⁶.

Profilaktyka zdrowotna, kiedyś nastawiona tylko na przeciwdziałanie chorobom stała się częścią dużo szerszej promocji zdrowia, definiowanej jako „proces obejmujący prewencję oraz działania na rzecz zdrowia pozytywnego (fizycznego i psychospołecznego dobrostanu)⁴⁷”; lub jako „podtrzymywanie i wzmacnianie aktualnie istniejącego stanu zdrowia poprzez wdrażanie efektywnych programów, zorganizowanie serwisu oraz prowadzenie odpowiedniej polityki/strategii⁴⁸”.

⁴⁶ Bik B. Koncepcja promocji zdrowia. W: Czupryna A. Poździoch S. Ryś A. Włodarczyk WC. Zdrowie Publiczne T.2, Vesalius, Kraków 2001, s.207.

⁴⁷ Noack H., Concepts of health and health promotion. W: Abelin T., Brzeziński Z.J., Carstairs U.D.L., Measurement in Health promotion and Protection. WHO, European Series, 1987, 22, s.5-28.

⁴⁸ Schmitz S.M. Health Promotion, A conceptual perspective. W: Neil S. Wilson PK. Hospital Health promotion. Human Kinetics Book, 1989, s.5-6.

Ta ostatnia definicja wskazuje na całopopulacyjne i ciągle (stałe) podejście do zdrowia. Obejmuje, bowiem wielosektorowe działania nakierowane na wszystkich ludzi niezależnie od stanu zdrowia czy choroby w warunkach ich codziennego życia.

Istnieją zarówno poglądy, które oddzielają promocję zdrowia (jako oddziaływanie na zdrowych) od prewencji nastawionej na populację narażoną (z czynnikami ryzyka) (Bond 1982), jak i poglądy łączące promocję zdrowia i profilaktykę w nieodłączny duet wzajemnie się przenikający. Cowen w działaniach prewencyjnych dostrzega możliwość wspierania zdrowia pozytywnego a Heszen-Niejodek do promocji zdrowia zalicza prewencję pierwszego stopnia⁴⁹.

Główne różnice między promocją zdrowia i prewencją dotyczą przedmiotu zainteresowania. W prewencji przeciwdziałamy chorobie, a więc to stan „niezdrowia” jest punktem wyjścia. W profilaktyce wzmacniamy zdrowie i pomnażamy jego rezerwy. Same jednak oddziaływania, zarówno promocji zdrowia jak i prewencji często się przenikają, wspierają, uzupełniają, a czasem nawet są tymi samymi działaniami⁵⁰.

Współcześnie prewencja jest działaniem obejmującym zarówno zdrowie jednostki, jak i całą populację. Ma ona pomóc zapobiec wystąpieniu choroby i nie dopuścić do dalszych nieodwracalnych skutków osób już chorych.

Używając typologii Caplana⁵¹, wyróżniamy 3 poziomy prewencji:

- Prewencję pierwotną, mającą na celu redukcję prawdopodobieństwa wystąpienia choroby oraz zaburzeń zdrowotnych i odstępstw od dobrego stanu zdrowia poprzez przeciwdziałanie szkodliwym warunkom, zanim będą one zdolne wywołać chorobę. Czyli strategię mającą na celu ograniczenie wpływu czynników ryzyka danej choroby i wzmacnianie wpływu czynników zmniejszających podatność na chorobę, czego celem ma być zapobieganie wystąpieniu ujemnych skutków zdrowotnych.
- Prewencję wtórną, mającą na celu powstrzymanie rozwoju choroby - zaburzeń oraz skrócenie czasu, w którym zostaną wykryte wczesne sygnały choroby.
- Prewencję trzeciego stopnia, mającą na celu zapobieganie skutkom przebytej choroby oraz przeciwdziałanie nawrotom choroby i powtórnej hospitalizacji a także

⁴⁹ Sęk H. Wybrane zagadnienia psychoprofilaktyki w: Sęk H (red) Społeczna psychologia kliniczna, PWN, Warszawa 1993.

⁵⁰ Bik B. Koncepcje promocji zdrowia, ibidem.

⁵¹ Caplan G., Prevention of mental disorders in children. New York: Basic Books, 1964.

minimalizację uszkodzeń, komplikacji i ewentualnych defektów wywołanych przez chorobę.

Obecnie, w ujęciu zdrowia publicznego i promocji zdrowia, do tej klasycznej typologii dodaje się tzw. prewencję wczesną - adresowaną do osób potencjalnie zdrowych, mającą na celu utrwalenie prawidłowych wzorców zdrowego stylu życia oraz zapobieganie szerzeniu się niekorzystnych zachowań zdrowotnych⁵².

Strategia prewencji obejmuje działania oddziałujące na jednostkę, grupy ryzyka a także na całą populację poprzez działania edukacyjne zmierzające do zmiany stylu życia w celu redukcji czynników ryzyka.

Celem zintegrowanej prewencji chorób niezakaźnych jest zmniejszenie przedwczesnej umieralności i zachorowalności z powodu CHUK i innych chorób przewlekłych, poprzez zwalczanie i kontrolę czynników zagrożenia, często wspólnych dla tych schorzeń. Najważniejsze z nich to: palenie tytoniu, nieodpowiednie nawyki żywieniowe, niska aktywność fizyczna, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe, spożycie alkoholu, otyłość i cukrzyca⁵³.

1.2.1 Profilaktyka chorób układu krążenia

Choroby układu krążenia

Choroby układu krążenia (CHUK) są główną przyczyną chorobowości, inwalidztwa oraz przedwczesnej umieralności w krajach rozwiniętych. Są również główną, obok nowotworów przyczyną zgonów. W ostatnich latach pandemia chorób sercowo-naczyniowych zaczyna także dotyczyć krajów rozwijających się. Najważniejsze choroby układu krążenia to choroba niedokrwienna serca, choroba nadciśnieniowa, choroba naczyń mózgowych i miażdżyca.

Wg danych WHO w Europie w roku 2002, CHUK były przyczyną 55% zgonów kobiet i 43% mężczyzn. Szacuje się, że mimo znacznego postępu w diagnostyce i leczeniu, choroby sercowo-naczyniowe pozostaną najczęstszą przyczyną zgonów do 2020 roku⁵⁴.

W Polsce, mimo spadku umieralności z powodu CHUK od lat 90, nadal choroby układu krążenia stanowią główną przyczynę zgonów. W roku 1995 stanowiły one 50,4% wszystkich zgonów, a w roku 2003 blisko 48%. Szacuje się, że w roku 2002 była to przyczyna 43% zgonów wśród mężczyzn i 54% wszystkich zgonów kobiet. Dodatkowo na

⁵² Kaplan R.M. Two pathways to prevention. American Psychologist 2000, 4 (55), s.382-396.

⁵³ Sapiński W. Rozwój programu zintegrowanej prewencji chorób niezakaźnych w Polsce. W: Postępy profilaktyki i leczenia przewlekłych chorób niezakaźnych. Łódź 1998.

⁵⁴ Atlas of Heart Disease and Stroke, 2004, WHO.

uwagę zasługuje fakt, że co trzeci zgon mężczyzn i co dziesiąty zgon kobiet dotyczył osób młodych lub w wieku średnim (do 64 roku życia). Choroby układu sercowo-naczyniowego są też w Polsce główną przyczyną chorobowości i hospitalizacji. W roku 2004 CHUK stanowiły 44% wszystkich przyczyn hospitalizacji (na pierwszym miejscu choroba niedokrwienna serca, potem choroby naczyń mózgowych i miażdżyca)⁵⁵. Wskaźniki te są dużo wyższe od wskaźników w Unii Europejskiej (w krajach europejskich wskaźniki zgonów z powodu CHUK są około 2,5 razy niższe⁵⁶) oraz takich krajów jak Kanada czy Stany Zjednoczone, gdzie dzięki wieloletnim działaniom profilaktyki nastawionej na redukcję czynników ryzyka w populacji udało się obniżyć umieralność nawet o 40%⁵⁷. W latach 1970-90 w USA oraz Północnej Karelii (Finlandia) dzięki szeroko prowadzonej profilaktyce (Program Połnocnokarelski), która poskutkowała zmianami w stylu życia, zmalało występowanie CHUK o około 20%⁵⁸. Trzy główne zmiany zachowań prozdrowotnych dotyczyły zaprzestania palenia, właściwego odżywiania i aktywności fizycznej. Obecnie w stanie Illinois z powodu chorób układu krążenia umiera rocznie około 42 000 mieszkańców. Dodatkowo 88% mieszkańców ma, co najmniej 1 czynnik ryzyka tej grupy chorób⁵⁹.

Oceny szacunkowe prowadzone w wielu krajach wskazują, że obniżenie poziomu czynników ryzyka w populacji daje większe efekty w redukcji umieralności sercowo-naczynowej niż poprawa diagnostyki i terapii chorób⁶⁰.

Dlatego tak istotna jest profilaktyka chorób układu krążenia, czyli działania ukierunkowane na redukcję czynników chorobotwórczych, wczesne wykrycie zmian chorobowych i zapobieganie skutkom choroby.

Mechanizm rozwój chorób układu krążenia można w przybliżeniu zobrazować schematem zaproponowanym przez A. Pajaka⁶¹ do opisu uwarunkowań rozwoju miażdżycy i choroby niedokrwiennej serca, najczęstszych obok chorób naczyń mózgowych, chorób układu krążenia.

⁵⁵ Goryński P, Wojtyniak B, Kuszewski K. Monitoring oczekiwanych efektów realizacji NPZ 1996-2005, MZ PZH Warszawa 2005

⁵⁶ HFA-HDB database. WHO Europe. June 2004.

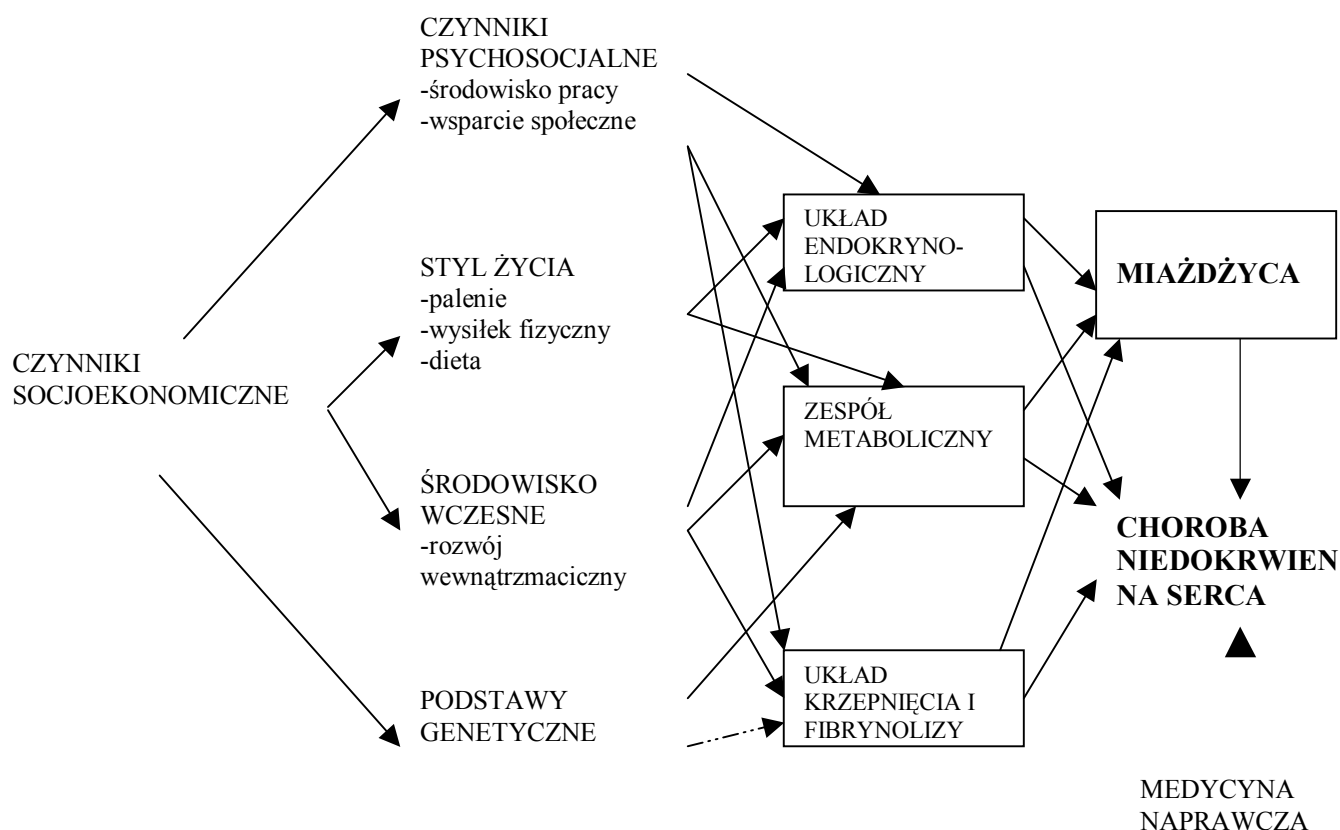
⁵⁷ Chartbook on Trends in the Health of Americans, CVC, USA 2005.

⁵⁸ Knypl K. Profilaktyka- przeszłość, teraźniejszość i przyszłość. Med Rodzinna 10 (2/2000).

⁵⁹ Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Illinois.

⁶⁰ Broda G, Rywik S. Wieloośrodkowe ogólnopolskie badanie stanu zdrowia ludności- projekt WOBASZ. Kardiologia Polska 2005;63:supl.4.

⁶¹ Pajak A., Wolfshaut R., Zwalczenie chorób układu krążenia na poziomie populacyjnym. Zdrowie Publiczne i zarządzanie, tom I. Nr 1/2003, s.36.



Rysunek 2. Uwarunkowania rozwoju miażdżycy i choroby niedokrwiennej serca (Pająk A., 2003)

Podstawą rozwoju chorób układu krążenia w tym modelu (Rysunek 2.) są czynniki genetyczne, czynniki psychospołeczne, czynniki związane ze stylem życia oraz rozwojem we wczesnych etapach życia. Czynniki te wpływają na człowieka, a dokładnie na układy organizmu człowieka, na układ neuro-endokrynologiczny, metaboliczny- przemiany węglowodanów i tłuszczów, oraz krzepnięcia i fibrynolizy. Wystąpienie miażdżycy i chorób z nią związanych jest skutkiem zaburzeń funkcjonowania tych układów.

Medycyna naprawcza, a szczególnie ratownictwo medyczne pozwalają na wpływanie na rozwój choroby dopiero na ostatnim jej etapie. Ich zastosowanie następuje dopiero po wystąpieniu objawów chorobowych, które skłonią chorego do szukania pomocy⁶².

⁶² Pająk A, ibidem, s.33-35

Przedstawione uwarunkowania wskazują na duże możliwości działania zapobiegawczego chorobom układu krążenia na wcześniejszych etapach rozwoju, przez wpływanie na czynniki modyfikowalne, uzależnione od stylu życia.

Prewencja chorób sercowo-naczyniowych

Prewencja jest najskuteczniejszą i najbardziej korzystną zdrowotnie i ekonomicznie metodą zwalczania chorób cywilizacyjnych, będących następstwem zmiany stylu życia populacji rozwiniętych. Rola i ranga prewencji została wielokrotnie udowodniona i jest powszechnie znana. Niestety świadomość ta nie zawsze poparta jest praktyką.

W 1994 roku Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne, Europejskie Towarzystwo Miażdżycy i Europejskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego po raz pierwszy opublikowały wspólne stanowisko, w którym sformułowano zalecenia dotyczące celów, zasad i metod postępowania w kardiologii prewencyjnej⁶³.

W zaleceniach kładzie się szczególny nacisk na konieczność zmiany stylu życia osób zagrożonych, a więc przede wszystkim rzucenie palenia, zmianę diety, aktywność fizyczną, leczenie nadciśnienia, utrzymanie odpowiedniego poziomu cholesterolu, zwalczanie otyłości i ewentualne leczenie cukrzycy.

Działania dotyczące prewencji chorób układu krążenia, polegające na zwalczaniu, eliminowaniu czynników ryzyka i propagowaniu prozdrowotnego stylu życia, które powodują zmniejszenie umieralności i zachorowalności na tę grupę chorób prowadzone są w krajach Europy Zachodniej i w Stanach Zjednoczonych od ponad 20 lat.

Jeszcze wcześniej opracowane zostały wskazówki dotyczące zmniejszenia spożycia tłuszczu. Dotyczyły one zmniejszenia całkowitego spożycia tłuszczu, tłuszczów nasyconych, częściowego zastąpienia tłuszczów nasyconych jedno- lub wielonienasyconymi, zwiększenia spożycia błonnika, zmniejszenia poziomu cholesterolu i nadwagi. Sformułowano również wskazówki odnośnie prowadzenia takiego trybu życia, który zapobiegałby nadciśnieniu: ograniczenie spożycia soli, alkoholu, kontrolowanie potasu, zmniejszenia nadwagi, unikanie siedzącego trybu życia. Następnie rozszerzono te

⁶³ Pajak A., Zagrożenie chorobami układu krążenia w Polsce i Unii Europejskiej, www.pamietajosercu.pl

zalecenia o zwiększenie spożycia warzyw i owoców, produktów białkowych, beztłuszczowych, oraz ograniczeniu spożycia pokarmów tłustych⁶⁴.

Od roku 1972 w Finlandii zaczęto realizować program prewencji zdrowia (Program Północnokarelski). Po 15 latach stwierdzono spadek umieralności z powodu choroby niedokrwiennej serca o 39% wśród mężczyzn objętych badaniem i o aż 45% w grupie kobiet. Od początku lat 80 nastąpiły też korzystne zmiany w występowaniu chorób układu krążenia w całej Finlandii⁶⁵.

W roku 1974 odbyło się ogólnoeuropejskie spotkanie specjalistów dotyczące zagrożenia i zapobiegania chorobom układu krążenia, czego skutkiem był Międzynarodowy Program Systematycznej Kontroli Środowiskowej CHUK, obejmujący zintegrowane działania profilaktyczne na całej populacji. Jego wynikiem było obniżenie poziomu czynników ryzyka w populacji i zmniejszenie umieralności z powodu choroby niedokrwiennej serca⁶⁶.

Epidemia CHUK jest jednym z problemów zdrowotnych o wymiarze globalnym, dlatego profilaktyka tych chorób jest jednym z głównych celów międzynarodowej polityki zdrowotnej. W roku 1982 Komisja Ekspertów do spraw Promocji Choroby Wieńcowej Światowej Organizacji Zdrowia określiła trzy możliwe strategie działania prewencyjnego:

1. Strategię populacyjną – mającą na celu kontrolę środowiskowych i behawioralnych czynników ryzyka oraz ich społecznych i ekonomicznych wyznaczników, wpływających na zwiększenie ryzyka występowania chorób układu krążenia w całej populacji narażonej.
2. Strategię wysokiego ryzyka - skierowaną do osób, u których prawdopodobieństwo rozwinięcia się choroby wieńcowej jest bardzo duże, w celu obniżenia poziomu tego ryzyka poprzez redukcję czynników usposabiających do jego wzrostu.
3. Strategię profilaktyki wtórnej - obejmującą osoby z symptomami choroby wieńcowej, której działania zmierzają do zahamowania postępu choroby i uniknięcia przyszłych incydentów wieńcowych⁶⁷.

W roku 2000, na 53. Zgromadzeniu Światowej Organizacji Zdrowia, kraje członkowskie, w tym Stany Zjednoczone i Polska przyjęły rezolucję dotyczącą działań na rzecz zredukowania chorobowości, inwalidztwa i przedwczesnych zgonów

⁶⁴ Okrainec K. Banerjee DK. Eisenberg MJ. Coronary artery disease in the developing world. American Heart Journal 2004, 1 (148), s.7-15.

⁶⁵ Puska P. 25 lat zintegrowanej profilaktyki chorób niezakaźnych w Finlandii i Północnej Karelii. W: Postępy prewencji i leczenia chorób niezakaźnych. Łódź 1998.

⁶⁶ Puska P. Comprehensive cardiovascular community control programs in Europe. WHO Reports and Study 106. WHO, Kopenhaga, 1988.

⁶⁷ Prevention of Coronary Heart Disease. Report of WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series no. 678, WHO, Genewa 1983.

spowodowanych przewlekłymi chorobami niezakaźnymi, ze szczególnym uwzględnieniem chorób układu krążenia. Cele tej rezolucji to:

- opracowanie mapy epidemii przewlekłych chorób niezakaźnych i zanalizowanie ich socjalnych, ekonomicznych, behawioralnych, i politycznych determinantów.
- zredukowanie poziomu ekspozycji osób na klasyczne czynniki ryzyka.
- wzmocnienie opieki nad chorymi na przewlekłe choroby niezakaźne.

Uwzględnienie w programach prewencji pierwotnej i wtórnej wyników monitorowania czynników ryzyka ma służyć zwiększeniu efektywności oddziaływania na zdrowie populacji jak i efektywności ekonomicznej⁶⁸.

Ze strony Rady Europy w roku 2002 przyjęto też Europejski Plan Serca, program, którego celem jest ograniczenie epidemii chorób układu krążenia w krajach europejskich. Założeniem tego planu jest redukcja o 40% umieralności z powodu CHUK osób przed 65 rokiem życia do roku 2020. Cel ten ma być realizowany dzięki współpracy krajów członkowskich UE, a polegać ma na kontroli czynników ryzyka CHUK w populacji oraz poprawę diagnostyki i leczenia CHUK. Ważnym elementem programu są badania przekrojowe populacji w celu monitorowania sytuacji epidemiologicznej.

W Polsce badania nad występowaniem chorób układu krążenia: Pol-Monica rozpoczęły się w roku 1985. Były one częścią Programu Prewencji Chorób Układu Krążenia WHO MONICA Projekt (WHO MONICA Project Multinational Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Disease)⁶⁹.

Od 1987 roku rozpoczęto też realizację programu profilaktyki antycholesterolowej, a potem także programu zwalczania palenia tytoniu.

Od roku 1992 Polska w ramach strategii „Zdrowie dla Wszystkich” jest uczestnikiem Programu Zintegrowanej Profilaktyki Przewlekłych Chorób Niezakaźnych (Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention). Program ten łączy działania promocji zdrowia skierowanej na całą populację i profilaktyki skierowanej do grup ludności i osoby indywidualnie obciążone ryzykiem utraty zdrowia oraz wczesną diagnostykę i szybkie skuteczne leczenie wczesnych stanów chorobowych.

Działaniem skupiającym wysiłki wielosektorowe w Polsce w celu polepszenia stanu zdrowia populacji, w którym również ujęto kwestie profilaktyki CHUK, jest Narodowy program Zdrowia realizowany od 1990 roku. Jego wersja na lata 1996-2000 zawiera

⁶⁸ Surveillance of risk factors for noncommunicable diseases. The WHO step rise approach, Summary WHO/NHH/CCS/ Genewa 2002.

⁶⁹ Pajak A. Pol-Monica Krakow. Przegląd Lekarski 1996;53;703-846.

wśród oczekiwanych korzyści zdrowotnych obniżenie o 15% (w stosunku do roku 1995) umieralności z powodu chorób układu krążenia. Mają temu służyć cele operacyjne:

- zwiększenie aktywności fizycznej ludności,
- poprawa sposobu żywienia ludności,
- zmniejszenie zjawiska palenia tytoniu,
- zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem,
- zwiększenie skuteczności edukacji zdrowotnej społeczeństwa oraz działań w zakresie promocji zdrowia,
- promocja zdrowia psychicznego i zapobieganiu zaburzeń psychogennych,
- zwiększenie sprawności i skuteczności pomocy doraźnej w nagłym zagrożeniu życia,
- zwiększenie dostępności i usprawnienie podstawowej opieki zdrowotnej,
- usprawnienie wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami z ryzykiem rozwoju niedokrwiennej choroby serca⁷⁰.

W roku 1994 Gdańska Akademia Medyczna we współpracy z Sopotką Pracownią Badań Społecznych przeprowadził badanie dotyczące nadciśnienia tętniczego w Polsce (NADPOL I)⁷¹. Badanie to przy dodatkowej współpracy z Krakowską Akademią Medyczną rozszerzono (NADPOL II) w roku 1997, co pozwoliło na określenie nadciśnienia tętniczego w populacji na poziomie 44%⁷².

Kontynuacją tych badań był NATPOL PLUS⁷³, który w roku 2002 wykazał duże rozpowszechnienie nadwagi i otyłości, zespołu metabolicznego, nadciśnienia tętniczego oraz ciśnienia wysokiego prawidłowego, dyslipidemii, palenia papierosów, cukrzycy. Wyniki programu NATPOL PLUS pozwoliły na ocenę sytuacji pod względem czynników ryzyka w różnych grupach socjo-społecznych Polaków.

W latach 1993-2001, pod patronatem Ministerstwa Zdrowia realizowany był Narodowy Program Ochrony Serca oraz Narodowy program profilaktyki i leczenia udaru mózgu. Kontynuacją tych programów jest opracowany w 2002 roku Narodowy program profilaktyki i leczenia chorób sercowo-naczyniowych 2003-2005- POLKARD. Cele tego programu są odzwierciedleniem Europejskiego Planu Serca. W ramach realizacji programu

⁷⁰ Narodowy Program Zdrowia 1996-2005.

⁷¹ Krupa-Wojciechowska B., Rynkiewicz A., Nadciśnienie tętnicze w Polsce. Badanie ankietowe. *Kardiologia Polska* 1995, 42, s.307-11.

⁷² Zdrojewski T., Pieńkowski R., Pająk A., i wsp., Rozpowszechnienie i skuteczność leczenia nadciśnienia tętniczego w Polsce w roku 1997- ocena metodą sondażu reprezentatywnego, *Nadciśnienie Tętnicze* 1998, 2 Supl.8

⁷³ Zdrojewski T., Bandosz P., Szpakowski P., i wsp., Rozpowszechnienie głównych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego w Polsce, *Kardiologia Polska* 2004, 61 (Supl.4).

zrealizowano Wieloośrodkowe ogólnopolskie badanie stanu zdrowia ludności – WOBASZ. Program został zrealizowany dzięki współpracy ośrodków akademickich z Gdańska, Poznania, Krakowa, Katowic i Łodzi⁷⁴.

Nową inicjatywą w zakresie prewencji chorób układu krążenia jest powołane w roku 2005 z inicjatywy Komisji Promocji Zdrowia Polskiego Towarzystwa kardiologicznego- Polskie Forum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia. Forum to skupia przedstawicieli różnych medycznych towarzystw naukowych, którzy przygotowują i propagują jednolite wytyczne zapobiegania chorobom układu krążenia, co w perspektywie ma służyć poprawie sytuacji epidemiologicznej w Polsce.

W Stanach Zjednoczonych, mimo braku publicznej gwarancji powszechnego dostępu do świadczeń zdrowotnych, profilaktyka i promocja zdrowia realizowana jest w ramach zdrowia publicznego i w oparciu o fundusze publiczne (federalne). Odbiciem tej polityki jest powszechna dostępność do świadczeń zapobiegawczych i wielość długofalowych programów profilaktyki i prewencji obejmujących prawie całą populację. Podstawowym programem zdrowotnym, którego cele dotyczące prewencji chorób układu krążenia pokrywają się z priorytetami WHO, a także zbliżone są do celi Narodowego Programu Zdrowia w Polsce, jest Program Healthy People 2000 (opracowany jako następca programu Raportu chirurgów z 1979 roku) i jego późniejsza kontynuacja Healthy People 2010. Program ten stanowił (i nadal stanowi) podstawę aktywnych, koordynowanych w skali kraju kampanii, służących propagowaniu zdrowego stylu życia i zmniejszania zagrożeń środowiskowych⁷⁵.

Obie wersje Programu zakładają dwa podstawowe cele: I. Poprawę jakości i długości zdrowego życia i II. Usuwanie nierówności w zdrowiu. W programie Healthy People 2010 wymienionych jest 28 kluczowych zagadnień i 467 zadań, których realizacja pozwoli na osiągnięcie zakładanej poprawy zdrowia społeczeństwa amerykańskiego. Podstawą do stworzenia tego programu było doświadczenie skuteczności programu 2000.

Zagadnienia dotyczące prewencji chorób układu krążenia wymienione są w Planie Healthy People 2010 jako 12. dziedzina zainteresowania (Focus area). A czynniki ryzyka chorób podkreślono w oddzielnych dziedzinach zainteresowania: 19. Odżywianie i

⁷⁴ Broda G. Rywik S. Wieloośrodkowe ogólnopolskie badanie stanu zdrowia ludności- projekt WOBASZ. Zdefiniowanie problemu oraz cele badania. Kardiologia Polska 2005; 63:6 (supl4).

⁷⁵ Włodarczyk C., Paździuch S., Systemy Zdrowotne, Wydawnictwo UJ, Kraków 2001.

nadwaga; 22. Aktywność Fizyczna i Fitness; 27. Palenie tytoniu, a także w punkcie 5. Cukrzyca.

Na podstawie Programu Healthy People 2010 realizowanych jest bardzo wiele programów profilaktycznych i edukacyjnych zarówno w wymiarze narodowym, jak i stanowym.

W stanie Illinois w ramach ogólnego programu prewencji chorób przewlekłych (Illinois's Chronic Disease Program) działa fundacja zajmująca się profilaktyką chorób przewlekłych – CDC Cancer, Health Disease, Stroke, and Related Risk Factor Funding for Illinois, która monitoruje występowanie czynników ryzyka w populacji tego stanu w dwóch ogólnonarodowych programach Behavioral Risk Factor Surveillance System i Notional Program of Cancer Registry⁷⁶.

Prewencja chorób układu krążenia jest też na terenie Illinois realizowana w ramach narodowego programu walki z CHUK: Cardiovascular Health Program, który lokalnie nosi nazwę Illinois Cardiovascular Health Partnership, oraz program poświęcony specjalnie profilaktyce CHUK u kobiet: Women with Heart; a także programu walki z cukrzycą: Community Health and Diabetes Awareness Program.

Równolegle realizowanych jest bardzo wiele programów prewencji ukierunkowanych na konkretny czynnik ryzyka, takich jak: Illinois Tobacco Prevention and Control Program; zajmujący się walką z nałogiem palenia; czy State Nutrition and Physical Activity/Obesity Prevention Program; zajmujący się zarówno promowaniem aktywności fizycznej jak i zdrowego odżywiania i edukacją zdrowotną w miejscach pracy.

1.3 Styl życia jako główny determinant stanu zdrowia współczesnych populacji.

Najgroźniejsze jeszcze na początku XX wieku choroby zakaźne w krajach rozwiniętych zostały współcześnie opanowane lub przynajmniej stały się możliwe do leczenia. Należy pamiętać, że w krajach rozwijających się stanowią one ciągle bardzo ważny problem zdrowotny ze względu na ograniczenia w dostępności do usług medycznych i leków, a także brak higieny. W krajach rozwiniętych, w wyniku zmiany stylu życia, pojawiły się na to miejsce choroby cywilizacyjne, do których zaliczamy

⁷⁶ Department of Health and Human Services, ibidem.

między innymi najważniejsze przyczyny zgonów współczesnych populacji: choroby nowotworowe i choroby układu krążenia.

Postęp nauk medycznych i metod diagnozowania pozwolił na lepsze zrozumienie natury tych schorzeń dominujących w populacjach rozwiniętych.

Wieloletnie badania kliniczne oraz obserwacje dowiodły, że w etiologii chorób współczesnej cywilizacji (chorób układu krążenia, chorób nowotworowych, przewlekłych chorób układu oddechowego, cukrzycy, wypadków i zaburzeń psychicznych) kluczową rolę odgrywa grupa łatwo identyfikowalnych ale trudno modyfikowalnych elementów stylu życia, zwanych czynnikami ryzyka. Do grupy tej zaliczono zachowania żywieniowe, aktywność ruchową, palenie papierosów, radzenie sobie ze stresem i stosowanie substancji psychoaktywnych. Są to czynniki związane z indywidualnymi decyzjami o stylu życia, dlatego każdy może mieć na nie indywidualny wpływ.

Człowiek, jako istota społeczna, podlega wpływom społeczeństwa i kultury⁷⁷. To, co obowiązuje w danej populacji jako norma społeczna postępowania, staje się wyznacznikiem zachowań jednostki w niej żyjącej. Wpływ ten dotyczy zarówno wpływu rodziny (w zależności od modelu tej rodziny), jak i szerszego otoczenia- społeczności lokalnej, szkoły czy grupy religijnej, a także polityki i ekonomii kraju i charakterystyki regionu. Jednym z czynników socjalizacji wykorzystywanych do propagowania zachowań prozdrowotnych są też środki komunikowania masowego (o czym więcej w kolejnym rozdziale). Ich atrybuty: duży zasięg oddziaływania, wysoki stopień wiarygodności i kreowanie tematów do dyskusji, pozwala na ich skuteczne zastosowanie w kreowaniu modeli i stylu zachowań prozdrowotnych.

Nie wdając się szczegółowo w skomplikowany mechanizm oddziaływania na kształtowanie zachowań i to, od czego zależy właściwa zmiana postawy, stwierdzić należy, że w prawie wszystkich programach zdrowotnych najwięcej uwagi poświęca się odżywianiu, paleniu tytoniu i aktywności fizycznej.

1.4. Czynniki ryzyka chorób układu krążenia

⁷⁷ Goodman N. Wstęp do socjologii. Zysk i Ska.,Poznań 1997, s.83-96.

Literatura epidemiologiczno- medyczna porządkuje czynniki ryzyka, dzieląc je na cechy indywidualne, niepoddające się modyfikacji (wiek, płeć, wczesne występowanie CHUK w rodzinie, zachorowania na inne choroby na tle miażdżycy) oraz poddające się modyfikacji cechy biochemiczne i fizjologiczne (podwyższone stężenie cholesterolu, podwyższone ciśnienie tętnicze, niskie stężenie cholesterolu HDL, podwyższony poziom triglicerydów, cukrzyca, otyłość, czynniki trombotyczne), a także czynniki związane ze stylem życia (wysokokaloryczna dieta bogata w tłuszcze, palenie tytoniu, nadmierne spożycie alkoholu, mała aktywność fizyczna)⁷⁸. Profilaktyka ma za zadanie zmienić te cechy, które poddają się modyfikacji oraz wpłynąć na zmianę stylu życia. Dotyczy to zarówno profilaktyki pierwotnej, mającej na celu zmniejszenie zachorowalności na CHUK^{79,80}, jak i profilaktyki wtórnej, która ma na celu poprawienie jakości życia z chorobą układu krążenia. Jej skuteczność, opłacalność i niezbędność, podobnie jak profilaktyki pierwotnej została potwierdzona wieloma badaniami i zatwierdzona przez organizacje kardiologiczne na całym świecie (AHA, EAS, EHA, ESC,ESH, ISH, PTK). Wyniki prób klinicznych dostarczają wciąż dowodów na potwierdzenie skuteczności tak pierwotnej jak i wtórnej prewencji chorób układu krążenia.^{81,82}

Ryzyko zachorowania na niedokrwinną chorobę serca osób o wysokim ciśnieniu tętniczym jest trzykrotnie większe w porównaniu z osobami, których ciśnienie pozostaje w granicach normy. Na wielkość ciśnienia tętniczego duży wpływ ma podwyższona masa ciała (BMI>25). Otyłość wpływa na powstawanie choroby niedokrwiennej serca, a także niektórych nowotworów złośliwych, cukrzycy oraz niektórych chorób płuc np. przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Czynnikiem, który wiąże się z otyłością (błędami żywieniowymi), jest aktywność fizyczna, której brak dodatkowo kumuluje odkładanie się tkanki tłuszczowej, a także wpływa bezpośrednio na działanie układu krążenia. Nie bez znaczenia jest więc to, czy czynniki ryzyka występują równocześnie u jednego osobnika. Powoduje to, bowiem wielokrotnienie ryzyka wystąpienia choroby.

78 Pająk A., Topór-Mądry R., Ocena stanu zdrowia populacji w: Czupryna A., Poździej S., Ryś A., Włodarczyk W. C., Zdrowie Publiczne, t.1, Vesalius, Kraków 2001, s.50-60.

79 Rosengren A., Dotevall A., Eriksson H., Optimal risk factors in the population: prognosis, prevalence, and secular trends w: European Heart Journal 2001,22; s. 136-144.

80 Stampfer M. J., Hu F. B., Manson J. E., Primary prevention of coronary heart disease in women through diet and lifestyle. New England Journal of Medicine, 2000, 343, s. 16-22.

81 Pyörälä K., De Becker G., Graham I., Wood D., Prevention of coronary heart disease in clinical practice, European Heart Journal 1994, 15, 110.

82 EUROASPIRE Study Group. A European Society of Cardiology Survey of secondary prevention of coronary heart disease: Principal results, European Heart Journal 1997; 18.

Badania epidemiologiczne, kliniczne i interwencyjne udowodniły, że wyżej wymienione czynniki ryzyka powodują istotny wpływ na ryzyko zachorowania i zgon z powodu chorób układu krążenia. Wspomnieć należy, że od lat 90. zalicza się do czynników ryzyka także „czynniki hemostatyczne, homocysteine, nieswoiste markery zapalne, jak również status społeczny, czynniki psychosocjalne takie jak objawy depresji, typ osobowości i wsparcie społeczne”⁸³.

Polskie Forum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia wymienia następujące czynniki ryzyka poddające się modyfikacji: nadciśnienie tętnicze, mała aktywność fizyczna, cholesterol, nieprawidłowe żywienie, cukrzyca, alkohol, palenie papierosów, stres, nadwaga i otyłość i zespół metaboliczny (czyli współlistnienie wielu czynników ryzyka chorób układu krążenia, takich jak zaburzenia tolerancji glukozy, podwyższony poziom triglicerydów, obniżony poziomu HDL, podwyższone ciśnienie tętnicze i otyłość). Do czynników niemodyfikowalnych zalicza wiek (mężczyźni powyżej 55 roku życia i kobiety powyżej 65 roku życia), płeć męska oraz choroby układu krążenia w rodzinie⁸⁴.

Wieloośrodkowe badania INTER-HEART przeprowadzone w 52 krajach wszystkich kontynentów, z udziałem 30 tys. osób wykazało, że 6 czynników ryzyka (hiperlipidemia, palenie, nadciśnienie, cukrzyca, otyłość brzuszna i czynniki psychospołeczne) oraz 3 czynniki kardioprotekcyjne (spożycie warzyw i owoców, niewielkie spożycie alkoholu oraz regularna aktywność fizyczna) determinowały 90% zachorowań na zawał serca wśród mężczyzn i 94% zachorowań wśród kobiet. Zależność tą stwierdzono w różnych grupach wiekowych i we wszystkich regionach świata. Według autorów badania podejście do prewencji choroby wieńcowej może się opierać na podobnych zasadach na całym świecie, a modyfikacja znanych czynników ryzyka może zapobiec większości zawałów serca.⁸⁵

Styl życia jednostki, mający wymiar w jej zachowaniach, stanowi, zatem bardzo istotną determinantę ludzkiego zdrowia. Uważa się więc, że obecnie dobre zdrowie w

83 Broda G. Rywik S. Wieloośrodkowe ogólnopolskie badanie stanu zdrowia ludności- projekt WOBASZ. Zdefiniowanie problemu oraz cele badania. Kardiologia Polska 2005; 63:6 (supl4).

⁸⁴ Polskie Forum Profilaktyki.

85 Yusuf S., Hawken S., Ounpuu S., and all. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART Study): case-control study. Lancet 2004, 364, s.937-52.

znacznym stopniu zależy od decyzji zdrowotnych każdego z nas, codziennie w ciągu całego życia. Odpowiedzialność za prewencję pierwotną każdy ponosi indywidualnie⁸⁶.

Styl życia uznać można za „wypadkową działań pozostających pod bezpośrednią kuratelą jednostki oraz warunków życia, będących splotem czynników społeczno-kulturowych (bezrobocie, ubóstwo, bezdomność)⁸⁷.”

O tym, jakiego typu będą to działania i czy będą one zgodne z wytycznymi promocji zdrowia i prewencji zależy od osobistej decyzji każdej jednostki, co do stylu życia i zachowania. Decyzja o zastosowaniu się do prozdrowotnych sugestii i komunikatów nawet ze strony lekarza, jest w gruncie rzeczy wypadkową wartości, które jednostka uważa za istotne w jej życiu. Wybór między zachowaniem prozdrowotnym a zapewnieniem bytu rodzinie najczęściej rozstrzyga się na niekorzyść zdrowia.

Postępowanie człowieka w obszarze zdrowia uzależnione jest od tego, jaką rangę ma zdrowie w jego życiu oraz od tzw. motywu zdrowotnego⁸⁸, który zgodny jest z tym, jak widzimy samych siebie (jako zdrowych i dynamicznych, czy ospałych, otyłych i słabych). Zdaniem psychologów wizerunek ten pociąga za sobą aktywności zgodne z wyobrażeniem. Osoby aktywne będą rzeczywiście podejmować różne aktywności i ćwiczenia, a także chętnie podejmą dietę.

Jak wynika z obserwacji tendencji prozdrowotnych, również cechy takie jak wykształcenie mają wpływ na podejmowanie działań wynikających z zaleceń promocji zdrowia i profilaktyki, na korzyść lepiej wykształconych.

Poniżej omówione zostaną nieco szerzej elementy stylu życia- dieta, palenie tytoniu, brak aktywności fizycznej, które jako czynniki ryzyka CHUK, mają jednocześnie wpływ na powstawanie pozostałych czynników ryzyka chorób układu krążenia – nadciśnienia, nadwagi, poziomu cholesterolu, cukrzycy i zespołu metabolicznego..

Dieta

Nieprawidłowości odżywiania mają istotny wpływ na częstość występowania chorób serca i naczyń krwionośnych. Wieloletnie obserwacje i badania kliniczne potwierdzają zależność między spożywaniem nasyconych kwasów tłuszczowych a

86 Przewoźniak L. Udział nauk o zachowaniu w zdrowiu publicznym. w: Czupryna A., Poździej S., Ryś A., Włodarczyk W. C., Zdrowie Publiczne, Vesalius, Kraków 2001, s.359

87 Rudawska I. Zachowania prozdrowotne jako przedmiot działań marketingowych. Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie. Tom II, 2004, 1, s.79.

88 Rudawska I. Ibidem, s.81.

stężeniem cholesterolu w surowicy krwi i umieralnością na choroby układu krążenia⁸⁹. Obserwacje zależności poziomu cholesterolu różnych populacji i zmian śmiertelności z powodu chorób układu krążenia wykazały liniowy związek między zwiększeniem poziomu cholesterolu u mężczyzn a zwiększeniem się umieralności z tego powodu w Polsce, Rosji i Stanach Zjednoczonych⁹⁰.

Wiele badań klinicznych dotyczących wpływu stylu życia na ryzyko rozwoju chorób miażdżycowych i nadciśnienia podkreśla też korelacje między otyłością a zwiększonym ryzykiem zachorowania na te choroby⁹¹. Otyłość i nadwaga są rosnącym problemem w skali światowej. Światowa Organizacja Zdrowia podaje, że ponad 1 miliard dorosłych osób w skali globalnej ma nadwagę, a około 300 milionów jest otyłych.⁹² Badania WHO MONICA (Monitoring of trends and determinants in cardiovascular diseases) dowiodły, że około 50-75 % kobiet w sześciu regionach świata ma nadwagę, a wśród mężczyzn, z wyjątkiem Chińczyków występowanie nadwagi przekracza 50% badanej populacji. Badanie dowiodło, że istnieją populacje, w których 75% to osoby z nadwagą. W Polsce szacuje się, że otyłych jest 45% mężczyzn i 35% kobiet w grupie wiekowej 35-64. Problem ten dotyczy nie tylko populacji dorosłej, ale coraz częściej dotyczy młodszych grup wiekowych i dzieci. W Europie średnio, co szóste a w Polsce, co dwunaste dziecko ma nadwagę⁹³.

Nieprawidłowe odżywianie i jego konsekwencja - otyłość są bardzo istotnym problemem, ponieważ jest to jeden z najważniejszych czynników ryzyka najcięższych chorób współczesnej populacji, takich jak cukrzyca⁹⁴, choroby układu krążenia⁹⁵, choroby nowotworowe^{96, 97} i problemy psychospołeczne. Istnieje bardzo wiele jednostek chorób dietozależnych, czyli jednostek chorobowych wynikających z nieprzestrzegania prawidłowej diety lub spożywania żywności o niewłaściwych parametrach zdrowotnych⁹⁸.

89 Narodowy Program Profilaktyki Cholesterolowej, 33, 1999.

90 Cai J, Pajak A, Li Y, Shestov D, Davis CE, Rywik S. Total cholesterol and mortality in China, Poland, Russia and the US. *Ann Epidemiol.* 2004 Jul; 14(6): 399-408.

91 Pajak A, Kawalec E, Lifestyle characteristics and hypertension in middle-aged population of Krakow. *Blood Press Suppl.* 2: 17-21, 2005.

92 WHO, Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, Geneva 2003.

93 Januszewicz P. Kluczowe problemy zdrowia publicznego: Otyłość u dzieci i młodzieży, *Zdr Publ* 2005;115(1): 88-91, oraz wyniki Badania Pol-MONICA

94 Magnani L. *Minerva Gastroenterol.* 2001 Dec;47(4):223-228.

95 Hardesty P, Trupp RJ. Prevention: the key to reducing cardiovascular disease risk in woman. *J Cardiovasc Nurs.* 2005 Nov-Dec; 20(6):443-41.

96 Friedenreich CM. Physical activity and cancer prevention: From observation to intervention research. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention* 2001; 133(11Supl1):3827-3829

97 Polednak AP. Trends in incidence rate for obesity-associated cancers in the U.S. *Cancer Detection and Prevention* 2003; 27(6): 415-421.

98 AM Gdynia, Naukowe Koło Żywnienia Człowieka

Otyłość podnosi ryzyko przedwczesnej śmierci jak również bezpośrednio wpływa na jakość życia. Wiele schorzeń towarzyszących otyłości powoduje też, że leczenie tej choroby jest dużym obciążeniem finansowym dla pacjenta i dla systemu ochrony zdrowia. Osoby otyłe często mają kłopot z funkcjonowaniem w grupach społecznych, izolują się i popadają w depresję, co utrudnia walkę z nadwagą. Otyłość i nadwaga są jednym z ważnych problemów w wymiarze społecznym, zdrowotnym i ekonomicznym.

Z tego powodu istnieje ogromna zapotrzebowanie na rozwinięcie wielosektorowej profilaktyki otyłości, aby zapewnić społeczeństwu zakres wiedzy o zdrowiu pozwalający zidentyfikować czynniki sprzyjające powstawaniu otyłości. Otyli ludzie potrzebują dostępu do informacji na temat prawidłowej diety i zdrowego stylu życia, umożliwiającego im zmianę postawy wobec żywienia i w konsekwencji zmianę zachowań żywieniowych. Jest to możliwe tylko przy intensywnej i wielosektorowej edukacji zdrowotnej społeczeństwa i realizacji programów promocji zdrowia we wszystkich grupach wiekowych.

Jednocześnie wielokrotnie dowiedziono, że prawidłowa dieta i nawyki żywieniowe mogą zapobiegać powstawaniu wielu chorób cywilizacyjnych: chorób układu krążenia, będących główną przyczyną zgonów w Polsce, a także cukrzycy i niektórych nowotworów.

Istnieje wiele badań potwierdzających rolę prawidłowego żywienia w profilaktyce i leczeniu cukrzycy, która jednocześnie należy do grupy czynników ryzyka CHUK⁹⁹ oraz zapobieganiu chorobom nowotworowym¹⁰⁰. Obok palenia, otyłość jest jednym z najczęściej wymienianych czynników ryzyka raka okrężnicy, piersi (szczególnie u kobiet po menopauzie), nerek i raka macicy¹⁰¹.

Międzynarodowe badanie INTERHART przeprowadzone na dużej populacji (ponad 15 tysięcy osób ze świeżym zawałem serca i blisko 15 tysięcy osób z grupy kontrolnej z 52 krajów) dowiodło, że codzienne spożywanie warzyw i owoców, regularna aktywność fizyczna i niepalenie papierosów, może zmniejszyć ryzyko zawału o 3/4, w porównaniu z niepaleniem papierosów i prowadzeniem niezdrowego stylu życia¹⁰². Właściwe odżywianie, czyli urozmaicona niskotłuszczowa dieta z dużą ilością warzyw i

99 Magnani L. Obesity and diabetes mellitus. *Minerva Gastroenterol. Dietol* 2001, 47 (4): 223-228.

100 Larsen I. K. Grotmol T. Almendingen K. Lifestyle as a predictor for colonic neoplasia in symptomatic individuals. *BMC Gastroenterol.* 2006, 13, 6.

101 Polendak A.P. Trends in incidence rate for obesity-associated cancers in the US. *Cancer Detection and Prevention* 2003, 27, 6, 415-421.

¹⁰² Yusuf S., Hawken S., Ounpuu S., ibidem, 2004.

owoców jest, więc elementem profilaktyk najważniejszych przyczyn zgonów w Polsce i Stanach Zjednoczonych: chorób układu krążenia i chorób nowotworowych.

Palenie

Palenie tytoniu, obok diety jest obecnie najważniejszym behawioralnym (modyfikowalnym) czynnikiem ryzyka chorób układu krążenia i chorób nowotworowych. I chociaż w swych wczesnych początkach było rytuałem religijnym, a potem znalazło zastosowanie medyczne, dość wcześnie zostało opisane jako szkodliwe dla zdrowia. Pierwszy opis „uzasadnienia szkodliwości działania dymu tytoniowego na ustrój ludzki i zwierzęcy” zachował się z roku 1881, autorstwa polskiego lekarza Tadeusz Żulińskiego¹⁰³. Wcześniej już opisywano szkodliwość używania tabaki. W 1761 roku John Hill, lekarz z Londynu w swej pracy „Cautions against the immoderate use of snuff”, ostrzegał o zwiększonej zapadalności na nowotwory złośliwe osób używających tabakę¹⁰⁴.

Od roku 1975 Światowa Organizacja Zdrowia uznaje tytoń za substancję wywołującą uzależnienie, a w roku 1995 narodziła się idea o konieczności kontrolowania palenia tytoniu. W roku 1999 kontrola palenia tytoniu stała się priorytetem WHO i zaczęła się praca nad Konwencją o Kontroli Palenia Tytoniu (the WHO Framework Convention on Tobacco Control), którą zakończono w maju 2003.

Dane WHO z roku 2003 podają, że z powodu chorób odtytoniowych (tytoniozależnych) umiera rocznie 4.9 miliona ludzi na świecie¹⁰⁵. W Polsce przyjmuje się, że rocznie umiera z tego powodu 70 tysięcy osób¹⁰⁶.

Mimo dynamicznego rozwoju badań nad szkodliwością palenia tytoniu, współcześnie obserwuje się masowe używanie produktów tytoniowych.

Ocenia się, że na świecie ok. 1,1 mld osób (w tym 200 mln kobiet) pali papierosy.

Dane statystyczne dowodzą, że około 9 mln Polaków to nałogowi palacze, w tym 43 % stanowią kobiety¹⁰⁷.

¹⁰³ Kubicki J., Chowaniec M., Historia palenia tytoniu. Przegląd Lekarski 2005,62,10, s.1226.

¹⁰⁴ Grzybowski A. Historia zainteresowań tytoniem i nikotynizmem do połowy XX wieku w Europie. Przegląd Lekarski 2005/62/10, s.1213.

¹⁰⁵ World Health Organization. An international treaty for tobacco control. 2003.

¹⁰⁶ Drobnik J., Pirogowicz I., Mastelarz-Migas A., Epidemiologia chorób odtytoniowych w województwie dolnośląskim. Przegląd Lekarski 2005/61/10, s.1089.

¹⁰⁷ Muszlik M., Marzec A., Bartuzi Z., Edukacja zdrowotna metodą zapobiegania palenia papierosów i picia alkoholu wśród młodzieży szkolnej. Pielęgniarstwo Polskie 2005,2,s.225.

Epidemia chorób układu krążenia i chorób nowotworowych oraz jednoczesna popularność palenia spowodowały, że ograniczenie palenia zostało ujęte we wszystkich programach zapobiegania chorobom nowotworowym i CHUK i w końcu zostało objęte restrykcjami prawnymi o zakazie palenia w miejscach publicznych. Między innymi Konwencja przyjęta na 56 tym zgromadzeniu WHO w Maju 2003 roku- „The WHO Framework Convention on Tobacco Control”.

W 2004 już 10 stanów w USA wprowadziło prawo zakazu palenia w restauracjach i barach, a kolejne 6 tylko w restauracjach. W Polsce na podstawie ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami palenia tytoniu i wyrobów tytoniowych w niektórych miastach wprowadzono zakaz palenia w miejscach publicznych, i ograniczono palenie tylko do wyznaczonych specjalnie miejsc.

Na związek pomiędzy paleniem papierosów a chorobą wieńcową zwrócono uwagę już dawno. Po raz pierwszy badania (Mayo Clinic w USA) opublikowano w 1940 roku. W 1954 r. Hammond i Horn wykazali, iż wśród osób zmarłych z powodu choroby niedokrwiennej serca aktywnych palaczy było dwa razy więcej niż niepalących¹⁰⁸.

Uważa się, iż około połowa zgonów wśród palaczy tytoniu spowodowana jest chorobami układu krążenia. W Polsce 40% zgonów mężczyzn między 35 a 69 rokiem życia ma korelację z paleniem tytoniu.

Palenie zwiększa ryzyko rozwoju choroby wieńcowej, zespołu płucno-sercowego, degeneracji mięśnia sercowego, nadciśnienia, miażdżycy, tętniaka aorty, chorób obwodowego układu naczyniowego, w tym naczyń mózgowych¹⁰⁹.

Dobrze udowodniony jest związek palenia i nasilania miażdżycy. Szkodliwe substancje zawarte w dymie papierosowym przyspieszają rozwój tej choroby przez indukowanie dysfunkcji śródbłonna, zakrzepicy, procesu zapalnego i stresu oksydacyjnego. Niekorzystne działanie substancji następuje nawet przy niewielkiej ilości wypalanych papierosów. Osoby palące i byli palacze stanowią blisko 90% osób cierpiących na tę chorobę. Palenie więcej niż 40 papierosów dziennie u kobiet zwiększa 20-krotnie ryzyko zachorowania na chorobę niedokrwinną serca, doprowadzając do obniżenia stężenia estrogenów w okresie przedmenopauzalnym (zbliza tym samym ryzyko zachorowania do wartości charakterystycznej dla mężczyzn)¹¹⁰.

¹⁰⁸ Torbus-Lisiecka B., Aktywne palenie tytoniu a ryzyko chorób układu krążenia. Czynniki Ryzyka 1994, nr 1, s. 48.

¹⁰⁹ Malinowski J., Palenie tytoniu. Wpływ na zdrowie i program walki z nałogiem. Bifolium, Lublin 2001.

¹¹⁰ Wykrętowicz A. Palenie tytoniu a ryzyko chorób układu sercowo-naczyniowego. Przegląd Lekarski 2005, 62, 10, s.1221.

Problem zagrożenia życia związanego z paleniem jest niezwykle istotny w profilaktyce wtórnej, zwłaszcza u osób z przebytym zawałem. Przeżycie 8 lat po zawale serca u kontynuujących palenie dotyczy zaledwie 23,7% osób. Odsetek ten jest znacznie wyższy dla tych, którzy zaprzestali palenia, wynosi 51,1%¹¹¹.

Zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet prawdopodobieństwo wystąpienia choroby niedokrwiennej serca gwałtownie maleje po zaprzestaniu palenia. Niektórzy uważają, że nawet o połowę w ciągu jednego roku, ale zredukowanie ryzyka do wartości odpowiadającej ryzyku osób, które nigdy nie paliły może niekiedy nastąpić po 10 latach¹¹². Wśród kobiet uczestniczących w badaniu NHS (badanie stanu zdrowia pielęgniarek, Nurses' Health Study) umieralność z przyczyn sercowo-naczyniowych zmniejszyła się o 24% w ciągu 2 lat od zaprzestania palenia; niezależnie od liczby wypalanych papierosów, liczby lat palenia oraz wieku, w którym osoba zaprzestała palenia. Jednak dopiero po 10 latach kobiety, które rzuciły palenie miały identyczne ryzyko zachorowania na zawał jak kobiety niepalące¹¹³. U osób bez choroby niedokrwiennej serca, zaprzestanie palenia papierosów wiąże się z 10-45% redukcją ryzyka powikłań. U osób z przebytym zawałem serca, po operacji pomostowania naczyń wieńcowych lub angioplastyce rzucanie palenia obniżało ryzyko powikłań sercowo-naczyniowych o około 50%.¹¹⁴

Wiele dowodów klinicznych i obserwacji epidemiologicznych dowodzi, że zaprzestanie palenia jest jedną z najważniejszych i najbardziej efektywnych form walki z chorobami układu sercowo-naczyniowego.

Korzyści ze zmiany postawy wobec palenia nie tylko odbijają się na układzie krążenia, ale będą tym większe, że ten czynnik ryzyka wiązany jest z chorobami nowotworowymi (60% nowotworów złośliwych), chorobami układu oddechowego (ok. 70% schorzeń)¹¹⁵, chorób przyzębia i próchnicy¹¹⁶, chorobami łożyska i płodu¹¹⁷, oraz wielu innych chorób układu rozrodczego, trawiennego, moczowego a nawet narządu wzroku.

¹¹¹ Rywik S., Epidemiologia choroby niedokrwiennej serca i podstawy jej profilaktyki w: Giec L., Choroba niedokrwienność serca. Warszawa 1999.

¹¹² Wspólne wytyczne PTK, AHA, EHA, dotyczące profilaktyki choroby wieńcowej, oraz dane WHO (Risk Factor: Tobacco.)

¹¹³ Wenger N. K., Choroba wieńcowa: główny problem zdrowotny starszych kobiet. British Medical Journal 1999, nr 3, s. 48

¹¹⁴ Wykrętowicz A. 2005, ibidem.

¹¹⁵ Malinowski J., Lublin 2001, ibidem.

¹¹⁶ Kurhańska-Flisykowska A., Soboczyńska K., Stopa J., Wiesiołowska A., Palenie a przebieg chorób przyzębia, Przegląd Lekarski 2005, 62,10, s.998-1000.

¹¹⁷ Sajdak S., Witczak K., Sroka Ł., Wpływ palenia na zdrowie ginekologiczne kobiety. Przegląd Lekarski 2005, 62,10, s.1154-62

Rozwój profilaktyki, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej na wszystkich poziomach i sektorach życia musi być tym bardziej intensywny, że wg danych WHO, około 1/3 populacji dorosłej pali tytoń pomimo świadomości o jego złym wpływie na zdrowie.

Niewystarczająca aktywność fizyczna.

Systematyczny wysiłek fizyczny ma duże znaczenie w profilaktyce chorób układu krążenia. Dzięki ćwiczeniom polepsza się profil cholesterolowy, czyli podwyższa się stężenie cholesterolu HDL i obniża się stężenie cholesterolu LDL. Aktywność fizyczna korzystnie wpływa też na utrzymanie należnej masy ciała, większą wytrzymałość na stres i zmęczenie. U osób trenujących zazwyczaj występuje „skłonność do higienizacji żywienia, głównie w kierunku ograniczenia nadmiernej konsumpcji pokarmów, w tym tłuszczów, a także do zmniejszenia ilości wypalanych papierosów lub zaprzestania tego nałogu”¹¹⁸.

Systematyczne zapobiegają chorobie niedokrwiennej serca, chorobom naczyń mózgu, nadciśnieniu, otyłości i cukrzycy, a także niektórym nowotworom i osteoporozie. Bardzo korzystny jest też wpływ aktywności ruchowej w schorzeniach ludzi starszych, zarówno fizycznych jak i psychicznych¹¹⁹. Wiele badań klinicznych udowodniło, że umiarkowany wysiłek fizyczny jest jednym z elementów mogących powstrzymać rozwój wielu chorób przewlekłych, a także pomóc w rehabilitacji osób już chorych.¹²⁰ Dodatkowo aktywność fizyczna zgodnie z wynikami badań w Austin w Teksasie (2004), podnosi jakość życia i redukuje objawy depresji. Tymczasem wraz z rozwojem cywilizacji i motoryzacji aktywność populacji krajów rozwiniętych znacznie się obniżyła.

W ramach profilaktyki pierwotnej zaleca się uprawianie intensywnych ćwiczeń, co najmniej 3 razy w tygodniu po 30 minut. Rodzaj i intensywność aktywności fizycznej dla pacjentów objętych profilaktyką wtórną ustala się indywidualnie¹²¹. Umiarkowana aktywność fizyczna obniża ryzyko zawału mięśnia sercowego o połowę u kobiet w wieku

¹¹⁸ Szostak W.B. Profilaktyka choroby niedokrwiennej serca w codziennej praktyce lekarskiej. Medycyna po Dyplomie 2000, 3-4.

¹¹⁹ Pate R., Pratt M., Blair S., Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease Prevention and American College of Sports Medicine. JAMA 1995;173: 402-7.

¹²⁰ Roberts CK., Barnard RJ., Effects of exercise and diet on chronic disease, Journal Appl. Physiology. 2005, 1, 98, s.3-30.

¹²¹ Szostak W.B.1999,ibidem, s.61.

pomenopauzalnym. Działanie ochronne ustaje po zaprzestaniu ćwiczeń¹²². U osób w średnim wieku aktywność fizyczna jest odwrotnie proporcjonalna do częstości występowania choroby niedokrwiennej serca.

Badanie Framingham Heart Study wykazało, że już jedna godzina ćwiczeń w tygodniu powoduje wzrost HDL, obniżenie wskaźnika nadwagi oraz ograniczenie palenia papierosów¹²³.

Stosowanie ruchu i wysiłku fizycznego jest także integralną częścią profilaktyki wtórnej. Rehabilitacja ruchowa prowadzona w szpitalu ma za zadanie przeciwdziałać skutkom unieruchomienia. W następnym etapie pacjent ćwicząc może odzyskać następne 50% wydolności krążeniowej i ogólnej sprawności ruchowej¹²⁴.

W 10 letnim badaniu MRFIT (Multiple Risk Factor Intervention Trial) zaobserwowano zmniejszenie śmiertelności wieńcowej o 27% w grupie z umiarkowaną aktywnością fizyczną¹²⁵. W badaniach Oldridge'a wykazano, że wysiłek fizyczny zmniejsza ryzyko powtórnego zawału o około 20%¹²⁶.

¹²² Wenger N.K. 1999, ibidem, s.48.

¹²³ Jonker J. T., De Laet C., Franco O. H., Physical activity and life expectancy with and without diabetes: life table analysis of Framingham Heart Study, Diabetes Care 2006 Jan, 29(1), s.38-43

¹²⁴ Jolliffe J. A., Rees K., Taylor R. S., and all, Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease. Cochrane Database Syst. Rev, 2000 (4).

¹²⁵ Leon A. S., Connett J., Physical activity and 10,5 year mortality in the Multiple Risk Factor Intervention Trial, International Journal of Epidemiology 1991 Sept. 20(3), s. 690-7.

¹²⁶ Oldridge N., Physical activity in primary and secondary prevention- there is a treatment gap. European J Cardiovasc Prev Rehab 2003, 10(5): 317-318.

Rozdział 2. Udział mediów w działaniach na rzecz zdrowia.

2.1 Komunikowanie masowe.

Komunikowanie się, w najbardziej klasycznym ujęciu¹²⁷ opiera się na wymianie znaków symbolicznych, które są konwencjonalnymi twórcami społecznymi. W sytuacji teoretycznie najprostszej, to znaczy jeśli wyeliminujemy wszystkie psychiczne i fizyczne czynniki towarzyszące, komunikowanie, przekazywanie treści wymaga istnienia osobnika A (nadawcy), który ją zmaterializuje w postaci znaku lub znaków i odbiorcy, osobnika B, który ów znak usłyszy, zobaczy oraz dla którego ów znak lub znaki oznaczają tę samą treść. W tej najprostszej sytuacji ważne jest, aby odbiorca rozumiał znaki, aby to znaczenie było takie samo jak to, które nadał nadawca.

“Najgenialniejsze myśli, choć najprecyzyjniej wyrażone, nie zostaną zakomunikowane, jeśli do ich wyrażenia użyte zostały znaki niezrozumiane lub inaczej rozumiane przez odbiorcę”.¹²⁸

Komunikatem zaś nazywamy treści przekazywane przez osobę A osobie B. Owo przekazywanie treści nie odbywa się bezpośrednio, ale za pośrednictwem znaków, którymi są: gesty, mimika, mowa, reklama świetlna, plakat, pismo, gazety i programy radiowo – telewizyjne.

Najbardziej klasyczny model procesu komunikowania, stanowiący podstawę wielu późniejszych modeli i definicji, zaproponowany został w roku 1948 przez amerykańskiego socjologa i politologa Harolda D. Laswella¹²⁹.

W modelu tym wyróżniamy 4 elementy: nadawcę, treść, kanał, odbiorcę i efekt, które odpowiadają kolejno na pytania: kto komunikuje?- nadawca- zwykle dziennikarz lub cały zespół; co komunikuje?- treść, która została zapisana lub przekazana środkami technicznymi; jak?- czyli jakich środków technicznych (kanału) użyto by przekazać treści;

¹²⁷ Goban-Klas T., Komunikowanie masowe. Zarys problematyki socjologicznej, OBP, Kraków 1978.

¹²⁸ Pisarek W., w: Mądry J(red)., Wstęp do prasoznawstwa, UŚ, Katowice 1982, s.12.

¹²⁹ Laswell H.,D., The structure and functions of communication in society, w: Byrson L., The communication of ideas, New York, 1948.

komu?- odbiorca-czytelnik, widz czy słuchacz, który poświęca swoją uwagę temu komunikatowi; i z jakim wynikiem (skutkiem)?- zespół rezultatów komunikowania, takich jak poświęcenie mu czasu, percypowanie jego treści, jego rozumienie i zapamiętywanie, uleganie argumentacji w postaci akceptowania wyrażonych w komunikacie treści lub wyrażania gotowości do działania zgodnie z treścią komunikatu, a w końcu podejmowanie działań w wyniku przyjęcia treści komunikatu¹³⁰.

W praktyce oczywiście taka modelowo najprostsza sytuacja komunikowania nie występuje. "Odbiorca nie zawsze chce słuchać tego lub czytać to, co nadawca ma mu do przekazania; myśli o czym innym, gardzi nadawcą, albo ma migrenę. Może się też zdarzyć, że odbiorca będzie doszukiwał się intencji nadawcy na podstawie ledwie dostrzegalnych symptomów".¹³¹

Model Laswella został rozwinięty przez Claude E. Shannona i Warrena Weavera w słynnej pracy „The Mathematical Theory of Communication”¹³². W modelu tym zwrócono uwagę na zjawisko szumu i ograniczoną pojemność percepcyjną odbiorcy, co prowadzi w sumie do redukcji sygnałów i selekcji odbioru. Dużo później model ten został przedstawiony przez Freda Jandt¹³³ następująco:

Szum (Kontekst)

Źródło-Zakodowanie-Przekaz-Kanał-Odbiornik-Dekodowanie-Reakcje Odbiorcy

Sprężenie zwrotne (Kontekst)

Wśród wielu kontynuacji myśli Laswella, badacze skupiali się na różnych elementach podstawowego modelu. Przykładowo David K. Berlo¹³⁴ skupił się na biegłości komunikacyjnej, postawie, wiedzy, systemie społecznym i kulturowym nadawcy oraz umiejętności odbiorczej, postawie wiedzy, systemie społecznym i kulturowym odbiorcy, które mają ogromny wpływ na cały proces komunikowania.

Komunikowanie masowe, jak sama nazwa wskazuje jest komunikowaniem za pomocą mediów masowych (na skalę masową), jak każde komunikowanie jest ono w swej istocie zjawiskiem społecznym. Poza społeczeństwem nie występuje.

¹³⁰ Mikułowski Pomorski J., Jak narody porozumiewają się ze sobą w komunikacji międzykulturowej i komunikowaniu medialnym, Universitas, Kraków 2006.

¹³¹ Laswell H., D., Ibidem, new York 1948, s. 13.

¹³² Shannon C., E., Weaver W., The Mathematical Theory of Communication, The University of Illinois Press, Urbana 1949.

¹³³ Jandt F., Intercultural Communication, Sage, Thousand Oaks 1995, s. 23.

¹³⁴ Berlo D., K., The Process of Communication, Rinehart, Winston, New York 1965.

Komunikowanie masowe obejmuje instytucje i techniki za pomocą, których wyspecjalizowane grupy posługują się urządzeniami technologicznymi (prasą, radiem, telewizją, Internetem, itp.) w celu szerzenia treści symbolicznych wśród dużych heterogenicznych i znacznie rozproszonych audytoriów¹³⁵.

Użycie środków technicznych, na których opiera się działalność mediów masowych pozwala na szybkie nawiązanie kontaktu między nadawcą a zbiorowościami odbiorczymi. Kontakt ten jest jednak najczęściej jednokierunkowy: od nadawcy do odbiorcy oddzielonych przestrzennie i często czasowo.

Odbiorcy w tym procesie mogą jedynie aprobować lub nie, pasywnie przyjmując informacje lub je odrzucając¹³⁶.

Media masowe są liczne, systematycznie działające i masowo odbierane, a przez swój zasięg, regularność i powtarzalność tworzą podstawowy system informacyjny współczesnego społeczeństwa. Ich rola społeczna polega na tym, że:

- stanowią forum, na którym sprawy powszechne (narodowe i międzynarodowe) mogą być publicznie prezentowane i roztrząsane;
- są jednym z instrumentów władzy społecznej, narzędziem kontroli, zarządzania społecznego, mobilizacji i pobudzania innowacyjności
- stymulują rozwój cywilizacji zarówno w aspekcie symbolicznym, artystycznym, jak obyczajowym i normatywnym, promują nowe wydarzenia w sztuce, modzie i obyczajach;
- są dominującym źródłem kształtowania indywidualnej wyobraźni prawie całego społeczeństwa (odbiorców);
- tworzą ważny i nieustannie rozwijający się sektor życia zbiorowego, nowy rodzaj działalności gospodarczej- przemysł informacji, rozrywkowy. Dostarczają pracy wielu specjalistom, wytwarzają poszukiwane produkty kultury¹³⁷.

Z tego powodu media masowego komunikowania i ich przekazy bywają postrzegane i określane mianem okna na wydarzenia, zwierciadłem wydarzeń, (choć nie dosłownym), filtrem selekcyjnym wydarzeń, drogowskazem, przewodnikiem, interpretatorem oraz forum prezentacji informacji i idei, a także ekranem-, który

¹³⁵ Janowitz M., International Encyclopedia of Social Sciences, 1968.

¹³⁶ Goban-Klas T., Cywilizacja Medialna, WPiP, Warszawa 2005.

¹³⁷ Mc Quail D., ibidem, 1994, s.1-15.

dostarczając selektywne informacje może oddzielać odbiorców od rzeczywistych wydarzeń i uprawiać polityczną propagandę¹³⁸.

Owo podejrzenie o intencjonalne, perswazyjne nastawienie mediów wywodzi się z samych początków mediów masowych, które jak francuska „Gazette”, czy polski „Monitor” służyć miały propagandzie, i nadal niezmiennie rzuca cień na rzetelność komunikatów wysyłanych do społeczeństwa nawet w najlepszej wierze.

2.2 Oddziaływanie środków komunikowania masowego.

Popularność prasy, radia i telewizji wśród masowego odbiorcy w naturalny sposób zmusza do zastanowienia się nad siłą oddziaływania mediów na kształtowanie postaw i zachowań publiczności.

Poglądy na siłę oddziaływania mediów towarzyszą mediom masowym od samego początku ich istnienia i zmieniały się wraz z rozwojem badań i zmian w samych mediach. W początkach komunikowania masowego (od początku XX wieku do lat 30 XX wieku) panowało powszechne przekonanie o ogromnej sile oddziaływania mediów (teoria magicznego pocisku De Fleura i Dennisa, 1996), mogącej kształtować opinie i przekonania społeczeństwa, zmieniać obyczaje a nawet zachowania zgodnie z życzeniem ludzi je kontrolujących. W okresie międzywojennym używano powszechnie media do reklamy, propagandy wojennej i perswazji politycznej.

Podjęta w latach 40-tych próba empirycznej weryfikacji przekonania o sile oddziaływania mediów (między innymi- Lazarsfeld, Berelson, Gaudet; 1944) na zmiany postaw odbiorców, doprowadziła do zupełnie odwrotnego wniosku. Uznano, że co do siły oddziaływania środki masowe ustępują innym sposobom perswazji, przy czym same niezmiennie rzadko wywołują radykalną zmianę postaw i zachowań. Kluczowe w tym czasie było opublikowanie syntetycznego opracowania J.Klappera- The Effects of Mass Communication, w którym dowiedziono, że:” komunikowanie masowe nie jest zwykle wystarczająca ani konieczną przyczyną wpływu na audytorium, ale zazwyczaj działa przez splot czynników pośredniczących”¹³⁹.

Mimo, że stwierdzenie Klappera nie negowało całkowicie wpływu mediów, a jedynie dodało do procesu komunikowania strukturę okoliczności i relacji społecznych, wielu badaczy w latach 60tych XX wieku podkreślało bezsilność komunikowania masowego w

¹³⁸ Ibidem, s.55.

¹³⁹ Klapper J., The Effects of Mass Communication, 1960, s.8

zmienianiu postaw. Nie powstrzymało to jednak agencji reklamowych i marketingowych ani polityków przed wykorzystywaniem mediów do swych celów. Interpretacja teorii o niewielkim wpływie mediów pozostawiła im możliwość walki o niewielki procent opinii publicznej a jednocześnie rozgrzeszała komercyjne media z odpowiedzialności za publikowane treści.

Sprzeczność wyników badań naukowych z tym, co obserwowano w opinii publicznej i marketingowych zyskach z reklamy doprowadziło do rewizji poglądów i bardziej wnikliwych analiz. Zwrócono uwagę na oddziaływanie długoterminowe, wpływ kontekstu i motywacji, oddziaływanie ideologii, wzorów kulturowych, a także sposobu kształtowania treści. Powrót do pojęcia silnych mediów¹⁴⁰ zaznaczał większy wpływ na świadomość społeczną niż postawy jednostkowe.

W późniejszych badaniach rozwinął się konstruktywizm społeczny¹⁴¹ (Gamson, Modigliani, 1989), który za skutek oddziaływania mediów uznał tworzenie definicji i znaczeń społecznych, które dzięki rozpowszechnianiu docierają do szerokiej publiczności. Każdy indywidualnie dodaje lub nie te definicje i znaczenia do własnej struktury poznawczej, wcześniej już ukształtowanej przez inne interakcje. W podejściu tym dostrzeżono siłę mediów, które tworzą przekaz (nieodzwierciedlający dosłownie rzeczywistości) i jednocześnie siłę odbiorców, mających dużo więcej informacji i doświadczeń niż te zwarta w przekazie.

Mimo ogromnej ilości i interdyscyplinarności badań nad komunikowaniem masowym, nie ma jasnej odpowiedzi na pytanie, w jaki sposób media mogą wpływać na nasze zachowanie ani jak skonstruować skuteczny komunikat wywołujący konkretny zamierzony skutek w opinii publicznej.

Niepewność badaczy wydaje się sprzeczna z wieloma sukcesami akcji medialnych i faktu, że „wiele informacji i obrazów w naszych głowach pochodzi z mediów”¹⁴². Poddajemy się często wpływowi reklam i akcji informacyjnych a także traktujemy media jako źródło informacji. Najbardziej znanym przykładem bardzo silnego oddziaływania mediów, które wywołało reakcję społeczną jest wielka panika w 1938 roku w Nowym Jorku, wywołana przez audycję radiową H.G. Wellsa o najeździe Marsjan¹⁴³.

¹⁴⁰ Noelle-Neumann E., Return to the Concept of Powerful Mass Media, *Studies of Broadcasting* 1973,9, s.66-112.

¹⁴¹ Gamson W., Modigliani A., Media discourse and public opinion on nuclear power, *American Journal of Sociology* 1989,95, s.1-37

¹⁴² Lippmann

¹⁴³ Goban-Klas T., *Ibidem* PWN1999.

Z drugiej strony, nawet najlepiej przygotowana kampania medialna nie przynosi dokładnie zamierzonych efektów, z których część niekoniecznie jest wynikiem samej kampanii. Nie kupujemy też przecież wszystkich reklamowanych produktów i nie wierzymy wszystkim kampaniom politycznym.

Dlatego określenie skuteczności oddziaływania oraz określenie skutków działania mediów stanowi problem rozważań i badań naukowych wielu dyscyplin naukowych.

Dodatkowym utrudnieniem jest tu samo założenie badaczy, co do rozumienia skutku oddziaływania, krótko lub długofalowego, przynoszącego zmianę zachowania lub zaledwie modyfikującego poglądy.

Badania psychologiczne nad komunikowaniem dowodzą, że jeśli sprawa ma duże znaczenie osobiste (tak jak w przypadku zdrowia), to ludzie będą koncentrować się na argumentach przedstawionych w komunikacie i będą ulegać ich wpływowi w takim stopniu, w jakim te argumenty są logiczne. Jeżeli sprawa ma małe znaczenie osobiste, to ludzie nie będą koncentrować swojej uwagi na argumentach, lecz posłużą się prostymi regułami, że można zaufać nadawcy o wysokim prestiżu.¹⁴⁴

Najbardziej znany, klasyczny model komunikowania kategorii społecznych stworzony przez Paula Lazarsfelda w 1948 roku uwypukla znaczenie cech demograficznych audytorium w procesie komunikowania. Zakłada on, że poznając skład publiczności, audytorium, pod względem tych cech, można określić ich reakcje na przekaz.¹⁴⁵ Trzeba tylko znać i określić sobie zachowania w poszczególnych grupach demograficzno - społecznych: jak reagują obecnie kobiety, a jak mężczyźni, jak wykształceni i jak osoby wykształcenia pozbawione, jak bogaci i biedni, mieszkańcy wiosek i miasta, by wiedzieć, czego spodziewać się, jeżeli nasza publiczność składa się z tych osób. Obecnie model ten wykorzystuje się często jeszcze do badań rynkowych.

Paul Lazarsfeld wraz z Elihu Katzem są autorami innego modelu, zmierzającego do pogłębionego poznania składu audytorium – model dyfuzji. Mówi on, że “nowe idee przepływają społeczeństwo jakby dwoma kanałami. Jeden to środki masowego przekazu, drugi to kontakty interpersonalne, międzyludzkie”.¹⁴⁶ Badając te kontakty, autorzy stwierdzili, że ludzi można podzielić na dwie kategorie. Tych, którzy udzielają innym rad i wskazówek i tych, którzy tylko się radzą. Istnieje więc dwustopniowy przepływ informacji. Obie grupy, przywódcy i potrzebujący rady, poddane są działaniu środków

¹⁴⁴ Nęcki Z., Mikułowski-Pomorski J., Komunikowanie skuteczne?, OBP, Kraków 1983, s.180-257.

¹⁴⁵ Ibidem, s. 126.

¹⁴⁶ Na podstawie: Goban – Klas T., Komunikowanie masowe. Zarys problematyki socjologicznej, OBP, Kraków 1978.

masowego przekazu, wszyscy odbierają te same komunikaty. Ale to przywódcy wyrabiają sobie opinie i oni są zdolni wprowadzić innowacje i nowe trendy w życiu. Druga grupa będzie szukała u nich aprobaty i rady, czy nowe idee są dobre, czy złe, czy warto je wprowadzić w życie czy nie. W myśl tej teorii to przywódcy opinii będą decydowali o tym, co istotne i ważne, o tym, co stanie się nową modą, nowym pomysłem na życie. Dlatego chcąc wpłynąć na ogół pozyskać trzeba „przywódców opinii”, aby oni akceptując zmianę zachowań wpłynęli przez przykład lub, chociaż poparcie na ogół społeczeństwa.

Różnice w odbiorze komunikatu w różnych grupach społecznych zostały również uwzględnione w modelu korzyści i satysfakcji, opracowanym przez grupę autorów w tym E. Katza i J. Blumlera. Badania przeprowadzone przez tych uczonych miały na celu odpowiedzieć na pytanie: Co ludzie czynią z treścią masowego komunikowania? Treści mediów, według tej teorii, są częścią składową ludzkiego otoczenia. Wobec nich ludzie postępują w sposób, który wyznaczają ich indywidualne i społeczne potrzeby. Badając te potrzeby i odbiór treści masowego komunikowania, sumuje się je i sprawdza, czy odbiór mediów wpłynął na zaspokojenie potrzeb. Prowadząc takie badania, dowiadujemy się, że dla jednych czytanie gazet jest okazją do zdobywania informacji (potrzeby informacyjne), dla innych jest sposobem uzyskania materiałów użytecznych dla potrzeb kontaktów towarzyskich (potrzeby asocjacyjne). Są również takie osoby, dla których nie sama treść przekazu, tylko fakt, że odbiera się go w towarzystwie innych, jest czynnikiem decydującym. Wyniki takie pozwalają na poznanie aktywności odbiorców w sensie społecznym i odbioru komunikatu¹⁴⁷.

Wielość modeli procesu komunikowania i ich złożoność zależy od samego definiowania tego procesu. Współczesne definicje ujmują komunikowanie w dużo szerszym aspekcie procesów socjalizacyjnych i zaliczają ją do elementów wszelkich procesów społecznych¹⁴⁸.

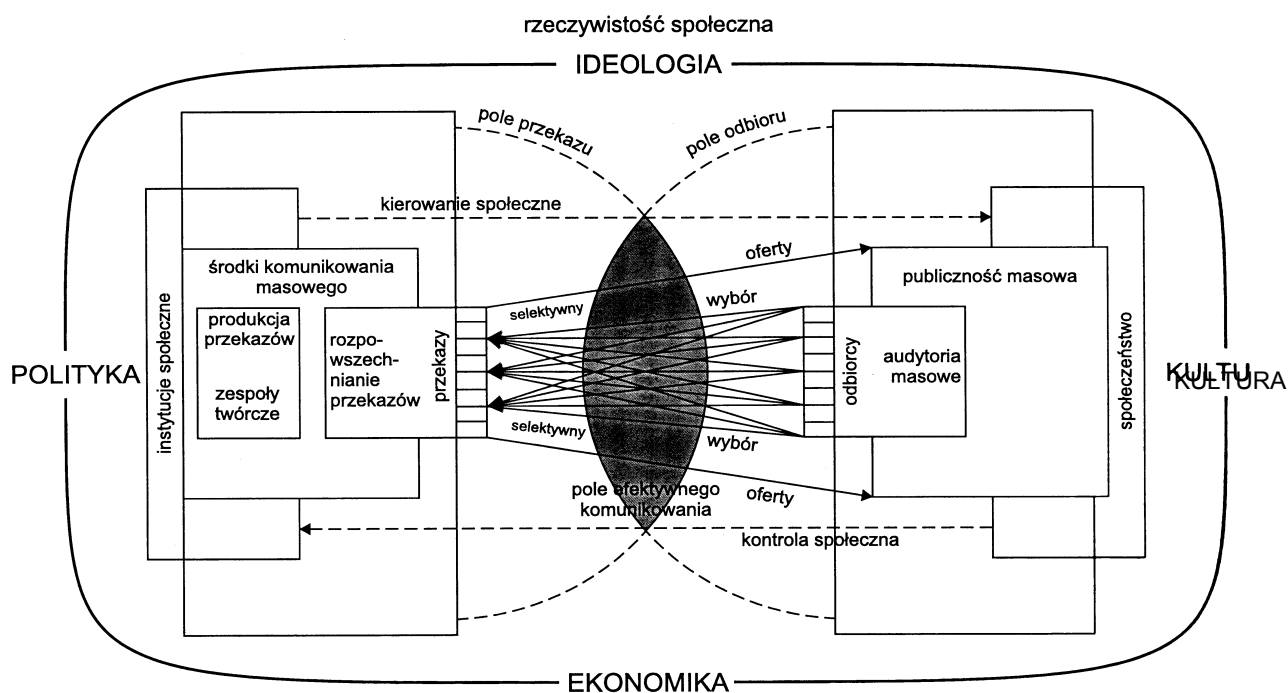
Jednym z przykładów modelu ujmującego proces komunikowania masowego w ramach procesu społecznego a dokładnie procesu rozwoju społecznego zaproponował T. Goban-Klas¹⁴⁹. Wykorzystując idee wcześniejszych modeli komunikowania badacz uwypuklił w modelu syntetycznym (Rysunek 3.) oddziaływanie podmiotów społecznych, sfer rozwoju społecznego, przekazów i publiczności. W modelu tym określono warunki istnienia i przebiegu procesu komunikowania, zaliczając do nich: poziom technologii,

¹⁴⁷ Ibidem.

¹⁴⁸ Goban-Klas T., Zarys historii i rozwoju mediów, Akad. Ped., Kraków 2001.

¹⁴⁹ Goban-Klas T., 2004, ibidem, s.73-76

ekonomikę, ideologię i kulturę. Zgodnie z tym podejściem proces komunikowania jest warunkowany i jednocześnie warunkuje rozwój społeczny. Określenie wpływu poszczególnych kategorii i wpływu na poszczególne kategorie pozwala na zrozumienie miejsca komunikowania w procesie społecznym.



Rysunek 3. Schemat modelu syntetycznego, T.Goban-Klas¹⁵⁰.

W modelu proces przyswajania warunkuje ewentualne oddziaływanie na odbiorcę, a samo przyswajanie uzależnione jest od wspólnoty takich czynników jak znajomość kodu (języka), ideologii, kultury między treścią a odbiorcą. Dopiero taka wspólnota porozumienia umożliwia skuteczność komunikowania.

Od natężenia pola skutecznego komunikowania zależy siła oddziaływania treści przekazów na odbiorcę, na jego postawy i zachowanie. Najważniejsze jednak jest to, że model ten zaznacza dynamikę całego procesu. Oddziaływanie przekazu na odbiorcę zmienia się wraz ze zmianami sytuacji społecznej, rodzaju komunikatu lub treści, zmian dotyczących nadawcy, odbiorcy, medium jak i samego środowiska przekazu i czynników towarzyszących.

¹⁵⁰ Goban-Klas T. Media i komunikowanie masowe. PWN, Warszawa 2004, s.73-76.

Model syntetyczny pozwala zrozumieć, dlaczego skuteczność komunikowania jest tak trudna do przewidzenia, zaplanowania i realizacji. Mimo braku jednoznacznej odpowiedzi na pytanie o skutki oddziaływania mediów, nie można tego oddziaływania pominąć.

2.3 Wolność i niezależność mediów masowych w krajach rozwiniętych.

Media masowe uznawane są za produkt i odbicie historii społeczeństwa, w którym powstają, i w którym jednocześnie odgrywają ważną rolę. Ze względu na swój charakter ulegają presjom politycznym oraz społecznym oczekiwaniom ich audytoriów. Czasem wręcz służą interesom narodowym, w formie określonej przez inne instytucje lub siły. To, co stanie się tematem dyskusji medialnej lub zostanie nagłośnione może, więc zależeć od sił politycznych, także w kwestii polityki zdrowotnej państwa.

Regulacja normatywna dotycząca mediów oparta jest zazwyczaj na założeniu, że media powinny służyć dobru wspólnemu (interesowi społecznemu). W praktyce podlegają one także bardzo dużemu wpływowi ekonomii i zasad rynku, chociaż traktowane są inaczej niż klasyczne przedsiębiorstwa, ze względu na swój oczekiwany wkład w korzyści społeczne, w sferze kulturalnej i politycznej. Spełniając też misję publiczną media masowe oczekują prawnych i ekonomicznych przywilejów.

Współcześnie media masowe są także najczęściej wykorzystywanym narzędziem public relations- budowy wizerunku firm, przedsiębiorstw, instytucji i osób publicznych w oczach opinii publicznej, także na rynku ochrony zdrowia.

Pacjenci, wybierając instytucję medyczną, z reguły poszukują informacji u osób, które znają daną jednostkę i są postrzegane jako obiektywne. Kierują się, zatem przede wszystkim opinią swoich znajomych i rodziny, opinią znanych sobie pracowników instytucji, swoim zdaniem o pracownikach placówki, z którymi się zetknęli oraz informacjami z mediów. Wszelkie negatywne doniesienia o instytucji, informacje o nieodpowiednim, nieprzyjemnym zachowaniu pracowników lub ich niekompetencji rozchodzą się natychmiast wśród potencjalnych pacjentów, którzy raczej zrezygnują z opieki w tej placówce, niż zaryzykują błędną diagnozę a tym bardziej niewłaściwe (ich zdaniem) leczenie. Niezadowoleni z jakości usług klienci odejdą do innej placówki, cieszącej się lepszą reputacją, kompetencją i bardziej przyjaznej pacjentom. Mającą dobry wizerunek w mediach, informującą o świadczonych przez siebie usługach i reagującą na sytuacje kryzysowe.

Od kiedy zaistniała możliwość wyboru instytucji, w której można się leczyć, dobra reputacja i wysoki poziom zaufania pacjentów zaczęły być niezbędne dla utrzymania się na rynku. Podobnie jak w przypadku organów administracji publicznej pozytywny, spójny i wyróżniający się wizerunek stał się wartością, mocną stroną jednostki świadczącej usługi zdrowotne¹⁵¹.

W obecnej sytuacji wizerunek organizacji ma, więc dla rynku usług zdrowotnych bardzo duże znaczenie. Bez odpowiedniego wizerunku, czyli „*obrazu jednostki w oczach innych, tego jak jest ona postrzegana przez otoczenie*”¹⁵², nie można zdobyć zaufania klientów. A bez zaufania nie przyciągnie się do jednostki pacjentów i nie zdobędzie się korzystnych kontraktów, pieniędzy na prowadzenie działalności. Umiejętnie tworzony wizerunek instytucji ochrony zdrowia sprawia, że staje się ona atrakcyjna na rynku. Aby było to możliwe, konieczne jest prowadzenie w tym kierunku stałych i planowanych działań z zakresu public relations, których najpopularniejszą formą jest współpraca z przedstawicielami mediów.

Działalność public relations w zakresie pozyskiwania mediów masowych zawsze budziła wątpliwości, co do granicy przychylności firmy (i jej gościnności) a przekupstwa.

Ekonomia

Współczesne media w krajach rozwiniętych podlegają między innymi prawom ekonomicznym. W większości, poza mediami publicznymi i finansowanymi przez ugrupowania społeczne lub religijne, środki masowe są przedsiębiorstwami działającymi w rzeczywistości rynkowej, podlegającymi prawom popytu i podaży i narażonymi na konkurencję. Ich utrzymanie się na rynku związane jest z ich opłacalnością i sprzedażą. Regulacja rynkowa, w myśl doktryny liberalnej, gwarantować miała niezależność mediów masowych i reprezentację dominujących nurtów opinii publicznej¹⁵³. Głównym warunkiem opłacalności mediów nie jest jednak obecnie nakład, ale dochody z ogłoszeń i reklamy. Dzięki nim prasa osiągnęła bardzo niską cenę sprzedaży, zwiększając swój zasięg i dostępność.

Reklamowy system finansowania pozbawił jednak czytelników/odbiorców wpływu na nadawcę (twórców mediów). Zawartość mediów stała się, więc w pewien sposób zależna

¹⁵¹ J. Hausner (red.), „Komunikacja i partycypacja społeczna”, MSAP, Kraków 1999.

¹⁵² P. Kotler, „Marketing – analiza, planowanie wdrażanie”, Northwestern University, Warszawa 1994.

¹⁵³ Jung B., Komunikowanie w perspektywie ekonomicznej i społecznej. SGH, Warszawa 2001

od reklamodawców i ogłoszeniodawców. Nie tylko w części za którą redakcja otrzyma zapłatę, ale także jej otoczenie.

Można na przykład przypuszczać, że firma farmaceutyczna wykupująca całą stronę na reklamę leku o jakiejś specyfice, chętniej zamieści reklamę w gazecie, która prowadzi dodatek, lub kolumnę medyczną, być może wpływając na zakres zainteresowania dziennikarzy ją tworzących. Często, bowiem w firmach farmaceutycznych lub firmach produkujących produkty spożywcze prozdrowotne, działa bardzo dynamiczny dział public relations, który chętnie przygotowuje dla takiej gazety materiał na temat schorzeń, o których wie tak wiele, bo zajmują się sprzedażą leków na te dolegliwości.

Podobne przypuszczenie można wysunąć w stosunku do jednostki usług zdrowotnych, która zaprasza dziennikarzy do swej jednostki przy okazji np. otwarcia nowego oddziału, czy wprowadzenia nowej techniki leczniczej i wręcza im świetnie przygotowany pakiet informacyjny (jedno z powszechnych zadań PR), zawierający materiał promujący jednostkę, który w części lub po modyfikacji zostanie opublikowany na łamach mediów.

Nie oznacza to, że odbiorcy nie są ważni dla ogłoszeniodawców, jako potencjalni klienci lub, że samym mediom nie zależy na jak największej liczbie odbiorców. Jednak dobór materiałów publikowanych i prezentowanych odbywa się na zasadzie ich komercyjności i popularności bez względu na zasady moralne, wartości kulturowe czy tradycje. Przemoc, erotyka i horror oraz ludzkie ułomności mają za zadanie przyciągnąć publiczność, aby zwiększyć atrakcyjność medium dla reklamodawców, kupujących w istocie uwagę konkretnej publiczności, czyli odbiorców medium¹⁵⁴.

Dobra pozycja prasy lokalnej wynika właśnie z jej lokalnego charakteru i atrakcyjności dla lokalnych reklamodawców - sklepów, restauracji czy firm usługowych na danym terenie.

Chociaż ogłoszeniodawcy nie wpływają bezpośrednio na treści, to istnieje zagrożenie, że mogą wycofać swoje reklamy, gdy nadawca zajmie się mało atrakcyjnymi tematami lub przedstawi poglądy sprzeczne z filozofią danego przedsiębiorstwa.

Inne regulacje zewnętrzne i wewnętrzne

Środki komunikowania masowego ze względu na swój zasięg i siłę oddziaływania są pewnego rodzaju instytucjami społecznymi i jako takie podlegają pewnym regulacjom¹⁵⁵. Regulacje te to normy prawne i organy kontrolne powołane przez władze państwowe, a także polityka państwa, jej charakter i doktryny, i oczywiście sama polityka

¹⁵⁴ Ibidem.

¹⁵⁵ Goban-Klas T., 2004, ibidem, s.155

w dziedzinie komunikowania. Przykładem są ustawy o ochronie tajemnicy państwowej, rzetelności reklamy, ochronie źródeł informacji, czy w przypadku radia i telewizji-udzielania koncesji. Często zdarza się, że powiązania personalne świata polityki i mediów warunkują charakter i działania środków przekazu. W podobny sposób działa też kontrola państwa nad udostępnianiem ważnych informacji, bez których media nie mogą spełnić funkcji publicznego informatora. Silne oddziaływanie mają naciski organizacji społecznych na środki masowe mające na celu korzystne kreowanie ich wizerunku w opinii publicznej a także samych reklamodawców i osoby zamieszczające odpłatnie swe materiały. Nie bez znaczenia jest także wpływ samych odbiorców, publiczności, sprawującej publiczny patronat nad działalnością mediów masowych, a także osób odpowiedzialnych za praktyczną działalność mediów, takich jak badacze opinii publicznej czy kolportaż.

Oprócz wpływu otoczenia, istotny wpływ na działanie środków masowego przekazu mają sami właściciele przedsiębiorstw medialnych, środowisko zawodowe, konkurencja i redaktorzy tworzący materiał dziennikarski publikowany/emitowany do masowej publiczności. Właściciele mediów lub menadżerowie kierujący jakąś częścią korporacji medialnych są odpowiedzialni za konkretną realizację zadań nałożonych na środki komunikowania, a pracownicy merytoryczni wykonują zadania programowe redakcji tworząc konkretne przekazy.

Nie można też zapomnieć o personalnym wpływie samego dziennikarza, tworzącego komunikat medialny. Jego zainteresowania, lub specjalizacja mają duży wpływ na ostateczny kształt publikacji. Duże redakcje medialne prawie zawsze mają specjalne działy zajmujące się różnymi tematami, w tym specjalny dział medyczny (zdrowotny), lub osobę, która zajmuje się tą tematyką. Wiedza takiego dziennikarza i jego doświadczenie w dziedzinie zdrowia pozostawia mu najczęściej dużą swobodę działania.

I znów powstaje pytanie o to, co wpływa na częste podejmowanie danej tematyki - istotność tematu czy przychylność jakiejś placówki leczniczej, lub firmy podsyłającej broszury o jakimś typie schorzeń.

Stopień oddziaływania warunków zewnętrznych i wewnętrznych na powstawanie przekazów i politykę redakcyjną jest bardzo różnorodny, tak jak i metody kontroli.

Władze państwowe, mimo deklarowanej niezależności mediów, mogą kierować środkami komunikowania masowego jako prawnie powołane do tego organy kontroli.

Odbiorcy pozostaje jedynie wpływ na finansowe wyniki nadawcy poprzez akceptację lub odrzucenie treści i przekazów. Największy niepokój wzbudza zawsze pytanie o polityczną niezależność mediów, która często ma znaczenie ekonomiczne.

Współcześnie jednak dużo większe oddziaływanie na media masowe niż polityka ma wielki kapitał. Obecnie środki komunikowania masowego są dużo bardziej „kulturalnym orężem wielkiego biznesu niż organem propagandy rządowej”¹⁵⁶

Działanie mediów masowych oceniane jest wedle ich wiarygodności mierzonej wg społecznych wartości i zasad. Istnienie regulacji i kodeksów dotyczących działalności środków komunikacji masowej w każdej społeczności z jednej strony sprzeczne jest z „wolnością słowa”, a z drugiej pozwala na pełnienie roli społecznej przez media.

Odbiorcy i władze oczekują od mediów potępiania konfliktów, przemocy, oraz popierania działań wzmacniających demokratyczne państwo. Mc Quail (1994)¹⁵⁷ wymienia wśród roli mediów dbanie o dobro własnych odbiorców, przyczynianie się do integracji społecznej- zwracanie uwagi na krzywdę społeczną jednostki, mniejszości narodowych i etnicznych. Podkreśla także rolę mediów w kształtowaniu autorytetów - siły ładu i porządku, rozważę działania w sprawach terroryzmu i wojny. W sprawach moralności i obyczajowości - media powinny podtrzymywać standardy ogólnospołeczne i unikać obrazy publicznej.

W kwestii kulturowej, media powinny odzwierciedlać język i kulturę współczesną ludzi, którym służą, odpowiednio do ich doświadczeń życiowych. Mc Quail dostrzega też rolę edukacyjną mediów, ich udział w rozpowszechnianiu tego, co w dorobku kulturalnym najlepsze, i popieraniu oryginalności i twórczości kulturalnej.

Mediom masowym nie jest jednak łatwo sprostać takim oczekiwaniom. Zasady wolnego rynku nie sprzyjają pełnieniu misji kulturalnej. W nasilającej się konkurencji i zabieganiu przede wszystkim o reklamodawców a dopiero potem o odbiorców media rzadko spełniają społeczne i kulturalne normy jakości przekazu.

¹⁵⁶ Schiller H, cyt. za Goban-Klas T., 2004, ibidem, s.155.

¹⁵⁷ Mc Quail D., Mass Communication Theory. An Introduction, Sage, London 1994, s.150-51

2.4 Znaczenie analizy mediów.

Przejawem działalności mediów masowych są ogromne ilości komunikatów lub przekazów, które niosą przeróżne znaczenia i sensy, także różnie odbierane przez odbiorców.

Od wielu lat nauki humanistyczne i nie tylko one, interesują się zawartością przekazów medialnych. Bodźcem do analizy są zarówno skutki komunikowania jak i atrakcyjność nadawcy (mediów) dla odbiorcy.

Początkowo treści przekazów traktowano jako odbicie kultury i społeczeństwa, w którym powstały¹⁵⁸. Media odzwierciedlają jednak nie całą rzeczywistość, a jedynie jej fragmenty, strukturę i dominujące tendencje społeczne charakterystyczne dla danego czasu (teoria funkcjonalistyczna)¹⁵⁹.

Dodatkowo realizm informacji dziennikarskiej charakteryzuje się najczęściej nadmiarem wypowiedzi oficjalnych i reprezentowaniem elit społecznych, popieraniem jest consensusu społecznego, uprzywilejowaniem wiadomości zagranicznych dotyczących krajów bliższych, bogatszych lub silniejszych. Najczęściej też wiadomości wykazują tendencję patriotyczną i neutralność (lub prawicowość) polityczną¹⁶⁰. Pamiętać też należy, że sam przekaz zależy od jego twórcy, jego zdolności komunikacyjnych, wiedzy, doświadczenia i postrzegania danej sytuacji (ideologii)¹⁶¹.

Media masowe nie mogą, więc ze swej natury wiernie odzwierciedlać rzeczywistości.

Obecnie analiza zawartości przekazów medialnych wykorzystywana jest w badaniach językoznawczych, socjologicznych, psychologicznych jak i badaniach ekonomicznych i analizach politycznych. Służy też samym nadawcom w formułowaniu polityki redakcyjnej. Jako podstawowe narzędzie, używane do badania zbiorów przekazów, została użyta również w niniejszej pracy do analizy publikacji dotyczących zdrowia w prasie lokalnej.

Początki analizy zawartości miały zastosowanie literaturoznawcze, a datuje się je na II połowę XIX wieku w Niemczech¹⁶². Pierwszą analizę prasoznawczą w ujęciu

¹⁵⁸ Signorelli N., Morgan M., Cultivation Analysis, Newbury Park, Sage, CA i London 1990.

¹⁵⁹ Mc Quail, ibidem 1994, s.255.

¹⁶⁰ Ibidem.

¹⁶¹ Mrozowski M., Media masowe, władza, rozrywka i biznes, ASPRA, 1999.

¹⁶² Pisarek W. 1983, ibidem

socjologicznym zaprezentował w Polsce J.W. Dawid, dziennikarz, lekarz i psycholog, w 1886 roku. Dotyczyła ona wątków przemocy w materiałach prasowych. Ta syntetyczna analiza nie znalazła jednak naśladowców. Sama metoda została przejęta w latach 1957-60 z Francji i USA, a potem z Niemiec. Kolejne, obszerniejsze badanie dotyczące wpływu filmu na zachowania dewiacyjne przeprowadził E.Dale w 1933 roku.

Metodologiczne założenia analizy zawartości jako analizy „środowiska symbolicznego” opracował w 1935 roku Lasswell w opracowaniu pt. „World Politics and Personality Insecurity”. W latach 1940-41 grupa badawcza War Time Communication Study zastosowała analizę zawartości do wnioskowania o zmianach społecznych w Niemczech. W Polsce od lat 60. głównym ośrodkiem stosującym analizę zawartości mediów był Ośrodek Badań Prasoznawczych w Krakowie, w którym Irena Tetelowska sformułowała główne zasady analizy i gdzie przeprowadzono wiele tego typu badań. Później, Walery Pisarek przedstawił tradycje i różnorodności zastosowań tej metody i procedury badawczej w monografii „Analiza zawartości prasy” (1983)¹⁶³.

W drugiej połowie XX wieku analiza zawartości wykorzystywana była do analizy komunikatów propagandowych, np. w okresie „zimnej wojny”, a także w studiach nad polityką społeczną. Obecnie bardzo popularnym zastosowaniem analizy zawartości są działania public relations w odniesieniu do instytucji, firm, osób prywatnych i oczywiście osób publicznych, szczególnie polityków. Przykładowo w Stanach Zjednoczonych od czasów prezydenta Nixona analiza przekazów medialnych jest stałym elementem pracy sztabów rządzących¹⁶⁴. Analiza zawartości stosowana jest też od wielu lat do wykrywania wartości społecznych lansowanych przez środki masowego przekazu.

2.5 Zainteresowanie tematem zdrowia.

Celem mediów jest dotarcie do jak najliczniejszej publiczności. Aby to osiągnąć, redakcje starają się zadowolić odbiorcę, zaspokoić jego potrzebę informacji na interesujący go temat. Poznaniu tych potrzeb i zainteresowań, oprócz badań audytoryjnych służą także kontakty z czytelnikami, listy do redakcji.

Często trudno zainteresować ogół odbiorców. Willmont Haacke twierdził, że dziennikarz stara się pisać dla swego najbliższego otoczenia¹⁶⁵. Są to, bowiem ludzie,

¹⁶³ Goban-Klas T., 2004, ibidem.

¹⁶⁴ Goban-Klas T., Public Relations. Promocja Reputacji, Business Press, Warszawa.

¹⁶⁵ Nęcki Z., Mikułowski-Pomorski J., ibidem, s. 155.

których potrzeby i reakcje rozumie i najłatwiej potrafi dostosować swój przekaz do takiego odbiorcy.

W przypadku mediów masowych jest to jednak bardzo trudne do zrealizowania. Nie zawsze też wybór tematyczny prezentowanych przekazów jest adekwatny do wagi problemu i zapotrzebowania odbiorców. Selektywność odbiorcy polega nie tylko na indywidualnym traktowaniu poszczególnych przekazów, ale dotyczy też wyboru mediów. Oba procesy, z psychologicznego punktu widzenia, podlegają koncepcji „korzyści i satysfakcji”¹⁶⁶. Uwzględnia ona problematykę motywacji odbioru, psychologicznego źródła kontaktu z określonymi środkami komunikowania masowego bądź określonymi programami, selektywność, aktywność odbiorcy. Media, podobnie jak inne elementy środowiska życiowego człowieka, mogą być wykorzystane dla zaspokojenia potrzeb. Skoro odbiorca poszukuje aktywnie pewnych określonych korzyści, to efektywne będą tylko te formy komunikowania, które te potrzeby zaspokoja.

Badania Ośrodka Badań Prasoznawczych przeprowadzone w listopadzie 1996 nad czytelnictwem prasy w Polsce wykazały niestety, że „zdrowie” i „medycyna” znalazły się w kategorii tematów poruszanych najrzadziej. Pocieszeniem w kwestii akceptacji i odbioru treści prozdrowotnych przez publiczność jest fakt wysokiej różnicy procentowej między wskazaniami pozytywnymi a negatywnymi dotyczącymi zdrowia. Wg badań 41% więcej czytelników odnosi się do tematyki zdrowotnej pozytywnie niż negatywnie.

Tabela 1. Różnica między wskazaniami pozytywnymi a negatywnymi¹⁶⁷.

Tematyka:	Gazeta Wyborcza	Super Expres	Rzeczpospolita	Dziennik Polski	Gazeta Krakowska	Tempo
		s				
ZDROWIE	32 %	21 %	29 %	36 %	44 %	29 %
NAUKA	31 %	29 %	33 %	29 %	19 %	6 %
PRACA	22 %	32 %	52 %	34 %	34 %	23 %
RODZINA	61 %	50 %	62 %	51 %	53 %	26 %
MIŁOŚĆ	63 %	56 %	48 %	60 %	59 %	58 %

¹⁶⁶ Ibidem, s.161-163.

¹⁶⁷ Badania OBP, listopad 1996, OBP, Kraków 1997.

Znając pozytywne nastawienie odbiorców do tematu „zdrowie”, spróbujmy się zastanowić, jakie mogą być motywacje zainteresowania tematyką prewencji chorób układu krążenia wśród czytelników prasy. Zadanie to ułatwi typologia potrzeb E. Katza¹⁶⁸.

Pierwszym typem motywacji wymienianym przez Katza jest „pogłębienie wiedzy i rozumienie siebie”. Prewencja chorób układu krążenia to przede wszystkim zapobieganie narażeniu na czynniki szkodliwe, przez budowanie wiedzy o tych czynnikach, zwanych czynnikami ryzyka, ich działaniu na zdrowie. To także promocja zdrowego trybu życia i osiągnięcia najlepszego komfortu psychicznego i fizycznego przez ludzi zdrowych, ludzi z grupy narażonej, a także osób z chorobami układu krążenia. Ma ona służyć poznaniu siebie i tego, co jest dla osiągnięcia tego komfortu konieczne. Poznaniu mechanizmów działania własnego organizmu i tego, jakie elementy stylu życia mogą go wzmocnić a jakie czynniki ryzyka mogą niekorzystnie odbić się na zdrowiu. Zdrowie jest bowiem: „pełnią fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu człowieka, a nie tylko brakiem choroby lub kalectwa”¹⁶⁹.

Zwiększenie aprobaty siebie, druga z motywacji korzystania z mediów polegać może na dostrzeganiu w komunikatach dotyczących zaleceń profilaktycznych, zaleceń co do własnego stylu życia, ale także zaleceń skierowanych do wielu ludzi, takich jak odbiorca. Dążąc do zaspokojenia potrzeb psychofizycznych, odbiorca nie tylko staje się bardziej świadomy swoich potrzeb i oczekiwań, ale też wie, co zapewni mu zaspokojenie tych potrzeb bez narażenia siebie i innych. Przy odpowiedniej wiedzy, przyjemność jedzenia może być zaspokojona, bez szkody dla własnego serca.

Taki wzrost zainteresowania sobą i swoim środowiskiem prowadzi do wzmocnienia atrakcyjności i pobudzenia własnej wartości, a więc i aprobaty siebie.

Kolejnym bodźcem do zainteresowania czytelników tematyką prewencji chorób układu krążenia na łamach prasy może być poprawa swojego statusu, aprobaty społecznej. Aprobata taka może wynikać z dbałości o własne zdrowie i samo bycie świadomym zagrożeń wynikających z podstawowych czynników ryzyka. Realizowanie trendu bycia zdrowym i silnym wymaga śledzenia tego, co może temu stanowi rzeczy zagrozić. Społecznie akceptowane uprawianie sportu i zdrowe odżywianie odbija się także na tym jak postrzegają nas inni.

168 Katz E., Blumler J., Gurevitch M., *On the Use of Mass Media for Important Things*, cytuję za: Nęcki Z., Mikułowski-Pomorski J., OBP, *ibidem*, s.159.

169 Definicja zdrowia przyjęta przez WHO w 1946; *Dziennik Ustaw* z dn. 29 XII.1948, Nr 61.

Redukcja napięcia, unikanie samotności to czynnik motywacyjny bardzo charakterystyczny dla mediów, ale bliski również akcjom profilaktyki chorób układu krążenia, promocji zdrowia i programom tego typu dążącym do skupienia jak największej liczby osób zainteresowanych czynnym udziałem w działaniach mających na celu zapobieganie chorobom układu sercowo naczyniowego, zwiększeniu rozpoznawalności czynników ryzyka i konieczności badań profilaktycznych. Problematyka prewencji chorób dotyczy znacznej większości społeczeństwa, samotność, więc w tym zagadnieniu jest niemożliwa. Napięcie związane z wystąpieniem schorzenia łagodzona jest przez fakt, że leczą się też inni. Problem odchudzania i rzucania palenia nie jest tylko problemem danej osoby podejmującej takie działania.

Motywacją do zwiększania wiedzy i świadomości na temat elementów profilaktyki chorób układu krążenia może być nie tylko sprawa zdrowia osobistego, ale także naszych najbliższych. Poszukiwanie informacji na temat zagrożeń zdrowia naszych małżonków, rodziców czy dziadków wydaje się nawet bardziej istotne. Często też zmiany stylu życia jednego z członków rodziny sprzyjają zmianom zachowań zdrowotnych najbliższych członków rodziny. Co zgodne jest z teoretyczną motywacją pogłębiania więzów rodzinnych wymienianą w typologii Katza.

Podobnie nietrudno odnaleźć kolejny element motywacyjny, dotyczący popawy znajomości przyjaciół, ich rozumienia. Nasi znajomi, szczególnie, jeśli są w podobnej grupie wiekowej borykają się z podobnymi problemami zdrowotnymi do naszych własnych. Wspólne podjęcie wysiłków w celu zapobiegania chorobom układu krążenia jeszcze bardziej umacnia przyjaźń. Wiedza o czynnikach ryzyka chorób układu krążenia pozwala też na przykład na zrozumienie zachowań naszych przyjaciół np. unikania potraw tłustych i zaprzestanie palenia po incydencie wieńcowym.

Zwiększenie wiedzy na temat skali zagrożeń chorobami układu krążenia we współczesnym społeczeństwie pozwala na poznanie charakterystyki i stylu życia współczesnej populacji, która walczy z czynnikami ryzyka, będącymi elementem naszego codziennego życia. Poznanie problemów zdrowotnych może więc wynikać z motywacji lepszego poznania społeczeństwa, kraju czy świata. Informacje na temat osiągnięć medycyny w leczeniu chorób serca i ich zapobieganiu w wymiarze światowym pozwala na optymistyczne patrzenie w przyszłość mimo faktu rozpoznania u nas choroby.

Poszukiwanie wzrostu wiary w stabilność społeczeństwa i świata może także dotyczyć sytuacji zdrowotnej globu. Wspólne wysiłki w kierunku zwalczania epidemii

chorób układu krążenia na świecie oraz wielonarodowe programy profilaktyczne są dowodem istnienia porozumienia między państwami i regionami na globie.

Profilaktyka chorób układu krążenia obejmuje działania dotyczące całej populacji i jej codziennego życia: nawyków żywieniowych, aktywności fizycznej i postaw wobec nałogów. Zainteresowanie problematyką związaną z chorobami układu krążenia może wynikać z „chęci pogłębienia więzi społecznych i poprawy satysfakcji z kontaktów z innymi” (Katz). Może wynikać z poszukiwania grup wsparcia w walce z nadwagą czy rzucaniem palenia. Planowanie i wprowadzanie w życie zaleceń prewencji CHUK angażuje wiele sektorów społecznych, obejmuje plany rządowe i wymaga współpracy w ich realizacji, co w efekcie prowadzi do skutecznej profilaktyki i zmniejszenia nasilenia czynników ryzyka w populacji.

Z socjologicznego punktu widzenia zdrowie jest stanem, w którym jednostka wykazuje optymalną umiejętność efektywnego pełnienia ról i zadań wyznaczonych jej przez proces socjalizacji.¹⁷⁰ Każda z potrzeb może być realizowana w różnym stopniu i przez różne media. Dlatego odbiorca również wybiera różne formy przekazu i nie ogranicza się do korzystania tylko z jednego tytułu, programu, czy kanału.

Niezależnie od potrzeb rozumianych jako wewnętrzne stymulatory aktywności odbiorczej, działają normy społeczne, nakazujące lub zakazujące kontaktu z określonymi mediami. Normy te wyznaczają stopień pożądania pewnych zachowań z punktu widzenia danego kręgu społecznego, w którym żyje odbiorca. Podobnie jak w kształtowaniu systemu zasad moralnych, w zachowaniach odbiorczych grupa wywiera nacisk i stosuje pełną gamę sankcji. Decyzja o tematycznym wyborze komunikatu przez odbiorcę jest wypadkową wszystkich przedstawionych czynników, subiektywnej oceny użyteczności i szansy, prawdopodobieństwa osiągnięcia tej użyteczności, zaspokojenia motywacji. Decyzja o wyborze danego medium bazuje na bilansie kilku cech, takich jak satysfakcja wewnętrzna, pogłębienie wiedzy, kompetencje medium, koszty odbioru¹⁷¹. Nie bez znaczenia jest też szata graficzna, format gazety, rodzaj druku, papier, jakość zdjęć, język komunikatów, styl autorów. Wszystkie te czynniki oddziałują na siebie wzajemnie i prowadzą do dokonywania pewnych kompromisów i decyzji o zakupie tej, a nie innej gazety.

Prewencja chorób układu krążenia obecna w mediach powinna zawierać się w tematyce medycznej i społecznej zarazem. Politycy i ludzie nauki wykazali wzrost

¹⁷⁰Definicja Parsonsa w: Karski J., Słońska Z., Wasilewski B., *ibidem*, s.18.

¹⁷¹ Fiske J., *Wprowadzenie do badań nad komunikowaniem*, Astrum, Wrocław 1999, s.182-96.

zainteresowania tematyką zdrowia i opieki zdrowotnej. W ten sposób rozwinęła się edukacja zdrowia, która wiąże się z życiem codziennym. Teoria, praktyka i rzeczywistość wzajemnie na siebie oddziałują, mimo że charakteryzują się odmienną dynamiką i tradycją.

W nowoczesnym ujęciu zdrowie uznawane jest za jeden z głównych zasobów gospodarki narodowej. Zgodnie z tą zasadą należy je traktować jako wartość pozytywną o znaczeniu ekonomicznym, w kontekście rozwoju społeczno-gospodarczego.

Prewencja CHUK dotyczy bardzo szerokiej tematyki i obejmuje długą listę problemów. Można ją więc skutecznie wykorzystywać do prezentacji wielu istotnych zagadnień: odżywiania, palenia tytoniu, picia alkoholu, zagadnień aktywności fizycznej, problemów decyzyjnych polityki zdrowotnej, opieki medycznej, profilaktyki i chorób w ujęciu społecznym. Formułowanie komunikatów w tak obszernym temacie musi uwzględniać różnorodne potrzeby odbiorców jak również cele, do jakich zmierza prewencja chorób układu krążenia na kolejnych swych poziomach w różnych grupach społecznych i wiekowych.

Różnorodność odbiorców wymaga od nadawców znajomości nie tylko motywacji odbiorczych i potrzeb publiczności, ale zróżnicowanego oddziaływania. Prewencja CHUK wiąże się ze zmianą pewnych zachowań, postaw, dlatego komunikaty masowe kierowane do szerokiego audytorium muszą być w tej tematyce dostosowane do potrzeb czytelnika, muszą być ciekawe i wielokrotnie poruszane. Media kształtują świadomość swoich odbiorców, decydując o ważności społecznie istotnych problemów, powinny kształtować obraz profilaktyki chorób układu krążenia jako „funkcji doskonalenia stylu życia” (Platon)¹⁷².

2.6 Media masowe jako narzędzie wspierające prewencję chorób układu krążenia.

W społeczeństwie istnieje stałe zapotrzebowanie na „nową wiedzę o zdrowiu”, czyli wiedzę w kontekście nowych zagrożeń, czynników ryzyka, nowych sposobów leczenia oraz podtrzymywania zdrowia. Promocja pozytywnych zachowań zdrowotnych wymaga uświadamiania związków między zachowaniem a zdrowiem, na podstawie dostarczanych informacji. Przekonanie odbiorcy o zmianie zachowania, co do diety i zwiększenia aktywności fizycznej wymaga odpowiedniej wiedzy na ten temat skutków

172 Op.cit. Karski J., Słońska Z., Wasilewski B., ibidem, s.16

zdrowotnych tej zmiany zachowania. Takie oddziaływanie informacyjne może być realizowane za pomocą środków komunikowania masowego.

Współcześnie media są aktywnym regulatorem rynku. Służą reklamie i promocji, mogą też nagłaśniać istotne problemy zdrowotne, zaspokajając zapotrzebowanie społeczeństwa na wiedzę o zdrowiu. Mogą oddziaływać na odbiorców przez zmasowaną ekspansję różnego rodzaju programów zdrowotnych. Informowanie, które jest głównym zadaniem mediów, jest tym elementem, który można skutecznie wykorzystać w zespole działań na rzecz zdrowia. Udział mediów sygnalizowany jest w prawie wszystkich programach zdrowotnych opracowywanych przez organizacje reprezentujące różne nurty ochrony zdrowia i systemy polityczne oraz plany międzynarodowe, np. opracowane przez WHO¹⁷³.

Strategia zdrowia publicznego, jeśli ma być skuteczna, zakłada połączenie wysiłków wszystkich sektorów społeczno-gospodarczych i organizacji społecznych w działaniach na rzecz zdrowia. Szczególną aktywność w działaniach promocji zdrowia przypisuje się opiece zdrowotnej, „przemysłowi stylu życia i czasu wolnego” oraz działalności informacji i mediów¹⁷⁴. Media mogą być narzędziem wykorzystywanym w promocji zdrowia do wspierania i kształtowania przekonań zdrowotnych w społeczeństwie. Ich obecność i współudział wymieniany jest w przez wielu autorów zajmujących się tą problematyką także w aspekcie psychologicznym.

Samo oddziaływanie informacyjne nie jest jednak procesem prostym i łatwym do przewidzenia, podobnie jak omówiony wcześniej proces komunikowania.

Zmiany zachowania przez oddziaływanie informacyjne wymagają zaistnienia kilku etapów tego procesu (Mc Guire)¹⁷⁵. Najpierw trzeba zdobyć uwagę odbiorcy, co nie jest łatwe ze względu na ogrom i atrakcyjność informacji, które równocześnie są skierowane do odbiorcy. Kiedy już komunikatowi uda się dotrzeć do odbiorcy, konieczne jest zrozumienie samego komunikatu, uzależnione od predyspozycji odbiorcy i samej formy komunikatu, języka i dostosowania do wyobrażeń odbiorcy jakie posiada o zdrowiu i chorobie. Po założeniu, że komunikat będzie zrozumiały, następuje faza przyswojenia sobie i akceptacji treści i wiedzy, jaką komunikat zawierał. Aby komunikat odniósł długofalowy skutek musi wystąpić także przechowanie komunikatu w pamięci odbiorcy.

173 WHO/NIH, Mass media approaches to reducing cardiovascular disease risk, Public Health Rep. 1990.

174 Bik B., Henzel-Korzeniowska A., Przewoźniak L., Szczerbińska K., Wybrane zagadnienia promocji zdrowia, Szkoła Zdrowia Publicznego CMUJ, Kraków 1996.

¹⁷⁵ Na podstawie: Bishop G. D., Psychologia zdrowia, Astrum, Wrocław 2000, s.105-45

Ostatnią fazą skutecznego oddziaływania informacyjnego jest działanie, czyli zmiana zachowania zdrowotnego na to zalecane przez komunikat.

Model komunikowania opracowany przez H.D. Laswella w połączeniu z teorią planowanego zachowania wykorzystane zostały do opracowania modelu zmiany zachowania przez informowanie, komunikowanie (Mc Guire'a)¹⁷⁶. Opracował on strategię 12 kroków, które umożliwiają rozwinięcie długofalowej efektywnej kampanii edukacyjnej, umożliwiającej kształtowanie zachowania. Proces ten obejmuje następujące fazy: ekspozycja, uwaga, zainteresowanie, zrozumienie, zdobywanie umiejętności, zmiana postawy, zapamiętywanie, przypomnienie, podejmowanie decyzji, zmiana zachowania, wzmocnienie, podtrzymanie. W istocie jest to świadome oddziaływanie na etapy procesu zmiany i podtrzymanie nowego zachowania. Ta propozycja MC Guire'a zaowocowała połączeniem modelu aktu perswazyjnego Laswella z założeniami teorii planowania zachowania. Model ten w połączeniu z założeniami marketingu społecznego znajduje zastosowanie w konceptualizacji medialnych kampanii edukacyjnych promocji zdrowia. W tym punkcie zbiega się, więc nauka o komunikowaniu ze zdrowiem publicznym oraz zagadnieniami marketingu społecznego, czyli wymianą produktów niematerialnych, jakimi są przekonania i zachowania. Następuje tu przyjęcie nowych idei, porzucenie starych zwyczajów lub akceptacja nowego zachowania i porzucenie przyzwyczajzeń.

Jedną z teorii wykorzystywanych w planowaniu kampanii zdrowotnych jest teoria uzasadnionego działania Fishbeina i Ajzena¹⁷⁷. Powstała ona w celu wyjaśnienia nie tyle zachowania zdrowotnego, co wszystkich wolicjonalnych zachowań. Zgodnie z nią, intencja osoby do skutecznego zachowania się jest funkcją jej postawy ukierunkowanej na realizację zachowania oraz normatywnego przekonania o tym, co inni myślą, że mogłaby zrobić, obciążonej ponadto motywacją dostosowania się do innych. Przykładem przedstawionej teorii zastosowanej do celów prewencji chorób układu krążenia jest sytuacja czytelnika, który zamierza pójść na badania profilaktyczne, bo jest przekonany, że lekarz, z którym ostatnio był wywiad w jego ulubionej gazecie, uważa, że właśnie on, konkretny czytelnik, powinien iść na te badania. Teoria ta mówi, że wiele zachowań uwarunkowanych jest wpływem, jaki wywierają ważne osoby na jednostkę. Jest to istotna wskazówka w formułowaniu komunikatów z zakresu prewencji chorób układu krążenia na łamach medialnych.

176 Aronson E., Wilson T., Akert R., Postawy i zmiany postaw: wpływ na myśli i uczucia. w: „Psychologia społeczna. Serce i umysł”, Zysk i S-ka, Poznań 1997, s.312-53

177 Przewoźniak L., Udział nauk o zachowaniu w zdrowiu publicznym. w: Zdrowie Publiczne. ibidem.

Innym modelem uwzględniającym oddziaływanie mediów masowych w kształtowaniu zachowań zdrowotnych, jest model przekonań zdrowotnych- HBM ¹⁷⁸(Health Belief Model). Model ten, podobnie jak teoria działań racjonalnych (TRA), kładzie nacisk na postawy i przekonania jako główne determinanty praktyk zawodowych. Obie teorie podkreślają także konieczność zmiany postaw i przekonań jako niezbędny warunek zmiany zachowań zdrowotnych. HBM uzasadnia promocje prozdrowotnych zachowań podatnością społeczeństwa na dane choroby, np. choroby układu krążenia czy AIDS, nowotwory oraz upowszechnianiem wiedzy o efektywnych metodach zapobiegania tym chorobom. TRA zakłada, że zmiana postawy powinna być uzasadniona zmianami pozytywnymi w stosunku do np. palenia – rzucanie palenia, do aktywności fizycznej - zwiększenie aktywności, i wytworzeniu przekonania o słuszności aprobacie społecznej zmian.

Model HBM zastosowano między innymi do projektu popularyzacji ćwiczeń gimnastycznych¹⁷⁹. Oglądając telewizję, ktoś widzi reklamę ćwiczeń. Reklama ta staje się sygnałem do myślenia o własnej kondycji i potrzebie uprawiania ćwiczeń. Może zaistnieć tutaj kilka zmiennych, które zadecydują o intensywności i kierunku tego myślenia. Taka osoba przypomina sobie przykładowo, co kiedyś słyszała o chorobach serca i znaczeniu pozostawania aktywnym. Zaczyna zdawać sobie sprawę, że podlega większemu niż inni ryzyku zapadnięcia na chorobę serca z powodu uwarunkowań rodzinnych, diety i lekko podniesionego ciśnienia. Osoba ta zdaje sobie, zatem sprawę, że jest podatna na chorobę serca. Rozumie, więc, że jeśli dopuści do rozwoju choroby, sprawa może być bardzo poważna. Opierając się na tych przesłankach, sądzi, że istnieje powód, aby niepokoić się o możliwość wystąpienia u niej choroby. Wie, że aktywność fizyczna może powstrzymać zapadnięcie na chorobę serca i zwiększyć szanse przeżycia ewentualnego ataku, gdyby się zdarzył. Ale ćwiczenia wymagają czasu, który niełatwo znaleźć wśród codziennych zajęć, a zwłaszcza złej pogody. Osoba ta musi rozważyć zagrożenie, jakie niesie choroba, i możliwość ochrony przed jej ewentualnym wystąpieniem. Musi dokonać wyboru między korzyściami i barierami. Decyzja ta zaowocuje uprawianiem lub nieuprawianiem ćwiczeń.

Poszukując uzasadnienia dla udziału mediów w kształtowaniu przekonań zdrowotnych, trudno pominąć teorię społecznego uczenia się (social learning theory), stosowaną często w badaniach oddziaływania mediów na publiczność. Według niej zachowanie, czynniki osobowe oraz czynniki środowiskowe determinują się wzajemnie a

¹⁷⁸ Bishop G. D., Psychologia zdrowia, Astrum, Wrocław 2000, s.135-45

¹⁷⁹ Dolińska-Zygmunt G.(red), Podstawy Psychologii Zdrowia. UW, Wrocław 2001, s.46-55.

uczenie się społecznych zachowań następuje przez obserwację¹⁸⁰. W zależności od okoliczności głównymi determinantami zachowania są czynniki środowiskowe lub osobowe. Zachowania niezbędne dla rozwoju i przetrwania nabywane są przez obserwację zachowania modeli (także autorytetów medialnych) oraz konsekwencji tych zachowań. W koncepcji tej duże znaczenie przypisywane jest tzw. zdolnościom samoregulacyjnym. Ludzie, niewykluczone, że pod wpływem mediów masowych, potrafią sami wytwarzać czynniki środowiskowe pobudzające ich do działania, wykonywać operacje poznawcze umożliwiające im dokonanie wyboru kierunku działania, a następnie dostarczenia sobie wzmocnień na rzecz wykonania takich działań. Jednostki regulują swe zachowanie, nagradzając się za osiągnięcie standardów wykonania. Mogą one odnosić się do norm powszechnie obowiązujących, własnych wymagań (zmniejszenie liczby wypalanych dziennie papierosów) lub do standardów społecznych, czyli wyników osiąganych przez inne osoby. Ustanawianie tych standardów społecznych w dobie kultury informacyjnej przypisuje się mediom, jednemu z istotnych czynników socjalizacji. Nie ma więc wątpliwości, że udział mediów w programach profilaktyki chorób układu krążenia jest uzasadniony.

¹⁸⁰ Aronson E., Wilson T., Akert R., Agresja: dlaczego raniimy innych ludzi. w: „Psychologia społeczna. Serce i umysł”, Zysk i S-ka, Poznań 1997, s.510-18.

Rozdział 3. Materiał i Metoda.

3.1 Materiał Badawczy.

Do badania wybrano prasę publikowaną w Krakowie i Chicago w roku 1994 i 2004. Wyboru dokonano na podstawie danych o czytelnictwie gazet w obu miastach.

Analizie poddano gazety codzienne najczęściej czytane na terenie Krakowa w roku 2004¹⁸¹ – „Gazeta Krakowska” (26.27% czytelnictwa w Małopolsce), „Dziennik Polski” (25.62% czytelnictwa), „Gazeta Wyborcza” (19,21% czytelnictwa) i „Rzeczpospolita” (3,61% czytelnictwa);

oraz gazety codzienne najczęściej czytane w Chicago - „Chicago Sun-Times”, „Chicago Tribune”, „Daily Herald”, „USA Today”¹⁸²; uznane za najbardziej opiniotwórcze i niesensacyjne.

Wybrane gazety mają podobny profil i porównywalny (proporcjonalnie) zasięg czytelnictwa. Statystycznie obejmują prawie całą społeczność miast, w których są czytane. „Rzeczpospolita” i „USA Today”, gazety nielokalne, zostały wybrane ze względu na duży procent czytelnictwa wśród osób z najwyższym wykształceniem i przedstawicieli biznesu.

Do badania wybrano reprezentatywne **próby z roku 2004 oraz roku 1994, techniką warstwową i losową**, co pozwoliło na zachowanie struktury tygodniowej wydań charakterystycznych ze względu na dzień tygodnia.

Próba badawcza obejmowała po 48 numerów każdej z gazet z danego roku, po 4 z każdego miesiąca. Gazety wybrano na podstawie poniższego schematu:

- numery styczniowe: 1 poniedziałku, 2 wtorku, 3 środy, 4 czwartku;
- luty: z 1 piątku, 2 soboty- niedzieli, 3 poniedziałku, 4 wtorku;
- marzec: z 1 środy, 2 czwartku, 3 piątku, 4 soboty- niedzieli;

181 Wg. badania SMG/KRC Poland- Media SA na zlecenie PBC, 2003, w „Press” 8/2003.

182 Raport o czytelnictwie, wg Top 20 Daily Papers List, ABC FAS-FAX, Mass media communication, 2003 oraz Top Newspapers From Around The United States, Amerinews.

- kwiecień: z 1 poniedziałku, 2 wtorku, 3 środy, 4 czwartku;
- maj: z 1 piątku, 2 soboty- niedzieli, 3 poniedziałku, 4 wtorku;
- czerwiec: z 1 środy, 2 czwartku, 3 piątku, 4 soboty- niedzieli;
- lipiec: z 1 poniedziałku, 2 wtorku, 3 środy, 4 czwartku;
- sierpień: z 1 piątku, 2 soboty- niedzieli, 3 poniedziałku, 4 wtorku;
- wrzesień: z 1 środy, 2 czwartku, 3 piątku, 4 soboty- niedzieli;
- październik: z 1 poniedziałku, 2 wtorku, 3 środy, 4 czwartku;
- listopad: z 1 piątku, 2 soboty- niedzieli, 3 poniedziałku, 4 wtorku;
- grudzień: z 1 środy, 2 czwartku, 3 piątku, 4 soboty- niedzieli;

Ponieważ nie wszystkie tytuły mają wydanie sobotnio-niedzielne, a niektóre daty to dni świąteczne, badaniu zostały poddane wydania z dnia poprzedzającego wylosowaną datę, w którym ukazała się gazeta.

Analiza objęła wszystkie wypowiedzi dotyczące zdrowia, opublikowane w wybranych gazetach: w sumie: 921 wypowiedzi z prasy amerykańskiej i 804 wypowiedzi z prasy polskiej w roku 2004, oraz 925 wypowiedzi z prasy Chicago i 477 wypowiedzi z prasy Krakowa z roku 1994.

Za wypowiedź przyjęto każdą jednostkę występującą w gazecie jako osobna całość, opatrzona własnym tytułem.

Wybór materiału badawczego z wydań z dwu lat - 1994 i 2004, z 10 letnią przerwą, miał posłużyć zbadaniu dynamiki obecności tematyki dotyczącej profilaktyki chorób układu krążenia w prasie codziennej w Chicago i Krakowie, oraz zmian zainteresowania wybranymi czynnikami ryzyka chorób układu krążenia. Dodatkowo oceniono zmiany w doborze tematyki dotyczącej problemów zdrowotnych najczęściej omawianych na łamach prasy.

Ze względu na przesunięcie czasowe i niemożliwe wyizolowanie oddziaływania samej prasy na czytelników, **nie podjęto przeprowadzenia analizy skutków zdrowotnych** oddziaływania tej kampanii medialnej.

Porównanie lat 2004 i 1994 ma na celu porównanie zmian, jakie nastąpiły od roku 1994, dlatego przy prezentacji wyników omawiany jest najpierw rok 2004 a nie jak wynika z chronologicznego porządku- rok 1994.

3.2 Metoda badawcza

Do charakterystyki publikacji prasowych została użyta **analiza zawartości prasy**.

Jest to metoda badania przekazów medialnych służąca „wnioskowaniu na podstawie systematycznego i obiektywnego identyfikowania precyzyjnie określonych właściwości tekstu.”¹⁸³

Ogólnie przyjmuje się, że: “analiza zawartości jest zespołem różnych technik systematycznego badania strumieni lub zbiorów przekazów, polegającego na możliwie obiektywnym wyróżnieniu i identyfikowaniu ich możliwie jednoznacznie skonkretyzowanych elementów oraz na możliwie precyzyjnym szacowaniu rozkładu występowania elementów i na głównie porównawczym wnioskowaniu, a zmierzającego przez poznanie zawartości przekazów do poznania innych elementów i uwarunkowań procesu komunikowania”¹⁸⁴.

Na uwagę zasługuje fakt, że mimo prasoznawczego nastawienia i literaturoznawczych korzeni, metoda ta została po raz pierwszy wykorzystana w kontekście badań treści komunikatów medialnych przez doktora psychiatrii, przy tym dziennikarza, Jana Władysława Dawida z Krakowa, który analizował udział treści dotyczących agresji i przemocy w komunikatach medialnych w prasie oraz ich wpływ na zachowanie objawiający się głównie naśladownictwem (praca opublikowana w 1886)¹⁸⁵.

Systematyczna analiza zawartości zastosowana przez Dawida stała się później podstawową metodą opisu treści i formy mediów w Polsce, jak i poza jej granicami¹⁸⁶.

Analiza zawartości w niniejszej pracy zostanie przeprowadzona za pomocą **klucza kategoryzacyjnego**, który został przygotowany specjalnie do celów zbadania zawartości przekazów medialnych pod względem tematyki dotyczącej chorób układu krążenia¹⁸⁷.

Badanie dotyczyło oceny częstości występowania tematyki dotyczącej prewencji chorób układu krążenia na łamach prasy lokalnej, w kategoriach: profilaktyki pierwotnej,

183 Holsti O. R., Stone Ph., cytuję za: Pisarek W., Analiza zawartości prasy, OBP, Kraków 1983 s. 34.

184 Op. cit, s.45.

185 Tetelowska I., 1963, cyt za. T. Goban-Klas, 2004.

186 Tetelowska I., Jana Władysława Dawida pomysł systematycznej analizy zawartości prasy., Zeszyty Prasoznawcze 1963, 1-2, str.118-123.

187 całość klucza w aneksie.

profilaktyki wtórnej i publikacji dotyczących samych schorzeń układu krążenia oraz elementów mieszanych profilaktyk.

Do analizy zakwalifikowano każdą wypowiedź opublikowaną w wylosowanych numerach dzienników wiążącą się z profilaktyką CHUK lub z którymkolwiek z czynników ryzyka, **nawet, jeżeli nie wspomina się w niej o ryzyku zachorowania na CHUK.**

Za wzór kryteriów, które powinny być zawarte w komunikatach dotyczących prewencji posłużą wytyczne zawarte w stanowisku naukowym AHA na temat prewencji pierwotnej chorób serca i naczyń¹⁸⁸, zaleceniach WHO/ISH dotyczących nadciśnienia tętniczego¹⁸⁹ oraz w podsumowaniu zaleceń grupy roboczej ds. prewencji choroby wieńcowej reprezentującej europejskie towarzystwa naukowe, zatwierdzone przez Polskie Towarzystwo Kardiologiczne¹⁹⁰. Wytyczne te są wspólne dla AHA i PTK zarówno w roku 1994, jak i 2004.

Aby zrealizować cele pracy i ze względu na nakładanie się kategorii tematycznych (niebezpieczeństwo kwalifikacji jednego artykułu do więcej niż jednej kategorii) badanie całego materiału badawczego podzielono na 3 analizy tematyczne: Analiza dotycząca profilaktyki chorób układu krążenia; Analiza czynników ryzyka chorób układu krążenia i Analiza tematyki publikacji dotyczących zdrowia.

W pierwszej analizie zbadano publikacje dotyczące profilaktyki chorób układu krążenia. Podzielono je na pięć kategorii:

1. Profilaktyka pierwotna, do której zaliczono wszystkie publikacje dotyczące pierwszego stopnia profilaktyki oraz wszelkich działań promocji zdrowia mające związek z zapobieganiu chorobom układu krążenia.
2. Publikacje dotyczące chorób układu krążenia, za które uznano wszelkie doniesienia prasowe na temat leczenia lub diagnozowania i leczenia chorób układu krążenia.
3. Profilaktyka wtórna, czyli publikacje dotyczące profilaktyki mającej na celu zahamowanie postępu choroby, a także działania zmierzające do minimalizacji dalszych ujemnych skutków u osób, u których wystąpiły już zaburzenia zdrowia.
4. Elementy mieszane profilaktyk, publikacje w który zawarto różne rodzaje profilaktyk lub ich elementy.

188 Pearson T., i wsp., Prewencja pierwotna chorób serca i naczyń, w *Circulation* 2002;6.

189 Zalecenia WHO/ISH dotyczące nadciśnienia tętniczego, WHO, ISH 2000.

190 Prewencja choroby wieńcowej w praktyce klinicznej, EAS, ESC, ESH, Liga Zdrowego Serca, Gdańsk 2000.

5. Zagadnienia dotyczące organizacji lub zarządzania profilaktyką, w tym także prawo-, do których zaliczono wszelkie publikacje dotyczące organizacji profilaktyki lub leczenia oraz rozporządzeń związanych z leczeniem CHUK.

Druga analiza materiału badawczego dotyczyła zagadnień wybranych czynników ryzyka związanych ze stylem życia: nieprawidłowej diety, palenia tytoniu, niewystarczającej aktywności fizycznej oraz elementów mieszanych tych czynników ryzyka, jak i innych niewymienionych czynników ryzyka CHUK.

W tej kategorii wyróżniono:

1. Dieta, gdzie zaliczono wszystkie publikacje dotyczące zagrożeń związanych z nieodpowiednim odżywianiem jak i wypowiedzi dotyczące prawidłowej, zalecanej diety.

2. Palenie tytoniu, do tej kategorii zaliczono wszystkie wypowiedzi dotyczące szkodliwości palenia tytoniu, jego wpływu na zdrowie zarówno palenia aktywnego, jak i biernego.

3. Aktywność fizyczna, do której włączono zarówno publikacje o pozytywnym wpływie aktywności fizycznej na zdrowie, jak i te traktujące niedostatek aktywności jako czynnik szkodzący zdrowiu.

4. Elementy mieszane, wypowiedzi dotyczące więcej niż jednego czynnika ryzyka lub omawiające wszystkie wybrane zagrożenia w kontekście wpływu na zdrowie.

5. Inne, czyli wypowiedzi dotyczące innych niż wybrane czynników ryzyka, tj., np. nadużywania alkoholu, cukrzycy, nasilenia stanów zapalnych, predyspozycji genetycznych, itd.

Ostatnia, trzecia analiza wszystkich wypowiedzi prasowych na temat zdrowia pozwoliła na wyłonienie najpopularniejszych tematów publikacji dotyczących zdrowia w prasie codziennej Krakowa i Chicago w roku 1994 i 2004. Na tej podstawie stworzono listę rankingową najważniejszych problemów związanych ze zdrowiem i opieką zdrowotną opracowanej na podstawie badanych publikacji prasowych.

Publikacje zaliczono do 17 kategorii tematycznych:

1. Choroby układu krążenia - publikacje dotyczące chorób układu krążenia, w jakimkolwiek kontekście, także czynników ryzyka.
2. Choroby nowotworowe - wypowiedzi dotyczące chorób nowotworowych bez względu na ich rodzaj i ujęcie, poza ujęciem sensacyjnym.
3. Urazy i zatrucia - publikacje dotyczące urazów i zatruc

4. Choroby zakaźne - wypowiedzi prasowe na temat chorób zakaźnych, także w kontekście zapobiegania im, np. szczepień ochronnych.
5. Cukrzyca - w ujęciu dotyczącym choroby lub jej leczenia i profilaktyki, ale nie jako czynnika ryzyka chorób układu krążenia
6. Psychiatria - wszystkie publikacje dotyczące zaburzeń psychicznych i psychologicznych, bez względu na grupę wiekową i rodzaj leczenia.
7. Ginekologia - kategoria chorób ginekologicznych została uwzględniona ze względu na jej społeczny charakter. Nie zaliczono do niej publikacji na temat chorób nowotworowych-ginekologicznych.
8. Alergie - publikacje dotyczące leczenia i postępowania w alergii a także o zapobieganiu rozwojowi alergii.
9. Nałogi - publikacje dotyczące alkoholizmu i narkomani i/lub lekomanii. Do kategorii tej nie zaliczono problematyki palenia tytoniu, która znalazła się w czynnikach ryzyka CHUK.
10. Stomatologia - wypowiedzi prasowe na temat chorób zębów i przyzębia, profilaktyki i higieny jamy ustnej.
11. Farmacja - skupiająca tematy związane z rynkiem farmaceutycznym, nowymi lekami i przemysłem farmaceutycznym. Nie zaliczono tutaj reklam firm farmaceutycznych.
12. Nowa medycyna - w tej kategorii znalazły się publikacje o nowych odkryciach w naukach medycznych i dotyczących zdrowia.
13. Prawo medyczne - publikacje na temat prawa medycznego i problematyki rozporządzeń i regulacji na rynku ochrony zdrowia.
14. Problemy organizacyjne - czyli wszystkie artykuły na temat organizacji i reorganizacji systemu ochrony zdrowia.
15. Medycyna naturalna - wypowiedzi na temat medycyny alternatywnej, naturalnej.
16. Mieszane - skupiły publikacje dotyczące kilku problemów zdrowotnych jednocześnie, których nie można było zaliczyć do żadnej kategorii.
17. Inne - specjalna kategoria, w której znalazły się publikacje prasowe na temat rzadkich chorób lub schorzeń, których nie wyszczególniono w tej analizie.

Opracowane listy rankingowe, na podstawie liczby publikacji w poszczególnych kategoriach problemów zdrowotnych dotyczą roku 2004, i posłużą do porównania ze wskaźnikami zdrowia populacji Krakowa i Chicago.

Pozwoliło to na ocenę adekwatności doboru tematyki dotyczącej zdrowia na łamach prasy do rzeczywistych problemów zdrowotnych na danym terenie.

Do oceny podobieństwa między zainteresowaniem tematyką dotyczącą zdrowia na łamach prasy Chicago i prasy Krakowa w roku 1994 i 2004 wykorzystano narzędzie analizy statystycznej porównanie rang, wg wzoru:

$$Q = 1 - \frac{6 \sum (V_x - V_y)^2}{N^3 - N}$$

Q przyjmujące wartości od -1 do 1 wskazuje stopień podobieństwa porównywanych grup rangowych. Im Q jest bliższe wartości 1 tym grupy są bardziej zbliżone.

Rangi nadano poszczególnym kategoriom tematycznym ze względu na ich częstotliwość publikowania na łamach prasy w badanych próbach.

Lista rankingowa (w kolejności najpopularniejszych tematów), jest więc jednocześnie listą rangową.

Q obliczono dla porównania podobieństwa zainteresowania tematyką wybranych czynników ryzyka w obu grupach gazet w roku 1994 i 2004 oraz dla porównania podobieństw w popularności tematyki dotyczącej zdrowia w celu zbadania sugerowanego w hipotezach badawczych przesunięcia czasowego.

Rozdział 4. Prezentacja wyników i dyskusja.

4.1 Tematyka dotycząca chorób układu krążenia na łamach prasy lokalnej Krakowa i Chicago w latach 1994 i 2004.

Choroby układu krążenia są jednym z najważniejszych problemów zdrowotnych współczesnej populacji świata. Epidemia chorób układu krążenia w krajach rozwiniętych związana jest z transformacją ekonomiczną, będącą efektem postępu cywilizacyjnego, w tym zmiany stylu życia, starzenia się społeczeństw, spadkiem aktywności fizycznej, paleniem tytoniu, ekspozycją na stres i nadmiernym odżywianiem¹⁹¹.

Przeprowadzona analiza wykazała, że tematyka dotycząca chorób układu krążenia stanowiła 10% wszystkich publikacji o zdrowiu opublikowanych w wybranych gazetach lokalnych w Krakowie i 17% publikacji o zdrowiu w wybranych gazetach lokalnych w Chicago w 2004 roku (Rysunek.4, Tabela 2). W porównaniu z inną problematyką zdrowotną, którą zajmowano się na łamach prasy, choroby układu krążenia były jednym z najczęściej poruszanych tematów, zarówno w Chicago (druga, co do częstości tematyka), jak i w Krakowie (trzecia, co do częstości tematyka). W prasie Chicago częściej zajmowano się problematyką organizacji i funkcjonowania ochrony zdrowia- 17,8%, a w Krakowie problematyką organizacji (25,7%) i grupą chorób rzadkich (15%).

Dziesięć lat wcześniej, w roku 1994, udział tematyki chorób układu krążenia był o około 3% mniejszy niż w roku 2004 w prasie w Chicago i o 2% większy w prasie Krakowa. W obu grupach gazet tematyka ta zajmowała drugie miejsce pod względem częstości występowania, po problemach organizacji i funkcjonowania ochrony zdrowia.

¹⁹¹ Leowski J., Transformacja epidemiologiczna- nowe wyzwania zdrowia publicznego. Zdrowie Publiczne 2000; 110, s.301-6.

Tabela 2. Tematyka dotycząca chorób układu krążenia w prasie lokalnej Krakowa i Chicago w roku 1994 i 2004.

	% publikacji o zdrowiu	
Prasa	w roku 1994	w roku 2004
Kraków	12,6% (N=477)	10,2% (N=804)
Chicago	15,8% (N=925)	17,1% (N=921)



Rysunek 4. Publikacje dotyczące chorób układu krążenia w prasie lokalnej Krakowa i Chicago w roku 1994 i 2004.

W porównaniu ze wskaźnikami epidemiologicznymi spadek zainteresowania problematyką chorób układu krążenia w polskich gazetach może być związany z poprawą stanu zdrowia populacji Polski pod względem spadku zgonów. W 1994 r. spowodowały one ponad połowę (51.5%) wszystkich zgonów - 46,5% zgonów mężczyzn i 56,4% zgonów kobiet¹⁹².

We wszystkich rozwiniętych krajach europejskich umieralność z powodu chorób układu krążenia zmniejsza się od połowy lat siedemdziesiątych. W tym samym czasie w Polsce epidemia tych schorzeń i zagrożenie nimi życia narastało, przede wszystkim w

¹⁹² Dane z Raportu o stanie zdrowia populacji Polski. Ministerstwo Zdrowia, 2000.

populacji mężczyzn. Ta niekorzystna tendencja pogłębiała się do 1991 r., potem uległa stopniowej zmianie. Na początku lat dziewięćdziesiątych natężenie umieralności mężczyzn w Polsce z powodu chorób układu krążenia było wyższe o 60% od przeciętnego w Europie i o ponad 90% od średniego w krajach Unii Europejskiej¹⁹³.

Dziesięć lat później choroby układu krążenia stanowiły niewiele ponad 47% zgonów¹⁹⁴. W roku 2004 CHUK stanowiły 44% wszystkich hospitalizacji¹⁹⁵.

Wskaźniki te są dużo wyższe od wskaźników w Unii Europejskiej oraz takich krajów jak Kanada czy Stany Zjednoczone, gdzie dzięki wieloletnim działaniom profilaktyki nastawionej na redukcję czynników ryzyka w populacji udało się znacznie obniżyć umieralność z powodu chorób serca i naczyń. Przykładowo w latach 1970-90 w USA dzięki szeroko prowadzonej profilaktyce, występowanie CHUK zmalało o około 20%¹⁹⁶.

W okresie dziesięciu lat między rokiem 1994 a 2004 w stanie Illinois zmalała ilość zgonów z powodu chorób układu krążenia z 32% do 28%¹⁹⁷. Zmiany epidemiologiczne między rokiem 1995 i 2001 ilustruje Rysunek 5¹⁹⁸. Mimo to ilość publikacji dotyczących tej grupy chorób w analizowanych gazetach lokalnych wzrosła w tym czasie o 3%.

¹⁹³ Dane Ministerstwa Zdrowia.

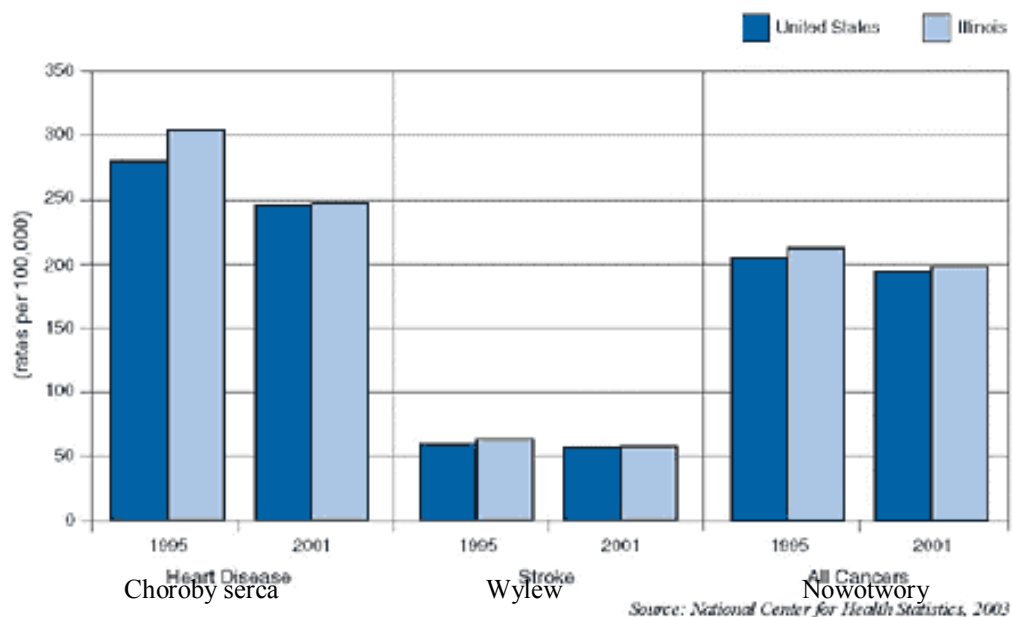
¹⁹⁴ Podstawowe informacje o rozoju demograficznym Polski do 2004. Raport o stanie zdrowia mieszkańców Krakowa. Cz.I. www.krakow.pl

¹⁹⁵ Goryński P, Wojtyniak B, Kuszewski K. Monitoring oczekiwanych efektów realizacji NPZ 1996-2005, MZ PZH Warszawa 2005.

¹⁹⁶ Knypl K. Profilaktyka- przeszłość, terażniejszość i przyszłość. Medycyna Rodzinna 10 (2/2000).

¹⁹⁷ Illinois Behavioral Risk Factor Surveillance System Report 1994- 2004, Dane udostępnione przez Illinois Department of Public Health, Chicago, 160N. La Salle St., IL.

¹⁹⁸ Raport o stanie zdrowia stanu Illinois 2004, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, U.S Department of health and Human Services, 2003.

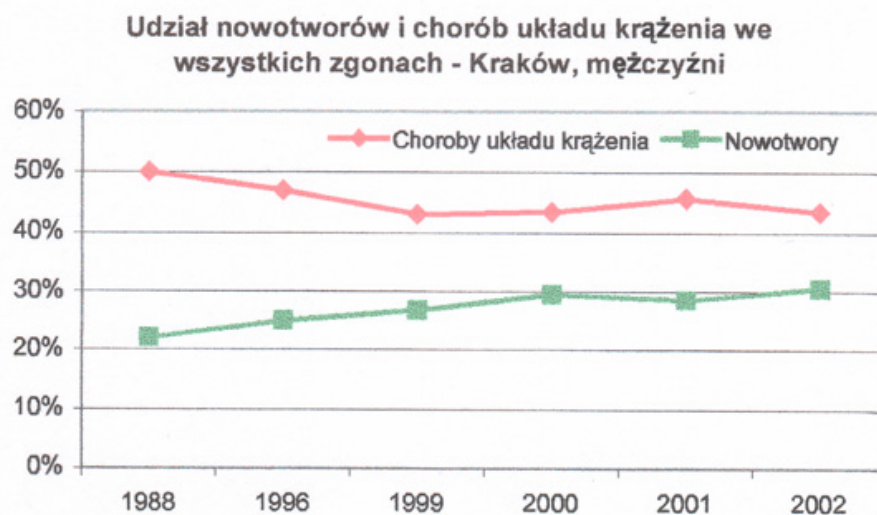
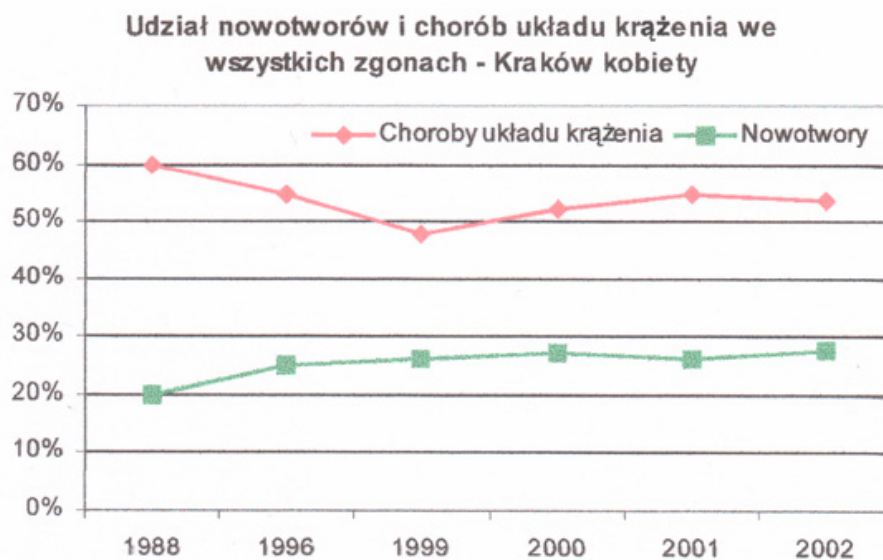


Rysunek 5. Zmiany w umieralności z powodu chorób układu krążenia i chorób nowotworowych na 100 tys. populacji w Stanach Zjednoczonych i Stanie Illinois w latach 1995 i 2001.(U.S DHS, 2003)

Spadek zainteresowania gazet czytanych w Krakowie tematem chorób układu krążenia nie jest pozytywny, ze względu na wciąż bardzo wysoki odsetek zgonów z powodu CHUK w województwie małopolskim, który w roku 2003 wynosił 50% wszystkich zgonów, a więc był wyższy od średniej dla Polski i dużo wyższy niż w Illinois. Również współczynnik zgonów liczony na 100 tys. populacji jest w Małopolsce wyższy (446,3) od średniej krajowej, wynoszącej 442,8¹⁹⁹. Zmiany w umieralności z powodu chorób układu krążenia i chorób nowotworowych, najważniejszych przyczyn zgonów populacji małopolski obrazuje Rysunek 6. Tym bardziej, że obserwowana poprawa stanu epidemiologicznego chorób krążenia w Polsce przypisywana jest upowszechnianiu działań i wiedzy z zakresu ich zapobiegania, czyli prewencji chorób oraz poprawie polskiej medycyny interwencyjnej²⁰⁰.

¹⁹⁹ Maniecka I., Bryła M., Drygas W., Sytuacja epidemiologiczna chorób układu krążenia w województwie łódzkim na tle sytuacji epidemiologicznej w Polsce na początku XXI wieku. Przegląd Epidemiologiczny 2005, 59, s.923-932.

²⁰⁰ Goryński P, Wojtyniak B, ibidem.



Rysunek 6. Zgony z powodu chorób nowotworowych i chorób układu krążenia w Krakowie (Raport o stanie Zdrowia Mieszkańców Krakowa 2004).

4.1.1 Prewencja chorób układu krążenia

Wśród publikacji dotyczących chorób układu krążenia w prasie Krakowa z roku 2004 ponad połowa (64,6%) poświęcona była profilaktyce pierwotnej CHUK, podobnie jak w prasie Chicago (77,8%). Przewaga ta charakterystyczna jest też dla próby z roku 1994 z odwrotną różnicą w udziale procentowym, w Krakowie – 76,7% a w Chicago- 69,1%.

Duże zainteresowanie tematyką prewencji pierwotnej może być odbiciem zwiększenia działań profilaktycznych i zapobiegawczych w populacji Krakowa, a także pojawienia się akcji ogólnokrajowych angażujących media, takich jak Narodowy Program Ochrony Serca (1993-2001), a później Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD (2003-2005) i jego podprogramów, takich jak „Pamiętaj o Sercu”, „Wieloośrodkowe Ogólnopolskie Badanie Stanu Zdrowia Ludności (WOBASZ)”, „Projekt 400 Miast”, „Postaw Serce na Nogi” czy „Szansa dla Młodego Serca”

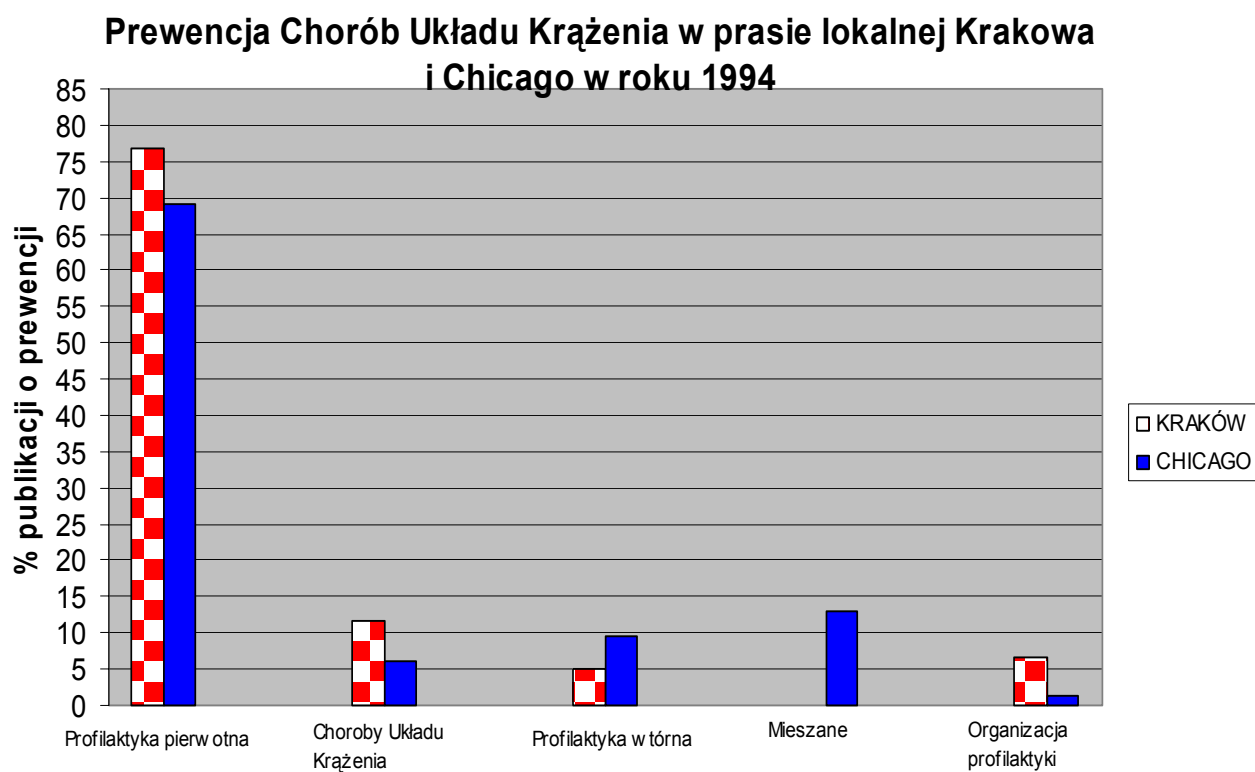
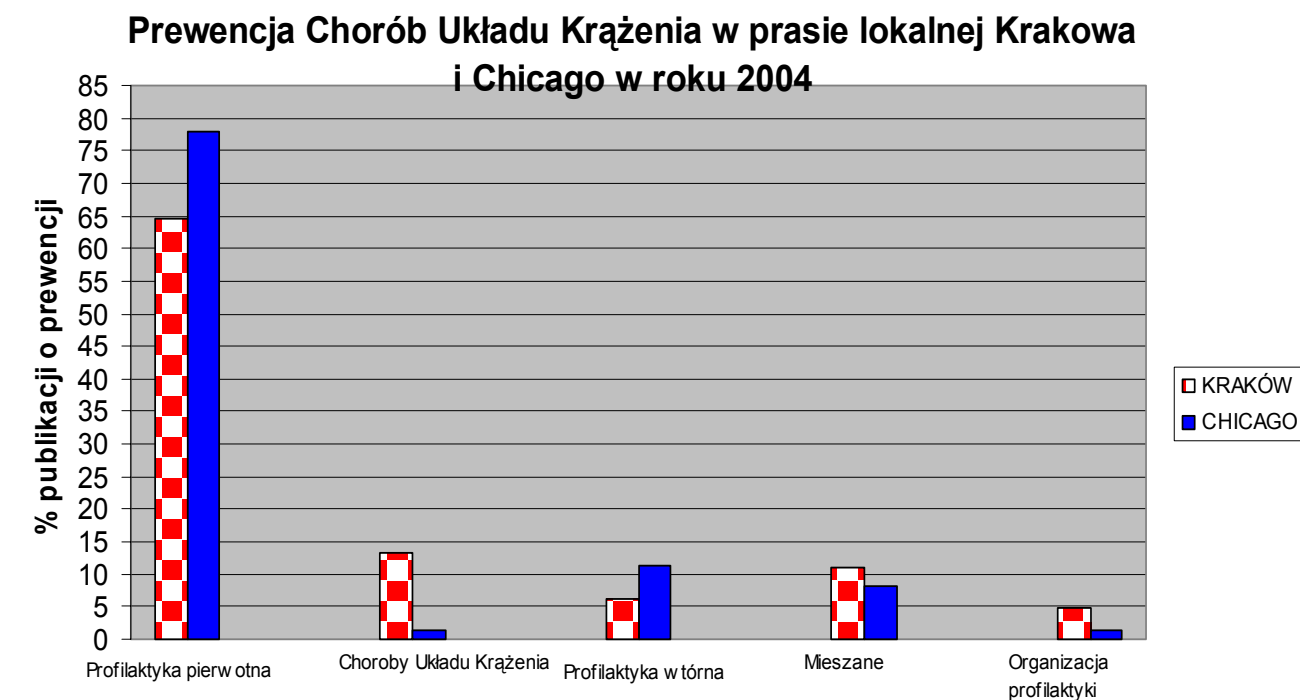
Profilaktyce wtórnej w roku 2004 dużo więcej uwagi poświęcono w Chicago (11,4%), niż w prasie Krakowa (6,1%). Proporcja ta była bardzo podobna także dziesięć lat wcześniej: 5% publikacji o zdrowiu w prasie Krakowa i 9,6% publikacji w Chicago. Tymczasem badania EUROASPIRE I II prowadzone w latach 1995-96 i 1999-2000 dotyczące osób z rozpoznaną chorobą niedokrwienną serca dowiodły, że ok. 20% pacjentów nadal pali papierosy, 30% ma nadwagę, a u ponad połowy pacjentów stwierdzono poziom ciśnienia tętniczego powyżej normy (140/90 mm Hg. 60% badanych miało przy tym poziom cholesterolu całkowitego powyżej 5,0 mmol/l²⁰¹. Istnieje, zatem bardzo duże zapotrzebowanie na edukację zdrowotną w kierunku zmiany zachowań (stylu życia) wśród osób już chorych, aby pomóc im zredukować niebezpieczeństwo rozwoju choroby i śmierci.

Samymi schorzeniami układu krążenia w roku 2004 dużo częściej zajmowano się w Krakowie (13,4%) niż w gazetach z Chicago (1,3%). Również w próbie roku 1994 znaleziono więcej publikacji o chorobach układu krążenia w prasie krakowskiej (11,7%) niż chicagowskiej (6,1%).

Elementy mieszane profilaktyki i chorób układu krążenia w 2004 roku stanowiły około jedną dziesiątą publikacji o zdrowiu w prasie lokalnej w obu badanych miastach (11% w prasie Krakowa i 8,2% w prasie Chicago). Zaskakująco w 1994 w gazetach Krakowa nie znaleziono żadnej publikacji poświęconej mieszanym elementom profilaktyk

²⁰¹ Pająk A., Wolfshaut R., Zwalczenie chorób układu krążenia na poziomie populacyjnym. Zdrowie Publiczne i zarządzanie, tom I. Nr 1/2003, s.36.

CHUK. W Chicago publikacji na ten temat było 13%. Całość wyników ilustruje Rysunek 7.



Rysunek 7. Prewencja chorób układu krążenia w prasie lokalnej Krakowa i Chicago w 1994 i 2004.

Można przypuszczać, że duży udział publikacji na temat samych chorób i profilaktyki pierwotnej lub mieszanej związany jest ze zwiększeniem zainteresowania samych mediów, poszukujących informacji o działaniach profilaktycznych w Krakowie w ramach akcji POLKARD a także wzrostem współpracy międzynarodowej w dziedzinie kardiologii i kardiochirurgii przez ośrodek akademicki w Krakowie. W ciągu 10 lat (między 1994 i 2004) zmieniła się również forma zarządzania jednostkami ochrony zdrowia, co spowodowało zmianę podejścia do własnego wizerunku i otwarcie się na media masowe.

4.2. Wybrane behawioralne czynniki ryzyka chorób układu krążenia w prasie lokalnej Krakowa i Chicago w roku 1994 i 2004.

Utrzymująca się wysoka umieralność z powodu chorób układu krążenia w Polsce i na świecie związana jest z dużym rozpowszechnieniem czynników ryzyka w populacji. Ryzyko wystąpienia chorób układu sercowo naczyniowego uzależnione jest w dużym stopniu od prowadzonego stylu życia, którego modyfikacja może zapobiec wystąpieniu choroby, lub obniżyć zagrożenie ponownego pogorszenia stanu zdrowia (np. ponownego zawału).

Walka z czynnikami ryzyka (szczególnie nieodpowiedniego odżywiania, palenia tytoniu i braku aktywności fizycznej) jest elementem prawie wszystkich programów i planów zdrowotnych w krajach rozwiniętych. Priorytety Narodowego Programu Zdrowia dotyczące obniżenia występowania czynników ryzyka w populacji niewiele różnią się od priorytetów Programu Zwalczania Chorób Przewlekłych dla stanu Illinois. Wymieniane przez Ministerstwo Zdrowia zagrożenia zdrowia dotyczące stylu życia, tylko w danych statystycznych różnią się od tych wymienianych przez program Departamentu Zdrowia i Służb Społecznych w narodowym programie zdrowia publicznego- Healthy People 2000 i Healthy People 2010 czy Narodowe Centrum Prewencji Chorób Przewlekłych i Promocji Zdrowia.

Przeprowadzona analiza publikacji dotyczących tematyki zdrowotnej w wybranej próbie gazet Krakowa i Chicago, z roku 1994 i 2004, wykazała, że tematyka behawioralnych czynników ryzyka (dieta, aktywność fizyczna, palenie tytoniu, inne i mieszane) częściej prezentowana była na łamach prasy lokalnej w Chicago zarówno w roku 1994, jak i 2004. Przewaga procentowa wzrosła w ciągu dziesięciu lat z 3,5% do 7,4%.

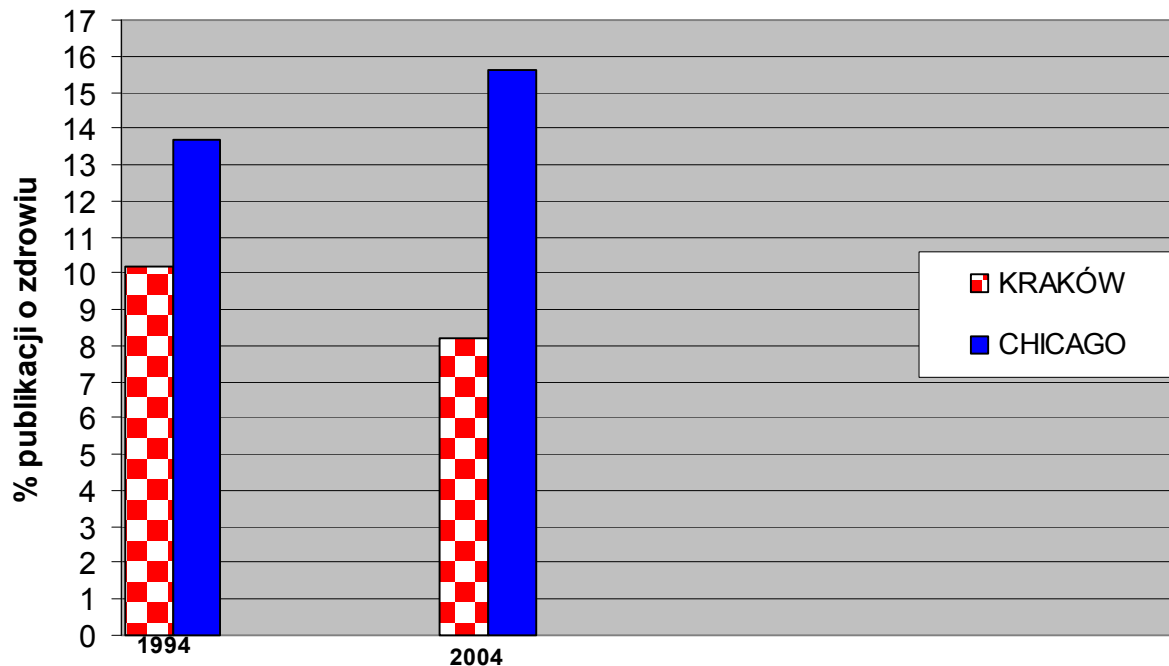
Mimo wieloletnich badań potwierdzających znaczenie czynników ryzyka w profilaktyce chorób układu krążenia, tematyka ta nie jest częstym tematem podejmowanym przez prasę lokalną. W roku 2004 w Krakowie, publikacje na temat wybranych czynników ryzyka stanowiły 8,2% wszystkich publikacji o zdrowiu, a w Chicago, gdzie profilaktyka CHUK prowadzona jest bardzo dynamicznie od wielu lat z pozytywnym skutkiem, udział ten był blisko dwukrotnie większy - 15,6%.

Na uwagę zasługuje fakt, że w porównaniu do roku 1994, udział publikacji o czynnikach ryzyka wzrósł w prasie chicagowskiej o około 2% (było 13,7%), a w prasie Krakowa zmalał o 2% (w 1994 było 10,2%); zobacz Rysunek 8.

Porównując te zmiany do zmian w umieralności z powodu CHUK w obu krajach, stwierdzić można, że w USA mimo spadku umieralności z powodu chorób serca i naczyń, nie zmniejszono zainteresowania tematem czynników ryzyka. W Polsce w ciągu 10 lat również, chociaż w mniejszym stopniu, zmalała śmiertelność z powodu CHUK, co odzwierciedla się w spadku zainteresowania prasy tematem czynników ryzyka.

Brak przyczyn spadku popularności tematu „czynników ryzyka” jest tym bardziej niekorzystny, że badane czynniki ryzyka nie dotyczą tylko chorób układu krążenia, ale również związane są z drugim najważniejszym problemem zdrowotnym, jakim są choroby nowotworowe, o czym wspomniano już w części teoretycznej pracy.

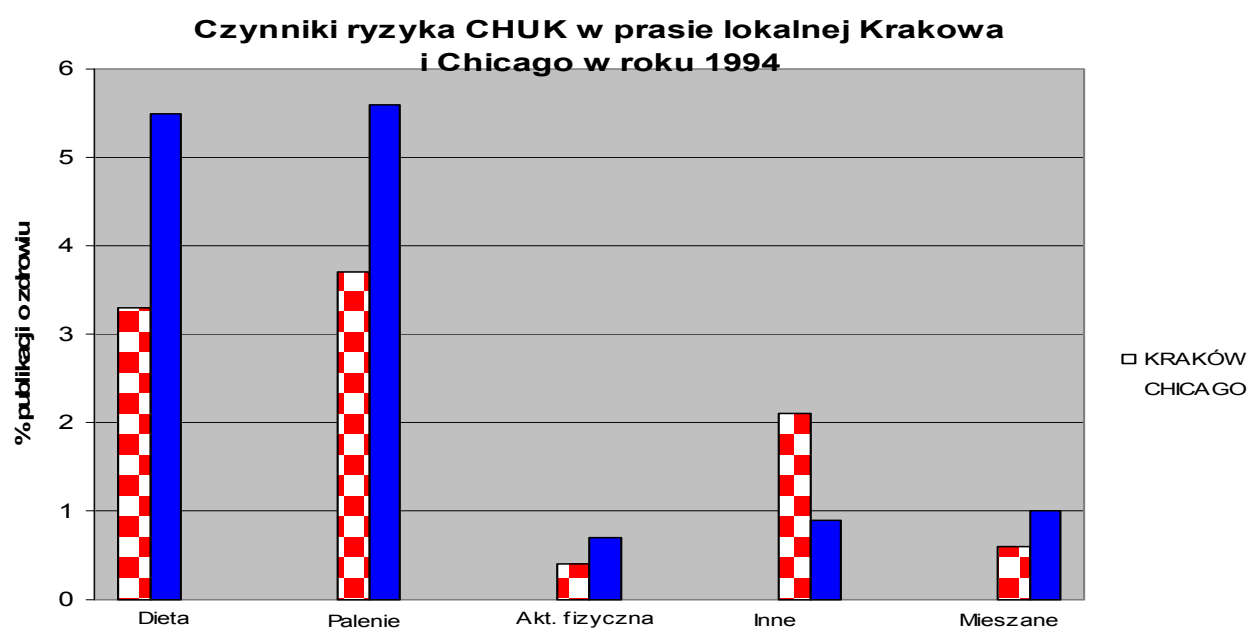
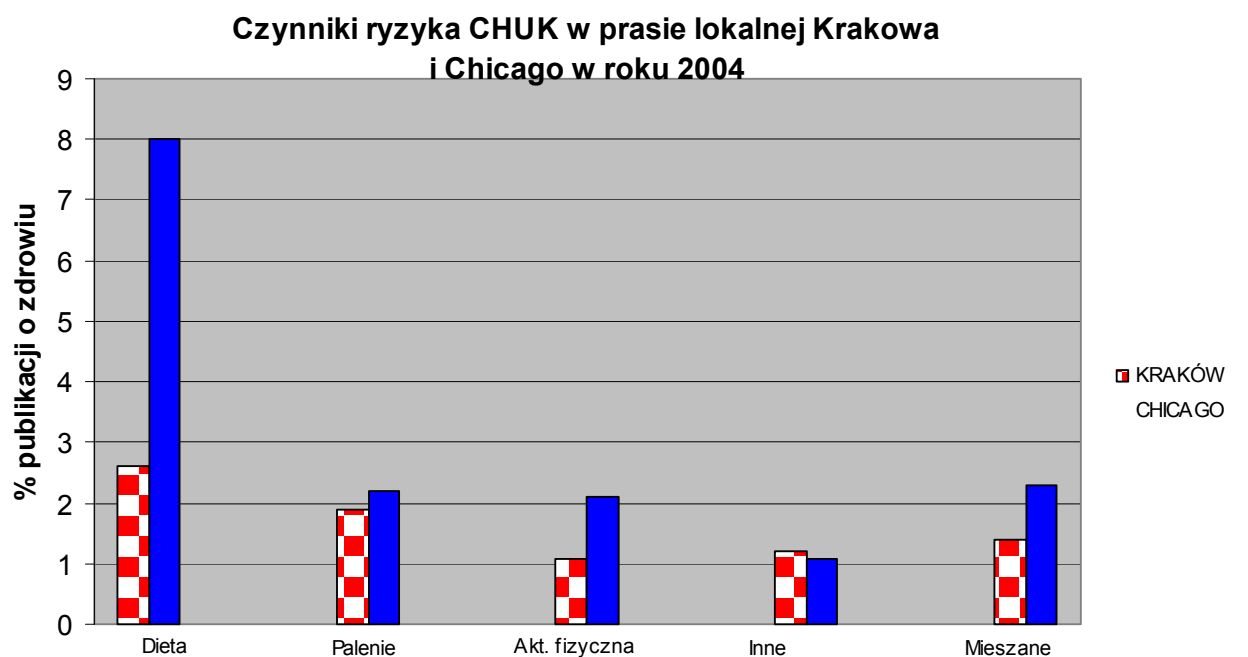
Czynniki ryzyka CHUK w prasie lokalnej Krakowa i Chicago w roku 1994 i 2004



Rysunek 8. Udział % publikacji dotyczących wybranych czynników ryzyka CHUK w publikacjach dotyczących zdrowia na łamach prasy lokalnej Krakowa i Chicago.

W obu miastach w roku 2004 najczęściej podejmowano temat diety, a w roku 1994 problem szkodliwości palenia tytoniu. Dużo częściej jednak pisano o tych czynnikach ryzyka w Chicago niż w Krakowie.

Najmniej uwagi w prasie Krakowa w 2004 roku poświęcono zagadnieniu braku aktywności fizycznej a w Chicago „innym” czynnikom ryzyka. W roku 1994 w obu miastach najrzadziej poruszano problem braku aktywności fizycznej. Rysunek 9.



Rysunek 9. Wybrane czynniki behawioralne CHUK w prasie lokalnej Krakowa i Chicago.

4.2.1 Dieta.

Promowanie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej w Polsce jest jednym z priorytetów Narodowego Programu Zdrowia a w Stanach Zjednoczonych programu Healthy People 2000 (i 2010) co omówiono wcześniej w rozdziale Prewencja chorób sercowo naczyniowych, s.24-25. Skuteczna profilaktyka wymaga budowania w społeczeństwie świadomości zagrożeń ze strony nadwagi i otyłości, oraz dostarczania wiedzy na temat zasad zdrowego i odpowiedniego żywienia. Ponieważ nawyki żywieniowe często są nawykami rodzinnymi, edukacja zdrowotna w profilaktyce otyłości powinna obejmować wszystkie grupy wiekowe i przebiegać w wielu sektorach życia, również za pośrednictwem mediów masowych..

Tematyka zdrowego żywienia była najpopularniejszym tematem dotyczącym czynników ryzyka zarówno w prasie Krakowa, jak i Chicago w roku 2004. W prasie amerykańskiej pisano na ten temat trzykrotnie częściej (8%) niż w Krakowie (2,6%).

W porównaniu z rokiem 1994, przewaga ta zwiększyła się ponad, dwukrotnie, ponieważ zainteresowanie tematyką diety zmalało w Krakowie o 0,7%, a w Chicago wzrosło o 3,5%.

Zmiany te, chociaż w krakowskiej prasie nie są pozytywne, odzwierciedlają sytuację problematyki żywieniowej w obu regionach. Znaczna przewaga problemu nadwagi w Chicago w porównaniu z Krakowem uzasadnia takie zmiany.

Badania Pol-MONICA pokazało, że w porównaniu z rekomendacjami WHO żywienie w Polsce w roku 1993 cechowało się wyższym spożyciem tłuszczu ogółem i nasyconych kwasów tłuszczowych, zbyt wysokim spożyciem cholesterolu i soli kuchennej a niskim błonnika pokarmowego. Sytuacja ta polepsza się od początku lat 90. Zaobserwowano spadek spożycia tłuszczu zwierzęcych, zwiększenie spożycia tłuszczu roślinnych i zbliżenie wartości odżywczej posiłku do rekomendowanych przez profilaktykę chorób sercowo-naczyniowych (badania Pol-MONICA 1984-2001)²⁰². Zmiany w odżywianiu się Polaków przypisuje się zarówno rozwojowi profilaktyki, jak i zwiększeniu dostępności do różnorodnych produktów spożywczych.

W roku 2004 w Chicago, około 60% populacji miało nadwagę lub było otyłe²⁰³.

202 Waśkiewicz A. Piotrowski W. Sygnowska E. Rywik S. Czy korzystne tendencje w spożyciu żywności zaobserwowane w latach 1984-2001 przyczyniły się do spadku umieralności spowodowanej chorobami układu krążenia? Kardiologia Polska 2006; 64:16-23.

203 Dane udostępnione przez Institut of Public Health of UIC , Chicago, IL.

Wyniki Krakowskiego programu prewencji choroby niedokrwiennej serca przy zastosowaniu nowoczesnych metod diagnostycznych 2002-2005, w których badaniem objęto 935 osób o średniej wieku 56,1 lat, określiły, że w populacji Krakowian w tej grupie wiekowej otyłość dotyczy 34,5% badanych a otyłość olbrzymia 2,4%. Osoby z nadwagą stanowiły w sumie 52.1%²⁰⁴.

Badanie WOBASZ dotyczące populacji w wieku 20-74 lat wykazało, że w województwie małopolskim prawidłowe BMI miało 37.2% mężczyzn i 46,7% kobiet. Otyłość stwierdzono u 14,7% mężczyzn i 24,1% kobiet²⁰⁵. Wskaźniki te były niższe od obserwowanych wcześniej. Badanie NATPOL 2002 wykazało, że średnio w Polsce otyłość lub nadwagę ma 53% badanych (58% mężczyzn i 48% kobiet)²⁰⁶. W badaniu populacji pozawielkomiejskiej POL-MONICA Kraków w 1993 roku nadwagę lub otyłość występowała u około 57% mężczyzn i 73% u kobiet²⁰⁷.

4.2.2 Palenie tytoniu.

Pomimo udowodnionego związku między paleniem a schorzeniami układu sercowo-naczyniowego, takimi jak choroba niedokrwienna serca (oraz jej następstwa) czy udar mózgu, świadomość tej zależności nie jest powszechnie znana. Niektóre z badań opinii publicznej wykazały, że około połowa osób palących papierosy nie wierzy, że palenie tytoniu zwiększa ryzyko zawału serca²⁰⁸.

W przeprowadzonej analizie w roku 1994 problematyka palenia tytoniu była najczęściej omawianym czynnikiem ryzyka na łamach prasy lokalnej Krakowa (3,7%) i Chicago (5,5%). Częstotliwość poruszania tego tematu zmalała znacznie w roku 2004 w Krakowie prawie dwukrotnie (z 3,7% do 1,9%), a w Chicago ponad dwukrotnie (z 5,5% do 2,2%).

²⁰⁴ Pasowicz M., Wyniki Programu prewencji choroby niedokrwiennej serca przy zastosowaniu nowoczesnych metod diagnostycznych 2002-2005, CMUJ, Ośrodek diagnostyki i rehabilitacji chorób serca i płuc, Kraków 2005.

²⁰⁵ Biela U., Pająk A., Kaczmarczyk-Chałas K., i wsp., Częstość występowania nadwagi i otyłości u kobiet i mężczyzn w wieku 20-74 lat. Wyniki programu WOBASZ, Kardiologia Polska 2004:61 (supl.IV), IV7-IV26.

²⁰⁶ Zdrojewski T., Bandosz P., Szpakowski P., i wsp., Rozpowszechnienie głównych czynników ryzyka w Polsce. Wyniki badania NATPOL PLUS. Kardiologia Polska 2004, 61(supl.Pasowicz M., Wyniki Programu prewencji choroby niedokrwiennej serca przy zastosowaniu nowoczesnych metod diagnostycznych 2002-2005, CMUJ, Ośrodek diagnostyki i rehabilitacji chorób serca i płuc, Kraków 2005.

²⁰⁷ Pająk A., Kawalec E., Topór-Mądry R i wsp., Projekt Pol-Monica Kraków. Wyniki badań przekrojowych, cyt za. Biela U.- ibidem

²⁰⁸ Dane WHO.

Spadek zainteresowania szkodliwością palenia można wyjaśnić zmniejszeniem się ilości palaczy w obu regionach. W roku 1994 w Polsce blisko 47% mężczyzn i 23% kobiet paliło papierosy²⁰⁹. W Illinois (dane CDC) w roku 1994 było 22,7% palaczy.

Dziesięć lat później, w roku 2004 wg danych z badania WOBASZ, nałogi palenia w populacji Polski dotyczył 42% mężczyzn i 25% kobiet. Przy czym w województwie Małopolskim wskaźniki były dużo mniejsze od średniej krajowej: 34% mężczyzn i poniżej 20% kobiet, przy jednoczesnej deklaracji około 84% palaczy o chęci zaprzestania palenia²¹⁰. W grupie wiekowej najbardziej zagrożonej chorobami układu krążenia (średnia wieku 56,1) na 935 badanych tylko 19,4% było palaczami tytoniu²¹¹.

W stanie Illinois w roku 2004 palenie deklarowało 22,2% badanej populacji, utrzymuje się, więc bardzo słaba, ale tendencja spadkowa²¹². Zmiany lepiej widoczne są w poprawie ogólnej sytuacji pod względem palenia w Stanach Zjednoczonych, gdzie pomiędzy latami 1994 i 2003²¹³ procent palaczy zmalał wśród mężczyzn o 4% (z 27.6% do 23.7%), a wśród kobiet blisko 4% (z 23.1% do 19.4%).

Obserwując wydarzenia w roku 2004, spodziewany był raczej wzrost zainteresowania problematyką palenia, ze względu na wprowadzaną wówczas ustawę o zakazie palenia w miejscach publicznych.²¹⁴ Tymczasem udział publikacji o paleniu tytoniu zmalał przeszło dwukrotnie.

4.2.3 Niewystarczająca aktywność fizyczna.

Tematyka dotycząca niewystarczającej aktywności fizycznej to najmniej popularny temat dotyczący wybranych czynników behawioralnych w roku 1994 w prasie Krakowa (0,4%) i w prasie Chicago (0,7%). Jest to jednak jeden z nielicznych czynników ryzyka, którego częstotliwość poruszania na łamach prasy w obu miastach wzrosła trzykrotnie w roku 2004. (Rysunek 9).

²⁰⁹ Dane Ministerstwa Zdrowia, 2000.

²¹⁰ Polakowska M., Piotrowski W., Tykarski A., Nałóg palenia tytoniu w populacji polskiej. Wyniki programu WOBASZ. *Kardiologia Polska* 2005; 63;(supl.4), 6.

²¹¹ Pasowicz M., Wyniki Programu prewencji choroby niedokrwiennej serca przy zastosowaniu nowoczesnych metod diagnostycznych 2002-2005, CMUJ, Ośrodek diagnostyki i rehabilitacji chorób serca i płuc, Kraków 2005.

²¹² Dane z Illinois Department of Public Health.

²¹³ Chartbook on Trends in the Health of Americans, CVC, USA, 2005, s.102.

²¹⁴ Bayer R., Stuber J., Tobacco Control, Stigma, and Public Health: Rethinking the Resolutions. *American Journal of Public Health* 2006, 96, 1, s.47-49.

W Krakowie, jak wynika z badania WOBASZ (Kardiol Pol 2005), w roku 2004 wystarczającą aktywność fizyczną w czasie wolnym od pracy deklarowało 40% mężczyzn i 40% kobiet. Badanie to jednocześnie określiło, że wśród uczestniczących w badaniu w Polsce około 38% mężczyzn i 34% kobiet wykonuje ćwiczenia trwające przynajmniej 30 minut w większości dni tygodnia. Mała aktywność fizyczna dotyczy nadal około 50% osób dorosłych w wieku 20-74 lat.

W grupie zwiększonego ryzyka choroby niedokrwiennej serca, wśród Krakowian w wieku około 56, Program prewencji ChNS stwierdził, że 53,1% badanych wykazywało małą aktywność fizyczną²¹⁵.

Badania CINDI WHO przeprowadzone pod koniec lat 90. wykazały, że liczba osób prowadzących siedzący tryb życia w 16 krajach UE i 6 krajach uczestniczących w Programie CINDI wynosiła 40-80%, a najmniejszą aktywność fizyczną stwierdzono w Portugalii i w Polsce²¹⁶.

Dane Ministerstwa Zdrowia z roku 1995 pokazują, że zaledwie 10% dorosłej populacji Polski uprawia aktywność fizyczną w stopniu wystarczającym.

Można, więc przypuszczać, że w przypadku aktywności fizycznej wzrost zainteresowania mediów, między rokiem 1994 a 2004, tematyką aktywności fizycznej odbija rzeczywisty wzrost zainteresowania populacji uprawianiem sportu w celach zdrowotnych. Zainteresowanie to było również wzmacniane przez akcje aktywności fizycznej (np. Bieganie pod Kopcem i inne) za pośrednictwem mediów masowych.

Duże zainteresowanie aktywnością fizyczną w gazetach z Chicago odpowiada wysokiemu wskaźnikowi osób aktywnych fizycznie zgodnie z wymaganiami o prewencji CHUK, w roku 2004- 44% populacji ćwiczy po 30 minut przynajmniej 3 dni w tygodniu²¹⁷.

4.2.4 Inne.

Kategoria „inne” czynniki ryzyka, czyli publikacje dotyczące czynników ryzyka, ale innych od diety, aktywności fizycznej i palenia tytoniu, na przestrzeni 10 lat nieznacznie zwiększyła się w prasie Chicago (z 0,9% do 1,1%), a w prasie Krakowa zmalała prawie dwukrotnie (z 2,1% do 1,2%).

²¹⁵ Pasowicz M., Wyniki Programu prewencji choroby niedokrwiennej serca przy zastosowaniu nowoczesnych metod diagnostycznych 2002-2005, ibidem.

²¹⁶ Drygas W., Skiba A., Bielecki W, i wsp. Ocena aktywności fizycznej mieszkańców 6 krajów europejskich. Projekt Bridging East-West Health Gap. *Medicina Sportiva* 2001;5 (Suppl. 2), s.119.

²¹⁷ Dane CDC. Adult Participation in Recommended Levels of Physical Activity.

Bardzo niski udział procentowy publikacji o innych (czyli nie analizowanych szczegółowo czynnikach ryzyka) można tłumaczyć ich mniej modyfikowalnym charakterem. Czynniki ryzyka, wyróżnione w badaniu, należące do stylu życia są najbardziej istotne w profilaktyce chorób układu krążenia i chorób nowotworowych, przy jednoczesnym wolnym wyborze każdego człowieka, co do postawy względem tych zachowań.

Brak równomiernej popularności wszystkich czynników ryzyka CHUK w prasie lokalnej obrazuje świadomość społeczeństwa polskiego na temat wszystkich niefarmakologicznych metod zapobiegania chorobom serca. Z badań wynika, że co piąty badany dorosły mieszkaniec Polski nie wykazał żadnej wiedzy na temat niefarmakologicznych metod zapobiegania chorobom²¹⁸.

4.2.5 Mieszane.

Publikacje omawiające kilka czynników ryzyka lub, chociaż dwa jednocześnie zostały zaliczone do kategorii „Mieszane”. Jest to druga kategoria, której częstotliwość poruszania na łamach prasy w obu wybranych miastach, wzrosła w stosunku do roku 1994. W próbie z roku 2004 ponad dwukrotnie zwiększył się udział procentowy takich publikacji w publikacjach dotyczących zdrowia zarówno w Krakowie (z 0,6% do 1,4%) jak i w Chicago (z 1% do 2,3%).

Wzrost ten może wynikać z łatwości podejmowania problematyki prewencji chorób układu krążenia w ujęciu walki z czynnikami ryzyka oraz samego faktu, że czynniki te często występują łącznie i wzajemnie się potęgują. Brak aktywności fizycznej w połączeniu z nieodpowiednią dietą prawie zawsze jest problemem ludzi z nadwagą, którzy często mają nadciśnienie. Podobnie palenie papierosów a raczej skutek palenia odbija się na organizmie w postaci miażdżycy i w konsekwencji nadciśnienia.

Analiza udziału procentowego publikacji dziennikarskich na temat wybranych czynników behawioralnych w publikacjach dotyczących problematyki zdrowotnej w roku 1994 i 2004, w Krakowie i Chicago, wykazała przeciwne tendencje zmian zainteresowania tematami diety i „innych” czynników ryzyka. W obu przypadkach zainteresowanie tematyką wzrosło w prasie Chicago a zmalało w Krakowie.

²¹⁸ Bielecki W., Kaczmarczyk-Chałas K., Piwońska A., Świadomość zasad zapobiegania chorobom układu krążenia w populacji dorosłych mieszkańców Polski. *Kardiologia Polska* 2005; 63;6.(Suppl 4).

Podobne tendencje zmian zainteresowania tematyką zaobserwowano w kategoriach Palenia tytoniu (udział publikacji zmalał), oraz Aktywności fizycznej i elementów Mieszanych czynników ryzyka, gdzie zainteresowanie wzrosło w porównaniu z rokiem 1994. (Tabela 4).

Tabela. 4. Udział procentowy publikacji na temat czynników ryzyka w publikacjach dotyczących zdrowia w prasie lokalnej Krakowa i Chicago w roku 1994 i 2004. (Strzałki obrazują zmianę zainteresowania tematyką)

	Dieta		Palenie		Akt. fiz		Inne		Mieszane	
Kraków	3,3	2,6	3,7	1,9	0,4	1,1	2,1	1,2	0,6	1,4
Chicago	5,5	8	5,6	2,2	0,7	2,1	0,9	1,1	1	2,3
Rok	1994	2004	1994	2004	1994	2004	1994	2004	1994	2004

W odniesieniu do wskaźników dotyczących najważniejszych czynników ryzyka w obu analizowanych regionach można wysunąć wniosek, że prasa czytana w Krakowie odbija zmiany w poprawie odżywiania i dostępności produktów spożywczych, oraz poprawę sytuacji dotyczącej palenia tytoniu w Małopolsce (jeden z najniższych wskaźników w Polsce) między rokiem 1994 a 2004, co przejawia się spadkiem popularności tego tematu na łamach prasy. Wspiera też i śledzi poprawę aktywności fizycznej i rozwój popularności uprawiania sportu w czasie wolnym od pracy, przez co popularność tego tematu wzrosła prawie trzykrotnie w ciągu 10 lat.

Zdecydowana przewaga udziału publikacji dotyczących czynników ryzyka w prasie Chicago wskazuje na wieloletnie doświadczenie i konsekwencję w prowadzeniu wielosektorowej profilaktyki chorób przewlekłych w Stanach Zjednoczonych.

Zmiany między latami 1994 i 2004 odzwierciedlają zmiany w sytuacji zdrowotnej regionu Illinois, ale także dążenie do realizacji priorytetów programów profilaktyki na poziomie federalnym.

Mimo prowadzenia wielu programów dotyczących propagowania zdrowej diety i zdrowego odżywiania populacja Chicago nadal boryka się z problemem otyłości i nadwagi. Chociaż wskaźnik uprawiania aktywności fizycznej w Illinois wzrósł od 1994 do 2004, to ciągle istnieje potrzeba rozwoju aktywności fizycznej w czasie wolnym, ze względu na pozytywny wpływ tego czynnika na zwalczanie otyłości.

Spadek zainteresowania tematyką nałogu palenia, mimo wydarzeń dotyczących wprowadzenia rozwiązań normatywnych w zakresie palenia tytoniu, jest odbiciem spadku popularności nałogu palenia w stanie Illinois (i całych Stanach Zjednoczonych). Może też być odbiciem pozostawienia odpowiedzialności za ten problem każdemu z obywateli po wprowadzeniu prawnego ograniczenia palenia za pomocą regulacji prawnych.

Przeprowadzona analiza wybranych czynników ryzyka przedstawianych na łamach prasy lokalnej Krakowa i Chicago w latach 1994 i 2004 wskazuje, że prasa najczęściej czytana w obu miastach śledzi zmiany stanu zdrowia mieszkańców regionu w zakresie nasilenia lub osłabienia czynników ryzyka w populacji. Zainteresowanie tematyką czynników ryzyka na łamach prasy odbija zmiany rzeczywiste w sytuacji zdrowotnej. Niestety w Krakowie, ze względu na bardzo duże zagrożenie chorobami układu krążenia i wysokie wskaźniki palenia (w porównaniu np. do Illinois) oraz rosnący problem otyłości konieczny jest raczej wzrost zainteresowania mediów tematyką czynników ryzyka i lepsze wykorzystanie mediów w prewencji chorób układu krążenia.

Analiza nie wykazała podobieństw w udziale procentowym wybranych czynników ryzyka w publikacjach na łamach prasy Chicago z roku 1994 a proporcjami publikacji dotyczących tych samych czynników ryzyka na łamach prasy w Krakowie w roku 2004. Nie zaobserwowano przewidywanego w hipotezach badawczych przesunięcia czasowego między Krakowem (2004) a Chicago (1994) odnoszącego się do częstotliwości publikacji artykułów prasowych na temat czynników ryzyka (dieta, palenie, aktywność fizyczna oraz inne i mieszane) na łamach prasy lokalnej.

Również dopasowanie rang adekwatnych do pozycji zajmowanych przez poszczególne czynniki ryzyka pod względem częstotliwości poruszania na łamach prasy, i zastosowanie analizy statystycznej porównania rang między rokiem 1994 w Chicago i 2004 w Krakowie potwierdza brak dużego podobieństwa między zainteresowaniem dziennikarzy problematyką czynników ryzyka w obu miastach, z dziesięcioletnim przesunięciem czasowym ($Q=0,86$).

Tabela 5. Rangi czynników ryzyka ze względu na częstotliwość występowania w próbach badanych gazet w roku 1994 i 2004.

	Kraków		Chicago	
	1994	2004	1994	2004
Dieta	2	1	2	1
Palenie	1	2	1	3
Akt. fizyczna	5	4	5	4
Inne	3	5	4	5
Mieszane	4	3	3	2

Większe podobieństwo ($Q=0,9$) stwierdzono między doбором publikacji dotyczących wybranych czynników ryzyka w Krakowie i Chicago w roku 2004 i w roku 1994.

4.3 Tematyka dotycząca problematyki zdrowotnej na łamach prasy lokalnej Krakowa i Chicago w roku 1994 i 2004.

Najczęściej podejmowanym tematem dotyczącym zdrowia na łamach prasy lokalnej w roku 2004 roku były problemy organizacyjne - 25,7% publikacji o zdrowiu w Krakowie i 17,8% publikacji w prasie lokalnej w Chicago. W porównaniu z rokiem 1994 zainteresowanie tym tematem wzrosło w Polsce, a zmalało w Stanach Zjednoczonych. Porównując wielowymiarowość i szybkość zmian zachodzących w ochronie zdrowia w Polsce, zmiana ta jest uzasadniona.

Na drugim miejscu w Krakowie znalazły się rzadkie problemy zdrowotne, które określono jako „inne”- 15%. W prasie codziennej Chicago problemy te znalazły się na trzecim miejscu, co do częstości występowania (11,4%), zaraz po chorobach układu krążenia. Udział procentowy kategorii „inne” wzrósł w porównaniu ze wskaźnikiem z roku 1994. W przypadku tematyki dotyczącej chorób układu krążenia, zainteresowanie gazet chicagowskich wzrosło, a gazet z Krakowa zmalało o około 2%.

Na czwartym miejscu w Krakowie znalazły się zagadnienia prawa medycznego (7,3%), które w amerykańskiej prasie zajęły dopiero 11 pozycję (3,5%). Popularność tego tematu przypisywać można samym narodzinom prawa medycznego w Polsce oraz rozwojowi ustawodawstwa dotyczącego zdrowia i organizacji ochrony zdrowia. W

porównaniu z rokiem 1994, zainteresowanie prawem medycznym w gazetach z Krakowa wzrosło, a w Chicago zmalało.

W Chicago na czwartym miejscu uplasowały się publikacje dotyczące chorób nowotworowych (8,5%), które w prasie Krakowa zajęły piąte miejsce (5,7%). W odniesieniu do chorób nowotworowych, w obu grupach gazet zaobserwowano spadek zainteresowania tematem, w Krakowie o około 1%, a w Chicago o 3%. Nie jest on zgodny ze zmianami epidemiologicznymi, szczególnie w Polsce. Choroby nowotworowe są drugą najważniejszą przyczyną zgonów zarówno w Polsce jak i w Stanach Zjednoczonych.

W Krakowie zarówno zachorowalność, jak i liczba zgonów spowodowanych chorobami nowotworowymi rośnie²¹⁹. Zjawisko to dotyczy całej populacji Polski. W ciągu dziesięciu lat między 1994 a 2004 procentowy udział zgonów z powodu nowotworów wzrósł o około 4%.

W roku 1994 choroby nowotworowe odpowiedzialne były za 21.5% zgonów mężczyzn i około 18% zgonów kobiet w Polsce²²⁰. W roku 2004 było to średnio 24%.

Jednocześnie notuje się wzrost zachorowań na raka (83,3 tys. zachorowań w 1990 i 114,4 tys. zachorowań w roku 2002²²¹). W analizowanym czasie nie zmieniła się w Małopolsce znacząco struktura zgonów z powodu nowotworów. U kobiet nadal najczęstszymi przyczynami zgonów na nowotwory złośliwe były: nowotwór sutka, płuc, jelita grubego i odbytu, a u mężczyzn: raka płuc, odbytu, żołądka oraz prostaty. Często przyczyną zgonów zarówno u mężczyzn, jak i kobiet były też nowotwory o nieokreślonym umiejscowieniu.

Spadek zainteresowania prasy lokalnej w Krakowie chorobami nowotworowymi jest tym bardziej zaskakujący, że w roku 2004 w ramach programu profilaktycznego Zdrowy Kraków, realizowano w Małopolsce kilka programów profilaktycznych dotyczących prewencji raka. Były to: Program wczesnego wykrywania raka piersi; Program wczesnego wykrywania szyjki macicy; Program profilaktyki raka jelita grubego; i Program profilaktyki raka tarczycy.

Kilkuprocentowy spadek zainteresowania tematyką chorób nowotworowych nie odzwierciedla także zmian dotyczących populacji Illinois. Wg danych z Instytutu Zdrowia Publicznego w Illinois wskaźnik zgonów z powodu raka pomiędzy rokiem 1994 i 2004 prawie się nie zmienił, zmalał zaledwie o 0.2% (z 23.6% na 23.4%). Utrzymujący się

²¹⁹ Kollbek K. (red), Raport o zdrowiu mieszkańców miasta Krakowa i jego uwarunkowaniach za rok 2004, Urząd Miasta Krakowa, 2005.

²²⁰ Dane Ministerstwa Zdrowia

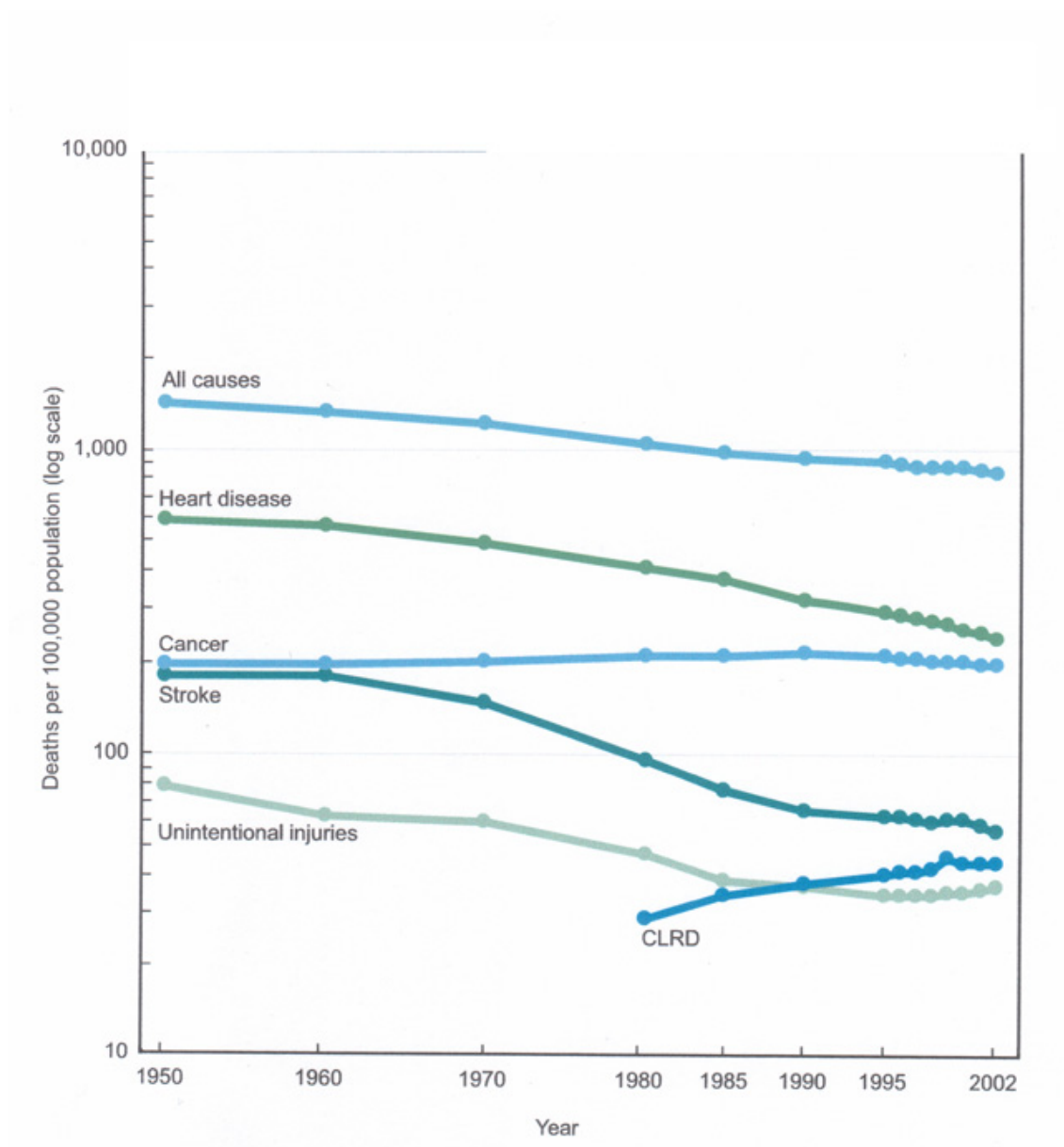
²²¹ Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2004 roku.

prawie na równym poziomie wskaźnik 23% zgonów charakterystyczny jest również dla średnio całej populacji amerykańskiej²²² (Rysunek 10.)

Malejące zainteresowanie prasy tematyką nowotworową jest niezgodne z założeniami o profilaktyce tej grupy chorób zawartych zarówno w Narodowym Programie Zdrowia jak i Programie Healthy People. Jest to tym bardziej niekorzystne, że około 25% zachorowań na nowotwory (WHO) jest do uniknięcia w wyniku podjęcia określonych działań w obszarze promocji zdrowia i prewencji²²³.

²²² Chartbook on Trends in Health of Americans, CDC, NCHS, NVSS, USA 2004.

²²³ Golinowska S., Sowa A., Topór-Mądry R., Procesy demograficzne i epidemiologiczne w Europie Środkowej i Wschodniej. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, 2005, 2, t.III.



Rysunek 10. Zmiany we wskaźniku umieralności na 100 tys. populacji w Stanach Zjednoczonych²²⁴.

Na piątym miejscu w Chicago znalazły się Choroby zakaźne (8,2%), których udział procentowy nie zmienił się w stosunku do roku 1994. Choroby te, mimo spadku zainteresowania w Krakowie były na szóstej pozycji (5,5%).

²²⁴ Chartbook on Trends in Health of Americans, CDC, NCHS, NVSS, USA 2004.

Ponieważ zarówno Polska, jak i Stany Zjednoczone należą do państw, w których problem chorób zakaźnych nie zalicza się do głównych przyczyn zgonu, lokata 5 i 6 miejsca w liście rankingowej wydaje się uzasadniona.

Duże zainteresowanie chorobami zakaźnymi w roku 1994 w Krakowie mogło być spowodowane zmianami w przepisach medycyny pracy i nagłym skokowym wskaźnikiem chorych na gruźlicę. Późniejsza ocena danych wykazała, że podczas badań przesiewowych wykryto zmiany pogrzuźlicze, które odnotowano w statystykach jako zachorowanie na gruźlicę²²⁵.

Następną - siódmą pozycję na liście rankingowej w Krakowie w roku 2004 zajęły zagadnienia nowych osiągnięć medycznych nazwanych „nowa medycyna”, których udział procentowy w publikacjach o zdrowiu wzrósł przeszło dwukrotnie w porównaniu z rokiem 1994. Zmiana ta uzasadniona jest dynamicznym rozwojem nauk medycznych i współpracy międzynarodowej krakowskich klinik. W czasie tym zmieniło się również zarządzanie jednostkami ochrony zdrowia i ich otwarcie się na kontakt z przedstawicielami mediów.

Kategoria ta w Chicago zajęła 12. pozycję ze zmniejszonym zainteresowaniem.

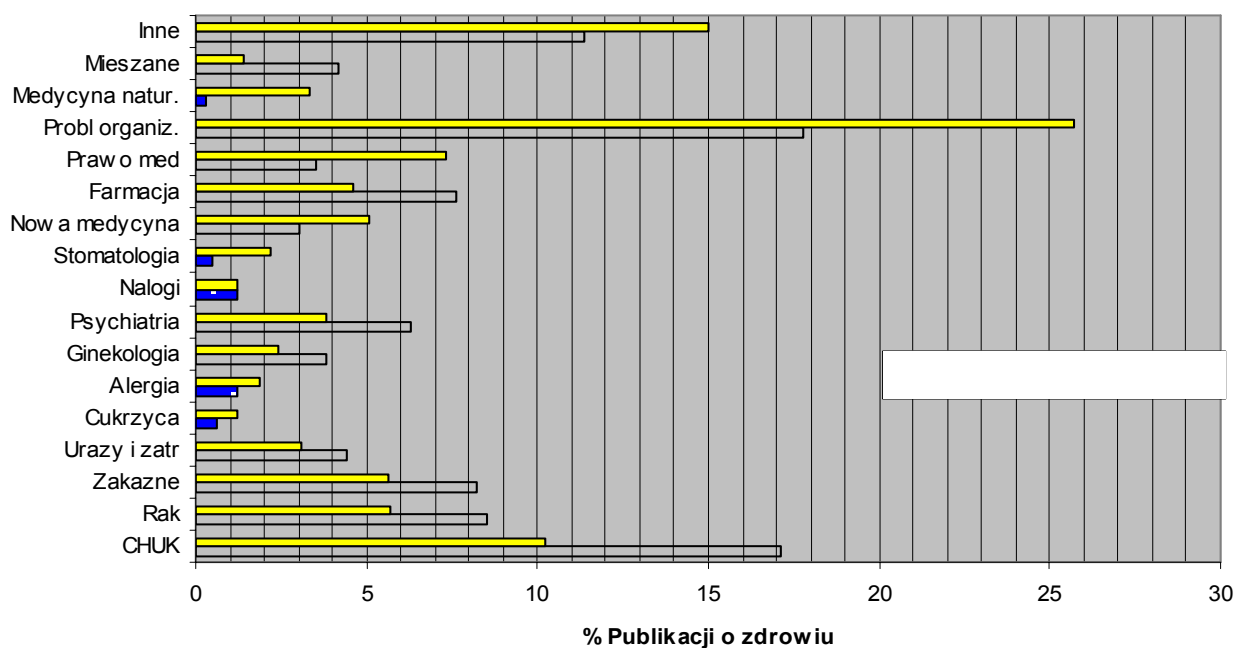
Ósmą pozycję w Krakowie zajęła problematyka lekowa („Farmacja”), która w Chicago zajęła 6. miejsce. Niewielki spadek zainteresowania farmacją w Krakowie, można tłumaczyć ustabilizowaniem się sytuacji rynku farmaceutycznego i brakiem społecznego wpływu na ten dział ochrony zdrowia.

Wzrost (3%) zainteresowania gazet z Chicago lekami odzwierciedla nagłośniecie wykrycia korupcji dotyczącej rynku farmaceutycznego związanej z pojawieniem się podróbek leków na rynku aptekarskim. Może być także związane ze zwróceniem uwagi opinii publicznej zaraz po tym zdarzeniu na nadużywanie leków przez Amerykanów²²⁶.

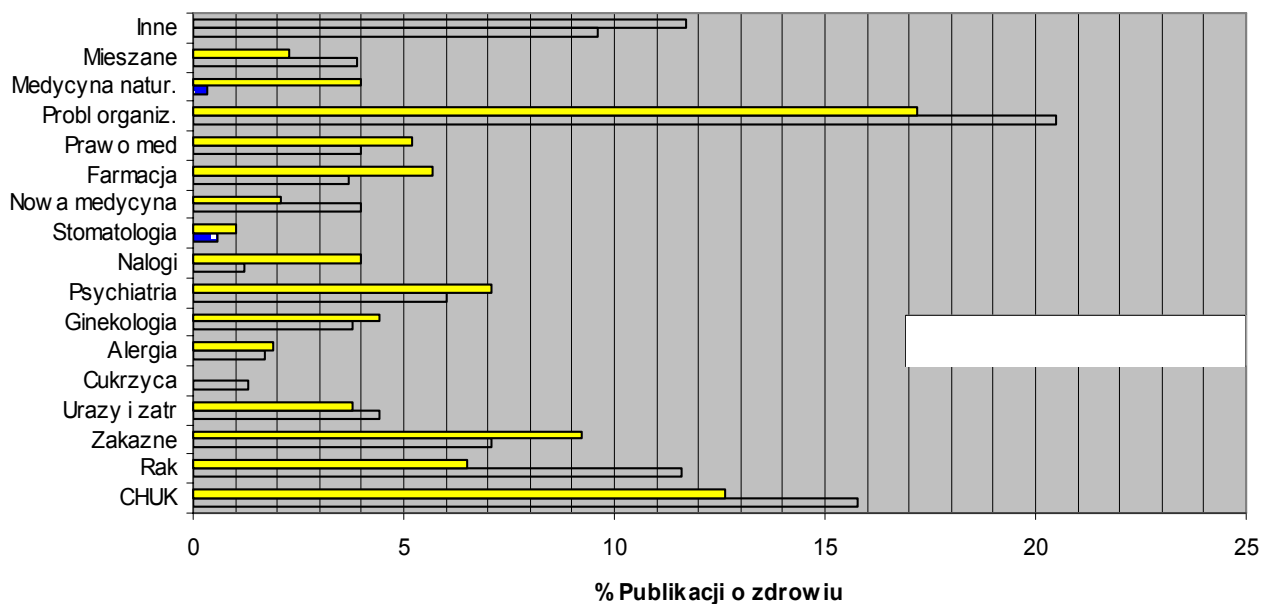
²²⁵ Dane Ministerstwa Zdrowia 1994.

²²⁶ Na podstawie artykułów będących przedmiotem analizy.

Publikacje dotyczące zdrowia w prasie lokalnej Krakowa i Chicago w 2004



Publikacje dotyczące zdrowia w prasie lokalnej Krakowa i Chicago w 1994



Rysunek 11. Publikacje dotyczące zdrowia w prasie lokalnej Krakowa i Chicago w 1994 i 2004

Problematyka zdrowia psychicznego („Psychiatria”) znalazła się na kolejnym, dziewiątym miejscu listy rankingowej prasy codziennej Krakowa z roku 2004. Zainteresowanie tą tematyką zmalało na polskim rynku prasy prawie dwukrotnie. Zmiana ta może być odzwierciedleniem zdecydowanej poprawy podejścia do zdrowia psychicznego w Polsce zarówno pod kątem opieki medycznej, jak i zmiany postawy względem zdrowia psychicznego wśród samego społeczeństwa²²⁷. Wysoki wskaźnik dla roku 1994 obrazuje dyskusje nad kształtem wprowadzanej w tym roku Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Mimo obserwowalnej na przestrzeni lat zwiększonej liczby pacjentów opieki psychiatrycznej, po bliższej analizie statystyk, okazało się, że wzrost ten wynika z pozytywnej zmiany podejścia do leczenia psychiatrycznego²²⁸.

Kategoria ta, w Chicago utrzymała się na 7 miejscu, z prawie niezmiennym udziałem procentowym w porównaniu z 1994. Na niezmiennym poziomie utrzymywały się też wskaźniki zachorowalności chorób psychicznych w stanie Illinois, poza chorobą Alzheimera, która staje się jedną z wymienialnych przyczyn zgonu w Stanach Zjednoczonych, w roku 2003 choroba ta była odpowiedzialna z 2.5% wszystkich zgonów

W Krakowie zaobserwowano też spadek zainteresowania tematyką medycyny naturalnej, pozycja 10, która w Chicago zajęła ostatnią, szesnastą pozycję z niezmiennym udziałem w publikacjach o zdrowiu na poziomie 0,3%. Obraz spadku zainteresowania medycyną naturalną obserwowany jest także w społeczeństwie, które po chwilowej fascynacji medycyną alternatywną zaczęło wracać do wiary w medycynę konwencjonalną. Również rozwój ustawodawstwa regulującego wykonywanie zawodów medycznych i większa kontrola nad wykonywaniem praktyk leczniczych spowodowały ograniczenie popularności tego tematu.

Kolejne dwie pozycje z tendencją malejącego zainteresowania w porównaniu do roku 1994 to „Urazy i zatrucia” i „Problemy ginekologiczne”. Obie kategorie nie zmieniły wskaźnika w prasie Chicago, a zajęły odpowiednio 8. i 10. pozycje.

Urazy i zatrucia są trzecią przyczyną zgonów w krajach rozwiniętych. Wskaźnik ten rośnie ze względu na rozwój cywilizacyjny i wzrost tendencji konsumpcyjnych.

W województwie małopolskim w roku 2002, urazy i zatrucia odpowiedzialne były za około 6.5% zgonów.

²²⁷ Goryński P, 2005, ibidem

²²⁸ Ibidem.

Sytuacja w Polsce w zakresie urazowości jest gorsza od przeciętnej w Europie zarówno pod względem poziomu umieralności, jak i charakteru jej zmian w czasie. Na początku lat dziewięćdziesiątych natężenie zgonów z powodu urazów i zatruc było w Polsce wyższe od średniego dla krajów europejskich o ponad 60% w przypadku mężczyzn i prawie 20% w przypadku kobiet²²⁹.

Rosnący udział problematyki stomatologicznej w publikacjach o zdrowiu w prasie Krakowa uplasował ją na miejscu 13. listy rankingowej, z wskaźnikiem 2.2% publikacji o zdrowiu, w roku 2004. Problemy te zajęły dopiero 15. pozycje w prasie Chicago (0,5%).

Zwiększenie zainteresowania problematyką stomatologiczną odzwierciedla zarówno istotność problemu w populacji Polski jak i podjęcie wielu działań profilaktycznych w tym zakresie. W roku 2004 prowadzony był w Małopolsce Program profilaktyki próchnicy.

Problematyka chorób zębów i przyzębia, zaliczana do podstawowych problemów zdrowotnych społeczeństwa polskiego, bardzo często pomijana jest nawet przez studentów Zdrowia Publicznego.²³⁰ Wyniki badań przeglądowych dla roku 1994 wskazały, że na próchnicę chorowało ponad 90% dzieci i 98% dorosłych, a na choroby przyzębia 50% dzieci 12-letnich oraz 92% dorosłych poniżej 45. roku życia.

Również w stanie Illinois problem próchnicy był w roku 1994 bardzo duży. Badania przeglądowe, zrealizowane w ramach Programu Uśmiech (The Project Smile) wykazały, że 54% dzieci w wieku 6-8 lat miało nieleczoną próchnicę. Wskaźnik ten był dużo wyższy od przeciętnego w kraju o 16%. Mimo to gazety amerykańskie pisały na ten temat bardzo mało.

Sytuacja epidemiologiczna polepszyła się w wyniku realizacji specjalnego programu profilaktyki zdrowia jamy ustnej (The Illinois Oral Health Plan), który powstał w oparciu o realizację programu Healthy People 2010²³¹.

Nie zmienił się procentowy udział tematyki alergii w publikacjach o zdrowiu w gazetach krakowskich między rokiem 1994 i 2004. Wskaźnik 1,9% zapewnił jej czternaste miejsce. W chicagowskiej prasie codziennej „Alergie” zajęły 13. miejsce na liście rankingowej (ranga 13.5) wraz z problematyką „Nałogów” (1,2%)

²²⁹ Dane Ministerstwa Zdrowia.

²³⁰ Na podstawie doświadczenia w nauczaniu „Problemów Zdrowotnych” na kierunku Zdrowie Publiczne.

²³¹ Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, USA 2006.

Na przedostatnim miejscu listy rankingowej Krakowa znalazły się „Mieszane” problemy zdrowotne (1.4%). Udział publikacji o różnych problemach zdrowotnych w publikacjach o zdrowiu zmniejszył się w porównaniu z rokiem 1994 o 1%. Kategoria ta w Chicago zajęła 9. miejsce (4,2%).

Szesnąstą, ostatnią pozycję gazet codziennych Krakowa w roku 2004 zajęły dwie kategorie tematyczne: Cukrzyca (z rosnącym zainteresowaniem w porównaniu do 1994) i Nałogi (z malejącym zainteresowaniem) ze wskaźnikiem 1,2%. W Chicago Cukrzyca zajęła 14 miejsce (ranga 15) (0,6%), a „Nałogi” – trzynaste (ranga 13.5).

Zestawienie wyników obrazuje Tabela 6 i Rysunek 11.

Tabela 6. Lista rankingowa (i rangowa) zainteresowania tematyką wg udziału % poszczególnych kategorii tematycznych w publikacjach dotyczących zdrowia w roku 2004.

		1994			2004			1994			2004		
1	ORG	20,5	1	17,8	1	ORG	1	17,2	25,7				
2	CHUK	15,8	2	17,1	2	INNE	3	11,7	15				
3	INNE	9,6	4	11,4	3	CHUK	2	12,6	10,2				
4	RAK	11,6	3	8,5	4	Prawo med.	8	5,2	7,3				
5	Zakaźne	7,1	5	8,2	5	RAK	6	6,5	5,7				
6	Farmacja	3,7	12	7,6	6	Zakaźne	4	9,2	5,6				
7	Psychiatria	6,0	6	6,3	7	Nowa med.	14	2,1	5,1				
8	Urazy	4,4	7	4,4	8	Farmacja	7	5,7	4,6				
9	Mieszane	3,9	10	4,2	8	Psychiatria	5	7,1	3,8				
10	Ginekologia	3,8	11	3,8	10	M.naturalna	10.5	4,0	3,3				
11	Prawo med.	4,0	8,5	3,5	11	Urazy	12	3,8	3,1				
12	Nowa med.	4,0	8,5	3	12	Ginekologia	9	4,4	2,4				
13,5	Alergia	1,7	13	1,2	13	Stomat.	16	1,0	2,2				
13,5	Nałogi	1,2	15	1,2	14	Alergie	15	1,9	1,9				
15	Cukrzyca	1,3	14	0,6	15	Mieszane	13	2,3	1,4				
16	Stomat.	0,6	16	0,5	16,5	Cukrzyca	17	0,0	1,2				
17	M.naturalna	0,3	17	0,3	16,5	Nałogi	10.5	4,0	1,2				
CHICAGO				KRAKÓW									

* kolorem niebieskim zaznaczono zmiany negatywne w zainteresowaniu problematyką zdrowotną.

Tymczasem zarówno cukrzyca jak i nałogi są również czynnikami ryzyka chorób cywilizacyjnych, do których zaliczana jest też sama cukrzyca.

Wg danych WHO, w roku 1995 chorowało na cukrzycę blisko 135 milionów ludzi na świecie. W roku 2000 było ich już 177 milionów. International Diabetes Federation (IFD) prognozuje, że do roku 2025 na świecie będzie około 300 milionów ludzi z cukrzycą.

Wzrost zachorowania na cukrzycę typu 2 jest, między innymi, wynikiem zmiany stylu życia i odżywiania. Cukrzyca jest czynnikiem ryzyka chorób układu krążenia, a także najczęstszą przyczyną amputacji niebędącą następstwem urazu, a jej czynniki ryzyka pokrywają się z innymi czynnikami ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, głównie odżywiania i braku aktywności fizycznej. Ten typ cukrzycy należy do chorób, którym można zapobiegać.

W Polsce przyjmuje się, że około 3% populacji cierpi na cukrzycę i jest to wskaźnik rosnący w ostatnim dziesięcioleciu. W Małopolsce w latach 1995-1996 zaobserwowano stały wzrost wskaźnika umieralności na cukrzycę na 100 tysięcy mieszkańców²³². Poprawa zainteresowania problemami cukrzycy z 0% publikacji w roku 1994 do 1,2% w roku 2004 jest, więc zmianą bardzo oczekiwaną.

W Stanach Zjednoczonych ocenia się, że cukrzyca dotyczy aż 5-9% populacji.

W Stanie Illinois w roku 1994 cukrzyca była przyczyną 2.4% zgonów, w roku 2003 blisko 3%²³³. Spadek zainteresowania gazet chicagowskich problematyką cukrzycy o połowę, nie odzwierciedla zapotrzebowania na informację o tym schorzeniu wśród populacji Chicago.

Podobnie nieadekwatna do stanu zdrowia populacji przedstawiała się tematyka nałogów. W populacji Krakowa w roku 1997 było 2-3% osób uzależnionych od alkoholu, i około 2500 osób uzależnionych od narkotyków (2 miejsce w Polsce, zaraz po Warszawie)²³⁴. Sytuacja ta stale pogarsza się wbrew prowadzeniu programów profilaktycznych i edukacyjnych w wymiarze lokalnym jak i ogólnopolskim

Przeprowadzona analiza publikacji dotyczących zdrowia na łamach wybranych gazet Krakowa i Chicago w roku 1994 i 2004 wykazała, że w obu miastach zmalało (w porównaniu z rokiem 1994) zainteresowanie tematyką chorób nowotworowych („Rak”), a wzrosło zainteresowanie rzadkimi problemami zdrowotnymi („Inne”).

Spadek zainteresowania problematyką chorób nowotworowych był większy w Chicago niż w prasie Krakowa, ale udział tej tematyki w publikacjach o zdrowiu nadal jest większy

²³² Czarniecka K. (red), Raport o zdrowiu mieszkańców Krakowa, Vesalius, Kraków 1998.

²³³ Dane z Illinois Department of Public Health.

²³⁴ Czarniecka K. ibidem

w Chicago (8,5%) niż w Krakowie (5,7%). Zmianę tą uznano za niekorzystną i nieadekwatną w stosunku do wzrastającej zachorowalności na nowotwory złośliwe w całej populacji świata.

W prasie krakowskiej wzrost udziału procentowego, w porównaniu z rokiem 1994, zaobserwowano w kategoriach: problemów organizacyjnych, innych, prawa medycznego, nowej medycyny, stomatologii i cukrzycy. Szczególnie dwie ostatnie zmiany uznać należy za korzystne i wspierające działania profilaktyczne w dziedzinie zapobiegania próchnicy oraz cukrzycy. Mimo wzrostu zainteresowania tematyką cukrzycy w prasie z Krakowa, przedostatnia pozycja na liście rankingowej nie jest adekwatna do zapotrzebowania społeczeństwa na wiedzę o profilaktyce i zagrożeniach związanych z tą chorobą.

W pozostałych dziesięciu kategoriach nastąpił spadek udziału procentowego wypowiedzi dotyczących konkretnej kategorii w publikacjach na temat zdrowia w roku 2004. Na niezmiennym poziomie pozostała problematyka alergii.

W Chicago, na tle roku 1994, nastąpił wzrost zainteresowania tematyką chorób układu krążenia, innymi rzadkimi chorobami, problematyką lekową, problemami zdrowia psychicznego i mieszanymi problemami zdrowotnymi. Na stałym poziomie pozostał udział publikacji o chorobach zakaźnych, urazach i zatruciach, problemach ginekologicznych, nałogach i medycynie naturalnej.

Spadek zainteresowania tematyką chorób nowotworowych oraz cukrzycy uznano za najbardziej negatywne zmiany dotyczące publikacji prasowych w prasie Chicago.

W odniesieniu do wskaźników zdrowia populacji i sytuacji epidemiologicznej, można stwierdzić, że analizowana prasa lokalna w większości śledzi i odzwierciedla zmiany w sytuacji zdrowotnej populacji, tak jak w przypadku: spadku zainteresowania chorobami układu krążenia, czy chorób zakaźnych w Krakowie i problemów stomatologicznych w Illinois, stałej pozycji Alergii w Krakowie, Nałogów i Urazów w Chicago.

Niestety w odniesieniu do drugiej, co do ważności przyczyny zgonów – chorób nowotworowych prasa lokalna nie poświęca wystarczającej uwagi temu problemowi. Nie odzwierciedla też działań prowadzonych w ramach prewencji tych chorób na szczeblu lokalnym i krajowym. W obu miastach spadek zainteresowania problematyką nowotworów uznano za bardzo negatywną zmianą, wskazującą na niewystarczające wspieranie profilaktyki przez media lokalne.

Podobnie negatywne zmiany, sprzeczne z zapotrzebowaniem na informację w populacjach lokalnych wykazano w tematyce dotyczącej cukrzycy w Chicago, nałogów i urazów w Krakowie.

Bardzo pozytywne zmiany wynikające z konsekwencji realizacji priorytetów profilaktyki chorób i wsparcia prasy lokalnej w edukacji społeczeństwa, co do problemów zdrowotnych populacji dotyczyły: wzrostu zainteresowania problematyką chorób układu krążenia i problemów zdrowia psychicznego w prasie chicagowskiej, gdzie mimo spadku zgonów z powodu CHUK, zainteresowanie prasy wzrosło w porównaniu do roku 1994.

Pozytywne zmiany dotyczyły też tematyki cukrzycy i problemów stomatologicznych w Krakowie.

Porównując stan zdrowia populacji i listę rankingową problemów zdrowotnych dla roku 2004, przeprowadzona analiza pozwala stwierdzić, że problematyka zdrowotna na łamach prasy lokalnej w Chicago w roku 2004 odzwierciedla stan zdrowia populacji poza tematyką cukrzycy (dopiero na 14 pozycji) i chorób zakaźnych, których zainteresowanie uplasowało te problemy zaraz po chorobach nowotworowych, chociaż ze względu na zagrożenie epidemiologiczne może się to wydawać uzasadnione.

Podobnie w gazetach lokalnych Krakowa lista rankingowa dla roku 2004 odzwierciedla najważniejsze problemy zdrowotne populacji poza sytuacją dotyczącą nałogów, cukrzycy, i urazów.

Dla porównania podobieństwa między zainteresowaniem tematyką problemów zdrowotnych na łamach prasy w Chicago i Krakowie w roku 1994 i 2004 wykorzystano korelację rang. Kolejnym lokatom na liście rankingowej nadano odpowiednie rangi ze względu na zajmowaną pozycję (a więc % udział publikacji w badanej próbie).

Analiza wykazała, że największe podobieństwo istniało między doбором tematów w gazetach amerykańskich w roku 1994 i 2004 ($Q=0,92$). Dużo mniejsza zbieżność dotyczyła gazet krakowskich w roku 1994 i 2004 ($Q=0,79$).

Sugerowane w hipotezach badawczych przesunięcie czasowe między rokiem 1994 w Chicago i rokiem 2004 w Krakowie nie zostało potwierdzone, chociaż istnieje pewne podobieństwo ($Q=0,80$).

Mniejsze podobieństwo istniało między zainteresowaniem problematyką dotyczącą zdrowia w roku 1994 w Krakowie i Chicago ($Q=0,78$) i w roku 2004 między obiema grupami gazet ($Q=0,75$).

Nieco zaskakujący wynik otrzymano w wyeliminowaniu z listy rankingowej opracowanej dla wyników analizy zawartości obu grup gazet z roku 2004, wszystkich kategorii, które nie są konkretnymi grupami chorób. Wyeliminowano: problemy organizacyjne, prawo medyczne, farmakologię, nowe osiągnięcia nauk medycznych, i inne.

Lista rankingowa stworzona po takim zawężeniu tematycznym wygląda bardzo podobnie w obu miastach. Na pierwszych pięciu lokatach, oraz na miejscu 8 i 10 znajdują się identyczne kategorie tematyczne (Tabela 7).

Tabela 7. Problemy zdrowotne na łamach prasy Krakowa i Chicago w roku 2004.

		1994	2004		1994	2004
1	CHUK	15,8	17,1	CHUK	12,6	10,2
2	RAK	11,6	8,5	RAK	6,5	5,7
3	Zakaźne	7,1	8,2	Zakaźne	9,2	5,6
4	Psychiatria	6,0	6,3	Psychiatria	7,1	3,8
5	Urazy	4,4	4,4	Urazy	3,8	3,1
6	Mieszane	3,9	4,2	Ginekologia	4,4	2,4
7	Ginekologia	3,8	3,8	Stomat.	1,0	2,2
8	Alergia	1,7	1,2	Alergie	1,9	1,9
9	Nałogi	1,2	1,2	Mieszane	2,3	1,4
10	Cukrzyca	1,3	0,6	Cukrzyca	0,0	1,2
11	Stomat.	0,6	0,5	Nałogi	4,0	1,2

CHICAGO

KRAKÓW

* kolorem niebieskim zaznaczono identyczne pozycje na listach rankingowych dla roku 1994.

Pozostałe pozycje 6, 7, 9, 11 zajęły odpowiednio problemy Ginekologiczne (miejsce 6 w Krakowie i 7 w Chicago), Stomatologia (miejsce 7 w Krakowie i dopiero 11 w Chicago), Mieszane (na miejscu 9 w Krakowie i 6 w Chicago) oraz Nałogi (na ostatniej 11 lokacie w Krakowie i 9 w Chicago).

W obu miastach, jak wykazała analiza tematyka zdrowotna podejmowana na łamach prasy jest w dużej mierze odbiciem sytuacji epidemiologicznej charakterystycznej dla danej populacji. Zbieżność list rankingowych wyraźnie oddaje podobny charakter najważniejszych problemów zdrowotnych populacji rozwiniętej, borykającej się z

chorobami cywilizacyjnymi (z niewyjaśnioną daleką pozycją cukrzycy w obu miastach i nałogów dla Krakowa.

4.4 Poprawność rzeczowa publikacji dotyczących zdrowia na łamach prasy Krakowa i Chicago w latach 1994 i 2004.

Omawiając obecność tematyki dotyczącej zdrowia na łamach prasy codziennej, trudno pominąć kwestię poprawności informacji. I nie chodzi tutaj o błędy wynikające z pośpiechu czy przypadku jak przekreślenie nazwisk, pomyłka daty czy wieku osób, popełniane często przez dziennikarzy²³⁵ lub przeoczone przez korektę, ale o błędy rzeczowe związane z zagadnieniami, w których błąd, tak jak w problematyce związanej ze zdrowiem może zaszkodzić odbiorcom komunikatów. Komunikaty medialne tworzone przez dziennikarzy nie są przecież w dużej większości konsultowane i weryfikowane przez specjalistów z dziedziny medycyny.

Same gazety, mimo swego bardzo bliskiego odbiorcy charakteru trudno porównywać z poradą lekarską i zaleceniami specjalisty.

Dodatkowo, same gazety często uznawane są przez specjalistów, szczególnie lekarzy, za niekompetentne i pozbawione wiedzy na temat zdrowia i jego zagrożeń. Przeprowadzone badania, dotyczące opinii lekarzy i psychologów na temat materiałów specjalistycznych ukazujących się w prasie codziennej w USA wykazały, że specjaliści uznali je za sporadyczne, uwypuklające sensację i nowinki. Dziennikarzom zarzucili specjaliści niekompetencję i ignorancję²³⁶. Bardzo widoczne jest to w ocenie dziennikarzy wystawianej często przez specjalistów public relations, którzy zarzucają przedstawicielom mediów brak znajomości podejmowanego tematu, i bezmyślne skracanie dostarczanych im materiałów²³⁷. Również dziennikarze często odnoszą się z dużą rezerwą do kompetencji i uczciwości przedstawicieli PR²³⁸.

Tymczasem przeprowadzona analiza zawartości wybranych grup gazet z roku 1994 i 2004 czytanych w Krakowie i czytanych w Chicago nie wykazała rażących błędów rzeczowych w publikacjach dotyczących problematyki zdrowotnej.

²³⁵ Berry F. C., A study of accuracy in local news stories of three dailies. *Journalis Quarterly* 44, s. 982-90.

²³⁶ O' Keefe M. T., The Mass Media as Sources of Medical Information for Doctors. *Journalism Quarterly* 47, s. 95-100.

²³⁷ Wójcik K., *Public relations od A do Z*, Placet, Warszawa 2001, s. 60-93.

²³⁸ na podstawie P. Apanowicz, „Kto bez kogo żyć nie może?”, w „Rzeczpospolita” z dnia 17.12.2001.

Zarówno w roku 1994 (na przeanalizowanych 477 publikacji o zdrowiu w prasie Krakowa i 925 publikacji w prasie Chicago), jak i w roku 2004 (w przeanalizowanych 804 publikacji w prasie krakowskiej i 921 publikacji w prasie chicagowskiej) nie znaleziono ani jednej publikacji z błędami rzeczowymi.

Można zarzucić pewnej części publikacji niepełność lub niekompletność informacji lub omawianie jedynie części zagadnienia, ale zaskakująco dla samej autorki, nie znaleziono publikacji z błędami rzeczowymi.

Równocześnie analiza publikacji dotyczących problematyki chorób układu krążenia i ich czynników ryzyka wykazała brak sprzeczności informacji publikowanych na łamach wszystkich badanych gazet z wytycznymi o profilaktyce chorób układu krążenia (PTK, AHA, PFP) oraz charakterystyce czynników ryzyka Polskiego Forum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia.

Treści zawarte w publikacjach prasowych były jedynie dużym uproszczeniem oficjalnych wymogów oraz nie zawierały kompletnych informacji. Nie znaleziono jednak żadnej informacji sprzecznej z przyjętymi oficjalnie założeniami.

W porównaniu z rokiem 1994 w Krakowie, publikacje na temat chorób układu krążenia i o czynnikach ryzyka tych chorób w roku 2004 były dużo dokładniejsze i często wzbogacone informacją o badaniach profilaktycznych, mimo spadku ilości publikacji.

Publikacje w prasie amerykańskiej nie zmieniły się zasadniczo.

Poprawa jakości publikacji w gazetach z Krakowa może być związana z rozwojem współpracy między Kliniką Kardiologii CMUJ a lokalnymi mediami²³⁹. Oprócz zapraszania mediów do szpitala przy okazji ważnych wydarzeń, klinika organizuje specjalne warsztaty dla dziennikarzy, wzbogacając ich wiedzę z zakresu chorób układu krążenia i metod ich leczenia i zapobiegania.

²³⁹ informacje bezpośrednio z Kliniki Kardiologii CM UJ.

5. Podsumowanie i wnioski.

Mimo postępu w medycynie diagnostycznej i interwencyjnej oraz metodach terapii, choroby układu krążenia pozostają główną przyczyną zgonów w krajach rozwiniętych w tym w Polsce i Stanach Zjednoczonych.

Sytuacja epidemiologiczna dużo gorzej kształtuje się w Polsce, gdzie choroby sercowo-naczyniowe stanowią 48% wszystkich zgonów, a przedwczesna umieralność z powodu zawału serca i udaru mózgu jest 1,5 razy wyższa niż w krajach Unii Europejskiej.

W Stanach Zjednoczonych, współczynnik zgonów obniżono o około 50% w ciągu wieloletnich działań profilaktycznych i edukacyjnych.

Podstawą działań zapobiegawczych w chorobach układu krążenia jest wiedza o specyfice schorzeń i fakcie, że można im zapobiegać, lub je łagodzić na wszystkich etapach rozwoju choroby, poprzez odpowiednią zmianę zachowań będących elementem codziennego życia, czego dowiodły wieloletnie i liczne badania kliniczne.

Kluczowym zagadnieniem w tym kontekście jest świadomość populacji o możliwości zapobiegania chorobom w sposób niefarmakologiczny, o czynnikach ryzyka i konsekwencji ich liczego występowania, a także o konieczności zmiany stylu życia na taki, który sprzyjać będzie wzmocnieniu zdrowia.

Kształtowanie tej świadomości, podobnie jak wszelkie działania prewencyjne jest priorytetem bardzo wielu planów i programów zdrowotnych w skali lokalnej narodowej (Narodowy program Zdrowia czy Healthy People) i międzynarodowej (Health for All, Health 21). Stanowi też cel działań promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej i prewencji skierowanej na całą populację w wielu obszarach ludzkiej aktywności.

Mimo wielosektorowych działań świadomość zagrożeń nie jest w społeczeństwie polskim wystarczająca. Jak dowodzą badania, około 20% z pośród badanych mieszkańców

Polski (WOBASZ) nie wykazuje żadnej wiedzy na temat nefarmakologicznych metod zapobiegania chorobom serca²⁴⁰.

Trudno, więc przecenić znaczenie każdego istotnego źródła informacji mogącego wesprzeć budowanie zasobu wiedzy na temat zapobiegania chorobom układu krążenia. Począwszy od rodziny i innych grup odniesienia, poprzez edukację szkolną i rolę autorytetów w poszczególnych etapach życia człowieka aż do niezwykle efektywnych oddziaływań środków masowej komunikacji²⁴¹.

Przeprowadzona analiza zawartości materiałów prasowych na temat zdrowia w wybranych gazetach czytanych w Krakowie i wybranych gazetach Chicago w latach 1994 i 2004 wykazała, że gazety dość często podejmują na swoich łamach zagadnienia związane z chorobami układu krążenia. Dużo częściej w gazetach z Chicago niż z Krakowa. W obu analizowanych grupach gazet był to temat zajmujący czołowe pozycje w obu badanych latach. Większą popularnością cieszył się jedynie temat problemów organizacyjno-funkcjonalnych ochrony zdrowia i innych (rzadkich chorób).

Co ciekawe, po wyeliminowaniu z listy rankingowej dla roku 2004 wszystkich kategorii niebędących problemami zdrowotnymi, tematyka chorób układu krążenia zajmuje pierwsze miejsce zarówno w Krakowie jak i w Chicago (Tabela 6.).

Zmiany w zainteresowaniu tematyką chorób układu krążenia między rokiem 1994 i 2004 odzwierciedlają spadek zgonów z tej przyczyny w Krakowie (i Polsce). Nie są jednak zgodne z zapotrzebowaniem na wiedzę w społeczeństwie, w którym blisko 48% zgonów powodują choroby układu krążenia. W gazetach amerykańskich zaobserwowano wzrost zainteresowania tematyką chorób serca i naczyń mimo dużo niższego niż w Polsce wskaźnika zgonów, co zgodne jest z priorytetami zapobiegania tym chorobom.

Nie wykazano przesunięcia czasowego w zainteresowaniu tematyką chorób układu krążenia między rokiem 1994 w Chicago i rokiem 2004 w Krakowie.

Analiza szczegółowa publikacji dotyczących chorób układu krążenia wykazała, że najpopularniejszym tematem spośród tej kategorii była profilaktyka pierwotna, i to zarówno w Krakowie jak i w Chicago, stanowiąca ponad połowę publikacji o chorobach układu krążenia. Podobnie jak w przypadku całej kategorii chorób układu krążenia zmiany w zainteresowaniu tematem odzwierciedlają poprawę sytuacji epidemiologicznej w

²⁴⁰ Kardiologia Polska 2005;63:6 (Supl.4)

²⁴¹ Bielecki W., Kaczmarczyk-Chałas K., Piwońska A., Kardiologia Polska 2005, ibidem.

Krakowie i są przeciwne do zmian w sytuacji Illinois w gazetach z Chicago. W przypadku profilaktyki wtórnej odzwierciedlana jest poprawa sytuacji epidemiologicznej w obu regionach.

Kluczowe znaczenie w profilaktyce chorób układu krążenia, a także zapobieganiu chorobom nowotworowym mają czynniki ryzyka i ich eliminacja z codziennego życia każdego człowieka. Badania takie jak INTERHEART wykazały, że palenie papierosów, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, otyłość, dieta, niska aktywność fizyczna spożywanie alkoholu oraz czynniki psychospołeczne ponoszą w sumie w 90% odpowiedzialność za ryzyko wystąpienia zawału serca²⁴².

Udowodniono również, że modyfikacja czynników ryzyka zmniejsza chorobowość i śmiertelność sercowo-naczyniową (np. The HALE Project). Do najważniejszych elementów stylu życia, na które zaleca się zwracać uwagę należą: palenie tytoniu, dieta, aktywności fizyczna i nadwaga²⁴³.

W przeprowadzonej analizie tematyka tych behawioralnych czynników ryzyka w prasie czytanej w Chicago i prasie czytanej w Krakowie w latach 1994 i 2004, nie była tematem popularnym.

W Krakowie, wszystkie czynniki ryzyka łącznie stanowiły 8,2% publikacji o zdrowiu, w Chicago blisko dwukrotnie więcej. Zmiany w zainteresowaniu tą tematyką kształtowały się podobnie jak poprzednie kategorie: w Chicago zainteresowanie wzrosło, wzmacniając walkę z czynnikami ryzyka w populacji, w której u 88% mieszkańców występuje przynajmniej jeden czynnik ryzyka, a w Krakowie zmalało, obrazując nieznaczną poprawę sytuacji epidemiologicznej w tym regionie.

W obu miastach najwięcej uwagi w roku 2004 poświęcono diecie i zdrowemu odżywianiu, a w 1994 paleniu tytoniu.

Dużo więcej o zagrożeniach diety pisano w prasie chicagowskiej, wspierając przez to walkę z panującą w tym regionie powszechnie otyłością (w Stanie Illinois w roku 2003 ok. 66% mężczyzn i 57% kobiet cierpiało na otyłość).

Podobnie jak w poprzednich kategoriach tematycznych- obniżenie zainteresowania dietą w Krakowie odbijało poprawę w zakresie żywienia w tej populacji, a zwiększone zainteresowanie prasy Chicagowskiej odżywianiem obrazuje wspieranie profilaktyki w zakresie walki z otyłością.

²⁴² Piwońska A., Piwoński J., Piotrowski W., i wsp., Realizacja zasad prewencji chorób układu krążenia przez lekarzy poz w populacji generalnej. Wyniki programu WOBASZ, Kardiologia Polska 2005;63(Supl.4).

²⁴³ Europejskie wytyczne o prewencji chorób układu krążenia. Kardiologia Polska 2004; 61:11-192.

Spadek zainteresowania następnym czynnikiem ryzyka, najpopularniejszym w roku 1994, zaobserwowano w obu miastach. Zmiana ta obrazuje także poprawę sytuacji związanej z nałogiem palenia w obu populacjach.

Ostatni z wyróżnionych czynników ryzyka - brak aktywności fizycznej, był najrzadziej poruszany tematem gazet w roku 1994. W obu miastach w roku 2004 jego popularność wzrosła trzykrotnie. Wzrostowi zainteresowania towarzyszy w tym wypadku także poprawa aktywności fizycznej obu populacji. W obu miastach ten element prewencji chorób sercowo-naczyniowych wspierany był, więc w roku 2004 bardzo intensywnie przez prasę.

W analizie dotyczącej wybranych czynników behawioralnych, również nie wykazano podobieństw między rokiem 1994 w Chicago a rokiem 2004 w Krakowie. Nie zaobserwowano, więc sugerowanego w hipotezach badawczych przesunięcia czasowego.

Bardzo zaskakujące wyniki otrzymano w analizie wszystkich publikacji o zdrowiu pod względem najczęściej poruszanej tematyki w odniesieniu do rzeczywistej sytuacji zdrowotnej.

Opracowano lite rankingową najpopularniejszej tematyki pod względem udziału w publikacjach na temat zdrowia dla roku 2004 w Krakowie i w Chicago, a następnie odrzucono wszystkie kategorie niebędące konkretnymi problemami zdrowotnymi (takie jak problemy organizacyjne ochrony zdrowia, prawo medyczne, farmakologie, inne, medycynę naturalną).

Po wyeliminowaniu tych dodatkowych kategorii okazało się, że lista rankingowa w obu miastach wygląda identycznie w pierwszych pięciu punktach.

Te pięć pierwszych pozycji: choroby układu krążenia, choroby nowotworowe, zakaźne, problemy zdrowia psychicznego, i urazy to odbicie najważniejszych problemów zdrowotnych obu populacji, i generalnie populacji krajów rozwiniętych.

Również pozycja 8 (alergia) i 10 (cukrzyca) rankingu wygląda identycznie dla obu grup gazet. Za nieodpowiadające sytuacji epidemiologicznej umiejscowienie problemów na liście rankingowej uznano jedynie daleką pozycję cukrzycy (w obu miastach na pozycji 10) oraz ostatnie miejsce nałogów w prasie Krakowa. Pozostałe kategorie są odzwierciedleniem istotności problemów zdrowotnych charakterystycznych dla populacji wymienionych miast.

Przeprowadzone w ramach tej pracy badania analizy publikacji prasowych na temat zdrowia, pod kątem zagadnień związanych z prewencją chorób układu krążenia, w wybranych gazetach Krakowa i Chicago w roku 1994 i 2004, pozwalają sformułować następujące wnioski:

1. Choroby układu krążenia są najczęściej podejmowanym problemem zdrowotnym na łamach prasy Chicago i Krakowa. W zakresie problematyki związanej ze zdrowiem popularniejsze są tylko problemy organizacyjne zarówno w prasie Chicago jak i w prasie Krakowa, gdzie popularniejsze były też inne (rzadkie choroby).
2. W przypadku profilaktyki pierwotnej zmiany zainteresowania dziennikarzy w Krakowie odzwierciedlają poprawę sytuacji epidemiologicznej (spadek zainteresowania) a w Stanach Zjednoczonych (mimo spadku wskaźników epidemiologicznych) prasa wspiera profilaktyką utrzymując zainteresowanie tematyką na wyższym poziomie niż w roku 1994. W przypadku profilaktyki wtórnej w obu miastach zainteresowanie spadło, co przypisać można wskaźnikom epidemiologicznym.
3. Zmiany w zainteresowaniu tematyką chorób układu krążenia mierzona częstotliwością podejmowania tego tematu w prasie krakowskiej zgodne są z poprawą sytuacji zdrowotnej populacji Krakowian. W prasie Chicago mimo poprawy sytuacji epidemiologicznej zainteresowanie tematyką CHUK rośnie wspierając prewencję tych chorób.
4. W zakresie prewencji chorób układu krążenia prasa w obu miastach zdecydowanie więcej pisze o profilaktyce pierwotnej, niż wtórnej czy samych schorzeniach.
5. W odniesieniu do behawioralnych czynników ryzyka razem: diety, palenia tytoniu i niewystarczającej aktywności fizycznej, obserwowany jest spadek zainteresowania tą tematyką w Krakowie, co zgodne jest z sytuacją epidemiologiczną. W prasie Chicago wzrost zainteresowania (częstotliwości publikacji) wskazuje na konsekwentne wsparcie mediów lokalnych dla prewencji chorób układu krążenia.
6. Najpopularniejszym czynnikiem ryzyka omawianym na łamach prasy w obu miastach w roku 2004 był temat diety, którego dynamika zmian w ciągu 10 lat odzwierciedla poprawę sytuacji żywieniowej, ale nie wzrost problemu otyłości wśród Krakowian i większe wsparcie dla profilaktyki otyłości w Chicago.

7. W obu miastach od roku 1994 do 2004 zmalało zainteresowanie tematem palenia, co zgodne jest z pozytywnymi zmianami w zakresie palenia tytoniu w obu populacjach.
8. Bardzo duży wzrost zainteresowania prasy dotyczył aktywności fizycznej, której udział w publikacjach o zdrowiu wzrósł około 3 krotnie między rokiem 1994 a 2004 w obu miastach. Zmiana ta pokazuje tym razem duże zaangażowanie prasy w wspieranie promocji zwiększenia aktywności fizycznej, która w prawdzie zwiększa się od 1994 roku, ale wciąż daleko jej do zaleceń o profilaktyce CHUK.
9. Prasa chicagowska dużo bardziej aktywnie wspiera prewencję chorób układu krążenia w zakresie zainteresowania tematyką zdrowotną dotyczącą tych chorób, różnych rodzajów profilaktyki i wybranych behawioralnych czynników ryzyka. Można, więc uznać, że spełnia swoją społeczną rolę.
Prasa Krakowska najczęściej odzwierciedla w swym zainteresowaniu zmiany epidemiologiczne pod względem CHUK, co jest niekorzystne ze względu na duże zagrożenie tymi chorobami w populacji Polski. Prasa krakowska jest, więc bardziej zwierciadłem (medialnym a więc nie pełnym) wydarzeń i zmian dotyczących populacji.
10. Zarówno w odniesieniu do tematyki chorób układu krążenia, jak i rodzajów profilaktyki i czynników ryzyka nie zaobserwowano podobieństw, potwierdzających przesunięcie czasowe między rokiem 1994 w Chicago a rokiem 2004 w Krakowie.
11. Dodatkowa analiza materiału badawczego pod kątem różnorodności tematyki zdrowotnej omawianej na łamach prasy w Krakowie i Chicago wykazała bardzo duże podobieństwo w popularności problemów zdrowotnych.
12. Struktura list rankingowych dla roku 2004 opracowana dla obu miast w zakresie samych problemów zdrowotnych jest odzwierciedleniem istotności tych problemów w populacji krajów rozwiniętych i jest identyczna w pierwszych 5 punktach (choroby układu krążenia, choroby nowotworowe, choroby zakaźne, problemy zdrowia psychicznego i urazy). Za niezgodne ze wskaźnikami epidemiologicznymi i z zapotrzebowaniem na wiedzę o zdrowiu, uznano kategorię cukrzycy (czynnika ryzyka), która zajęła dopiero przedostatnią lokatę w obu miastach, oraz ostatnią lokatę nałogów w Krakowie. Można odnaleźć tu teorie o wybiórczym (selektywnym) i nie dokładnym przedstawianiu rzeczywistości w mediach.

13. Spadek zainteresowania (mierzony częstotliwością publikacji) chorobami nowotworowymi (w obu miastach) i nałogami w Krakowie oraz cukrzycą w Chicago uznano za zmiany negatywne. Jest to sprzeczne z wskaźnikami epidemiologicznymi i zapotrzebowaniem na informację o zdrowiu w obu populacjach.
14. Wzrost zainteresowania tematem cukrzycy i problemów stomatologicznych w Krakowie uznano za pozytywny, chociaż ich lokata nadal pozostaje niska.
15. W zakresie problematyki zdrowotnej, innej niż CHUK, prasa w obu miastach śledzi i obrazuje zmiany epidemiologiczne swojego regionu. Nie dotyczy to jednak jednej z najważniejszych przyczyn zgonów, chorób nowotworowych i nałogów w Krakowie i cukrzycy w Stanach Zjednoczonych. Dobór tematyki nie jest, więc dokładnie odzwierciedleniem zapotrzebowania na informacje wynikającego z sytuacji epidemiologicznej Polaków.
16. Nie wykazano podobieństwa między zainteresowaniem problematyką zdrowotną w prasie codziennej w Krakowie w roku 2004 a zainteresowaniem tą problematyką w Chicago w roku 1994. Porównanie rang nie potwierdziło przesunięcia czasowego.
17. Prasa amerykańska może być dobrym przykładem do naśladowania pod względem profilaktyki chorób układu krążenia, chociaż jak pokazują wyniki analizy nie jest wzorem idealnym (spadek zainteresowania cukrzycą).

Przeprowadzona analiza doprowadziła do całkowitego potwierdzenia tylko jednej hipotezy badawczej o zgodności treści publikacji związanych z prewencją CHUK i czynnikami ryzyka na łamach gazet najczęściej czytanych w Krakowie i najczęściej czytanych w Chicago z wytycznymi o profilaktyce przyjętymi przez Amerykańskie i Polskie Towarzystwa Kardiologiczne oraz wytycznymi Polskiego Forum profilaktyki.

Częściowo została potwierdzona ósma hipoteza badawcza. Dobór tematyki dotyczącej problemów zdrowotnych i ich częstotliwość publikowania na łamach prasy lokalnej Krakowa i Chicago w roku 2004 i 1994 częściowo odzwierciedla stan zdrowia populacji i znaczenie poszczególnych problemów zdrowotnych. Wyjątkiem są choroby nowotworowe, nałogi (w prasie Krakowa) i cukrzyca (w Chicago)

Potwierdzona została także druga część pierwszej hipotezy badawczej. Częstotliwość prezentacji tematyki związanej z prewencją CHUK na łamach prasy codziennej Chicago wzrosła zgodnie z hipotezą, ale na łamach prasy Krakowa zmalała w ciągu 10 lat.

Trzecia hipoteza została potwierdzona tylko w ujęciu sumarycznym wszystkich wymienionych czynników ryzyka. Częstotliwość publikacji na ten temat łącznie jest większa w prasie Chicago w porównaniu do prasy Krakowa zarówno w 1994 jak i 2004.

Hipoteza czwarta została tylko częściowo potwierdzona w przypadku odzwierciedlania zmian epidemiologicznych związanych ze zmianami w nasileniu występowania czynników ryzyka w populacji Krakowa (dieta, palenie) i populacji Chicago (palenie).

Brak wyraźnego podobieństwa dotyczącego wskazań roku 2004 w Krakowie i roku 1994 w Chicago, pod względem profilaktyki chorób układu krążenia obalił drugą hipotezę badawczą, zakładającą przesunięcie czasowe w tym zakresie.

Podobnie, brak podobieństw w częstotliwości publikacji na temat czynników ryzyka oraz na temat wymienionych problemów zdrowotnych pomiędzy prasą Krakowa w roku 2004 i prasa Chicago w roku 1994 obalił hipotezę piątą i siódmą.

Bardzo duże podobieństwo priorytetów problemów zdrowotnych, pod względem ich udziału w publikacjach zdrowotnych w roku 2004 w Krakowie i Chicago do epidemiologicznej istotności problematyki, oraz fakt braku rażących błędów rzeczowych w publikacjach o zdrowiu pozytywnie świadczy o poziomie samego dziennikarstwa zajmującego się zdrowiem w tych miastach. Prasa może być dobrym narzędziem wspierającym działania profilaktyczne w zakresie informowania i edukowania populacji. Istnieje potrzeba większego zaangażowania mediów w Krakowie w profilaktykę najważniejszych problemów zdrowotnych populacji: chorób sercowo-naczyniowych oraz profilaktykę chorób nowotworowych. Prasa, powinna nie tylko odzwierciedlać pozytywne zmiany w sytuacji epidemiologicznej, którym wciąż daleko do zaleceń o profilaktyce i standardów ogółouropejskich, ale wspierać realizację priorytetowych zadań Narodowego Programu Zdrowia i wszelkich działań mających na celu eliminację najważniejszych czynników ryzyka rozpowszechnionych w populacji.

Streszczenie:

Choroby układu krążenia są jednym z głównych problemów zdrowotnych współczesnej populacji całego świata. U podstaw działania prewencyjnego tych chorób leży zasada, że wczesne wykrywanie zagrożeń jest o wiele bardziej efektywne niż późniejsza interwencja. Jednym z podstawowych narzędzi profilaktyki jest informacja i edukacja na temat zagrożeń i czynników ryzyka CHUK, wynikających ze stylu życia.

W tym celu wykorzystać można środki masowego przekazu, będące elementem życia współczesnej populacji. Mimo, że era wiary we wszechmoc środków komunikowania masowego dawno minęła, media odgrywają znaczną rolę w procesie przekazywania informacji a także nabywania norm i wartości społecznych, stając się w ten sposób czynnikiem socjalizacji.

Celem pracy jest porównanie częstotliwości i treści publikacji dotyczących tematyki prewencji chorób układu krążenia i wybranych czynników ryzyka na łamach prasy codziennej najczęściej czytanej w Chicago, i prasy codziennej najczęściej czytanej w Krakowie w roku 1994 i 2004 w porównaniu ze zmianami epidemiologicznymi w populacji obu miast. Dodatkowo zostaną zbadane zagadnienia tematyczne związane ze zdrowiem najczęściej podejmowane na łamach badanej prasy. Projekt łączy nurt epidemiologiczny z nurtem zdrowia publicznego i komunikowaniem masowym. Prasa jest tu traktowana jako narzędzie służące promocji zdrowia i propagowaniu zachowań prozdrowotnych.

Material i Metoda:

Badaniem objęto wszystkie wypowiedzi dotyczące zdrowia, opublikowane w wybranych gazetach w Krakowie i w Chicago: w sumie: 921 wypowiedzi z prasy amerykańskiej i 804 wypowiedzi z prasy polskiej w roku 2004, oraz 925 wypowiedzi z prasy Chicago i 477 wypowiedzi z prasy Krakowa z roku 1994.

Do charakterystyki publikacji prasowych została użyta analiza zawartości prasy, służąca do analizy strumieni jawnych informacji emitowanych przez media.

Wyniki:

Przeprowadzona analiza wykazała, że prewencja chorób układu krążenia jest tematem często podejmowanym na łamach prasy (17% w Chicago i 10% w Krakowie w 2004 i 20% w Chicago i 12% w Krakowie w 1994). Tematyka czynników ryzyka stanowiła 15,6 % w Chicago i 8,2% wszystkich publikacji o zdrowiu w Krakowie w 2004. Najpopularniejszym czynnikiem ryzyka była dieta (2004) i palenie (1994).

Prasa chicagowska dużo bardziej aktywnie wspiera prewencję chorób układu krążenia w zakresie zainteresowania tematyką zdrowotną dotyczącą tych chorób, różnych rodzajów profilaktyki i wybranych behawioralnych czynników ryzyka (zmałało jedynie zainteresowanie tematyką palenia tytoniu).

Prasa Krakowska najczęściej odzwierciedla w swym zainteresowaniu zmiany epidemiologiczne, co jest niekorzystne ze względu na duże zagrożenie tymi chorobami w populacji Polski.

Nie zaobserwowano przesunięcia czasowego między rokiem 1994 w Chicago a rokiem 2004 w Krakowie zarówno w odniesieniu do tematyki chorób układu krążenia, jak i rodzajów profilaktyki i czynników ryzyka.

Bardzo duże podobieństwo priorytetów problemów zdrowotnych, pod względem ich udziału w publikacjach zdrowotnych w roku 2004 w Krakowie i Chicago do epidemiologicznej istotności problematyki, oraz fakt braku rażących błędów rzeczowych w publikacjach o zdrowiu pozytywnie świadczy o poziomie samego dziennikarstwa zajmującego się zdrowiem w tych miastach. Prasa może być dobrym narzędziem wspierającym działania profilaktyczne w zakresie informowania i edukowania populacji. Istnieje jednak potrzeba większego zaangażowania mediów w Krakowie w profilaktykę najważniejszych problemów zdrowotnych populacji: chorób sercowo-naczyniowych oraz profilaktykę chorób nowotworowych.

Summary:

The disorders of the cardiovascular system constitute one of the major health problems in the contemporary human population. The principle that early recognition of the risk factors is far more effective than medical intervention lies at the core of preventive activity. The information and education on the lifestyle risk factors of the cardiovascular diseases is one of the main tools of prevention.

The mass media can be used to provide information to a great number of people as it is an indispensable element of contemporary population lifestyle. Despite the fact that the epoch of the unflinching belief in the power of the media has long been over, they still play a significant role in the process of informing and educating as well as adopting norms and social values which make them a factor of socialization.

The aim of this dissertation is to compare the frequency and the content of the publications concerning cardiovascular disease prevention and chosen risk factors in the daily papers most often read in Chicago and the daily papers most often read in Krakow in the years 1994 and 2004. This data is then compared to the epidemiological changes in the population of both cities. Additionally, the topics dealing with health which appeared most frequently in the analyzed papers have been examined. The project addresses the epidemiological and public health as well as mass media communication issues. Press has been treated here as a tool used to promote health and encourage pro-health behavior.

Material and Methods:

All press releases concerning health which were published in the chosen newspapers in Krakow and Chicago have been analyzed. Altogether, 921 American press releases and 804 Polish press releases from 2004 and 925 press releases from Chicago and 477 from Krakow from 1994 have been included in the study. Content analysis has been used in the analysis.

Results:

The performed analysis has revealed that cardiovascular disease prevention is a subject which is often discussed in the daily papers (17% in Chicago and 10% in Krakow in 2004

and 20% in Chicago and 12% in Krakow in 1994). The issues connected with the risk factors constituted 15.6% and 8.2% of all the health publications in Chicago and Krakow in 2004 respectively. Diet (2004) and smoking (1994) appeared to be the most popular risk factors.

Chicago press supports more actively cardiovascular disease prevention as far as health issues concerning these diseases, various types of prevention and chosen behavioral risk factors are taken into consideration (there has been drop in the interest of the topic of smoking

Krakow press reflects most commonly the epidemiological changes, which is unfavorable in view of the still considerable risk of the development of these diseases in Poland.

The time shift between 1994 in Chicago and 2004 in Krakow has not been observed in reference to the subject of circulatory disorders, prevention and risk factors.

The fact that the similarity between the choice of the topic and the epidemiological situation in both cities has been noted and that the errors concerning the subject matter have not been found proves a good level of health journalism in both cities

Press can be a good tool in supporting preventive activities as far as providing information and education is concerned. Nevertheless, there is a need for a greater participation of the mass media in Krakow in the prevention of the main health problems of the population: cardiovascular diseases and cancer.

Aneks

Klucz kategoryzacyjny:

Analiza I: Profilaktyka Chorób Układu Krążenia

	Pierwotna	Choroby	Wtórna	Mieszane	SUMA
2004					
Kraków					
2004					
Chicago					
1994					
Kraków					
1994					
Chicago					

Analiza II: Czynniki Ryzyka Chorób układu Krążenia

	Dieta	Palenia	Aktywność fizyczna	Elementy mieszane	Inne	SUMA
2004						
Kraków						
2004						
Chicago						
1994						
Kraków						
1994						
Chicago						

Analiza III: Tematyka dotyczące zdrowia.

Problematyka	2004 Kraków	2004 Chicago	1994 Kraków	1994 Chicago
--------------	-------------	--------------	-------------	--------------

Choroby Układu

Krążenia

Choroby

Nowotworowe

Urazy i Zatrucia

Choroby Zakaźne

Cukrzyca

Psychiatria/Psychologia

Ginekologia

Alergie

Nałogi (bez palenia)

Stomatologia

Farmacja

Nowa Medycyna

Prawo Medyczne

Problemy

organizacyjne

Medycyna Naturalna

Mieszane

Inne

SUMA

Literatura:

1. Aronson E., Wilson T., Akert R., Psychologia społeczna, Zysk i S-ka, Poznań 1997, s.510-18.
2. Atlas of Heart Disease and Stroke, 2004, WHO.
3. Badania OBP, listopad 1996, OBP, Kraków, 1997.
4. Badania SMG/KRC Poland- Media S.A. na zlecenie PBC, 2003, w „Press” 8/2003.
5. Bayer R., Stuber J., Tobacco Control, Stigma, and Public Health: Rethinking the Resolutions. American Journal of Public Health 2006, 96, 1, s.47-49
6. Berlo D., K., The process of communication, Rinhart, Winston, New York 1965.
7. Berry F., C., A study of Accuracy in Local News Stories of Three Dailies, Journalism Quarterly 44, 1967, s. 982-90.
8. Bielecki W., Kaczmarczyk-Chałas K., Piwońska A., Świadomość zasad zapobiegania chorobom układu krążenia w populacji dorosłych mieszkańców Polski. Kardiologia Polska 2005; 63;6.(Suppl 4).
9. Bik B., Henzel-Korzeniowska A., Przewoźniak L., Szczerbińska K., Wybrane zagadnienia promocji Zdrowia. Szkoła Zdrowia Publicznego CMUJ, Kraków 1996.
10. Bishop G. D., Psychologia Zdrowia, Astrum, Wrocław 2000, s.105.
11. Bojnarowicz J., Zarys stanu zdrowia ludności Polski i jego ewolucja, Warszawa 1994, s. 52.
12. Breslow L. Health Measurement in the Third Era of Health. Am J of Public Health. 2006. vol 96. 1, 17-19.
13. Broda G. Rywik S. Wieloośrodkowe ogólnopolskie badanie stanu zdrowia ludności- projekt WOBASZ. Kardiologia Polska 2005;63:supl.4.
14. Broda G. Rywik S. Wieloośrodkowe ogólnopolskie badanie stanu zdrowia ludności- projekt WOBASZ. Zdefiniowanie problemu oraz cele badania. Kardiologia Polska 2005; 63:6 (supl4).
15. Cai J. Pająk A. Li Y. Shestov D. Davis CE. Rywik S. Total cholesterol and mortality in China, Poland, Russia and the US. Ann Epidemiol. 2004 Jul; 14(6): 399-408.
16. CDC. Adult Participation in Recommended Levels of Physical Activity.
17. Chartbook on Trends in the Health of Americans, CVC, USA 2005.
18. Czarniecka K. (red), Raport o zdrowiu mieszkańców Krakowa, Vesalius, Kraków 1998.
19. Dane Ministerstwa Zdrowia. Stan Zdrowia Ludności Polski 1994.
20. Dane udostępnione przez Institut of Public Health of UIC in Chicago, IL.
21. De Bakey M., Gotto A., The New Living Heart, Media Corp, Holbrook 1997.
22. Definicja WHO z 1948 roku: „ Health is a positive nation and it is physical, mental, and social well-being, not merely the absence of disease and infirmity. ”WHO, Basis Documents. 35th ed. Geneva, Switzerland: WHO; 1957.

23. Dolińska-Zygmunt G. Teoretyczne podstawy refleksji o zdrowiu. *Acta Universitatis Wraislaviensis* No. 1818, Wrocław 1996, s.9-15.
24. Downie R. S., Fyfe C., Tannahill A., *Health Promotion. Models and Values*. Oxford Medical Publication, Oxford, New York, Tokyo, 1993.
25. Drobnik J., Pirogowicz I., Mastelarz-Migas A., *Epidemiologia chorób odtytoniowych w województwie dolnośląskim*. *Przegląd Lekarski* 2005/61/10, s.1089.
26. Drygas W., Ruszkowska J., Mianowany M., Program CINDI WHO jako modelowy program profilaktyki chorób przewlekłych i promocji zdrowia. *Zdrowie i zarządzanie* 2002,4, s.33-37.
27. Drygas W., Skiba A., Bielecki W, i wsp. Ocena aktywności fizycznej mieszkańców 6 krajów europejskich. Projekt Bridging East-West Health Gap. *Medicina Sportiva* 2001;5 (Supl. 2), s.119.
28. Dziennik Ustaw z dnia 29.XII. 1948, Nr 61, Dziennik Urzędowy 1948.
29. EUROASPIRE Study Group. A European Society of Cardiology Survey of secondary prevention of coronary heart disease: Principal results, *European Heart Journal* 1997; 18.
30. Europejskie wytyczne o prewencji chorób układu krążenia. *Kardiologia Polska* 2004; 61: 11-192.
31. Fiske J., Wprowadzenie do badań nad komunikowaniem, Astrum, Wrocław 1999,s.182-96.
32. Fortmann S. F., Taylor C. B., Flora J. A., Effect of community health education on plasma cholesterol levels and diet; The Stanford Five City Project. *American Journal of Epidemiology* 1993, 137.
33. Friedenreich CM. Physical activity and cancer prevention: From observation to intervention research. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention* 2001; 133(11Supl1):3827-3829
34. Gąsior Z., Mandecki T., Szulc A. Choroby serca i naczyń w: Brzozowski R., red., *Vademecum Lekarza Praktyka, PZWL, Warszawa* 2001.
35. Gerstenkorn A., Drygas W., Suwała M., Program CINDI w Polsce- sukcesy i problemy w walce z przewlekłymi chorobami niezakaźnymi, *Medycyna Ogólna* 2003, 7, s.1-5.
36. Goban-Klas T., *Cywilizacja medialna, Wsip, Warszawa* 2005.
37. Goban-Klas T, *Medi i komunikowanie masowe, PWN Warszawa* 2005.
38. Goban-Klas T., *Komunikowanie masowe. Zarys problematyki socjologicznej, OBP, Kraków* 1978.
39. Goban-Klas T., *Public Relations. Promocja Reputacji, Business Press, Warszawa* 2000.
40. Goban-Klas T., *Zarys historii i rozwoju mediów, Akad. Ped., Kraków* 2001.
41. Goodman N. Wstęp do socjologii. Zysk i Ska.,Poznań 1997, s.83-96.
42. Goryński P, Wojtyniak B, Kuszewski K. Monitoring oczekiwanych efektów realizacji NPZ 1996-2005, MZ PZH Warszawa 2005.
43. Grzybowski A. Historia zainteresowań tytoniem i nikotynizmem do połowy XX wieku w Europie. *Przegląd Lekarski* 2005/62/10, s.1213.

44. Haber L. (red), Społeczeństwo informacyjne: wizja czy rzeczywistość. UJ, Kraków 2004.
45. Hardesty P, Trupp RJ. Prevention: the key to reducing cardiovascular disease risk in woman. J Cardiovasc Nurs. 2005 Nov-Dec; 20(6):443-41.
46. HFA-HDB database. WHO Europe. June 2004.
47. Jabłoński L., red., Podstawy epidemiologii ogólnej, epidemiologia chorób zakaźnych, Czelej, Lublin 2002.
48. Jandt F., Intercultural communication, Sage, Thousand Oaks 1995.
49. Januszewicz P. Kluczowe problemy zdrowia publicznego: Otyłość u dzieci i młodzieży, Zdrowie Publiczne 2005;115(1).
50. Jolliffe J. A., Rees K., Taylor R.S, Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease. Cochrane Database Syst Rev, 2000(4),
51. Jonker J. T., De Laet C., Franco O. H., Physical activity and life expectancy with and without diabetes: life table analysis of Framingham Heart Study, Diabetes Care 2006 Jan, 29(1), s.38-43
52. Jung B., Komunikowanie w perspektywie ekonomicznej i społecznej. SGH, Warszawa 2001
53. Kaplan R.M. Two pathways to prevention. American Psychologist 2000, 4 (55), s.382-396.
54. Karski J.B. Organizacja Ośrodka Pomocy Zdrowia, 1994, s.225
55. Katz E., Blumler J., Gurevitch M., On the Use of Mass Media for Important Things, cytuję za: Nęcki Z., Mikułowski-Pomorski J., OBP, ibidem, s.159.
56. Knypl K. Profilaktyka- przeszłość, teraźniejszość i przyszłość. Medycyna Rodzinna 10 (2/2000).
57. Kollbek K. (red), Raport o zdrowiu mieszkańców miasta Krakowa i jego uwarunkowaniach za rok 2004, Urząd Miasta Krakowa, 2005.
58. Krupa-Wojciechowska B., Rynkiewicz A., Nadciśnienie tętnicze w Polsce. Badanie ankietowe, Kardiologia Polska 1995, 42, s.307.
59. Kubicki J., Chowaniec M., Historia palenia tytoniu. Przegląd Lekarski 2005,62,10, s.1226.
60. Kulik T.B., Szymczuk W., Wybrane czynniki zagrożenia zdrowia, studium socjologiczne. Medycyna Rodzinna, 2001, 14, (3-4).
61. Kurhańska-Flisykowska A., Soboczyńska K., Stopa J., Wiesiołowska A., Palenie a przebieg chorób przyzębia,. Przegląd Lekarski 2005, 62,10, s.998-1000.
62. Lalond M. A New Perspective on the Health of Canadiens, Ottawa 1978, s.7
63. Laswell H., D., The structure and functions of communication in society, New York 1948.
64. Larsen I. K. Grotmol T. Almendingen K. Lifestyle as a predictor for colonic neoplasia in symptomatic individuals. BMC Gastroenterol. 2006, 13, 6.
65. Leon A. S., Connett J., Physical activity and 10,5 year mortality in the Multiple Risk Factor

- Intervention Trial, *International Journal of Epidemiology* 1991 Sept. 20(3), s. 690-7.
66. Leowski J., Transformacja epidemiologiczna- nowe wyzwania zdrowia publicznego. *Zdrowie Publiczne* 2000; 110, s.301-6
67. Magnani L. Obesity and diabetes mellitus. *Minerva Gastroenetr. Dietol* 2001, 47 (4): 223-228.
68. Malinowski J., Palenie tytoniu. Wpływ na zdrowie i program walki z nałogi. *Bifolium*, Lublin 2001.
69. Maniecka I., Bryła M., Drygas W., Sytuacja epidemiologiczna chorób układu krążenia w województwie łódzkim na tle sytuacji epidemiologicznej w Polsce na początku XXI wieku. *Przegląd Epidemiologiczny* 2005, 59, s.923-932.
70. Marcisz I., W pogoni za mirażem?, w: Sokołowska M., *Socjologia zdrowia*, PZWL, 1986 s. 14.
71. Mc Quail D., *Mass Communication Theory. An Introduction*, Sage, London 1994, s.150-51
72. Mikułowski Pomorski J., Jak narody porozumiewają się ze sobą w komunikacji międzykulturowej i komunikowaniu medialnym, *universitas*, Kraków 2006.
73. Moynihan R., Bero L., Ross-Degnan D., and all, Coverage by the News Media of the benefits and risks of Medications, *New England Journal of Medicine*, 2000,22.
74. Mrozowski M., *Media masowe. Władza Rozrywka i Biznes*, Aspra, Warszawa 2001.
75. Muszlik M, Marzec A., Bartuzi Z., Edukacja zdrowotna metodą zapobiegania palenia papierosów i picia alkoholu wśród młodzieży szkolnej. *Pielęgniarstwo Polskie* 2005,2,s.225.
76. Narodowy Program Profilaktyki Cholesterolowej, 33, 1999.
77. Narodowy program Zdrowia 1996-2005
78. Naukowe Koło Żywienia Człowieka, *Akademia Medyczna w Gdańsku*
79. Nęcki Z., Mikułowski-Pomorski, *Komunikowanie skuteczne?*, OBP, Kraków 1983, s.180-257.
80. Noack H., Concepts of health and health promotion. W: Abelin T., Brzeziński Z.J., Carstairs U.D.L., *Measurment in Health promotion and Protection*. WHO, European Series, 1987, 22,s.5-28.
81. Nutbeam D., Health promotion glossary. *Health Promotion*, 1986, s. 113-127.
82. O'Keefe M. T., The Mass Media as Sources of Medical Information for Doctors, *Journalism Quarterly* 1970, 47, s.95-100.
83. Okrainec K. Banerjee DK. Eisenberg MJ. Coronary artery disease in the developing world. *American Heart Journal* 2004, 1 (148), s.7-15.
84. Oldridge N., Physical activity in primary and secondary prevention- there is a treatment gap. *European J Cardiovasc Prev Rehab* 2003, 10(5), s.317-318
85. Pająk A, Kawalec E, Lifestyle characteristics and hypertension in middle-aged population of Krakow. *Blood Press Suppl.* 2: 17-21, 2005.

86. Pająk A., Topór-Mądry R., Ocena stanu zdrowia populacji w: Czupryna A., Poździoch S., Ryś A., Włodarczyk W. C., Zdrowie Publiczne, t.1, Vesalius, Kraków 2001, s.50-60.
87. Pająk A., Wolfshaut R., Zwalczenie chorób układu krążenia na poziomie populacyjnym. Zdrowie Publiczne i zarządzanie, tom I. Nr 1/2003, s.36.
88. Pająk A., Pol-MONICA Kraków, Przegląd Lekarski 1996, 53, s.703-846.
89. Pająk A., Zagrożenie chorobami układu krążenia w Polsce i Unii Europejskiej, www.pamietaj o sercu.pl
90. Pate R., Pratt M., Blair S., Physical activity and public health: A recommendation from the Centers for Disease Prevention and American College of Sports Medicine. JAMA 1995;173: 402-7.
91. Pearson T., Wytyczne AHA dotyczące prewencji chorób układu sercowo-naczyniowego i udaru mózgu. Circulation, 2/2002
92. Pearson T., i wsp., Prewencja pierwotna chorób serca i naczyń, w Circulation 2002;6.
93. Pisarek W. w: Materiały z seminarium: Jak pracować z mediami, SZP CM UJ, Kraków 1992.
94. Pisarek W., w: Mądry J., Wstęp do prasoznastwa, UŚ, Katowice 1982, s.12.
95. Piwońska A., Piwoński W., Piotrowski W., i wsp., Realizacja zasad prewencji chorób układu Krążenia przez lekarzy POZ w populacji generalnej. Wyniki badania WOBASZ, Kardiologia Polska 2005; 63 (Supl4).
96. Podolec P., Karch I., Pająk A., i wsp., Epidemiologia i prewencja. Przegląd polskich badań Epidemiologicznych w kardiologii, Kardiologia Polska 2006, 9, 64, s.1031-37.
97. Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2004. Raport o stanie zdrowia mieszkańców Krakowa. Cz.I. Www.krakow.pl
98. Polakowska M., Piotrowski W., Tykarski A., Nałóg palenia tytoniu w populacji polskiej. Wyniki programu WOBASZ. Kardiologia Polska 2005; 63;(supl.4), 6.
99. Polednak AP. Trends in incidence rate for obesity-associated cancers in the U.S. Cancer Detection and Prevention 2003; 27(6): 415-421.
100. Pyorala K., De Becker G., Graham I., Wood D., Prevnetion of coronary heart disease in clinical practice, European Heart Journal 1994,
101. Prevention of Coronary Heart Disease. Report of WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series no. 678, WHO, Genewa 1983.
102. Profilaktyka choroby niedokrwiennej serca. Rekomendacje Komisji Profilaktyki PTK, Kardiologia Polska 2000, 53, Suppl1, s.11.
103. Prewencja choroby wieńcowej w praktyce klinicznej, EAS, ESC, ESH, Liga Zdrowego Serca, Gdańsk 2000.
104. Program for Reduction of Cardiovascular and Cerebrovascular Disease in Ceche Republic, CVD, 2004

105. Przewoźniak L. Udział nauk o zachowaniu w zdrowiu publicznym. w: A. Czupryna, S. Poździej, A. Ryś, C. Włodarczyk, „Zdrowie Publiczne”, Vesalius, Kraków 2001, s.359
106. Puska P. 25 lat zintegrowanej profilaktyki chorób niezakaźnych w Finlandii i Północnej Karelii. w: Postępy prewencji i leczenia chorób niezakaźnych. Łódź 1998.
107. Pusko P. Comprehensive cardiovascular community control programs in Europe. WHO Reports and Study 106.WHO, Kopenhaga, 1988.
108. Raport o czytelnictwie, wg. Top 20 Daily Papers List, ABC FAS-FAX, Mass media communication, 2003 oraz Top Newspapers From Aroud The United States, Amerinews.
109. Raport o stanie zdrowia stanu Illinois 2004, NCHS, 2003.
110. Roberts CK., Barnard RJ., Effects of exercise and diet on chronic disease, Journal Appl. Physiology. 2005, 1, 98, s.3-30.
111. Rosengren A., Dotevall A., Eriksson H., Optimal risk factors in the population: prognosis, prevalence, and secular trends w: European Heart Jurnal 2001,22; s. 136-144.
112. Rudawska I. Zachowania prozdrowotne jako przedmiot działań marketingowych. Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie. Tom II, 2004, 1, s.79.
113. Rywik S., Broda G., Piotrowski W., Epidemiologia chorób układu krążenia. Program Pol-MONICA Warszawa. Kardiologia Polska 1996, Suppl 2, s.7-35.
114. Rywik S., Epidemiologia choroby niedokrwiennej serca i podstawy jej profilaktyki w: Giec L., Choroba niedokrwienna serca. Warszawa 1999.
115. Rywik S., Mikołajczyk W., Korewicki J., Badanie długofalowe populacji Płocka i Sochaczewa dotyczące dynamiki ciśnienia i nadciśnienia tętniczego, Kardiologia Polska 1979, 22, s.383-23.
116. Sajdak S., Witczak K., Sroka Ł., Wpływ palenia na zdrowie ginekologiczne kobiety. Przegląd Lekarski 2005, 62,10, s.1154-62
117. Sapiński W. Rozwój programu zintegrowanej prewencji chorób niezakaźnych w Polsce. w: Postępy profilaktyki i leczenia przewlekłych chorób niezakaźnych. Łódź 1998.
118. Schmitz S.M. Health Promotion, A conceptual perspective. W: Neil S. Wilson PK. Hospital Health promotion. Human Kinetics Book, 1989, s.5-6.
119. Sęk H. Wybrane zagadnienia psychoprofilaktyki w: Sęk H (red) Społeczna psychologia kliniczna, PWN, Warszawa 1993.
120. Shannon C., E., Weaver W., The mathematical theory of communication, UI Press, Urbana 1949.
121. Signorelli N., Morgan M.,Cultivation Analysis, Newbury Park, Sage,CA i London 1990.
122. Skrzypaczek J., red., Popularna Encyklopedia Mass Mediów, Kurpisz, Poznań 1999.
123. Stampfer M. J., Hu F. B., Manson J. E., Primary prevention of coronary heart disease in women

- through diet and lifestyle. *New England Journal of Medicine*, 2000, 343, s. 16-22.
124. Stanford Center for Research in Disease Prevention. SCRDP.
125. Surveillance of risk factors for noncommunicable diseases. The WHO step wise approach, Summary WHO/NHH/CCS/ Genewa 2002.
126. Szostak W.B. Profilaktyka choroby niedokrwiennej serca w codziennej praktyce lekarskiej. *Medycyna po Dyplomie* 2000, 3-4.
127. Tetelowska I., Jana Władysława Dawida pomysł systematycznej analizy zawartości prasy., *Zeszyty Prasoznawcze* 1963, 1-2, str.118-123.
128. Torbus-Lisiecka B., Aktywne palenie tytoniu a ryzyko chorób układu krążenia. *Czynniki Ryzyka* 1994, nr 1, s. 48.
129. Tunstall-Pedoe H, Venuzzo D., Hobbs M., Estimation of contribution of changes in coronary heart disease mortality across the WHO MONICA Project populations, *Lancet* 200,355.
130. Waśkiewicz A. Piotrowski W. Sygnowska E. Rywik S. Czy korzystne tendencje w spożyciu żywności zaobserwowane w latach 1984-2001 przyczyniły się do spadku umieralności spowodowanej chorobami układu krążenia? *Kardiologia Polska* 2006; 64:16-23
131. Wenger N. K., Choroba wieńcowa: główny problem zdrowotny starszych kobiet. *British Medical Journal* 1999, nr 3, s. 48
132. WHO, Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, Geneva 2003.
133. WHO/NIH, Mass media approaches to reducing cardiovascular disease risk, *Public Health Rep.* 1990.
134. Winslow C., E., A untitled field of public health, *Modern medicine*, vol.2, s.183.
135. Włodarczyk C., Paździoch S., *Systemy Zdrowotne*, Wydawnictwo UJ, Kraków 2001.
136. Włodarczyk W. C., *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Vesalius, Łódź-Kraków- Warszawa 1996.
137. Wojtyniak B., Goryński P., *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*. PZH. Warszawa 2003.
138. World Health Organization. An international treaty for tobacco control. 2003.
139. World Health report 2003- Shaping the future, WHO-Geneva 2003.
140. Wójcik K., *Public relations od A do Z*, Placet, Warszawa 2001.
141. Wykrętowicz A. Palenie tytoniu a ryzyko chorób układu sercowo-naczyniowego. *Przegląd Lekarski* 2005, 62, 10, s.1221.
142. Wytyczne Polskiego Forum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia, www.pfp.edu.pl
143. Yusuf S. Hawken S. Ounpuu, and all. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART Study): case-control study. *Lancet* 2004, 364, s.937-52.

144. Zdrojewski T., Bandosz P., Szpakowski P., Rozpowszechnienie głównych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego w Polsce. Wyniki badania NATPOL PLUS, Kardiologia Polska 2004, 61 (Suppl4.), s.1-24.
145. Zalecenia WHO/ISH dotyczące nadciśnienia tętniczego, WHO, ISH 2000.