

EDYTA ZIERKIEWICZ

Uniwersytet Wrocławski, Polska

<https://orcid.org/0000-0003-0312-874X>

Copyright and License: Copyright by Instytut Języka Polskiego PAN, Kraków 2023. This article is published under the terms of the Creative Commons Attribution – NoDerivatives 4.0 International (CC BY- ND 4.0) License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/legalcode.pl>).

RAMY W PRASOWYCH PRZEKAZACH O ZDROWIU W KONTEKŚCIE ICH (NIE)ETYCZNOŚCI

Słowa kluczowe: ramy medialne, zdrowie, etyka komunikacji.

STRESZCZENIE

Współczesne media, zarówno tradycyjne, jak i elektroniczne, obszernie podejmują kwestie zdrowia psychosomatycznego, a także starają się uwypuklić zdrowotne aspekty zagadnień, które mogą, ale nie muszą, być łączone z psychofizycznym dobrostanem. Zdrowie bowiem stało się bardzo atrakcyjnym tematem rozważań. Sposób przedstawiania kwestii zdrowia i choroby ma znaczenie zarówno dla twórców, jak i użytkowników mediów. Ci pierwsi często starają się wpływać na ukształtowanie u odbiorców prozdrowotnych postaw lub zachęcić ich do określonych wyborów konsumpcyjnych, a ci drudzy traktują przekazy o zdrowiu jako źródło podręcznej wiedzy i podpowiedzi dotyczących stylu życia. Naczelną wartością nadawców (dziennikarzy, reklamodawców, edukatorów itp.) jest skuteczność ich oddziaływań, dlatego zdarza się, że przekazy, które kierują do odbiorców zagrażają ich dobrostanowi (np. wzmagają lęk i skłonność do wycofywania się). W tekście przedstawione zostały wyniki badań naukowych, których celem było zidentyfikowanie sposobów ujmowania zdrowia w wybranych polskich mediach drukowanych (ram przekazu) w kontekście ich etyczności, rozumianej jako respektowanie praw odbiorców, umożliwianie im podejmowania przemyślanych i autonomicznych decyzji itp. W zgromadzonym materiale prasowym użyto 14 ram, przy czym najczęściej występowały trzy spośród nich: biomedyczna, indywidualnej odpowiedzialności oraz sprawczości, co znajduje potwierdzenie w wynikach badań innych autorów, a co zinterpretować można jako stałe, ogólnościowe, tendencje mediów do sposobów prezentowania kwestii zdrowia. Dwie pierwsze ramy określić można jako ambiwalentne pod względem etycznym. Zagadnienia zdrowia warto by czasami ramować w sposób alternatywny lub ujmować w kontr-ramach, np. w ramie aktywizmu pacjenckiego czy ramie odpowiedzialności społecznej, po to, aby jednocześnie działać skutecznie (np. przez zachęcenie odbiorców do poznawczego przetwarzania treści) i etycznie.

1. WPROWADZENIE

Współcześnie zdrowie – w różnych jego odsłonach – jest tematem wartym uwagi każdego typu mediów, zarówno tradycyjnych, jak i elektronicznych, informacyjnych oraz rozrywkowych. W Polsce przez długi czas, tj. do przełomu politycznego w 1989 roku, w massmediach problematyka zdrowotna pojawiała się dość sporadycznie. Z jednej strony, prawdopodobnie wynikało to z traktowania zdrowia jako sprawy prywatnej, a nawet intymnej (nieważne czy chodziło o profilaktykę i higienę ciała czy o choroby i ich leczenie), a z drugiej dostęp do wiedzy medycznej był „reglamentowany” i podlegał ścisłej kontroli przedstawicieli medycyny oraz polityków (Karniej 2013, 26; Greenberg 2022). Nie znaczy to, że laicy nie mieli dostępu do informacji o zdrowiu, ani że docierały do nich wyłącznie potoczne przekazy (Małek 2019). Dostarczaniem podstawowej wiedzy zdrowotnej społeczeństwu w XIX i na początku XX wieku zajmowali się wydawcy poradników i prasy oraz współpracujący z nimi lekarze, higieniści, publicyści, dietetyczki, a także producenci, reklamujący swoje, czasami szkodliwe dla zdrowia, produkty (np. cukier; por. Zakrzewska 2020). Szczególna rola w tym względzie przypadła czasopismom kobiecym (zob. np. Dormus 2006; Fleming 2008; Łozowska-Marcinkowska 2010), które „uświadamiały czytelniczkom, że higieniczne życie jest warunkiem zdrowia całej rodziny” (Chwastyk-Kowalczyk 2003, 146). Funkcja informacyjno-edukacyjna prasy kobiecej nadal jest realizowana, jednak od końca XX wieku, tj. od czasów wdrożenia w Polsce populacyjnych programów przesiewowych w zakresie różnych schorzeń, dużego znaczenia nabrała funkcja perswazyjna – czasopisma zaczęły nakłaniać czytelników i czytelniczki do podejmowania określonych działań prozdrowotnych, a zwłaszcza do udziału w badaniach w kierunku wczesnego wykrywania chorób. Zmiana w obszarze publicznego „donoszenia” o zdrowiu, która nastąpiła na przełomie XX i XXI wieku, budziła duży niepokój wśród specjalistów (zob. np. Pieńkowski 2010), ponieważ media coraz śmieiej wkraczały w świat medycyny. Wcześniej, tj. w czasach odgórnie regulowanej podaży, to decydenci i lekarze wykorzystywali środki masowego przekazu dla swoich celów, teraz, w czasach postępującej komercjalizacji, zakwestionowana została zasadność ich uprzywilejowanej pozycji. Wydaje się jednak, że obawy te były na wyrost, jeśli chodzi o massmedia (zwłaszcza dużą część rynku prasowego), ale już nie w odniesieniu do Internetu, który stał się głównym źródłem wiedzy o zdrowiu dla Polek i Polaków (zob. np. Wieczorkowska 2015; Siuda i Pluta 2020). Aby unaocznic ogrom przemian, jakie zaszły w ostatnich dekadach, warto wspomnieć, że w latach 70. XX wieku zakładano, że autoedukacja zdrowotna realizowana przez nastolatki i młodych dorosłych przy użyciu gazet i periodyków, pozwoli im opanować podstawowe wiadomości o ludzkim organizmie, nauczy ich samodzielnego korzystania z usług medycznych (przynajmniej z pomocy szkolnego lekarza i dentysty), praktykowania higieny i ćwiczeń ciała, zapewni umiejętności planowania rozkładu dnia, w którym będzie miejsce na odpoczynek, wykształci empatię, by dostrzegać „cudze zdrowie, choroby i kalectwo” oraz „spieszyć na ratunek”, a także wskaże związki między własnym zdrowiem a zdrowiem publicznym (Demel 1980, 188). Obecnie natomiast – jak wynika z potocznych obserwacji oraz z psychologicznej praktyki

klinicznej – ludzie potrafią się już sami „zdiagnozować” (a nawet przeprowadzić coś na kształt diagnozy różnicowej), znaleźć potrzebne im dane na temat rzadkich chorób genetycznych, odróżniać substancje czynne w lekach psychotropowych od ich nazw handlowych itp. W związku ze wzrostem społecznej wiedzy na tematy medyczne podważone zostało dominujące niegdyś założenie, że źródłem społecznych nieporozumień wokół nauki jest ignorancja przeciętnych ludzi oraz wynikająca z niego konkluzja, że osoby dorosłe odpowiednio „wyedukowane” przez massmedia będą potrafiły rozsądnie (tj. tak jak naukowcy) odnosić się do różnych, nawet skomplikowanych, zagadnień. Sądzono, że jeśli odbiorcy przekazów podważają głos ekspertów lub nie stosują się do ich zaleceń, to znaczy, że hołdują irracjonalnym przeświadczeniom lub że winne są media, niepotrafiące transmitować „faktów, które przecież mówią same za siebie” (Nisbet 2010, 42). Dzisiaj słuszność przyznaje się innemu przekonaniu, wskazującemu, że to naukowcy ignorowali własne słabości w obszarze komunikacji masowej, a to one stanowiły rzeczywistą przyczynę nieporozumień lub że nie dostrzegali istnienia uzasadnionych powodów „oporu” wobec ich racji ze strony odbiorców. Naukowcy, podobnie jak dziennikarze, powinni więc nauczyć się ujmowania (ang. *framing*) swoich przekazów tak, aby docierać do adresatów (Nisbet 2010, 43).

Masowe media, w tym te drukowane, zmuszone zostały do wprowadzenia modyfikacji w obszarze swojej komunikacji zdrowotnej z odbiorcami. Wcześniej kluczowe pytanie wydawców brzmiało: „co przekazywać?” (tu: co można lub co wolno przekazać?), teraz – gdy w zasadzie nie ma już politycznych i środowiskowych ograniczeń – koncentrują się oni raczej na tym, „jak przekazywać?” informacje zdrowotne. Warto w tym miejscu zauważyć, że obecnie jedna z odpowiedzi na pytanie „w jaki sposób przekazywać (dowolne) treści?” brzmi „najlepiej z perspektywy zdrowotnej” (ang. *health frame*), ponieważ przyciąga ona odbiorców. I tak właśnie często są prezentowane zagadnienia, które mogą, ale niekoniecznie muszą, łączyć się ze zdrowiem, np. dieta, pandemia COVID-19, menstruacja (np. Bobel i Fahs 2020), zmiany klimatyczne (np. Weathers i Kendall 2016), chociaż inne ich ujęcia także są atrakcyjne dla masowych mediów, np. dieta może być prezentowana jako kwestia wyglądu lub własnej skuteczności (Reynolds i LoRusso 2016), a koronawirus jako problem rynku pracy, relacji interpersonalnych, czasu wolnego (Dąbrowska-Cendrowska i Gajlewicz-Korab 2021, 2022) lub czynnik społeczno-polityczny (Wrześniewska-Pietrzak i Kołodziejczak 2022).

Celem niniejszego artykułu jest omówienie kwestii ramowania kwestii zdrowotnych w przekazach medialnych oraz analiza zidentyfikowanych sposobów ujmowania zdrowia w wybranych polskich mediach drukowanych, w szczególności w kontekście ich etyczności.

2. SPOSOBY UJMOWANIA (IN. RAMY) ZDROWIA W PRZEKAZACH MEDIALNYCH

Zagadnienie ujmowania kwestii zdrowotnych w mediach jest przedmiotem badań naukowych od zaledwie kilku dekad (Vliegenthart i van Zoonen 2011; Major i Meihaus Jankowski 2020), mimo że dziennikarze, chcąc na przykład opisać pewne schorzenie,

namówić odbiorców do udania się do lekarza lub zarekomendować określoną aktywność prozdrowotną, zawsze musieli podejmować decyzje, w jaki sposób to zrobić, tzn. jakich sformułowań użyć, z jakich danych skorzystać, kogo zacytować itp. Do osiągnięcia swojego celu wcale nie potrzebowali znać pojęcia ramy (ang. *frame*), ani rozumieć procesu ramowania (ang. *framing*), z pewnością jednak ta stosunkowo nowa koncepcja byłaby dla nich bardzo użyteczna.

Ogólnie można stwierdzić, że komunikowanie się zawsze wymaga zastosowania ram, choć zwykle nie jesteśmy świadomi tego, że je wykorzystujemy – te z nich, które są w powszechnym społecznym użyciu wydają się tak oczywiste, że aż przezroczyście. Z kolei ujęcia danego zagadnienia, które są przeciwstawne do „obowiązujących” sprawiają wrażenie nienaturalnych lub niepożądanych. Inny przypadek dotyczy ich nieadekwatności w odniesieniu do wybranej grupy społecznej, np. dominujące strategie ukazywania raka piersi promują jego wizerunek jako „choroby białych kobiet”, a to prowadzi do lekceważenia tego schorzenia przez przedstawicielki innych grup etniczno-rasowych, np. Afroamerykanki, które mimo że rzadziej chorują, to częściej z jego powodu umierają (Barg i Grier 2008). Doświadczenie przez odbiorców poczucia naturalności lub nienaturalności ujęcia tematu wynika z częstotliwości używania go w ich środowisku komunikacyjnym, natomiast to, co odbiorcy rozumieją i jaką wagę przywiążą do docierających do nich treści będzie się wiązało m.in. z ich wartościami, potrzebami, stylami poznawczymi i ramami psychologicznymi (rozumianymi tu jako „reprezentacje poznawcze w umysłach użytkowników mediów”; Giles i Shaw 2009, 380).

Ramy pomagają nam wyrazić czy zrozumieć, „co się dzieje?” (Goffman 2010) lub nadać „sens własnym doświadczeniom poprzez kategoryzowanie, organizowanie i interpretowanie nowych informacji” (Dan i Raupp 2018, 205). „Fakty bowiem nie mówią same za siebie; zyskują znaczenie, gdy zostają osadzone w narracji” (Figureux i Van Gorp 2020, 239) – umiejętne ich zastosowanie pozwala zwiększyć skuteczność przekazu. Przeciw-ramy natomiast pozwalają ukazać powszechnie „zrozumiałe” zagadnienie w nowy, zaskakujący, a przez to zmuszający do powtórnego przemyślenia go sposób, co może prowadzić do zwiększenia społecznej akceptacji dla dotychczas negatywnie ocenianych schorzeń, np. demencji (Van Gorp i Vercruyse 2012). Przykładem uramowania i przeciw-ramowania zjawiska „społeczno-medycznego” mogą być dwa różne podejścia do terminacji ciąży, nazywane stanowiskami *pro-life* i *pro-choice* (por. np. Ball-Rokeach i in. 1990).

Zgodnie z jedną z definicji, ramy to społecznie rozpowszechnione i dość trwałe zasady, które w symboliczny sposób porządkują otaczający świat, poprzez nadanie mu zrozumiałej struktury (za: Figureux i Van Gorp 2020, 239). Na każde zagadnienie można spojrzeć z co najmniej kilku punktów widzenia, co nie oznacza, że wszystkie są w takim samym stopniu akceptowalne przez nadawców i/lub odbiorców komunikatów czy równie dla nich atrakcyjne. Na „wartość” danej ramy, bez względu na to, czy została użyta świadomie czy nie, oddziałuje m.in. jej familiarność (tj. rozpowszechnienie) oraz cel przekazu. „Wybór” ramy pozwala nadawcy: (a) wskazać zagadnienie, będące przedmiotem komunikacji (czy zasugerować co jest problemem); (b) naświetlić uwarunkowania tego

zagadnienia (in. podać przyczyny problemu); (c) dokonać jego oceny moralnej (i przypisać komuś/czemuś odpowiedzialność za wystąpienie problemu); (d) zasugerować, co należy w odniesieniu do niego zrobić (in. zalecić rozwiązania) (Entman 1993, 52). W związku z tym wybór ramy może mieć charakter strategiczny, zwłaszcza jeśli intencją nadawcy, odpowiednio ramującego swój przekaz, jest wywarcie określonego wpływu na odbiorcę – co zachodzi np. dzięki położeniu nacisku na konsekwencje pozytywne (w przypadku zastosowania się do sugerowanego rozwiązania problemu) lub negatywne (w przypadku, gdy wskazówki zostaną odrzucone) (Salovey i Wegener 2003).

Nie istnieją ramy opisujące tylko jedno konkretne zagadnienie; mają one raczej charakter ogólny, tzn. „każda kwestia może być sformułowana na różne sposoby i każda rama może być wykorzystana do nadania znaczenia różnym kwestiom” (Figoureaux i Van Gorp 2020, 239), ale niektórzy autorzy wyróżniają ramy typowe tylko dla jednego zagadnienia (np. wspomniane już *pro-life* i *pro-choice*; Dan i Raupp 2018, 205). W przekazie medialnym, także w odniesieniu do przedstawiania problematyki zdrowotnej, w częstym użyciu występują: ramy zysku i straty, rama spraw ogólnoludzkich, rama konsekwencji ekonomicznych, rama osobistej odpowiedzialności, rama moralności, ramy tematyczna i epizodyczna, rama konfliktu (np. Major i Meihaus Jankowski 2020; Ogbodo i in. 2020; Dan i Raupp 2018). Uramować można nie tylko mniej lub bardziej abstrakcyjne zagadnienia, ale także wizerunki osób, np. jako ofiar, bohaterów, dewiantów (np. Soffer 2022; Dan 2018).

Badacze medialnej komunikacji zdrowotnej identyfikują ramy, aby odkryć intencje nadawców lub np. trendy kulturowe charakterystyczne dla wybranego okresu (Figoureaux i Van Gorp 2020, 239), ale mogą je też potraktować jak „narzędzie ułatwiające krytyczne odczytanie informacji”, dotyczących danego schorzenia, np. raka (Murray i in. 2022). Bez względu na to, jaki jest zamysł odbiorców lub cel badaczy, w rozpoznawaniu ram istotne jest zwrócenie uwagi zarówno na, wymienione wyżej za Entmanem, środki argumentowania, jak i środki ramowania, tj. metafory, opisy, przykłady, charakterystyczne słowa/frazy, zdjęcia/ilustracje (np. Dan 2018, 15; Van Gorp 2005). W wybranej jako przykładowa analizie rak przedstawiony został z dziewięciu perspektyw, wyróżnionych na podstawie jednego środka argumentacji (definicji problemu) i jednego środka ramowania (słów kluczowych) (Murray i in. 2022).

Wymienione w tabeli nr 1 ramy nie są, jak wspominałam wyżej, jedynymi sposobami ujęcia problematyki zdrowotnej (tu: raka), ale z pewnością obejmują one dominujące punkty widzenia – od najbardziej ogólnego (skoncentrowanego na populacji) do konkretnego czy jednostkowego (akcentującego doświadczenia osobiste), od najbardziej metafizycznego (rama alternatywna) do najbardziej przyziemnego czy materialnego (rama środowiskowa) itd. Niektórzy badacze dostrzegli, że przekazy dotyczące zdrowia zwykle są przedstawiane w mediach w dość przewidywalny, powtarzający się, sposób (Major i Meihaus Jankowski 2020; Dan i Raupp 2018), a przy tym zorientowany na osiągnięcie, stojących ze sobą w sprzeczności, celów – komercyjnych (generowanie profitu dla wydawców i reklamodawców) oraz niekomercyjnych (edukowanie społeczeństwa, zachęcanie osób z tzw. grup ryzyka do badań przesiewowych)

(Geise i Coleman 2016, 186). W komunikacji medialnej, w szczególności tej o charakterze perswazyjnym, nacisk kładziony jest na jej skuteczność, a więc na strategiczny dobór ram, które pozwalają osiągać to, co zamierzono. Aspekt etyczny „procesu mediatyzowania zdrowia” dość długo nie wzbudzał większego zainteresowania u nadawców, prawdopodobnie dlatego, że podjęcie decyzji o przestrzeganiu tego rodzaju standardów pociągałoby za sobą konieczność zwiększenia wysiłku i wprowadzenia samoograniczeń (swoistej autocenzury) na różnych poziomach tworzenia przekazu. Za istotniejsze uważano przestrzeganie zasad medialnej komunikacji zdrowotnej, tj. standardów dokładności, użyteczności, kompletności przekazu (Myrick 2020, 309). Wydaje się jednak, że nie można już unikać namysłu etycznego nad publiczną komunikacją zdrowotną, który coraz częściej wymuszany jest zmianami zachodzącymi w obszarze funkcjonowania i recepcji mediów (Nisbet 2016), w tym interaktywnością komunikacji oraz oczekiwaniami odbiorców co do bycia traktowanymi z szacunkiem i w zróżnicowany, wrażliwy kulturowo sposób, a także „etycznym zwrotem”, który zaszedł w naukowych badaniach m.in. nad zdrowiem publicznym (np. Taylor 2019). Podejmowane są – na razie stosunkowo nieliczne – rozważania i analizy dotyczące etyczności ramowania (np. Wehrens i in. 2021), a raczej wątpliwych pod względem etycznym ram oraz nieintencjonalnych negatywnych skutków przekazów medialnych (np. Geise i Coleman, 2016; MacQuillin i in. 2022).

Tabela 1
Klasyfikacja ram raka

Lp.	Rama	Definicja problemu – rak to	Słowa kluczowe
1.	Biomedyczna	Zjawisko biologiczne, obiekt badań naukowych i interwencji medycznych	Genetyka, gen, mutacje, anatomia, komórki, guz, narząd, wzrost, chemioterapia, leki, terapia
2.	Epidemiologiczna	Populacyjny problem zdrowotny, opisywany pojęciami statystycznymi	Ryzyko, przeżycie, rokowanie, częstość występowania, badania przesiewowe
3.	Środowiskowa	Zjawisko uwarunkowane (szkodliwymi) czynnikami środowiskowymi, a związane z ekspozycją na nie lub ze stylem życia	Przyczyna, zapobieganie, palenie, alkohol, dieta, zanieczyszczenie, promieniowanie, toksyczność
4.	Osobista	Problem osobisty i psychologiczny, ujmowany z perspektywy osoby chorej lub jej rodziny czy przyjaciół	Ja, rodzina, smutek, ból, niepokój, strata, wyrzuty sumienia
5.	Spółeczno-polityczna	Problem społeczny, polityczny, kulturowy, posiadający aspekty edukacyjne i etyczne	Nierówności zdrowotne, piętno, płeć, rasa, uprzedzenia, odpowiedzialność, kampania społeczna
6.	Ekonomiczna	Problem finansowy, zbieranie środków, finansowanie badań i biznes	Koszt, finanse, przemysł, firma

Tabela 1 cd.

7.	Alternatywna	Przypadek nadprzyrodzony (w kategoriach New Age), anty-establishment, pseudonauka	Energia, leczenie, moc, wibracje, szczęście, dieta paleo, zioła
8.	Antagonistyczna	Przeciwnik lub wyzwanie	Walka, bitwa, zabić, wygrywać, przegrywać, wróg, intruz, agresor
9.	Symboliczna	Coś bardzo złego (odniesienia metaforyczne)	Zaraźliwy, zły, inwazyjny, rozprzestrzeniający się

Źródło: Murray i in. 2022, 1920.

Zdaniem Stephanie Geise i Renity Coleman (2016), w szczególności dwie ramy uznać można za potencjalnie bardzo nieetyczne: ramę indywidualnej odpowiedzialności oraz ramę negatywnych emocji. Pierwsza z nich jest szeroko rozpowszechniona w medialnych przekazach dotyczących zdrowia, w tym m.in. kwestii otyłości, raka czy chorób psychicznych (np. Temmann i in. 2021), i, szerzej, w kulturze neoliberalizmu. Teksty, w których zostaje ona użyta wskazują na to, kto lub co jest winne wystąpienia problemu zdrowotnego i, rzadziej, kto lub jak powinien go rozwiązać. Odbiorcy doniesień na temat otyłości, zachęceni przez ramy do tego – jak to ujął Entman – by czuć, myśleć i decydować w określony sposób, mogą dojść do wniosku, że posiadana nadwaga jest rezultatem ich niefrasobliwego postępowania, a nie mogąc zrzucić nadmiarowych kilogramów, zaczynają sami siebie oskarżać, wpadają w przygnębienie, izolują się społecznie (Temannn i in. 2021), odczuwają wstyd, ponieważ nie są w stanie wdrożyć rekomendowanych działań (Peinado i in. 2020). Osoby z ich otoczenia, które w podobny sposób postrzegają kwestię nadwagi, oczekują, że „wreszcie wezmą się za siebie” i schudną lub piętnują ich i odrzucają. Nie zawsze jednak otyłość czy inna choroba powstaje lub wchodzi w stadium zaawansowane w wyniku zaniedbania albo ignorowania objawów przez chorego, czasami „odpowiedzialne” za to są czynniki genetyczne lub środowiskowe – ale dla otoczenia społecznego może to nie mieć żadnego znaczenia. Rozpowszechnienie się ramy indywidualnej odpowiedzialności współgra ze zidentyfikowanym w amerykańskiej kulturze, już w latach 60. XX wieku, zjawiskiem „oskarżania ofiary” (ang. *victim blaming*), uniemożliwiającym rzeczywiste i skuteczne porządzenie sobie przez napiętnowane osoby z ich problemami czy chorobami, które są uwarunkowane nierównościami społecznymi (np. Crawford 1977; Peinado i in. 2020). Dość rzadko w przekazach zdrowotnych wykorzystywana jest inna, bardziej etyczna, wersja tej ramy: rama społecznej odpowiedzialności, która wskazuje, że „winnym” jest np. dodawany do każdej potrawy cukier lub tłuszcze nienasycone (np. Temmann i in. 2021) – w takim wypadku krytyka osoby otyłej, odżywiającej się niezdrowo z powodu doświadczanego ubóstwa, staje się zupełnie nieuzasadniona; adekwatnym rozwiązaniem byłoby np. wprowadzenie przez instytucje rządowe regulacji co do składu żywności i egzekwowanie ich od jej producentów (Moerschel i in. 2022). Dowiedziono, że rama

indywidualnej odpowiedzialności narzuca przekonania o konieczności samodzielnego radzenia sobie przez jednostkę z danym problemem, nawet takim, który ma wymiar globalny (jak ocieplenie klimatu; np. Robbins 2020), lub znajduje się poza jej kontrolą (np. dotyczy to „ofiar” przemocy domowej lub molestowania seksualnego; Berns 2004; McCartan i in. 2015), a przy tym zniechęca do szukania rozwiązań w obszarze polityki społecznej (np. do wprowadzenia „podatku od cukru”; por. Williams i in. 2022), choć tylko tak można je wyeliminować (Temmann i in. 2021). Dostrzeganie możliwości rozwiązania danego problemu jedynie w sferze osobistej danej jednostki i nierozpoznawanie szerszego kontekstu jego występowania wynika również z ukazywania go w wąskiej perspektywie indywidualnego doświadczenia (tu: w ramie epizodycznej; np. Iyengar 1990; Major i Meihaus Jankowski 2020).

Drugi uznany przez Geise i Coleman (2016) za nieetyczny sposób ujmowania kwestii zdrowia, pojawiający się bardzo często w przekazach medialnych, akcentuje potencjalne koszty (włącznie ze śmiercią) z powodu zaniechania podjęcia przez odbiorcę sugerowanego działania, co wzbudza u niego lęk, poczucie winy, wstyd itp. Rama negatywnych emocji czasami porównywana jest do ramy strat, która wykorzystywana jest wtedy, gdy nadawcy, informując odbiorców odnośnie do istnienia określonego zagrożenia zdrowotnego, celowo wywołują u nich emocjonalny dyskomfort, ponieważ zakładają, że taki komunikat zostanie zauważony, lepiej zapamiętany i szybciej skłoni do zmiany niepożądanego zachowania (Salovey i Wegener 2003). Dowiedziono, że emocje oddziałują na sposób odbierania i przetwarzania informacji przez ludzi oraz dokonywania przez nich wyborów (m.in. dotyczących zachowań zdrowotnych); jednocześnie zidentyfikowano określone emocjonalne reakcje odbiorców na przekazy (m.in. smutek, złość, lęk, poczucie winy) na treści ujęte w ramie straty (Major 2011), która zwykle stosowana jest, gdy nakłania się ich do poddania się diagnozie lub do udziału w programach populacyjnych (Major i Coleman 2012). Wyniki wielu badań dotyczących oddziaływania ramy negatywnych emocji przekonują, że jest ona dość skuteczna, w sensie zapadania ludziom w pamięć i podnoszenia świadomości ryzyka, co może się przyczyniać do ukształtowania u nich pożądanego przekonania i postaw zdrowotnych. Z drugiej strony jednak, osoby z grup, które są głównymi adresatami tak ujętych przekazów (np. osoby otyłe) reagują wyparciem, złością, zniechęceniem, bezradnością, unikaniem i poczuciem bycia stygmatyzowanymi i obwinianymi (ang. *victim blaming*), a zatem w kluczowym swoim aspekcie jest ona przeciwnie skuteczna (Peinado i in. 2020), a także nieetyczna. Niektórzy badacze odróżniają ramę (negatywnych emocji) od (emocjonalnego) „dowodu”, tj. kluczowego argumentu w przekazie (Major i Coleman 2012). Odwołania do emocjonalnego dowodu, pojawiające się w prasowych narracjach (np. w opowieściach indywidualnych pacjentów o ich doświadczeniu choroby), w małym stopniu wymagają wysiłku poznawczego (a więc inaczej niż w przypadku „dowodu statystycznego”), ponieważ przede wszystkim przetwarzane są afektywnie (Major i Coleman 2012) – co również można uznać za wątpliwe pod względem etycznym. Jeśli bowiem nadawcy celowo ukierunkowują odbiorców na „przeżywanie treści”, a nie na ich przemyślenie, to ich działania bliższe są perswazji, manipulacji czy przymusowi, nie zaś informacji lub rekomendacji (por. Oxman i in. 2022). Według badaczy etyki perswazji, informacja

jest tym rodzajem komunikatu, który – np. w przeciwieństwie do manipulacji – respektuje autonomię i wolny wybór jednostki, bazuje na uczciwości i przejrzystości, przedstawia argumenty za oraz przeciw danemu działaniu, nie „oskarża ofiar”, nie stara się wpływać na podświadomość czy uczuciowość odbiorcy. „Dostarczanie informacji, mających na celu wzbudzenie lęku lub takich emocji, jak poczucie winy lub poczucie bycia ponaglanym, również może być manipulacją” (Oxman i in. 2022). Nadawcy przekazów zdrowotnych, ukierunkowani na formowanie określonych postaw społecznych, chętnie jednak korzystają z – często niesłusznie – uznanych za skuteczne strategii manipulacji i nacisku (np. wzbudzania niepokoju, choć jednoznacznie ustalano, że ekspozycja na lęk przyczynia się do unikania myślenia i rozmów o zagrożeniach zdrowotnych; np. Geise i Coleman 2016; Catalan-Matamoros 2011). Warto w tym miejscu zauważyć, że skuteczność publicznej komunikacji zdrowotnej jest szacowana bardzo skromnie – np. kampanie promocji zdrowia uznawane są za udane lub skuteczne, jeśli choćby 5 procent ich adresatów przyswoi sobie na dłużej zalecane zachowania zdrowotne (Catalan-Matamoros 2011, 400).

Podsumowując powyższe rozważania, można próbować wskazać różnice między skutecznym a etycznym ujmowaniem kwestii zdrowotnych w przekazie medialnym (Tab. 2).

Tabela 2

Porównanie skutecznych i etycznych sposobów ujmowania kwestii zdrowia w mediach

Porównywana kategoria analityczna	Ramy przekazów zdrowotnych	
	zorientowane na skuteczność przekazu (in. perswazyjne)	zorientowane na etyczność przekazu (oparte na rzetelnym i uczciwym informowaniu)
Typ ramy	R. indywidualnej odpowiedzialności R. epizodyczna R. negatywnych emocji (odwołująca się do „dowodu emocjonalnego”)	R. społecznej odpowiedzialności R. tematyczna Odwoływanie się do „dowodu statystycznego” wymagającego refleksji i krytycznego myślenia
Cel użycia ramy	Wpływanie na odbiorców, nakłonienie ich do podjęcia określonych działań	Uświadomienie odbiorcom istnienia zagadnienia, ukazanie jego szerokiego kontekstu i złożonych uwarunkowań
Częstość występowania ramy w mediach	W powszechnym użyciu (np. „oczywistość” ramy indywidualnej odpowiedzialności ściśle koresponduje z wartościami kultury Zachodu, a ramy epizodycznej z popkulturą)	Mniej rozpowszechnione (m.in. z powodu wzrostu popularności używania elementów rozrywkowych w przekazach politycznych i publicystycznych [ang. <i>infotainment</i>])
Domyślne przekonania dotyczące odbiorców	– Wymagający pokierowania, sterowania; – Niedoinformowani, niedouczeni; – Niewymagający pod względem poznawczym, przetwarzający afektywnie.	– Podejmujący samodzielne decyzje; – Autonomiczni, świadomi; – Preferujący przetwarzanie poznawcze.

Źródło: opracowanie własne.

3. METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH

Celem projektu empirycznego było zidentyfikowanie ram występujących w artykułach prasowych dotyczących problematyki zdrowotnej oraz rozpoznanie ich „etycznego potencjału”. W badaniach poszukiwano odpowiedzi na trzy pytania badawcze: Czego można się dowiedzieć o zdrowiu z mediów drukowanych?; W jaki sposób media drukowane ujmują (in. ramują) zagadnienia dotyczące zdrowia?; Czy ramy występujące w prasowych przekazach zdrowotnych uznać można za etyczne?

Na próbę badawczą składają się dobrane celowo artykuły, które opublikowane zostały w trzech dziennikach (*Fakt*, *Gazeta Wyborcza*, *Rzeczpospolita*), czterech tygodnikach polityczno-społecznych (*Angora*, *Newsweek*, *Przegląd*, *Tygodnik Powszechny*) i pięciu czasopismach kobiecych (*Claudia*, *Pani*, *Przyjaciółka*, *Tina*, *Zwierciadło*). Materiał badawczy gromadzony był w okresie od 21 do 26 listopada 2022 roku. Okres, w którym gromadzono przekazy drukowane nie został wybrany z jakiegoś konkretnego powodu, natomiast decyzja o dobraniu takich, a nie innych, tytułów prasowych wynikała ze sprawdzenia czy w gazecie/piśmie opublikowany został choć jeden tekst dotyczący problematyki zdrowotnej.

Do badań wybrane zostały artykuły, które w tytule i/lub lidzie informowały, że dotyczą zdrowia (ewentualnie jego braku, tj. jakiejś choroby), lub też opublikowane zostały w dziale poświęconym tej kwestii. W analizach nie uwzględniono reklam (ani komercyjnych, ani społecznych). W sumie wyselekcjonowano 70 tekstów, które łącznie zajmują 102 strony (przy tym zaznaczyć trzeba, że format wydawnictw był różny) (Tab. 3).

Tabela 3
Informacje ilościowe o analizowanych materiałach prasowych

Lp.	Tytuł pisma	Dział, w którym zamieszczony został tekst wybrany do analizy	Liczba tekstów	Objętość tekstów
Dzienniki				
1	<i>Fakt</i> (6 numerów)	–	3	3 strony
2	<i>Gazeta Wyborcza</i> (6)	Tylko zdrowie: Poradnik Świadomy pacjent (dodatek)	21	29 stron
3	<i>Rzeczpospolita</i> (6)	Rzecz o zdrowiu	8	7 stron
Tygodniki społeczno-polityczne				
4	<i>Angora</i>	Społeczeństwo Obyczaje	5	6 stron
5	<i>Newsweek</i>	Społeczeństwo Psychologia	3	11 stron
6	<i>Przegląd</i>	Zdrowie	1	2 strony
7	<i>Tygodnik Powszechny</i>	Kraj	1	3 strony
Czasopisma kobiece				
8	<i>Claudia</i>	Sztuka życia – siła w tobie Zdrowie	7	12 stron

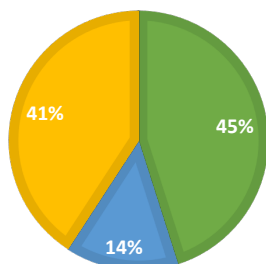
Tabela 3 cd.

9	<i>Pani</i>	Uroda i zdrowie	4	6 stron
10	<i>Przyjaciółka</i>	Na zdrowie	6	5 stron
11	<i>Tina</i>	Zdrowie	7	5 stron
12	<i>Zwierciadło</i>	Życie wewnętrzne (zdrowie psychiczne)	4	13 stron
RAZEM			70	102 strony

Źródło: opracowanie własne.

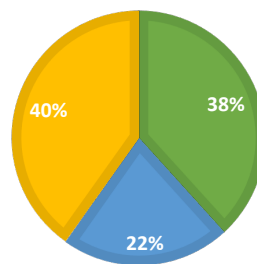
W czwartym tygodniu listopada najwięcej artykułów poświęconych zdrowiu (prawie połowa) ukazało się w dziennikach, a w szczególności w *Gazecie Wyborczej* (wydaniu głównym i dodatkach) (Wykres 1), najwięcej stron (40%) zajęły teksty opublikowane w prasie kobiecej (Wykres 2).

■ Dzienniki ■ Tygodniki ■ Czasopisma kobiece



Wykres 1. Proporcje artykułów dotyczących zdrowia zebranych z trzech typów mediów drukowanych.

■ Dzienniki ■ Tygodniki ■ Prasa kobieca



Wykres 2. Proporcje stron zgromadzonych artykułów z trzech typów pism.

Badania materiału empirycznego prowadzone były w ujęciu indukcyjnym. Każdy tekst, stanowiący jednostkę analizy, był szczegółowo kodowany – kody umieszczano w specjalnie przygotowanej macierzy. Oprócz wspomnianych wcześniej środków argumentowania (m.in. wskazywane rozwiązania na „zdiagnozowany” problem) i środków ramowania (m.in. metafory, zdjęcia), kodowane były, jako osobna kategoria, wszystkie bezpośrednie (jawne) nawiązania do ogólnie rozumianego zdrowia (w kilku przypadkach, gdy o zdrowiu nie wspomniano wprost, kodowano nawiązania do tej kwestii/znaczenia ukryte). W oparciu o wstępne kody identyfikowane były ramy występujące w poszczególnych artykułach. Strategię analityczną przedstawię na przykładzie artykułu „Świąteczna pierwsza pomoc” (*Przyjaciółka*) (Tab. 4).

Tabela 4

Przykład (poszerzonej dla celów prezentacji) analizy materiału empirycznego

Środki argumentowania	
Kategorie analityczne	Kody (z przykładowymi cytataми ilustrującymi kod)
Wskazywany problem (zdrowotny)	– pomniejsze zagrożenia dla zdrowia – mogące zepsuć przyjemność świątecznych przygotowań (np. oparzenie) i, później, rodzinne biesiadowanie (m.in. przejedzenie, przeziębienie, zakrztuszenie);
Przyczyny problemu	– pięć przyczyn wymienionych problemów: 1. styl życia/styl świętowania („życzymy sobie zdrowia, ale się objadamy –jemy dużo i tłusto, maksymalnie dociążając nasz układ pokarmowy”); 2. przejedzenie („sprzyja mu ciężkostrawne menu świąteczne, przeciążony układ pokarmowy daje o sobie znać bólem żołądka, mdłościami”); 3. nieuważność podczas sprzątania; 4. nadmiar przeżywanych emocji, związanych z nadchodzącymi spotkaniami z rodziną, skutkujący „przeciążeniem układu krążenia”; 5. potencjalny brak wiedzy odnośnie do możliwości wystąpienia (dość powszechnych) zagrożeń zdrowotnych i sposobów na poradzenie sobie z nimi; – wszystkie przyczyny wiązały się z zachowaniami indywidualnych osób.
Ocena moralna – przypisanie odpowiedzialności	– jednoznaczne wskazanie, kto jest winnym (własnych) kłopotów; – jednoznaczne wskazanie, kto jest odpowiedzialny za rozwiązanie problemów; – podejście do nieuważnych i/lub „przeciążających swój układ pokarmowy” osób – ambiwalentne lub dość pozytywne; – nie potępiano ich, nie krytykowano; – uznano je za takie, które sobie sprawnie poradzą z wdrożeniem rozwiązań (artykuł, jako główne wartości, promuje kobiecą sprawczość i zaradność w obszarze domu); – o niektórych dolegliwościach pisano, że „nam się przytrafiają” – tu przyczyna problemu była naturalizowana, a jego ocena neutralizowana.
Sugerowane rozwiązania	– przygotowanie się na każdą niedogodność zdrowotną, która mogłaby zepsuć klimat świątecznego spotkania (zdobycie „wiedzy na wszelki wypadek”). To główny powód opracowania tekstu, otwarcie stwierdzony w lidzie: „Boże Narodzenie to czas bezstroskich spotkań z rodziną. Dobrze by było, żeby nie zakłóciły go żadne problemy ze zdrowiem. A jeśli już się przytrafią, warto wiedzieć, jak sobie z nimi poradzić”; – bycie przewidującą i zapobiegliwą (np. „Zrób zapas leków! Przed świętami sprawdź czy wystarczy ci na te kilka dni lekarstw, które stosujesz na stałe. Dobrze mieć pod ręką leki przeciwbólowe”); – podejmowanie adekwatnych decyzji odnośnie do ochrony zdrowia własnego i domowników: 1. samoleczenie w przypadku niegroźnych problemów zdrowotnych (domowe remedia, sporządzone wcześniej, np. z czosnku); 2. skorzystanie z pomocy specjalistów w przypadku poważniejszych trudności – wezwanie pogotowia ratunkowego, udanie się na SOR, wizyta u lekarza).

Tabela 4 cd.

Środki ramowania	
Kategorie analityczne	Kody (z przykładowymi cytataми ilustrującymi kod)
Słowa kluczowe, charakterystyczne zwroty, metafory	<ul style="list-style-type: none"> – wielokrotnie używana formuła <i>quasi</i>-naukowego dowodzenia: „jeśli..., to...” (np. „Jeśli oparzenie nie ma więcej niż 10 cm średnicy, można próbować je leczyć samodzielnie [...]. Jeżeli jest większe, trzeba wybrać się na SOR”); – wiele określeń opisujących pogorszony stan zdrowia: przejedzenie, oparzenie, kłopoty kardiologiczne, przeziębienie, zakrztuszenie, jelitówka, infekcje, wypadki, urazy, nasilające się objawy chorób przewlekłych, oparzenie, pieczenie, ból; – określenia interwencji mogących uratować życie: rękoczyn (chwyt Heimlicha (przy zakrztuszeniu), próba Valsavy (przy migotaniu przedsionków serca).
Zdjęcia, grafiki	7 małych zdjęć, przedstawiających, m.in. <ul style="list-style-type: none"> – biesiadę z rodziną (ilustracja kontekstu/miejsca wystąpienia problemu); – kaszlącą osobę (zdjęcie „ilustrujące problem”; tu: zakrztuszenie); – pokrojony imbir, kubek z herbatą (zdjęcia „ilustrujące rozwiązania”).
Ujmowanie zagadnienia opisywanego artykule	
Użyte ramy	<ul style="list-style-type: none"> – r. biomedyczna; – r. osobistej odpowiedzialności; – r. własnej skuteczności.

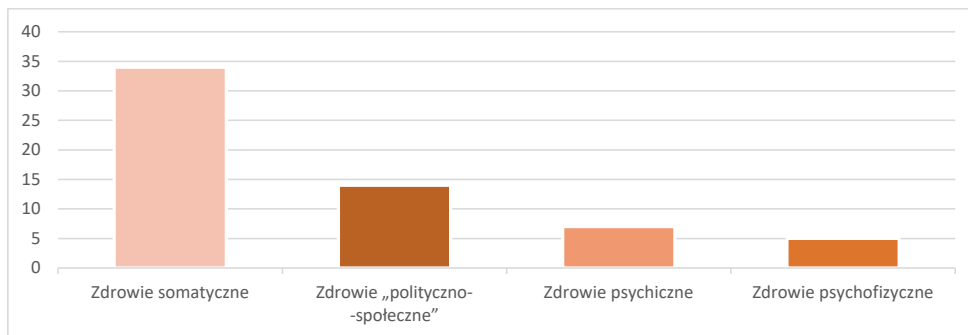
Źródło: opracowanie własne.

Po dokonaniu, w przedstawiony sposób, analizy każdego tekstu, wchodzącego w skład korpusu, porównano ramy wyłonione w obrębie trzech typów mediów drukowanych.

4. ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ

Zdrowie jest tematem bardzo chętnie podejmowanym we współczesnych mediach, zarówno masowych, jak i elektronicznych, choć staje się ono szczególnie atrakcyjne dla odbiorców, gdy coś im zagraża – w skali makrospołecznej (jak podczas pandemii COVID-19) i/lub mikrospołecznej (np. w sytuacji bycia przewlekle chorymi).

Najwięcej przekazów prasowych (34) podejmowało zagadnienie zdrowia somatycznego oraz schorzeń zagrażających fizycznemu dobrostanowi (por. Wyk. 3). Drugą pod względem ilości stanowiły doniesienia dotyczące zdrowia w kontekście instytucjonalnym i/lub polityczno-ekonomiczno-społecznym (14; przy czym żaden z nich nie został opublikowany w prasie kobiecej). Jedyne 7 artykułów omawiało kwestię zdrowia psychicznego (i dbania o odporność psychiczną), a jeszcze mniej (5) związków psychiki z ciałem (w tym dwa zdrowia seksualnego, utożsamionego z zaburzeniem zdolności do prokreacji z powodu problemów psychicznych u kobiet oraz z możliwością bezbolesnego/przyjemnego współżycia seksualnego dzięki poddaniu się przez kobiety chirurgicznej korekcji dróg rodnych).



Wykres 3. „Rodzaje” zdrowia prezentowane w mediach drukowanych.

Zebrane artykuły, jeśli wprost odnosiły się do zdrowia (psycho)somatycznego, to częściej dotyczyły różnych chorób i dolegliwości (35 artykuły) niż utrzymania obecnego dobrostanu (11). Z korpusu zebranych tekstów licznie wyłaniają się nawiązania do definiowania zdrowia rozumianego jako brak: problemów (zdrowotnych), urazów, chorób (np. raka, tętniczego nadciśnienia płucnego, osteoporozy), bólu (np. zęba, stawów, bioder, kolan, ramion, barków, głowy), gorączki, zaburzeń (np. lękowych, snu), a nawet zmęczenia/osłabienia (które prowadzi do płaczu, rodzi bezradność, odbiera ochotę do życia) czy po prostu dyskomfortu fizycznego.

Zdrowie nie było ani szerzej opisywane, ani wyjaśnione, niemniej w artykułach sugeruje się, że jest ono stanem optymalnie funkcjonującego organizmu, choć wystawionego na liczne zagrożenia. Zwykle jednak wskazano dwie główne grupy czynników ryzyka dla dobrostanu (psycho)fizycznego człowieka: prowadzenie niewłaściwego stylu życia (np. niekontrolowane zażywanie leków przeciwbólowych w celu doznania doraźnej ulgi, ale niebezpiecznych dla zdrowia w dłuższej perspektywie; nieodpowiednia/niezdrowa dieta; nadmierne korzystanie z urządzeń elektronicznych emitujących niebieskie światło; nasilone przeżywanie stresu) oraz szkodliwe warunki środowiskowe (obecność substancji toksycznych we wdychanym powietrzu – tzw. pyłu zawieszzonego, pora roku/krótsze dni/moło światła słonecznego). A zatem promowano przekonanie, że zdrowie jest czymś, co można utracić, o co trzeba się martwić.

Podejście do zdrowia, które jest skoncentrowane na problemach i dysfunkcjach, na poszukiwaniu patologii w poszczególnych narządach, tkankach czy komórkach organizmu określane jest mianem biomedycznego. Zwykle też w przekazach o charakterze biomedycznym pojawiają się zachęty lub zalecenia, by pójść do lekarza i/lub przestrogi przed zaniedbywaniem badań diagnostycznych. Odbiorców takich komunikatów uświadamia się, że powinni niepokoić się już samym „brakiem zdrowia”, a nie tylko niedającymi się zignorować symptomami chorobowymi (opóźnienie poddania się interwencji medycznej zrównywane jest z utratą zdrowia). Co ciekawe, pomoc ze strony specjalistów ukazywano w ambiwalentny sposób: z jednej strony jako ratunek lub warunek

konieczny dla zachowania zdrowia, ale z drugiej jako źródło bólu, a więc dyskomfortu fizycznego i złego samopoczucia psychicznego.

W zebranych artykułach wprost stwierdza się, że zdrowie nie powinno być tylko przedmiotem uwagi lekarzy (których zajmują poważniejsze problemy somatyczne), ale przede wszystkim obiektem troski ze strony jego posiadaczy. W tym kontekście jest ono rozumiane jako psychofizyczny dobrostan, o który można i należy dbać, coś, co można podtrzymać, a także zasób, który warto gromadzić oraz wykorzystywać dla własnych celów. Wśród strategii kultywowania zdrowia potencjalnie łatwo dostępnych jednostkom, wymienia się: regularne spacerowanie, wykonywanie ćwiczeń gimnastycznych, jedzenie warzyw i owoców, suplementację witamin, odżywianie się tak, by mózg był zdrowy i szczęśliwy, rezygnację z fast foodu, utrzymanie szczupłej/atrakcyjnej sylwetki (tzw. zdrowego wyglądu), właściwe nawodnienie organizmu, kontrolowanie poziomu glukozy i żelaza we krwi, samodzielne przygotowanie naturalnego środka leczniczo-profilaktycznego z czosnku, automasaż napiętych mięśni, regularność snu, odpoczynek, posiadanie pasji (tu: ręczne robotki), ale też nieprzesadzanie z utrzymywaniem higieny, zachowanie dobrego humoru, uodpornienie się na stres i sytuacje krytyczne (a gdy te się pojawiają potraktowanie ich jak wyzwania, a nie katastrof lub kary), świadomość odczuwanych emocji i właściwe zarządzanie nimi, nabywanie nowych umiejętności i zdrowych nawyków, niestosowanie destrukcyjnych „ucieczek” (używek, kompulsji), proszenie innych o pomoc i korzystanie z ich wsparcia, wyrażanie wdzięczności, budowanie nadziei. Czytelnicy, mniej lub bardziej subtelnie, zachęceni są do zaopatrywania się w aptekach w produkty i leki (prezentowane w reklamach zamieszczonych tuż obok tekstów) lub do udania się do psychoterapeuty (ewentualnie kupienia jego/jej reklamowanego poradnika).

Zaledwie kilkukrotnie w zgromadzonych artykułach prasowych głos zabierali indywidualni konsumenci środków prozdrowotnych i usług medycznych, tj. byli pacjenci – osoby z chorobami przewlekłymi, żyjące dzięki zaawansowanemu leczeniu. Warto dodać, że w dużej mierze dzięki grupom pacjenckim, a nie przedstawicielom medycyny, zagadnienie zdrowia jest obecnie tak ważnym przedmiotem publicznych i popkulturowych rozważań (Domaradzki 2013a). Ich podejście, ze zrozumiałych względów, jest inne – ci *self*-adwokaci doświadczyli poważnego uszczerbku na zdrowiu i dlatego dowodzą, że należy patrzeć na nie w szerszej, życiowo oraz społecznie, perspektywie. Przeżytnicy (ang. *survivors*) uważają, że zdrowie to coś, co można (częściowo) odzyskać, o co trzeba „walczyć” (i „nie poddawać się chorobie”), do czego należy „wrócić” (jednak gdy proces zdrowienia jest zbyt trudny, to chorzy „rezygnują z dochodzenia do zdrowia”, a gdy rodzina zakłóca jego przebieg swoją nadopiekuńczością, to wtedy pacjenci tracą „motywację do walki”). W świetle ich wypowiedzi zdrowie nabiera nowych znaczeń – staje się zdolnością do adaptacji do zmienionych chorobą okoliczności (druga szansa na nowe, dłuższe, lepsze, intensywniejsze życie), wartością, a także rolą społeczną, choć niektórzy – nawet gdy zostają aktywistami na rzecz podnoszenia świadomości w zakresie danego schorzenia – odmawiają przebytej chorobie mocy kształtowania ich tożsamości. Indywidualni i zrzeszeni rzecznicy zdrowia (tj. aktywiści z chorobami przewlekłymi) oraz dziennikarze uważają, że zdrowie to wiedza. Umiejętność zdobywania

wiedzy o zdrowiu (oraz o tym, jak radzić sobie samodzielnie z różnymi problemami zdrowotnymi) jest kluczową kompetencją, którą powinni nabyć współcześni ludzie. Dzięki temu będą wiedzieć, jak unikać zapadnięcia na dane schorzenie, jakie „zdrowe nawyki” rozwijać (a które eliminować), w jaki sposób wykrywa się je na wczesnym etapie rozwoju. Bez wejścia w posiadanie wiedzy o zdrowiu człowiek będzie nieświadomy, że już jest chory – nie powinno się jednak czekać na znaczne pogorszenie się kondycji psychofizycznej, zmuszające do wizyty u lekarza, który uświadomi, w jak bardzo zaawansowanym stadium jest schorzenie (np. „o chorobie [osteoporozie] często dowiadujemy się, gdy np. dojdzie do złamania przy niewielkim urazie”), ale wtedy utrata zdrowia po prostu staje się faktem medycznym.

Odnosząc omówione wyniki badań do literatury przedmiotu, można stwierdzić, że w materiale prasowym odwoływano się do kilku sposobów rozumienia tzw. normalnego zdrowia: jako braku (cierpienia, dysfunkcji), jako stanu – chwiejnej, zagrożonej – równowagi, jako kapitału czy zasobów jednostki. Z kolei zdrowie zrestytuowane/odratowane przedstawiano jako wartość, zdolność do adaptacji i rolę społeczną (zob. np. Domaradzki 2013a i 2013b). Media, jawnie i nie wprost, komunikują odbiorcom, że jeśli pragną zachować lub odzyskać zdrowie, to powinni rozwijać swoje kompetencje zdrowotne (in. zdrowotny alfabetyzm; ang. *health literacy*) (np. Syrek 2022, 23), zresztą to przekonanie stanowi uzasadnienie dla realizowanej przez nie zapośredniczonej edukacji zdrowotnej.

W analizowanym materiale zdrowie wystąpiło także w nazwach własnych instytucji (np. Centrum Zdrowia Psychicznego, Narodowy Fundusz Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia) lub we frazach zbiorczo opisujących placówki zajmujące się leczeniem chorób/pacjentów (publiczne jednostki ochrony zdrowia, system opieki zdrowotnej, sektor ochrony zdrowia, polska ochrona zdrowia). Termin ten użyty został w nazwie funkcji politycznych (minister zdrowia, wiceminister zdrowia) oraz stanowiska pracy (lekarz podstawowej opieki zdrowia).

Polityczno-społeczny aspekt zdrowia wyeksponowany został przede wszystkim w gazetach, które dokonywały krytycznych ocen działania systemu jako całości – w sposób umiarkowany (*Gazeta Wyborcza*, *Rzeczpospolita*) lub ostry (*Fakt*). Dowodzono, że zdrowie „to nasze wspólne dobro publiczne” – dlatego trzeba na nie przeznaczyć więcej środków finansowych i lepiej nimi zarządzać (np. w zakresie dostępu do świadczeń zdrowotnych). Stwierdzono również, że zdrowie to coś, czego brakuje Polakom (np. „Polki żyją dwa lata krócej niż inne Europejki”) i na co bardziej skarżą się polscy pacjenci, w porównaniu do przedstawicieli innych europejskich nacji. Z kolei tzw. przeciętni obywatele słabo oceniają działania instytucji ochrony zdrowia i politykę zdrowotną państwa, m.in. w zakresie jakości usług zdrowotnych, poczucia bezpieczeństwa w placówkach medycznych, respektowania swoich praw jako pacjentów (np. prawa do informacji o stanie własnego zdrowia, prawa do „świadczeń zdrowotnych zgodnych z aktualnym stanem wiedzy medycznej”), dostępu do refundowanych wyjazdów do uzdrowisk, do wizyty w gabinecie lekarskim (w czasach rosnącej popularności telemedycyny), dopłat do leków i sprzętu medycznego. Lekarze i pielęgniarki, emigrujący z Polski za lepszą pracą, tzw. godniejszymi pieniędzmi, możliwością kształcenia się dalej w zawodzie itp.,

zdrowie łączą z dobrze zarządzanym systemem placówek medycznych i z przemyślaną polityką zdrowotną nowego kraju zamieszkania – tak odmiennymi od rodzimej patologii (opisanej w innym artykule przez polskiego ratownika medycznego).

W tekstach opublikowanych w dziennikach oraz tygodnikach społeczno-politycznych wspomniano o zdrowiu jako przedmiocie kampanii społecznych (organizowanych m.in. przez Amazonki) i akcji celebrytów w ramach obchodów dni poświęconych danemu schorzeniu (rakowi piersi, zapaleniu płuc i przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc). Zdrowie, w tych obu segmentach prasowych, rozumiane było najszerszej – oprócz wymienionych wyżej charakterystyk, także jako funkcja (zob. Domaradzki 2013b). Ten ostatni sposób mocno wybrzmiał w artykule, sprawozdającym debatę Medycznej Racji Stanu, dotyczącą życia i zdrowia Polek. Zdaniem uczestników (polityków i lekarzy) bezpieczeństwo zdrowotne kobiet jest bardzo ważne ze względu na funkcje pełnione przez nie w ich rodzinach i w społeczeństwie. Określono je nawet mianem siłaczek, skupionych na wypełnianiu obowiązków, kosztem zaspokojenia własnych potrzeb (co ujęto w krytykującym je sformułowaniu: „ponad połowa pań unika badań”).

Po omówieniu prasowych sposobów „definiowania” zdrowia, wymienię wszystkie zidentyfikowane (na podstawie środków ramowania i środków argumentacji) ramy, a następnie nieco dokładniej scharakteryzuję trzy najczęściej używane w analizowanych przekazach. W 70 celowo dobranych artykułach zastosowano 14 różnych ujęć prezentowanych zagadnień zdrowotnych, a średnio po dwie w każdym z nich (Tab. 5). Najbardziej rozpowszechnionymi były ramy: biomedyczna, indywidualnej odpowiedzialności oraz własnej skuteczności (Wyk. 4).

Tabela 5

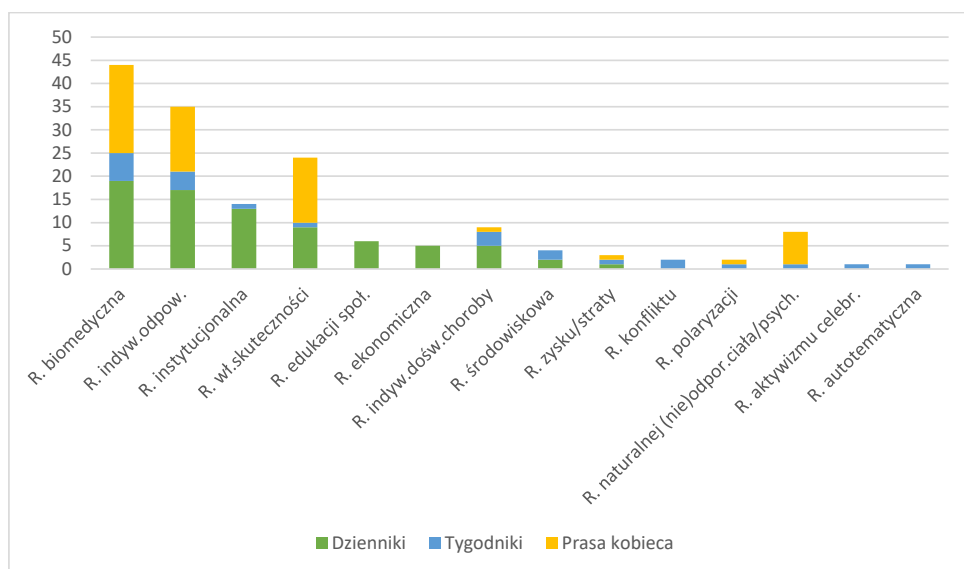
Ilościowe zestawienie ram wylonionych w analizowanym przekazie medialnym

Lp.	Ramy wyróżnione w przekazie prasowym	Dzienniki (32 teksty)	Tygodniki (10 tekstów)	Cz. kobiece (28 tekstów)	Ogółem
1	Rama biomedyczna	19	6	19	44
2	Rama indywidualnej odpowiedzialności	17	4	14	35
3	Rama własnej skuteczności	9	1	14	24
4	Rama instytucjonalna	13	1	-	14
5	Rama indywidualnego doświadczenia choroby	5	3	1	9
6	Rama naturalnej (nie)odporności ciała i psychiki	-	1	7	8
7	Rama edukacji społecznej	6	-	-	6
8	Rama ekonomiczna	5	-	-	5
9	Rama środowiskowa	2	2	-	4
10	Rama zysku/straty	1	1	1	3
11	Rama konfliktu	-	2	-	2

Tabela 5 cd.

Lp.	Ramy wyróżnione w przekazie prasowym	Dzienniki (32 teksty)	Tygodniki (10 tekstów)	Cz. kobiece (28 tekstów)	Ogółem
12	Rama polaryzacji	-	1	1	2
13	Rama (pseudo)aktywizmu celebryckiego	-	1	-	1
14	Rama autotematyczna	-	1	-	1
Razem		77	24	57	

Źródło: opracowanie własne.



Wykres 4. Graficzna prezentacja proporcjonalna wyłonionych ram.

Dominującym ujęciem używanym do prezentacji problematyki zdrowotnej w mediach jest rama biomedyczna, która, co ciekawe, w analizowanym korpusie tekstów proporcjonalnie najczęściej pojawiała się w prasie kobiecej (w co trzecim artykule). Obecnie bardzo trudno wyobrazić sobie omawianie zagadnienia dobrego lub pogarszającego się zdrowia poza tą ramą, ponieważ znalazło się ono w obszarze zainteresowań zachodniej medycyny, która niedomaganiom ciała i psychiki nadaje własne specjalistyczne nazwy, a przez to niejako powołuje je do (społecznego) istnienia (por. Greenberg 2022, 26). W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę, że rama biomedyczna normalizuje tabuizowane wcześniej schorzenia czy funkcje ciała (np. Baker i in. 2020, 2), z drugiej jednak strony medykazuje i esencjalizuje zjawiska biopsychospołeczne (np. Welch i in. 2022, 639),

oraz lekceważy nie-biologiczne czynniki potencjalnie warunkujące wystąpienie chorób, np. wpływ środowiska, stres psychiczny (np. Zhang i in. 2016, 121).

W artykułach, w których użyto ramy biomedycznej jako problem wskazywano m.in. nieprzemysłane (tj. bez konsultacji z lekarzem) przyjmowanie leków przeciwbólowych dostępnych bez recepty, niezazywanie zaleconych przez specjalistów leków i witamin, nierozumienie przebiegu procesu zdrowienia po zabiegu medycznym, wystąpienie pierwszych objawów schorzenia (np. osteoporozy), ból (np. stawów), zaburzenia snu. Jako przyczyny tak ujętych problemów wskazywano: niewiedzę czytelników lub brak rozeznania co do powagi sytuacji zdrowotnej, niezdrowe nawyki, „zapalne i niezapalne” czynniki schorzeń, urazy, przeciążenia organizmu, napięcie nerwowe itd. Co ciekawe, ocena moralna problemów i/lub osób je posiadających komunikowana była w tak subtelny sposób, że czasami odnosiło się wrażenie, iż jej zaniechano, np. ignorancji laików co do ich własnego zdrowia nie poddawano otwartej krytyce, niemniej jednak skonstatowanie tego „faktu” wykorzystywano jako domyślne uzasadnienie dla opublikowania danego artykułu. Sugerowane czytelnikom i czytelniczkom rozwiązania dotyczyły przede wszystkim podjęcia pracy własnej nad utrzymaniem dobrostanu, na którą składało się korzystanie z dostarczanej przez media wiedzy o zdrowiu i zapobieganiu chorobom (np. przez zmianę diety) oraz samoleczenie pomniejszych dolegliwości. „Szukanie ratunku u lekarzy”, tj. zgłaszanie się na konsultacje do odpowiedniego przedstawiciela medycyny (np. stomatologa, ortopedy), który wdroży farmakoterapię lub skieruje na operację chirurgiczną, było rekomendowane zaledwie kilkukrotnie. Reprezentantami podejścia biomedycznego w analizowanych artykułach byli lekarze, specjaliści w wąskich obszarach wiedzy i praktyki klinicznej; czasami pojawiały się także, choć dużo rzadziej, pielęgniarki i ratownicy medyczni. Na łamy analizowanych czasopism zapraszani też byli akademicy, udzielający fachowych wywiadów (np. neurobiolożka, dr Joanna Podgórska), którzy powoli zaczynają „detronizować” klinicystów (Briggs i Hallin 2016, 80). Znacznie częściej promotorami ramy biomedycznej, a może raczej wyrazicielami „wiary w naukę” (Van Gorp i Vercausse 2012, 1276), byli jednak dziennikarze. W odniesieniu do kwestii etyczności najczęściej stosowanej w badanych artykułach ramy, warto zauważyć, że dyskurs medyczny – naukowy, rzeczowy, drobiazgowy, oparty na biologicznych faktach – detabuizuje opisy konstytucji ciała, jego stanów, procesów i zachowań. Przekaz medialny poszerzył medyczne podejście profilaktyki, która nie była tu rozumiana wyłącznie jako wykrywanie schorzeń (tzw. drugorzędowa) czy rekonwalescencja po leczeniu (trzeciorzędowa), kładąc duży nacisk na promowanie podtrzymania obecnego dobrostanu poprzez aktywność fizyczną, świadomie dobraną dietę lub regularny sen. Wyraźnie pobrzmiewa tu zorientowane *stricte* indywidualistycznie podejście do profilaktyki (Hodgetts i in. 2005, 125). Pewne wątpliwości etyczne budzi również wąskie podejście do kwestii zdrowia (często ograniczone do wybranego nie-domagania), przedmiotowe i bezosobowe traktowanie pacjentów (choć nie czytelników i czytelniczek, do których skierowany jest przekaz) oraz pomijanie niebiologicznych czynników potencjalnie warunkujących wystąpienie dolegliwości.

Drugą pod względem częstości pojawiania się w analizowanych artykułach była rama indywidualnej odpowiedzialności, która często w przekazach medialnych towarzyszy ramie biomedycznej (np. Zhang i in. 2016; Hodgetts i in. 2008), ponieważ – jak można by krytycznie stwierdzić – obie za winną wystąpienia problemu uznają doświadczającą go jednostkę (choć raczej rzadziej za zdolną do jego rozwiązania). Jawny przekaz tej ramy jest jednak zupełnie inny niż tej opisanej wyżej: ludzie przedstawiani są jako posiadający osobiste zasoby i pewien zakres kontroli, umożliwiające im poradzenie sobie w konkretnej sytuacji. Powinni oni jednak zrozumieć, że jeśli im się nie powiedzie, to oskarżać mogą tylko siebie – nieakceptowanym jest poddanie się chorobie, wycofanie z życia społecznego i ekonomicznego, a nawet samo zachorowanie, jako że – zgodnie z ukrytą logiką promocji zdrowia, która zdobyła już status moralnego imperatywu – jest ono skutkiem ich niewłaściwego prowadzenia się (Galvin 2002, 108). Wystąpieniu dolegliwości lub pogorszeniu się stanu zdrowia należy przeciwdziałać w każdy możliwy sposób, także przy użyciu, nieakceptowanych przez medycynę alopaticzną, środków alternatywnych i niekonwencjonalnych (co w literaturze anglojęzycznej określane jest mianem samozdrowia, ang. *self-health*; Stacy 1997; por. też Lubi i in. 2016). W analizowanych artykułach nie proponowano skrajnie niebiomedycznych rozwiązań problemów zdrowotnych.

Ujęcie przekazu w ramie indywidualnej odpowiedzialności sugerowane jest często przez zwracanie się do odbiorcy wprost, symulujące swobodną rozmowę (bez formuł grzecznościowych „pan/pani”) lub poradę. W doniesieniach prasowych, które umiejętnie przekładają złożone zagadnienia naukowe na rejestr osiągalny dla laików pojawiają się też m.in. budzące ogólną ciekawość wątki (ang. *human interest*), po to, aby wydawały się one emocjonalnie bliskie czytelnikom (Greenberg 2022, 26). Informacje dotyczące dbania o zdrowie komunikowane są przez rekomendowane działanie (np. „W miejscu, gdzie czytasz wieczorami, ustaw dość wysoko lampkę, dzięki której książka zostanie równomiernie oświetlona, ale światło nie będzie padać wprost na oczy”). Głównym problemem ramowanym w tym podejściu jest niepodejmowanie pożądanых zachowań prozdrowotnych, a w konsekwencji zapadanie na mniej lub bardziej poważne dolegliwości. Dzieje się tak z powodu braku posiadania adekwatnych informacji („co?”) lub niewiedzy odnośnie do strategii wdrożenia zaleceń („jak?”). Ocena moralna zawarta w przekazach ma docierać do odbiorców podświadomie – nie piętnuje się w nich ignorantów, osób leniwych, czy bezradnych, ale lektura artykułów prasowych pozostawia silne wrażenie, że osoby, które nie pracują nad sobą, nie korzystają z dostarczonych podpowiedzi popełniają „grzech” zaniechania, braku samodyscypliny i odmowy bycia dobrym obywatelem (Galvin 2002, 108–109). Aktywne zaangażowanie w samotroskę w zakresie zdrowia psychosomatycznego (zob. w: Mazurek 2021, 247) stanowi swoiste świadectwo moralnej wiarygodności jednostki i chroni ją przed stygmatyzacją w świecie, w którym „zdrowie samo w sobie jest często interpretowane jako oznaka dobrego charakteru i indywidualnej wartości, a choroba utożsamiana z porażką moralną” (Galvin 2002, 119). Dziennikarze nie oferują rudymen tarnej alternatywy („czy działać?”); „osobiste wybory”, których odbiorcy mogą dokonać dotyczą tego, które z podanych rozwiązań zastosować (jeśli jest ich kilka). Rozwiązaniem wyżej wskazanego ogólnie

problemu w ramie indywidualnej odpowiedzialności jest uświadomienie sobie posiadania „obowiązku bycia zdrowym” (Galvin 2002, 110) i zdobycie wystarczającej wiedzy praktycznej i/lub wyjaśniającej dane zagadnienie. Reprezentantami poglądu, że zdrowie to całościowe zadanie do wykonania dla jednostki są w zasadzie wszyscy aktorzy medialnego przekazu – przede wszystkim dziennikarze medyczni analizowanych artykułów, a także cytowani przez nich lekarze, naukowcy i wyleczeni pacjenci/przeżytnicy. Rama indywidualnej odpowiedzialności w kontekście etyczności, jak wspominałam wyżej, u jej badaczy budzi ambiwalentne odczucia – z jednej strony postrzegana jest jako upelnocniająca (ang. *empowering*), zwracająca uwagę na jednostkę, opierająca się na wierze w jej umiejętności wykorzystania posiadanych zasobów (w zakresie kształtowania stylu życia), z drugiej jednak podważa znaczenie społecznych i strukturalnych uwarunkowań zdrowia, m.in. takich jak regulacje prawne, organizacja systemu szkolnego, miejsce pracy, dostęp do usług medycznych i pomocy społecznej, rolę kultury, mediów, rodziny i relacji interpersonalnych, które realnie oddziałują na (i ograniczają) indywidualne wybory jednostek, zwłaszcza tych z grup defaworyzowanych (np. Dutta-Bergman 2005; Fonn i in. 2020). Media kreują nierealistyczne wizje warunków osobistej odpowiedzialności za zdrowie jednostki, jako uprawianej w izolacji od innych i od społeczeństwa (oraz instytucji publicznych), w modelu konsumpcjonizmu pacjenta (konsument może kupić dowolną usługę medyczną; aby otrzymać pomoc, nie musi o nią prosić, „wplątując się” w skomplikowane relacje wzajemności z rodziną, znajomymi czy sąsiadami) (Benestad Hlǫvar i Aln s 2020).

Trzecią najczęściej używaną w analizowanych artykułach była rama własnej skuteczności (lub sprawczości; ang. *self-efficacy frame*, *agency frame*). Choć samego tego określenia nie stosowano w przekazie, to z badań wynika, że leżącym u jego podstaw założeniem, a także celem jest upelnocnienie odbiorców (dotyczyło to zwłaszcza prasy kobiecej). Ma ono jednoznacznie pozytywną konotację, dlatego czasami bywa używane jako eufemizm lub przypisywana sobie samym etykietka, tak było np. w przypadku australijskich rodziców przeciwnych szczepieniu swoich dzieci, którzy opisywali siebie jako sprawczych, autonomicznych decydentów (Court i in. 2021, 6–7). W tej ramie punkt ciężkości stanowi konstruktywne radzenie sobie, przede wszystkim poznanie (nie zaś emocjonalne, zgodnie z klasyfikacją Lazarusa i Folkman, zob. np. Oleś 1993), na podtrzymanie intencji zmiany zachowania, na informacje dotyczące sposobów na ochronienie swojego zdrowia, które każdy może przyswoić i wykorzystać (Sandell i in. 2013; Rodelo 2021) – z racji tego bywa zaliczana do ram motywujących (Reynolds i LoRusso 2016, 3). Ujęcie przekazu w tej ramie obniża lęk i poziom postrzeganego zagrożenia, a zwiększa poczucie zaufania do siebie i w swoje możliwości (np. w przypadku informowania o pandemii COVID-19 wspomniano o wzroście liczby osób wyleczonych, a nie o zachorowaniach i zgonach; Tao i in. 2022).

Prezentowanie zagadnień zdrowotnych w ramie własnej skuteczności polega nie tyle na zapoznaniu odbiorców z „definicją” identyfikowanego problemu (ten może mieć charakter zewnętrzny, środowiskowy, np. codzienny stres), ale z różnymi korzyściami, które pojawiają się, gdy wdrożą rekomendowane rozwiązania. Język przekazu jest

uspokajający lub optymistyczny (w przeciwieństwie do „dyskursu zagrożenia”, dość typowego dla ram biomedycznej, indywidualnej odpowiedzialności oraz straty), i nawet jeśli wspomina się o dolegliwościach, trudnościach, obciążeniach, to tylko z konieczności, i po to, aby zapewnić, że są one przemijające. Na przykład czas pandemii opisywany jest jako sprzyjający rozwijaniu relaksującego hobby, które jest „panaceum na zaburzenia psychiki”. Przyczyny wystąpienia problemu (i związana z nimi ocena moralna) odgrywają małe znaczenie – problemy się przytrafiają (są kwestią przypadku, a nie zawinięcia), związane są z powszechnie zachodzącymi zjawiskami (np. przyspieszenia tempa życia) lub naturalnymi procesami (np. starzenia się). Reprezentantami tej ramy są przede wszystkim dziennikarze, wcielający się w coachów, zachęcających do wyznaczania sobie celów (co jednak często robią za czytelniczki) i podjęcia wysiłku, by je osiągnąć. „Potencjał etyczny” ramy własnej skuteczności raczej nie budzi zastrzeżeń badaczy. Osoby, które zapoznano z tak ujętymi informacjami na temat COVID-19 nie interpretowały lękowo symptomów fizjologicznych, potencjalnie zapoczątkowujących u nich przeziębienie, nie snuły też przygnębiających wizji rozwoju pandemii, w przeciwieństwie do pozostałych badanych i nie przetwarzały przekazu emocjonalnie, lecz poznawczo. Takiej komunikacji medialnej nie można jednak uznać za remedium, bowiem odbiorcy od dawna doświadczający lęku o swoje zdrowie na przekazy akcentujące sprawczość reagowali społecznym wycofaniem i nie stosowali środków ochrony (Tao i in. 2022, 2944). Pewne zastrzeżenia wzbudziła obserwacja, że rama własnej skuteczności nie skłania odbiorców do krytykowania zaniedbań czy błędów rządu w zakresie zdrowia publicznego (Rodelo 2021, 106).

Poniższa tabela (nr 6) pozwala, w skondensowany sposób, przedstawić ostatnie wnioski z przeprowadzonych badań.

Tabela 6

Porównanie trzech ram najczęściej występujących w analizowanych przekazach prasowych

Kategorie ramowania / Dominujące ramy	Rama biomedyczna	Rama indywidualnej odpowiedzialności	Rama własnej skuteczności
Rola przypisana adresatowi przekazu	Pacjent	Pacjent-konsument	Konsument
Identyfikowany problem	Pomniejsze i większe dolegliwości – niewłaściwie (bo/i samodzielnie) „zarządzane” lub świadomie ignorowane Zdefiniowanie (tj. dość szczegółowe opisanie) problemu to najważniejszy element tej ramy	Niepodejmowanie pożądaných działań prozdrowotnych (lub nieeliminowanie szkodliwych zachowań)	Problem (lub napotkana trudność) jest przypadkowy, naturalny, nie do uniknięcia, ale też nie spowodowany przez doświadczającą go osobę

Tabela 6 cd.

Przyczyna problemu	Brak rozeznania co do powagi pogarszającego się stanu zdrowia i konieczności udania się do lekarza Brak wiedzy o przebiegu konsultacji medycznej i/lub leczenia	Brak wiedzy o zagadnieniu zdrowotnym („co?”) i/lub sposobach działania na rzecz swojego zdrowia („jak?”) Brak pełnej świadomości posiadania „obowiązku bycia zdrowym” Wskazanie przyczyn (tu: „winnego”) w połączeniu z wynikającą z tego oceną moralną to najważniejszy element tej ramy	Naturalne zjawiska społeczne Sposób organizacji i działania instytucji społecznych Proces starzenia się itp.
Ocena moralna problemu, jego przyczyny lub osoby go doświadczającej	Wina jednostki związana z zaniedbaniem profilaktyki lub przeoczeniem początków choroby (imputowana w dyskursie biomedycznym) nie jest tu komunikowana wprost	Wpisana (<i>implicite</i>) w przekaz negatywna ocena osób chorych jako niepracujących nad sobą, pobłażających sobie itp., a pozytywna – zdrowych, zdyscyplinowanych itp.	Pozytywne ocenianie (<i>implicite</i>) jednostki jako zaradnej, sprawnej, radzącej sobie
Rozwiązanie problemu	Udanie się do lekarza Otrzymanie/nabycie odpowiedniej wiedzy i stosowanie się do niej (bez lęku), a gdy zdarzy się drobna dolegliwość, poradzenie sobie z nią zgodnie z instrukcją	Nabycie wiedzy o problemie lub o sposobach rozwiązania go Podjęcie i świadome wypełnianie „obowiązku bycia zdrowym”	Szukanie rozwiązań Podjęcie działania opartego na przekonaniu w swoje możliwości Skupienie się na rozwiązaniach, a zwłaszcza na korzyściach wynikających z ich zastosowania, to najważniejszy element tej ramy
Ocena etyczności ramy	Ambiwalentna	Ambiwalentna	Pozytywna
pożądana alternatywa dla ramy (w przypadku oceny negatywnej lub ambiwalentnej)	Rama aktywizmu pacjenckiego lub rama feminizmu (w odniesieniu do kwestii zdrowia kobiet)	Rama społecznej odpowiedzialności	---

Źródło: opracowanie własne.

Omawianie danego zagadnienia (tu: zdrowia/choroby), zarówno w mediach, jak i w zwyczajnej rozmowie, wymaga najpierw jego uramowania. Ta mniej lub bardziej świadoma decyzja będzie miała swoje doraźne oraz odległe skutki, np. wywoła u rozmówcy/widza/słuchacza/czytelnika pozytywne (lub negatywne) reakcje emocjonalne, nakłoni go lub zniechęci do podjęcia działania, dostarczy informacji, które ułatwią mu w przyszłości osiągnięcie sukcesu lub uchronią przed porażką itp. Zdając sobie z tego sprawę, nie można zignorować etycznego aspektu tworzenia i/lub używania ram, ponieważ część z nich, mimo że jest szkodliwa dla dyskursu publicznego i różnych praktyk społecznych, to jest w powszechnym użyciu, a inne, bardziej korzystne dla poszczególnych ludzi i dla ich grup, nie są popularyzowane, albo są celowo pomijane. Badanie ram pojawiających się w przekazach medialnych pozwala wyraźnie dostrzec „co się dzieje?”, rozpoznać intencje nadawców, zobaczyć, na jakich pozycjach dyskursywnych lokują swoich odbiorców, co im sugerują, a co im ograniczają – i zmienić to, jeśli traci na tym publiczne dobro.

5. ZAKOŃCZENIE

W najnowszej literaturze przedmiotu, zwracając uwagę na kwestie ramowania przez media zagadnień zdrowotnych, używa się takich pojęć, jak biokomunikowalność (ang. *biocommunicability*) i biomediatyzacja, które sugerują, że publikowane w nich przekazy więcej mówią o samej komunikacji (i mediach) niż o naukach biomedycznych (por. np. Briggs i Hallin 2016, 23–50). Jasnym już staje się, że to media, ponoć pełniące służebną rolę, narzucają reguły tworzenia i rozpowszechniania wiedzy publicznej i reżyserują „występy” pojawiających się w nich aktorów: klinicystów, akademików, przeżytników. I to zwykle one wychodzą obronną ręką z opresji, w przeciwieństwie do lekarzy czy polityków nieradzących sobie z populacyjnymi kryzysami zdrowotnymi. Na przykład, wybuch i proces opanowywania epidemii COVID–19 był, słusznie, prezentowany jako porażka rządu i niewydolnej instytucji służby zdrowia. Jednakże biomedyczny model biokomunikowalności – zgodnie z którym eksperci medyczni (lekarze), za pośrednictwem swoich „asystentów” (dziennikarzy), po prostu przekazują informacje zdrowotne laikom, którzy powinni je jak najszybciej wdroyć, aby uniknąć pogorszenia stanu swojego zdrowia – nie doczekał się równie ostrej krytyki (Briggs i Hallin 2016, 134). Tę bowiem musieliby przeprowadzić jego rzeczywisci „administratorzy”, czyli dziennikarze. Zatem ich rola jest o wiele bardziej znacząca, niż sami chcieliby to przyznać. Przywołani autorzy zauważają, że obecnie, tj. w czasach ekspansji przemysłu farmaceutycznego, posiadającego moc powołania do życia społecznego coraz to nowych populacji pacjentów-konsumentów (tego czy innego leku), analizie musi zostać poddane wzajemnego przenikanie się mediów i medycyny. Oparta na logice mediów, „koprodukcja wiedzy biomedycznej” skutkuje pojawieniem się nowego modelu „masowego zdrowia”, w którym to przedstawiciele marketingu (farmaceutycznego) oraz dziennikarze, a nie naukowcy czy klinicyści, zaczynają decydować, jakie informacje, wiedza i fakty są wartościowe, a jakie bezwartościowe (Briggs i Hallin 2016, 12).

W tym kontekście kluczowe staje się rozważanie etyczności ramowania przekazu medialnego, które, oprócz wspomnianego wyżej analizowania interesów nadawców (i reklamodawców), powinno brać pod uwagę dużą intensywność oddziaływania doniesień zdrowotnych na docelowych i przypadkowych odbiorców. Ci ostatni doniesienia na temat zdrowia traktują często jako osobiście ważne i używają do kształtowania swojego indywidualnego i zbiorowego życia. Nieobejrzenie ostatniego hitu kinowego lub finałowego meczu piłkarskiego nie ma tak poważnych konsekwencji dla jednostki, jak przegapienie informacji o wystąpieniu w jej najbliższym otoczeniu społecznej choroby zakaźnej (Myrick 2020, 308). Niestety, wielu nadawców nie tylko nie ma świadomości wspomnianych kwestii, ale wręcz uważa, że zagadnienia zdrowotne należy prezentować laikom w sposób uproszczony i redukujący konfuzję (poprzez wykluczenie alternatywnych perspektyw), a zwiększający skuteczność oddziaływań (Stephens 2008, 39). Okrojone i zniekształcone reprezentacje utrudniają odbiorcom dotarcie do innej i/lub bardziej złożonej wiedzy, a więc ograniczają ich możliwość dokonania uzasadnionego, przemyślanego wyboru, co w społeczeństwie indywidualistycznym jest z gruntu nieetyczne. Co więcej, w konsekwencji prowadzi do podtrzymywania stereotypów dominującej kultury oraz nierówności społecznej, restygmatyzując defaworyzowane grupy społeczne (Stephens 2008, 39).

BIBLIOGRAFIA

- Baker, P., G. Brookes, D. Atanasova, i S.W. Flint. 2020. „Changing frames of obesity in the UK press 2008–2017”. *Social Science & Medicine* 264: 1–9.
- Ball-Rokeach, S.J., G.J. Powe, K.K. Guthrie, i H.R. Waring. 1990. „Value-framing abortion in the United States: An application of media system dependency theory”. *International Journal of Public Opinion Research* 2(3): 249–273.
- Barg, F.K., i S.A. Grier. 2008. „Enhancing breast cancer communication: A cultural models approach”. *International Journal of Research in Marketing* 25: 335–342.
- Berns, N.S. 2004. *Framing the victim: Domestic violence, media and social problems*. Piscataway: Aldine Transaction.
- Bobel, Ch., i B. Fahs. 2020. „From bloodless respectability to radical menstrual embodiment: Shifting menstrual politics from private to public”. *Signs: Journal of Women in Culture and Society* 45(4): 955–983.
- Briggs, Ch.L., i D.C. Hallin. 2016. *Making health public: How news coverage is remaking media, medicine, and contemporary life*. London, New York: Routledge.
- Catalan-Matamoros, D. 2011. „The role of mass media communication in public health”. W *Health management: Different approaches and solutions*, red. K. Śmigórski. Rijeka: InTech, 399–414.
- Chwastyk-Kowalczyk, J. 2003. <<Bluszc>> w latach 1918–1939: Tematyka społeczna oraz problemy kultury i literatury. Kielce: Wydawnictwo Akademii Świętokrzyskiej.
- Court, J., S.M. Carter, K. Attwell, J. Leask, i K. Wiley. 2021. „Labels matter: Use and non-use of ‘anti-vax’ framing in Australian media discourse 2008–2018”. *Social Science & Medicine* 291: 1–10.
- Crawford, R. 1977. „You are dangerous to your health: The ideology and politics of victim blaming”. *International Journal of Health Services* 7: 663–680.

- Dąbrowska-Cendrowska, O., i K. Gajlewicz-Korab. 2021. „COVID-19 in Polish women’s press: Preliminary research”. *Media, Biznes, Kultura* 2: 155–168.
- Dąbrowska-Cendrowska, O., i K. Gajlewicz-Korab. 2022. „Zdrowie i praca w czasie pandemii: Poradnictwo w polskiej kobiecej prasie drukowanej”. *Kultura – Media – Teologia* 50: 22–42.
- Dan, V. 2018. *Integrative framing analysis: Framing health through words and visuals*. New York: Routledge.
- Dan, V., i J. Raupp. 2018. „A systematic review of frames in news reporting of health risks: characteristics, construct consistency vs. name diversity, and the relationship of frames to framing functions”. *Health, Risk & Society* 20(5–6): 203–226.
- Demel, M. 1980. *Pedagogika zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Domaradzki, J. 2013a. „O definicjach zdrowia i choroby”. *Folia Medica Lodziensia* 40(1): 5–29.
- Domaradzki, J. 2013b. „O skrytości zdrowia: O problemach z konceptualizacją pojęcia zdrowie”. *Hygeia Public Health* 48(4): 408–419.
- Dormus, K. 2006. *Problematyka wychowawczo-oświatowa w prasie kobiecej zaboru austriackiego w latach 1826–1918*. Warszawa: Polska Akademia Nauk.
- Dutta-Bergman, M.J. 2005. „Theory and practice in health communication campaigns: A critical interrogation”. *Health Communication* 18(2): 103–122.
- Entman, R. 1993. „Framing: Toward clarification of a fractured paradigm”. *Journal of Communication* 43(4): 51–58.
- Figoureaux, M., i B. Van Gorp. 2020. „The framing of radicalisation in the Belgian societal debate: A contagious threat or youthful naivety?”. *Critical Studies on Terrorism* 13(2): 237–257.
- Fleming, D. 2008. *Warszawianka w kąpielni: Problemy higieny w warszawskiej prasie kobiecej lat 1860–1918*. Warszawa: Neriton.
- Fonn, B.K., H. Hornmoen, N. Hyde-Clarke, i Y.B. Hagvar. 2020. „Media health: An introduction to the collection”. W *Media Health: The personal in public stories*, red. H. Hornmoen, B.K. Fonn, N. Hyde-Clarke, i Y.B. Hagvar. Oslo: Scandinavian University Press, 11–20.
- Galvin, R. 2002. „Disturbing notions of chronic illness and individual responsibility: towards a genealogy of morals”. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine* 6(2): 107–137.
- Geise, S., i R. Coleman. 2016. „Ethical challenges of framing in persuasive communication, in words and pictures”. W *Persuasion ethics today*, red. M. Duffy, i E. Thorson. New York, London: Routledge, 185–207.
- Giles, D.C., i R.L. Shaw. 2009. „The psychology of news influence and development of Media Framing Analysis”. *Social and Personality Psychology Compass* 3(4): 375–393.
- Goffman, E. 2010. *Analiza ramowa: Esej z organizacji doświadczenia*, tłum. S. Burdziej. Kraków: Nomos.
- Greenberg, J. 2022. „Decentering representation: Media frames and communicating health”. W *Communication and health: Media, marketing and risk*, red. C. Elliott, i J. Greenberg. Singapore: Palgrave Macmillan, 19–37.
- Hagvar, Y.B., i J. Alnæs. 2020. „Help yourself: The individualization of responsibility in current health journalism”. W *Media Health: The personal in public stories*, red. H. Hornmoen, B.K. Fonn, N. Hyde-Clarke, i Y.B. Hagvar. Oslo: Scandinavian University Press, 23–50.
- Hodgetts, D., B. Bolam, i C. Stephens. 2005. „Mediation and the construction of contemporary understandings of health and lifestyle”. *Journal of Health Psychology* 10: 123–136.
- Hodgetts, D., K. Chamberlain, M. Schammell, R. Karapu, i L. Waimarie Nicora. 2008. „Constructing health news: possibilities for a civic-oriented journalism”. *Health* 12(1): 43–66.

- Iyengar, S. 1990. „Framing responsibility for political issues: The case of poverty”. *Political Behavior* 12(1): 19–40.
- Karniej, P. 2013. „Środowisko medyczne i jego otoczenie”. W *Postawy personelu medycznego wobec zarządzania szpitalem*, red. Z. Nęcki, i M. Kęsy. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 23–41.
- Krupa, J., A. Mantaj, i S. Gawroński. 2017. „Ocena postrzegania mediów masowych jako źródła informacji w zakresie zdrowego stylu życia”. *Kultura – Media – Teologia* 28: 9–23.
- Leask, J., C. Hooker, i C. King. 2010. „Media coverage of health issues and how to work more effectively with journalists: a qualitative study”. *BMC Public Health* 10: 1–7.
- Łozowska-Marcinkowska, K. 2010. *Sprawy niewieście: Problematyka czasopism kobiecych Drugiej Rzeczypospolitej*. Poznań: Wydawnictwo Poznańskie.
- Lubi, K., T. Vihalemm, i P. Taba. 2016. „Patients’ interpretations of CAM-related information: Manoeuvring between patient and consumer positionings”. W *The power of the media in health communication*, red. V. Marinescu, i B. Mitu. London, New York: Routledge, 73–90.
- MacQuillin, I., J. Crombie, i R. Smyth. 2022. „«The sweetest songs»: Ethical framing in fundraising through the agency of service users/contributors to tell their own stories”. *Journal of Philanthropy and Marketing*: 1–13.
- Major, L.H. 2011. „The mediating role of emotions in the relationship between frames and attribution of responsibility for health problems”. *Journalism and Mass Communication Quarterly* 88(3): 502–522.
- Major, L.H., i R. Coleman. 2012. „Source credibility and evidence format: Examining the effectiveness of HIV/AIDS messages for young African Americans”. *Journal of Health Communication: International Perspectives* 17(5): 515–531.
- Major, L. H., i S. Meihaus Jankowski. 2020. *Health news and responsibility: How frames create blame*. New York: Peter Lang Publishing.
- Małek, A. 2019. „Wiedza ludowa w polskich poradnikach dla rodziców z lat 1918–1989”. W *Проблеми культурної ідентичності в ситуації сучасного діалогу культур: матеріали XII міжнародної наукової конференції*, red. I.Д. Пасічник, i Д.М. Шевчук. Острог: Видавництво Національного, 89–101.
- Mantaj, A., J. Krupa, i Ł. Stokłosa. 2020. „Wpływ mediów na zachowania prozdrowotne”. W *Zrównoważony rozwój społeczno-gospodarczy determinantą ochrony dóbr przyrodniczych i kulturowych oraz rozwoju turystyki*, red. J. Krupa, i K. Szpara. Dynów, Rzeszów: Związek Gmin Turystycznych Pogórza Dynowskiego, Oficyna Wydawnicza Politechniki Rzeszowskiej, 175–187.
- Mazurek, E. 2021. „Psychoeducation for caregivers with chronically ill spouses”. W *Learning never ends... Spaces of adult education: Central and Eastern European perspectives*, red. Z. Szarota, i Z. Wojciechowska. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, 245–253.
- McCartan, K.F., H. Kemshall, i J. Tabachnick. 2015. „The construction of community understandings of sexual violence: rethinking public, practitioner and policy discourses”. *Journal of Sexual Aggression* 21(1): 100–116.
- Moerschel, K.S., P. von Philipsborn, B. Hawkins, i E. McGill. 2022. „Concepts of responsibility in the German media debate on sugar taxation: a qualitative framing analysis”. *European Journal of Public Health* 32(2): 267–272.
- Murray, C., N. von Possel, H.C. Lie, i J. Breivik. 2022. „The cine cancer frames: A tool to facilitate critical reading of cancer-related information”. *Journal of Cancer Education* 37: 1918–1927.
- Myrick, J.G. 2020. „Media effects and health”. W *Media effects: Advances in theory and research*, red. M.B. Oliver, A.A. Raney, i J. Bryant. New York: Routledge, 308–323.

- Nespor, J., i S.L. Groenke. 2009. „Ethics, problem framing, and training in qualitative inquiry”. *Qualitative Inquiry* 15(6): 996–1012.
- Nisbet, M.C. 2010. „Framing science: A new paradigm in public engagement”. W *Communicating science: New agendas in communication*, red. M.C. Nisbet, L. Kahlor, i P.A. Stout. New York: Routledge, 40–67.
- Nisbet, M. C. 2016. „The ethics of framing science”. *Communicating biological sciences: ethical and metaphorical dimensions*, red. B. Nerlich, R. Elliott, B. Larson. New York, London: Routledge, 51–73.
- Ogbodo, J.N., E.C. Onwe, J. Chukwu, C.J. Nwasum, E.S. Nwakpu, S.U. Nwankwo, S. Nwamini, S. Elem, i N.I. Ogbaeja. 2020. „Communicating health crisis: a content analysis of global media framing of COVID-19”. *Health Promotion Perspectives* 10(3): 257–269.
- Oleś, P. 1993. „Zagadnienie stresu, kryzysu i radzenia sobie”. *Roczniki Filozoficzne* 41(4): 5–22.
- Oxman, A.D., A. Fretheim, S. Lewin, S. Flottorp, C. Glenton, A. Helleve, D. Frimann Vestrheim, B.G. Iversen, i S.E. Rosenbaum. 2022. „Health communication in and out of public health emergencies: to persuade or to inform?”. *Health Research Policy and Systems* 20(28): 1–9.
- Peinado, S., K. Treiman, J.D. Uhrig, J.C. Taylor, i J.E. Stryker. 2020. „Effectively communicating about HIV and other health disparities: findings from a literature review and future directions”. *Frontiers in Communication* 5: 1–16.
- Reynolds, C., i S. LoRusso. 2016. „The women’s magazine diet: Frames and sources in nutrition and fitness articles”. *Journal of Magazine & New Media Research* 17(1): 1–23.
- Robbins, D. 2020. „Climate change frame production: Perspectives from government ministers and senior media strategists in Ireland”. *Environmental Communication* 14(4): 509–521.
- Rodelo, F.V. 2021. „Framing of the Covid-19 pandemic and its organizational predictors”. *Cuadernos: info* 50: 91–112.
- Salovey, P., i D.T. Wegener. 2003. „Communicating about health: Message framing, persuasion, and health behavior”. W *Social psychological foundations of health and illness*, red. J. Suls i K.A. Wallston. Malden, Oxford: Blackwell, 54–81.
- Sandell, T., B. Sebar, i N. Harris. 2013. „Framing risk: Communication messages in the Australian and Swedish print media surrounding the 2009 H1N1 pandemic”. *Scandinavian Journal of Public Health* 41(8): 860–865.
- Siuda, P., i M. Pluta. 2020. „Doświadczanie zdrowia i choroby w dobie internetu”. W *Internet, zdrowie i choroba: Powiązania społeczne, kulturowe i edukacyjne*, red. P. Siuda, i M. Pluta. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, 5–19.
- Soffer, M. 2022. „Cancer-related stigma in the USA and Israeli mass media: an exploratory study of structural stigma”. *Journal of Cancer Survivorship* 16: 213–222.
- Stacey, J. 1997. *Teratologies: A cultural study of cancer*. London: Routledge.
- Stephens, Ch. 2008. *Health promotion: A psychosocial approach*. Open University Press.
- Syrek, E. 2022. „Kryzys kompetencji zdrowotnych w społeczeństwie i jego konsekwencje dla zdrowia publicznego”. *Studia Edukacyjne* 65: 21–34.
- Tao, T.J., F.H.F. Chan, J. Jin, i T.J. Barry. 2022. „The effects of efficacy framing in news information and health anxiety on Coronavirus-disease-2019: Related cognitive outcomes and interpretation bias”. *Journal of Experimental Psychology: General* 151(11): 2943–2956.
- Taylor, H.A. 2019. „Framing public health research ethics”. W *The Oxford handbook of public health ethics*, red. A.C. Mastroianni, J.P. Kahn, i N.E. Kass. New York: Oxford University Press, 331–341.
- Temmann, L.J., A. Wiedicke, S. Schaller, S. Scherr, i D. Reifegerste. 2021. „A systematic review of responsibility frames and their effects in the health context”. *Journal of Health Communication* 26(12): 828–838.

- Van Gorp, B. 2005. „Where is the frame?”. *European Journal of Communication* 20: 485–508.
- Van Gorp, B., i T. Vercruyssen. 2012. „Frames and counter-frames giving meaning to dementia: a framing analysis of media content”. *Social Science & Medicine* 74(8): 1274–1281.
- Vliegenthart, R., i L. van Zoonen. 2011. „Power to the frame: Bringing sociology back to frame analysis”. *European Journal of Communication* 26(2): 101–115.
- Weathers, M.R., i B.E. Kendall. 2016. „Developments in the framing of climate change as a public health issue in US newspapers”. *Environmental Communication* 10(5): 593–611.
- Wehrens, R., M. Stevens., J. Kostenzer, A.M. Weggelaar, i A. de Bont. 2021. „Ethics as discursive work: The role of ethical framing in the promissory future of data-driven healthcare technologies”. *Science, Technology, & Human Values*: 1–29.
- Welch, C., D. Cameron, M. Fitch, i H. Polatajko. 2022. „From „since” to “if”: Using blogs to explore an insider-informed framing of autism”. *Disability & Society* 37(4): 638–661.
- Wieczorkowska, M. 2015. „Zdrowie i choroba w Sieci – o przejawach i konsekwencjach popularyzacji wiedzy medycznej w Internecie”. *Człowiek i Społeczeństwo* 40: 137–155.
- Williams, S., S.E. Hill, i O.O. Williams. 2022. „«Choice should be made through... educated decisions not regressive dictates»: Discursive framings of a proposed „sugar tax” in Bermuda: Analysis of submissions to a government consultation”. *Globalization and Health* 18(89): 1–10.
- Wrześniewska-Pietrzak, M., i M. Kołodziejczak. 2022. „The virus on the leash of politics?: The media image of the sars-cov-2 virus during the first wave of the pandemic in Poland (preliminary remarks)”. *Socjolingwistyka* 36(5): 81–97.
- Zakrzewska, Z. 2020. „Cukier krzepi”: *Propaganda konsumpcji cukru w Polsce w latach 1925–1932*. Warszawa: Instytut Pamięci Narodowej.
- Zhang, Y., Y. Jin, S. Stewart, i J. Porter. 2016. „Framing responsibility for depression: How U.S. news media attribute causal and problem-solving responsibilities when covering a major public health problem”. *Journal of Applied Communication Research* 44(2), 118–135.

Frames in press messages about health in the context of their (un)ethicity

Keywords: Media frames, health, ethics of communication.

ABSTRACT

Contemporary media, both traditional and electronic, extensively addresses issues of psychosomatic health, and tries to highlight the health aspects of issues that may or may not be associated with psychophysical well-being. Health has become a very attractive topic to consider. The way in which health and disease is presented matters to both media creators and users. The former often try to influence the formation of pro-health attitudes among recipients, or encourage them to make specific consumer choices, while the latter treat messages about health as a source of useful knowledge or hints regarding their lifestyle. The main value of broadcasters (journalists, advertisers, educators, etc.) is their high impact, which is also why messages directed to recipients may potentially threaten their well-being (e.g., by increasing fear and tendency to withdraw). This article presents the results of scientific research aimed at identifying ways of perceiving health in selected Polish print media (media frames) in the context of their ethics – understood as respecting the rights of recipients, enabling them to make well-considered and autonomous decisions, etc. There were 14 frames used in total which collected media messages, with the three most common being: biomedical, individual responsibility, and agency. This result is supported by other authors' research outcomes, and can be interpreted as universal, worldwide media tendencies in the presentation of health issues. The first two frames can be described as ethically ambivalent. The analysis indicates that health issues should sometimes be framed in an alternative way, or presented in a counter-frame – e.g., the frame of patient activism frame or social responsibility – in order to be effective (by increasing the recipients' reflection, or encouraging them to cognitively process the content) and ethical.