

Dorota Cianciara, Teresa Przewłocka, Maria Miller

WIDOWNIA TELEWIZYJNYCH PROGRAMÓW O TEMATYCE ZDROWOTNEJ

Zakład Promocji Zdrowia Państwowego Zakładu Higieny

Kierownik Zakładu: Maria Miller

Analizowano wielkość i strukturę społeczno-demograficzną widowni 36. telewizyjnych programów poświęconych w całości problematyce zdrowotnej oraz atrakcyjność tych programów dla poszczególnych grup widzów. Stwierdzono, że programy te oglądało od 0,7 do 7,6% widzów, jednorazowo nie więcej niż 2,7 miliona osób. Programy emitowane w godzinach wieczornych i w miesiącach zimowych miały więcej widzów. Większość widzów to: kobiety, emeryci i renciści, mieszkańcy wsi oraz osoby z wykształceniem podstawowym.

Słowa kluczowe: oświata zdrowotna, telewizja, programy niepłatne, widownia

Key words: health education, television, unpaid programmes, audience

WSTĘP

Z punktu widzenia oświaty zdrowotnej, niezaprzeczalnym walorem telewizji jest jej ogromny zasięg, ponieważ informacja może być przekazana bardzo wielu odbiorcom jednocześnie. W efekcie, pomimo dużych kosztów wstępnych, telewizja jest wyjątkowo tanim kanałem komunikowania się. Zarazem jednak, przekaz telewizyjny trafia do bardzo różnych środowisk społecznych, niekoniecznie dotkniętych i zainteresowanych danym problemem. Telewizja jest też medium rodzinnym, a więc oglądanym jednocześnie przez wielu członków rodziny, nierzadko – osoby z różnych pokoleń. Kolejny minus wynika z natury jednostronnego komunikowania się, jest tylko nadawca – realizator, a brakuje reakcji i głosu odbiorcy – widza. Przy tak zróżnicowanym i milczącym audytorium bardzo trudno jest stosować podstawową zasadę dobrej praktyki oświatowo-zdrowotnej, polegającą na precyzyjnym wyborze grupy docelowej na podstawie rozpoznania potrzeb zdrowotnych i edukacyjnych poszczególnych osób. W rezultacie, w przekazie najczęściej podawane są podstawowe, suche fakty. Mają one jednak wielką moc generowania lęków, zwłaszcza gdy informacje dotyczą chorób zagrażających życiu (1,2). Jeśli zaś telewizja wykorzystywana jest strategicznie przez specjalistów zdrowia publicznego, co niemal bez wyjątku oznacza konieczność wnoszenia wysokich opłat za czas antenowy, stosowane są przekazy bardzo proste. Powinny wtedy być poddane rygorystycznej procedurze przetestowania (wstępnego sprawdzania jakości), aby zadowolić wszystkich – realizatorów, różne grupy widzów, a nawet polityków (3,4).

W Narodowym Programie Zdrowia na lata 1995–2005 w celu operacyjnym 6, który dotyczy zwiększenia skuteczności edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia, umieszczono zadanie nasilenia w środkach masowego przekazu edukacji w zakresie zdrowych stylów życia. Z tego powodu podjęto próbę rozpoznania znaczenia telewizji publicznej w procesie edukacji zdrowotnej społeczeństwa w Polsce.

Celem niniejszej pracy jest oszacowanie wielkości i struktury społeczno-demograficznej widowni programów telewizyjnych, poświęconych w całości problematyce zdrowotnej oraz oszacowanie atrakcyjności tych programów dla odbiorców.

MATERIAŁ I METODA

Do analizy wybrano dwa, opracowane przez redaktorów telewizyjnych, cykliczne programy w całości poświęcone sprawom zdrowia i chorób – „360 stopni dookoła ciała” i „Kwadrans z medycyną” – emitowane w I Programie TVP w okresie od czerwca 1998 do czerwca 1999 r. W badanym okresie programy te ukazały się na antenie 36 razy.

Podstawą niniejszego opracowania są informacje uzyskane z Ośrodka Badania Opinii Publicznej Sp. z o. o., z tzw. badań telemetrycznych, prowadzonych od 1996 roku na reprezentatywnej próbie gospodarstw domowych. W badanym okresie elektroniczny pomiar widowni telewizyjnej obejmował średnio 3655 osób w wieku od 4 lat, wliczając w to tak zwaną widownię gościnną. Każda z osób, przy włączeniu telewizora, miała obowiązek zalogowania się w systemie, dzięki czemu możliwa była rejestracja osoby, która ogląda telewizję, czasu jaki na to poświęca oraz rodzaju odbieranej stacji. W analizie wykorzystano wskaźniki używane przez OBOP – wielkość widowni w tysiącach, wielkość widowni w procentach oraz tzw. *affinity*. Wielkość widowni w tysiącach, to średnia widownia minutowa danego programu wyrażona w tysiącach, obliczona jako średnia arytmetyczna oglądalności w każdej minucie danego przedziału. Wielkość widowni w procentach, to średnia widownia minutowa danego programu wyrażona w procentach, obliczona jako średnia arytmetyczna oglądalności w każdej minucie danego przedziału. *Affinity* (aff.) jest to procentowy wskaźnik, który wyraża jak dobrze oglądany jest program przez daną grupę docelową; aff. >100 oznacza, że program jest dobrze oglądany w danej grupie docelowej, aff. <100 oznacza, że program nie jest atrakcyjny dla grupy docelowej.

WYNIKI

Charakterystyka programów. W badanym okresie programy z cyklu „360 stopni dookoła ciała” emitowane były 27 razy, przeciętnie dwa razy w miesiącu. Większość, tj. 21 programów, nadano między godziną 18.00 a 19.00, a sześć – między godziną 11.00 a 14.00 i były to powtórki programów emitowanych wieczorem. Programy tego cyklu trwały około 20. minut.

Cykl „Kwadrans z medycyną” ukazał się na antenie 9 razy, zazwyczaj raz w miesiącu. Programy nadawane były wczesnym popołudniem i trwały około 15. minut. Podobnie jak w poprzednim cyklu, niektóre audycje były powtarzane. Tematyka programów w obu cyklach była bardzo różnorodna (tabela I i II).

Liczba widzów. Uśredniona widownia wynosiła 1344,6 tys. osób dla wszystkich 27. programów cyklu „360 stopni dookoła ciała” (tabela I) oraz 518,6 tys. osób dla 9. progra-

Tabela I. Wielkość widowni programów telewizyjnych z cyklu „360 stopni dookoła ciała”
 Table I. Audience of „360 stopni dookoła ciała” programmes

Lp.	Data emisji	Dzień tygodnia	Godzina emisji	Tematyka	Wielkość widowni (tys.)	Wielkość widowni (%)
1.	04.06.98	Czw.	17.51	Choroba Alzheimerera	980,0	2,8
2.	05.06.98	Pi.	11.30	Choroba Alzheimerera	232,5	0,7
3.	08.09.98	Wt.	18.27	? (tematyka nie ustalona)	911,0	2,5
4.	22.09.98	Wt.	18.27	Kręgosłup, diety, choroby	1402,8	3,9
5.	06.10.98	Wt.	18.26	Chirurgia plastyczna	1784,6	4,9
6.	20.10.98	Wt.	18.28	Męski układ rozrodczy, cukrzyca	1944,0	5,4
7.	03.11.98	Wt.	18.28	Uzależnienia – alkoholizm	1883,0	5,2
8.	17.11.98	Wt.	18.26	Grypa, gimnastyka, zasady żywienia	2215,3	6,1
9.	01.12.98	Wt.	18.28	Uzależnienia – narkomania	2357,9	6,5
10.	05.01.99	Wt.	18.25	Komórki nadziei (o bezpłodności)	2196,1	6,1
11.	19.01.99	Wt.	18.30	Tarczycza, jedzmy ryby, trądzik, algi	2754,3	7,6
12.	02.02.99	Wt.	18.29	Przeszczepy	2181,2	6,0
13.	16.02.99	Wt.	18.31	WZW, szczepienie, joga	1953,1	5,4
14.	17.02.99	Śr.	13.42	Uzależnienia – alkoholizm	428,0	1,2
15.	02.03.99	Wt.	18.28	Alergie	1898,3	5,2
16.	03.03.99	Śr.	13.45	Uzależnienia – narkomania	448,8	1,2
17.	16.03.99	Wt.	18.27	Wszystko o mózgu	1592,3	4,4
18.	30.03.99	Wt.	18.26	Depresja	801,6	2,2
19.	13.04.99	Wt.	18.32	Osteoporoza	1396,5	3,8
20.	14.04.99	Śr.	13.41	Komórki nadziei (o bezpłodności)	428,3	1,2
21.	27.04.99	Wt.	18.31	Kośćciec i kości, joga, łuszczyca	1136,0	3,1
22.	11.05.99	Wt.	18.30	Medycyna naturalna	1024,8	2,8
23.	12.05.99	Śr.	13.45	Alergie	451,1	1,2
24.	25.05.99	Wt.	18.30	Reum. zapalenie stawów, joga	1072,3	3,0
25.	08.06.99	Wt.	18.35	Męskie kłopoty (o andropauzie)	1163,1	3,2
26.	09.06.99	Śr.	13.41	Przeszczepy	302,3	0,8
27.	22.06.99	Wt.	18.36	Padaczka, żywienie funkcjonalne, joga	1363,8	3,8
				Średnia	1344,6 tys.	
				SD	714,1	
				Mediana	1363,8	

Tabela II. Wielkość widowni programów telewizyjnych z cyklu „Kwadrans z medycyną”
 Table II. Audience of „Kwadrans z medycyną” programmes

Lp.	Data emisji	Dzień tygodnia	Godzina emisji	Tematyka	Wielkość widowni (tys.)	Wielkość widowni (%)
1.	18.06.98	Cz.	12.47	Pełny oddech (o rozedmie)	457,5	1,3
2.	03.09.98	Cz.	12.50	Szpik – dar życia cz. I	471,8	1,3
3.	29.10.98	Cz.	12.50	Szpik – dar życia cz. II	452,2	1,3
4.	12.11.98	Cz.	12.50	Czy chrapanie to choroba	708,4	2,0
5.	10.12.98	Cz.	12.53	Szczotka do zębów ma 500 lat	531,8	1,5
6.	06.01.99	Śr.	13.46	Białaczka u dzieci	572,7	1,6
7.	20.01.99	Śr.	13.46	Liże stawy, kąsa serce (o reumatyzmie)	522,7	1,4
8.	03.02.99	Śr.	13.47	Liże stawy, kąsa serce	463,5	1,3
9.	17.03.99	Śr.	13.47	Pełny oddech	487,1	1,3
				Średnia	518,6 tys.	
				SD	81,8	
				Mediana	487,1	

mów cyklu „Kwadrans z medycyną” (tabela II). W cyklu „360 stopni dookoła ciała” najwięcej widzów miał program na temat tarczycy, najmniej powtórzony program o chorobie Alzheimera. W cyklu „Kwadrans z medycyną” najwięcej widzów zgromadził program o chrapaniu. Ogółem, programy te oglądało od 0,7 do 7,6 % widzów w Polsce.

Czas emisji. Stwierdzono, że programy cyklu „360 stopni dookoła ciała” nadawane wieczorem, miały około cztery razy więcej widzów niż programy z tego cyklu, emitowane w godzinach wcześniejszych i wszystkie programy cyklu „Kwadrans z medycyną” nadawane wczesnym popołudniem. Z tego powodu do dalszej analizy wyodrębniono dwie grupy programów: programy wieczorne (emisja w godzinach 18.00–19.00), w skład których weszło 21 programów z cyklu „360 stopni dookoła ciała” oraz programy południowe (emisja między 11.00 a 14.00), do których zaliczono 6 programów z cyklu „360 stopni dookoła ciała” oraz 9 programów z cyklu „Kwadrans z medycyną”.

Zebrane dane wskazują, że wielkość widowni wykazuje zmienność sezonową. I tak, w grupie programów wieczornych, we wrześniu 1998 roku, programy te oglądało stosunkowo niewielu widzów. W październiku, listopadzie i grudniu liczba widzów zwiększała się i swoje maksimum osiągnęła w styczniu 1999 roku. Od stycznia do czerwca nastąpił spadek liczby oglądających, po czym program zniknął z anteny na okres letni. Zbliżoną prawidłowość można zaobserwować w grupie programów południowych, które najwięcej widzów miały w miesiącach zimowych – listopadzie, grudniu i styczniu.

Płeć widzów. Ponad połowę widzów programów o zdrowiu stanowiły kobiety (59% widzów programów wieczornych i 54% – programów południowych), aczkolwiek niektóre

programy popołudniowe miały większą męską widownię. Kobiety, które oglądały programy wieczorne, stanowiły od 2,6 do 8,4% potencjalnej widowni płci żeńskiej, a mężczyźni – 1,3 – 6,7% widowni męskiej.

Zwraca uwagę fakt, że kobiety oglądały z zainteresowaniem wszystkie programy wieczorne i większość południowych; łącznie aż 86,1% wszystkich programów było atrakcyjne dla kobiet. Do najbardziej atrakcyjnych należały programy poświęcone chorobie Alzheimera, depresji, kręgosłupowi, reumatyzmowi oraz układowi kostnemu. Źle odebrane były programy o bezpłodności, chrapaniu, rozedmie i białaczce u dzieci.

W badanym okresie, mężczyźni pozytywnie ocenili zaledwie 5 programów (13,9%). Najbardziej atrakcyjne dla mężczyzn okazały się programy poświęcone chrapaniu, rozedmie płuc, białaczce dzieci, bezpłodności oraz reumatyzmowi, w większości te, które zupełnie nie interesowały kobiet. Najmniej atrakcyjne były programy o chorobie Alzheimera, depresji i kręgosłupie, czyli te, które były najlepiej odebrane przez kobiety. Jedynym programem, który cieszył się zainteresowaniem kobiet i mężczyzn, był program o reumatyzmie.

Miejsce zamieszkania. Największą widownię programów wieczornych stanowili mieszkańcy wsi (40% ogółu widzów), nieco mniejszą osoby zamieszkałe w miastach liczących do 100 tysięcy mieszkańców, a najmniejszą mieszkańcy miast powyżej 100 tysięcy mieszkańców. Przeciętnie, widownia składała się z: 647,7 tys. osób ze wsi (SD=332,0; mediana – 524,1), 518,6 tys. osób z małych miast (SD=165,5; mediana – 515,4) i 453,3 tys. osób z dużych miast (SD=118,9; mediana – 452,3). Mieszkańcy wsi, którzy oglądali programy wieczorne stanowili średnio 4,8% widowni wiejskiej, podczas gdy mieszkańcy dużych miast – 4,2% widowni wielkomiejskiej.

Widownię programów południowych stanowili w podobnej części mieszkańcy wsi i małych miast (37 i 36% ogółu widzów), nieco mniejszą mieszkańcy dużych miast (27%).

Stwierdzono, że mieszkańcy wsi, mniejszych i większych miast dobrze odebrali niemal połowę wszystkich programów. Pomimo, że odsetki pozytywnych ocen są zbliżone, to jednak zainteresowanie widzów ze wsi i miast koncentrowało się na innych programach. Wśród tematów, które znalazły szerszą aprobatę znalazły się tylko alergie (atrakcyjne dla widzów na wsi i w dużym mieście), alkoholizm (na wsi i w małym mieście) oraz choroba Alzheimera (w mniejszych i większych miastach).

Wykształcenie widzów. Widownia programów wieczornych składała się przede wszystkim z osób o wykształceniu podstawowym (39% ogółu widzów), a kolejne pod względem liczebności grupy stanowili widzowie o wykształceniu średnim, zawodowym i wyższym, przy czym programy te oglądało trzy razy więcej osób z wykształceniem podstawowym niż wyższym. Wielkość widowni wynosiła średnio: 584,3 tys. osób z wykształceniem podstawowym (SD=245,5; mediana – 600,5), 439,7 tys. ze średnim (SD=140,7; mediana – 428,7), 318,4 tys. z zawodowym (SD=124,0; mediana – 663,4) i 169,8 tys. z wyższym (SD=57,5; mediana – 164,8). Widzowie z powyższych grup, którzy oglądali programy stanowili odpowiednio: 4,8; 4,2; 4,0 i 4,6% widzów z danym wykształceniem.

Rozkład wykształcenia widzów programów południowych był zbliżony, przy czym programy te oglądało pięć razy więcej widzów z wykształceniem podstawowym niż wyższym.

Stwierdzono, że osoby z wykształceniem podstawowym i średnim dobrze odebrały nieco ponad połowę programów, z wykształceniem wyższym – około 40%. Dla widzów z wykształceniem zawodowym atrakcyjnych było tylko ok. 30% wszystkich programów.

Widzowie o różnym poziomie wykształcenia interesowali się jednak zupełnie innymi programami.

Status zawodowy widzów. Prawie połowę widzów programów o zdrowiu, niezależnie od godziny emisji, stanowili emeryci i renciści (45% ogółu widzów programów wieczornych i 48% – programów południowych). Drugą i trzecią pod względem liczebności grupą byli uczniowie i studenci oraz robotnicy. Najmniej liczne grupy, to pracownicy handlu i usług oraz przedsiębiorcy. Przeciętnie, widownia programów wieczornych składała się z: około 700 tys. emerytów i rencistów, około 150 tys. uczniów i studentów oraz robotników, a także około 100–50 tys. pracowników administracyjno-biurowych, rolników, bezrobotnych, gospodyń domowych, kierowników i specjalistów, pracowników handlu i usług oraz przedsiębiorców.

Podobne proporcje stwierdzono wśród widzów programów emitowanych w godzinach południowych.

Stwierdzono, że emeryci i renciści byli zainteresowani wszystkimi 36 programami, które były emitowane w badanym okresie. Widzowie należący do innych grup zawodowych zatrzymali uwagę na dużo mniejszej liczbie programów. I tak dla uczniów atrakcyjne były tylko 2 programy, dla robotników – 2, dla pracowników administracji – 13, rolników – 11, bezrobotnych – 12, gospodyń domowych – 18, kierowników – 11, pracowników handlu i usług – 6, przedsiębiorców – 9. Każda z omawianych grup zawodowych zainteresowana była innymi programami. Programem, który okazał się najbardziej uniwersalny był program o bezpłodności, który wzbudził zainteresowanie u pięciu grup zawodowych.

DYSKUSJA

Stwierdzono, że w okresie od czerwca 1998 do czerwca 1999 roku telewizyjne programy poświęcone sprawom zdrowia z cyklu „360 stopni dookoła ciała” i „Kwadranś z medycyną” oglądało przeciętnie około jednego miliona osób (ok. 3% widowni telewizyjnej), jednorazowo nie więcej niż 2,7 miliona (7,6% widzów). Jest to zasięg nieporównywalny z żadnym innym kanałem komunikowania się, stosowanym w oświacie zdrowotnej. W latach 80-tych, dla porównania, kiedy władze publiczne finansowały druk materiałów informacyjnych o zdrowiu, przeciętne nakłady ulotek wynosiły 100–500 tysięcy sztuk. Rekordzistą wśród broszur był materiał poświęcony pielęgnacji noworodka i niemowlęcia, który ukazywał się każdego roku w nakładzie 700–800 tysięcy egzemplarzy, szacowanym na podstawie liczby urodzeń w tych latach. Trzeba tu jednak zauważyć, że problematyka zdrowotna, będąca częścią działalności misyjnej mediów publicznych, nie cieszy się szczególnym zainteresowaniem widzów, bowiem programy, które są naprawdę interesujące, gromadzą przez telewizorami 6–8 milionów osób. Na początku 2003 roku, liderem w tej mierze była relacja ze skoków narciarskich w Zakopanem z 18. stycznia, która zgromadziła widownię 13. milionową. Stwierdzono, że czas emisji jest wyraźnym wyróżnikiem oglądalności programów o zdrowiu – największą widownię gromadzą programy nadawane w „prime time”, czyli po godzinie 18.00 oraz w miesiącach zimowych. Godziny te i porę roku należy zatem uznać za dogodne dla większości widzów.

Przy całej różnorodności widowni, programy o zdrowiu miały swoje specyficzne audytorium – kobiety, emerytów, mieszkańców wsi i osoby z wykształceniem podstawowym. W prowadzonym równolegle badaniu udowodniono, że oglądaniu programów poświęconych problematyce zdrowotnej sprzyja posiadanie wolnego czasu i brak pilniejszych spraw. Wśród czynników, które w istotny statystycznie sposób związane były z oglądaniem takich programów, znalazły się między innymi płeć, samoocena stanu zdrowia oraz wiek. Wyniki oglądalności potwierdzają duże znaczenie płci w odbiorze telewizyjnych informacji o zdrowiu, bowiem ponad połowa widzów, to kobiety, wyraźnie zainteresowane takimi audycjami. Niemal połowę widowni stanowili emeryci i renciści. Dowodzi to zapewne istnienia dużych potrzeb odnośnie informacji o zdrowiu i świadomego poszukiwania wiedzy z powodu własnych, specyficznych uwarunkowań zdrowotnych. Tezę tę zdaje się uzasadniać fakt, że grupa ta była zainteresowana wszystkimi programami. Trzeba jednak przyznać, że znana jest reakcja odwrotna, paradoksalna, kiedy osoby starsze odbierają informacje o zdrowiu jako zagrożenie i unikają ich (5).

Okolo 40% widowni, to osoby z wykształceniem podstawowym i mieszkańcy wsi. Osoby lepiej wykształcone mają większe umiejętności zdobywania i przetwarzania informacji i/lub bardziej interesują się większą liczbą zagadnień. Telewizja nie stanowi dla nich zatem tak istotnego źródła informacji (5). Przyjmuje się, że telewizja jest szczególnie predystynowana do przekazywania informacji o zdrowiu do członków niższej i średniej klasy społecznej (6). Z tego powodu poziom wykształcenia widzów należy uznać za typowy. Duża liczba widzów ze wsi jest być może wyrazem infrastrukturalnych ograniczeń w dostępie do opieki medycznej i utrudnionego w tej grupie dostępu do informacji o zdrowiu oraz świadomego ich poszukiwania. Dane na temat oglądalności stoją tu w sprzeczności do wyników prowadzonego równolegle badania, w którym zarówno poziom wykształcenia jak miejsce zamieszkania nie wykazywały związku z deklaracją oglądania programów o zdrowiu. Cechy te wykazywały jedynie zależność z intencją przyszłego oglądania, przy czym respondenci z wykształceniem podstawowym rzadziej planowali oglądać takie programy, a mieszkańcy wsi i mniejszych miast – częściej niż pozostali. Jeśli nie zachodzą tu jakieś zakłócenia metodologiczne, co trudno ustalić, zjawisko to trzeba chyba tłumaczyć jako problem aprecjacji – widzowie coś oglądają, ale fakt ten nie utrwała się w ich świadomości. Możliwe jest także wytlumaczenie prostsze – włączenie telewizora nie musi przecież oznaczać oglądania programu.

Liczba widzów jest ważnym, aczkolwiek nie jedynym kryterium powodzenia programu. Stwierdzono bowiem, że programy, które oglądało bardzo wielu widzów bywały źle odebrane, a te które miały małą widownię, były wyjątkowo atrakcyjne. Nie licząc zdecydowanego aplauzu emerytów oraz kobiet, różne grupy widzów wykazywały odmienne preferencje odnośnie poszczególnych programów i zatrzymały uwagę na czym innym. Pewne światło na przyczyny mogłaby rzucić analiza treści i formy danego programu, co nie było jednakże *ex post* możliwe. Trzeba jednak przyjąć założenie, że programy opracowane przez specjalistów telewizyjnych we współpracy z konsultantami medycznymi, odznaczały się przynajmniej zadawalającym poziomem techniczno-artystycznym i merytorycznym. Jeśli tak, oznaczałoby to, że poszczególne programy nie odpowiadały na potrzeby różnych grup widzów, zwłaszcza na potrzeby uczniów i studentów, robotników oraz mężczyzn. Przypomina to o ogólnej zasadzie, że planując wykorzystanie telewizji do celów oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia, należy precyzyjnie zaplanować adresatów, tematykę programu i pozostałe elementy strategii edukacyjnej.

WNIOSKI

1. Telewizja publiczna jest bardzo poważnym nośnikiem informacji o zdrowiu.
2. Zwiększenie zasięgu oddziaływania telewizji może odbywać się poprzez wybór dogodnej dla widzów pory emisji programów o zdrowiu – godzin wieczornych i miesięcy zimowych.
3. Przy całej różnorodności widowni, programy o zdrowiu mają swoją wierną publiczność, a przede wszystkim: kobiety oraz emerytów i rencistów.
4. Każda grupa widzów wykazuje odmienne preferencje tematyczne, dlatego nie można oczekiwać, że możliwe jest stworzenie „programu dla każdego”. Zapisy Narodowego Programu Zdrowia powinny być zatem bardziej precyzyjne, przynajmniej pod kątem proponowanej tematyki i grup odbiorców.

D Cianciara, T Przewłocka, M Miller

THE AUDIENCE OF TV HEALTH PROGRAMMES

SUMMARY

The viewing figures of 36 unpaid TV health programmes was assessed: the number of viewers, their socio-demographic status and interest in specific programme. Between June 1998 and June 1999, non commercial TV health programmes reached 0,7% to 7,6% TV audience, no more than 2.700.000 viewers per programme. Programmes broadcasted in evenings and winter time had more viewers. The audience consisted usually of: women, retired persons, rural inhabitants, persons with basic educational background. Pensioners were interested in every programme, women in majority. Students, blue-collar workers and men were censorious and appreciated some programmes only.

PIŚMIENNICTWO

1. Delaney F, Adams L. Preventing skin cancer through mass media: process evaluation of a collaboration of health promotion agencies. *Health Education Journal* 1997;3:274–86.
2. Pearl S. Using mass media for AIDS public education. *Transcript*;25:9–12.
3. Dignan M, Bahson J, Sharp P, i in. Implementation of mass media community health education: the Forsyth County Cervical Cancer Prevention Project. *Health Education Research. Theory and Practice* 1991;3:259–65.
4. Piotrow PT, Kincaid DL, Rimon JG II, Rinehart W. Health communication: lessons from family planning and reproductive health. Westport: Johns Hopkins School of Public Health. Center for Communication Programs 1997:97.
5. Finnegan JR Jr, Viswanath K, Loken B. Predictors of cardiovascular health knowledge among suburban cable TV subscribers and non subscribers. *Health Education Research. Theory and Practice* 1988;2:141–51.
6. Mindell J.: An assesment of the feasibility of health authorities generating unpaid mass media publicity in the long term. *Health Education Journal* 1997;56,125–133.

Adres autorek:

Dorota Cianciara
Zakład Promocji Zdrowia Państwowego Zakładu Higieny
Ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa