



Fakulteta za zdravstvo
Jesenice

Faculty of Health Care
Jesenice

Magistrsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa druge stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**PROMOCIJA ZDRAVJA V MNOŽIČNIH
MEDIJIH IN Z ZDRAVJEM POVEZANO
ZNANJE TER STALIŠČA ODRASLIH
PREBIVALCEV REPUBLIKE SLOVENIJE**

**HEALTH PROMOTION IN MASS MEDIA
AND HEALTH-RELATED KNOWLEDGE
AND OPINIONS IN THE ADULT
POPULATION OF THE REPUBLIC OF
SLOVENIA**

Mentorica: doc. dr. Joca Zorc
Somentorica: izr. prof. dr. Karmen Medica

Kandidatka: Alenka Mimić

Jesenice, januar, 2016

ZAHVALA

Za vso podporo, nasvete in usmeritve pri pisanju magistrskega dela se zahvaljujem mentorici doc. dr. Joci Zirc ter somentorici, izr. prof. Karmen Medica.

Zahvala recenzentkama doc. dr. Heleni Jeriček Klanšček in doc. dr. Bojani Lobe za njune usmeritve pri oblikovanju končne vsebine magistrskega dela.

Zahvaljujem se lektorju in gospe Jerici Radež za vso pomoč pri statistični analizi podatkov.

Predvsem se iz srca zahvaljujem vsem udeležencem, prebivalcem Republike Slovenije, ki so si vzeli čas in pristali na sodelovanje v raziskavi.

Ne nazadnje pa se toplo zahvaljujem še celotni družini, ki me je na tej poti neomajno podpirala in verjela vame.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Množični mediji imajo v sodobni družbi pomembno vlogo pri razširjanju informacij, tudi tistih, povezanih z zdravjem. Sporočila o zdravem načinu življenja, ki dosežejo ljudi prek medijev, lahko vplivajo na njihovo z zdravjem povezano znanje in stališča ter posledično na njihov življenjski slog.

Cilj: Ugotoviti povezave med spremljanjem množičnih medijev in z zdravjem povezanim znanjem ter stališči odraslih prebivalcev Republike Slovenije.

Metoda: Uporabili smo kvantitativno, neeksperimentalno metodo raziskovanja. Podatke smo v juliju 2015 zbrali s telefonskim anketiranjem, v katerem je sodelovalo 230 naključno izbranih odraslih prebivalcev Republike Slovenije. Za analizo podatkov smo uporabili opisno in bivariatno statistiko ter faktorsko analizo in multiplo linearno regresijo.

Rezultati: Udeleženci, ki več časa preživijo na internetu, so izkazali več z zdravjem povezanega znanja ($p < 0,05$), udeleženci, ki več ur namenijo branju tiskanih medijev ($p < 0,01$) in poslušanju radia ($p < 0,05$), imajo pozitivnejša stališča do zdravega načina življenja. Tisti, ki bolj pogosto spremljajo zdravstveno specifične vsebine prek interneta, imajo več z zdravjem povezanega znanja ($p < 0,01$) in pozitivnejša stališča o zdravem načinu življenja ($p < 0,01$). Stopnja izobrazbe udeležencev ($p < 0,01$) je pomembno povezana z znanjem, povezanim z zdravjem. Multipla regresija je pokazala, da se s stopnjo znanja povezujejo še pozitivna stališča do z zdravjem povezanih medijskih vsebin ($p < 0,05$), negativna stališča do cepljenja ($p < 0,05$) in negativna stališča do zdravega življenja ($p < 0,05$).

Razprava: Raziskava je pokazala, da je spremljanje množičnih medijev pomembno povezano z znanjem in stališči o zdravem načinu življenja pri odraslih prebivalcih Republike Slovenije, še posebej močno vlogo ima internet in spremljanje zdravstveno specifičnih vsebin. Višina izobrazbe je statistično pomembno povezana z boljšim znanjem. Tisti, ki več spremljajo zdravstveno specifične vsebine v medijih, imajo tudi pomembno pozitivnejša stališča o zdravem načinu življenja.

Ključne besede: komuniciranje o zdravju, množični mediji, socialni marketing, znanje in stališča, promocija zdravja

SUMMARY

Theoretical background: Mass media in modern society have an important role in disseminating health related information. Messages on healthy lifestyles, which reach people through the media, can influence their health-related knowledge, attitudes and behavior.

Aim: To identify correlations between mass media consumption and health-related knowledge and attitudes among the Slovenia's adult residents.

Methods: A quantitative, non-experimental method of research was used. Data were collected in July 2015 by telephone survey. The sample consisted of 230 adult participants, represented a cross-section of the Republic of Slovenia. For data analysis descriptive statistics, bivariat statistics, factor analysis and multiple linear regression was used.

Results: Participants who spent more time on the Internet showed more health related knowledge ($p < 0.05$) and participants who spent more hours reading the printed media ($p < 0.01$), and listening to the radio ($p < 0.05$) had more positive attitudes toward healthy lifestyles. Those who were more frequently exposed to health specific content via the internet had more health related knowledge ($p < 0.01$) and more positive attitudes about healthy lifestyles ($p < 0.01$). The level of education of participants is significantly associated with health related knowledge ($p < 0.01$). Multiple regression has shown that knowledge also correspond with positive attitudes towards health related media content ($p < 0.05$), negative attitudes toward vaccination ($p < 0.05$) and a negative attitude towards healthy lifestyles ($p < 0, 05$).

Discussion: Research has shown that mass media exposure is significantly associated with knowledge and attitudes about healthy lifestyle in the adult population of the Republic of Slovenia, and with particularly powerful role of the Internet end exposure to health specific information. Higher education levels are associated with better knowledge and those who are more frequently exposed to health-specific content in the several media have more positive attitudes about healthy lifestyles.

Key words: health communication, mass media, social marketing, knowledge and attitudes, health promotion

KAZALO

1	UVOD	1
2	TEORETIČNI DEL	3
2.1	KONCEPT ZDRAVJA	3
2.2	OPREDELITEV JAVNEGA ZDRAVJA, PROMOCIJE ZDRAVJA IN PREVENTIVE	5
2.3	MNOŽIČNI MEDIJI	8
2.3.1	Najpomembnejše oblike medijev	9
	<i>Posnetki na nosilcih</i>	10
	<i>Radio</i>	10
	<i>Televizija</i>	10
2.3.2	Mediji in zdravje	11
2.4	PROMOCIJA ZDRAVJA V MNOŽIČNIH MEDIJIH	13
2.4.1	Komunikacijske kampanje, katerih cilj je promocija zdravja	14
2.4.2	Socialni marketing	16
2.5	IZPOSTAVLJENOST MNOŽIČNIM MEDIJEM IN VPLIV NA SPREMEMBO VEDENJA TER STALIŠČ O ZDRAVJU	18
2.5.1	Kajenje	19
2.5.2	Prehranjevanje ter gibalna aktivnost	21
2.5.3	Cepljenje	23
2.6	MERJENJE Z ZDRAVJEM POVEZANEGA ZNANJA, STALIŠČ IN VEDENJA	24
3	EMPIRIČNI DEL	26
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	26
3.2	RAZISKOVALNE HIPOTEZE	27
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	27
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov	27
3.3.2	Opis spremenljivk in merskega instrumenta	28
3.3.3	Opis vzorca	31
3.3.4	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	36

3.4	REZULTATI	38
3.4.1	Spremljanje množičnih medijev	38
3.4.2	Znanje o vsebinah povezanih z zdravjem.....	40
3.4.3	Z zdravjem povezana stališča	46
3.4.4	Izpostavljenost množičnim medijem in z zdravjem povezano znanje	49
3.4.5	Izpostavljenost množičnim medijem in z zdravjem povezana stališča	50
3.4.6	Spremljanje zdravstveno specifičnih vsebin v množičnih medijih in z zdravjem povezano znanje.....	52
3.4.7	Spremljanje zdravstveno specifičnih vsebin v množičnih medijih in z zdravjem povezana stališča	53
3.4.8	Stopnja izobrazbe ter višina osebnega dohodka in z zdravjem povezano znanje ter stališča.....	55
3.4.9	Povezave med demografskimi značilnostmi udeležencev in z zdravjem povezanim znanjem ter stališči.....	57
3.5	RAZPRAVA	59
4	ZAKLJUČEK	69
5	LITERATURA	71
6	PRILOGE	
6.1	VPRAŠALNIK	

KAZALO TABEL

Tabela 1: Prikaz spolne in starostne strukture sodelujočih v raziskavi	32
Tabela 2: Prikaz izobrazbene strukture udeležencev	33
Tabela 3: Prikaz strukture udeležencev glede na statistično regijo	34
Tabela 4: Prikaz strukture udeležencev glede na neto mesečni dohodek gospodinjstva	34
Tabela 5: Prikaz strukture udeležencev glede na število članov v gospodinjstvu	35
Tabela 6: Prikaz strukture udeležencev glede na zaposlitveni status	36
Tabela 7: Prikaz odgovorov udeležencev na vprašanja o pogostosti spremljanja množičnih medijev	39
Tabela 8: Prikaz deleža pravih in nepravilnih odgovorov na vprašanja o z zdravjem povezanem znanju	40
Tabela 9: Povzetek hi-kvadrat preizkusov povezanosti med pravilnostjo posameznih odgovorov in demografskimi spremenljivkami	42
Tabela 10: Prikaz odgovorov udeležencev na postavke o z zdravjem povezanih stališčih	46
Tabela 11: Faktorska analiza odgovorov na sklop vprašanj o z zdravjem povezanih stališčih	47
Tabela 12: Prikaz povezanosti med izpostavljenostjo množičnim medijem in z zdravjem povezanim znanjem	49
Tabela 13: Prikaz povezanosti med izpostavljenostjo množičnim medijem in z zdravjem povezanimi stališči	51
Tabela 14: Prikaz povezanosti med spremljanjem zdravstveno specifičnih vsebin in z zdravjem povezanim znanjem	52
Tabela 15: Prikaz povezanosti med spremljanjem zdravstveno specifičnih vsebin in z zdravjem povezanimi stališči	54
Tabela 16: Prikaz povezanosti med stopnjo izobrazbe in dohodkom z znanjem in stališči o zdravju	56
Tabela 17: Multipla linearna regresija za prikaz povezanosti med demografskimi značilnostmi, znanjem in stališči	57
Tabela 18: Prikaz regresijskih koeficientov za posamezne neodvisne spremenljivke, vključene v model multiple linearne regresije	58

1 UVOD

Zdravje je na splošno prepoznano kot ena največjih vrednot posameznikov in družbe, saj je predpogoj za človekovo udejstvovanje v vsej njegovi celovitosti (Tomšič, et al., 2014). V prizadevanjih za boljše zdravje ter boljše življenje za vsakogar se vse pomembnejša vloga pripisuje promociji zdravja, ki postaja eno izmed najpomembnejših področij zdravstvenega varstva. To potrjujejo tako politični programi ter strategije kot vse številčnejše in obsežnejše komunikacijske intervencije, ki posameznike nagovarjajo k odgovorni skrbi za lastno zdravje (World Health Organization (WHO), 2009).

Uspešne spremembe vedenj prebivalstva, povezanih z zdravjem, si danes brez uporabe množičnih medijev za sporočanje vzgojno-zdravstvenih sporočil, ki dosežejo čim širši krog občinstva, ne moremo več zamisliti. Danes ni več dnevnega časopisa, ki ne bi zdravju namenil vsaj nekaj prostora. Vse več je revij, ki se ukvarjajo z lepoto, srečo in zdravjem, ali pa tem temam namenjajo veliko prostora. Spletni portali, ki so namenjeni zdravstvenim vsebinam, so zelo obiskani in ljudje so, če želijo ali ne, izpostavljeni sporočilom o načinih krepitev lastnega zdravja, saj si sodobnega življenja brez uporabe množičnih medijev skorajda ni več mogoče zamisliti (Kamin, 2006). Najpomembnejši elementi, na katere se sporočila o zdravem načinu življenja še posebej osredotočajo, so skrb za zdravo prehranjevanje, sploh v kombinaciji z drugimi zdravimi navadami, kot sta npr. gibalna aktivnost ter opustitev kajenja, kar v veliki meri lahko prispeva tudi k zmanjševanju tveganja za številne kronične bolezni (Wakefield, et al., 2010). Za preprečevanje nekaterih nalezljivih bolezni pa je kot najuspešnejše prepoznano cepljenje. Množične medije za sporočanje svojih stališč in informiranje javnosti o koristnosti ali škodljivosti cepljenja uporabljajo oboji, tako zagovorniki kot tudi nasprotniki cepljenja (Tafari, et al., 2014).

Ker je za snovalce intervencij promocije zdravja in vse tiste, ki poskušajo čim večjemu številu ljudi prenesti sporočila o zdravem načinu življenja, zelo priporočljivo, da dobijo povratne informacije o tem, ali so bili napor, da bi njihova sporočila dosegla zadostno število ljudi in pri njih tudi povzročila spremembe z zdravjem povezanih stališč ter vedenja, uspešni, smo se odločili raziskati, kako so promocija zdravja in sporočila o zdravem načinu življenja v množičnih medijih povezana z znanjem in stališči o zdravju

pri odraslih prebivalcih Republike Slovenije. Ugotovitve raziskave bodo v pomoč strokovnjakom na področju zdravstva, zdravstvene nege, javnega zdravja in promocije zdravja pri načrtovanju programov promocije zdravja, krepitev zdravja in preprečevanja bolezni pri odraslih prebivalcih Republike Slovenije.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 KONCEPT ZDRAVJA

Čeprav je bilo ukvarjanje z zdravjem že od antičnih časov prevladujoča in pomembna dejavnost, je uporaba besede »zdravje« za opis človekovega »blagostanja« relativno nova. Slovar slovenskega knjižnega jezika (SSKJ) besedo zdravje definira takole (Slovar slovenskega knjižnega jezika (SSKJ), 2014):

- 1) Zdravje je stanje telesnega in duševnega dobrega počutja, brez motenj v delovanju organizma.
- 2) Zdravje je stanje živega bitja, v katerem vsi življenjski procesi potekajo normalno, brez motenj (SSKJ, 2014).

Skozi zgodovino so ljudje zdravje razumeli različno in tudi sodobni filozofi imajo o konceptu zdravja različna mnenja (Murphy, 2009), toda danes je najbolj razširjena definicija zdravja, ki jo je oblikovala Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) že pred več kot pol stoletja, in se v delu glasi (WHO, 1946, p. 100): »Zdravje je stanje popolnega telesnega, psihičnega in socialnega blagostanja in ne le odsotnost bolezni ali invalidnosti.« Da bi lahko dosegli stanje celovite telesne, psihične in socialne blaginje, je potrebno, da so posamezniki ali skupnost sposobni prepoznati in doseči te cilje, zadovoljiti svoje potrebe in spreminjati ali obvladovati okolje. Tako sodobna definicija zdravje pojmuje kot izvor vsakodnevnega življenja in ne cilj življenja. Zdravje je pozitiven koncept, ki poudarja socialne in osebne vire kot tudi fizične sposobnosti (WHO, 2009). Na to, ali je človek zdrav ali ne, vpliva veliko dejavnikov, ki se med seboj prepletajo (Ottawska listina, 1986), in sicer so to v prvi vrsti okoliščine in okolje, v katerem posameznik živi, stanje okolja, dednost, višina dohodka in izobrazbe ter odnosi v družini in s prijatelji. Zato t.i. determinante zdravja vključujejo:

- socialno in ekonomsko okolje,
- fizično okolje in
- posameznikove osebne značilnosti ter obnašanje (WHO, n.d.).

V sodobnem svetu so kot največja grožnja zdravju prepoznane kronične nenalezljive bolezni (KNB) – srčno žilne bolezni, rakava obolenja, kronične bolezni dihal in sladkorna bolezen so najpogostejše. Glede na podatke Akcijskega načrta za uresničevanje evropske strategije za preprečevanje nenalezljivih bolezni 2012-2016 (WHO, 2012) povzročijo kronične bolezni 86 % smrti v Evropski uniji (EU) in zavzemajo 77 % bremena bolezni. V svetovnem merilu je leta 2012 zaradi KNB umrlo 38 milijonov (68 %) ljudi. Do več kot 40 % teh smrti je prišlo prezgodaj, pred 70. letom starosti (WHO, 2014). Veliko teh prezgodnjih smrti bi bilo možno preprečiti z vplivom na javno politiko in organizacije izven zdravstva, ki so povezane s preprečevanjem dejavnikov tveganja, kot so na primer nezdravo prehranjevanje, kajenje, sedeč življenjski slog in škodljivo pitje alkohola. Ker so države prepoznale uničujoč vpliv KNB na socialne, ekonomske in javno-zdravstvene dimenzije življenja, je SZO leta 2013 sprejela Globalni akcijski načrt za preprečevanje nenalezljivih bolezni 2013 – 2020 (WHO, 2013), v katerem je vse države pozvala, naj se pridružijo boju proti KNB z vključevanjem vseh sektorjev in medsebojnim povezovanjem na državni, regionalni in globalni ravni.

Vendar grožnja zdravju posameznikov in skupnosti niso le KNB, temveč tudi nalezljive bolezni. Nalezljive bolezni so najpogostejše bolezni v populaciji. Ocenjuje se, da posameznik letno enkrat do desetkrat zboli z akutno okužbo dihal in vsaj enkrat z akutno črevesno okužbo. Zaradi številnih potovanj po svetu so vse pogostejše tudi vnesene nalezljive bolezni, tudi takšne, ki jih pri nas sicer nimamo. Žal se zadnja leta znova pojavljajo vnosi bolezni, proti katerim cepimo, predvsem zato, ker do izbruhov teh bolezni prihaja v sosednjih državah. Obstaja pa nevarnost, da se bodo še bolj razširile, saj se delež cepljenih tudi pri nas na nekaterih območjih vztrajno niža. Nalezljive bolezni niso pomembne samo zaradi njihove pogostosti, temveč tudi zaradi možnih trajnih posledic. Agense, ki povzročajo nalezljive bolezni, pa povezujejo tudi s kroničnimi boleznimi, kot so reaktivni artritis, rana na želodcu, rak in neplodnost (Kraigher, et al., 2014).

2.2 OPREDELITEV JAVNEGA ZDRAVJA, PROMOCIJE ZDRAVJA IN PREVENTIVE

Da bi razumeli, kaj je javno zdravje in s čim se ukvarja, je pomembno poznati njegov zgodovinski razvoj. V Strategiji razvoja dejavnosti javnega zdravja Ministrstva za zdravje Republike Slovenije (MZRS) je med drugim opisan tudi zgodovinski razvoj javnega zdravja, ki je potekal v več valovih (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije (MZRS), 2013):

- uvajanje sanitacije in dostopa do pitne vode v 19. stoletju v prvem valu,
- delovanje v pogojih začetkov znanstvenega racionalizma v začetku 20 stoletja, za katerega so značilni preboji v medicini, produkciji in prometu v drugem valu,
- delovanje v kontekstu prenove socialnih institucij z uvedbo socialne države v 20. stoletju v tretjem valu,
- za četrti val v obdobju med 1960 in 2000 je značilen poudarek na dejavnikih tveganja za kronične bolezni in vpliv življenjskega sloga,
- za peti val pa je značilno novo razumevanje širših determinant zdravja in vpliva družbenih neenakosti na zdravje populacije (MZRS, 2013).

Kljub poznanemu zgodovinskemu razvoju javnega zdravja so predstave o javnem zdravju danes tudi med strokovnjaki različne, predvsem pa se o javnem zdravju razlikujejo predstave strokovnjakov od predstav laične javnosti. Nekateri ga vidijo kot širok, družbeni sistem, drugi kot prizadevanja zdravstvenih delavcev, da rešijo kakšno z zdravjem povezano težavo, veliko ljudi pa javno zdravje doživlja le kot z zdravjem povezana prizadevanja vladnih institucij. Zaradi razlik v razumevanju kaj je javno zdravje, le-ta tudi nima enotne mednarodne definicije (Turnock, 2012). Predstavljamo dve definiciji, ki ju med seboj ločuje več kot pol stoletja, in ki sta med drugim pomagali pri oblikovanju razumevanja sodobnega javnega zdravja:

- Javno zdravje je znanost in umetnost preprečevanja bolezni, krepitev zdravja, podaljševanja življenja ter zmanjševanje neenakosti v zdravju s pomočjo

organiziranih ukrepov družbe. Pri vseh teh različnih pomenih pa je vedno izražen javni interes in poudarjen populacijski pristop s ciljem izboljšanja zdravja prebivalstva (Winslow, 1920).

- Javno zdravje so aktivnosti, ki jih družba kolektivno izvaja, da bi zagotovila pogoje, v katerih bi ljudje lahko bili zdravi (Institute of Medicine, 1988).

V svetovnem merilu se za časovno prelomnico razvoja »novega« javnega zdravstva šteje leto 1986 oziroma prva mednarodna konferenca o promociji zdravja v Ottawi v Kanadi. Takrat so bili zastavljeni temeljni cilji javnega zdravstva, v katerih vsebino je bil vgrajen koncept promocije zdravja (Kamin, 2006).

Pojem *promocija* v slovenščini izhaja iz angleškega pojma »promotion«, ki označuje pospeševanje, vzdrževanje ter uvajanje procesa ali stanja, ki ga želimo doseči. Običajno je tisto, kar promoviramo, nekaj pozitivnega. Promoviranje oz. promocija je načrtno dejanje, ne nekaj, kar pride po naključju (Tengland, 2010).

Promocija zdravja oz. krepitev zdravja, kot je definirana v Ottawski listini (1986), je proces, ki omogoča posameznikom in skupnosti, da povečajo nadzor nad determinantami zdravja in s tem izboljšajo svoje zdravje. Promocija zdravja je proces krepitev zdravja s posredovanjem med ljudmi in okoljem. Komunikacijske strategije zajemajo vključevanje zdravja v vse politike, preventivno delujoče zdravstveno varstvo, ustvarjanje podpornih okolij (šola, vrtec, delovno mesto), razvoj veščin in sposobnosti vsakega posameznika ter odpiranje v lokalne skupnosti (Ottawska listina, 1986). Kasneje je na naslednjih konferencah o promociji zdravja SZO poudarjala različne vidike in področja ter sprejemala dodatne listine ter priporočila o promociji zdravja, saj so se svet, družba in globalni kontekst promocije zdravja v letih po konferenci v Ottawi hitro spreminjali (WHO, 2009). Leta 2005 je tako nastala Bangkoška listina promocije zdravja v globaliziranem svetu, ki poudarja vedno večjo neenakost med državami in znotraj držav, nove vzorce potrošništva in komuniciranja, komercializacijo, globalne okoljske spremembe in urbanizacijo. Prepoznala je nove priložnosti, ki jih prinaša globalizacija za razvoj promocije zdravja, med drugim tudi hiter razvoj informacijsko komunikacijskih tehnologij (Bangkoška listina, 2005).

Promocija zdravja je torej sistemski pristop k naslavljanju determinant zdravja in se za doseganje, ohranjanje in krepitev zdravja, še posebej posveča informiranju, poučevanju in motiviranju ljudi (Griffiths, et al., 2009). Cilj promocije zdravja je usposobiti ljudi, da pridobijo večji nadzor nad svojim zdravjem in si izboljšajo svoje zdravje. Da bi posameznik lahko sprejemal prave izbire, pa je potrebno, da je informiran in poučen. Kajti informiranost in poučenost sta osnovi za posameznikovo informirano sprejemanje izbir. Da ljudi te informacije lahko dosežejo, so pomembni tudi množični mediji in uporaba sodobnih informacijskih tehnologij. In čeprav v promociji zdravja sodelujejo zdravstveni strokovnjaki predvsem na primarnem nivoju zdravstvenega varstva, je spekter delovanja promocije zdravja širši (WHO, 2009). S promoviranjem zdravja se ukvarjajo različni strokovnjaki znotraj skupnosti, tudi izven zdravstvenega sistema in kliničnih okolij (Tones & Green, 2004). Kaminova (2006) v svoji knjigi piše, da je v proces promocije zdravja tako strateško ali zgolj priložnostno vključenih vse več akterjev in informatorjev. Vlada in avtoritete javnega zdravstva izgubljajo osrednje mesto. Torej niso več edine, ki med posamezniki širijo informacije o zdravju in zdravstvu, ali kakor koli drugače izvajajo dejavnosti promocije zdravja. To počnejo tudi številni drugi akterji: množični mediji, zdravilci in industrija – kozmetična, živilska, športna, farmacevtska ipd. – ki svojim izdelkom in storitvam dodajajo vrednost tako, da jih povezujejo z zdravstvenimi vprašanji (Kamin, 2006).

Ob promociji zdravja je pomembna znanstvena disciplina znotraj javnega zdravja tudi t.i. preventiva oziroma preprečevanje bolezni, saj si obe poklicni dejavnosti prizadevata za ohranjanje zdravja ljudi, vendar imata v ozadju delovanja različne koncepte in predpostavke. Če se promocija zdravja osredotoča na opolnomočenje posameznikov in skupnosti, da izboljšajo oz. ohranijo zdravje, pa se preventivne dejavnosti osredotočajo na preprečevanje bolezni (Turnock, 2012). Pojem *preprečevati* SSKJ (2014) definira kot: delati, povzročati: a) da se kako dejanje, stanje, dogajanje ne uresniči, b) da kaj ne more (nemoteno) potekati: preprečevati razvoj česa (SSKJ, 2014). Preventivne akcije v zdravstvu so definirane kot intervencije, usmerjene v preprečevanje nastanka določenih bolezni in zmanjševanje njihove incidence ter prevalence med populacijo. Diskurz preventive temelji na sodobnih epidemioloških spoznanjih. Namen preventive je čim bolj nadzorovati prenos nalezljivih bolezni in zmanjšati tveganja za nastanek

degenerativnih obolenj ali drugih bolezni. Zdravstvena preventiva in edukacija sta usmerjeni v priporočila o spremembi navad (Czeresnia, 1999). Tudi preventiva je tako kot promocija namerno delovanje, s katerim se ukvarjajo tako strokovnjaki kot tudi laiki (Tengland, 2010).

Čeprav sta promocija zdravja in preprečevanje bolezni dve različni disciplini, ki imata vsaka svojo definicijo in področje delovanja, pa sta konceptualno povezani, kajti ni možno preprečevati bolezni brez krepitve ali ohranjanja zdravja. In kadar promoviramo zdravje, tudi preprečujemo bolezen (Tengland, 2010).

Ker je težko ločiti aktivnosti promocije zdravja od preventivnih aktivnosti, še posebej bi bilo to težko za naše udeležence raziskave, se magistrsko delo ne nanaša le na posebej zasnovane programe ali kampanje promocije zdravja, temveč na različne vplive zdravstvenih vsebin v medijih na področju ozaveščanja o zdravem načinu življenja in posledično možnih sprememb stališč in vedenj v povezavi z zdravjem pri posameznikih, ki jih sporočila množičnih medijev dosežejo.

2.3 MNOŽIČNI MEDIJI

Vedno bolj je jasno, da imajo mediji in kultura danes osrednji pomen za ohranjanje in obnavljanje sodobne družbe. Družbe se morajo, enako kot življensjske vrste, za svoj obstoj stalno obnavljati in kultura je tista, ki vzdržuje pri populaciji odnos in vedenje, ki ljudem omogoča, da se z uveljavljenimi načini mišljenja in vedenja strinjajo in tako človeka vpnejo v določeni družbeno ekonomski sistem. Vsebina medijske kulture ponuja vzorce primerne in neprimerne vedenja, moralnih sporočil in ideologije. Podobno mediji in potrošniška družba, računalniška kultura, šport in druge popularne aktivnosti ljudi vpletejo v prakse, ki jih integrirajo v obstoječo družbo, jim ponujajo užitke, smisel, in identiteto (Kellner & Durham, 2006). Mediji kot močan družbeni sistem torej igrajo pomembno vlogo pri ustvarjanju posameznikovega dojemanja stvarnosti (Orbe, 2013). Znotraj področja komuniciranja se izraz mediji uporablja za določeno sredstvo, prek katerega se dostavi sporočilo številnemu, anonimnemu in raznolikemu občinstvu (Pearce, 2009), in sčasoma vsak izmed teh medijev posamično

in kolektivno oblikuje našo predstavo o drugih in posredno ali neposredno oblikuje naše komuniciranje (Squires, 2009).

Medije lahko delimo na tradicionalne medije, ki so: izdaja tiskanih medijev, radio, filmi, televizija in posnetki na nosilcih. A tehnološki napredek – vključno s povečano uporabo računalnikov – je povzročil lahek dostop do različnih nosilcev množičnih medijev in internet danes uvrščamo med t.i. netradicionalne oblike medijev. Lahko rečemo, da se je črta, ki je v preteklosti ločevala medosebno in množično komuniciranje, z množično uporabo interneta zameglila (Pearce, 2009). Z uspehom novih medijskih tehnologij pa so se zelo spremenili tudi načini in vzorci medijske potrošnje oz. uporabe. Če je bilo v preteklosti občinstvo v večini pasivno in je sporočila, ki so jim jih prek medijev predajali ustvarjalci medijskih vsebin, le sprejemalo, pa jih danes le-to občinstvo želi soustvarjati in distribuirati. Ta nova kultura oblikuje nove, drugačne stile medijske potrošnje, saj so se uporabniki naučili novih načinov, kako se odzivati na vsebine v medijih (Jenkins, 2006).

2.3.1 Najpomembnejše oblike medijev

Tiskani mediji

Tiskani medij je izraz, ki ga uporabljamo v povezavi s knjigami, časopisi in revijami. Ta oblika množičnega medija je najstarejša. Zgodovinarji so odkrili prisotnost tiskanih medijev že pred 4500 leti, ko so na glinene ploščice zapisovali verske, pravne in osebne zapise. Najzgodnejši zapisi in knjige so bili omejeni le na peščico članov elite, a je tehnološki napredek, kot na primer izum tiska, omogočil temu mediju vstop med najširše množice. In čeprav se danes veliko ljudi odloča za prebiranje spletnih časopisov, pa so tiskani časopisi še vedno pomemben vir informacij. Tudi revije imajo bogato zgodovino in z razvojem industrijske revolucije se je število revij hitro povečevalo. Danes obstaja množica različnih revij, ki so po vsebini specializirane za ženske, moške, šport, življenjski slog, zdravje, mladino, družino, hobije in različne kulturne skupine (Orbe, 2013).

Posnetki na nosilcih

Leta 1877 je Thomas Edison izumil “govoreči aparat” – fonogram, ki mu je omogočil, da je poslušal svojo recitacijo otroške pesmice Mary Had a Little Lamb. Njegov izum je omogočil razvoj vplivnega medija za množično komuniciranje, ki se danes uporablja predvsem za snemanje zvočnih posnetkov za množično potrošnjo (Orbe, 2013).

Radio

Leta 1901 je Guglielmo Marconi prek Atlantskega oceana poslal zvok brezžično in čez nekaj let je temu dogodku sledil uspešen prenos glasu. Že od samega začetka je bil radio uspešen odgovor na kulturne potrebe ljudi. Bil je prenašalec idej političnih vodij in prek njega so se le-ti lahko obračali neposredno množicam. Radio je predstavljal ključni vir zabavnih vsebin, radijskih iger in glasbe. Tudi danes radio ostaja pomemben vir informacij in zabave v mnogih družbah. Vpliv radia je z razvojem naprednih tehnologij (računalniki, sateliti) ostal močan (Orbe, 2013).

Televizija

Zgodba televizije sega v dvajseta in trideseta leta prejšnjega stoletja. V začetku je bilo veliko televizijskih oddaj prenesenih z radia: kvizi, komedije, nadaljevanke. Za razliko od radia televizija ni pričela oddajati prek eksperimentalnih, nekomercialnih postaj, temveč je že od samega začetka sodelovala z uveljavljenimi mrežami, podprtimi z oglaševalskimi sponzorji. Kot vsi ostali mediji je bila tudi televizija na začetku namenjena bogatejšemu sloju prebivalstva, a je po drugi svetovni vojni doživela množičen razcvet in eksplozijo gledalcev. Zaradi sodobnega razvoja tehnologij imamo danes dostop do stotin različnih televizijskih programov (Squires, 2009).

Internet

Medij, ki ne spada med tradicionalne medije in je danes v sodobnem svetu, še posebej med mladimi, najbolj razširjen, je internet. Internet uvrščamo med tako imenovane ne-tradicionalne oblike medijev. To je institucionalno vzdrževan prostor za interakcijo in shranjevanje informacij, ki se razvija od zgodnjih šestdesetih let prejšnjega stoletja, a je

postal vsakodnevni pojav šele z izumom in uporabo World Wide Web protokolov leta 1993. Internet je prinesel premik iz omejene količine proizvodnje informacij na trdnih oblikah (knjige, plakati ...) v proizvodnjo informacijskih enot katere koli oblike in količine (internetne strani), če le ustrezajo osnovnim kriterijem, npr. oblikovanja besedila ali slike. Zbirke takšnih informacijskih enot so lahko dostopne in rezultat je eksponentna rast v količini podatkov in kapaciteti arhiviranja, novih oblikah kolektivnega avtorstva (npr. Wikipedia) in oblikah individualnega avtorstva (npr. blogi) (Couldry, 2012).

2.3.2 Mediji in zdravje

Večina informacij, ki jih javnost prejme o zdravstveni problematiki doma ali v svetu, pride prek množičnih medijev. To je bilo zelo očitno npr. pri problematiki povezani z AIDS-om, pri t.i. bolezni norih krav in Eboli, a enako velja tudi za t.i. civilizacijske bolezni, ki so povezane z življenjskim slogom, kot so npr. kajenje, zloraba alkohola ali pomanjkanje gibalne aktivnosti (Vukušić Rukavina, et al., 2007). Medicina oz. zdravstvena dejavnost, množični mediji in občinstvo so tako trije neodvisni elementi, ki pa so v določenem delu medsebojno povezani. Vzdrževanje dobrih odnosov med oblikovalci medijskih vsebin, oblikovalci zdravstvene politike in raziskovalci je za prenašanje kakovostnih sporočil, povezanih z zdravjem, širokemu občinstvu zelo pomembno (McDaid, 2004).

Govor o zdravju je pogosto tudi govor o lepoti, sreči, samouresničevanju in osebni rasti, saj so mediji ugotovili, da se zdravje tudi dobro prodaja. Zdravstvene vsebine so za ljudi zanimive in tako privabljajo več občinstva k določenemu mediju (Kamin, 2006). Na televiziji obstaja tudi kar nekaj oddaj, v katerih zdravnik(i) svetujejo ljudem pri različnih zdravstvenih težavah (npr. The dr. Oz show), in te oddaje vsakodnevno dosegajo več milijonsko občinstvo. Pri analiziranju vsebine zdravstvenih nasvetov, ki jih v teh oddajah posredujejo občinstvu, so ugotovili, da jih ima komaj polovica podlago v znanstveno strokovni literaturi, precej nasvetov si je tudi nasprotujočih, včasih pa so te vsebine lahko zavajajoče ali celo škodljive (Korownyk, et al., 2014). Tudi z zdravstvom povezane igrane serije na televiziji, kot so npr. Talenti v belem (orig. Grey's Anatomy), imajo lahko vpliv na posameznikov odnos do vsebin, povezanih z

zdravjem, v konkretnem primeru na odnos do darovanja organov (Quick, et al., 2014). Poleg vsega naštetega pa tudi podjetja, ki proizvajajo zdravila in zdravstvene pripomočke, prek medijev oglašujejo svoje izdelke neposredno kupcem (Hesse, et al., 2005).

Če je medij sredstvo za prenašanje sporočil, je možno, da poleg koristnih informacij prenaša tudi informacije, ki so zdravju škodljive in lahko povzročijo škodo. Pri tem nosijo veliko odgovornost novinarji, ki o zdravstvenih temah poročajo (Vukušić Rukavina, 2007). To lahko ponazorimo z odporom do cepljenja v nekaterih delih sveta, saj se je zaradi senzacionalnega medijskega poročanja o potencialni nevarnosti cepiva proti ošpicam, mumpsu in rdečkam nezaupanje javnosti v varnost cepiv zelo povečalo. V Veliki Britaniji je precepljenost otrok, ki je bila leta 1996 92 %, zaradi medijskega poročanja o povezavi med cepivom in pojavom avtizma do leta 2002 padla na 84 %. Učinek takšnega medijskega poročanja je dolgotrajen in strokovnjaki navkljub nenehnemu trudu zaupanja javnosti ne morejo v celoti povrniti (Bauch & Earn, 2004). Tudi v ZDA so epidemijo ošpic leta 2005 povezali z nižjo stopnjo precepljenosti otrok. Do nižje stopnje precepljenosti je prišlo zaradi nezaupanja staršev v varnost cepiv, kar je bila posledica medijskega poročanja (Parker, et. al., 2006).

Ker so zdravstvene teme, o katerih poročajo, visoko strokovne ter občutljive in zahtevajo za to usposobljene novinarje, sta, da bi pomagali medijem poročati o temah, povezanih z zdravjem, SZO in njena organizacija Evropska mreža za komuniciranje o zdravju (European Health Communication Network) pripravili deset smernic za novinarje, ki poročajo o zdravju in zdravstvenem sistemu (WHO, 1999):

- Ne škodujte. Nad vsem so človekove pravice in javno dobro.
- Poročajte verodostojno. Preverite dejstva in svoje vire, tudi če bi s tem ogrozili postavljeni rok oddaje.
- Ne vzbujajte lažnega upanja. Še posebej velja previdnost pri poročanju o čudežnih ozdravitvah.

- Bodite pozorni na navskrižje interesov. Vedno se vprašajte: »Kdo s to zgodbo pridobi največ?«
- Zavrnite osebne interese. Če je članek objavljen kot rezultat sponzorstva, naj bo to jasno razvidno.
- Nikoli ne razkrijte vira informacije, če vam je bila predana zaupno.
- Vedno spoštujte zasebnost bolnih, invalidnih ter njihovih družin.
- Zavedajte se posledic vaše objavljene zgodbe. V mislih imejte, da bodo ljudje, še posebej otroci, o katerih poročate, živeli še dolgo po tem, ko bodo mediji zanje izgubili zanimanje.
- Nikoli ne vstopajte v osebno stisko. Spoštujte čustva žalujočih, še posebej ob množičnih nesrečah. Kadar je možno, se izogibajte bližnjega fotografiranja ali snemanja žrtev ali njihovih bližnjih.
- Če ste v dvomih, tega ne počnite (WHO, 1999).

V 21. stoletju – stoletju znanja – se soočamo s spremenjenimi pričakovanji in zahtevami uporabnikov do množičnih medijev. Občinstvo ni več zadovoljno le z golim prenosom dejstev, saj poleg same informacije pričakuje tudi verodostojen izvor ter profesionalno in etično razlago informacije (Vukušić Rukavina, 2007).

2.4 PROMOCIJA ZDRAVJA V MNOŽIČNIH MEDIJIH

Ključni namen programov promocije zdravja je vpliv na spremembo posameznikovih stališč, znanj, prepričanj in vedenj, povezanih z zdravjem (Wakefield, et al., 2010). Vsak program promocije zdravja predpostavlja, da je za spremembo posameznikovih stališč in posledično vedenja, povezanega z zdravjem, oz. vedenja skupnosti v skladu z zdravstvenimi priporočili, bistvena podučenosť. Zato se v programih SZO in njenih članic pojavljajo ocene, da je komuniciranje o zdravju pomemben dejavnik za doseganje opolnomočenja (ang. empowerment) posameznikov in skupnosti v odnosu do zdravstvenih vprašanj (WHO, 2009).

Pomembno vlogo pri prenašanju informacij, povezanih z zdravjem, imajo množični mediji (Viswanath, et al., 2009). Raziskave kažejo, da sporočila, ki jih prejmemo prek medijev, lahko vplivajo na posameznikova prepričanja (Redmond, et al., 2010) in spremembo z zdravjem povezanega življenjskega sloga (Wakefield, et al., 2010). Snovalci strategij za promocijo zdravja zato vidijo še veliko neizkoriščenih možnosti za boljšo izrabo množičnih medijev, zlasti »novih« elektronskih komunikacijskih tehnologij, kot je na primer internet (Kamin, 2006). V raziskavi Rice (2006) se je izkazalo, da je leta 2000 27,5 % odraslih Američanov z zdravjem povezane informacije iskalo po internetu. To število se je leta 2008 več kot podvojilo, saj so ugotovili, da je bilo takrat takšnih že 61 % odraslih Američanov (Fox & Jones, 2009). Nadalje je leta 2012 v raziskavi Marrie, et al. (2013) 83 % udeležencev izjavilo, da jim množični mediji predstavljajo prvi vir informacij o splošnih zdravstvenih vsebinah. Še kot posebej priljubljen se je pokazal internet, ki jim je v kar 73 % predstavljal prvi vir informacij, povezanih s splošnimi zdravstvenimi tematikami. Množičnim medijem so prednost dali predvsem mlajši z boljšim ekonomskim statusom (Marrie, et al., 2013), vendar tudi med starejšo populacijo (> 65 let) uporaba interneta narašča, še posebej v zadnjem obdobju. V Združenih državah Amerike je leta 2009 internet aktivno uporabljalo 42 % starejših (Hall, et al., 2012).

V Sloveniji se je za komuniciranje zdravstvenih vsebin uporaba tradicionalnih množičnih medijev stalno povečevala in najpogostejši naročniki komunikacijskih intervencij za promocijo zdravja v množičnih medijih so Nacionalni inštitut za javno zdravje, Ministrstvo za zdravje in tudi zasebna trgovska podjetja (Kamin, 2004).

Za sporočanje zdravstvenih vsebin prek množičnih medijev se uporabljata predvsem dva pristopa: pristop komunikacijskih kampanj in pristop socialnega marketinga, ki pa se med seboj dopolnjujeta in prepletata.

2.4.1 Komunikacijske kampanje, katerih cilj je promocija zdravja

Komunikacijske kampanje, katerih cilj je promovirati zdravje in/ali preprečevati bolezni, uporabljajo za prenašanje sporočil integrirane strategije, ki so posredno ali neposredno oblikovane tako, da informirajo, vplivajo in prepričujejo ciljno publiko, da

spremeni ali ohrani svoja stališča glede življenjskih navad. Da motivirajo posameznike za spremembo nezdravega življenjskega sloga ali da jih motivirajo za ohranjanje zdravih življenjskih navad (Robinson, et al., 2014). Sporočila se lahko prenesejo prek različnih komunikacijskih kanalov, kot so tradicionalne oblike medijev (npr. televizija, radio, časopisi), internet in socialna omrežja (npr. spletne strani, Facebook, Twitter) in tiskovine (brošure, zgibanke) (Baron, et al., 2010). Množični mediji imajo pri komunikacijskih kampanjah, ki promovirajo zdravje, še poseben potencial, saj sporočila o zdravih življenjskih navadah prenesejo hitreje in dlje kot večina drugih pristopov (Whitney & Viswanath, 2004). Izsledki raziskav to potrjujejo, saj naj bi kampanje v množičnih medijih, podprte še z ostalimi aktivnostmi, pomagale pri spreminjanju stališč, ki so v ozadju nezdravega načina življenja. Verjetnost za uspešnost kampanj se poveča, če se le tem pridružijo tudi druge aktivnosti, kot sta npr. usklajena zakonodaja (npr. višja obdavčitev tobačnih izdelkov) in cenovna dostopnost priporočenih izdelkov (Robinson, et al., 2014).

Komunikacijske kampanje vključujejo sledeče komponente (Catalan-Matamoros, 2011):

- Kampanje so namenske. Izidi oz. nameni kampanj so lahko različni: od učinka na posameznikovem kognitivnem nivoju do strukturnih sprememb.
- Komunikacijske kampanje so namenjene množičnemu občinstvu.
- Komunikacijske kampanje so časovno omejene. To ne pomeni, da so kratkotrajne, nekatere lahko trajajo več let.
- Komunikacijske kampanje vključujejo predpisan nabor organiziranih aktivnosti. To je najočitnejše pri oblikovanju sporočil in načinu distribucije. Sporočila so oblikovana na vsebinskem in oblikovnem področju in izbran je primeren komunikacijski kanal (Catalan-Matamoros, 2011).

Pri vseh kampanjah za promoviranje zdravja in zdravih življenjskih navad, ki za razširjanje informacij uporabljajo množične medije, je potrebno upoštevati tudi stroškovno učinkovitost, saj te kampanje zahtevajo precejšen finančni vložek. Ključno

vprašanje je, ali je strošek upravičen glede na koristi, ki jih pridobimo iz take kampanje. V Veliki Britaniji so v letih 2009 in 2010 za marketing o omejevanju tobačnih izdelkov potrošili 38 milijonov funtov (Department of Health, 2011). Pregled raziskav, ki so ocenjevale stroškovno učinkovitost teh kampanj, nakazuje, da so kampanje v množičnih medijih na področju omejevanja kajenja za vložen denar zagotovile dobre rezultate. To ni presenetljivo, saj množični mediji ciljna sporočila prenesejo velikemu številu ljudi, kar posledično pomeni majhen strošek na posameznika (Atusingwize, et al., 2014).

Tudi v Sloveniji poznamo kampanje za izboljševanje oz. spreminjanje navad, povezanih z zdravjem, na različnih področjih, kot so na primer:

- na področju zdravega prehranjevanja - Pet na dan, Obarvajmo življenje (Kamin, 2006), Preveč soli škodi! (Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2010),
- pozivanjem k testiranju (Premisli še enkrat, testiraj se!) (NIJZ, 2014),
- spodbujanju življenjskega sloga in zabave brez alkohola (0,0 šofer) (Kamin, 2006), Alkohol ubija. Največkrat nedolžne (Mobilizacija skupnosti za odgovornejši odnos do alkohola (MOSA), 2009).

2.4.2 Socialni marketing

Ljudje sprejemajo odločitve - zdrave ali nezdrave - znotraj konteksta družbenega in kulturnega okolja, v katerem živijo. Če si ne morejo privoščiti svežega sadja in zelenjave, si ju verjetno ne bodo. Če so kondomi družbeno nesprejemljivi, jih ne bodo uporabljali. Teorija socialne ekologije je okvir, ki nam lahko pojasni, kako takšno vedenje nastane, in socialni marketing je pristop, ki se tej teoriji prilega (Daniel, et al., 2009).

Konceptualno je bil »socialni marketing« prvič predstavljen leta 1971, ko sta ga Kotler in Zaltman (1971) opredelila kot uporabo trženjskih principov in tehnik z namenom krepitev vedenja in idej, ki so v dobrobit družbe. Do danes se opredelitev socialnega marketinga ni bistveno spremenila, se je pa povečala izčrpnost osnovne definicije in tudi kompleksnost. Denimo Kotler s sodelavci (2002) socialni marketing v svoji zadnji

knjigi opredeli kot uporabo trženjskih principov in tehnik za vplivanje na ciljne javnosti, da bodo te prostovoljno sprejele, zavrnile, opustile ali dopolnile vedenje, ki je v dobrobit posameznikov, skupin ali celotne družbe. Torej socialni marketing namesto izdelkov ljudem ponuja družbeno sprejemljivejše vedenje. Andreasen (1995) opisuje bistvene lastnosti socialnega marketinga in trdi:

- Vse strategije socialnega marketinga morajo izhajati iz posameznika. Zato morajo programi intervencij izhajati iz dobrega poznavanja okoliščin posameznikov, katerih vedenje želimo spremeniti ali okrepiti. Na temelju socialnega marketinga si morajo ljudje ciljnih skupin sami želeti spremembe. Socialni marketing mora torej delovati tako, da bo spodbudil te želje. S tega vidika intervencije socialnega marketinga uporabljajo podoben pristop, kot velja za komercialni marketing, le da namesto o izdelkih ali storitvah pri socialnem marketingu govorimo o ustreznem vedenju. Namesto o ceni govorimo o stroških, tako v denarju kot v energiji, in morebitnih psiholoških stiskah, ki jih sprememba vedenja zahteva od posameznika. Namesto o distribuciji govorimo o pripomočkih, ki so potrebni za spremembo vedenja in so dostopni, npr. sadje in zelenjava, kondomi, itd. Namesto o tržnem komuniciranju pa govorimo o metodah komuniciranja za spreminjanje stališč, vedenj in navad.
- Ker so predmet socialnega marketinga stališča, vrednote in navade posameznikov, je le-ta precej kompleksnejši od komercialnega marketinga. Njegov ključni cilj je sprememba vedenja ciljne populacije in ne le njihova informiranost ali sprememba stališč. Le dejavnosti, kot na primer redni preventivni obiski zdravnika, redna gibalna aktivnost, prenehanje kajenja ipd., so tisto, kar šteje za socialno-marketinški cilj.
- Socialno-marketinški programi promocije zdravja morajo biti stroškovno učinkoviti.
- Potrebno je predhodno testiranje kot tudi evalvacija intervencijskih programov. Samo dobro informirani o posameznikovih okoliščinah bomo lahko delovali

tako, da bomo posameznike lahko motivirali za spremembe vedenja (Andreasen, 1995).

Torej socialni marketing pri oblikovanju in udejanjanju programov, ki spodbujajo družbeno sprejemljivo spremembo vedenja, uporablja marketinške principe. Ne ukvarja se s promoviranjem dobrin, temveč s promoviranjem vedenja. Sprememba vedenja mora biti povezana z neko nagrado, ki jo posameznik prejme, npr. pohvala okolice ali boljše telesno počutje (Loss & Nagel, 2010).

2.5 IZPOSTAVLJENOST MNOŽIČNIM MEDIJEM IN VPLIV NA SPREMEMBO VEDENJA TER STALIŠČ O ZDRAVJU

V raziskavi, ki jo je opravila Borowiec s sodelavci (2012), so merili stališča ljudi do promoviranja zdravega življenjskega sloga v množičnih medijih. Raziskava je pokazala, da je 86 % ljudi pozdravljalo takšen pristop. Stališča do sporočil, ki promovirajo zdrav način življenja v množičnih medijih in posledično dojemljivost za ta sporočila, so povezana tudi z nekaterimi socialno-demografskimi značilnostmi. Raziskave kažejo, da so tem sporočilom bolj naklonjene ženske, višje izobraženi, gospodinje ali nezaposleni, medtem ko so moški, zaposleni na višjih vodstvenih položajih in stanujoči v velikih mestih izražali do promocije zdravega načina življenja v množičnih medijih manjšo podporo (Borowiec, et al., 2012). Saleh s sodelavci (2014) trdi, da v družbi obstajajo velike razlike v stopnji znanja, vrednotah in zavedanju tveganj, povezanih z zdravjem. Dokazano je, da so dostopnost do medijev, uporaba informacij in izpostavljenost splošnim in zdravstveno specifičnim vsebinam v medijih močno povezane s socialno ekonomskim položajem (Viswanat, 2006). Ta pojav t.i. komunikacijske neenakosti, v ozadju katere je socialno-ekonomski položaj, zato potencialno lahko vodi v neenakost v stopnji prejetih informacij, kar posledično lahko vpliva na sprejemanje posameznikovih odločitev, povezanih z zdravjem. Zaradi boljšega dostopa in možnosti za večjo izpostavljenost medijskim informacijam, povezanih z zdravjem, imajo višje izobraženi in premožnejši več z zdravjem povezanega znanja in so pri iskanju zdravstvenih vsebin bolj učinkoviti (Ackerson & Viswanath, 2010).

Manj pa je dokazov o tem, kako na stopnjo znanja, stališč in vedenja, povezanega z zdravjem, vpliva spremljanje specifičnih, z zdravjem povezanih vsebin v množičnih medijih. Jung s sodelavci (2014) je ugotovil, da na stopnjo znanja in stališč o zdravju vpliva tudi pogostost izpostavljenosti specifičnim, z zdravstvenimi vsebinami povezanimi mediji.

Aschemann-Witzel in sodelavci (2012) so raziskovali, kaj je »recept« za uspešno komunikacijsko intervencijo. Ugotovili so, da obstaja šest področij, ki jih uspešna komunikacijska intervencija na področju zdravega načina življenja mora vključevati:

- *Informacije in znanje*: visoko zanesljive znanstvene informacije lastnosti, ali zdravstveno ugodnih učinkih vedenja ali izdelka.
- *Čustva*: poudarjanje čustvene plati sporočila, ki posameznike čustveno vplete (humor, veselje, sreča).
- *Zaupanje*: različne strategije za vzbujanje zaupanja (pritegnitev popularnih javnih osebnosti).
- *Skupnost*: sporočila, ki poudarjajo skupne človeške ali družbene vrednote (vera, skupno dobro).
- *Mediji*: uporaba kombinacije različnih medijev, med katerimi je televizija glavni.
- *Zakaj in kako*: ta element se nanaša na to, na kakšen način posamezniku prenesemo želeno sporočilo, da mu olajšamo razumevanje in ga motiviramo, da v skladu s tem deluje. To pomeni jasna, kratka in enostavna sporočila (Aschemann-Witzel, et al., 2012).

2.5.1 Kajenje

Najdaljšo tradicijo komunikacijskih intervencij v množičnih medijih imajo prav kampanje za zmanjšanje uporabe tobačnih izdelkov, saj se uporabljajo že od 70. let prejšnjega stoletja in so med najuspešnejšimi (Wakefield, et al., 2010). Strokovnjaki, ki

se ukvarjajo s promocijo zdravja, se zavedajo, da obstaja veliko možnih načinov, s katerimi je moč prek kampanj v medijih vplivati na razširjenost uporabe tobačnih izdelkov med ljudmi (Wakefield, et al., 2010; Durkin, et al., 2012). Medijske kampanje tako lahko neposredno vplivajo tudi na posameznikovo odločitev o prenehanju kajenja, saj kadilci, ki slišijo ali vidijo sporočilo kampanje, dobijo nov vpogled in pričnejo razmišljati o posledicah lastnega vedenja. Medijske kampanje delujejo tudi prek posrednih poti, saj v družbi sprožajo razpravljanje glede kajenja in te razprave lahko ljudi spodbudijo, da poskusijo prenehati kaditi (Southwell & Yzer, 2007). Še en posreden način vodi prek vplivanja na družbene norme. V družbi se kot odziv na sporočila medijskih kampanj prične spreminjati vedenje ljudi in začnejo se vzpostavljati drugačne norme glede družbeno sprejemljivejšega vedenja (Abrams & Maibach, 2008). Te nove norme pa spodbudijo tiste, ki želijo vstopiti v to družbeno okolje, da prenehajo kaditi (Christakis & Fowler, 2008).

Poučenost o negativnih učinkih kajenja je napovedni dejavnik za podporo ljudi glede omejevanja tobačnih izdelkov. Še posebej pri nekadilcih je znanje o škodljivosti pasivnega kajenja povezano s trdnim odnosom podpore ukrepom za omejevanje tobačnih izdelkov. Vendar je znanje o tem, da kajenje povzroča pljučnega raka, povezano s trdno podporo omejevanja kajenja v zaprtih prostorih tudi med kadilci (Blake, et al., 2010).

V Sloveniji je med dejavniki tveganja kajenje tobaka najpomembnejši preprečljivi dejavnik tveganja za smrt in izgubljena zdrava leta življenja zaradi prezgodnje smrti in manjše zmožnosti. V obdobju 2001–2012 se je znižal delež kadilcev in zvišal delež nekdanjih kadilcev, a tudi znižal delež tistih, ki niso nikoli kadili. Neugodne spremembe v razširjenosti kajenja so izrazitejše med ženskami. Med ugodnimi izidi zaznavamo višanje deleža nekdanjih kadilcev. K temu sta najverjetneje najbolj prispevala ukrep prepovedi kajenja v vseh zaprtih javnih in delovnih prostorih ter povečan obseg svetovanj opustitve kajenja zdravstvenih delavcev (Tomšič, et al., 2014). V Sloveniji se v sklopu programov, ki so usmerjeni v informiranje o škodljivosti kajenja, redno pridružujemo različnim programom, npr. Ex kadilci so zmagovalci ali HELP-za življenje brez tobaka (Slovenska zveza za tobačno kontrolo in javno zdravje, 2005).

2.5.2 Prehranjevanje ter gibalna aktivnost

Komunikacijske intervencije, ki so se ukvarjale z vzroki za pojav bolezni srca in ožilja in so poudarjale zdravo prehranjevanje in gibalno aktivnost, so se začele pojavljati v 80. letih prejšnjega stoletja in so danes med najpogostejšimi (Wakefield, et al., 2010). Komunikacijske intervencije na področju zdravega prehranjevanja so največkrat ločene na posamična področja: zmanjševanje uporabe sladkorja in sladkih pijač (Boles, et al., 2014), zmanjševanje uporabe soli v prehrani (Land, et al., 2014) in povečanje uživanja sadja in zelenjave (Glasson, et al., 2013).

Kdo bi si pred nekaj leti mislil, da bodo ljudje za krepitev telesne odpornosti vsak dan popili majhno stekleničko tekočega jogurta. In čeprav se je kasneje izkazalo, da gre za marketinški trik, je ta izdelek še danes prisoten v marsikaterem gospodinjstvu (Mellentin, 2007). Programi promocije zdravja tako »tekmujejo« s komercialnimi marketinškimi pristopi, ki pa oglašujejo predvsem nezdravo prehrano, saj je oglaševanje hrane na televiziji zelo pomemben segment televizijskega oglaševanja in ima velik (negativni) vpliv na prehranske navade ljudi, še posebej otrok in najstnikov (Adachi-Mejia, et al., 2011; Wiecha, et al., 2006). Evropska Unija je financirala raziskavo EATWELL (Intervencije za spodbujanje navad zdravega prehranjevanja: Evalvacija in priporočila), s katero so poskušali ugotoviti učinek nacionalnih strategij in intervencij na zavedanje o zdravem prehranjevanju, potrošnjo hrane, zdravstvene izide in stroške ter koristi. Raziskava je prišla do ugotovitev, da so bile kampanje za informiranje javnosti pri poglobljanju zavedanja in ustvarjanju dobrih namenov za želeno vedenje uspešne, a niso uspele pri dejanskem spreminjanju prehranskih navad (Perez-Cueto, et al., 2011). Komunikacijske intervencije na področju zdravega prehranjevanja so lahko uspešne, vendar so to predvsem tiste, ki delujejo po principih socialnega marketinga (Wakefield, et al., 2010). V primeru, da so komunikacijske intervencije usmerjene le v izobraževanje, pa je obseg njihovega vpliva na dejansko vedenje vprašljiv (Walls, et al., 2011), saj so raziskave pokazale, da so se za učinkovitejše pri spreminjanju navad, povezanih z zdravim življenjskim slogom, izkazale komunikacijske intervencije, ki so se izvajale v kombinaciji več strategij sočasno, npr. z uporabo množičnih medijev in

drugimi komunikacijskimi kanali, ter znižanjem cen bolj zdravim izdelkom (Robinson, et al., 2014).

V Sloveniji je leta 2014 Ministrstvo za kmetijstvo, gozdarstvo in prehrano (MKGP) pričelo s promocijsko kampanjo s sloganom »Kakovost nam je blizu«. Njena ključna sporočila slovenskim potrošnikom so, da ima Slovenija enega od treh najboljših sistemov kontrole varnosti hrane v Evropi, da je kmetovanje v Sloveniji zaradi lastnosti slovenskega ekosistema bolj trajnostno, ter da je hrana iz bližine bolj okusna in hranljiva za prebivalce, ker je zaužita v času dozorelosti (Ministrstvo za kmetijstvo, gozdarstvo in prehrano (MKGP), 2014). Pod okriljem CINDI Slovenija je bila leta 2010 objavljena kampanja »Preveč soli škodi« (NIJZ, 2010), trgovska veriga pa že več let uspešno vodi akcijo »Pet na dan« (Kamin, 2006), s katero se določenim vrstam sadja in zelenjave znižajo cene in s tem poveča dostopnost. Vse to je lahko zelo koristno, saj več različnih strategij naenkrat dokazano poveča možnosti za uspeh komunikacijskih intervencij (Zhang, et al., 2014).

Redna gibalna aktivnost je eden izmed ključnih dejavnikov življenjskega sloga za ohranjanje in izboljšanje zdravja, še posebej danes, ko zmanjševanje pojavnosti debelosti, ki zlasti med mladimi že pridobiva razsežnosti pandemije, postaja eden izmed pomembnejših ciljev promocije zdravja (Kraak, et al., 2009). Komunikacijske intervencije v množičnih medijih imajo za cilj dvigniti zavedanje o pomenu gibalne aktivnosti, informirati in vplivati na spremembe stališč in na spremembe vedenjskega sloga na področju gibalne aktivnosti (Leavy, et al., 2011). Pri preverjanju učinkovitosti teh kampanj je Abioye s sodelavci (2013) v raziskavi ugotovil, da kampanje, ki spodbujajo gibalno aktivnost v množičnih medijih, lahko spodbudijo pri prebivalstvu več dejavnosti v obliki hoje, vendar večinoma ne morejo pomembno zmanjšati sedečega življenjskega sloga ali voditi k doseganju zadostne gibalne aktivnosti. A vseeno se uspešnost komunikacijskih intervencij med različnimi kampanjami razlikuje, saj so bile nekatere, bolj organizirane kampanje, uspešnejše od drugih (Leavy, et al., 2011). V Sloveniji je bil pionir na področju promocije gibalne aktivnosti v množičnih medijih športni novinar Mito Trefalt, ki je zasnoval in vodil kar nekaj TV oddaj, ki so imele zelo

velik uspeh in vpliv na takratne gledalce, npr. Televizijski trimski test in Brazde vzdržljivosti, ki obstajajo še danes (Mito Trefalt, n.d.).

2.5.3 Cepljenje

Podatki kažejo, da so cepljenja prinesla ogromno zdravstveno korist tako posamezniku kot vsemu človeštvu. Zahvaljujoč cepljenju zdaj mnogih nalezljivih bolezni, zaradi katerih so ljudje nekoč hudo zbolevali, postali invalidi ali celo umirali, ne srečamo več. Cilj cepljenja je zaščita pred zbolevanjem in s tem pred posledicami bolezni. Čeprav sodobna medicina v večini primerov takih bolezni zna preprečiti smrtni izid, pa so posledice zbolevanja (subjektivne težave, tveganje dolgotrajnih posledic bolezni, stroški zdravljenja) nesorazmerno velike v primerjavi s stroški in negativnimi učinki cepljenja (Kraigher, et al., 2011). V pomoč zdravstvenim delavcem, da bi dosegli in obdržali čim višjo stopnjo precepljenosti, ki zagotavlja t.i. kolektivno imunost, so prepoznane različne komunikacijske intervencije, ki starše in širšo skupnost opolnomočijo, da razumejo koristi in pomen cepljenja za njihovo lastno zdravje in zdravje družine ter skupnosti (Willis, et al., 2013). Letaki, plakati, predavanja zdravstvenih delavcev so tipični načini ozaveščanja posameznikov, medtem ko so televizijski dokumentarci in medijske kampanje namenjene ozaveščanju širših skupnosti (Galaway, 2005).

Kljub neizpodbitnim dokazom o učinkovitosti cepljenja in njegovem uspehu pa obstaja glasen lobi nasprotnikov cepljenja (Plotkin & Plotkin, 2004). In čeprav so neodvisni strokovnjaki in SZO dokazali, da so cepiva varnejša od terapevtskih zdravil, je vseeno varnost cepiv v medijih veliko bolj izpostavljena tema in dobi več pozornosti javnosti kot njihova učinkovitost (Folb, et al., 2004). Dejstvo je, da negativni vidiki cepljenja pritegnejo veliko več publicitete kot pozitivni (Andre, et al., 2008), poleg tega pa so nasprotniki cepljenja dobili za širjenje svojih idej in stališč nov medij - internet (Tafari, et al., 2014). Tradicionalno so bili zdravstveni delavci za paciente glavni vir informacij, povezanih z zdravjem, danes pa ljudje pogosto te informacije iščejo sami, večinoma prek interneta (McMullan, 2006; van Bekkum & Hilton, 2013). Medtem ko ima internet številne potencialne koristi, kot je npr. krepitev možnosti pacientovega informiranega odločanja, pa zaradi množice informacij, ki so si lahko nasprotujoče in napačno interpretirane, obstaja tudi skrb (Chung, 2013).

Medijsko poročanje pri odnosu do cepljenja igra veliko vlogo, saj so Wang, et al. (2011) dokazali povezavo med medijskim poročanjem o cepljenju proti ošpicam in odločitvijo staršev, da otroke (ne)cepijo. Proti vplivom kontroverznih medijskih sporočil niso imuni niti zdravstveni delavci. V raziskavi Torun, et al. (2010) je dve tretjini zdravstvenih delavcev izjavilo, da ne bodo cepili svojih otrok proti pandemski gripi H1N1. Najpogosteje navedeni razlog je bil strah pred stranskimi učinki cepiva. Za skoraj eno tretjino zdravstvenih delavcev (staršev) je bilo medijsko poročanje edini vir informacij. Tako lahko povzamemo, da edukacija splošne javnosti ne more biti uspešna, če zdravstveni delavci nimajo zadosti znanja in kompetenc npr. glede varnosti cepiv, o komuniciranju s starši in uspešnem nasprotovanju argumentom nasprotnikov cepljenja (Tafari, et al., 2014). Kajti tudi v grški raziskavi med zdravstvenimi delavci so ugotovili, da jih je večina informacije o varnosti cepiva dobila prek interneta, televizije in radia. O večjem strahu pred stranskimi učinki in posledičnem zavračanju cepljenja so poročali tisti, ki so informacije prejeli prek televizije in radia (Rachiotis, et al., 2010).

2.6 MERJENJE Z ZDRAVJEM POVEZANEGA ZNANJA, STALIŠČ IN VEDENJA

Za merjenje posameznikovih stališč, znanj in vedenja se pogosto uporabljajo t.i. KAP (Knowledge, Attitude, Practice) raziskave (Kaliyaperumal, 2004), kjer *knowledge* pomeni znanje, *attitude* stališča in *practice* vedenje. KAP raziskava za zbiranje podatkov največkrat uporablja kvantitativno metodologijo (vnaprej pripravljena vprašanja v strukturiranih vprašalnikih). KAP vprašanja običajno ne razkrijejo samo značilnosti znanja, stališč in z zdravjem povezanega vedenja, temveč tudi predstave, ki jih ima vsak posameznik o svojem telesu ali bolezni. S KAP raziskavo lahko (Gumucio, et al., 2011):

- izmerimo obseg znane situacije, potrdimo ali ovržemo hipoteze in prepoznamo nove vidike obstoječega stanja,
- pridobimo znanje o tem, kaj je narejeno in poznano na področjih povezanih z zdravjem,

- pridobimo izhodiščno točko (referenčno vrednost) za prihodnje meritve in merjenja učinkovitosti aktivnosti promocije zdravja, priporočimo intervencijske strategije, ki so prilagojene specifičnim okoliščinam in kulturnim dejavnikom, ki na te okoliščine vplivajo, ter da lahko priporočimo aktivnosti, ki odgovarjajo določeni izbrani populaciji (Gumucio, et al., 2011).

Poznamo različne načine merjenja znanja, stališč in vedenj posameznika. Znanje lahko merimo s t.i. testi znanja, ki vključujejo delno kategorizirana vprašanja, oz. vprašanja odprtega tipa, na katera udeleženci odgovorijo s kratkim odgovorom, ali pa jim ponudimo seznam odgovorov, iz katerega izberejo pravilne. Znanje je možno meriti tudi z vprašanji, na katere anketiranci odgovarjajo »pravilno« ali »napačno« (Hunt, 2003). Stališča se najpogosteje merijo s petstopenjsko Likertovo lestvico, lahko pa tudi s tristopenjsko Likertovo lestvico, če je izbrana populacija manj izobražena. S to metodo lahko določimo stopnjo intenzivnosti določenega stališča posameznika (Fautsch Macias & Glasauer, 2014). Vedenje se običajno meri tako, da se udeležence vpraša, kolikokrat na dan ali na teden se prehranjujejo z določenim živilom (sadje, meso, ribe ...), so gibalno aktivni, kakšne so njihove navade v povezavi s škodljivimi oblikami vedenja (kajenje, uporaba prepovedanih drog) ipd (Gumucio, et al., 2011).

Raziskave, ki ocenjujejo in analizirajo z zdravjem povezano znanje, stališča in vedenje, so koristno orodje, s katerim lahko spoznamo posameznikove osebne determinante glede zdravih navad (Fautsch Macias & Glasauer, 2014). Vendar to ne pomeni nujno, da izražena stališča napovedujejo posameznikovo vedenje. Pravzaprav so ugotovili, da povezave med stališči in posameznikovimi ravnanji ne morejo dokazati, saj na njegovo vedenje ne vplivajo le njegova stališča, temveč tudi množica okoliščin, v katerih se znajde (Ajzen & Fishbein, 2005).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Za snovalce medijskih kampanj in programov socialnega marketinga je nujno, da dobijo povratne informacije, ali so bili napori, da bi sporočila o zdravju dosegla zadostno število ljudi in učinkovala na njihova z zdravjem povezana znanja in stališča, uspešni. Na podlagi teh ugotovitev lahko sistematično načrtujejo naslednje korake in strategije promoviranja zdravja. Ker smo ugotovili, da na področju Slovenije takšnih raziskav, ki bi ocenjevale povezave med sporočili o zdravju v množičnih medijih in z zdravjem povezano znanje in stališča pri prebivalcih, nimamo, smo se odločili, da bomo to področje proučili.

Namen magistrskega dela je ugotoviti, kako so sporočila o zdravju v množičnih medijih povezana z znanji in stališči o zdravju pri odraslih prebivalcih Republike Slovenije. Zanima nas tudi, ali obstajajo statistično značilne razlike v znanju in stališčih, povezanih z zdravjem, glede na izpostavljenost različnim medijem in socialno demografske značilnosti prebivalcev Republike Slovenije.

C1: Ugotoviti povezave med pogostostjo spremljanja množičnih medijev in z zdravjem povezanim znanjem ter stališčih pri odraslih prebivalcih Republike Slovenije.

C2: Ugotoviti povezave med spremljanjem zdravstveno specifičnih vsebin v množičnih medijih in z zdravjem povezanim znanjem ter stališčih pri odraslih prebivalcih Republike Slovenije.

C3: Ugotoviti razlike v znanju in stališčih, povezanih z zdravjem, glede na socialno demografske značilnosti odraslih prebivalcev Republike Slovenije.

C4: Proučiti delež izpostavljenosti množičnim medijem in socialno demografskih značilnosti pri pojasnjevanju z zdravjem povezanih znanj in stališč pri odraslih prebivalcih Republike Slovenije.

3.2 RAZISKOVALNE HIPOTEZE

H1: Višja izpostavljenost množičnim medijem je statistično značilno povezana z višjo stopnjo znanja o zdravju.

H2: Višja izpostavljenost množičnim medijem je statistično značilno povezana s pozitivnejšimi stališči o zdravju.

H3: Bolj pogosto spremljanje zdravstveno specifičnih vsebin v množičnih medijih je statistično značilno povezano z več znanja o zdravju.

H4: Bolj pogosto spremljanje zdravstveno specifičnih vsebin v množičnih medijih je statistično značilno povezano s pozitivnejšimi stališči o zdravju.

H5: Višja stopnja izobrazbe in višji osebni dohodek sta statistično značilno povezana z boljšim znanjem in pozitivnejšimi stališči o zdravju.

H6: Na podlagi z zdravjem povezanih stališč, izobrazbe udeležencev, spola udeležencev in višine osebnega dohodka udeležencev lahko napovedujemo stopnjo z zdravjem povezanega znanja.

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Magistrsko delo temelji na neeksperimentalni, kvantitativni raziskovalni metodi z anketno metodologijo. V teoretičnem delu naloge smo uporabili deskriptivno metodo dela s pregledom strokovne literature – znanstvenih in strokovnih člankov, ki smo jih zbrali s pomočjo podatkovnih baz: PubMed, Cumulative Index and Allied Health (CINAHL), ProQuest, ter spletnega brskalnika Google. Za oblikovanje ključnih besed smo si pomagali s strukturo PICO (Populacija, Intervencija, Primernik (Comparator) in Izid (Outcome)). Tako so bile ključne besede v angleščini, ki smo jih pri iskanju literature uporabili, naslednje:

- Mass Media Campaign, Public Education, Social Marketing, Health Media Exposure.

- Knowledge, Attitudes, Healthy Behaviour, podpojmi s katerimi smo si pomagali: Physical Activity, Smoking, Healthy Eating, Vaccination.

Tujo in domačo strokovno literaturo smo zbirali v obdobju od decembra 2014 do vključno septembra 2015.

Pri iskanju literature v podatkovnih bazah smo se omejili na obdobje zadnjih petih let, uporabili smo napredno iskanje, ključne pojme smo povezali z Boolovim operaterjem »AND«. Postavili smo zahtevo, da morajo biti članki umeščeni kot raziskovalni članki z recenzijo, da so v angleškem jeziku, in da je izvleček na voljo. Tako smo s kombinacijami ključnih pojmov in opisanimi pogoji naprednega iskanja pridobili v podatkovni bazi:

- Pub Med: 1290 zadetkov, v naš teoretični pregled smo jih uvrstili 35.
- ProQuest: 1499 zadetkov, v naš teoretični pregled smo jih uvrstili 15.
- CINAHL: 154 zadetkov, v naš teoretični pregled smo jih uvrstili 7.

S pomočjo spletnega iskalnika Google smo kasneje tudi ročno iskali literaturo, za katero smo naslove pridobili iz seznama literature nekaterih relevantnih člankov, iz predlogov mentorice in somentorice ter drugo literaturo, predvsem dokumente Svetovne zdravstvene organizacije ter NIJZ, z uporabo kombinacij ključnih pojmov. Pri iskanju prek iskalnika Google zadetkov nismo časovno omejevali.

V slovenskem jeziku smo literaturo iskali predvsem s spletnim iskalnikom Google. Ključni pojmi, ki smo jih pri iskanju uporabili, pa so bili: množični mediji, promocija zdravja, kampanje promocije zdravja in socialni marketing; zadetkov nismo časovno omejevali.

3.3.2 Opis spremenljivk in merskega instrumenta

Za izvedbo empirične kvantitativne raziskave smo podatke zbirali s pomočjo strukturiranega vprašalnika zaprtega tipa z nekaj odprtimi vprašanji, ki smo ga na podlagi pregleda literature (Gumucio, et al., 2011; Fautsch Macias & Glasauer, 2014)

sestavili sami. Pri sestavljanju vprašalnika smo upoštevali tudi že obstoječe izvedene raziskave o znanju in stališčih na področjih kajenja (Lin, et al., 2010), prehranjevanja (Fautsch Macías & Glasauer, 2014), gibalne aktivnosti (Tomšič, et al., 2014) in cepljenja (Ritvo, et al., 2003). Na tematskem področju spremljanja množičnih medijev smo pri oblikovanju postavk upoštevali že izvedeno raziskavo Junga in sodelavcev (2014). Vprašalnik, ki smo ga uporabili za pridobivanje podatkov o znanju in stališčih glede zdravega načina življenja, vsebuje skupno 55 postavk in je sestavljen iz štirih tematskih sklopov:

- Prvi tematski sklop: Izpostavljenost množičnim medijem. Ta sklop je sestavljen iz treh podsklopov. Prvi je splošna izpostavljenost množičnim medijem med delovnim tednom (4 postavke), drugi je splošna izpostavljenost množičnim medijem za vikend (4 postavke), tretji pa pogostost spremljanja zdravstveno specifičnih vsebin v množičnih medijih (4 postavke). Udeleženci raziskave so pogostost spremljanja posameznih medijev ocenili v obliki števila ur spremljanja posameznega medija dnevno. V tretjem podsklopu, kjer so navajali pogostost spremljanja zdravstveno specifičnih vsebin, so podajali ocene v obliki števila spremljanj zdravstveno specifičnih vsebin na teden ali na mesec.
- Drugi tematski sklop: Z zdravim načinom življenja povezano znanje udeležencev raziskave. Vseboval je 22 trditvev, s katerimi smo ocenjevali z zdravjem povezano znanje udeležencev. Udeleženci so na posamezne trditve lahko odgovarjali z »drži«, »ne drži« ali »ne vem«. Pravilni odgovori udeležencev so bili v nadaljnji analizi ovrednoteni z eno točko, nepravilni odgovori in odgovor »ne vem« pa z nič točkami.
- Tretji tematski sklop: Z zdravim načinom življenja povezana stališča udeležencev raziskave. Za merjenje stališč smo uporabili petstopenjsko Likertovo lestvico stališč z opredeljenimi stopnjami: 1-se sploh ne strinjam, 2-se ne strinjam, 3-se niti strinjam niti ne strinjam, 4-se strinjam, 5-se popolnoma strinjam. Ta sklop vsebuje 14 postavk.

- Četrty tematski sklop: Socialno demografske značilnosti udeležencev (spol, regija, iz katere prihajajo, starost, stopnja zaključene izobrazbe, višina dohodka gospodinjstva, število članov gospodinjstva, zaposlitveni status). Ta sklop je sestavljen iz sedmih postavk.

Neodvisne spremenljivke v vprašalniku predstavljajo socialno demografske značilnosti udeležencev ter sklop o spremljanju množičnih medijev, odvisne spremenljivke pa so znanje in stališča o zdravem načinu življenja.

Končna verzija vprašalnika je bila oblikovana na podlagi predhodne pilotne raziskave z manjšim številom udeležencev ($n=35$). Pilotna raziskava je potekala v juniju 2015, vzorec je bil priročni. Najprej smo vsebinsko veljavnost vprašalnika preverili s petimi udeleženci glede vsebine, razumljivosti vprašanj, ustreznosti navodil in časovne ustreznosti izpolnjevanja vprašalnika. Nato smo zanesljivost sklopov vprašalnika preverili še z metodo notranje konsistentnosti s t.i. Cronbachovim koeficientom alfa na pilotnem vzorcu tridesetih izpolnjenih vprašalnikov.

Pri analizi pilotnega vzorca se je izkazalo, da:

Pri sklopu »Z zdravim življenjskim slogom povezano znanje« postavke: "zdrava prehrana vsebuje veliko maščob", "15 minut dnevno je zadosti gibanja" in "človek naj bi se z mesom prehranjeval vsak dan" vplivajo na nižjo zanesljivost lestvice »znanje« in negativno korelirajo s skupno lestvico »znanje«. Izmerjena vrednost Cronbach alfe je bila 0,631, zato smo te postavke iz sklopa »znanje« izločili in vrednost Cronbach alfe za ta sklop se je na pilotnem vzorcu povišala na 0,696.

Pri sklopu »Z zdravim življenjskim slogom povezana stališča« so se postavke: "cepljenje otrok je način, da se celotno populacijo zaščiti pred nevarnimi boleznimi", "zdrav življenjski slog je v prvi vrsti povezan z lepoto telesa" in "lepi ljudje so bolj uspešni" izkazale za manj zanesljive (Cronbachov koeficient alfa 0,476). Zato smo jih iz vprašalnika izločili in brez teh treh postavk je vrednost Cronbachovega koeficienta alfe na pilotnem vzorcu narasla na 0,580. Dobljeni rezultati v spremenjenem vprašalniku so primerljivi oz. so zelo blizu priporočni vrednosti zanesljivega merskega instrumenta. Za zanesljivost instrumenta velja, da je zanesljivost zelo dobra, če je vrednost

Cronbachovega koeficienta alfa od 0,80 do 1; zmerna pri vrednosti 0,60 do 0,80 in slaba pri vrednosti manj od 0,60 ali če ni podatka o zanesljivosti (Cenčič, 2009).

Rezultatov in podatkov iz pilotne raziskave v raziskavi za magistrsko delo nismo uporabili.

Merske značilnosti instrumenta smo preverjali tudi na celotnem proučevanem vzorcu (n=230):

- Cronbachov koeficient alfa je za 22 trditev, s katerimi smo ocenjevali »Z zdravim življenjskim slogom povezano znanje«, znašal 0,684, na podlagi česar lahko zaključimo, da je bila lestvica zanesljiva (Cenčič, 2009).
- Cronbachov koeficient alfa je za 14 postavk na lestvici »Z zdravim življenjskim slogom povezana stališča« znašal 0,679, na podlagi česar lahko zaključimo, da je bila lestvica zanesljiva (Cenčič, 2009).

3.3.3 Opis vzorca

Populacijo so predstavljali odrasli prebivalci Republike Slovenije, stari nad 18 let, ki imajo telefonski priključek. Vzorec je bil izbran z metodo enostavnega slučajnostnega vzorčenja.

Pripravo vzorca so izvedli raziskovalci Centra za raziskovanje javnega mnenja Znanstveno-raziskovalnega središča Univerze na Primorskem. Vzorčni okvir je predstavljal Telefonski imenik Slovenije. V raziskavi je bilo uporabljeno dvofazno vzorčenje – najprej sistematični vzorec, znotraj katerega je bil izbran naključni vzorec. Proporcionalni sistematični vzorec stacionarnih telefonskih števil je bil izbran glede na slovenske statistične regije (12). Z računalniškim programom znotraj programskega orodja WARP-IT je bil nato izbran slučajni vzorec števil stacionarnih telefonskih priključkov slovenskih gospodinjstev. V naslednjem koraku je bila ciljna oseba v vsakem gospodinjstvu izbrana z metodo zadnjega rojstnega dne.

Z anketiranjem smo pridobili 230 odgovorov, za kar je bilo poklicanih skupno 2198 telefonskih števil. Stopnja odgovorov tako znaša 10,5 %, kar je nižje od pričakovane

realizacije v telefonskih anketnih raziskavah (Link, et al., 2007), a odstopanje lahko pojasnimo s poletnim terminom izvedbe raziskave. Stopnje neodgovora v pričujoči raziskavi so naslednje: sodelovanje v raziskavi je zavrnilo 1006 anketiranih (45,8 %), zaradi neuspešnega kontaktiranja (nedosegljivosti telefonskih priključkov) ni sodelovalo 400 oziroma 18,2 % poklicanih, medtem ko je bilo nedosegljiva oziroma zasedena četrtina (25,0 %) klicanih, stopnja prekinitve med vprašalnikom pa je znašala 0,6 % (13 enot).

S telefonskim anketiranjem praviloma pridobimo vzorec, ki od celotne populacije deloma odstopa glede na spol in starost, saj v telefonskih raziskavah pogosteje sodelujejo ženske, zaradi vse manjše pokritosti s stacionarnimi telefonskimi priključki pa si te pogosteje lastijo starejši (Brick, et al., 2007). Zato smo odstopanja zbranega vzorca glede na demografske značilnosti v populaciji naknadno utežili glede na spol in starost, pri čemer smo uporabili aktualne populacijske podatke Statističnega urada Republike Slovenije (Statistični urad Republike Slovenije, 2015a). Zaradi postopka uteževanja posameznih spremenljivk v statističnem programu SPSS so nastale nekatere razlike med realiziranim vzorcem in med podatki, na katerih je bila opravljena nadaljnja statistična analiza. Zaradi navedenega razloga je v analizah, ki so predstavljene v nadaljevanju, potrebno upoštevati zgolj odstotke.

Končni vzorec je vključeval 230 udeležencev. V nadaljevanju prikazujemo njihove osnovne demografske lastnosti.

Tabela 1: Prikaz spolne in starostne strukture sodelujočih v raziskavi

	ŠTEVILO (n)	DELEŽ (%)
Spol		
Moški	113	49,2
Ženski	117	50,8
SKUPAJ	230	100,0
Starost		
18-28 let	34	14,8
29-39 let	45	19,6
40-50 let	45	19,5
51-61 let	45	19,5

	ŠTEVILO (n)	DELEŽ (%)
62-72 let	33	14,3
73 let in več	28	12,3
SKUPAJ	230	100,0

Iz tabele 1 lahko vidimo, da je vzorec vseboval 49,2 % udeležencev moškega in 50,8 % udeleženk ženskega spola. Glede starosti je bilo večina (skupno 58,6 %) udeležencev starih med 28 in 61 let. Večina preostalih udeležencev je bila starih od 18 do 28 let (14,8 %) in od 62 do 72 let (14,3 %). Najmanj (12,3 %) udeležencev je bilo starih 73 let ali več.

Tabela 2: Prikaz izobrazbene strukture udeležencev

Dosežena stopnja izobrazbe	ŠTEVILO (n)	DELEŽ (%)
Nedokončana osnovna šola	1	0,4
Osnovnošolska izobrazba	19	8,2
Srednješolska izobrazba	104	45,1
Visokošolska dodiplomska izobrazba	86	37,3
Visokošolska podiplomska izobrazba (magisterij, doktorat)	18	8,0
Brez odgovora	3	1,0
SKUPAJ	230	100,0

Izmed sodelujočih v raziskavi jih ima največ (45,1 %) dokončano srednješolsko izobrazbo. Sledijo jim udeleženci z dokončano visokošolsko diplomsko izobrazbo in sicer je bilo teh udeležencev 37,3 %. Večina preostalih udeležencev ima bodisi osnovnošolsko (8,2 %) bodisi visokošolsko podiplomsko izobrazbo (8,0 %). Le en udeleženec je bil brez dokončane osnovnošolske izobrazbe, trije udeleženci pa na vprašanje o doseženi stopnji izobrazbe niso podali odgovora.

Naslednja tabela 3 prikazuje strukturo udeležencev glede na statistično regijo. Vidimo lahko, da največ (24,4 %) udeležencev pripada osrednjeslovenski regiji. Sledijo jim udeleženci iz jugovzhodne Slovenije (13,3 %), podravske regije (11,9 %) in savinjske

regije (11,0 %). Najmanj sodelujočih v raziskavi je prebivalcev koroške regije (0,6 % oziroma le en udeleženec).

Tabela 3: Prikaz strukture udeležencev glede na statistično regijo

Regija	ŠTEVILO (n)	DELEŽ (%)
Pomurska regija	15	6,6
Podravska regija	27	11,9
Koroška regija	1	0,6
Savinjska regija	25	11,0
Zasavska regija	8	3,3
Posavska regija	9	4,0
Jugovzhodna Slovenija	30	13,1
Osrednjeslovenska regija	56	24,4
Gorenjska regija	16	7,2
Primorsko-notranjska regija	9	3,8
Goriška regija	18	7,9
Obalno-kraška regija	15	6,3
SKUPAJ	230	100,0

Tabela 4: Prikaz strukture udeležencev glede na neto mesečni dohodek gospodinjstva

Skupni neto mesečni dohodek gospodinjstva	ŠTEVILO (n)	DELEŽ (%)
Do 600 evrov mesečno	15	6,7
Od 600 do 1000 evrov mesečno	30	13,2
Od 1000 do 1500 evrov mesečno	51	22,0
Od 1500 do 2000 evrov mesečno	24	10,5
Od 2000 do 2500 evrov mesečno	18	7,9
Nad 2500 evrov mesečno	13	5,5
Brez odgovora	79	34,2
SKUPAJ	230	100,0

Iz tabele 4 lahko vidimo, da se največji delež (34,2 %) udeležencev ni opredelil glede višine neto mesečnega dohodka gospodinjstva. Izmed preostalih udeležencev pa se jih je največ, in sicer 51, opredelilo, da imajo skupni neto mesečni dohodek gospodinjstva med 1000 in 1500 evri. Skupni neto mesečni dohodek preostalih udeležencev pa je bodisi med 600 in 1000 evri (v 13,2 % primerov) bodisi med 1500 in 2000 evri (v 10,5 % primerov).

Tabela 5: Prikaz strukture udeležencev glede na število članov v gospodinjstvu

Število članov v gospodinjstvu	ŠTEVILO (n)	DELEŽ (%)
1	35	15,3
2	67	29,1
3	45	19,4
4	56	24,4
5	21	9,0
6	4	1,8
7	2	0,7
Brez odgovora	1	0,3
SKUPAJ	230	100,0

Tabela 5 prikazuje strukturo vzorca glede na število članov v gospodinjstvu. Vidimo lahko, da skoraj 30 % udeležencev živi v dvočlanskem, skoraj četrtina (24,4 %) udeležencev pa v štiričlanskem gospodinjstvu. Večina preostalih udeležencev živi bodisi v tričlanskem (19,4 %) bodisi v enočlanskem (15,3 %) gospodinjstvu. Le 6 udeležencev živi v več kot 6-članskem gospodinjstvu.

Tabela 6: Prikaz strukture udeležencev glede na zaposlitveni status

Zaposlitveni status	ŠTEVILO (n)	DELEŽ (%)
Zaposlen/-a ali samozaposlen/-a	108	47,0
Nezaposlen/-a	22	9,5
Študent/-ka	22	9,5
Upokojenec/-ka	75	32,7
Kmet/-ica	0	0
Gospodinja/-ec	2	0,9
Brez odgovora	1	0,4
SKUPAJ	230	100,0

Iz tabele 6 lahko vidimo, da je skoraj polovica (47 %) udeležencev zaposlenih ali samozaposlenih. Največ preostalih udeležencev (32,7 %) je upokojenih. Približno desetina udeležencev je bodisi nezaposlenih (9,5 %) bodisi študentov (9,5 %). Dva udeleženca sta se opredelila kot gospodinja/-ec, en udeleženec pa na to vprašanje ni podal odgovora.

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Po prejemu soglasja k predlagani dispoziciji in izvedbi pilotne študije je bilo za pridobivanje podatkov uporabljeno telefonsko anketiranje. Pridobivanje podatkov s telefonskim anketiranjem je v zadnjih nekaj desetletjih zelo priljubljeno, saj z njim lahko pokrijemo velik del populacije, je poceni, hitro izvedljivo in z njim lahko pridobimo kakovostne podatke. Še posebej se je v razvitem svetu razširilo z uvedbo t.i. CATI (Computer Assisted Telephone Interviewing), računalniško podprtega telefonskega anketiranja (Dillman, 2000).

Pridobivanje podatkov je bilo izvedeno v klicnem centru Centra za raziskovanje javnega mnenja Znanstveno-raziskovalnega središča Univerze na Primorskem (UP ZRS) med 6. in 15. julijem 2015. Anketiranje so izvedli izkušeni anketarji pod nadzorom strokovnih sodelavcev centra. Anketiranje je potekalo s pomočjo programa za računalniško podprto anketiranje WARP-IT, ki v izogib merskim napakam med izvedbo omogoča sprotni

nadzor nad podatki. Za izvedbo anketiranja je bilo angažiranih pet zunanjih sodelavcev Centra za raziskovanje javnega mnenja UP ZRS. Anketiranje je bilo natančno nadzorovano v vseh fazah, anketarji pa so bili predhodno poučeni in seznanjeni s strukturo vprašalnika.

Potencialnim udeležencem so anketarji na kratko opisali raziskavo in jih prosili za sodelovanje. Zagotovili so jim anonimnost zbranih podatkov. Pojasnili so jim, da sodelovanje ni obvezno, in da lahko od sodelovanja kadarkoli brez posledic odstopijo. Če so kontaktirani udeleženci podali svoj pristanek, je anketar pričel z vprašanji.

Zbrane podatke smo analizirali z uporabo programskega orodja IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), verzije 20,0.:

- za vse spremenljivke smo izračunali opisno statistiko,
- za ugotavljanje statistično značilnih razlik v stopnji znanja in stališč o zdravju glede na socialno demografske značilnosti smo uporabili bivariatne metode (Spearmanov koeficient ranga korelacije, Pearsonov koeficient ranga korelacije, χ^2 test za neodvisne vzorce),
- za ugotavljanje, ali z zdravjem povezana stališča lahko povzamemo z manjšim številom nadrednih kategorij, smo uporabili faktorsko analizo,
- za analizo vpliva z zdravjem povezanih stališč in socialno demografskih značilnosti na z zdravjem povezanim znanjem pa smo uporabili multiplo linearno regresijsko analizo.

Za statistično značilne vrednosti smo upoštevali razlike na ravni 5 % in manjšega tveganja ($p = \leq 0,050$).

3.4 REZULTATI

3.4.1 Spremljanje množičnih medijev

Iz izračuna modusa v tabeli 7 lahko vidimo, da največ udeležencev gleda televizijo (TV) dve uri na dan. To velja tako za običajni delovni dan kot tudi za običajni dan ob koncu tedna. Polovica udeležencev posluša radio in preživi na internetu manj kot eno uro na dan, polovica udeležencev pa več kot eno uro na dan ($Me = 1$). To velja tako za običajne delovne dni kot tudi za konec tedna. Večina udeležencev med tednom in med vikendom ne bere časopisov, saj je modus spremenljivke enak 0. Polovica jih med tednom bere manj kot 20 minut na dan, druga polovica pa več kot 20 minut na dan ($Me = 20$ min). Udeleženci še redkeje berejo časopis med vikendom, in sicer jih 50 % bere časopis manj kot 15 minut dnevno, 50 % pa več kot 15 minut dnevno ($Me = 15$ min). Iz minimalnih in maksimalnih vrednosti lahko tudi vidimo, da so bili odgovori udeležencev precej razpršeni. Vrednosti razponov odgovorov udeležencev so največje pri gledanju TV in poslušanju radia, kjer se odgovori udeležencev razlikujejo do 24 ur (tj. eni udeleženci sploh niso poročali o gledanju TV/poslušanju radia, medtem ko drugi udeleženci to počno cel dan). Udeleženci so si bili najbolj enotni pri aktivnosti branje za konec tedna. Razpon te spremenljivke je bil najmanjši, in sicer je znašal 6 ur.

V tabeli 7 so prikazane tudi opisne statistike za pogostost spremljanja zdravstveno specifičnih vsebin v različnih medijih (zadnje štiri vrstice tabele). Vidimo, da večina udeležencev ne spremlja zdravstveno specifičnih vsebin prek medijev, saj so modusi za vse štiri spremenljivke enaki 0. Po drugi strani pa vidimo, da sta mediani za spremljanje zdravstveno specifičnih vsebin prek TV-ja in prek interneta enaki 1, kar pomeni, da polovica udeležencev spremlja zdravstveno obarvane vsebine prek televizije/interneta več kot enkrat mesečno, polovica pa manj kot enkrat mesečno. Podobno kot pri prejšnjih spremenljivkah lahko tudi pri spremljanju zdravstveno specifičnih vsebin vidimo, da je razpršenost (razpon) podatkov precejšen, in sicer se po večini razteza od 0 do 28. To pomeni, da so nekateri udeleženci poročali o tem, da vsak dan v mesecu spremljajo zdravstveno specifične vsebine.

Tabela 7: Prikaz odgovorov udeležencev na vprašanja o pogostosti spremljanja množičnih medijev

TRDITEV	MEDIANA (Me)	MODUS (Mo)	RAZPON	MINIMUM	MAKSIMUM
Na običajni delovni dan, koliko ur običajno: Gledate TV	2 uri	2 uri	24 ur	0 ur	24 ur
Na običajni delovni dan, koliko ur običajno: Poslušate radio	1 uro	0 ur	24 ur	0 ur	24 ur
Na običajni delovni dan, koliko ur običajno: Preživite na internetu	1 uro	0 ur	10 ur	0 ur	10 ur
Na običajni delovni dan, koliko ur običajno: Berete časopise/revije	1/3 ure	0 ur	20 ur	0 ur	20 ur
Na običajni konec tedna, koliko ur običajno: Gledate TV	2 uri	2 uri	24 ur	0 ur	24 ur
Na običajni konec tedna, koliko ur običajno: Poslušate radio	1 uro	0 ur	24 ur	0 ur	24 ur
Na običajni konec tedna, koliko ur običajno: Preživite na internetu	1 uro	0 ur	18 ur	0 ur	18 ur
Na običajni konec tedna, koliko ur običajno: Berete časopise/revije	¼ ure	0 ur	6 ur	0 ur	6 ur
Pogostost spremljanja zdravstveno specifičnih vsebin prek TV na mesec	1-krat	0-krat	28-krat	0-krat	28-krat
Pogostost spremljanja zdravstveno specifičnih vsebin prek radia na mesec	0-krat	0-krat	28-krat	0-krat	28-krat
Pogostost spremljanja zdravstveno specifičnih vsebin prek interneta na mesec	1-krat	0-krat	84-krat	0-krat	84-krat
Pogostost spremljanja zdravstveno specifičnih vsebin prek tiska na mesec	0-krat	0-krat	28-krat	0-krat	28-krat

Kot meri sredine sta bili vzeti Mediana in Modus, saj so bile distribucije odgovorov udeležencev izrazito desno asimetrične (večina udeležencev je podajala odgovore z nizkimi vrednostmi). Zaradi tega bi bil izračun aritmetičnih sredin nepravilen oziroma izkrivljen.

V nadaljevanju smo za oba sklopa, s katerima smo ocenjevali spremljanje množičnih medijev, izračunali vrednost Cronbachovih alfa koeficientov zanesljivosti. Pred tem smo pretvorili vrednost odgovorov udeležencev v povprečne vrednosti spremljanja posameznih medijev dnevno (prvi sklop) in v kategorije »nikoli«, »manj kot enkrat tedensko« in »več kot enkrat tedensko« (drugi sklop). Za tovrstno pretvorbo vrednosti smo se odločili na osnovi predhodnih raziskav (Jung, et al., 2014), kjer so raziskovalci

uporabili enak algoritem pretvorbe vrednosti. Dobljeni vrednosti Cronbachovih alfa koeficientov sta bili nizki, in sicer je vrednost koeficienta za prvi sklop znašala 0,410, za drugi sklop pa 0,380, kar je verjetno posledica predhodne ugotovitve o izrazito neenakomerni (asimetrični) porazdelitvi odgovorov udeležencev.

V nadaljnjih analizah (tj. pri preverjanju raziskovalnih hipotez) smo zato poleg predlaganih seštevcev (Jung, et al., 2014) uporabili tudi sumarne dosežke udeležencev, torej seštevke ur spremljanj medijev ob koncu tedna in med tednom. Na ta način so se naši podatki še najbolj približali normalni porazdelitvi, ki je pogoj za uporabo nadaljnjih statističnih analiz.

3.4.2 Znanje o vsebinah povezanih z zdravjem

Z drugim sklopom anketnega vprašalnika smo preverjali, kakšno je z zdravjem povezano znanje udeležencev. V nadaljevanju prikazujemo deleže pravih odgovorov na posamezna vprašanja anketnega vprašalnika. Katere trditve smo šteli za pravilne, je prikazano v prilogi 1 (poglavje 6.1), na koncu tega magistrskega dela.

Tabela 8: Prikaz deleža pravih in nepravilnih odgovorov na vprašanja o z zdravjem povezanim znanju

VPRAŠANJE	DELEŽ PRAVILNIH ODGOVOROV (%)	DELEŽ NEPRAVILNIH ODGOVOROV (%)
Bolezni srca in ožilja ter nekatere oblike raka so lahko posledica nezdravega življenja.	96,3	3,7
Za uravnoteženo prehranjevanje je potrebno jesti največ beljakovin.	49,3	50,7
Klobasa vsebuje malo soli.	80,6	19,4
Olja vsebujejo predvsem nasičene maščobe.	28,7	71,3
Bel kruh vsebuje veliko vitaminov in mineralov.	86,9	13,1
Uravnotežena prehrana, bogata s sadjem in zelenjavo, lahko prepreči nastanek obolenja srca.	90,1	9,9
Zdravje pasivnih kadilcev ni ogroženo.	90,7	9,3
Nasičene maščobe (živalske) ne povzročijo dviga vrednosti holesterola v krvi.	60,2	39,8
Prehrana, bogata s soljo, povzroča visok krvni tlak.	86,6	13,4
Kajenje poveča kapaciteto pljuč.	84,2	15,8

VPRAŠANJE	DELEŽ PRAVILNIH ODGOVOROV (%)	DELEŽ NEPRAVILNIH ODGOVOROV (%)
Pri cepljenju v telo vnesemo mrtve ali spremenjene viruse ali bakterije, ki povzročajo določeno bolezen.	37,6	62,4
Kajenje v nosečnosti škoduje le materi in ne vpliva na plod.	96,3	3,7
Pitje industrijskih sadnih sokov je zdravo, saj vsebujejo veliko sadja.	90,2	9,8
Sedeč življenjski slog je zdravju škodljiv.	85,5	14,5
Cepiva spadajo med najcenejše in najučinkovitejše oblike preprečevanja bolezni.	42,8	57,2
Ogljikov monoksid v cigaretah zmanjša zmožnost vezave hemoglobina in kisika v rdečih krvničkah.	57,0	43,0
Rekreacija in ukvarjanje s športom ne vplivata na psihično počutje.	92,0	8,0
Antioksidanti so zdravju škodljivi.	61,5	38,5
Zdravo je, če pojemo dva obilna obroka na dan.	90,0	10,0
Z dvema rezinama kruha na dan prejmemo zadosti soli.	63,6	36,4
Avtizem pri otrocih je posledica cepljenja.	45,9	54,1
Zmrznjena hrana, ki jo hitreje pripravimo, je enako zdrava kot sveža.	91,5	8,5

Iz tabele 8 lahko vidimo, da je bil delež nepravilnih odgovorov udeležencev največji pri postavki »Olja vsebujejo predvsem nasičene maščobe«, kjer je kar 71,3 % udeležencev podalo napačen odgovor. Precej udeležencev (62,4 % in 57,2 %) je podalo napačen odgovor tudi na dve postavki o cepljenju (»Pri cepljenju v telo vnesemo mrtve ali spremenjene viruse ali bakterije, ki povzročajo določeno bolezen.« in »Cepiva spadajo med najcenejše in najučinkovitejše oblike preprečevanja bolezni.«). Več kot polovica (54,1 %) udeležencev ima tudi napačno mnenje glede povezanosti avtizma in cepljenja pri otrocih. Zadnja postavka, pri kateri je več kot polovica (50,7 %) udeležencev podalo napačen odgovor, je postavka »Za uravnoteženo prehranjevanje je potrebno jesti največ beljakovin«. Pri vseh ostalih postavkah sklopa »znanje« je več kot polovica udeležencev odgovorila pravilno. Delež pravilnih odgovorov je bil največji pri postavkah »Bolezni srca in ožilja ter nekatere oblike raka so lahko posledica nezdravega življenja.«, »Kajenje v nosečnosti škoduje le materi in ne vpliva na plod.«, »Rekreacija in ukvarjanje s športom ne vplivata na psihično počutje.«, »Zmrznjena hrana, ki jo hitreje pripravimo, je enako zdrava kot sveža.«, »Zdravje pasivnih kadilcev ni

ogroženo.«, »Pitje industrijskih sadnih sokov je zdravo, saj vsebujejo veliko sadja.«, »Uravnotežena prehrana bogata s sadjem in zelenjavo lahko prepreči nastanek obolenja srca.« in »Zdravo je, če pojemo dva obilna obroka na dan.«, kjer je pravilne odgovore podalo 90 % udeležencev ali več. Potencialno šibko področje udeležencev je tudi poznavanje škodljivih učinkov soli, saj je nepravilne odgovore na te postavke po večini podajalo med 20 in 40 % udeležencev.

V nadaljevanju nas je zanimalo, ali se posamezne skupine udeležencev (glede na statistično regijo, izobrazbo in spol) razlikujejo med seboj v deležu pravilnih in nepravilnih odgovorov. Da bi odgovorili na to vprašanje, smo v nadaljevanju izvedli več hi-kvadrat preizkusov povezanosti med pravilnostjo odgovorov v sklopu vprašalnika »znanje« in posameznimi demografskimi spremenljivkami. Rezultate prikazuje tabela 9.

Tabela 9: Povzetek hi-kvadrat preizkusov povezanosti med pravilnostjo posameznih odgovorov in demografskimi spremenljivkami

VPRAŠANJE	RAZLIKE GLEDE NA REGIJO $\chi^2(p)$	RAZLIKE GLEDE NA IZOBRAZBO $\chi^2(p)$	RAZLIKE GLEDE NA SPOL $\chi^2(p)$
Bolezni srca in ožilja ter nekatere oblike raka so lahko posledica nezdravega življenja.	11,299 (0,419)	18,986 (<0,010)	0,574 (0,449)
Za uravnoteženo prehranjevanje je potrebno jesti največ beljakovin.	11,749 (0,383)	5,844 (0,211)	$\leq 0,001$ (0,999)
Klobasa vsebuje malo soli.	27,849 (< 0,010)	15,532 (< 0,010)	5,250 (< 0,050)
Olja vsebujejo predvsem nasičene maščobe.	19,528 (0,052)	0,281 (0,991)	0,028 (0,867)
Bel kruh vsebuje veliko vitaminov in mineralov.	20,906 (< 0,050)	36,404 (< 0,010)	2,703 (0,100)
Uravnotežena prehrana, bogata s sadjem in zelenjavo, lahko prepreči nastanek obolenja srca.	12,777 (0,343)	8,178 (0,085)	0,559 (0,455)
Zdravje pasivnih kadilcev ni ogroženo.	15,433 (0,163)	5,589 (0,210)	0,132 (0,717)
Nasičene maščobe (živalske) ne povzročijo dviga vrednosti holesterola v krvi.	23,271 (< 0,050)	2,196 (0,700)	1,340 (0,247)
Prehrana, bogata s soljo, povzroča visok krvni tlak.	6,511 (0,837)	8,416 (0,077)	0,467 (494)
Kajenje poveča kapaciteto pljuč.	27,624 (< 0,010)	27,516 (< 0,010)	2,250 (0,134)
Pri cepljenju v telo vnesemo mrtve ali spremenjene viruse ali bakterije, ki povzročajo določeno bolezen.	7,626 (0,746)	5,720 (0,221)	0,557 (0,456)
Kajenje v nosečnosti škoduje le materi in ne vpliva na plod.	5,687 (0,893)	10,550 (< 0,050)	0,003 (0,960)

VPRAŠANJE	RAZLIKE GLEDE NA REGIJO $\chi^2(p)$	RAZLIKE GLEDE NA IZOBRAZBO $\chi^2(p)$	RAZLIKE GLEDE NA SPOL $\chi^2(p)$
Pitje industrijskih sadnih sokov je zdravo, saj vsebujejo veliko sadja.	10,638 (0,474)	8,135 (0,087)	0,559 (0,455)
Sedeč življenjski slog je zdravju škodljiv.	10,553 (0,481)	5,859 (0,210)	13,559 (< 0,010)
Cepiva spadajo med najcenejše in najučinkovitejše oblike preprečevanja bolezni.	12,585 (0,321)	2,813 (0,590)	1,349 (0,245)
Ogljikov monoksid v cigaretah zmanjša zmožnost vezave hemoglobina in kisika v rdečih krvničkah.	10,720 (0,467)	4,855 (0,303)	1,349 (0,245)
Rekreacija in ukvarjanje s športom ne vplivata na psihično počutje.	15,805 (0,149)	2,872 (0,579)	1,122 (0,290)
Antioksidanti so zdravju škodljivi.	20,916 (< 0,050)	44,386 (< 0,010)	0,218 (0,640)
Zdravo je, če pojemo dva obilna obroka na dan.	33,984 (< 0,010)	10,047 (< 0,050)	4,270 (< 0,050)
Z dvema rezinama kruha na dan prejmemo zadosti soli.	13,120 (0,286)	3,786 (0,436)	9,498 (< 0,010)
Avtizem pri otrocih je posledica cepljenja.	21,492 (< 0,050)	23,861 (< 0,010)	0,663 (0,415)
Zmrznjena hrana, ki jo hitreje pripravimo, je enako zdrava kot sveža.*	18,790 (0,065)	3,475 (0,482)	5,103 (< 0,050)

*S krepkim tiskom so označene povezave, ki so bile statistično pomembne.

Iz tabele 9 lahko vidimo, da je prišlo do povezanosti med prvo postavko sklopa znanje (»Bolezni srca in ožilja ter nekatere oblike raka so lahko posledica nezdravega življenja.«) ter izobrazbo udeležencev, in sicer so bolj izobraženi udeleženci statistično pomembno pogosteje podajali pravilne odgovore kot manj izobraženi udeleženci ($\chi^2(4) = 18,986$, $p < 0,010$). Do razlik med posameznimi demografskimi skupinami udeležencev je prišlo tudi pri tretji postavki (»Klobasa vsebuje malo soli.«), kjer so se statistično pomembno razlikovali odgovori udeležencev iz različnih regij ($\chi^2(11) = 27,849$, $p < 0,010$), različno izobraženih udeležencev ($\chi^2(4) = 15,532$, $p < 0,010$) in udeležencev različnega spola ($\chi^2(1) = 5,250$, $p < 0,050$). Glede na regijo je največji delež udeležencev, ki so podali nepravilen odgovor, prihajalo iz primorsko-notranjske in obalno-kraške regije. Udeleženci iz osrednjeslovenske regije pa so podajali najbolj pravilne odgovore. Delež pravilnih odgovorov udeležencev je naraščal z naraščajočo stopnjo izobrazbe. Glede na spol pa je prišlo do razlik v prid ženskim udeleženkam, saj so le-te pomembno pogosteje pravilno odgovorile na navedeno postavko. Naslednja postavka, pri kateri je prišlo do pomembnih razlik med posameznimi demografskimi skupinami, je postavka »Bel kruh vsebuje veliko vitaminov in mineralov.«, kjer je prišlo do statistično pomembnih razlik med udeleženci iz različnih statističnih regij ($\chi^2(11) =$

20,906, $p < 0,050$) in med različno izobraženimi udeleženci ($\chi^2(4) = 36,404$, $p < 0,010$). Nepravilne odgovore je tako podalo največ udeležencev iz posavske in podravske regije ter jugovzhodne Slovenije. Udeleženci iz osrednje Slovenije so ponovno podajali najbolj pravilne odgovore, medtem ko je delež pravih odgovorov ponovno naraščal z naraščanjem stopnje izobrazbe udeležencev. Udeleženci iz različnih statističnih regij so se statistično pomembno razlikovali tudi pri postavki »Nasičene maščobe (živalske) ne povzročijo dviga vrednosti holesterola v krvi.« ($\chi^2(11) = 23,271$, $p < 0,050$), kjer so največ nepravilnih odgovorov podali udeleženci iz podravske regije, jugovzhodne Slovenije in savinjske regije. Najbolj pravilne odgovore pa so podajali udeleženci iz zahodnoslovenskih in osrednjeslovenskih regij. Pri postavki »Kajenje poveča kapaciteto pljuč.« je ravno tako prišlo do pomembnih razlik med posameznimi skupinami udeležencev. Udeleženci z višjo stopnjo izobrazbe so podajali statistično pomembno bolj pravilne odgovore ($\chi^2(4) = 27,516$, $p < 0,010$). Povezanost med pripadnostjo določeni statistični regiji in pravilnostjo odgovorov udeležencev je bila ravno tako statistično pomembna ($\chi^2(11) = 27,624$, $p < 0,010$). Nepravilne odgovore so na to postavko najpogosteje podajali udeleženci iz podravske, posavske in primorsko-notranjske regije. Največ pravih odgovorov pa so podajali udeleženci iz pomurske in osrednjeslovenske regije. Razlike med različno izobraženimi udeleženci so bile pomembne tudi pri postavki »Kajenje v nosečnosti škoduje le materi in ne vpliva na plod.«, kjer so bolj izobraženi udeleženci statistično pomembno pogosteje podajali pravilne odgovore na postavko ($\chi^2(4) = 10,550$, $p < 0,050$). Naslednje statistično pomembne razlike smo zabeležili pri postavki »Sedeč življenjski slog je zdravju škodljiv.«, kjer so se pomembno razlikovali moški udeleženci in ženske udeleženke. Ženske so statistično pomembno bolj pravilno odgovarjale na navedeno postavko v primerjavi z moškimi udeleženci ($\chi^2(1) = 13,559$, $p < 0,010$). Do pomembnih razlik med udeleženci je prišlo tudi pri zadnjih petih postavkah sklopa vprašalnika, s katerim smo ocenjevali z zdravjem povezano znanje udeležencev. Pri postavki »Antioksidanti so zdravju škodljivi.« smo zabeležili pomembne razlike med udeleženci iz različnih statističnih regij ($\chi^2(11) = 20,916$, $p < 0,050$) in med različno izobraženimi udeleženci ($\chi^2(4) = 44,386$, $p < 0,010$). Na navedeno postavko je nepravilno odgovorilo največ udeležencev iz podravske, posavske, savinjske, primorsko-notranjske, goriške in obalno-kraške regije. Najbolj pravilno pa so odgovarjali udeleženci iz gorenjske in

zasavske regije. Pogostost pravih odgovorov je tudi tukaj naraščala z naraščajočo stopnjo izobrazbe udeležencev. Pri postavki »Zdravo je, če pojemo dva obilna obroka na dan.« je prišlo do pomembnih razlik med udeleženci iz različnih statističnih regij ($\chi^2(11) = 33,984$, $p < 0,010$), med različno izobraženimi udeleženci ($\chi^2(4) = 10,047$, $p < 0,050$) in med udeleženci različnega spola ($\chi^2(1) = 4,270$, $p < 0,050$). Ženske udeleženke so ponovno pogosteje podajale pravilne odgovore v primerjavi z moškimi udeleženci. Pogostost pravih odgovorov na to postavko je naraščala z naraščajočo stopnjo izobrazbe udeležencev. Glede na statistično regijo pa so znova najslabše odgovore podajali udeleženci iz podravske regije, medtem ko so bili (ne)pravilni odgovori udeležencev iz ostalih statističnih regij dokaj uravnoteženi. Pri postavki »Z dvema rezinama kruha na dan prejmemo dovolj soli.« smo zabeležili zgolj pomembne razlike glede na spol udeležencev ($\chi^2(1) = 9,498$, $p < 0,010$), in sicer so ženske statistično pomembno pogosteje podajale pravilne odgovore na to postavko. Pri predzadnji postavki (»Avtizem pri otrocih je posledica cepljenja.«) smo zabeležili pomembne razlike med udeleženci iz različnih statističnih regij ($\chi^2(11) = 21,492$, $p < 0,050$) in med različno izobraženimi udeleženci ($\chi^2(4) = 23,861$, $p < 0,010$). Največ nepravilnih odgovorov na postavko so podali udeleženci iz podravske, posavske, osrednjeslovenske, primorsko-notranjske in goriške regije. Največ pravih odgovorov pa udeleženci iz gorenjske in obalno-kraške regije. Pogostost pravih odgovorov je tudi tukaj naraščala z naraščajočo stopnjo izobrazbe udeležencev. Pri zadnji postavki sklopa vprašalnika, s katerimi smo ocenjevali z zdravjem povezano znanje udeležencev, smo zabeležili zgolj statistično pomembne razlike glede na spol udeležencev ($\chi^2(1) = 5,103$, $p < 0,050$), kjer so moški udeleženci v primerjavi z ženskami statistično pomembno pogosteje pravilno odgovarjali na postavko »Zamrznjena hrana, ki jo hitreje pripravimo, je enako zdrava kot sveža.«.

3.4.3 Z zdravjem povezana stališča

Tabela 10: Prikaz odgovorov udeležencev na postavke o z zdravjem povezanih stališčih

TRDITEV	N	PV	SO
Informacije, ki jih o zdravem načinu življenja pridobim iz medijev, se mi zdijo verodostojne.	226	3,04	0,84
Nasprotniki cepljenja imajo prav.	210	2,22	0,94
Pri nakupu hrane mi je najpomembnejši okus.	228	3,11	1,23
Zdrav način življenja se mi zdi zelo pomemben.	230	4,49	0,68
Prehrana je pomemben dejavnik ohranjanja zdravja.	230	4,55	0,60
O pomenu zdravega načina življenja strokovnjaki pretiravajo.	223	3,06	1,02
Informacije, ki jih o zdravem načinu življenja dobim iz medijev, se mi zdijo koristne.	224	3,47	0,92
Redna gibalna aktivnost omogoča boljše kakovost življenja.	228	4,49	0,60
Pri nakupu hrane mi je najpomembnejša cena.	230	2,44	1,03
Cepljenje je škodljivo.	219	2,36	0,97
V dobro drugih ljudi mora biti kajenje v javnih prostorih prepovedano.	230	4,58	0,72
Nasvete o zdravem življenju, ki jih dobim iz medijev, običajno upoštevam.	227	3,04	0,89
Redna rekreacija je proč vržen čas in denar.	230	1,38	0,77
Za zdrav izdelek sem pripravljen plačati več.	230	3,92	0,77

N = število odgovorov udeležencev, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon odgovorov udeležencev

Iz tabele 10 lahko vidimo, da so se udeleženci najbolj strinjali z naslednjimi z zdravjem povezanimi stališči: »V dobro drugih ljudi mora biti kajenje v javnih prostorih prepovedano.« (PV = 4,58), »Prehrana je pomemben dejavnik ohranjanja zdravja.« (PV = 4,55), »Redna gibalna aktivnost omogoča boljše kakovost življenja.« (PV = 4,49) in »Zdrav način življenja se mi zdi zelo pomemben.« (PV = 4,49). Nasprotno so udeleženci izkazovali najnižjo stopnjo strinjanja z naslednjimi stališči: »Redna rekreacija je proč vržen čas in denar.« (PV = 1,38), »Nasprotniki cepljenja imajo prav.« (PV = 2,22), »Cepljenje je škodljivo.« (PV = 2,36) in »Pri nakupu hrane mi je najpomembnejša cena.« (PV = 2,44). Kot je razvidno iz tabele 10, so torej udeleženci najbolj visoko vrednotili stališča, vezana na zdrav življenjski slog (veliko gibanja, ustrezna prehrana, odsotnost kajenja), najmanj pa so se strinjali z radikalnimi stališči nasprotnikov cepljenja.

V nadaljevanju nas je zanimalo, ali lahko z zdravjem povezana stališča povzamemo z manjšim številom nadrednih kategorij (faktorjev). V ta namen smo izvedli eksploratorno faktorsko analizo, katere rezultate prikazujemo v nadaljevanju.

Pred izvedbo faktorske analize smo izračunali vrednost Keiser-Meyer-Olkin statistike (KMO), ki je znašala 0,707, kar je dovolj blizu vrednosti 1. Poleg tega je Bartlettov test sferičnosti pokazal na statistično pomembne rezultate ($\chi^2(91) = 562,193$, $p < 0,010$), s čimer sta bila izpolnjena oba predpogoja uporabe faktorske analize. Pri izločanju števila faktorjev smo se držali privzetega algoritma (lastna vrednost faktorja mora biti večja od 1). Na ta način nam je program izločil pet faktorjev, ki skupno pojasnijo kar 63,2 % variabilnosti v odgovorih udeležencev. V nadaljevanju prikazujemo matriko korelacij oziroma nasičenosti posameznih faktorjev s postavkami, s katerimi smo ocenjevali z zdravjem pogojena stališča udeležencev.

Tabela 11: Faktorska analiza odgovorov na sklop vprašanj o z zdravjem povezanih stališčih

TRDITEV	FAKTORJI				
	FAKTOR 1	FAKTOR 2	FAKTOR 3	FAKTOR 4	FAKTOR 5
Informacije, ki jih o zdravem načinu življenja dobim iz medijev, se mi zdijo koristne.	0,858	0,211	-0,034	-0,036	-0,068
Nasvete o zdravem življenju, ki jih dobim iz medijev, običajno upoštevam.	0,834	0,385	-0,074	-0,170	0,114
Informacije, ki jih o zdravem načinu življenja pridobim iz medijev, se mi zdijo verodostojne.	0,740	0,115	-0,145	-0,012	-0,197
Zdrav način življenja se mi zdi zelo pomemben.	0,156	0,761	0,035	-0,095	-0,080
Redna gibalna aktivnost omogoča boljšo kakovost življenja.	0,334	0,746	0,024	-0,194	-0,231
Prehrana je pomemben dejavnik ohranjanja zdravja.	0,125	0,710	-0,075	-0,351	0,039
V dobro drugih ljudi mora biti kajenje v javnih prostorih prepovedano.	0,475	0,590	-0,228	-0,442	0,021
Nasprotniki cepljenja imajo prav.	-0,047	0,080	0,817	-0,098	0,213
Cepljenje je škodljivo.	-0,093	-0,164	0,812	0,311	0,075
Pri nakupu hrane mi je najpomembnejša cena.	0,019	-0,048	0,143	0,789	0,208
Za zdrav izdelek sem pripravljen plačati več.	0,243	0,442	-0,038	-0,656	0,155
Pri nakupu hrane mi je najpomembnejši okus.	0,164	-0,263	-0,393	0,540	0,354

TRDITEV	FAKTORJI				
	FAKTOR 1	FAKTOR 2	FAKTOR 3	FAKTOR 4	FAKTOR 5
O pomenu zdravega načina življenja strokovnjaki pretiravajo.	-0,170	-0,001	0,192	0,206	0,702
Redna rekreacija je proč vržen čas in denar.	-0,103	-0,338	0,118	0,072	0,630

Iz tabele 11 lahko vidimo, da je prvi faktor povezan predvsem s postavkami »Informacije, ki jih o zdravem načinu življenja dobim iz medijev, se mi zdijo koristne.«, »Nasvete o zdravem življenju, ki jih dobim iz medijev, običajno upoštevam.« in »Informacije, ki jih o zdravem načinu življenja pridobim iz medijev, se mi zdijo verodostojne.«. Prvi faktor bi tako lahko poimenovali **pozitivna stališča do zdravstveno specifičnih vsebin iz medijev**. Drugi faktor je najbolj nasičen z naslednjimi postavkami: »Zdrav način življenja se mi zdi zelo pomemben.«, »Redna gibalna aktivnost omogoča boljšo kakovost življenja.«, »Prehrana je pomemben dejavnik ohranjanja zdravja.«, »V dobro drugih ljudi mora biti kajenje v javnih prostorih prepovedano.«, zaradi česar bi ga lahko imenovali **pozitivna stališča do zdravega načina življenja**. Tretji faktor je visoko povezan s postavkama »Nasprotniki cepljenja imajo prav.« in »Cepljenje je škodljivo.«. Ta faktor lahko poimenujemo **negativna stališča do cepljenja**. Četrty faktor je najbolj nasičen s postavkami »Pri nakupu hrane mi je najpomembnejša cena.«, »Za zdrav izdelek sem pripravljen plačati več.« (negativna povezanost) in »Pri nakupu hrane mi je najpomembnejši okus.«. Četrty faktor lahko poimenujemo **negativna stališča do zdrave hrane**. Zadnji, peti faktor, pa je najbolj povezan s postavkama »O pomenu zdravega načina življenja strokovnjaki pretiravajo.« in »Redna rekreacija je proč vržen čas in denar.«. Ta faktor lahko poimenujemo **negativna stališča do zdravega načina življenja**. Izmed petih faktorjev tako prva dva predstavljata pozitivna z zdravjem povezana stališča, ostali trije pa negativna z zdravjem povezana stališča.

V nadaljevanju smo izvajali analize s faktorskimi dosežki, torej z dosežki posameznikov na posameznih faktorjih in ne s posameznimi odgovori udeležencev na posamezne postavke sklopa o stališčih.

3.4.4 Izpostavljenost množičnim medijem in z zdravjem povezano znanje

Pri prvi hipotezi nas je zanimalo, ali je višja izpostavljenost množičnim medijem povezana z višjo stopnjo znanja o zdravju.

Hipotezo smo preverjali s pomočjo Pearsonovega koeficienta korelacije, pri čemer nas je zanimala povezanost med skupnim dosežkom udeležencev na sklopu vprašalnika, s katerim smo ocenjevali z zdravjem povezano znanje udeležencev, ter med posameznimi indikatorji izpostavljenosti množičnim medijem. Kot le-te smo uporabili 6 različnih številskih spremenljivk in sicer: povprečno število ur gledanja TV, povprečno število ur poslušanja radia, povprečno število ur na internetu in povprečno število ur branja tiskanih medijev. Za konec smo dodali še dve sumarni spremenljivki (opis v prejšnjem poglavju), ki sta predstavljali seštevek ur, ki jih posamezniki namenijo množičnim medijem na običajni delovni dan ali na običajni dan za konec tedna/vikend.

Tabela 12: Prikaz povezanosti med izpostavljenostjo množičnim medijem in z zdravjem povezanim znanjem

DIMENZIJA IZPOSTAVLJENOSTI MNOŽIČNIM MEDIJEM		ZNANJE
Povprečno število ur gledanja TV	Pearsonov koeficient korelacije (r)	-0,053
	p-vrednost (enosmerni test)	0,213
	n	230
Povprečno število ur poslušanja radia	Pearsonov koeficient korelacije (r)	0,021
	p-vrednost (enosmerni test)	0,375
	n	228
Povprečno število ur na internetu	Pearsonov koeficient korelacije (r)	0,110
	p-vrednost (enosmerni test)	0,048
	n	230
Povprečno število ur branja tiskanih medijev	Pearsonov koeficient korelacije (r)	0,004
	p-vrednost (enosmerni test)	0,475
	n	229
Sumarni seštevek izpostavljenosti medijem med tednom	Pearsonov koeficient korelacije (r)	0,016
	p-vrednost (enosmerni test)	0,403
	n	228
Sumarni seštevek izpostavljenosti medijem za vikend	Pearsonov koeficient korelacije (r)	0,080
	p-vrednost (enosmerni test)	0,114
	n	229

n = velikost vzorca vključenega v posamezno korelacijsko analizo

Iz tabele 12 lahko vidimo, da so korelacije med znanjem udeležencev in izpostavljenostjo množičnim medijem sicer po večini pozitivne, a kljub temu so korelacije šibke in po večini niso statistično pomembne. Edina korelacija, ki se je izkazala kot statistično pomembna, je korelacija med povprečnim številom ur na internetu in znanjem ($r = 0,110$, $p < 0,050$), kar pomeni, da so tisti posamezniki, ki so v povprečju preživeli več ur na internetu, dosegali večje število točk na delu vprašalnika, s katerim smo ocenjevali z zdravjem povezano znanje. Kljub temu pa ta korelacija ni bila močna.

3.4.5 Izpostavljenost množičnim medijem in z zdravjem povezana stališča

Z drugo hipotezo smo preverjali, ali je višja izpostavljenost množičnim medijem povezana s pozitivnejšimi stališči glede zdravja. Za preverjanje druge hipoteze smo ponovno uporabili Pearsonov koeficient korelacije. V analizo smo vključili iste indikatorje izpostavljenosti množičnim medijem kot pri prvi hipotezi, torej povprečno število ur gledanja TV, povprečno število ur poslušanja radia, povprečno število ur na internetu in povprečno število ur branja tiskanih medijev ter seštevku ur, ki jih posamezniki namenijo množičnim medijem na običajni delovni dan ali na običajni dan za konec tedna/vikend. Poleg tega smo vključili faktorske dosežke udeležencev na prvih dveh faktorjih (tj. »pozitivna stališča do zdravstveno specifičnih medijskih vsebin« in »pozitivna stališča do zdravega načina življenja«).

Iz tabele 13 lahko vidimo, da so povezanosti med večino indikatorjev izpostavljenosti množičnim medijem in pozitivnimi stališči do zdravja pozitivne, a hkrati šibke. Tri povezanosti so negativne, a ker so tudi te tri povezanosti zelo šibke in niso statistično pomembne, ne moremo delati kakršnih koli sklepov o obratnem trendu povezanosti. Iz tabele 13 lahko tudi vidimo, da nobena korelacija med izpostavljenostjo množičnim medijem in pozitivnimi stališči do medijsko posredovanih zdravstvenih vsebin ni statistično pomembna, medtem ko so med indikatorji izpostavljenosti množičnim medijem in med faktorjem »pozitivna stališča do zdravega načina življenja« statistično pomembne tri korelacije. Posamezniki, ki v povprečju več ur namenjajo branju tiskanih medijev, imajo statistično pomembno bolj pozitivna stališča do zdravega načina življenja ($r = 0,270$, p -vrednost $< 0,010$). Podobno imajo posamezniki, ki so med

tednom bolj izpostavljeni množičnim medijem, v povprečju statistično pomembno bolj pozitivna stališča do zdravega načina življenja ($r = 0,133$, p-vrednost $< 0,050$). Posamezniki, ki v povprečju več poslušajo radio, imajo ravno tako statistično pomembno bolj pozitivna stališča do zdravega načina življenja ($r = 0,130$, p-vrednost $< 0,050$). Kljub temu pa je potrebno poudariti, da so te povezave razmeroma šibke.

Tabela 13: Prikaz povezanosti med izpostavljenostjo množičnim medijem in z zdravjem povezanimi stališči

DIMENZIJA IZPOSTAVLJENOSTI MNOŽIČNIM MEDIJEM		FAKTOR 1 - Pozitivna stališča do zdravstveno specifičnih vsebin	FAKTOR 2 - Pozitivna stališča do zdravega načina življenja
Povprečno število ur gledanja tv	Pearsonov koeficient korelacije (r)	0,078	-0,017
	p-vrednost (enosmerni test)	0,142	0,409
	n	191	191
Povprečno število ur poslušanja radia	Pearsonov koeficient korelacije (r)	0,040	0,130
	p-vrednost (enosmerni test)	0,291	0,038
	n	189	189
Povprečno število ur na internetu	Pearsonov koeficient korelacije (r)	-0,014	-0,085
	p-vrednost (enosmerni test)	0,423	0,121
	n	191	191
Povprečno število ur branja tiskanih medijev	Pearsonov koeficient korelacije (r)	0,018	0,270
	p-vrednost (enosmerni test)	0,401	0,000
	n	190	190
Sumarni seštevek izpostavljenosti medijem med tednom	Pearsonov koeficient korelacije (r)	0,018	0,133
	p-vrednost (enosmerni test)	0,402	0,034
	n	189	189
Sumarni seštevek izpostavljenosti medijem za vikend	Pearsonov koeficient korelacije (r)	0,090	0,105
	p-vrednost (enosmerni test)	0,109	0,076
	n	189	189

n = velikost vzorca vključenega v posamezno korelacijsko analizo

3.4.6 Spremljanje zdravstveno specifičnih vsebin v množičnih medijih in z zdravjem povezano znanje

S tretjo hipotezo smo predvidevali, da je bolj pogosto spremljanje zdravstveno specifičnih vsebin v medijih povezano z več znanja o zdravju. V preverjanje tretje hipoteze smo vključili spremenljivko, ki izraža dosežek udeležencev na sklopu vprašalnika »znanje« (številska spremenljivka) in posamezne indikatorje pogostosti izpostavljenosti zdravstveno specifičnim vsebinam prek medijev. Ti indikatorji so bili po večini ordinalne spremenljivke (vrednosti »sploh ne spremljam«, »manj kot enkrat tedensko« in »več kot enkrat tedensko«). Vrednosti smo pretvorili v skladu s predhodnimi raziskavami (Jung, et al., 2014). V analizo pa smo vključili tudi sumarno lestvico izpostavljenosti zdravstveno specifičnim vsebinam, ki smo jo oblikovali kot mesečni seštevek izpostavljenosti zdravstvenim vsebinam prek posameznih medijev. Zaradi narave spremenljivk smo za preverjanje povezanosti med njimi uporabili metodo Spearmanovega koeficienta korelacije.

Tabela 14 prikazuje vrednosti Spearmanovih koeficientov korelacije med posameznimi vključenimi spremenljivkami. Poleg tega prikazujemo rezultate testov statistične pomembnosti dobljenih koeficientov korelacije. Ker smo tudi pri tretji hipotezi vnaprej predpostavljali, v katero smer bodo potekale povezave med vključenimi spremenljivkami, smo tudi tukaj poročali o rezultatih enostranskega/enosmernega testiranja.

Tabela 14: Prikaz povezanosti med spremljanjem zdravstveno specifičnih vsebin in z zdravjem povezanim znanjem

DIMENZIJA SPREMLJANJA ZDRAVSTVENO SPECIFIČNIH VSEBIN		ZNANJE
Spremljanje zdravstvenih vsebin prek TV	Spearmanov koeficient korelacije (r)	-0,093
	p-vrednost (enosmerni test)	0,083
	n	223
Spremljanje zdravstvenih vsebin prek radia	Spearmanov koeficient korelacije (r)	-0,070
	p-vrednost (enosmerni test)	0,149
	n	222

DIMENZIJA SPREMLJANJA ZDRAVSTVENO SPECIFIČNIH VSEBIN		ZNANJE
Spremljanje zdravstvenih vsebin prek interneta	Spearmanov koeficient korelacije (r)	0,178
	p-vrednost (enosmerni test)	0,004
	n	223
Spremljanje zdravstvenih vsebin prek tiskanih medijev	Spearmanov koeficient korelacije (r)	0,044
	p-vrednost (enosmerni test)	0,257
	n	223
Sumarni seštevek spremljanja zdravstveno specifičnih vsebin prek medijev	Spearmanov koeficient korelacije (r)	0,042
	p-vrednost (enosmerni test)	0,268
	n	222

n = velikost vzorca vključenega v posamezno korelacijsko analizo

Iz tabele 14 lahko vidimo, da so povezanosti med posameznimi dimenzijami izpostavljenosti zdravstveno specifičnim vsebinam prek medijev in z zdravjem povezanim znanjem udeležencev po večini šibke in niso statistično pomembne. Vidimo lahko tudi to, da sta spremljanje zdravstveno specifičnih vsebin prek TV oziroma radia celo rahlo negativno povezana z znanjem udeležencev o z zdravjem povezanih vsebinah. Ker pa so te korelacije zelo šibke, ne moremo sklepati o kakršni koli negativni povezanosti med obravnavanimi spremenljivkami. Ostale korelacije med indikatorji izpostavljenosti zdravstveno specifičnim vsebinam in znanjem udeležencev so (v skladu z našimi pričakovanji) pozitivne. Kljub temu pa se je kot statistično pomembna izkazala zgolj ena korelacija, in sicer korelacija med spremljanjem zdravstveno specifičnih vsebin prek interneta in med z zdravjem povezanim znanjem udeležencev ($r = 0,178$, p -vrednost $< 0,010$). Sklepamo lahko, da imajo posamezniki, ki so bolj izpostavljeni zdravstveno specifičnim vsebinam prek interneta, statistično pomembno boljše z zdravjem povezano znanje v primerjavi s tistimi posamezniki, ki so manj izpostavljeni tovrstnim spletnim vsebinam.

3.4.7 Spremljanje zdravstveno specifičnih vsebin v množičnih medijih in z zdravjem povezana stališča

S četrto raziskovalno hipotezo smo predpostavljali, da je bolj pogosto spremljanje zdravstveno specifičnih vsebin v množičnih medijih statistično značilno povezano s pozitivnejšimi stališči o zdravju. Podobno kot pri drugi hipotezi smo v proučevanje

četrte hipoteze vključili faktorske dosežke udeležencev na obeh t. i. pozitivnih faktorjih z zdravjem povezanih stališč. Faktorske dosežke udeležencev smo ponovno obravnavali kot številske zvezne spremenljivke. Poleg tega smo v preverjanje četrte hipoteze ponovno vključili indikatorje izpostavljenosti zdravstveno specifičnim vsebinam prek medijev. Ti indikatorji so bili enaki kot pri preverjanju tretje hipoteze, torej smo jih obravnavali kot ordinalne spremenljivke. Za preverjanje povezanosti med obravnavanimi spremenljivkami smo torej tudi tukaj uporabili metodo Spearmanovega koeficienta korelacije.

Tabela 15: Prikaz povezanosti med spremljanjem zdravstveno specifičnih vsebin in z zdravjem povezanimi stališči

DIMENZIJA SPREMLJANJA ZDRAVSTVENO SPECIFIČNIH VSEBIN		FAKTOR 1 - Pozitivna stališča do zdravstveno specifičnih medijskih vsebin	FAKTOR 2 - Pozitivna stališča do zdravega načina življenja
Spremljanje zdravstvenih vsebin prek TV	Spearmanov koeficient korelacije (r)	0,083	-0,011
	p-vrednost (enosmerni test)	0,130	0,441
	n	186	186
Spremljanje zdravstvenih vsebin prek radia	Spearmanov koeficient korelacije (r)	0,287	0,088
	p-vrednost (enosmerni test)	0,000	0,117
	n	185	185
Spremljanje zdravstvenih vsebin prek interneta	Spearmanov koeficient korelacije (r)	0,167	0,257
	p-vrednost (enosmerni test)	0,011	0,000
	n	186	186
Spremljanje zdravstvenih vsebin prek tiskanih medijev	Spearmanov koeficient korelacije (r)	0,255	0,397
	p-vrednost (enosmerni test)	0,000	0,000
	n	186	186
Sumarni seštevek spremljanja zdravstveno specifičnih vsebin prek medijev	Spearmanov koeficient korelacije (r)	0,318	0,346
	p-vrednost (enosmerni test)	0,000	0,000
	n	185	185

n = velikost vzorca vključenega v posamezno korelacijsko analizo

Iz tabele 15 lahko vidimo, da so korelacije med dimenzijami izpostavljenosti zdravstvenim vsebinam prek medijev in pozitivnimi stališči do zdravja po večini pozitivne in statistično pomembne. Pogostejše spremljanje zdravstvenih vsebin prek radia je statistično pomembno in pozitivno povezano s pozitivnimi stališči do zdravstveno specifičnih medijskih vsebin ($r = 0,287$, p -vrednost $< 0,010$). Pogostejše spremljanje zdravstvenih vsebin prek interneta pa je pozitivno in statistično pomembno povezano s pozitivnimi stališči do zdravstveno specifičnih medijskih vsebin ($r = 0,167$, p -vrednost $< 0,050$) in s pozitivnimi stališči do zdravega načina življenja ($r = 0,257$, p -vrednost $< 0,010$).

Oba faktorja, ki izražata pozitivna stališča do zdravja, sta pozitivno in pomembno povezana tudi s pogostostjo spremljanja zdravstveno specifičnih vsebin prek tiskanih medijev, in sicer je Spearmanov koeficient korelacije za povezanost pozitivnih stališč do zdravstveno specifičnih medijskih vsebin in pogostostjo spremljanja zdravstveno specifičnih vsebin prek tiskanih medijev znašal 0,255 (p -vrednost $< 0,010$), za povezanost iste dimenzije izpostavljenosti medijem in faktorja pozitivna stališča do zdravja pa celo 0,397 (p -vrednost $< 0,010$). Z obema faktorjema pozitivnih stališč do zdravja je bil statistično pomembno povezan tudi sumarni seštevek izpostavljenosti udeležencev množičnim medijem. Spearmanov koeficient korelacije med prvim faktorjem in sumarnim dosežkom je znašal 0,318 (p -vrednost $< 0,010$), med drugim faktorjem in sumarnim dosežkom pa 0,346 (p -vrednost $< 0,010$). Edine tri povezanosti, ki se niso izkazale kot statistično pomembne, so bile povezanosti med pozitivnimi stališči do zdravja in izpostavljenostjo zdravstveno specifičnim vsebinam prek televizije ter povezanost med pozitivnimi stališči do zdravega življenja in izpostavljenosti zdravstvenim vsebinam prek radia.

3.4.8 Stopnja izobrazbe ter višina osebnega dohodka in z zdravjem povezano znanje ter stališča

V okviru pete raziskovalne hipoteze nas je zanimalo, ali sta višja stopnja izobrazbe in višji osebni dohodek statistično pomembno povezana z več znanja in pozitivnejšimi stališči o zdravju. V preverjanje hipoteze smo ponovno vključili dosežek udeležencev na sklopu vprašalnika, s katerim smo ocenjevali z zdravjem povezano znanje

udeležencev (številna spremenljivka), factorske dosežke udeležencev na prvih dveh faktorjih (številski spremenljivki) in podatek o stopnji izobrazbe ter višini mesečnega neto dohodka na gospodinjstvo (ordinalni spremenljivki). Ker nas je tudi tukaj zanimala povezanost med številskimi in ordinalnimi spremenljivkami, smo kot mero povezanosti ponovno uporabili Spearmanov koeficient korelacije. V nadaljevanju prikazujemo vrednosti koeficientov korelacije za posamezne pare vključenih spremenljivk. Poleg tega prikazujemo rezultate testov statističnih pomembnosti za posamezne koeficiente. Ker smo tudi pri peti hipotezi točno predvidevali, v katero smer bodo naše obravnavane spremenljivke povezane, smo v nadaljevanju poročali o rezultatih enosmerne preizkusa statistične pomembnosti.

Tabela 16: Prikaz povezanosti med stopnjo izobrazbe in dohodkom z znanjem in stališči o zdravju

DEMOGRAFSKA SPREMENLJIVKA		ZNANJE	FAKTOR 1 - Pozitivna stališča do zdravstveno specifičnih medijskih vsebin	FAKTOR 2 - Pozitivna stališča do zdravega načina življenja
Stopnja izobrazbe	Spearmanov koeficient korelacije (r)	0,358	-0,245	-0,060
	p-vrednost (enosmerni test)	0,000	0,000	0,207
	n	222	186	186
Mesečni neto dohodek na gospodinjstvo	Spearmanov koeficient korelacije (r)	0,039	-0,118	-0,307
	p-vrednost (enosmerni test)	0,283	0,055	0,000
	n	223	186	186

n = velikost vzorca vključenega v posamezno korelacijsko analizo

Iz tabele 16 lahko vidimo, da je prišlo do statistično pomembne pozitivne povezanosti med stopnjo izobrazbe udeležencev in z zdravjem povezanim znanjem udeležencev ($r = 0,358$, p -vrednost $< 0,010$). Povezanost med znanjem in neto mesečnim dohodkom na gospodinjstvo pa po drugi strani ni bila statistično pomembna. S faktorjem pozitivnih stališč do medijsko posredovanih zdravstvenih vsebin je bila izobrazba udeležencev povezana negativno in statistično pomembno ($r = -0,245$, p -vrednost $< 0,010$), medtem

ko stopnja izobrazbe udeležencev ni bila statistično pomembno povezana s faktorjem pozitivnih stališč do zdravega načina življenja. Obratno pa neto mesečni dohodek na gospodinjstvo ni bil statistično pomembno povezan s pozitivnimi stališči do medijsko posredovanih zdravstvenih vsebin, bil pa je statistično pomembno negativno povezan s pozitivnimi stališči do zdravega načina življenja ($r = -0,307$, p -vrednost $< 0,010$). Sklepamo torej lahko, da imajo bolj izobraženi posamezniki več z zdravjem povezanega znanja. Po drugi strani pa imajo bolj negativna stališča do zdravstveno specifičnih, medijsko posredovanih vsebin. Posamezniki z višjim dohodkom na gospodinjstvo nimajo pomembno boljšega z zdravjem povezanega znanja. Imajo pa bolj negativna stališča do zdravega načina življenja na splošno.

3.4.9 Povezave med demografskimi značilnostmi udeležencev in z zdravjem povezanim znanjem ter stališči

V okviru šeste hipoteze nas je zanimalo, ali lahko na podlagi poznavanja več neodvisnih spremenljivk (stališča do zdravja, spol udeležencev, izobrazba udeležencev, višina osebnega dohodka udeležencev) napovedujemo stopnjo z zdravjem povezanega znanja udeležencev. Ker smo proučevali vpliv večjega števila neodvisnih spremenljivk na odvisno (številsko) spremenljivko, smo uporabili metodo multiple linearne regresije. Pri tem smo se držali metode hkratnega vključevanja napovednikov v regresijski model. V nadaljevanju prikazujemo rezultate multiple linearne regresije.

Tabela 17: Multipla linearna regresija za prikaz povezanosti med demografskimi značilnostmi, znanjem in stališči

R	R ²	R ² (popr.)	Standardna napaka napovedi	Statistike sprememb				
				Sprememba R ²	F-vrednost	df 1	df 2	p-vrednost
0,459	0,211	0,171	2,761	0,211	5,335	9	179	0,000

R = koeficient multiple korelacije; R² = determinacijski koeficient; df 1,2 = prostostne stopnje

Iz tabele 17 lahko vidimo, da je vrednost koeficienta multiple korelacije med obravnavanimi spremenljivkami znašala 0,459. Determinacijski koeficient za regresijski model pa je znašal 0,211, kar pomeni, da lahko na osnovi poznavanja vseh neodvisnih spremenljivk (stališča, starost, stopnja izobrazbe, osebni dohodek in spol) pojasnimo

21,1 % razlik v z zdravjem povezanim znanjem udeležencev. Sprememba pojasnjene variance za regresijski model je statistično pomembna ($F(9;179) = 5,335$, p-vrednost $< 0,010$).

Na podlagi dobljenih rezultatov lahko sklepamo, da je uporaba regresijskega modela utemeljena. V nadaljevanju prikazujemo vrednosti regresijskih koeficientov za posamezne napovednike, vključene v regresijski model.

Tabela 18: Prikaz regresijskih koeficientov za posamezne neodvisne spremenljivke, vključene v model multiple linearne regresije

Napovednik	Nestandardizirani koeficienti		Standardizirani koeficienti	t-vrednost	p-vrednost
	B	Standardna napaka B	Beta		
Konstanta	10,724	1,278		8,393	0,000
Faktor 1 - pozitivna stališča do medijsko posredovanih zdravstvenih vsebin	0,436	0,219	0,144	1,993	0,048*
Faktor 2 - pozitivna stališča do zdravega načina življenja	0,138	0,245	0,046	0,563	0,574
Faktor 3 - negativna stališča do cepljenja	-0,458	0,206	-0,151	-2,224	0,027*
Faktor 4 - negativna stališča do zdrave hrane	-0,074	0,222	-0,024	-0,332	0,740
Faktor 5 - negativna stališča do zdravega načina življenja	0,498	0,207	0,165	2,410	0,017*
Stopnja izobrazbe	1,444	0,289	0,354	4,993	0,000**
Starost	-0,093	0,135	-0,049	-0,691	0,490
Mesečni neto dohodek	-0,005	0,005	-0,076	-1,036	0,302
Spol	0,769	0,423	0,127	1,818	0,071

*p-vrednost $< 0,050$, **p-vrednost $< 0,010$

Iz tabele 18 lahko vidimo, da so se kot pomembni napovedniki v regresijskem modelu izkazale naslednje neodvisne spremenljivke: dosežek udeležencev na faktorju 1 – pozitivna stališča do medijsko posredovanih zdravstvenih vsebin ($\beta = 0,144$, $t = 1,993$, p-vrednost $< 0,050$), dosežek udeležencev na faktorju 3 – negativna stališča do cepljenja ($\beta = -0,151$, $t = -2,224$, p-vrednost $< 0,050$), dosežek udeležencev na faktorju 5 – negativna stališča do zdravega načina življenja ($\beta = 0,165$, $t = 2,410$, p-vrednost $< 0,050$) in stopnja izobrazbe ($\beta = 0,354$, $t = 4,993$, p-vrednost $< 0,010$). Ostale vključene spremenljivke, tj. faktor 2 – pozitivna stališča do zdravega načina življenja, faktor 4 – negativna stališča do zdrave hrane, starost, mesečni neto dohodek in spol se niso izkazale kot pomemben napovednik z zdravjem povezanega znanja udeležencev.

Sklepamo lahko, da se z zdravjem povezanim znanjem najmočneje povezujejo pozitivna stališča do medijsko posredovanih zdravstvenih vsebin (bolj pozitivna stališča so povezana z več znanja), negativna stališča do cepljenja (bolj negativna stališča do cepljenja so povezana z manj znanja), negativna stališča do zdravega načina življenja (bolj negativna stališča so povezana z več znanja) in stopnja izobrazbe (višja stopnja izobrazbe je povezana z več znanja).

3.5 RAZPRAVA

Namen raziskave je bil ugotoviti, kako je promocija zdravja v množičnih medijih povezana z znanji in stališči o zdravju pri odraslih prebivalcih Republike Slovenije in ali obstajajo statistično pomembne razlike v znanju in stališčih povezanih z zdravjem glede na izpostavljenost različnim medijem in nekatere socialno demografske značilnosti.

V raziskavi smo ugotovili, da odrasli prebivalci Republike Slovenije izmed medijev največ časa posvetijo spremljanju televizije in uporabi interneta. Spremljanju ostalih medijskih vsebin, kot so npr. poslušanje radija in/ali branje tiskanih vsebin, pa posvetijo precej manj časa. Takšni rezultati so v skladu z rezultati raziskav v drugih razvitih državah, npr. ZDA, kjer sta glede na raziskave prav tako na vrhu po količini spremljanja množičnih medijev gledanje televizije in uporaba interneta, ki v zadnjih letih z uporabo tabličnih računalnikov in pametnih telefonov še narašča (Statista, 2015). To sta medija,

ki imata zato na ljudi tudi največji vpliv. Pri preverjanju prve hipoteze, kjer nas je zanimalo, ali je spremljanje različnih množičnih medijev povezano z več znanja o zdravju, se je izkazalo, da izpostavljenost množičnim medijem na splošno ni povezana z višjo stopnjo znanja o zdravstvenih vsebinah. To pa ne velja za uporabo interneta, saj so udeleženci, ki več časa preživijo na internetu, bolje odgovarjali na sklop vprašalnika, s katerim smo preverjali znanje. Zato lahko našo prvo hipotezo potrdimo le delno in to v delu, ki se nanaša na povezanost spremljanja interneta z znanjem o zdravem načinu življenja. Podobne rezultate so dobili tudi v raziskavi, ki jo je opravil Jung s sodelavci (2014), v kateri se je ravno tako izkazalo, da izpostavljenost medijem na splošno ni imela statistično pomembnega vpliva na znanje udeležencev. Internet se je v naši raziskavi izkazal tudi kot pomemben vir iskanja zdravstveno specifičnih vsebin, kar je skladno z rezultati raziskav (Van de Belt, et al., 2013; Marrie, et al., 2013), v katerih so ravno tako ugotovili, da ljudje z zdravjem povezane vsebine največkrat iščejo prek interneta.

Na podlagi dobljenih rezultatov lahko delno potrdimo tudi našo drugo hipotezo. Medtem ko pozitivna stališča do z zdravjem pogojenih medijskih vsebin niso povezana z večjo izpostavljenostjo množičnim medijem, pa so pozitivna stališča do zdravega načina življenja statistično pomembno povezana z nekaterimi vidiki izpostavljenosti množičnimi medijem. Ti vidiki so pogostost branja tiskanih medijev, pogostost poslušanja radia in izpostavljenost množičnim medijem na običajen delovni dan. Ti rezultati so skladni z rezultati drugih raziskav, ki so proučevale povezave med spremljanjem množičnih medijev in posameznikovimi stališči o zdravem življenju in vedenjem. V več raziskavah se je izkazalo, da imajo množični mediji moč, da lahko vplivajo na spremembe posameznikovega zavedanja o zdravem načinu življenja ter posledično na njegovo z zdravim življenjskim slogom povezano vedenje (Wakefield, et al., 2010).

Na podlagi rezultatov udeležencev na sklop vprašalnika, s katerim smo ocenjevali z zdravjem pogojeno znanje udeležencev, lahko sklepamo, da je znanje udeležencev najšibkejše na področju cepljenja. Potencialno šibko področje udeležencev je tudi poznavanje škodljivih učinkov soli, saj je nepravilne odgovore na te postavke po večini

podajala tretjina udeležencev. Šibko je tudi znanje o vsebini maščob v živilih. Znanje udeležencev je po drugi strani najmočnejše na področju poznavanja škodljivih učinkov kajenja in poznavanja pravilnih načinov priprave hrane. Udeleženci so tudi relativno dobro informirani o povezanosti med zdravim načinom življenja in boleznimi srca in ožilja.

Znano je, da v Sloveniji zaužijemo preveč soli. Nacionalni inštitut za javno zdravje je leta 2010 (Hlastan Ribič, et al., 2010) opravil raziskavo med odraslimi prebivalci Slovenije o količini soli v njihovi prehrani. Rezultati so pokazali občutno prekoračeno priporočeno vrednost SZO, ki naj ne bi presegala 5g/dan. Zato smo v vprašalnik o znanju glede zdravega načina življenja vključili postavke o škodljivosti soli in vsebnosti soli v živilih, saj nas je glede na to, da je bila z namenom ozaveščanja javnosti s pomočjo medijev pred nekaj leti sprožena kampanja »Preveč soli škodi«, zanimalo, ali ljudje poznajo škodljivost soli v prehrani. V našem vprašalniku v sklopu znanja smo udeležencem med drugim zastavili vprašanje o vsebnosti soli v kruhu, ki je bilo uporabljeno tudi kot del kampanje na plakatih, zloženkah in spletni strani. Pokazalo se je, da se ljudje trikrat bolj zavedajo škodljivih učinkov soli na visok krvni tlak, kot se zavedajo količine vsebnosti soli v osnovnih živilih, v našem primeru v kruhu. Podobno so v raziskavi, ki so jo izvedli v Latinski Ameriki, ugotovili, da se večina ljudi zaveda, da prehrana s prevelikim vnosom soli lahko povzroči resne zdravstvene težave, a jih je med njimi samo četrtnina poznala priporočene vrednosti dnevnega vnosa soli in le slaba polovica izmed njih je izjavila, da poznajo vsebnost soli v posameznih živilih (Claro, et al., 2012). Ker orientacijska raziskava pred izvajanjem medijske kampanje v Sloveniji, s katero bi izmerili znanje ljudi o škodljivosti prekomernega vnosa soli, in s katero bi lahko sedanje vrednosti primerjali, ni bila izvedena, tudi ne moremo oceniti, ali je imela ta kampanja pozitivne učinke na znanje o škodljivosti soli ali ne. Vendar je prav gotovo še naprej potrebno usmerjati napore promocije zdravja v razširjanje bolj specifičnih informacij in ozaveščanje ljudi o škodljivosti prekomernega vnosa soli. Kajti nič ne pomaga, da se ljudje zavedajo, da je sol škodljiva, če ne poznajo vrednosti soli v živilih, ki jih dnevno zaužijejo.

Večina udeležencev je na vprašanja o kajenju odgovorila pravilno, kar pomeni, da so ljudje o škodljivostih kajenja dobro poučeni. Predvsem je razveseljivo njihovo stališče, da večina ljudi zelo podpira prepoved kajenja v javnih prostorih, ki je bila z zakonom uvedena leta 2007 (Zakon o omejevanju uporabe tobačnih izdelkov, 2007). Z uvedbo tega zakona in dodatnim ukrepom dviga obdavčitve in cen tobačnim izdelkom se je v javnosti pričela široka razprava, katere pozitivne učinke že lahko merimo. V času med 2010 in 2014 smo zabeležili pomembno zmanjšanje razširjenosti kajenja med mladostniki, starimi 11, 13 in 15 let (Tomšič, et al., 2014). Zavedati pa se moramo, da tobačna industrija ne spi in že uvaja nove marketinške strategije, ki jih s pomočjo medijev, predvsem s pomočjo socialnega marketinga, že uspešno uveljavlja predvsem med mladimi. Sem spadajo novosti, kot so električne cigarete, kajenje vodnih pip ipd, ki so med mladimi vedno bolj popularne, uvajanje novih blagovnih znamk cigaret, prenovljeni dizajni in izrabljanje najstniških idolov (pevcev, igralcev ipd) za promoviranje škodljivega življenjskega sloga (Davis, et al., 2008). Zato tudi na področju promocije zdravja ne smemo zamujati in moramo prek množičnih medijev predvsem med mladimi pravočasno razširiti sporočila o škodljivosti tudi takšnih oblik kajenja.

Če smo z znanjem na področju preprečevanja kroničnih nenalezljivih bolezni še lahko zadovoljni, pa so rezultati znanja na področju cepljenja slabi. V povprečju je na tri vprašanja s področja cepljenja napačno odgovorilo skoraj dve tretjini vprašanih. Pri prav vseh treh vprašanjih je več kot polovica udeležencev odgovorila napačno. Največ napačnih odgovorov, skoraj dve tretjini, je bilo pri osnovni definiciji, kaj pravzaprav cepljenje je. Drug, skrajno neugoden rezultat, se je izkazal v dejstvu, da več kot polovica vprašanih meni, da je avtizem pri otrocih posledica cepljenja. Čemu lahko pripišemo takšne rezultate? Očitno je, da pasivna drža strokovnjakov v medijskih nastopih in poudarjanje znanstvenih izsledkov raziskav glede varnosti, učinkovitosti in dobrobiti za vse, ni več zadovoljiva. Slabo zasnovane komunikacijske intervencije, ki naj bi promovirale programe cepljenja, so lahko neučinkovite ali nezaupanje javnosti celo povečajo (Rimer & Kreuter, 2006). Če takšne medle nastope strokovnjakov v javnosti primerjamo s tem, da na spletu pri iskanju pojma »cepljenje«, oziroma angleško »vaccination«, dobimo na tisoče raznoraznih spletnih strani, med katerimi jih

veliko trdi, da cepivo proti mumpsu, rdečkam in ošpicam povzroča avtizem, potem nad rezultatom, ko v Sloveniji več kot polovica vprašanih meni, da je temu tako, ne moremo biti presenečeni. Na drugi strani pa je razveseljivo, da se Slovenci z radikalnimi stališči nasprotnikov cepljenja v naši raziskavi na splošno še ne strinjajo, toda moč nestrinjanja z njimi ni zelo močna. Lahko bi rekli, da niso več povsem prepričani v koristnosti cepljenja. Če bi se ta trend upadanja zaupanja v državne programe cepljenja nadaljeval, bo potrebno temeljito premisliti in raziskati konkretne vzroke ter ugotoviti, na kakšen način si znova povrniti zaupanje javnosti. Eden izmed načinov je uporaba socialnega marketinga, kar so nekatere države, ki so se prav tako soočale z občutnim upadom zaupanja javnosti v cepilne programe, že poskusile, prav tako pa je ugotovljeno, da je socialni marketing za spremembo stopnje znanja in stališč ter vedenja za področje cepljenja primeren (Nowak, et al., 2015). S socialnim marketingom bi lahko med drugim povečali stopnjo znanja o cepljenju in tako mogoče tudi vplivali na stališča in zmanjšanje nezaupanja do cepljenja, saj je bilo v raziskavi Al-lela, et al. (2014) dokazano, da je boljše znanje staršev glede cepljenja pozitivno vplivalo na stopnjo sodelovanja staršev pri cepljenju otrok. In čeprav smo v naši raziskavi dokazali povezavo med slabšim znanjem o cepljenju in negativnejšimi stališči do cepljenja, pa so po drugi strani vzroki za upadanje zaupanja in odpor do cepljenja zelo kompleksni in jih ne bi mogli pojasniti zgolj s pomanjkanjem znanja. Nekateri izmed socialno-kulturnih razlogov, ki vplivajo na to, so lahko: nizko zaupanje javnosti v velike multinacionalke, ki cepiva prodajajo, in vlade, ki ta cepiva kupujejo, saj obstaja strah pred povezavami med farmacevtsko industrijo in vladami. V delu javnosti je prisotno nezaupanje v znanost in medicinsko skupnost, povečan je javni interes za »naravne« izdelke in alternativne načine zdravljenja. Medtem ko obstaja zelo močna podpora cepljenju s strani zdravnikov, ki je bila dolga leta zagotovilo uspeha cepilnih programov, se je medicinski model z leti spremenil. Veliko ljudi ne želi več, da jim zdravnik le sporoči, kaj je zanje dobro, temveč želijo sodelovati v skupnem procesu sprejemanja odločitve. Ker pa imajo zdravniki vedno manj časa in vedno več pacientov, se pacienti po informacije zatečejo na internet (Siddiqui, et al., 2013). Zaradi kompleksnosti vzrokov za upad nezaupanja javnosti v programe cepljenja je zato pomembno, da tisti, ki bodo poskušali s strategijami in akcijami v kombinaciji z uporabo množičnih medijev to zaupanje povrniti, upoštevajo čim več dejavnikov, ki na ta upad vplivajo, in upoštevajo

sodobna spoznanja o uporabi socialnega marketinga za spremembo stališč in z zdravjem povezanega vedenja.

Pri ugotavljanju razlik v stopnji znanja in demografskimi značilnostmi udeležencev so najbolj izstopale razlike glede na geografsko poreklo udeležencev in doseženo stopnjo izobrazbe. Že v drugih raziskavah je bilo ugotovljeno, da v Sloveniji obstajajo neenakosti v zdravju, socialno-ekonomskem statusu in razvitosti med vzhodnim in zahodnim delom. Vzhodni del Slovenije je precej slabše socialno-ekonomsko razvit, kar je povezano tudi s slabšim zdravjem in nižjo pričakovano življenjsko dobo (Buzeti, et al., 2011). Tudi v naši raziskavi so pri testu znanja največ nepravilnih odgovorov ponudili udeleženci iz Podravske regije, sledijo pa jim udeleženci iz Posavske regije. Obe regiji spadata v vzhodni del Slovenije, ki velja za manj razvitega. Po drugi strani pa Pomurska regija, ki je bila večkrat prepoznana kot najbolj problematična regija z vidika zdravja, v naši raziskavi glede na stopnjo znanja udeležencev ni izstopala. Mogoče to lahko razložimo, da se rezultati vlaganja v Pomurje na področju preprečevanja KNB v zadnjih letih – npr. program MURA, že vidijo (Buzeti & Maučec Zakotnik, 2008). Kljub temu pa lahko zaključimo, da je vzhodni del Slovenije na vprašanja o zdravju odgovarjal slabše kot zahodni, zato je še naprej potrebno spodbujati načrtovalce in izvajalce zdravstvene politike, da se to pri prihodnjih načrtih razvoja zdravstva v Sloveniji upošteva, in da se še naprej vlaga več v vzhodni del Slovenije. V raziskavi smo tudi ugotovili, da nivo z zdravjem povezanega znanja narašča s stopnjo izobrazbe. Kar seveda ni presenetljivo, saj imajo bolj izobraženi ljudje več znanja tudi o tem, na kakšen način priti do želenih informacij, in kako jih uporabiti (Jung, et al., 2014).

Pri naši raziskavi se je izkazala povezava med spremljanjem zdravstveno specifičnih vsebin na internetu in povečanim izkazanim znanjem, saj so tisti, ki v večji meri spremljajo zdravstveno specifične vsebine na spletu, izkazali več z zdravjem povezanega znanja. Tudi ta rezultat je skladen z rezultati o povezanosti spremljanja zdravstveno specifičnih vsebin v medijih in nivojem znanja o zdravju v podobni raziskavi, ki jo je s sodelavci opravil Jung (2014). Tako lahko tretjo hipotezo, s katero smo predvidevali, da je bolj pogosto spremljanje zdravstveno specifičnih vsebin v

množičnih medijih statistično značilno povezano z višjo stopnjo znanja o zdravju, sprejmemo.

Če smo v naši raziskavi več znanja o zdravstveno pogojenih vsebinah lahko povezali le s spremljanjem oz. z uporabo interneta, pa smo pozitivnejša stališča o zdravem načinu življenja in pozitivna stališča do zdravstvenih vsebin v medijih povezali z bolj pogostim spremljanjem zdravstveno specifičnih vsebin v več medijih (radio, internet, tiskani mediji). Spremljanje zdravstvenih vsebin ali iskanje informacij povezanih z zdravjem je namensko, vključuje aktiven trud, da bi pridobili informacije, ki presegajo običajne vzorce medijske izpostavljenosti. Vključuje nerutinsko spremljanje medijev, usmerjeno vedenje, kot npr. gledanje določenega TV programa ali oddaje povezane z zdravjem, ali uporabo iskalnika za pridobivanje informacije, povezane z zdravjem, z uporabo interneta (Niederdeppe, et al., 2007). V skladu s tem bi lahko rekli, da so ljudje, ki v medijih aktivno, bolj pogosto iščejo in spremljajo vsebine povezane z zdravjem, za zdrav način življenja tudi bolj motivirani. Ker mediji danes ponujajo ogromno informacij in lahko vsakdo z nekaj znanja in izkušenj pride do želene informacije, imajo do medijsko posredovanih informacij o zdravju pozitivna stališča in jih verjetno v precejšnji meri tudi upoštevajo. Tako se je naše predvidevanje v četrti hipotezi, da je izpostavljenost zdravstveno specifičnim vsebinam v medijih povezana s pozitivnejšimi stališči o zdravem načinu življenja, potrdilo, in hipotezo štiri lahko sprejmemo, kar je v skladu tudi s podobnimi raziskavami v svetu (Jung, et al., 2014).

Poleg tega, da imajo bolj izobraženi več znanja, se je pri rezultatih izkazalo tudi, da imajo bolj izobraženi udeleženci raziskave bolj kritičen odnos do medijsko posredovanih zdravstvenih vsebin. To lahko razložimo s tem, da jim več znanja, ki ga imajo, omogoča, da medijsko posredovane vsebine bolj kritično presojujejo in se do njih opredelijo. Kajti čeprav so množični mediji ena izmed ključnih poti, prek katere širša javnost prejme informacije povezane z zdravjem, se velikokrat zgodi, da mediji poročajo samo o nekaterih vidikih zdravja, in tudi ne sorazmerno z vplivom, ki ga ima določena stvar na javno zdravje (Pribble, et al., 2006). Poleg tega pa mediji včasih podajajo tudi nasprotujoče si informacije in splošna javnost težko izlušči, kaj jim je v korist in kaj ne, katero vedenje je zdravju koristno in katero ne (Nagler & Hornik,

2012). Bolj izobraženi ljudje so v naši raziskavi pokazali večjo mero kritičnosti do poročanja medijev o zdravstvenih vsebinah, kar kaže, da se zavedajo, da množični mediji velikokrat ne izpolnjujejo vloge, ki jim je bila zaupana, in informacije, ki jih mediji posredujejo, še dodatno preverijo.

V naši raziskavi smo ugotovili tudi povezanost, čeprav precej šibko, med ekonomskim statusom in negativnejšimi stališči do zdravega načina življenja. V zadnjih desetletjih je bilo področje povezanosti med dohodkom in stopnjo zdravja dobro raziskano in ugotovljeno je, da je posameznikovo zdravje povezano tudi z njegovo višino dohodka. Višji dohodek omogoča ljudem dobrine in potrebne storitve za zagotovitev zdravja. Prav tako je znano, da ljudje z manjšim dohodkom v zdravstvu nimajo tolikšnih možnosti in posledično bolj obolevajo ter imajo nižjo pričakovano življenjsko dobo (Subramanian & Kawachi, 2004; Buzeti, et al., 2011). Preventivno vedenje, kot so zdravo prehranjevanje z več sadja in zelenjave, več gibalne aktivnosti in nekajenje, je v večji meri prisotno med ljudmi z višjim socialno ekonomskim statusom (Wardle & Steptoe, 2003). Vendar se je pri udeležencih v naši raziskavi pokazalo, da imajo tisti z višjim dohodkom negativnejša stališča do zdravega načina življenja. Mogoče to lahko razložimo z dejstvi, ki smo jih omenili zgoraj, torej da imajo zaradi svojega ekonomskega statusa boljše zdravje in boljše možnosti ter zaradi tega zdravemu načinu življenja (še) ne posvečajo toliko pozornosti in se jim (še) ne zdi tako pomembno. Rezultati torej našo peto raziskovalno hipotezo potrjujejo zgolj delno in to v delu, kjer so pokazali, da je višja izobrazba udeležencev povezana z več znanja o zdravstveno pogojenih vsebinah. S pozitivnimi stališči do zdravja se višja izobrazba ne povezuje oziroma se povezuje celo negativno, kar je v nasprotju z našo predpostavko. Mesečni dohodek posameznikov ni povezan z večjo mero z zdravjem povezanega znanja in s pozitivnimi stališči o zdravju. Povezanost višjega dohodka s splošnimi stališči do zdravega načina življenja je celo negativna.

Kot smo že pojasnili v predhodnih poglavjih razprave, rezultati multiple linearne regresije našo šesto hipotezo potrjujejo le deloma. Izmed demografskih spremenljivk se je izmed spremenljivk, ki smo jih vključili v analizo, kot pomemben napovednik znanja udeležencev izkazala zgolj stopnja izobrazbe. Izmed stališč pa so se kot pomembna

izkazala pozitivna stališča do z zdravjem povezanih medijskih vsebin, negativna stališča do cepljenja in negativna stališča do zdravega življenja. Ostalih pet vključenih spremenljivk ni pomembno doprineslo k pojasnjevanju z zdravjem povezanega znanja udeležencev. Naša šesta hipoteza je tako le deloma potrjena.

Čeprav rezultate naše raziskave zaradi načina vzorčenja lahko posplošimo na odrasle prebivalce Republike Slovenije, pa ima izvedena raziskava nekaj omejitev. Za pridobivanje podatkov pri izvedbi raziskave smo izbrali telefonsko anketiranje. Telefonsko anketiranje ima navkljub nekaterim prednostim, kot so nizki stroški izvedbe raziskave, možnost naključnega izbora števil, dobra geografska pokritost in osebni stik anketarja z udeležencem, tudi precejšnje pomanjkljivosti in se zaradi vedno nižje stopnje realizacije vzorca pri klasičnem telefonskem anketiranju z uporabo naprednih tehnologij že iščejo nove možnosti pridobivanja podatkov (Chang & Krosnick, 2009). Tudi v naši raziskavi je bila stopnja realizacije vzorca nižja od pričakovane. To deloma lahko pojasnimo s terminom izvedbe telefonskega anketiranja v obdobju letnih dopustov, deloma pa tudi z vedno nižjo stopnjo uporabe in pokritostjo področja Republike Slovenije s stacionarnimi telefonskimi priključki. Telefonska številka stacionarnega priključka v imeniku predstavlja gospodinjstvo, v katerem bomo izbrali osebo, ki jo želimo anketirati. Leta 2004 so ankete, s katerimi so merili strukturo pokritja, pokazale, da je bilo na stacionarni telefon v Sloveniji dosegljivih približno 90 % gospodinjstev (Vehovar & Belak, 2004), toda na račun vzpona mobilne telefonije uporaba fiksne telefonije in pokritost z njo iz leta v leto pada (Statistični urad Slovenije, 2015b). Če se bo trend ukinjanja fiksnih telefonskih števil nadaljeval, potem bo treba način vzorčenja za ankete, kjer je vzorčni okvir telefonski imenik, ustrezno prilagoditi ali spremeniti. Ena izmed rešitev bi lahko bila, da, podobno kot so to storile skandinavske države, telefonske vzorce izberemo iz centralnega registra prebivalstva. Izbranim osebam pa s standardiziranim postopkom dodamo telefonsko številko oz. telefonske številke. V tem primeru bi bilo treba pridobiti tudi telefonske imenike mobilnih operaterjev (Vehovar & Belak, 2004). Čeprav smo se omejitev telefonskega anketiranja pred izvedbo raziskave zavedali, smo zaradi želje po reprezentativnosti vzorca kljub tem omejitvam izbrali takšen način izvedbe raziskave, saj spletne raziskave, ki so se razmahnile v zadnjih letih, ne omogočajo reprezentativnosti vzorca

(Chang & Krosnick, 2009), izvedba raziskave, pri kateri bi udeležence anketirali osebno ali po pošti, pa je bila za naš proračun predraga. Vendar slaba odzivnost vzorca in tudi nizko število udeležencev, ki smo jih anketirali, glede na to, da NIJZ pri svojih raziskavah, s katerim zagotovi reprezentativnost in možnost posplošitve rezultatov na celotno Slovenijo, uporablja precej večje število udeležencev (Lavtar, et al., 2014), predstavlja omejitev pri posploševanju rezultatov naše raziskave.

Kot določeno omejitev raziskave velja izpostaviti zanesljivost vprašalnika, ki smo ga sestavili sami, saj je test preverjanja zanesljivosti pokazal srednjo dobro zanesljivost lestvic o znanju in stališčih uporabljenega vprašalnika (Cenčič, 2009). Za prihodnje raziskovanje zato obstaja možnost izboljšav le-tega.

Omejitev naše raziskave leži tudi v tem, da je bila zastavljena na proučevanje več različnih področij, povezanih z zdravim načinom življenja in izpostavljenostjo množičnim medijem, a se z nobenim izmed teh področij v tej raziskovalni fazi nismo poglobljeno ukvarjali. Zato predlagamo, da se nadaljnje raziskave usmerijo v poglobljeno raziskovanje posameznih področij, predvsem pa menimo, da bo potrebno raziskati vzroke za upadanje zaupanja v cepljenje med prebivalci Republike Slovenije, ki smo ga zaznali v naši raziskavi. Za nadaljnje delo na tem področju predlagamo tudi, da se sistematično pričnejo izvajati raziskave, s katerimi bomo lahko ovrednotili uspešnost komunikacijskih kampanj v medijih, tako da izvedemo KAP raziskavo pred izvedeno kampanjo in po njej, ter izmerimo učinke kampanje na z zdravjem povezano znanje, stališča in vedenje ljudi.

4 ZAKLJUČEK

Množični mediji v današnji družbi igrajo med drugim tudi pomembno vlogo pri razširjanju informacij, povezanih z zdravjem in zdravim načinom življenja, ter vplivajo na naše dožemanje zdravja, bolezni, telesa ter samopodobe. Učinki medijskih sporočil so kompleksni in dolgoročni ter vplivajo na posameznika in celotno družbo.

Tradicionalno med množične medije prištevamo TV, radio in tiskane medije, v zadnjih dveh desetletjih pa beležimo vzpon novega medija, ki prevzema med mediji vodilno mesto po uporabi, to je interneta. Čeprav tudi ostali mediji še vedno ohranjajo svoj položaj in določen vpliv, predvsem TV, pa internet tako v svetu kakor pri nas postaja najpomembnejši vir informacij tudi o zdravju in z zdravjem povezanih vsebinah, kar smo potrdili tudi z našo raziskavo. Pokazali smo pozitivno povezavo med internetom in z zdravjem povezanim znanjem in povezave tudi ostalih medijev (TV, radio, tiskani mediji) na z zdravjem povezanimi stališči. Izkazalo se je, da so posamezniki z bolj pozitivnimi stališči do zdravega načina življenja in z bolj pozitivnimi stališči do z zdravjem pogojenih medijskih vsebin, v povprečju bolj izpostavljeni zdravstvenim vsebinam, posredovanim preko medijev. Še zlasti so bolj izpostavljeni vsebinam, posredovanim preko interneta, radia in tiskanih medijev. To je pomemben dokaz, saj do sedaj takšne raziskave, ki bi pokazala povezave med spremljanjem množičnih medijev in z zdravjem povezanim znanjem, ter stališči v Sloveniji še nismo imeli. Ugotovili smo tudi, da je znanje udeležencev naše raziskave najšibkejše na področju cepljenja, da je leto povezano z negativnimi stališči o cepljenju, najmočnejše pa na področju poznavanja škodljivih učinkov kajenja. Udeleženci so tudi relativno dobro informirani o povezanosti zdravega načina življenja in bolezni srca in ožilja. Glede stališč o zdravem življenju so najbolj visoko vrednotili stališča, vezana na zdrav življenjski slog (veliko gibanja, ustrezna prehrana, odsotnost kajenja).

Kot bistvena demografska značilnost, ki je močno pozitivno povezana z znanjem o zdravem načinu življenja, se je izkazala izobrazba udeležencev raziskave. Znanje udeležencev o zdravem načinu življenja je naraščalo z naraščanjem stopnje izobrazbe. S pozitivnimi stališči do zdravstveno specifičnih, medijsko posredovanih vsebin pa se višja izobrazba ne povezuje, oziroma se povezuje celo negativno. Mesečni dohodek

posameznikov ni povezan z zdravjem povezanim boljšim znanjem in s pozitivnimi stališči o zdravju.

Še ena demografska značilnost, ki se je v naši raziskavi izkazala kot negativno povezana z stopnjo znanja, je prebivanje v vzhodnem delu Slovenije. Udeleženci iz vzhodnega dela Slovenije so pomembno slabše odgovarjali na z zdravim načinom življenja povezana vprašanja. Ta rezultat potrjuje upravičenost vlaganja dodatnih sredstev za razvoj vzhodne regije Slovenije na področju gospodarstva in javnega zdravja.

Predvsem smo z našo raziskavo uspeli pokazati, da so tudi v Sloveniji množični mediji povezani z znanjem ter stališči o zdravju pri odraslih prebivalcih. Zato si želimo, da bodo strokovnjakom in ostalim, ki načrtujejo komunikacijske intervencije s ciljem promovirati zdravje, ti podatki v pomoč, da bodo z njimi finančne podpornike programov lažje prepričevali, kako pomembna je pravočasna in učinkovita priprava in izvedba komunikacijske intervencije, da bodo vedeli, v katere medije je potrebno usmeriti največ navora, saj imajo največji vpliv, in v katere regije je potrebno usmeriti največ pozornosti. Poleg tega pričakujemo, da bo naša raziskava pomagala tudi pri odločitvah, katera področja znotraj vsebin zdravega načina življenja in/ali preprečevanja bolezni so tista, v katere je pomembno usmeriti največ sredstev in naporov.

Dobljeni izsledki raziskave bodo tako lahko prispevali en delček mozaika skupnih naporov politike, zdravstvenih služb in civilne družbe k izboljševanju strategij promoviranja zdravja v množičnih medijih in posledično izboljševanju zdravja prebivalcev Republike Slovenije.

5 LITERATURA

Abioye, A., Hajifathalian, K. & Danaei, G., 2013. Do mass media campaigns improve physical activity? a systematic review and meta-analysis. *Archives of Public Health*, 71(1):20.

Abroms, L.C. & Maibach, E.W., 2008. The effectiveness of mass communication to change public behaviour. *Annual Review of Public Health*, 29, pp. 219-234.

Ackerson, L.K. & Viswanath, K., 2010. Media attention and public perceptions of cancer and eastern equine encephalitis. *Journal of Community Health*, 35, pp. 409-416.

Adachi-Mejia, A.M., Sutherland, L.A., Longacre, M.R., Beach, M.L., Titus-Ernstoff, L., Gibson, J.J. & Dalton, M.A., 2011. Adolescent weight status and receptivity to food TV advertisements. *Journal of Nutrition Education and Behaviour*, 43(6), pp. 441-448.

Ajzen, I. & Fishbein, M., 2005. The influence of attitudes on behavior. In: D. Albarracín, B. T. Johnson & M. P. Zanna, eds. *The handbook of attitudes*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, pp.173-221.

Al-lela, O.K.B., Bahari, M.B., Al-Qazaz, H.K., Salih, M.R.M., Jamshed, S.Q. & Elkalmi, R.M., 2014. Are parents' knowledge and practice regarding immunization related to pediatrics' immunization compliance? a mixed method study. *BMC Pediatrics*, 14:20.

Andre, F.E., Booy, R., Bock, H.L., Clemens, J., Datta, S.K., John, T.J., Lee, W., Lolekha, S., Peltola, H., Ruff, T.A. Santosham, M. & Schmitt, H.J., 2008. Vaccination greatly reduces disease, disability, death and inequity worldwide. *Bulletin of World Health Organisation*, 86(2), pp. 140–146.

Andreasen, A.R., 1995. *Marketing Social Change*. San Francisco: Jossey-Bass.

Aschemann-Witzel, J., Perez-Cueto, F.J.A., Niedwiedzka, B., Verbeke, W. & Bech-Larsen, T., 2012. Lessons for public health campaigns from analysing commercial food marketing success factors: a case study. *BMC Public Health*, 12: 139.

Atusingwize, E., Lewis, S. & Langley, T., 2014. Economic evaluation of tobacco control mass media campaigns: a systematic review. *Tobacco Control*, 0:1-8.

Bangkoška listina promocije zdravja v globaliziranem svetu, 2005. *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*. (pdf) Geneva: World Health Organization. Available at:

http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr_050829_%20BCHP.pdf?ua=1 [Accessed 28 February 2015].

Baron, R.C., Melillo, S., Rimer, B.K., Coates, R.J., Kerner, J., Habarta, N., Chattopadhyay, S., Sabatino, S.A., Elder, R. & Leeks, K.J., 2010. Intervention to increase recommendation and delivery of screening for breast, cervical, and colorectal cancers by healthcare providers: a systematic review of provider reminders. *American Journal of Preventive Medicine*, 38(1), pp. 110-117.

Bauch, C.T. & Earn, D.J.D., 2004. Vaccination and the theory of games. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 101(36), pp. 13391-13394.

Blake, K.D., Viswanath, K., Blendon, R.J. & Vallone, D., 2010. The role of tobacco-specific media exposure, knowledge, and smoking status on selected attitudes toward tobacco control. *Nicotine Tobacco Research*, 12(2), pp. 117-126.

Boles, M., Adams, A., Gredler, A. & Manhas, S., 2014. Ability of a mass media campaign to influence knowledge, attitudes, and behaviors about sugary drinks and obesity. *Preventive Medicine*, 67, pp. 40–45.

Borowiec, A., Lignowska, I. & Drygas, W., 2012. Attitude towards healthy lifestyle promotion in mass media in the Polish adult population. *Kardiologia Polska*, 70(10), pp. 1030-1037.

Brick, J.M., Brick P.D., Dipko, S., Presser, S., Tucker, C., & Yuan, Y., 2007. Cell Phone Survey Feasibility in the U.S.: Sampling and Calling Cell Numbers versus Landline Numbers. *Public Opinion Quarterly*, 71, pp. 23–39.

Buzeti, T., Gabrijelčič Blenkuš, M., Gruntar Činč, M., Ivanuša, M., Pečar, J., Tomšič, S., Truden Dobrin, P. & Vrabič Krek, B., eds. 2011. *Neenakosti v zdravju v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Buzeti, T. & Maučec Zakotnik, J., 2008. *Vlaganje za zdravje in razvoj v Sloveniji: Program MURA*. (pdf) Murska Sobota: Center za zdravje in razvoj Murska Sobota. Available at: <http://cZR.si/files/mura-vlaganje-za-zdravje-in-razvoj.pdf> [Accessed 21 August 2015].

Catalán-Matamoros, D., 2011. The Role of Mass Media Communication in Public Health. In: K. Smigorski, ed. *Health Management - Different Approaches and Solutions*. In-Tech Europe.

Cenčič, M., 2009. *Kako poteka pedagoško raziskovanje. Primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave*. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo.

Chang, L. & Krosnick, J.A., 2009. National surveys via RDD telephone interviewing versus the Internet – comparing sample representativeness and response quality. *Public Opinion Quarterly*, 73(4), pp. 641–678.

Christakis, N.A. & Fowler, J.H., 2008. The collective dynamics of smoking in a large social network. *The New England Journal of Medicine*, 358, pp. 2249-2258.

Chung, J.E., 2013. Patient – provider discussion of online health information: results from the 2007 Health Information National Trends Survey (HINTS). *Journal of Health Communication*, 18(6), pp. 627-648.

Claro, R.M., Linders, H., Ricardo, C.Z., Legetic, B. & Campbell, N.R.C., 2012. Consumer attitudes, knowledge, and behavior related to salt consumption in sentinel countries of the Americas. *Rev Panam Salud Publica*, 32(4), pp. 265–273.

Couldry, N., 2012. *Media, Society, World: Social Theory and Digital Media Practice*. Cambridge: Polity Press.

Czeresnia, D., 1999. The concept of health and the difference between prevention and promotion. *Cad. Saude Publica, Rio de Janeiro*, 15(4), pp. 701-709.

Daniel, K.L., Bernhardt, J.M. & Eroglu, D., 2009. Social Marketing and Health Communication: From People to Places. *American Journal of Public Health*, 99(12), pp. 2120-2122.

Davis, R.M., Gilpin, E.A., Loken, B., Viswanath, K. & Wakefield, M.A., 2008. *The Role of the Media in Promoting and Reducing Tobacco Use*. Tobacco Control Monograph No. 19. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute. Bethesda, MD: U.S.

Department of Health, 2011. *Changing behaviour, improving outcomes: a new social marketing strategy for public health*. (pdf) Department of Health. Available at: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/215610/dh_126449.pdf [Accessed 14 February 2015].

Dillman, D.A., 2000. *Mail and Internet Surveys: The Tailored Design Method*. New York: Wiley.

Durkin, S., Brennan, E. & Wakefield M., 2012. Mass media campaigns to promote smoking cessation among adults: an integrative review. *Tobacco control*, 21, pp. 127-138.

Fautsch Macías, Y. & Glasauer, P., 2014. *Guidelines for assessing nutrition-related knowledge, attitudes and practices*. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations.

Folb, P.I., Bernatowska, E., Chen, R., Clemens, J., Dodoo, A.N.O., Ellenberg, S.S., Farrington, C.P., John, T.J., Lambert, P.H., MacDonald, N.E., Miller, E., Salisbury, D., Schmitt, H.J., Siegrist, C.A. & Wimalaratne, O., 2004. A Global Perspective on Vaccine Safety and Public Health: The Global Advisory Committee on Vaccine Safety. *American Journal of Public Health*, 94(11), pp. 1926-1931.

Fox, S. & Jones S., 2009. Pew Research Center. *The social life of health information*. (online) Available at: <http://www.pewinternet.org/2009/06/11/the-social-life-of-health-information/> [Accessed 20 January 2015].

Galaway, M., 2005. Polio communication. *Journal of Indian Medical Association*, 103(12), pp. 679 - 707.

Glasson, C., Chapman, K., Wilson, T., Gander, K., Hughes, C., Hudson, N. & James, E., 2013. Increased exposure to community-based education and 'below the line' social marketing results in increased fruit and vegetable consumption. *Public Health Nutrition*, 16(11), pp. 1961–1970.

Griffiths, J., Blair-Stevens, C. & Parish, R., 2009. The integration of health promotion and social marketing. *Perspectives in Public Health*, 129(6), pp. 268-271.

Gumucio, S., Merica, M., Luhmann, N., Fauvel, G., Zompi, S., Ronsse, A., Courcaud, A., Bouchon, M., Trehin, C., Schapman, S., Cheminat, O., Ranchal, H. & Simon, S., 2011. *The KAP survey model (knowledge, attitude and practice)*. Paris: Médecins du Monde.

Hall, A.K., Stellefson, M. & Bernhardt, J.M., 2012. Healty Aging 2.0: potential of new media and technology. *Preventive Chronic Disease*, 9:110241.

Hesse, B.W., Nelson, D.E., Kreps, G.L., Croyle, R.T., Arora, N.K., Rimer, B.K. & Viswanath, K., 2005. The impact of the Internet and Its Implications for Health Care Providers: Findings from the First Health Information National Trends Survey. *Archives of Internal Medicine*, 165(22), pp. 2618-2624.

Hlastan Ribič, C., Zakotnik, J. M., Vertnik, L., Vegnuti, M. & Cappuccio, F. P., 2010. Salt intake of Slovene population assessed by 24h urinary sodium excretion. *Public Health Nutrition*, 13(11), pp. 1803-1809.

Hunt, D.P., 2003. The concept of knowledge and how to measure it. *Journal of Intellectual Capital*, 4(1), pp. 100-113.

Institute of Medicine, National Academy of Sciences., 1988. *The Future of Public Health*. Washington, DC: National Academy Press.

Jenkins H., 2006. Quentin Tarantino's Star Wars?: Digital Cinema, Media Convergence, and Participatory Culture. In: M.G. Durham & D.M. Kellner, eds. *Media and cultural studies : keywords*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.

Jung, M., Chan, C.K.Y. & Viswanath, K., 2014. Moderating Effects of Media Exposure on Associations between Socioeconomic Position and Cancer Worry. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15(14), pp. 5845-5851.

Kaliyaperumal, K., 2004. Guideline for Conducting a Knowledge, Attitude and Practice (KAP) Study. *AECs Illumination*, 4(1), pp.7-9.

Kamin, T., 2004. *Promocija zdravja in mit opolnomočenega državljana: doktorska disertacija*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.

Kamin, T., 2006. *Zdravje na barikadah: dileme promocije zdravja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Kellner, D.M. & Durham M.G., 2006. Adventures in Media and Cultural Studies: Introducing the KeyWords. In: M.G. Durham & D.M. Kellner, eds. *Media and cultural studies : keywords*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.

Korownyk, C., Kolber, M.R., McCormack, J., Lam, V., Overbo, K., Cotton, C., Finley, C., Turgeon, R.D., Garrison, S., Lindblad, A.J., Banh, H.L., Campbell-Scherer, D., Vandermeer, B. & Allan, G.M., 2014. Televised medical talk shows—what they recommend and the evidence to support their recommendations: a prospective observational study. *British Medical Journal*, 349: g7346.

Kotler, P., Roberto, N. & Lee, N., 2002. *Social Marketing. Improving the Quality of Life*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.

Kotler, P. & Zaltman, G., 1971. Social Marketing: An Approach to Planned Social Change. *Journal of Marketing*, 35, pp. 3-12.

Kraak, V.I., Kumanyika, S.K. & Story, M., 2009. The commercial marketing of healthy lifestyles to address the global child and adolescent obesity pandemic: prospects, pitfalls and priorities. *Public Health Nutrition*, 12(11), pp. 2027–2036.

Kraigher, A., 2014. Prijavljene nalezljive bolezni v Sloveniji. In: A. Kraigher, M. Sočan, I. Klavs, T. Frelih, E. Grilc, M. Grgič Vitek, V. Učakar, & J. Kolman, eds. *Epidemiološko spremljanje nalezljivih bolezni v Sloveniji v letu 2013*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 13.

Kraigher, A., Ihan, A. & Avčin, T., eds. 2011. *Cepljenje in cepiva - dobre prakse varnega cepljenja*. Ljubljana: Sekcija za preventivno medicino SZD, Sekcija za klinično mikrobiologijo in bolnišnične okužbe SZD: Inštitut za varovanje zdravja.

Quick, B.L., Morgan, S.E., LaVoie, N.R. & Bosch, D., 2014. *Grey's Anatomy* Viewing and Organ Donation Attitude Formation: Examining Mediators Bridging This Relationship Among African Americans, Caucasians and Latinos. *Communication Research*, 41: 690.

Land, M.A., Webster, J., Christoforou, A., Johnson, C., Trevena, H., Hodgins, F., Chalmers, J., Woodward, M., Barzi, F., Smith, W., Flood, V., Jeffery, P., Nowson, C. & Neal, B., 2014. The association of knowledge, attitudes and behaviours related to salt with 24-hour urinary sodium excretion. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11(47).

Lavtar, D., Rostohar, K., Zaletel, M. & Hočevar Grom, A., eds. 2014. *Uporaba prepovedanih drog, tobaka in alkohola v Sloveniji 2011–2012. Metodologija raziskave in izbrani statistični podatki*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Leavy, J.E., Bull, F.C., Rosenberg, M. & Bauman, A., 2011. Physical activity mass media campaigns and their evaluation: a systematic review of the literature 2003-2010. *Health Education Research*, 26(6), pp. 1060-1085.

Link, M.W., Battaglia, M.P., Frankel, M.R., Osborn L. & Mokdad, A.H., 2007. Reaching the U.S. cell phone generation: comparison of cell phone survey results with an ongoing landline telephone survey. *Public Opinion Quarterly*, 71(5), pp. 814–839.

Lin, Y.S., Wu, D.M., Ali, H.R., Shi, Z.P. & Chu, N.F., 2010. Influence of Knowledge and Attitudes on Smoking Habits Among Young Military Conscripts in Taiwan. *Journal of Chinese Medical Association*, 73(8), pp. 411-418.

Loss, J. & Nagel, E., 2010. Social marketing - seduction with the aim of healthy behavior? *Gesundheitswesen*, 72(1), pp. 54-62.

Marrie, R.A., Salter, A.R., Tyry, T., Fox, R.J. & Cutter G.R., 2013. Preferred Source of Health Information in Persons With Multiple Sclerosis: Degree of Trust and Information Sought. *Journal of Medical Internet Research*, 15(4),e67.

McDaid, D., 2004. Headlines and deadlines: the media and health issues. *Eurohealth*, 10(2), pp. 15-17.

McMullan, M., 2006. Patients using the internet to obtain health information: how this affects the patient-health professional relationship. *Patient Education and Counseling*, 63(1), pp. 24-28.

Mellentini, J., 2007. *Danone Actimel: Innovation builds a probiotic mega brand*. London: The Centre for Food & Health Studies.

Mito Trefalt, n.d. *Brazde vzdržljivosti*. (online) Available at: http://www.trefalt.si/sl/brazde_vzdrzljivosti/ [Accessed 9 September 2015].

Ministrstvo za kmetijstvo, gozdarstvo in prehrano, 2014. *Promocijska kampanja "Kakovost nam je blizu" - preverjajmo poreklo živilskih izdelkov*. (Online) Available at: http://www.mkgp.gov.si/nc/si/medijsko_sredisce/novica/article/1328/7680/ [Accessed 14 February 2015].

Mobilizacija skupnosti za odgovornejši odnos do alkohola, 2009. *Alkohol ubija. Največkrat nedolžne*. (Online) Available at:

http://www.infomosa.si/baze_podatkov/preventivni_programi/alkohol_ubija_najveckrat_nedolzne.html [Accessed 28 February 2015].

Murphy, D., 2009. Concepts of Disease and Health. In: E.N. Zalta, ed. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Available at: <http://plato.stanford.edu/archives/sum2009/entries/health-disease/> [Accessed 14 January 2015].

Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2013. *Strategija razvoja dejavnosti javnega zdravja 2013 – 2023*. (pdf) Ministrstvo za zdravje. Available at: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javno_zdravje_2013/-javna_obravnavna.pdf [Accessed 28 January 2015].

Nagler, R.H. & Hornik, R.C., 2012. Measuring Media Exposure to Contradictory Health Information: A Comparative Analysis of Four Potential Measures. *Communication Methods and Measures*, 6(1), pp. 56–75.

Niederdeppe, J., Hornik, R., Kelly, B., Frosch, D., Romantan, A., Stevens, R., Barg, F., Weiner, J., & Schwarz, S., 2007. Examining the dimensions of cancer-related information scanning and seeking behavior. *Health Communication*, 22, pp. 153–167.

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2010. *Nacionalna kampanja o zmanjševanju uživanja soli - PREVEČ SOLI ŠKODI*. (Online) Available at: http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=78&pi=6&_6_id=1326&_6_PageIndex=0&_6_groupId=-2&_6_newsCategory=IVZ+kategorija&_6_action=ShowNewsFull&pl=78-6.0 [Accessed 1 February 2015].

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014. *Premisli še enkrat, testiraj se!* (Online) Available at: <http://www.nijz.si/svetovni-dan-hepatitisov-2014-premisli-se-enkrat-testiraj-se> [Accessed 28 February 2015].

Nowak, G.J., Gellin, B.G., MacDonald, N.E., Butler, R. & the SAGE Working Group, 2015. Addressing vaccine hesitancy: The potential value of commercial and social marketing principles and practices. *Vaccine*, 33(34), pp. 4204-4211.

Orbe, M.P., 2013. Media and Culture: The “Reality” of Media Effects. In: A. Kurylo, ed. *Inter/Cultural Communication*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.

Ottawska listina promocije zdravja, 1986. *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: World Health Organization. (Online) Available at: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html> [Accessed 28 February 2015].

Parker, A.A., Staggs, W., Dayan, G.H., Ortega-Sánchez, I.R., Rota, P.A., Lowe, L., Boardman, P., Teclaw, R., Graves, C., & LeBaron, C.W., 2006. Implications of a 2005 Measles Outbreak in Indiana for Sustained Elimination of Measles in the United States. *New England Journal of Medicine*, 355, pp. 447-455.

Pearce, K.J., 2009. Media and mass communication theories. In: S.W. Littlejohn & K.A. Foss, eds. *Encyclopedia of communication theory*. Thousand Oaks, CA: Sage, pp. 623–627.

Perez-Cueto, F.J.A., Aschemann-Witzel, J., Shankar, B., Brambila-Macias, J., Bech-Larsen, T. & Mazzocchi, M., 2011. Assessment of evaluations made to healthy eating policies in Europe: a review within the EATWELL Project. *Public Health Nutrition*, 15(8), pp. 1489-1496.

Plotkin, S.L. & Plotkin, S.A., 2004. A short history of vaccination. In: S.A. Plotkin & W.A. Orenstein, eds. *Vaccines*, 4th Edition. Philadelphia: WB Saunders, pp. 1-15.

Pribble, J.M., Goldstein, K.M., Fowler, E.F., Greenberg, N.J., Noel, S.K. & Howell, J.D., 2006. Medical news for the public to use? What’s on local TV news. *American Journal of Menaged care*, 12, pp. 170-176.

Rachiotis, G., Mouchtouri, V.A., Kremastinou, J., Gourgoulisanis, K. & Hadjichristodoulou, C., 2010. Low acceptance of vaccination against the 2009 pandemic influenza A (H1N1) among healthcare workers in Greece. *Eurosurveillance*, 15(6), pii=19486.

Redmond, N., Baer, H.J., Clark, C.R., Lipsitz, S. & Hicks, L.S., 2010. Sources of Health Information Related to Preventive Health Behaviors in a National Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 38(6) pp. 620-627.

Rice, R.E., 2006. Influences, usage, and outcomes of internet health information searching: multivariate results from the Pew surveys. *International Journal of Medical Informatics*, 75(1), pp. 8-28.

Rimer, B.K. & Kreuter, M.W., 2006. Advancing tailored health communication: a persuasion and message effects perspective. *Journal of Communication*, 56 (Suppl 1), pp. 184–201.

Ritvo, P., Irvine, J., Klar, N., Wilson, K., Brown, L., Bremner, K.E., Rinfret, A., Remis, R. & Krahn, M.D., 2003. A Canadian national survey of attitudes and knowledge regarding preventive vaccines. *Journal of Immune Based Therapies and Vaccines*, 1(3).

Robinson, M.N., Tansil, K.A., Elder, R.W., Soler, R.E., Labre, M.P., Mercer, S.L., et al., 2014. Mass Media Health Communication Campaigns Combined with Health-Related Product Distribution. *American Journal of Preventive Medicine*, 47(3), pp. 360–371.

Saleh, A., Kong, Y.H., Vengu, N., Badrudeen, H., Zain, R.B. & Cheong, S.C., 2014. Dentists perception of the role play in early detection of oral cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15, pp. 229-237.

Siddiqui, M., Salmon, D. A. & Omer, S. B., 2013. Epidemiology of vaccine hesitancy in the United States. *Human Vaccines & Immunotherapy*, 9(12), pp. 2643–2648.

Squires, C., 2009. *African Americans and the media*. Malden, MA: Polity Press.

Slovenska zveza za tobačno kontrolo in javno zdravje, 2005. *Evropska kampanja: HELP - za življenje brez tobaka*. (online) Available at: <http://www.tobak-zveza.si/default.asp?lang=sl&tip=novice&str=21&id=59> [Accessed 9. September 2015].

Slovar slovenskega knjižnega jezika, 2014. Ljubljana: Založba ZRC, Znanstveno raziskovalni center SAZU. (online) Available at: <http://bos.zrc-sazu.si/sskj.html> [Accessed 21 August 2015].

Southwell, B.G. & Yzer, M.C., 2007. The roles of interpersonal communication in mass media campaigns. *Communication Yearbook*, 31, pp. 419-462.

Statista, 2015. (Online) Available at: <http://www.statista.com/statistics/270781/average-daily-media-use-in-the-us/> [Accessed 21 August 2015].

Statistični urad Republike Slovenije, 2015a. (Online) Available at: <http://www.stat.si> [Accessed 1 July 2015].

Statistični urad Republike Slovenije, 2015b. (Online) Available at: <http://www.stat.si/StatWeb/pregled-podrocja?id=8&headerbar=16> [Accessed 17 August 2015].

Subramanian, S.V. & Kawachi, I., 2004. Income Inequality and Health: What Have We Learned So Far? *Epidemiologic Reviews*, 26, pp. 78–91.

Tafari, S., Gallone, M.S., Capelli, M.G., Martinelli, D., Prato, R. & Germinario, C., 2014. Addressing the anti-vaccination movement and the role of HCWs. *Vaccine*, 32, pp. 4860-4865.

Tengland, P.A., 2010. Health promotion and Disease Prevention: Logically Different Conceptions? *Health Care Analysis*, 18(4), pp. 323-341.

Tomšič, S., Kofol, Bric, T., Korošec, A. & Maučec Zakotnik, J., 2014. *Izzivi v izboljševanju vedenjskega sloga in zdravja - desetletje CINDI raziskav v Sloveniji*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Tones, K. & Green, J., 2004. *Health promotion: Planning and Strategies*. London: Sage.

Torun, S.D., Torun, F. & Catak, B., 2010. Healthcare workers as parents: attitudes toward vaccinating their children against pandemic influenza A/H1N1. *BMC Public Health*, 10(10).

Turnock, B.J., 2012. *Public Health - What it is and how it works*. Burlington: Jones & Bartlett Learning.

van Bekkum, J.E. & Hilton, S., 2013. Primary care nurses' experiences of how to mass media influence frontline healthcare in the UK. *BMC Family Practice*, 14: 178.

Van de Belt, T.H., Engelen, L.J.L.P.G., Berben, S.A.A., Teerenstra, S., Samsom, M. & Schoonhoven, L., 2013. Internet and Social Media For Health-Related Information and Communication in Health Care: Preferences of the Dutch General Population. *Journal of Medical Internet Research*, 15(10): e220.

Vehovar, V. & Belak, E., 2004. Vpliv uporabe mobilnih telefonov na anketno zbiranje podatkov. In: B. Tkačik & M. Urbas, eds. *Statistično spremljanje pojavov globalizacije in storitev – izzivi in nujnost, 14. Statistični dnevi. Radenci, 8-10 november 2004*. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije.

Viswanath, K., Flynt-Wallington, S. & Blake, K. D., 2009. Media effects and population health. In: R. Nabi & M.B. Oliver, eds. *The SAGE Handbook of Media Processes And Effects*. Thousand Oaks, CA: Sage, pp. 313-329.

Viswanath, K., 2006. Public communications and its role in eliminating health disparities. In: G. E. Thomson, F. Mitchell & M. B. Williams, eds. *Examining the health disparities research plan of the national institute of health: unfinished business*. Washington DC: Institute of Medicine, pp. 215-253.

Vukušić Rukavina, T., Brborović, O., Pavleković, G. & Harapin, M., 2007. Media and health. In: D. Donev, G. Pavlekovic, L. Z. Kragelj, eds. *Health promotion and disease prevention*. Lage: Hans Jacobs Publishing Company.

Wakefield, M.A., Loken, B. & Hornkik, R.C., 2010. Use of mass media campaigns to change health behavior. *Lancet*, 376, pp. 1261-1271.

Walls, H.L., Peeters, A., Proietto, J. & McNeill, J.J., 2011. Public health campaigns and obesity – a critique. *BMC Public Health*, 11(136).

Wang, L.Y., Huang, L.Y., Shi, J.H., Hu, Y. & Liu, H., 2011. Effect evaluation of propaganda on measles vaccine mass immunisation campaign in Beijing in 2010. *Chinese journal of Health Education*, 27(3), pp. 181-184.

Wardle, J. & Steptoe, A., 2003. Socioeconomic differences in attitudes and beliefs about healthy lifestyles. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57, pp. 440-443.

Whitney, R. & Viswanath, K., 2004. Lessons learned from public health mass media campaigns: marketing health in a crowded media world. *Annual Review of Public Health*, 25, pp. 419–437.

Willis, N., Hill, S., Kaufman, J., Lewin, S., Kis-Rigo, J., Bensaude De Castro Freire, S., Bosch-Capblanch, X., Glenton, C., Lin, V., Robinson, P. & Wiysonge, C. S., 2013. “Communicate to vaccinate”: the development of a taxonomy of communication interventions to improve routine childhood vaccination. *BMC International Health and Human Rights*, 13:23.

Winslow, C.E.A., 1920. The untilled field of public health. *Mod Med*, 2, pp. 183-191.

World Health Organization, 2012. *Action plan for implementation of the European strategy for the prevention and control of noncommunicable disease 2012-2016*. Copenhagen: World Health Organization.

World Health Organization, 2013. *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization, 2014. *Global status report on noncommunicable diseases*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization, 2009. *Milestones in Health Promotion - Statements from Global Conferences*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization, 1946. *Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference*. New York: World Health Organization.

World Health Organization, n.d. *The determinants of health*. World Health Organization. (Online) Available at: <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/> [Accessed 27 January 2015].

World Health Organization, 1999. *The pen is as mighty as the surgeon's scalpel-Improving health communication impact*. London: Nuffield Trust.

Wiecha, J.L., Peterson, K.E., Ludwig, D.S., Kim, J., Sobol, A. & Gortmaker, S.L., 2006. When children eat what they watch: impact of television viewing on dietary intake in youth. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 160(4), pp. 436-442.

Zakon o omejevanju uporabe tobačnih izdelkov (ZOUTI), 2007. Uradni list Republike Slovenije št. 93. (Online) Available at: <https://www.uradni-list.si/1/content?id=82581> [Accessed: 17 August 2015].

Zhang, D., Giabbanelli, P.J., Arah, O.A. & Zimmerman, F.J., 2014. Impact of Different Policies on Unhealthy Dietary Behaviours in an Urban Adult Population: An Agent-Based Simulation Model. *American Journal of Public Health*, 104(7), pp. 1217-1222.

6 PRILOGE

6.1 VPRAŠALNIK

VPRAŠALNIK O PROMOCIJI ZDRAVJA V MNOŽIČNIH MEDIJIH IN ZNAJHU TER STALIŠČIH O ZDRAVJU

Dober dan. Kličemo vas iz Centra za raziskovanje javnega mnenja in bi vas prosili za sodelovanje v raziskavi. Za potrebe magistrskega dela na Fakulteti za zdravstvo Jesenice opravljamo raziskavo o tem, kako je promocija zdravja v množičnih medijih povezana z znanji in stališči o zdravju pri odraslih prebivalcih Republike Slovenije. Spraševali bi vas radi o tem, koliko spremljate množične medije, in kakšno je vaše znanje ter kakšna so vaša stališča na področju zdravja ter zdravega načina življenja. Podatki, ki nam jih boste zaupali, bodo obravnavani kot zaupni, in uporabili jih bomo izključno v raziskovalne namene. Vaše sodelovanje v raziskavi je popolnoma anonimno. Odgovarjanje na vprašanja vam bo vzelo približno 10 minut. Od anketiranja lahko kadarkoli odstopite, ne da bi vam bilo treba pojasnjevati vzrok. Ali ste pripravljeni sodelovati?

A.

a) Spremljanje množičnih medijev

Na običajni delovni dan, koliko ur običajno:

- | | | |
|----------------------------|----------|-----|
| 1. Gledate TV | _____ UR | Nič |
| 2. Poslušate radio | _____ UR | Nič |
| 3. Preživite na internetu | _____ UR | Nič |
| 4. Berete časopise, revije | _____ UR | Nič |

Na tipičen konec tedna (skupaj sobota in nedelja) koliko ur običajno:

- | | | |
|----------------------------|----------|-----|
| 5. Gledate TV | _____ UR | Nič |
| 6. Poslušate radio | _____ UR | Nič |
| 7. Preživite na internetu | _____ UR | Nič |
| 8. Berete časopise, revije | _____ UR | Nič |

b) Spremljanje zdravstveno specifičnih vsebin v množičnih medijih

Prosimo vas, da nam poveste, kolikokrat ste v zadnjih treh mesecih v povprečju spremljali (gledali, poslušali ali brali vsebine, povezane z zdravjem, zdravim načinom življenja, preprečevanjem bolezni, zdravljenjem, ...):

9. Na televiziji (poročila, oddaje, ...)	_____krat/tedensko	_____krat/mesečno	Nikoli
10. Na radiu (poročila, oddaje, ...)	_____krat/tedensko	_____krat/mesečno	Nikoli
11. Na internetu (spletni portali, strokovni članki, ...)	_____krat/tedensko	_____krat/mesečno	Nikoli
12. V časopisih, revijah (članki, propagandna sporočila, ...)	_____krat/tedensko	_____krat/mesečno	Nikoli

B. Z zdravim življenjskim slogom povezano znanje.

Prosimo vas, da poslušate trditev in se odločite, ali se vam zdi trditev pravilna, nepravilna, oz. ne veste odgovora.

<i>Trditev</i>	Drži	Ne drži	Ne vem
13. Bolezni srca in ožilja ter nekatere oblike raka so lahko posledica nezdravega življenja.	X		
14. Za uravnoteženo prehranjevanje je potrebno jesti največ beljakovin.		X	
15. Klobasa vsebuje malo soli.		X	
16. Olja vsebujejo predvsem nasičene maščobe.		X	
17. Bel kruh vsebuje veliko vitaminov in mineralov.		X	
18. Uravnotežena prehrana, bogata s sadjem in zelenjavo, lahko prepreči nastanek obolenja srca.	X		
19. Zdravje pasivnih kadičev ni ogroženo.		X	

20. Nasičene maščobe (živalske) ne povzročijo dviga vrednosti holesterola v krvi.		X	
21. Prehrana, bogata s soljo, povzroča visok krvni tlak.	X		
22. Kajenje poveča kapaciteto pljuč.		X	
23. Pri cepljenju v telo vnesemo mrtve ali spremenjene viruse ali bakterije, ki povzročajo določeno bolezen.	X		
24. Kajenje v nosečnosti škoduje le materi in ne vpliva na plod.		X	
25. Pitje industrijskih sadnih sokov je zdravo, saj vsebujejo veliko sadja.		X	
26. Sedeč življenjski slog je zdravju škodljiv.	X		
27. Cepiva spadajo med najcenejše in najučinkovitejše oblike preprečevanja bolezni.	X		
28. Ogljikov monoksid v cigaretah zmanjša zmožnost vezave hemoglobina in kisika v rdečih krvničkih.	X		
29. Rekreativna in ukvarjanje s športom ne vplivata na psihično počutje.		X	
30. Antioksidanti so zdravju škodljivi.		X	
31. Zdravo je, če pojedemo 2 obilna obroka na dan.		X	
32. Z dvema rezinama kruha na dan prejmemo zadosti soli.	X		
33. Avtizem pri otrocih je posledica cepljenja.		X	
34. Zmrznjena hrana, ki jo hitreje pripravimo, je enako zdrava kot sveža.		X	

Odgovore, ki so označeni s črko X, smo v analizi rezultatov šteli kot pravilne.

C. Z zdravim življenjskim slogom povezana stališča

To so vprašanja, povezana z **vašimi stališči** o zdravem načinu življenja. Prosimo vas, da poslušate trditev in označite svojo stopnjo strinjanja ali nestrinjanja s to trditvijo.

Trditev	Se popolnoma strinjam	Se strinjam	Se niti strinjam niti ne strinjam	Se ne strinjam	Se sploh ne strinjam	Brez odgovora
35. Informacije, ki jih o zdravem načinu življenja pridobim iz medijev, se mi zdijo verodostojne.						
36. Nasprotniki cepljenja imajo prav.						

37. Pri nakupu hrane mi je najpomembnejši okus.						
38. Zdrav način življenja se mi zdi zelo pomemben.						
39. Prehrana je pomemben dejavnik ohranjanja zdravja.						
40. O pomenu zdravega načina življenja strokovnjaki pretiravajo.						
41. Informacije, ki jih o zdravem načinu življenja dobim iz medijev, se mi zdijo koristne.						
42. Redna gibalna aktivnost omogoča boljšo kakovost življenja.						
43. Pri nakupu hrane mi je najpomembnejša cena.						
44. Cepljenje je škodljivo.						
45. V dobro drugih ljudi mora biti kajenje v javnih prostorih prepovedano.						
46. Nasvete o zdravem življenju, ki jih dobim iz medijev, običajno upoštevam.						
47. Redna rekreacija je proč vržen čas in denar.						
48. Za zdrav izdelek sem pripravljen/a plačati več.						

D. Socialno demografski podatki

49. Spol: a) Moški b) Ženski

50. Regija iz katere prihajate:

- a) Pomurska regija
- b) Podravska regija
- c) Koroška regija
- d) Savinjska regija
- e) Zasavska regija
- f) Posavska regija
- g) Jugovzhodna Slovenija
- h) Osrednjeslovenska regija
- i) Gorenjska regija
- j) Primorsko-notranjska regija
- k) Goriška regija

51. Zaključena stopnja izobrazbe:

- a) Nedokončana osnovna šola
- b) Osnovnošolska izobrazba
- c) Srednješolska izobrazba
- d) Visokošolska dodiplomska izobrazba
- e) Visokošolska podiplomska izobrazba (magisterij, doktorat)
- f) Brez odgovora

52. Starost:

_____ let

53. Kam bi se uvrstili glede na skupni *neto* mesečni dohodek vašega gospodinjstva (prosimo vas, da izberete eno vrednost):

- a) Do 600 evrov mesečno
- b) Dd 600 do 1000 evrov mesečno
- c) Od 1000 do 1500 evrov mesečno
- d) Od 1500 do 2000 evrov mesečno

- e) Od 2000 do 2500 evrov mesečno
- f) Nad 2500 evrov mesečno
- g) Ne želi odgovoriti

54. Koliko članov šteje vaše gospodinjstvo?

_____ članov

55. Prosimo vas, če nam zaupate vaš status. Sem:

- a) Zaposlen/a ali samozaposlen
- b) Nezaposlen/a
- c) Študent/ka
- d) Upokojenec/ka
- e) Kmeta/ica
- f) Gospodinja/ec
- g) Drugo _____