

MIECZYŚLAW GALUSZKA  
Uniwersytet Medyczny w Łodzi\*  
DOI: 10.26485/PS/2017/66.1/3

## MEDYKALIZACJA W KULTURZE STRACHU: PRZYKŁAD MEDIALNEJ EKSPOZYCJI GRYPY A/H1N1

### Streszczenie

Media masowe wspomagają środowisko medyczne w procesach społecznych skutkujących medykacją. Tematy zdrowia i choroby przedstawiane są często w kategoriach społeczeństwa ryzyka i kultury strachu. Artykuł analizuje ekspozycję „świńskiej grypy” w mediach polskich w czasie trwania, ogłoszonej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) w latach 2009–2010, pandemii grypy wywołanej wirusem A/H1N1. Media masowe uczyniły informacje o grypie tematem dnia (*agenda-setting*), budując przekonanie odbiorców o ważności problemu i wywierając wpływ na opinie, postawy i zachowanie ludzi. Poprzez określony sposób produkowania informacji o grypie przyczyniły się, w początkowym etapie ekspozycji, do budowania atmosfery zagrożenia i lęku społecznego. W kolejnych etapach dodatkowym przesłaniem tekstów było propagowanie profilaktyki i rozliczania winnych za groźną dla zdrowia publicznego sytuację epidemiologiczną.

**Słowa kluczowe:** medykacja, kultura strachu, media masowe, grypa A/H1N1, zdrowie publiczne

### KULTURA STRACHU I MEDYKALIZACJA WE WŁADZY MEDIÓW

Media masowe odgrywają ważną rolę w kształtowaniu opinii na temat zdrowia i choroby. Medycyna dostarcza atrakcyjnych tematów, które dobrze się „sprzedają” zarówno w mediach publicznych, jak i komercyjnych. Formalnym źródłem

---

\* Prof. dr hab. n. hum., Katedra Nauk Humanistycznych, Zakład Socjologii; e-mail: mieczyslaw.galuszka@umed.lodz.pl

informacji dziennikarskich jest profesjonalna wiedza gromadzona w biomedycznych bazach danych, opartych na faktach i wiarygodnych publikacjach naukowych (*Evidence Based Medicine*). W ochronie zdrowia przetwarzanie profesjonalnej wiedzy medycznej nazywano „przekwalifikowaniem laików” (*lay reskilling*) i tworzeniem się „laickiej wiedzy medycznej” (*lay health knowledge*). Według Williama i Calnana media zarówno mistyfikują, jak i demistyfikują współczesną medycynę, „wpływają na zasób informacji aktorów, którzy są laikami, a także oddziałują na charakter i kształt opinii publicznej w zakresie szerokiego wachlarza problemów natury społecznej i medycznej” [Williams, Calnan 1996: 1616]. Możliwości mediów w zakresie edukacji i promocji zdrowia mają jednak wiele ograniczeń, zarówno po stronie nadawcy, przekazu, jak i odbiorców. Badania rozumienia przekazów zdrowotnych i alfabetyzacji zdrowotnej (*health literacy*) wskazują na niski poziom indywidualnych umiejętności ludzi w zakresie rozumienia i przetwarzania informacji o zdrowiu [Gałuszka 2012]. Teksty o zdrowiu i chorobie przygotowywane dla masowego odbiorcy są zazwyczaj poddane procesom standaryzacji zarówno treści, jak i formy, dla ułatwienia odbioru; często też podlegają tabloidyzacji. Dziennikarze „produkują informacje”, stosując różne kryteria selekcyjne, a sposób konstruowania przekazu zależy od wielu zmiennych, takich jak np.: model biznesowy i interesy właścicieli, poglądy dziennikarzy i standardy redakcyjne. Według Giddensa i Suttona [2014: 227] dziennikarze, podobnie jak pracownicy sektora ochrony zdrowia, odgrywają „istotną rolę w procesach społecznych skutkujących medykacją”. Stwierdzono również znaczący wpływ przekazów kultury symbolicznej, w postaci seriali i filmów poruszających tematy medyczne, na procesy medykacji [Karpf 1988]. Analizy medykacji podkreślają procesualny charakter ekspansji medycyny na różne niemedyczne obszary życia jednostki i społeczeństwa. Nowy etap medykacji, nazywany biomedykacją, wykorzystuje rozwój technologii cyfrowych do prowadzenia badań biomedycznych, kodyfikowania wiedzy medycznej oraz jej udostępniania w globalnych sieciach [Nowakowski 2015: 56–57]. Zauważalna jest też istotna rola nowych mediów, a zwłaszcza internetu, w procesie udostępniania wiedzy medycznej i w komunikowaniu się laików z profesjonalistami (wystarczy wymienić np. e-mail, czat, listy dyskusyjne, forum, telekonsultacje, grupy wsparcia) [Seale 2004; Wieczorkowska 2015]. Mediatyzacja i medykacja to dwa kontaminujące procesy, charakterystyczne dla współczesnego globalnego świata, które wzajemnie się wspierają, zawłaszczają kolejne obszary życia ludzkiego.

Media traktuje się jako czwartą władzę, wskazując na ich socjotechniczne możliwości kreowania i reprodukcji porządku społecznego i wizji świata

zgodnego z interesami właścicieli, nadawcy komunikatów i przypisanymi funkcjami mediów. Istnieją również analizy medycyny w kategoriach wiedzy uwikłanej we władzę, która zarówno w wersji biopolityki państwa, jak i biopolityki rynku jest znaczącą formą władzy, mającą wpływ na życie jednostek i populacji [Foucault 2011]. M. Castels interpretuje władzę jako „zdolność relacyjną, która umożliwia aktorowi społecznemu wywieranie asymetrycznego wpływu”, sprawowaną poprzez przymus lub struktury znaczeniowe tworzone na podstawie dyskursów społecznych [Castels 2013: 23]. Przenikanie się władzy mediów z władzą medycyny dotyczy możliwości kontrolowania i narzucania określonej wizji zdrowia i choroby, która jest uważana za zgodną z aktualną wiedzą medyczną i porządkiem społecznym odpowiadającym partykularnym interesom różnych grup. Biomedyczny dyskurs dyscyplinujący prowadzony jest w celu ochrony zdrowia jednostki i populacji, ale obok lekarzy i pacjentów uczestniczą w nim również komercyjne firmy medyczne i farmaceutyczne oraz politycy, których interesy są często sprzeczne. Politycy kontrolują system medyczny poprzez racjonowanie ograniczonych środków medycznych i oszczędności. Komercyjna medycyna i przemysł farmaceutyczny kierują się zasadą maksymalizacji zysku i wykorzystują w tym celu media poprzez finansowanie reklam leków i suplementów diety<sup>1</sup>. Znana teza I. Ilicha [1975: 73–77], że lekarze nie tylko leczą, ale i tworzą choroby, może być uzupełniona o stwierdzenie, że media nie tylko promują zdrowie, ale także kreują choroby. Można więc mówić o zjawisku mediatyzacji medykacji, której głównym beneficjentem jest skomercjalizowana medycyna, przemysł farmaceutyczny i media. Informacje medyczne traktowane są jak towar, opakowany w atrakcyjną formę dziennikarską i udostępniany masowemu odbiorcy. Wydarzenia medyczne są przez dziennikarzy interpretowane oraz umieszczane w określonym kontekście biznesowym i politycznym, mają wpływ na kształtowanie się opinii publicznej, decyzje elit władzy oraz zachowanie obywateli. Medialna ekspozycja tematów medycznych stymuluje procesy medykacji, ale może mieć również wpływ na procesy demedykacji, w zależności od kontekstu i ram interpretacyjnych wzmacnia ruchy poparcia lub oporu wobec medycyny. Zwłaszcza media publiczne i społecznościowe w swojej misji podkreślają znaczenie odpowiedzialności za zdrowie jednostki i populacji.

---

<sup>1</sup> W 2014 r. wartość rynku farmaceutyków w Polsce wynosiła 38,6 mld zł, w tym sprzedaż suplementów diety i leków bez recepty – 11,3 mld zł. Wydatki na reklamę produktów farmaceutycznych w 2014 r. wynosiły 870,9 mln zł. Firmom farmaceutycznym stawiany jest zarzut niezgodnej z prawem działalności marketingowej. W Europie wydają około 91 mln euro rocznie, aby uzyskać korzystne dla siebie rozstrzygnięcia prawne [Szawarski 2013].

Zarówno zjawisko mediatyzacji, jak i medykalizacji wpisuje się dobrze w koncepcję kultury strachu i społeczeństwa ryzyka. Strach jest najczęściej definiowany jako silna negatywna emocja będąca odpowiedzią na realne i zdefiniowane zagrożenie. Wykorzystanie strachu dla skutecznego kierowania człowiekiem znane jest od dawna [Delemeau 1994]. Media współtworzą kulturę strachu poprzez nieustanne eksponowanie informacji o zbliżających się kataklizmach i katastrofach wywołanych przez człowieka lub naturę. Bodźcem awersyjnym wywołującym strach mogą być informacje medialne o chorobach globalnych bądź epidemiach [Furedi 2009]. Według Z. Baumana [2004: 5–7] posłuszeństwo natury ludzkiej oparte jest na strachu. Zagrożenie epidemiami w historii cywilizacji było wykorzystywane przez władzę w celu wywołania posłuszeństwa obywateli.

W badaniach medioznawczych funkcjonuje pojęcie formatu kryzysu określające przekazy dziennikarskie, które selekcjonują społeczne sytuacje i zdarzenia celem wstrząśnięcia odbiorcami i wywołania intensywnych reakcji emocjonalnych. Wywoływanie strachu jest traktowane jako najskuteczniejszy mechanizm manipulowania świadomością odbiorców [Altheide 2002]. Tematy dotyczące chorób zakaźnych wywoływanych przez bakterie, wirusy, priony czy grzyby oraz czynne biologiczne substancje przez nie wytwarzane są prezentowane w taki sposób, aby poprzez opis faktów wywołać przekonanie, że zdarzenie zakażenia może dotyczyć z dużym prawdopodobieństwem każdego środowiska. Badania medialnej kultury strachu pokazują, w jaki sposób manipulowanie strachem i nieukierunkowanym lękiem może odciągnąć uwagę audytoriów od poważnych i często nierozwiązywalnych problemów, skierowując ją w stronę pseudoniebezpieczeństw. B. Glaser [2000] zwraca uwagę, że dyfuzja danego strachu zależy zarówno od tego, w jaki sposób jest wyrażony, ale też od tego, jak dobrze wyraża głębsze, kulturowe lęki. Odpowiadając na pytanie, dlaczego Amerykanie boją się potencjalnych zagrożeń, podkreśla, że obawiają się nie tego, czego powinni, a tego, co media i kultura popularna wskażą jako niebezpieczeństwo zagrażające podstawowym zasadom moralnym i amerykańskiemu stylowi życia. Wśród zjawisk wywołujących strach, uwiarygadnianych historycznymi danymi o wskaźnikach śmiertelności, wymieniane są różne choroby zakaźne.

Media i dziennikarze wiele miejsca poświęcają globalnym chorobom zakaźnym, które mogą łatwo się przenosić, osiągając skalę epidemii bądź pandemii. W dokumentach WHO i literaturze z zakresu zdrowia publicznego wyróżnia się epidemię, która dotyczy występowania zwiększonej liczby zachorowań na jakąś chorobę, przede wszystkim zakaźną, na jakimś ograniczonym przestrzennie obszarze, oraz pandemię, podkreślając jej globalny, ogólnoswiatowy zasięg. W ramach szacunków epidemiologicznego globalnego ryzyka można dokonać podziału na

choroby o realnym i symulacyjnym zagrożeniu. Realnie istniejące zagrożenie potwierdzają fakty o zachorowalności, np. na malarię, gruźlicę, grypę sezonową. Według WHO obecnie na malarię choruje 500 milionów ludzi, a co roku umiera na nią około miliona osób. Gruźlica dotyka 9 milionów ludzi na świecie, a co roku umiera na nią około 2 milionów ludzi. Na grypę sezonową co roku choruje od 330 milionów do 1,76 miliarda ludzi, rejestruje się 3–5 milionów osób z ostrymi objawami chorobowymi z powodu grypy, umiera od 500 tysięcy do miliona osób. Wprawdzie eksperci WHO przestrzegają przed ekspansją tych chorób, jednocześnie jednak uzyskujemy informacje, że choroby te zostały już opanowane, umiemy sobie z nimi radzić, jesteśmy z nimi oswojeni. W związku z tym nie są one traktowane jako wydarzenia medialne. Choroby o symulacyjnym zagrożeniu oparte są na ekstrapolacjach i prognozach różnych organizacji ochrony zdrowia i przemysłu farmaceutycznego, w związku z tym w szczególny sposób eksponuje się je w mediach. Eksperskie diagnozy i medialne doniesienia opisujące czarne scenariusze rozprzestrzeniania się zakażenia i ryzyka zachorowania są podstawą dla ochronnych decyzji polityków i zespołów kryzysowych. Prawdopodobne zagrożenie zostaje obiektywizowane poprzez rachunek ryzyka, a media wykorzystują dane instytucjonalne do kreowania wydarzenia medialnego o dużej nośności emocjonalnej. Gdy grypa sezonowa zamienia się w „ptasia grypę” lub „grypę świńską”, uzyskuje nowe możliwości medialnych ekspozycji. Według U. Becka [2004: 32] ryzyko i niebezpieczeństwa z nim związane są „samonapędzającym się systemem”, „motywowującym do działania zdarzenia, które jeszcze nie nastąpiło”, promującym zagrożenia jako rzeczywiste w celach komercyjnych. Odwoływanie się do dyskursu naukowo-eksperskiego przez media manipulujące strachem i nieukierunkowanym lękiem ma upowszechnić świadomość zagrożeń, wywierać presję na polityków i administrację rządową, która powinna zadbać o bezpieczeństwo publiczne.

W ostatnich dwóch dekadach świat był alarmowany przez organizacje medyczne i media o zagrażających cywilizacji ludzkiej chorobach wirusowych, takich jak SARS, grypa AH1N5 („ptasia grypa”), BSE („choroba szalonych krów”), grypa AH1N1 („świńska grypa”). Wszystkie wymienione choroby w hierarchii wydarzeń relacjonowanych przez media zajmowały priorytetowe miejsce. W każdym przypadku mechanizm medialnej ekspozycji informacji miał wpływ na to, o czym ludzie myśleli, co było przedmiotem ich zainteresowania, a nawet zachowań prozdrowotnych. Wprawdzie z medycznego punktu widzenia mieliśmy do czynienia z innymi chorobami i zmienną skalą zagrożenia, jednak media stosowały podobne mechanizmy straszenia [Galuszka 2006].

Niniejszy artykuł na przykładzie grypy A/H1N1 pokazuje aktywną rolę mediów w projektowaniu kultury strachu i jako promotorów medykalizacji. W przypadku wirusa A/H1N1 mieliśmy do czynienia z mutacją genetyczną zawierającą w sobie wirusy grypy ludzkiej, ptasiej oraz grypy występującej u świń z kontynentu amerykańskiego i euroazjatyckiego. Funkcjonująca na początku epidemii nazwa „świńska grypa” została oprotestowana przez producentów wieprzowiny jako nieadekwatna do epidemiologicznego opisu, a godząca w ich interesy biznesowe. Mediom zaś nazwa bardzo odpowiadała, bowiem służyła do napędzania sensacji i pobudzenia zainteresowania; dlatego też używały tej nazwy przez cały czas ogłoszenia pandemii przez WHO<sup>2</sup>.

### EKSPOZYCJA INFORMACJI O GRYPIE A/H1N1

M. McCombs i D. Shaw [2008] postawili tezę, że media masowe ustalają hierarchię ważności wydarzeń i posiadają umiejętność przenoszenia informacji z hierarchii ważności dziennikarskiej na poziom publiczny. Innymi słowy, to media odpowiadają za to, co jest uznawane za ważne społecznie i politycznie, o czym ludzie myślą i mówią. Media przyczyniają się do wywoływania tematów podejmowanych w publicznym dyskursie i komunikacji interpersonalnej. Wśród interpretatorów hipotezy porządku dziennego (*agenda-setting*) nie ma zgody co do tego, w jakim stopniu agenda odpowiada również za to, jak myślą odbiorcy i jak interpretują prezentowane zdarzenia<sup>3</sup>. Przyjmuje się, że na pierwszym poziomie agenda mówi o jakich tematach ludzie mają myśleć, zaś drugi poziom dotyczy ramowania przekazów medialnych, które wyznaczają sposoby myślenia o wydarzeniach prezentowanych przez media. Sama teoria podlegała ewolucji – początkowo za najważniejsze uznano selekcję informacji i ustalanie hierarchii priorytetów mediów, następnie oddziaływanie na opinię publiczną i konsekwencje praktyczne urabiania audytoriów. Badania skupiające się na analizach metodologicznej poprawności zakładają ograniczone skutki oddziaływania mediów, niemniej stwierdzają, że można ustalać, w jakim stopniu postrzeżenie przez audytorium

<sup>2</sup> Światowa Organizacja Zdrowia oraz organizacje międzynarodowe od czerwca 2009 r. posługiwały się nazwą grypa AH1N1v. Dodanie skrótu „v” oznaczało wariant grypy. W artykule posługuję się nazwą grypa A/H1N1. W przypadku cytowań nazwą stosowaną przez przytaczane źródła jest „świńska grypa”.

<sup>3</sup> Pojęcie *agenda-setting* było różnie tłumaczone na język polski. Między innymi jako: „ustalenie porządku spraw”, „medialny porządek dnia”, „hierarchia ważności spraw”. W artykule odwołuję się do tłumaczenia T. Goban-Klasa [1978], który użył określenia „hipoteza porządku dziennego” i „ustalenie porządku dziennego”.

przedmiotu, kwestii oraz atrybutów jest ukształtowane pod wpływem nadawanej przez media hierarchii ważności [McCombs, Shaw, Weaver 1997]. Mapa tematów, o których myślą audytorium, jest selekcyjowana przez przedstawicieli mediów: redaktorów, autorów, wydawców i producentów. Praca dziennikarzy jest więc pewną grą rynkową pomiędzy właścicielami, redakcjami i odbiorcami, toczoną w ramach produkcji i dystrybucji informacji. Należy zgodzić się z poglądem, że produkty medialne, nawet gdy dotyczą tego samego tematu, są różnorodne ze względu na wiele parametrów mających wpływ na proces komunikowania. Związane jest to z cechami medium, technicznymi środkami przekazu, konwencjami gatunkowymi, warsztatem dziennikarskim oraz z przyjmowaniem przez redakcje innych modeli wyjaśniających, ram interpretacyjnych i założeń aksjologicznych. Analiza sposobów ekspozycji tematów o zdrowiu i chorobie pozwala na zbadanie, w jaki sposób media budują określone przesłanie i stają się inspiracją dla różnych dyskursów i działań publicznych. Przykładem mogą być badania określone jako budowanie porządku spraw, według których media mają wpływ na to, „w jaki sposób społeczeństwo (naród, kultura) decyduje, co należy do jego najważniejszych problemów, i przez to mobilizuje różne instytucje do zajęcia się nimi” [Baran, Davis 2007: 367]. Badania realizowane w wykorzystaniem koncepcji *agenda-setting* pokazują, że jest ona procedurą dynamiczną, podejmującą wielowątkowe analizy procesu wprowadzania w obieg społeczny zhierarchizowanych informacji i wywierania wpływu mediów masowych na świadomość, postawy i zachowania ludzi. Kluczową kategorią jest „agenda” rozumiana jako zbiór kwestii (wydarzeń, problemów, tematów) zaliczonych w danym czasie do najistotniejszych.

Proces badania medycznych wydarzeń przebiega wedle schematu: 1) obiektywna rzeczywistość obejmuje fakty, zdarzenia, opisy, statystyki, ekspertyzy, dokumenty instytucjonalne, dane epidemiologiczne, instrukcje medyczne itp.; 2) rzeczywistość medialna dotyczy analizy zawartości, analizy dyskursu, badania frekwencji pojęć i tematów, sposobów ramowania, języka wypowiedzi, ikonografii itp.; 3) rzeczywistość społeczna analizowana poprzez: zachowania ludzi, badania opinii i postaw, decyzje instytucjonalne [Michalczyk 2008: 402–405]. Odwołując się do powyższych ustaleń, w artykule skupiono się głównie na badaniu medialnej agendy i jej wpływu na agendę polityczną i publiczną. Dla potrzeb analizy przekazów medialnych dotyczących grypy A/H1N1 przyjęto następujący schemat:

– Wydarzenie: media masowe skupiają uwagę na grypie A/H1N1, wywierają wpływ na zakres i hierarchię dystrybucji informacji o rozprzestrzenianiu się grypy, ustalają priorytetowe miejsce wydarzenia w porządku wiadomości.

– Kwestia: media dokonują artykulacji priorytetów i eksponują istotne dla wydarzenia „grypa A/H1N1” kwestie, sugerują odbiorcy, że ma o nich myśleć. Wiodące i sporne kwestie są przedmiotem medialnego dyskursu.

– Ekspozycja kwestii: media budują dominujące znaczenie przekazu poprzez wykorzystanie różnych, właściwych dla danego medium, formalnych procedur (np. pierwsze strony gazet, pierwsze informacje w mediach cyfrowych, dramaturgia tytułu, definiowanie zagrożenia, strukturalizacja, obraz, narracja).

– Przedmiot kwestii: media uwzględniają zasady i normy w produkcji informacji oraz interpretacji zdarzenia. Kwestie dotyczące grypy A/H1N1 zostają poddane procesowi obramowania i uprawomocnienia ważności.

– Atrybuty przedmiotu: produkcja i organizacja materiału informacyjnego nastawiona jest na wywołanie strachu i lęku społecznego oraz oceny ryzyka epidemiologicznego i strategii osiągnięcia bezpieczeństwa zdrowotnego.

– Przeniesienie ważności i włączenie innych agend: pozamedyczne instytucje publiczne mobilizowane są do zajęcia się problemem. W dyskurs medialny zostają włączone inne agendy, a zwłaszcza agenda publiczna i polityczna, które dostarczają nowych danych i budują ramy interpretacyjne przekazów.

– Audytoria mediów uzyskują zhierarchizowaną informację o wydarzeniach związanych z gripą AH1N1 oraz otrzymują instrukcje dotyczące zachowania się w określonych epidemiologicznych sytuacjach.

– Mechanizm tworzenia opinii ma charakter procesualny. Audytoria nie są świadome, w jakim stopniu ich zainteresowanie tematem grypy wynika z procesów naturalnych, a w jakim jest kreacją medialną. Media wywierają wpływ na zachowanie ludzi oraz działania instytucji odpowiedzialnych za ochronę zdrowia. Zwiększają bądź neutralizują napięcie na poziomie relacji władza – obywatele.

W przedstawionym schemacie zwrócono uwagę na przenoszenie kwestii z agendy medialnej na agendę polityczną i agendę publiczną. Transfer ważności problemów wywołanych gripą A/H1N1 był kierowany przez media i operacjonalizowany zgodnie z potrzebami podtrzymania uwagi audytoriów na określonym przedmiocie. Grypa A/H1N1 uzyskała status „faktoidu”, co należy rozumieć jako informację uznawaną za prawdziwą przez sam fakt ukazania się jej w mediach. Dlatego też media szybko reagowały na informacje i raporty WHO oraz różnych szczebli administracji i instytucji epidemiologicznych, które dostarczały informacji o rozwoju wirusa. W Polsce dane dotyczące aktualnej sytuacji epidemiologicznej i zagrożeń zawierały komunikaty: Ministerstwa Zdrowia, Głównego Inspektora Sanitarnego, Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego oraz informacje z posiedzenia sztabów kryzysowych. WHO przygotowywało



dostępne na stronach internetowych raporty, diagnozy, rekomendacje, z których mogli korzystać dziennikarze<sup>4</sup>. Działania WHO i ujawnione w późniejszym czasie związki ekspertów z firmami farmaceutycznymi potwierdzają tezę U. Becka, że „system przemysłowy czerpie profity z zagrożeń, które sam produkuje” oraz że „zmieniające się definicje ryzyka pozwalają tworzyć zupełnie nowe potrzeby, a co za tym idzie, nowe rynki zbytu” [Beck 2004: 72–73]. Przypomnijmy, że WHO, aby ogłosić pandemię grypy, musiała zmienić obowiązujące kryteria zaistnienia zjawiska i ogłaszania pandemii. Media upubliczniały informacje, że wokół groźby pandemii grypy powstał układ interesów oparty na pieniądzach, wpływach, karierach i władzy różnych instytucji. Dziennikarskie śledztwa demaskowały dynamiczną sieć związków różnych podmiotów, którym zależało na wywołaniu globalnej psychozy. Doniesienia medialne miały charakter procesualny i zmieniały się wraz z nowymi danymi dostarczonymi przez organizacje medyczne, sztaby antykrzysowe, polityków. Wprawdzie głównym celem komunikatów było dostarczenie audytoriom kompleksowej i istotnej wiedzy o grypie A/H1N1 (funkcja poznawcza), jednakże temat był na tyle nośny emocjonalnie, że przekazy od samego początku preferowały perswazyjny model, kreując wizję globalnego kryzysu z konsekwencjami epidemiologicznymi, geopolitycznymi i ekonomicznymi. Dziennikarze szukali sensacyjnych informacji szczególnie potwierdzających stan zagrożenia, a użyte środki ekspresji zmierzały do wywołania masowej psychozy i paniki. Wykorzystywano do tego celu wskaźniki zachorowalności i zgonów, wykresy statystyczne, banerowe nagłówki, dramatyczne zdjęcia, które epatowały atmosferą zagrożenia i ogólnoświatowego kryzysu zdrowotnego. Rozwijano różne negatywne scenariusze rozprzestrzeniania się zakażeń wirusem, podsycając napięcie opinii publicznej. Mapy z czasowym przemieszczaniem się wirusa grypy i symulacje liczby zachorowań oraz przypadków śmiertelnych przekazywały stacje telewizyjne, czasopisma, prasa, internet. Gdy zabrakło danych z Polski, ponieważ grypa nie rozwijała się zgodnie z projektowanymi scenariuszami, straszono danymi z całego świata i krajów ościennych. Szczególnie wiele artykułów dotyczyło rozwijania się psychozy grypy w Meksyku i Stanach Zjednoczonych, prezentowano też „przyczajenie się grypy na Ukrainie” oraz konsekwencje wy-

---

<sup>4</sup> Światowa Organizacja Zdrowia wydała bardzo wiele dokumentów na temat grypy A/H1N1. Szczególne ich nasilenie wystąpiło w 2009 roku. Można przypuszczać, że stanowiły one materiał przygotowawczy, uzasadniający ogłoszenie w czerwcu pandemii grypy. Przykładowe doniesienia: *Interim WHO guidance for the surveillance of human infection with swine influenza A(H1N1) virus* [29 April 2009]; *Chronology of Influenza A (H1N1)* [March 18–May 22, 2009], *Summary report of a High-Level Consultation: new influenza A (H1N1)* [18 May 2009], *Recommendation of Strategic Advisory Group of Experts (SAGE) on Influenza A(H1N1) vaccines* [19 May 2009].

wołane chaosem w organizacji tego państwa. Przekazy medialne wykorzystywały cały zestaw środków perswazyjnych, aby uczynić grypę tematem priorytetowym przez dłuższy czas. Poprzez określony sposób ekspozycji zjawiska epidemiologicznego następował proces, który semiotycy nazywają rozciąganiem znaczenia i jego ramowaniem – grypa staje się kluczowym tematem decyzji politycznych, sztabów antykrzysowych, zarządzania procesami społecznymi. Tym samym problem grypy wpisuje się w procesy biologicznych zagrożeń cywilizacyjnych i społeczeństwa ryzyka kreowanego przez ludzi. W krańcowych interpretacjach, głównie w internecie, pojawiają się próby wyjaśnienia pandemii grypy w kategoriach pojęciowych, zbliżonych do tzw. teorii spiskowych<sup>5</sup>. Rozprzestrzenianie się wirusa grypy A/H1N1 oraz dyfuzję informacji na ten temat tłumaczono: a) odwróceniem uwagi od światowych problemów gospodarczych i kryzysu finansowego; b) ekspansją biznesową i motywacją zysku firm farmaceutycznych, które wykorzystują grypę do promocji uniwersalnej szczepionki; c) stworzeniem wirusa grypy w laboratoriach farmaceutycznych w celu wywołania pandemii i depopulacji globu; d) interesem urzędników, ekspertów zdrowia, doradców, WHO, którzy osiągają zyski w sytuacjach światowego zagrożenia epidemiologicznego; e) wywołaniem epidemii przez rząd USA, aby oddalić groźbę secesji niektórych stanów; f) karą sprowadzoną przez Boga za grzechy i złe prowadzenie się ludzi; g) starciem cywilizacji, w którym muzułmanie wydali chrześcijanom wojnę biologiczną; h) wywołaniem grypy przez wegetarian, którzy chcą zniechęcić ludzi do spożywania „braci mniejszych”.

WHO dystansowała się od wszelkich teorii spiskowych, uzasadniając ogłoszenie pandemii realnym zagrożeniem i gwałtownym wzrostem prawdopodobieństwa zaistnienia szkody lub straty dla zdrowia jednostek i zdrowia publicznego. Media, wpisując grypę A/H1N1 w „hipotezę porządku dziennego”, przez cały czas ogłoszonej pandemii poświęcały uwagę grypie i nadawały priorytet wszystkim informacjom dotyczącym wydarzenia. Skalę zjawiska ekspozycji informacji o grypie ukazuje zawartość internetu. Na hasło A/H1N1 odnajdujemy w wyszukiwarce Google we wrześniu 2010 r. ponad 27 500 000 wyników, a na hasło „świńska grypa” ponad 490 000 wyników. Wprawdzie ranga i wiarygodność informacji była różna, jednak nie ulega wątpliwości, że internauci musieli o grypie myśleć.

<sup>5</sup> Przykładem argumentacji odwołującej się do teorii spiskowych są wystąpienia dziennikarki z Austrii, Jane Burgermeister, która założyła kilka spraw kryminalnych przeciw WHO, ONZ, firmom farmaceutycznym, prezydentowi USA. Zarzuca im konspiracyjne stworzenie sztucznego wirusa i wywołanie pandemii „świńskiej grypy” w celach „stworzenia nowego porządku świata” i „masowych przymusowych szczepień ludności świata”. Zob. [www.birdflu666.com](http://www.birdflu666.com); [www.the-FluCase.com](http://www.the-FluCase.com); [www.fleshandstone.net/healthandsciencews/burgermeister.html](http://www.fleshandstone.net/healthandsciencews/burgermeister.html). W Polsce przykłady ekstremalnych informacji na temat grypy w internecie pojawiają się na różnych blogach, np. „Czy WHO i kartele farmaceutyczne planują ludobójstwo” [[www.paranormalne.pl](http://www.paranormalne.pl)].

## KREOWANIE OPINII PUBLICZNEJ PRZEZ MEDIA MASOWE

Obraz grypy A/H1N1 w mediach masowych ewoluował w zależności od informacji dostarczanych przez organizacje międzynarodowe oraz poszczególne państwa. Informacje te dotyczyły trzech podstawowych wskaźników: liczby zachorowań na gripę sezonową, liczby zakażeń gripą A/H1N1, liczby zgonów spowodowanych gripą. Zgodnie z zasadami pracy dziennikarskiej przekazywane dane miały być wiarygodne, obiektywne i jednocześnie wywołać zainteresowanie, pobudzając emocje audytoriów. Dlatego też mieliśmy do czynienia z procesem zakotwiczenia informacji w tzw. obiektywnej rzeczywistości danych twardych (statystyka, wskaźniki śmiertelności, liczba regionalnych zachorowań). W ekspozycji medialnej grypy A/H1N1 można wyróżnić VI etapów. Największe nasilenie informacji wystąpiło w dwóch pierwszych etapach. W pierwszych tygodniach teksty o grypie pojawiały się codziennie w prasie oraz w serwisach informacyjnych telewizji i radia. Również w internecie wiadomości o grypie należały do priorytetowych. W dalszych etapach, kiedy dane twarde już nie wystarczały, aby uruchomić mechanizm straszenia, proces kontekstualizacji i uramowienia informacji poszerzony był o agendę polityczną i publiczną.

I etap: ekspozycja i dyfuzja informacji oraz fascynacja tematem grypy. Wydarzenia związane z gripą są prezentowane jako najważniejsze, na pierwszych stronach gazet i czasopism oraz jako pierwsze informacje w serwisach informacyjnych telewizji i stacji radiowych. Kluczowe są dane o zachorowalności, śmiertelności, ekspansji terytorialnej i populacyjnej grypy. Internet na bieżąco przekazuje dane o zachorowalności i przypadkach śmiertelnych. Podkreślana jest znacząca rola ekspertów, zwłaszcza epidemiologów i wirusologów, którzy wprowadzają do języka mediów dramatycznie brzmiące dla laików określenia: *pandemia*, *wirus hybryda*, *wirus pandemiczny*, *zjadliwy wirus*, *groźna mutacja*, *ryzyko mutacji wzrasta*, *wirus o dużym potencjale pandemicznym*, *wylęgarnia pandemicznych szczepów*.

II etap: straszenie, wywoływanie społecznego lęku i zbiorowej paniki związanej z ryzykiem epidemiologicznym. Podkreśla się nagłość wystąpienia choroby zakaźnej, szybko rozprzestrzeniającej się w kolejnych państwach na wszystkich kontynentach. Ogłoszenie przez WHO 11 czerwca 2009 r. pandemii grypy wskazuje na zakres jej występowania oraz stopień zjadliwości<sup>6</sup>. *Grypa niesie śmierć* – to przesłanie większości tekstów, które budują semantyczne

<sup>6</sup> Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 11 czerwca 2009 r., w związku z ogłoszeniem przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) 6 fazy pandemii grypy (<http://www.pis.gov.pl/?dep=73> [dostęp: 20.04.2010]).

konteksty strachu, zagrożenia i ryzyka. Określony sposób prezentacji informacji o grypie ma prowadzić do wywołania paniki zarówno wśród jednostek, jak i w obrębie instytucji odpowiedzialnych za bezpieczeństwo i zdrowie publiczne. Media podkreślają, że nowe informacje o zachorowaniach i śmierci wywołują: *zbiorową panikę, uporczywą nieprzewidywalność choroby, epidemię strachu, wzrost napięcia w relacjach międzyludzkich.*

III etap: prewencja, pouczenie i edukacja, jak należy się zachowywać. Media odgrywają ważną rolę w profilaktyce, ukazując zagrożenia dla zdrowia jednostkowego i publicznego. Przekazują informacje o czynnikach ryzyka, podają medyczne zalecenia, w jaki sposób chronić się przed grypą. Popularyzacja zachowań prozdrowotnych, nacisk na zmianę stylu życia oraz odpowiednia higiena i zachowanie w codziennych interakcjach mają prowadzić do większego bezpieczeństwa zdrowotnego i wpływać na zmniejszenie zachorowalności na grypę. Media zachęcały do szczepień przeciwko grypie sezonowej oraz podejmowania różnych działań ochronnych, m.in.: czynności higienicznych, zakładania maseczek, zakupu lekarstw. Media uświadamiają etiologię choroby i znaczenie czynników ryzyka oraz mobilizują do przejęcia kontroli nad determinantami zdrowia.

IV etap: obłaskawienie tematu, uspokojenie informacji, podtrzymanie zainteresowania i zdystansowanie się do problemu. Następuje proces tematyzacji informacji o grypie oraz wprowadzania do mediów obok ekspertów także wypowiedzi laików. Agenda medialna zostaje poszerzona o agendę publiczną, problem grypy zostaje sprywatyzowany, ilustrowany jednostkowymi przykładami. Obłaskawienie polega na szukaniu czynników chroniących, wśród których zwraca się uwagę na zasoby indywidualne i zasoby środowiskowe. Media ustalają, jakie znaczenia przypisują grypie ludzие w różnych sytuacjach życiowych (rodzina, praca, podróże, wyjazdy służbowe) i jakie metody medycyny niekonwencjonalnej stosują. Wobec dużej niepewności co do faktów związanych ze skutecznymi medycznie sposobami walki z grypą na świecie media przekazują różnorodne informacje i argumenty pochodzące z różnych źródeł, które zarówno uspokajają, jak i mogą niepokoić. Szczególnie w internecie, na forach można znaleźć wiele informacji i porad zarówno demonizujących, jak i bagatelizujących problem grypy A/H1N1.

V etap: obramowanie, narzucenie określonych ram interpretacji tematu grypy i odniesienie go do zainteresowań odbiorców. W pierwszym i drugim etapie przede wszystkim narzucano ramy medyczne, epidemiologiczne oraz profilaktyki zdrowotnej, w dalszych etapach grypę obramowano politycznie i gospodarczo. Konieczność podtrzymania zainteresowania audytoriów spowodowała, że media reprodukowały dyskursy polityczne i gospodarcze istniejące na forum organi-

zacji międzynarodowych (WHO, UE). Manipulacja informacjami polegała na forsowaniu przez różne media danych zgodnych z profilem ideologicznym pisma, umieszczonych w określonym kontekście i preferowanych przez redakcje oraz właścicieli. Na tym etapie najmocniej widać włączenie się agendy politycznej i publicznej. Aktorzy sceny politycznej wykorzystują grype do forsowania swoich interesów partyjnych, szukają winnych słabego przygotowania służb medycznych i antykryzysowych do zwalczania grypy w Polsce. Informacje dziennikarskie nadal są komunikatami perswazyjnymi, jednak stosują inną kontekstualizację zasady straszenia grypą, m.in. biznesową, polityczną, międzynarodową, kryminalną, korupcyjną.

VI etap: wygaszanie i zamknięcie tematu grypy. Grypa A/H1N1 znika z pierwszych stron gazet oraz pierwszych informacji w programach informacyjnych radia i telewizji. W internecie strony o grypie nadal funkcjonują, chociaż nie przybywa nowych faktów i są rzadziej odwiedzane przez użytkowników. Marginalizacja tematu grypy A/H1N1 nie oznacza, że rozwiązane zostały w określonym czasie wszystkie problemy epidemiologiczne, raczej zostały one unieważnione instytucjonalnie i medialnie. Dowodem „opanowania” grypy jest ogłoszenie końca pandemii przez WHO, co zostaje odnotowane przez media. Spiskowe koncepcje wyjaśniania zjawiska dotyczą obnażania mechanizmów decyzyjnych w organizacjach międzynarodowych i państwowych. Głoszona była teza, że medialna i polityczna ekspozycja grypy została wytworzona na potrzeby firm farmaceutycznych, które były głównymi beneficjentami zjawiska grypy. Najbardziej stratne były państwa, które pod wpływem opinii publicznej zakupiły niemal bezużyteczną szczepionkę. Media podkreślały, że grypa jedynie się „przyczaiła” i wróci w jeszcze ostrzejszej wersji będącej konfiguracją wirusów grypy ludzkiej i zwierzęcej.

Medialna ekspozycja grypy A/H1N1 dobrze ilustruje zjawisko konwergencji mediów, polegające na tym, że współegzystujące ze sobą różne systemy medialne pozwalają na przepływ treści medialnych bez żadnych ograniczeń [Jenkins 2007]. Stare i nowe media zainteresowane są równoczesnym przekazywaniem informacji i wykorzystaniem ich do własnych interesów producenckich, redakcyjnych i gatunkowych. Dominującym przesłaniem intermedialnych tekstów o grypie było straszenie i budzenie lęku społecznego. Produkowane przez media informacje podlegają procesowi kontaminacji i hybrydyzacji. Odbiorca otrzymuje mozaikę różnorodnych danych krążących wokół głównego przedmiotu i atrybutów. Przenikanie się agend różnych mediów masowych powoduje, że zostają wykorzystane wszystkie dostępne środki gatunkowe, tworząc różnorodny język medialnego

opisu pandemii grypy. Media zapożyczają od siebie tytuły, oryginalne metafory, nagłówki, zdjęcia, filmy i narracje. Odbiorcy komunikatów trudno rozeznąć, gdzie kończy się informacja, a zaczyna komentarz, w jakim stopniu przedstawiony jest rzeczywisty obraz zagrożenia. Zgodnie z koncepcjami społeczeństwa ryzyka rośnie też znaczenie ekspertów, którzy pełnią rolę podobną do wyroczni; oczekuje się od nich diagnozy, ekstrapolacji i antycypacji ryzyka [Giddens 2008]. Czytelnik gazet i czasopism atakowany jest zdjęciami i obrazami, które pojawiły się również w telewizyjnych i internetowych serwisach. Zjawisko to występuje szczególnie silnie na początku, w fazie straszenia, gdy trzeba mu było przypisać określone kwestie i atrybuty przedmiotu oraz w fazie łagodzenia psychozy, gdy należało neutralizować niekorzystny efekt psychologiczny. Teksty dziennikarskie stosują cały zestaw środków manipulacyjnych i perswazyjnych, których celem jest wywołanie uczucia strachu. Komunikaty wzbudzające strach skuteczniej wpływają na zmiany postawy i zachowania ludzi, w większym stopniu mogą oddziaływać na zachowania prozdrowotne i stosowanie profilaktyki.

Nawiązując do badań psychologicznych dotyczących procesów perswazji, można stwierdzić, że w zależności od nadawcy, kanału i implikowanego odbiorcy przekazu preferowane są dwa typy perswazji. W przypadku „centralnej strategii perswazji” odbiorca zwraca uwagę na fakty zawarte w komunikacie i jest najbardziej podatny na perswazję, gdy fakty te są logicznie przekonujące, a argumenty mądre [Petty, Cacioppo 1986]. O skuteczności przekazu decyduje siła argumentów i liczba nowych argumentów; są to dane o zagrożeniu epidemiologicznym, liczbie zachorowań, śmiertelnych przypadkach, przestrzennym rozwoju pandemii. W „peryferycznej strategii perswazji” komunikat skupia się na aspektach peryferycznych dla istoty informacji, a strategia perswazji odwołuje się do kulturowych, politycznych, gospodarczych implikacji ekspansji wirusa. O skuteczności toru peryferycznego decydują w większym stopniu sposoby ekspozycji informacji mające wpływ na stan emocjonalny odbiorcy. Dla mediów godne zainteresowania było wszystko, co służyło wywołaniu strachu i miało status bodźców zagrażających. Straszenie dotyczyło również szczepień ochronnych; wskazywano na przykład, że przygotowywane w pośpiechu szczepionki nie posiadają żadnej wartości, a nawet mogą zaszkodzić (*Szczepionki na grypę zawierają zabójczą rtęć!*, „Angora” nr 39, 27.10.1009). Zgodnie z ustaleniami psychologów faza świadomego nadawania znaczenia bodźcom jest poprzedzona przez nieświadome procesy przetwarzania i rejestracji. Prezentacja zdjęć, wykresów, map rozprzestrzeniania się epidemii działa na wyobraźnię odbiorcy. Szczególnie komunikowanie takich danych przez media audiowizualne, powodowało tworzenie ikonosfery strachu. Obraz ma większą siłę oddziaływania niż tekst pisany czy słuchany w radio, toteż w telewizji,

internecie, prasie i czasopismach eksponowane są zdjęcia ludzi w maseczkach, zakaźne oddziały szpitalne, symbole profesji medycznych, laboratoria biotechnologiczne, pogotowia ratunkowe. W procesie odbioru wymienione powyżej przekazy wizualne denotują przede wszystkim znaczenia niepokoju o zdrowie i życie, mają też dużą nośność konotacyjną związaną z odmiennością biograficzną i kulturową odbiorców przekazów. Warto podkreślić, że w wizualnych ekspozycjach tematu grypy posłużono się zasadą antropocentryzmu, czyli przedstawiania ludzi w sytuacjach życia codziennego obramowanych znaczeniami „świńskiej grypy”. Na zdjęciach prasowych i w relacjach telewizyjnych stosowane są zbliżenia twarzy, co pozwala na odczytanie emocji strachu i pobudza empatyczne przeżycie dramatu innych ludzi. W życie codzienne wkracza komunikat prasowy i telewizyjny typu *face-to-face*, budujący więź i przywołujący sensualne doświadczenia straty i krzywdy. Z badań porównawczych zdjęć eksponowanych w mediach meksykańskich i polskich wynika, że reprodukują one podobne sytuacje i nacechowane są wysokim stopniem emocjonalności [Zagorzelska 2010]. Większość zdjęć, charakterystycznych dla dwóch pierwszych etapów ekspozycji grypy, stanowiła istotny komponent artykułów ilustrujący stan zagrożenia i emocjonalną ramę lęków społecznych.

### SEMANTYKA TYTUŁÓW

Układ kompozycyjny i struktura tekstów informacyjnych odgrywają ważną rolę w procesie komunikacji medialnej. W ustanawianiu agendy medialnej zwraca się uwagę na takie elementy strukturalne, jak: tytuł, nagłówek, lid, epizod, sytuacje, komentarz, kontekst. Poniższa analiza skupia się na budowaniu znaczenia poprzez tytuł. Redakcje wykorzystują tytuły, aby zwrócić uwagę czytelnika na określony temat i kwestię, wywołać określoną reakcję emocjonalną, a w konsekwencji, w przypadku gazet i czasopism, skłonić czytelnika do zakupu pisma. Dlatego też tytuły muszą być atrakcyjne, szokujące, przyciągające uwagę. Dzięki tytułowi ustanawia się znaczenie całego artykułu i buduje jego pole interpretacyjne, sugerując sposoby dekodowania tekstu. Wystąpienie w tytule pojęć niosących negatywne konotacje (np. śmierć, choroba, epidemia, atak, ofiara) sugeruje realne zagrożenie dla zdrowia i życia populacji. Dotyczy to również odbiorcy radiowego i telewizyjnego – zapowiedź informacji powinna zainteresować emocjonalnie, a nawet pobudzić do działania społecznego. Przyjmując założenie etapów medialnej *agenda-setting* dotyczących grypy A/H1N1, zmiany w tytułach prasowych powinny odzwierciedlać również ewolucję dyskursu agendy politycznej i agendy społecznej. Przechodzenie od histerycznej reakcji mediów, ogłaszających

totalne zagrożenie i ryzyko zdrowotne w początkowej fazie rozprzestrzeniania się wirusa, do kolejnych faz, w których następuje uspokajanie opinii publicznej i wygaszanie tematu.

Poniżej przedstawione są wybrane tytuły medialnych doniesień o grypie A/H1N1, charakterystyczne dla poszczególnych etapów tworzenia i zmienności znaczenia. Przytoczone tytuły nie spełniają w pełni kryterium czasowej chronologii ekspozycji grypy, co związane jest z intermedialną wymianą informacji, różnymi gatunkami dziennikarskimi (informacyjne, publicystyczne) oraz cyklem wydawniczym publikacji.

1. Ekspozycja: *Polska czeka na nową grypę* [„Gazeta Wyborcza” 27.04.2009], *Wirus wkrótce dotrze do Polski* [„Polska Dziennik Łódzki” 27.04.2009], *Epidemia grypy w Meksyku, stan pogotowia w Polsce* [„Rzeczpospolita” 27.04.2009], *Wirus grypy idzie w świat* [„Dziennik” 27.04.2009], *Świńska grypa – globalny alarm* [„Gazeta Wyborcza” 28.04.2009], *Świńska grypa groźna* (Polskie Radio. pl 27.04.2009), *Świńska grypa atakuje* [„Gazeta Wyborcza” 30.04.2009], *Wirus. W oczekiwaniu na zarazę świat wstrzymuje oddech* [„Newsweek” 10.05.2009], *Wirus panoszy się po świecie* [www.tvn24, 02.11.2009], *Świńska grypa już w Europie* [Gazeta.pl, Wiadomości 12.08.2009], *Mamy pierwszą pandemię w XXI wieku* [Dziennik.pl. 11.06.2009].

2. Straszenie: *Już ponad 100 ofiar w Meksyku* [„Gazeta Wyborcza” 28.04.2009], *Świńska grypa zabija w Stanach* [„Dziennik Łódzki” 30.04.2009], *Podkarpacie: świńska grypa wystraszyła rodziców* [„Rzeczpospolita” 8.05.2009], *Świńska grypa może zabić 2 miliony ludzi* [Dziennik.pl 13.05.2009], *Morderczy wirus wróci jesienią do Europy* [Dziennik.pl 18.05.2009], *Ta grypa uderzy jesienią* [„Rzeczpospolita” 13.06.2009], *Świńska grypa zaatakowała dwoje mieszkańców Łódzkiego* [„Dziennik Łódzki” 23.07.2009], *Epidemia nas nie ominie* [Gazeta.pl, Zdrowie 31.07.2009], *Grypa atakuje, a Polska nie ma szczepionki* [Dziennik.pl 28.07.2009], *Czy Polacy mają się bać? GRYPA I PANIKA* [„Gazeta Wyborcza” 31.10–1.11. 2009], *Grypa niesie śmierć. Pandemonium* [„Polityka” 28. 11.2009].

3. Pouczenie: *Szczepionka na ignorancję* [„Gazeta Wyborcza” 22.07.2009], *Złapałeś wirusa A/H1N1? Choruj w domu* [Gazeta.pl Zdrowie 06.08 2009], *Bardzo groźna grypa, czyli dlaczego warto się szczepić* [Gazeta Wyborcza 30.09.2009], *Myj ręce, grypa w Polsce* [„Gazeta Wyborcza” 03.11.2009], *Kichaj w rękaw* [„Wysokie Obcasy” 11.19.2009], *Grypa odmieniana przez przypadki! Jak się wzmocnić przed, w trakcie i po grypie?* [„Gazeta Wyborcza” 6.11.2009], *Szczepionek nie ma. Są maseczki i ulotki* [„Metro” 13–15.11.2009], *Ilu Polaków ma świńską grypę* [„Rzeczpospolita” 16.11.2009], *Grypa ważne pytania* [„Gazeta Wyborcza” 20.11.2009], *Wrocław chce przechrzyć grypę. Dezynfekcja w tram-*



wajach, maseczki rozdawane chorym w przychodniach i obowiązkowe mycie rąk w szkołach [„Gazeta Wyborcza” 1.12.2009].

4. Oblaskawienie: *Grypa nie tak straszna* [„Rzeczpospolita” 03.08.2009], *Jesień pod znakiem wirusa* [„Newsweek” 30.08.2009], *Dzieci już w szkole, a grypy nie ma* [„Rzeczpospolita” 21.09.2009], *Grypa sieje panikę, nie ulegaj* [„Gazeta Stołeczna” 18.11.2009], *Kto uważa, że grypa to katar* [„Gazeta Wyborcza” 3.11.2009], *Czy świńskiej grypy trzeba się bać? Mity o wirusie A/H1N1* [Gazeta.pl Zdrowie 30.11.2009], *Nie daj się grypie – Raport* [www.tvn24], *Grypa jest nieuchronna, ale trzymamy ją w ryzach* [www.tvn24, 30.10.2009], *Premier: A/H1N1 mniej groźna niż zwykła grypa* [www.news.money.pl 06.11.2009], *Wzrost liczby zachorowań na A/H1N1 jeszcze przez ok. dwa tygodnie* [Gazeta.pl Zdrowie 27.11.2009].

5. Obramowanie: *Minister o szczepionce A/H1N1 NIE KUPUJEMY* [„Gazeta Wyborcza” 3.11.2009], *Czy minister Kopacz kopie nam zbiorowy grób?* [www.redakcja.newsweek.pl 05.11.2009], *Wirus polityczny* [„Gazeta Wyborcza” 6.11.2009], *Grypa, bałagan i polityka* [„Gazeta Wyborcza” 7–8.11.2009], *Co nowego wiemy o świńskiej grypie* [„Gazeta Wyborcza” 13.11.2009], *Wojny grypowe czyli kto chce zyskać na epidemii* [„Wprost” 15.11.2009], *Grypa w szpitalach i polityce* [„Gazeta Wyborcza” 17.11.2009], *Ukraińska premier jedzie na grypie* [„Gazeta Wyborcza” 18.11.2009], *Z początkiem grudnia kupisz polisę od A/H1N1* [www.Bankier.pl 27.11.2009], *Kto nam podkłada tę grypę. Groźny jest wirus, groźniejsza panika* [„Polityka” 28.11.2009].

6. Wygaszanie i zamknięcie: *Wyprzedź szczepionkę na grypę* [„Gazeta Wyborcza” 05.01.2010], *Pandemia świńskiej grypy była fałszywa* [www.fakty.interia.pl 12.01.2010], *Kogo cieszy grypa* [„Gazeta Wyborcza” 15.02.2010], *Pandemia A/H1N1 pod naciskiem koncernów?* [www.fakty.interia.pl 26.01.2010], *Gigantyczny rachunek za świńską grypę* [Wyborcza. pl. 26.03.2010], *Świński spisek?* [„Gazeta Wyborcza” 22.06.2010], *Rachunek za grypę* [„Gazeta Wyborcza” 26.03.2010], *Europosłowie sprawdzą, czy firmy farmaceutyczne „wywołały” pandemię świńskiej grypy* [www.gazetaprawna.pl 3.08.2010], *Koniec pandemii* [„Gazeta Wyborcza” 11.08.2010], *Znikła grypa. I miliardy* [„Gazeta Wyborcza” 12.08.2010], *WHO ogłasza koniec pandemii świńskiej grypy* [www.gazetaprawna.pl 10.08.2010].

## WŁADZA POLITYCZNA – WIEDZA PUBLICZNA

Dyskursy polityczne o grypie A/H1N1 są przykładem walki o znaczenia, w wyniku których zostają narzucone korzystne dla stron sporu interpretacje zjawiska. Grypa zostaje zawłaszczona przez polityków do realizacji innych niż zdrowie

publiczne celów. Postrzeganie grypy w kategoriach *wiedzy-władzy* można analizować, odwołując się do koncepcji M. Foucaulta, który mechanizmy biowładzy traktuje jako nadzorowanie i kontrolowanie społeczeństwa. „Metody władzy i wiedzy kierują procesami życia, przystępują do ich kontrolowania i modyfikowania” [Foucault 1995: 124]. Interpretacje filozofa dotyczące dyscyplinowania pojedynczego ciała oraz regulacji zjawisk ludnościowych odnajdujemy w sposobach traktowania przez rządy zjawiska grypy A/H1N1. Kreowanie, upowszechnianie i kontrola informacji o pandemii grypy przez WHO oraz opinia społeczna zmusiły państwa do przyjęcia, narzuconych przez firmy farmaceutyczne, niekorzystnych warunków zakupu nieprzetestowanych klinicznie szczepionek przeciw grypie. Dane epidemiologiczne, jako strategiczne informacje polityczne, były często podawane w wersji odbiegającej od rzeczywistości lub utajniane, aby nie wywoływać paniki. Rządy z powodu strachu przed publicznym napiętnowaniem i niekorzystnymi skutkami gospodarczymi wołały przetrzymywać informacje, co znacznie utrudniało działania służb medycznych. Przykładem pierwszego państwa, w którym wykorzystano pandemię grypy dla odwrócenia uwagi od niewygodnych tematów gospodarczych i społecznych był Meksyk. Media nie przedstawiały obiektywnych danych epidemiologicznych, przez niedopowiedzenia wzmagały aurę zagrożenia i strachu. Władze wpisały się w ten schemat, a prezydent Felipe Calderon w licznych wystąpieniach medialnych straszył obywateli grożącą im pandemią. Zarządzanie kryzysowe sprowadzało się głównie do wydawania restrykcyjnych decyzji, np. dotyczących godziny policyjnej, zakazu działalności różnych instytucji. Według socjolożki prof. G. Gonzales-Esquivel sytuacja ta była medialno-polityczną prowokacją odwracającą uwagę od trapiących Meksyk problemów [Zagorzelska 2010: 57]. Również polski socjolog prof. M. Szczepański [2009: 18–19] zauważył, że grypa A/H1N1 jest „skazana na medialny sukces”, a „kreowanie masowej psychozy potrzebne producentom farmaceutyków”.

Efektom pozytywnym wzmożonego zainteresowania grypą przez media jest zwrócenie uwagi na infrastrukturę medyczno-epidemiologiczną i konieczność przygotowania logistycznego polskich służb zarządzania kryzysowego. Transfer ważności tematu grypy z zagrożenia epidemiologicznego na ryzyko dysfunkcjonalności instytucji państwowych jest potwierdzeniem przenikania się kwestii i ich ważności między agendą publiczną a polityczną. Równocześnie można zauważyć, że państwa, w trosce o bezpieczeństwo zdrowotne obywateli, a także ze strachu przed dyskredytacją opinii publicznej, mającą wpływ na rankingi popularności rządu, podejmowały pochopne decyzje, nie do końca znajdujące uzasadnienie w danych epidemiologicznych. Krytyka medialna władz państwowych, które

nie zapewniały bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli, zmuszała do decyzji korzystnych dla koncernów farmaceutycznych. Strategie biopolityczne państwa przegrywały ze strategiami biopolityki rynku farmaceutycznego opartego na marketingu strachu. Kampania medialna grypy A/H1N1 miała niewątpliwie wpływ na zakup – jak się okazało niepotrzebnych – szczepionek przez większość państw UE i Ameryki Północnej. Przypomnijmy, że w demokratyczno-liberalnych społeczeństwach media masowe powinny pełnić różne funkcje, wśród których D. McQuail [2007: 511] wyróżnia również „ostrzeżenie o potencjalnym zagrożeniu i ryzyku”, co może według badacza wywołać krótkotrwałą panikę.

W przypadku grypy A/H1N1 reakcja mediów i sektora publicznego ma pewne cechy paniki moralnej rozciągniętej w czasie, wydłużanej poprzez przenoszenie dyskursu z agendy medialnej na agendę publiczną i polityczną. Wśród wskaźników zjawiska paniki moralnej (*zaniepokojenie, wrogość, konsensus, dysproporcja, nieprzewidywalność*), wyróżnionych przez E. Goode i N. Ben-Yehuda [1994], w analizie medialnej ekspozycji grypy A/H1N1 warto podkreślić dysproporcję oraz nieprzewidywalność. Poziom ekspresji medialnej zaniepokojenia grypą jest nieproporcjonalny do faktycznego, możliwego do zweryfikowania zagrożenia. Wyolbrzymienie dotyczy zwłaszcza pierwszego i drugiego etapu, w którym intensywność przekazu medialnego wpływa na wywołanie lęku społecznego i żądania opinii publicznej dotyczące większej troski o zdrowie obywateli. Zwłaszcza symulacje danych statystycznych rozprzestrzeniania się epidemii, graficzne prezentacje i zdjęcia stanowią rodzaj gry w scenariusze katastroficzne. Raporty prognostyczne w przypadku grypy A/H1N1 nie sprawdzają się już kolejny raz.

Warto przypomnieć mało znany, niewyeksponowany w mediach fakt, że wirus grypy A/H1N1 zrobił zamieszanie na scenie publicznej USA w 1976 r. W związku z incydem niespodziewanego zachorowania i śmierci żołnierza z jednostki w New Jersey, po stwierdzeniu przez Center for Disease Control, że przyczyną zachorowania był zmutowany wirus „świńskiej grypy”, rozpętano medialno-polityczną akcję prewencyjną. Symulacje, według których „świńska grypa” jeszcze tego samego roku miała pochłonąć 3 miliony ofiar, były na tyle sugestywne, że szczepieniom poddało się około 40 milionów Amerykanów. Przygotowana pośpiesznie szczepionka była przyczyną śmierci 30 osób, a u ponad miliona przypadków spowodowała znaczące skutki uboczne, w tym tysiąc osób zapadło na chorobę neurologiczną – tzw. zespół Guillaina-Barre’a. Rząd USA musiał wypłacić odszkodowania wynoszące 90 mln dolarów. W ocenach historyków medycyny „był to wielki bluff”, który doprowadził do wysokich kosztów ekonomicznych, szkód dla pacjentów i miał wpływ na przegrane przez Geralda Forda wybory prezydenckie [Gulisano 2007: 129–134].

Upowszechnienie w mediach katastroficznych scenariuszy rozwoju pandemii jakiejś choroby, skalowanie i rangowanie zjawiska powoduje, że opinia społeczna wyraża niezadowolenie i niepokój, konsekwencją czego powinny być decyzje polityczne i ruchy służb medycznych. Tak jak „panika moralna” może pojawić się i zniknąć nagle, tak analogicznie źródła grypy również fluktuują i jej ogniska są w zasadzie nieprzewidywalne. Ze swej istoty łańcuch epidemiczny rozumiany jest jako „kolejne etapy przenoszenia się drobnoustrojów z jednego gospodarza na drugiego, tego samego gatunku lub innego gatunku” [Sygit 2010: 55], co oznacza, że drogi szerzenia się zakażeń grypy są bardzo niebezpieczne, ponieważ dochodzi do międzygatunkowej wymiany materiału biologicznego. Media odwoływały się do tego typu wyjaśnień medycznych, podkreślając, że krążenie wirusa w populacji ludzi i zwierząt stwarza nowe zagrożenia i mutacje grypy. Jeśli istnieje obawa, że w instytucjach zdrowia i w państwie zawiodą mechanizmy obrony interesów zdrowotnych w sytuacji zagrożenia epidemiologicznego i zwiększających się czynników ryzyka, media tym intensywniej działają na rzecz straszenia opinii publicznej, czego efektem ma być nacisk wywierany na rząd i decydentów. Przewagą dla czynników ryzyka staje się medialny mechanizm wzmocnienia czynników ochronnych, do których zaliczamy szczepienia ochronne zwiększające odporność organizmu, propagowanie higieny osobistej oraz wzmocnienie ogólnego potencjału zdrowotnego.

Odpowiedzialność za utrzymywanie strachu i paniki dotyczących grypy A/H1N1 media przenoszą na agendę polityczną, wskazując źródła chaosu informacyjnego, decyzyjnego i upolitycznienia problemów ochrony zdrowia. Odwołując się do koncepcji ramy (*frame*) E. Goffmana [2010], można stwierdzić, że politycy i dziennikarze narzucili ramy interpretacyjne, w jakich przedstawiano, selekcionowano i przetwarzano informacje o grypie. W badaniach medioznawczych pojawiło się wiele zastosowań koncepcji *ramy*, w których podkreśla się ich rolę w budowaniu znaczenia wydarzeń oraz selekcji, akcentowania i wykluczania tematów [Entman 1993; Palczewski 2011]. Ramy interpretacyjne w przypadku grypy A/H1N1 dotyczyły zarazem struktury samego wydarzenia oraz jego interpretacji zgodnie z intencjami nadawcy komunikatu politycznego i medialnego. Wcześniej zgromadzone doświadczenia w prezentacji różnych epidemii stanowią dla mediów schematy ekspozycji i uruchomienia dyskursów na poziomie werbalnym i niewerbalnym. W procesie komunikacji publicznej i politycznej wystąpiły próby tworzenia ram dla konceptualizacji grypy A/H1N1 zgodnie z doraźnymi interesami politycznymi sprawujących władzę.

Prześledzenie debaty w polskim parlamencie pokazuje, że selektywne użycie informacji z różnych źródeł służy do wywołania konkretnego efektu odbiorczego.

Telewizja TVN24 oraz TVP INFO przekazywały transmisję z obrad Sejmu na bieżąco, a sprawozdawcy sejmowi stawali się poniekąd twórcami schematów myślowych, wpisując wypowiedzi polityków w ramy wizualno-językowe typowe dla przekazu telewizyjnego. Komentarze dziennikarskie, użycie powtarzalnych elementów leksykalnych, tło wizualne i narracja obrazu telewizyjnego ustalały ramy, schematy myślowe i postrzeganie rzeczywistości dla odbiorcy. Opozycja w Polsce wykorzystywała temat grypy, aby krytykować rząd i Ministerstwo Zdrowia. Politycy różnych partii dawali sprzeczne interpretacje i przedstawiali odmienne informacje dotyczące rozwoju epidemii, zabezpieczenia epidemiologicznego, stanu kryzysowego i zagrożeń. Opozycja wytykała rządowi chaos informacyjny, brak dbałości o bezpieczeństwo zdrowotne; wykorzystywała symulacje epidemiologiczne do krytyki rządu i administracji. W dyskursie publicznym stroną rządową w większości wypowiedzi prezentowali minister zdrowia E. Kopacz i wiceminister A. Fronczak. Stanowisko SLD prezentował były minister zdrowia M. Balicki, a stroną PiS-u były wiceminister zdrowia i przewodniczący parlamentarnej Komisji Zdrowia – B. Piecha. Wystąpiły dwa podstawowe mechanizmy budowania ramy: a) opozycja polityczna wykorzystwała ramę strachu i retorykę skandalu politycznego; b) rząd, ministerstwo, NFZ posłużyły się ramą bezpieczeństwa i retoryką uspakajania. Nakładanie ram w tym działaniu polegało na selektywnym wykorzystaniu informacji i faktów dla wywołania określonego obrazu zjawiska, które dzięki użytym środkom wizualno-leksykalnym niesie intencjonalne znaczenia. Opozycja polityczna wykorzystwała stworzoną przez media w początkowym okresie ekspozycji grypy ramę strachu, uzupełniając ją o retorykę skandalu politycznego i słabości państwa polskiego, które nie potrafi zabezpieczyć potrzeb zdrowotnych obywateli [Thompson 2010]. W sumie rama strachu spletała się z ramą odpowiedzialności, bowiem zarówno politycy, jak i media zaczęli szukać winnego za taki stan rzeczy. Według opozycji system opieki zdrowotnej jest źle zarządzany i wymaga zmian personalnych zarówno w Ministerstwie Zdrowia, jak i Narodowym Funduszu Zdrowia. Przy okazji starano się obnażyć różne nadużycia i zaniedbania w polityce zdrowia publicznego, niedoinwestowanie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, brak scenariuszy w sytuacjach kryzysowych, chaos w zakresie decyzyjnym i odpowiedzialności, nieadekwatne do sytuacji współczesnych katastrof i epidemii rozwiązania prawne. Argumenty perswazyjno-retoryczne stosowane przez polityków eksponowane były przez dziennikarzy i wprowadzane do obiegu publicznego poprzez media. Perswazja traktowana była jako nacisk otwarty, przejawiający się w przekazach medialnych w postaci nakłaniania, namawiania, przekonywania lub sugerowania

określonych postaw i działań [Karwat 2001]. W przypadku analizowanych tutaj mechanizmów perswazyjnych opozycji chodziło przede wszystkim o pokazanie mentalnej ścieżki braku reakcji rządu na globalne zagrożenie epidemiologiczne, co powinno wpływać na negatywną ocenę pracy administracji różnych szczebli. W tym celu wykorzystano tzw. operatory perswazyjne wpływające na sądy i postawy ludzi, m.in. operatory blokujące weryfikację, uruchamiające wyobraźnię odbiorcy, zmieniające hierarchię informacji i wzmacniające funkcje pragmatyczne.

– Rząd Polski nie zastosował się do zarządzenia WHO i Unii Europejskiej, które obligowało do zakupu szczepionek przez rządy państw sygnatariuszy porozumień. Zgodnie z międzynarodowymi standardami (*International Health Regulations*) zarządzenie miało charakter wiążący.

– Większość rozwiniętych cywilizacyjnie państw zadbała o swoich obywateli i zamówiła w dużych ilościach szczepionki, a w przypadku niektórych ilość dawek szczepionki była nawet dwukrotnie większa niż liczba ludności (Szwecja – 18 mln, Belgia – 12,5 mln, Niemcy – 50 mln sztuk, USA – 100 mln).

– Istnieje podejrzenie, że rząd nie chce zakupić szczepionek ze względów ekonomicznych, (z powodu trudnej sytuacji budżetowej). Tym samym władze nie wywiązują się z konstytucyjnego obowiązku zabezpieczenia zdrowia obywateli w sytuacji zagrożenia epidemiologicznego.

– Polska nie ma: strategicznego planu działania na wypadek wzmózonej pandemicznej zjadliwości grypy, dostatecznych zapasów leków przeciwwirusowych, kadry medycznej i administracyjnej przygotowanej do działania i zarządzania kryzysowego.

Rama bezpieczeństwa i retoryka uspokajania były charakterystyczne dla wypowiedzi przedstawicieli polskiego rządu i instytucji ochrony zdrowia. Zagrożenie epidemiologiczne opisywane przez media i eksponowane przez opozycję było neutralizowane i obłaskawiane na różne sposoby. W wypowiedziach stosowano zarówno argumenty rzeczowe, jak i perswazyjne, których celem było wykazanie, że rząd kontroluje sytuację epidemiologiczną.

– Rząd, służby medyczne i zarządzania kryzysowego kontrolują sytuację epidemiologiczną: *panuje nad sytuacją, ma pełną kontrolę, posiada zabezpieczenie na wypadek rozwoju epidemii, jest przygotowany na sytuacje kryzysowe.*

– Zalecany jest spokój, nie ma powodów do niepokoju, paniki i wszczynania alarmu, ponieważ grypa A/H1N1 ma łagodny przebieg podobny do klasycznej grypy, organizm człowieka powinien sobie z grypą poradzić.

– Szczepionki dopuszczone do sprzedaży nie mają atestów, nie zostały poddane dostatecznym testom klinicznym, dlatego nie można ich uznać za

bezpieczne dla zdrowia ludzi. Nie wiadomo też, jakie mogą być odległe skutki użycia szczepionki dla zdrowia populacji w przypadku masowych szczepień.

– Koncerny farmaceutyczne, które wyprodukowały szczepionki, nie będą ponosić odpowiedzialności za ich nieprawidłowe działanie, przerzucają problem ryzyka użycia szczepionek na kraje, które szczepionkę nabyły. Władze polskie nie będą kupować leku, który nie przeszedł stosownych procedur klinicznych, a którego negatywne działanie będzie powodem do roszczeń finansowych.

Przedstawiona analiza agendy medialnej i agendy politycznej pokazuje skomplikowaną grę interesów różnych instytucji i podmiotów pośrednio bądź bezpośrednio zaangażowanych w ochronę zdrowia jednostki i bezpieczeństwo zdrowia publicznego. Pozostaje pytanie, na ile stan „histerii medialnej” i politycznego dyskursu związanych z grypą A/H1N1 udzielił się ludziom i wpłynął na ich prozdrowotne zachowania. Obiektywnym wskaźnikiem jest poziom wszczepialności przeciw grypie A/H1N1 oraz grypie sezonowej. W Polsce poziom wszczepialności przeciw grypie sezonowej w 2009 r. wyniósł 6,8%, a w 2010 r. – 5,0% populacji. W grupie podwyższonego ryzyka – osób starszych, powyżej 65 roku życia – zaszczepiło się 15,8% wobec zalecanego przez WHO poziomu co najmniej 75% wszczepialności populacji dla tej grupy podwyższonego ryzyka. Warto dodać, że do zalecanego przez WHO poziomu wszczepialności przeciwko grypie sezonowej zbliżyły się: Holandia – 74%, Wielka Brytania – 70,3%, Francja – 66,0%.

W 2010 r. zarejestrowano spadek poziomów wszczepialności przeciw grypie w Europie względem poziomów z 2005 r. Zmianę trendu tłumaczy się m.in. kontrowersjami wokół pandemii ogłoszonej w 2009 r. przez WHO wywołanej przez wirus grypy A/H1N1. Stwierdzono, że nastąpiła częściowa utrata „społecznego zaufania do szczepień i ich skuteczności” [Raport: *Grypa i jej koszty* 2013: 39]. Pomimo zakupu szczepionki na grypę A/H1N1 rekomendowanej przez Komitet Pandemiczny WHO i znacznych wydatków poszczególnych państw zaszczepiło się: 4% Włochów, 5% Francuzów, 10% Niemców, 20% Amerykanów, 25% Brytyjczyków<sup>7</sup>. Polska nie zakupiła szczepionek, argumentując, że nie ma pewności, czy są one bezpieczne, bowiem koncerny farmaceutyczne w ciągu jednego mie-

<sup>7</sup> Koszty zakupu szczepionek przeciw grypie AH1N1 były wysokie: 860 mln euro – Francja; 417 mln euro – Niemcy; 300 mln euro – Holandia; 184 mln euro – Włochy. Dodatkowe koszty obejmowały np. we Francji wynagrodzenia nadgodzin dla lekarzy i pielęgniarek – 150 mln euro, wynajęcie magazynów – 95 mln euro, zakup strzykawek – 8,5 mln euro, kampanie informacyjne – 6 mln euro. Francuzi za rezygnację z około połowy zamówionych szczepionek musieli zapłacić koncernom farmaceutycznym – GlaxoSmithKline, Sanofi-Pasteur, Novartis – 48 mln euro odszkodowania w wyniku negocjacji. Gdyby nie wynegocjowana ugoda koszty odszkodowania wynosiłyby 358 mln euro.

siąca wyprodukowały szczepionkę, której normalny cykl produkcyjny wynosi około 6 miesięcy. W śledztwie: „Czy WHO ogłosiła pandemię pod naciskiem firm farmaceutycznych?” zleconym przez Zgromadzenie Parlamentarne Rady Europy minister zdrowia Ewa Kopacz była jednym z ekspertów.

Polacy nie przestraszyli się na tyle zaleceniami WHO i medialną ekspozycją grypy A/H1N1, żeby wzrosła liczba osób, które szczepią się w kolejnych latach na grypę sezonową. Według badania CBOS tylko 7% deklaruje, że w sezonie jesienno-zimowym 2013/2014 zaszczepiło się przeciw grypie, dalsze 6% planowało to zrobić, a 87% nie zaszczepiło się i nie ma takiego zamiaru. Interesująca jest również deklaracja, że kiedykolwiek w życiu zaszczepiło się przeciwko grypie 32% Polaków [Omyła-Rudzka 2013]. Badania opinii publicznej częściowo potwierdzają wyniki wszczepialności rejestrowane przez instytucje zdrowia publicznego. Wśród trudności w kampanii społecznej zachęcającej do szczepień w Polsce wskazuje się: zróżnicowane postrzeganie przez różne grupy społeczne zagrożeń grypy, bezpieczeństwa i skuteczności szczepień, sprzeczne informacje rozpowszechniane przez media, a zwłaszcza media społecznościowe, lęk przed powikłaniami pogrypowymi i niepożądanymi odczynami poszczepiennymi [Narodowy Program Zwalczenia Grypy 2013: 73].

W agendzie medialnej ludzie zostali włączeni w proces eskalacji zagrożenia i dyfuzji kultury strachu. Dotyczyło to zwłaszcza ekspozycji w mediach ikonografii strachu oraz różnych form aktywności internautów w grupach dyskusyjnych i prowadzonych blogach związanych z grypą sezonową i grypą A/H1N1. Polacy częściowo stosowali się do profilaktyki zewnętrznej, np. zakładali maski, które miały chronić przed zachorowaniem na grypę, unikali kontaktów towarzyskich i zawodowych. Natomiast liczba osób, które szczepiły się przeciwko grypie, nie wzrosła, a nawet spadła. Można więc stwierdzić, że medykalizacja miała w większym stopniu sens symboliczny niż przedmiotowy, dotyczyła nasilenia działań przeciwepidemicznych na poziomie instytucjonalnym i wzmocnienia sprawności nadzoru sanitarno-epidemiologicznego.

## ZAKOŃCZENIE

10 sierpnia 2010 r. podczas telekonferencji dyrektor WHO Margaret Chan ogłosiła koniec pandemii grypy A/H1N1. Przekazano informację, że wirus zaatakował 214 krajów, zabijając około 18,5 tys. ludzi. Media lakonicznie potraktowały te doniesienia, zeszyły one na dalsze strony prasy, stacje telewizyjne opatrzyły



wydarzenie jedynie krótkim komentarzem<sup>8</sup>. W prasie pojawiły się artykuły podsumowujące temat. Prezentacja danych miała charakter rozliczeniowy, akcent położony był na: straty ekonomiczne państw, które zakupiły szczepionkę, marnotrawstwo publicznych pieniędzy pod wpływem lobby farmaceutycznego, zyski firm farmaceutycznych, toczony śledztwa w sprawie powiązań ekspertów WHO z firmami farmaceutycznymi, konieczność regulacji prawnej odpowiedzialności za ogłaszanie pandemii, odbudowę moralną i popularyzację zasad etycznego zarządzania informacjami. Warto w podsumowaniu podkreślić, że media były jedynie narzędziem ekspozycji problemu grypy A/H1N1 i jego ramowania. Pamiętajmy o tym, że to WHO ogłosiło pandemię, zmieniając nawet na tę okoliczność jej definicję, a media tę instytucjonalną decyzję komentowały i nadawały jej znaczenie. Dawało to możliwość produkowania wielu tekstów i podtrzymywania napięcia społecznego. Dyskurs medialny w początkowej fazie ekspozycji tematu grypy nakierowany był na wywołanie masowej psychozy i strachu. Prowadziło to do powstania psychologicznego mechanizmu strachu, a w dalszej kolejności do działań prewencyjnych instytucji medycznych i państwa oraz indywidualnych zachowań prozdrowotnych. Wszystko w trosce o bezpieczeństwo zdrowotne obywateli i wiarygodność instytucji państwowych. Wśród zachowań ochronnych, popularyzowanych przez media, a zalecanych przez rządy większości państw europejskich i USA, były szczepienia ochronne. Pomimo tego, że państwa wydały na szczepionkę na całym świecie miliardy euro i dolarów, chętnych na szczepienia było znacznie mniej. Przy tym bardziej sceptyczni byli mieszkańcy Starego Kontynentu, a w większym stopniu panice uległy np. Meksyk i USA. Cel biznesowy, jaki postawiły sobie firmy farmaceutyczne, które zainwestowały w produkcję szczepionki znaczne kwoty, mógł zostać osiągnięty jedynie poprzez masowe zakupy szczepionek przez bogate państwa Zachodu. W świetle dzisiejszych informacji wiadomo, że wiele milionów osób zaszczepiło się przeciwko grypie A/H1N1 niepotrzebnie, a państwa zakupiły nieprzetestowane do końca szczepionki, za których skutki uboczne firmy farmaceutyczne nie chciały ponosić odpowiedzialności. Ryzyko utraty zdrowia przez osoby, które się zaszczepiły i te, które się nie zaszczepiły, było na podobnym poziomie. Głównymi beneficjentami były więc firmy farmaceutyczne, zaś straty ekonomiczne poniosły poszczególne państwa, ludzie i niektóre branże gospodarcze (turystyka, lotnictwo). Polska, nie kupując szczepionek, stała się mimochodem również beneficjentem, a działania

---

<sup>8</sup> W. Moskal, *Koniec pandemii*, „Gazeta Wyborcza”, 11.08.2010, s. 11; TVN24 10.08.2010 o godz. 16.25 podała następujący komunikat: „WHO: koniec pandemii grypy A/H1N1, która od kwietnia 2009 r. spowodowała około 18,5 tys. zgonów”.

polskiego ministra zdrowia stanowiły przykład racjonalnych decyzji politycznych i ekonomicznych dla państw UE.

Etyczne dziennikarstwo powinno kierować się profesjonalizmem, odpowiedzialnością, obiektywizmem i prawdą [Pisarek 2000]. W przypadku grypy A/H1N1 w większości doniesień medialnych przez cały czas ekspozycji tematu mieliśmy do czynienia z balansowaniem pomiędzy etycznym dziennikarstwem a brakiem odpowiedzialności za słowo. Serwisy informacyjne nastawione były na wywołanie efektu poznawczego i emocjonalnego zainteresowania tematem, stąd ekspozycje w kategoriach kultury strachu. W związku z tym otwarty pozostaje problem warsztatu dziennikarskiego: jak przygotowywać informacje o zagrożeniach, nie wywołując paniki i zachowań autodestrukcyjnych, a zachęcając do zachowań prozdrowotnych i szczepienia. Żyjemy w świecie zglobalizowanym, gdzie informacja staje się kluczowa dla różnych zjawisk i zachowań. Warto sobie uświadomić, że w przypadku omawianego problemu mieliśmy do czynienia z dwoma typami informacji: biologiczną i komunikacyjno-medialną. Ogłoszenie pandemii grypy A/H1N1 przez WHO pokazało, że nie byliśmy przygotowani do zwalczania grypy pod względem medyczno-epidemiologicznym, nie radziliśmy sobie też z przekazem informacji w płaszczyźnie komunikowania i zachowań. Pamiętajmy o tym, że różne odmiany wirusa grypy, jako przekazu informacji biologicznej, w kolejnych latach mogą poradzić sobie znacznie lepiej ze swoją „zjadliwością” i ekspansywnością zachorowań i śmierci. Media, wyolbrzymiając problem w przypadku grypy A/H1N1, antycypowały niechciane zdarzenia, zwróciły uwagę władzy politycznej, że to ona odpowiada za bezpieczeństwo zdrowotne populacji i, jak się wydaje, lepiej przygotowały się do pracy w sytuacji kreowania kolejnego zagrożenia epidemiologicznego.

## BIBLIOGRAFIA

- Altheide David L.** 2002. *Creating fear: News and the construction of crisis. Social problems and social issues*. New York: Aldine de Gruyter.
- Bauman Zygmunt.** 2004. „Wiek kłamstwa. Z prof. Z. Baumanem rozmawia J. Żakowski”, *Niezbędnik Inteligenta. Polityka* 50.
- Baran Stanley J., Dennis K. Davis.** 2007. *Teorie komunikowania masowego*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Beck Ulrich.** 2004. *Spoleczeństwo ryzyka. W drodze do innej nowoczesności*. Warszawa: Wydawnictwo Scholar.
- Castells Manuel.** 213. *Władza komunikacji*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Delemeau Jean.** 1994. *Grzech i strach. Poczucie winy w kulturze zachodu XIII–XVIII w.* Warszawa: Wydawnictwo PAX & Oficyna Wydawnicza Wolumen.

- Entman Robert M.** 1993. "Framing: Toward clarification of a fractured paradigm". *Journal of Communication* 43(4): 51–58.
- Foucault Michel.** 1995. *Historia seksualności*. Warszawa: Czytelnik.
- Foucault Michel.** 2011. *Narodziny biopolityki*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Furedi Frank.** 2006. *Culture of fear revisited: Risk-taking and the morality of low expectation*. London: Continuum.
- Galuszka Mieczysław.** 2006. Ptasia grypa jako pandemia zagrażająca światowemu łaadowi w interpretacji mediów masowych. W: *Pokój jako przedmiot badań społecznych i pedagogicznych*, W. Leżańska, T. Jałmużna (red.), 172–184. Łódź: WNWSI.
- Galuszka Mieczysław.** 2012. Kompetencja zdrowotna w społeczeństwie ryzyka biomedycznego. W: *Spoleczne, kulturowe i polityczne uwarunkowania ryzyka zdrowotnego*, M. Gałuszka, M. Wieczorkowska (red.), 85–104. Łódź: BPiWUM w Łodzi.
- Giddens Anthony.** 2008. *Konsekwencje nowoczesności*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Giddens Anthony, Philip W. Sutton.** 2014. Medykalizacja. W: *Socjologia kluczowe pojęcia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Glassner Barry.** 1999. *The culture of fear: Why Americans are afraid of the wrong things*. New York: Basic Books.
- Goban-Klas Tomasz.** 1978. *Komunikowanie masowe. Zarys problematyki socjologicznej*. Kraków: Ośrodek Badań Prasoznawczych.
- Goffman Erving.** 2010. *Analiza ramowa. Esej z organizacji doświadczenia*. Kraków: Nomos.
- Goode Erich, Nachman Ben-Yehuda.** 1994. *Moral Panics: The Social Construction of Deviance*. Oxford-Cambridge: Blackwell.
- Gulisano Paolo.** 2007. *Pandemie. Od dżumy do ptasiej grypy*. Poznań: W Drodze.
- Illich Ivan.** 1975. „The medicalization of life”. *Journal of Medical Ethics* 1: 73–77.
- Jenkins Henry.** 2007. *Kultura konwergencji. Zderzenie starych i nowych mediów*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Karpf Anne.** 1988. *Doctoring the media. The reporting of health and medicine*. London: Routledge.
- Krajowy Ośrodek ds. Grypy. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego. Aktualne i archiwalne informacje na temat grypy. [www.pzh.gov.pl](http://www.pzh.gov.pl) [dostęp: 25.06.2015].
- McCombs Maxwell, Donald L. Shaw, David H. Weaver.** 1997. *Communication and democracy: Exploring the intellectual frontiers in agenda-setting theory*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- McCombs Maxwell.** 2008. *Ustanawianie agendy. Media masowe i opinia publiczna*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- McQuail Denis.** 2007. *Teoria komunikowania masowego*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Michalczyk Stanisław.** 2008. *Spoleczeństwo medialne. Studia z teorii komunikowania masowego*. Katowice: Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”.
- Nowakowski Marek.** 2015. *Medykalizacja i demedykalizacja, zdrowie i choroba w czasach kapitalizmu zdeorganizowanego*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Karwat Mirosław.** 2001. *Sztuka manipulacji politycznej*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Omyła-Rudzka M.** 2013. *Stosunek do szczepień przeciwko grypie*. Komunikat z badań. BS/169/2013, CBOS. Warszawa.

- Seale Clive.** (ed.). 2004. *Health and the media*. Malden, Oxford, Carlton: Blackwell Publishing.
- Sygit Marian.** 2010. *Zdrowie publiczne*. Warszawa: Oficyna a Wolters Kluwer bussiness.
- Szczepański M.** 2009. Choroba skazana na medialny sukces, wywiad przeprowadził W. Kuta. *Rynek Zdrowia*, lipiec–sierpień 2009.
- Thompson John. B.** 2010. *Skandal polityczny. Władza i jawność w epoce medialnej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Treder Michalina.** 2012. *Pandemie zagrożeniem XXI wieku*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Łośgraf.
- Palczewski Marek.** 2011. „Koncepcja *framingu* i jej zastosowanie w badaniach newsów w *Wiadomościach* TVP i *Faktach* TVN”. *Studia Medioznawcze* 1(44): 31–41.
- Petty Richard E., John T Cacioppo.** 1986. *The elaboration likelihood model of persuasion*. [www.uvm.edu/~asnyder/campreadings/6\\_petty\\_elm](http://www.uvm.edu/~asnyder/campreadings/6_petty_elm) [dostęp: 20.08.2010].
- Piekot Tomasz.** 2006. *Dyskurs polskich wiadomości prasowych*. Kraków: Universitas.
- Pisarek Walery.** 2000. Kodeksy etyki dziennikarskiej. W: *Dziennikarstwo i świat mediów*, Z. Bauer, E. Chudziński (red.). Kraków: Universitas.
- Projekt Rezolucji Parlamentu Europejskiego w sprawie oceny zarządzania grypą H1N1 w Unii Europejskiej w latach 2009–2010*. <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=//EP//T> [dostęp: 9.02.2011].
- Raport. 2013. *Grypa i jej koszty. Wstępne studium w projekcie dotyczącym wypracowania rozwiązania na poziomie narodowym umożliwiającego istotne zwiększenie szczepialności przeciw grypie sezonowej w Polsce*. Ernst & Young, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego. <http://www.bcc.org.pl/fileadmin/Piotrek/Raport-i-Grypa-i-jej-koszty.pdf> [dostęp: 20.03.2015].
- Raport. 2013. *Narodowy Program Zwalczania Grypy*. Ernst & Young, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego. [www.wp.npzzg.pl/images/PDF/Raport Narodowy Program Zwalczania Grypy. pdf](http://www.wp.npzzg.pl/images/PDF/Raport%20Narodowy%20Program%20Zwalczania%20Grypy.pdf) [dostęp: 20.03.2015]
- Wieczorkowska Magdalena.** 2012. „Medykalizacja społeczeństwa w socjologii amerykańskiej”. *Przełęcz Socjologiczny* LXI (2): 31–56.
- Wieczorkowska Magdalena.** 2015. „Zdrowie i choroba w sieci – o przejawach i konsekwencjach popularyzacji wiedzy medycznej w Internecie”. *Człowiek i Społeczeństwo* XL.
- Williams Simon J., Michel Calnan.** 1996. “The limits of medicalization? Modern medicine and the lay populace in late modernity”. *Social Science and Medicine* 42(12): 1609–1620.
- Zagorzelska Olga.** 2010. *Grypa A/H1N1 – ekspozycja w prasie polskiej i meksykańskiej*. Praca licencjacka napisana pod kierunkiem M. Legiędź-Gałuszki. Uniwersytet Medyczny w Łodzi.

*Mieczysław Gałuszka*

#### **MEDICALIZATION AND THE CULTURE OF FEAR: THE MEDIA'S TREATMENT OF THE AH1N1 FLU**

##### Abstract

Mass media supports the health care industry in a way that results in medicalization. Health topics are often presented in terms of societal risks, creating a culture of fear. This paper analyzes the exposition of swine flu (caused by the AH1N1 virus) in the Polish media during the pandemic

---

promulgated by the World Health Organization in 2009–2010. The mass media made the swine flu the news of the day (*agenda-setting*), building in the audience the belief that the problem was serious and influencing their opinions, attitudes and behaviours towards it. The mass media, through its specific way of presenting information about the swine influenza, contributed to building an atmosphere of fear and a sense of threat to society. In later stages, the topic of the news turned to a strategy of prevention and holding accountable those responsible for the epidemic which was deemed to present such a danger to public health.

**Keywords:** medicalization, culture of fear, mass media, influenza A/H1N1, public health