Császi Lajos

AZ EGÉSZSÉGNEVELÉS REPREZENTÁCIÓJA A MÉDIÁBAN[1]

Az alábbi tanulmányban a gyógyítás és a média állandóan változó történelmi és társadalmi kapcsolatának sajátosságait mutatom be. Írásom első részében azt a paradigmaváltást követem nyomon, amely az elmúlt évtizedekben kezdődött, és amely kezdi gyökeresen átalakítani a gyógyításról alkotott képünket. Dolgozatom második, hosszabb részében a szakirodalom segítségével azt tekintem át, hogy az egészségügyi felvilágosításban milyen trendek figyelhetők meg a betegség és az egészség mediatizált reprezentációinak társadalmi és kulturális konstrukciójában.

1. Gyógyítás és média: előzetes megjegyzések

Számos – bár természetesen különböző minőségű és érvényességű – írás foglalkozik azzal, hogyan jelennek meg az egészség és a betegség reprezentációi a médiában. Látszólag tehát nincs más dolga a téma iránt érdeklődőnek, mint egyszerűen összegyűjteni és valamilyen elv szerint elrendezni ezeket az írásokat. A nehézséget az okozza, hogy az egészség és a betegség szociológiája valahogy mindmáig elfeledkezett a média szerepének kutatásáról, a médiakutatás pedig valahogy tartósan figyelmen kívül hagyta az egészség szociológiájában az elmúlt évtizedben bekövetkezett szemléleti változásokat. Még a kétségtelenül a leggazdagabbnak számító angol nyelvű szakirodalomban is a betegség és az egészség reprezentációi a közegészségügy régi paradigmáin vagy a pozitivista médiakutatás idejétmúlt szemléletén alapultak. Ezek abból indultak ki, hogy a betegségek tudományos jellegzetességeinek és a társadalmi struktúra változóinak ismeretében megállapítható, hogy egy adott reprezentáció egy adott biológiai vagy társadalmi igazság „helyes" tükröződése-e a médiában vagy sem. Bár a természettudományok és a pozitivista társadalomtudomány felől óriási nyomás nehezedik az egészség és a betegség médiareprezentációinak a vizsgálóira azért, hogy a fent leírt makrotársadalmi és kvantitatív elemző módszereket részesítsék előnyben, a médiakutatás új irányzatai az egészség vizsgálatában is egyre inkább a média aktív – és ellentmondásos – társadalmi szerepét és önálló kulturális szimbólumteremtő erejét hangsúlyozzák, és a kvalitatív módszereket részesítik előnyben. A médiának olyan aspektusára kívánják ezzel felhívni a figyelmet, amely eddig – méltatlanul – nemcsak

[1] Tanulmányom az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium „Helyzetelemzés az alapellátás megelőzési célú működtetési lehetőségeiről, ellátás-fejlesztési stratégia kialakítása" című kutatási programja keretében készült. Ezúton mondok köszönetet azért, hogy közléséhez a program vezetői hozzájárultak.

háttérbe szorult, de lényegében meg is hamisította az egészség és a betegség médiareprezentációjáról alkotott képünket.

Az egészségügy tudománycentrikus világában sokan hajlamosak félreérteni a médiát, amikor azon a tudományos információk pontos ismertetését kérik számon. Ha a média társadalmi szerepe a „tudományosan igaz" reprezentációk közvetítése lenne, akkor nem lenne szükség külön médiára, csak tudományra. A média legfeljebb a „tudomány szolgálóleánya" lenne, amelyről önmagában nem is lenne érdemes beszélni, hiszen feladata csak a tudományos igazság minél pontosabb, transzparens közvetítése volna; ebből következően a megítélése is igen egyszerű lenne. Vagy a tudományos megállapításokat közvetítené, és akkor helyes lenne, vagy nem, és akkor torzítana. Valójában éppen ez az egysíkú, statikus nézőpont a torz, mert nem ismeri fel, hogy a médiában az egészséggel és a betegséggel kapcsolatos kérdéseknek nemcsak a racionális és a tárgyi aspektusuk, hanem az emocionális és a morális oldaluk is megjelenik az embereket nyugtalanító félelmek, az őket éltető remények, a számukra identitást biztosító értékek vagy orientációt adó normák szimbolikusan kódolt formájában. A média reprezentációinak ezért az egészségügyben is legalább annyi közük van a művészetekhez és a politikához, mint a tudományhoz.

Éppen ez az új szemlélet hiányzik a legjobban a média és az egészség kapcsolatának kutatásából. Míg az elmúlt évtizedekben a szociológiai vizsgálatokból sok mindent megtudtunk arról, hogy mit jelent betegnek lenni a mindennapi életben, kimaradt a média által áttételesen közvetített élmények és tapasztalatok hatásának vizsgálata az egészség és a betegség ügyeiben. Pedig a média nagyon fontos szerepet játszik a mai társadalomban, sok szempontból az iskola és a család szocializációs szerepét is átvette, és ez alól az egészséggel kapcsolatos kérdések sem kivételek. Mi több, az orvosi tekintély hanyatlása és a fogyasztói társadalom általánossá válása szorosan kapcsolódik a média szerepének és hatalmának a növekedéséhez (Karp, 1988).

A média nemcsak hangot ad a lakosság korábban kevéssé artikulált érzéseinek, hiedelmeinek, véleményeinek, de meg is szervezi és befolyásolja is a közönségét abban, hogy mit gondoljon az egészségügyről. Még sajátos munkamegosztás is kialakult a különböző médiumok eltérő profiljai miatt. Magyarországon például a *HVG* című hetilap az egészség makroökonómiai és intézményi vonatkozásaival foglalkozik, az elektronikus média közszolgálati műsorai főképpen az egészségpolitikai aspektusokat járják körül, a bulvárlapok pedig a lakosság más fórumokon háttérbe szorult egyéni és emocionális gondjait tematizálják. Nincsenek tehát olyan „szabályszerűségek", amelyek segítségével a természeti törvényekhez hasonlóan leírhatnánk az egészség és a betegség reprezentációjának a sajátosságait a médiában. Sok múlik a média formáján, a keretül használt műfajok sajátosságain vagy akár a médiumok politikai beállítottságán. Tágabb értelemben azonban nem önmagában az egészség kérdései és nem is a média sajátosságai szolgálnak magyarázatul a kapcsolatra. Fontos szerepet játszik az a történelmi és kulturális kontextus is, amelyen belül ezek a problémák megjelennek, és nagy a szerepük azoknak a nyílt vagy burkolt társadalmi igényeknek is, amelyet e reprezentációk kielégítenek. A média helyének és szerepének megértéséhez ezért elengedhetetlen annak a változásnak a felvázolása is, amely a késő modern társadalmak fogyasztói kultúrájának kialakulásához vezetett.

Jó kiindulópontot kínál Kleinman antropológiai modellje, amely megkülönböztette a gyógyítás *szakmai-intézményi* szektorát a gyógyítás *mindennapi-lakossági* szektorától (Kleinman, 1980). Az előbbin a gyógyításnak a nyugati orvoslás természettudományos elvein alapuló hivatalos, intézményi rendszerét értette, míg az utóbbin a mindennapi életben az egészséggel és a betegséggel kapcsolatos hiedelmeket és gyakorlatokat. Ez a megkülönböztetés természetesen inkább analitikus jellegű, hiszen tiszta formában soha nem létezett és nem is létezhetett egyik sem. Attól a pillanattól kezd-

ve, hogy a hivatásos gyógyítás elkülönült a mindennapok laikus világától, a kettő közötti viszony történetileg állandóan változott. Koronként, országonként, településenként, társadalmi osztályonként, nemenként máshol húzódtak a két szektor határai, azaz az egyes csoportok tagjai az egészséggel és a betegséggel kapcsolatos problémákkal a szakmai-intézményi szektor képviselőit keresték fel, míg más csoportok tagjai számára ugyanezek a problémák privát-egyéni ügynek és bajnak számítottak. Tény viszont, hogy a modernizáció során az első szektor előretörése elkerülhetetlennek látszott, és csak idő kérdésének tűnt, hogy mikor sikerül a szakmai-intézményi szektor gyógyító szervezeteinek teljesen és hézagmentesen integrálniuk és kontrollálniuk a tradicionális lakossági szektort, és eltüntetniük a gyógyítás szakmai és laikus szemléletében, valamint az orvosi ellátáshoz való hozzájutásban tapasztalható különbségeket. Kétségtelen tehát, hogy a nyugati orvoslás fejlődése és a jóléti társadalmak ezt kísérő politikája az elmúlt 150–200 évben világszerte a szakmai-intézményi szektor látványos térnyerését hozta, amely azonban az orvosok szakmai tudásának a dominanciáján alapult.

Mi volt a média a szerepe a modern orvostudomány és az egészségügyi rendszer kialakításának korában? Történetileg visszatekintve ez a szerep elég egyoldalú volt: a média sokáig az egyirányú transzmissziós szíj szerepét töltötte be, és az első szektor – orvosok és politikusok által megfogalmazott – problémáit és azok hivatali-szakmai megoldásának a módozatait tematizálta és közvetítette a lakosság felé.[2] A másik irányú közvetítés kevésbé számított fontosnak, a lakosság egészséggel kapcsolatos gondjai, nehézségei és problémái ugyanis nem minősültek önálló jelentőséggel bírónak, azokat a média csupán azért igyekezett feltárni, hogy minél gyorsabban és minél sikeresebben integrálja őket a gyógyítás szakmai-intézményi szektorába. Az elmondottakat tipizálva a régi médiát ezért „orvoscentrikus" médiának nevezhetjük.[3]

Az elmúlt évtizedek az intézményi orvoslás terjeszkedésének megtorpanását, az orvostudomány befolyásának és tekintélyének visszaszorulását eredményezték világszerte. A változás nem az egyik napról a másikra következett be, bár kétségtelen, hogy a történtek megítélésében lényeges hangsúlyeltolódások mutathatók ki. A magyar közvélemény például az intézményi szektor ellentmondásainak és tekintélye csökkenésének az okát sokáig hajlandó volt kizárólag politikai természetűnek látni, és a megszüntetésüket is politikai változásokhoz kötni. Eszerint a két szektor közötti távolság azért nőtt, mert a lakosság orvosi szükségleteit és igényeit a bürokratikus pártállami egészségügyi adminisztráció képtelen volt összekapcsolni a gyógyítás intézményrendszerével. A második gazdaság és a szürkegazdaság fogalma az egészségügyben azt jelentette, hogy a kielégítetlen lakossági igények nem hivatalos-intézményi, hanem illegitim-privát kerülőutakon keresztül találták meg az orvosi-szakmai kielégítésük módjait. Elegendő utalni a Béres csepp vagy a Naksol históriájára, amelyek esetében úgy tűnt, hogy kizárólag a gyógyítás monopóliumával rendelkező egészségügyi adminisztráció rigiditása és újításokkal szembeni ellenállása okozza a gondokat. A szabad orvosválasztás bevezetése Magyarországon az 1990-es években a szakmai szempontok fokozottabb előtérbe kerülése a rendszerváltás után éppen a két szektor korábbi szembenállását

[2] A kommunikációelméletben kétfajta kommunikációt különítenek el, a transzmissziós és a rituális kommunikációt. Az előbbi a szállítás térbeli metaforáján, az utóbbi a közösség fenntartásának időbeli metaforáján alapult. A továbbiakban e tanulmányban a kommunikáció transzmissziós formáját tárgyalom, a rituális formáról többet a könyvemből (Császi, 2002) lehet megtudni.

[3] A médiából természetesen sohasem tűntek el teljesen a laikus-fogyasztói szektor igényeit tükröző programok és cikkek. Magyarországon a második világháború előtti újságok lapjain például nagy számban lehetett olyan hirdetésekkel találkozni, amelyek különböző csodaszereket vagy orvosilag nem ellenőrzött gyógymódokat propagáltak. A rendszerváltás után az egészségügyben nálunk is megjelent fogyasztáscentrikusság tehát nemcsak az új társadalmi fejlemények és a globalizáció következménye volt, hanem a korábban már létezett, de politikailag átmenetileg visszaszorított alternatív gyógymódok újraéledését is jelentette.

volt hivatva csökkenteni az egészségügyi irányításban. Más szóval a rendszerváltás után megszűnt a korábban kategorikusan elutasított lakossági igényekkel (például a szabad orvosválasztással) szembeni politikai ellenállás. Figyelemre méltó, hogy a gyógyítás szakmai-intézményi szektora a változások nyomán nem szerezte vissza korábbi kizárólagos tekintélyét és befolyását. A gyógyítás két szektorának a határai ugyanis mostanra eléggé elmosódtak, és az orvosi hegemónia helyét mára az egymással sokszor konfliktusban álló, versengő szolgáltatások vették át, beleértve az orvostudomány által korábban kuruzslásnak tekintett sokféle alternatív gyógymódot is, továbbá látványosan elterjedtek az egészségügyi ellátórendszert kikerülő különböző öngyógyító mozgalmak is. Ma már nálunk is mindenki számára egyértelművé vált, hogy az államszocialista egészségpolitika rigiditásán túl mélyreható strukturális okai is voltak és vannak a betegség és a gyógyítás két szektora között kialakult feszültségnek.

Társadalomszerkezetileg a változás a késő modern társadalmak legfontosabb jellegzetességében, a fogyasztás felértékelődésében ragadható meg, amely a gyógyítás mindkét szektorára jelentős hatást gyakorolt. Az egészségügyben például nemcsak a tudományosan meghatározott és a szakemberek által ajánlott diagnosztikai és terápiás eljárásokat veszik igénybe az emberek, hanem mindenféle más alternatív utat is, ha jónak látják, hogy azok segítségével saját testük urai legyenek. Ezt a magatartást az orvostudomány szédületes technikai fejlődése mellett a lakosság egészségtudatosságának a növekedése is ösztönözte. Míg korábban az egészséggel kapcsolatos tudás orvosi monopólium volt, amelyet a laikus lakosság kevéssé ismert, és még kevésbé értett, mára szinte lehetetlen bárkinek is kivonnia magát az olyan, gyorsan változó „tuti diéták", fitnesztechnikák, fiatalító test- és lélekápolási eljárások hatása alól, amelyeket sokszor ironikusan „egészségizmusnak" is szoktak nevezni, utalva arra, hogy nemcsak egészségtudatosságról van szó, hanem legalább annyira divatokról is. De ennek a trendnek a medikalizált része például a diagnosztikai célú vizsgálatok „fogyasztása" is, amikor megfelelő összeg ellenében valakiről tetőtől talpig komputertomográf- vagy mágnesesrezonancia-felvételt készítenek, csak azért, mert kíváncsi rá (akár van rá szüksége orvosi szempontból, akár nincs). A történeti változás lényegét úgy foglalhatjuk össze, hogy a késő modern társadalmakban az egészség és a betegség biológiai adottságból fogyasztói termék lett, amelyet nemcsak az orvostudomány, de egyre inkább a technikai lehetőségek és a legújabb divatok is jelentősen befolyásolnak.

Mindezek a társadalmi átalakulások drámai változást idéztek elő a média szerepében is. Az 1990-es évek eleje óta érzékelhető, hogy az orvosok elveszítették azt a kizárólagos orientáló-befolyásoló szerepet, amelyet korábban a médiában a gyógyítás terén betöltöttek. Az ezredfordulóra a média „orvoscentrikusból" „fogyasztócentrikussá" változott. A hangsúly áttevődött a médiában az orvosi-intézményi szektorról a lakossági-fogyasztási szektorra, a felvilágosításról-nevelésről az informálásra és a szórakoztatásra. Ennek megfelelően a média az egészséggel kapcsolatos felfokozott lakossági érdeklődéshez és elváráshoz kapcsolódó információk és történetek legfőbb szállítójává vált. A fogyasztói fordulat különösen látványos a bulvármédiában, amely kizárólag a lakosság szubjektív-emberi nézőpontjait preferálja, de az úgynevezett minőségi médiában sem élvez többé az orvos és az intézményi szektor látásmódja egyeduralmat sem az információk területén, sem a gyógyítás szereplőinek megítélésében. Míg korábban az egészségügy társadalmi képét az orvosok által megfogalmazott kép határozta meg, ma a médiában a lakosság véleménye legalább ennyire fontos. A média szerepének felértékelődését jól mutatja egy anekdotikus eset, amelyet az egyik klasszikus szociológiai vizsgálatban írtak le. Ebben egy megkérdezett idős hölgy azért kritizálta az orvosát, mert az nem volt vele olyan kedves és törődő, mint azok az orvosok, akiket a tévésorozatokban látott (Karp, 1988). Úgy is fogalmazhatunk, hogy a médiában a betegségeknek és a gyógyítóknak a nyugati orvostudományon alapuló univerzalista,

racionális, normatív képei mellett egyre nagyobb teret kapnak a lakosság mindennapi tapasztalatait és vágyait kifejező tudósítások és történetek, amelyek szervesen illeszkednek a populáris kultúrának az egészségről, a fiatalságról és a csodálatos gyógyulásokról szóló elbeszéléseibe.

Az elmondottakból is kitűnik, hogy az egészség, a betegség, a gyógyítás és a média strukturális kapcsolata és történeti változásai túlságosan is nagy és komplex területet képeznek ahhoz, hogy egyetlen rövid tanulmány keretein belül kimerítően tárgyalni lehessen őket. A továbbiakban az egészség és a média kapcsolatának három különböző összefüggését fogom néhány példán keresztül bemutatni. Először a lakosság egyre nagyobb hányadát kitevő időskorú népesség médiareprezentációjának néhány sajátosságáról lesz szó, majd perspektívát változtatva külföldi példákon keresztül azt vizsgálom meg, hogyan látta az elmúlt évtizedekben az egészségpolitika a médiát. Végül azt tárgyalom, hogy változtak az egészségügyi médiakampányok az utóbbi időben.

2. Az öregség és a betegség konstrukciójának néhány sajátossága a médiában

Az eddigiekben amellett érveltem, hogy az egészség és a betegség reprezentációját a médiában rendkívül komplex, autonóm kulturális jelenségnek kell tartanunk, amelyet semmiképpen nem lehet leszűkíteni az alapjukat képező biológiai folyamatokra. Célomnak ezért most sem azt tartom, hogy leleplezzem, hogyan „torzítja" a média a tudományosan leírt állapotot, hanem azt a társadalmi folyamatot kívánom megérteni, amely a betegségről és az egészségről bizonyos reprezentációknak helyet ad, még akkor is, ha számos kritika hozható fel ellene, míg másfajta reprezentációkat akkor sem tesz általánosan elfogadottá, ha egyébként mértékadó tudományos vagy politikai szempontok szólnak mellette.

Az egészség és a média kapcsolatának vizsgálatánál gyakori, hogy nem valamilyen betegségből indulnak ki, hanem egy adott társadalmi csoport egészségének sajátos megjelenítését vizsgálják a médiában. A leggyakoribb ezek közül a nemek szerinti különbségek tárgyalása – elsősorban a nők és a férfiak betegségeinek a tematizálása –, de gyakoriak az életkor alapján konstruált csoportok egészségéről szóló riportok is. Az alábbiakban az öregek egészségének a példáján keresztül mutatom be az ilyen típusú médiareprezentációk néhány sajátosságát.

A médiában az öregekről és az öregek egészségi állapotáról szóló híradások ellentmondásosak. Mennyiségüket tekintve a róluk szóló műsorok általában alulreprezentáltak, holott közismerten mind a szakmai-intézményi szektorban, mind a lakosság körében különösen nagy hangsúlyt kap az idősek egészségével való törődés. Turner szerint szociológiailag ebben semmi különös nincs, csak a társadalom általános értékrendjét közvetítő trendet láthatjuk benne, hiszen az öregek életéről szóló egyéb – nem az egészséggel kapcsolatos – híradások is rendre alulreprezentáltak a médiában. Vagyis az alulreprezentáció megfelel annak a módnak, ahogyan az öregeket és az öregséget (tágabb értelemben a betegséget és a halált) a társadalom marginalizálja és elkülöníti az intézmények és a hétköznapok „szorgos-dolgos" világától (Turner, 1987). Az öregek alulreprezentáltsága máskülönben a betegségektől függetlenül is kimutatható a média minden műfajában. Cumberbatch például azt találta, hogy az angol tévében a

szereplők mindössze 10 százaléka volt 60 év fölötti, holott a népesség 20 százaléka sorolható a 60 éven felüliek csoportjába (Cumberbatch, 1992). Ugyanezt az alulreprezentáltságot találjuk az öregek egészségének ábrázolásában is: kevés öreget láthatunk az orvosokról szóló szappanoperák betegei között, és a női magazinok egészségügyi problémái között is alárendelt szereppel bírnak az idős nők egészségével kapcsolatos kérdések, pedig az olvasók egynegyede 65 évesnél idősebb nő. Az alulreprezentáltság tehát az öregkor ábrázolásának legáltalánosabb jellegzetessége a médiában, és ez igaz a sajátosan időskori betegségek médiareprezentációjára is. Így például az öregkorra jellemző mozgásszervi és ízületi panaszok említettsége a hírműsorokban messze elmarad a szívbetegségek és a rák említettsége mögött, ahogyan az időseket leginkább sújtó krónikus betegségek reprezentációja is az akut betegségeké mögött kullog. Egyáltalán nem meglepő módon még a halálról szóló hírekben is a fiatalok haláláról szóló beszámolók vezetnek (Seale, 2002).

A nemek közötti különbségre utal az a tény, hogy ha az idősek egyáltalán bekerülnek a médiába, akkor is inkább öreg férfiakról van szó, akiknek az aránya a televízióban háromszorosa az öreg nőkének. Ez annál figyelemreméltóbb, mert tudjuk, hogy az időskorúak körében – hosszabb várható élettartamuk miatt – a nők vannak többségben (Cumberbatch, 1998). Az öreg férfiak relatív túlreprezentáltsága a médiában az idős nőkével szemben felhívja a figyelmet egy olyan összefüggésre, amelyet eddig elhanyagoltunk, de amely nagyban hozzájárul az öregek képének ellentmondásos megjelenítéséhez. Arról van szó, hogy az öregek, különösen az idős férfiak a tradicionális társadalmakban sajátos helyzetet foglaltak el: az öregség a bölcsesség, a befolyás, a tiszteletreméltóság szinonimája volt. Ennek a pozitív sztereotip tradicionális képnek a maradványai egyébként nemcsak az öreg férfiak, de az idős nők esetében is kimutathatók bizonyos esetekben. Főleg a szappanoperákban gyakori az öregség idealizálása. Ezekben a műsorokban az öregek a tradicionális morál tisztelettől övezett fenntartói, a fiatalok konfliktusainak bölcs elsimítói, a közösség aktív tagjai. Az öregek nemcsak előnyösebb szerepet játszanak ezekben a programokban, de a kamera is a szokásosnál hosszabban időz el aráncos arcokon, békét, harmóniát és megnyugvást sugallva a nézőknek. A vizsgálat készítői ugyanakkor arra is felhívták a figyelmet, hogy a reggeli és a kora délutáni szappanoperák nézői elsősorban maguk is idősek, azaz a pozitív önkép annak a közönségnek az igényeit hivatott megjeleníteni és kielégíteni, amely ezen adások rendszeres nézője (Cassata, 1983).

Hasonló ambivalens képet, az alulreprezentáltság és bizonyos típusú idealizáltság keverékét mutatják a reklámok vizsgálatainak eredményei is. A reklámok világában, ahol a műfaji követelményeknek megfelelően a fiatalság, a vitalitás a legfontosabb alkotóelem, az öregeknek a kompozíció logikájából következően nem sok hely marad. A reklámok túlnyomó többsége valóban ki is zárta az időseket, de azok a reklámok, amelyek az öregeket érintő szolgáltatásokat vagy termékeket hirdettek, az öregségnek a szappanoperákban látott idealizálásának az időskort megszépítő képeit használták fel (Roy & Harwood, 1997). Ez arra hívja fel a figyelmet, hogy a fogyasztás a legváratlanabb helyeken és módokon strukturálja át a társadalom korábbi erőviszonyait, és átértékeli azok reprezentációit is. A helyzet tehát ma az, hogy a hírekben az öregekről szóló tudósítások egyszerre negatívak és alulreprezentáltak, míg képük a szappanoperákban és a hirdetésekben alulreprezentált, mégis pozitív. Szociológiai szempontból ez azt jelenti, hogy mivel a nyugdíjjal és életjáradékkal rendelkező öregek a jövőben egyre nagyobb gazdasági befolyásra tesznek szert, várhatóan a médiában is egyre inkább a hirdetők figyelmének a középpontjába kerülnek. Különösen valószínűnek látszik ez a váltás az öregek egészségével kapcsolatos szolgáltatások területén. Ez a tendencia viszont oda vezethet, hogy mind az öregek szereplésének a gyakorisága, mind pozitív képük tovább erősödhet a média reprezentációiban.

3. A hagyományos orvosközpontú médiakampányok ellentmondásos egészségképe

A gyógyítás szakmai-intézményi szektorának ambivalens a viszonya a médiához. Egyrészt ellenségének tekinti, mert szerinte egészségtelen termékeket és életstílust reklámoz, például a szappanoperákban a dohányzást vagy az alkoholfogyasztást. De azért is elítéli a média reprezentációit, mert a média nem tudományosan, tárgyilagos módon mutatja be a gyógyítás kérdéseit, hanem vagy elhallgat fontos kérdéseket, vagy – ellenkezőleg – szenzációt keltve felnagyítja és eltúlozza a valóságos problémákat. A médiával foglalkozó egészségügyi jellegű írások jelentős része ezért semmi más, mint a különböző betegségek alulreprezentáltságának és egyoldalú bemutatásának sommás felpanaszolása. Meg kell azonban jegyezni, hogy ez a panaszlista nem is igyekszik a reprezentációban kimutatható eltérések alapját képező társadalmi-kulturális folyamatokat megérteni. Nem tekinti azonban a hagyományos szakmai-intézményi szektor ellenségének a médiát akkor, ha azt saját intervenciós céljaira akarja használni, azaz kampányszerűen nagy tömegeket akar elérni és befolyásolni. A hagyományos intervenció ilyenkor általában az orvostudomány bizonyos rizikófaktorokkal kapcsolatos eredményeit igyekszik propagálni a lakosság körében. Ezeknek a kampányoknak az a deklarált céljuk, hogy felrázzák a szerintük tudatlan és főként nemtörődöm népességet az apátiából és a megszokásból, és rábírják a tekintélyes szakemberek által javasolt, tudományosan megalapozott életmódváltásra. A továbbiakban Luptonnak a nemzetközi szakirodalomban gyakran hivatkozott gondolatmenetét követem a hagyományos egészségnevelés leírásában és kritikájában (Lupton, 1994a; Lupton, 1995).

A gyógyítás szakmai-intézményi szektorában az elítélés mellett él bizonyos vakhit is a média mint hatékony propagandaeszköz hatalmáról, amely a természettudományokéhoz hasonló módon képzeli el és objektívnek látja a média működését. A média olyan instrumentális technikai apparátusként jelenik meg a legtöbb hagyományos egészségügyi felvilágosító számára, amely képes rávenni a szerintük tudatlan, ám engedelmes embereket az orvostudomány igazságainak elfogadására. Vagyis a kommunikációnak azt a behaviorista vagy „stimulus–reakció" modelljét használják, amelynek a hatékonyság és a pontosság az eszménye, és amely a kommunikációt mechanikus, lineáris és egyirányú folyamatként képzeli el. Az egészségpolitika a jelek „küldője", a média az üzenetek hordozója, a célközönség pedig az üzenetek „vevője". Ennek megfelelően ez a modell „csatornákról", „zajról", „visszacsatolásról" stb. beszél. A hagyományos szakmai-intézményi szemlélet tehát szeretve gyűlöli a médiát. Szereti, ha azt gondolja, hogy a saját szolgálatába állítható, gyűlöli, ha a média a saját útját járja.

A kommunikáció fenti, transzmissziós modellje a társadalomelméletben a második világháború után vált általánossá, és „agymosás" vagy „totális propaganda" elnevezés alatt sokáig széles körű elfogadottságot élvezett a médiakutatásban. A hagyományos egészségügyi médiakampányok intervenciói mindmáig az „agymosás" modelljét próbálták saját céljaikra kiaknázni, amikor az „intervenciókkal" egyaránt igyekeztek a nem kívánt hatásokat visszaszorítani, és a kívánatosakat elősegíteni. Különösen jól vizsgálható a kommunikáció „propagandista" felfogása azokban a tanulmányokban, amelyeket a dohány- és az alkoholreklámoknak a kiskorúakra kifejtett hatásáról írtak. Az elképzelés szerint akkor, ha az egészségügyi kampányokon keresztül a fiatalokat megfelelő információval „oltják be" a dohányzás és az alkoholfogyasztás káros hatásáról, akkor azokat így mintegy „immunizálják" ezekkel a hatásokkal szemben. A természettudományi modell és az orvosi nyelv használatával a hagyományos egészségügyi felvilágosítók kvázi-gyógyítókként jelentek meg, akik a „megfelelő üzenet" befecskendezése révén a népesség körében megelőztek bizonyos negatív elváltozáso-

kat. Eszerint az aufklerista elképzelés szerint az információ mint valami gyógyszer maga is képes a népesség bizonyos hiedelmeit – mint valami betegséget – meggyógyítani. Solomon és Cardillo odáig ment a tudományosság formulájának és hatékonyságának kalkulálásában – amint azt Lupton ironikusan megjegyzi –, hogy nevetséges képletet tettek közzé, amely szerint ha például egy egészségfelvilágosító üzenet a célcsoport 50 százalékát eléri, azok körében 50 százalékos kívánatos változást idéz elő, és az érintettek 50 százaléka később is megtartja ezt a változást, akkor a népesség 0,5 x 0,5 x 0,5, azaz 12,5 százalékának a beállítódása fog előnyösen megváltozni a kampány hatására (Lupton, 1995).

Az elmondottak alapján a régi típusú egészségügyi kampányok irányítói olyan szakemberekként igyekeztek magukat feltüntetni, akik ismerik a közönség létszámát, reakcióit, és fölényes tudatában vannak az intervenció előtti és utáni változásoknak, valamint természetesen annak is, hogy mi történt a befolyásolt populációval a kampány alatt. Így látszólag minden kudarc kizárólag a technikai részletek elégtelenségén múlt, akár a célcsoport, akár az időpont, akár más tényezők nem megfelelő kiválasztásán, és nem a propagandamodell mélységes problematikusságán.

Pedig az 1980-as évektől kezdve egyre többen vonták kétségbe a kommunikáció propagandamodelljét mint elméletileg funkcionalista, metodológiailag egyoldalúan kvantitatív orientációjú, politikailag pedig a befolyásolásnak ellenállni nem tudó állampolgár-bábukról szóló leegyszerűsítést (Jensen, 1989). Valójában ugyanis a kommunikáció minden eleme sokkal komplexebb, mint azt a fenti modell feltételezi, és a befolyásolás távolról sem olyan könnyen irányítható a médián keresztül, mint azt vélték.[4] A hatás – ha van egyáltalán – sokféle lehet, függetlenül attól, hogy kvantitatív módszerekkel mérhető-e. Nemcsak a magatartás változhat meg, hanem morális, esztétikai, kognitív változások is bekövetkezhetnek, amelyek csak a legfinomabb kvalitatív technikákkal, interjúkkal, résztvevő megfigyelésekkel vagy csak hosszú időtartamok figyelembevételével rögzíthetők. Végül a propagandamodell gyógyíthatatlan betegsége az a feltételezés is, hogy a kommunikáció egyirányú folyamat, amely a kibocsátótól a befogadó irányában halad. A kommunikációkutatásban ma már inkább arról beszélnek, hogy kétirányú interakcióról van szó, amelyben a befogadók elfogadhatják vagy elutasíthatják az üzenetet, vagy éppen alkudozhatnak jelentésének értelmezéséről (Morley, 1992).

A recepcióelmélet vagy más néven befogadási elmélet, amely a szöveg poliszémiáját és a közönség általi heterogén értelmezését hangsúlyozta az elmúlt évtizedekben, teljesen átalakította a médiakutatást. Eszerint a különböző médiareprezentációk egymással csak lazán összefüggő, egymásnak sokszor ellentmondó jelek bonyolult szövevényéből állnak, amelyek gyakran a készítők szándékától független értelmezésekre is lehetőséget adnak. De nemcsak magukban a reprezentációkban van a többféle olvasat belekódolva, hanem a közönség maga is különböző dekódolási stratégiákat használ az értelmezés során. Egymásnak ellentmondó, sőt egymást kölcsönösen kizáró reprezentációkat gyakran hasonlónak tekintenek a befogadás során, míg máskor azonos jelentésű üzeneteket értelmeznek teljesen eltérően. A kommunikációkutatás ma uralkodó paradigmája szerint a jelentések nem adottak sem a szövegben, sem az interpretációban, hanem a közönség az értelmezés során maga teremti meg őket. A jelek állandó jelentésének ez a kétségbevonása paradox módon a hagyományos szakmai-intézményi típusú egészségnevelés számára nem mint az interpretáció szabadságának kifejeződése jelent meg, amely a korábbinál nagyobb és színesebb mozgásteret kínál,

[4] Bár elméletileg Lazarsfeld 1940-es években végzett kutatásai óta erősen vitatott volt a direkthatás elmélete, a médiakutatás napi gyakorlatában még évtizedekig tartották magukat az ilyen hatáselméletek különböző variánsai. Jó leírás található ezekről McLeod cikkében (1991).

hanem mint leküzdhető – és leküzdendő – akadály. A hagyományos egészségügyi kampányok tervezői ezért továbbra is arról panaszkodnak, hogy a kampány azért nem hatékony, mert az emberek védelmi mechanizmusokat építettek ki a felvilágosítással szemben, vagy kórosan alkalmazkodnak fennálló rossz szokásaikhoz és hiedelmeikhez, vagy hiányzik belőlük az önkontroll, vagy kerülik azokat az információkat, amelyek szorongást keltenek bennük. Ezekből és a hasonló kifogásokból az derül ki, hogy az egészségügyi felvilágosításban részt vevő szakemberek nagy része képtelen a közönség recepcióiban fellelhető eltérésekkel kalkulálni, és azokat az ismeretek terjesztése érdekében felhasználni. Nem törődve a médiakutatás legújabb eredményeivel, a hagyományos felvilágosítók azóta is a társadalmi tanulás, a kognitív válasz vagy a tudományos témakijelölés (*agenda setting*) elméletére támaszkodnak, azaz azokra az elméletekre, amelyek továbbra is a kommunikáció régi, lineáris modelljét használják.

4. A fogyasztóközpontú médiakampányok ellentmondásos egészségképe

A lakosság fogyasztói beállítottságát elfogadó egészségügyi médiakampányok közös jellegzetessége az előbb tárgyaltakkal szemben az, hogy nem „felülről lefelé" haladnak, azaz nem valamely tudományos igazság népszerűsítő „terítését" akarják a laikus népesség körében elvégezni, mint a propagandakampányok, hanem „alulról felfelé" építkeznek, azaz az embereknek az egészséggel kapcsolatos mindennapi igényeiből indulnak ki, és ezek aktív kielégítéséhez ígérnek szakmai segítséget (Lefebvre, 1992). Nem kényszert vagy rábeszélést alkalmaznak, hanem új életmód-lehetőségeket kínálnak azoknak, akiket ez az ajánlat a helyzetük vagy igényeik miatt érdekelhet. Náluk „az orvosnak (szakembernek) mindig igaza van" jelszavát „a betegnek (fogyasztónak) mindig igaza van" jelszava váltotta fel.

Az egészségügyben bekövetkezett átalakulás nem korlátozódott a gyógyításra, hanem egy nagyobb társadalmi változás része volt. A hagyományos közgazdasági szemlélet ugyanis éles különbséget tett az objektívnek tekintett szükségletek és a szubjektívnek tekintett igények között. Az előbbieket fontosnak, a nemzetgazdaság szempontjából kielégítendőnek tartotta, az utóbbiakat lényegtelennek, csupán egyéni jelentőségűnek ítélte. Ez a szemlélet határozta meg az orvosi ellátással kapcsolatos régi beállítódásokat is, ahol az embereket igyekeztek rábeszélni az objektívnek tekintett, orvosilag szükségesnek (azaz „szükségletnek") minősített életmódbeli és mentalitásbeli változtatásokra, és ugyanakkor igyekeztek lebeszélni a csupán „igénynek" tekintett egyéni keresletről. Az elmúlt egy-két évtizedben bekövetkezett paradigmaváltás nemcsak a szükséglet és az igény közötti – korábban abszolútnak tekintett – megkülönböztetést relativizálta, hanem a befolyásolás módjában is drámai változást eredményezett. Szemben a hagyományos (szükségletalapú) médiakampányok propagandisztikus modelljével, amely szerint lehetséges az emberek tudatának és igényeinek a közvetlen („agymosói") befolyásolása, a fogyasztói szemléletű (fantáziaalapú) médiakampányok filozófiája szerint nem lehetséges olyan szükségletek kielégítésére rábeszélni az embereket, amelyekről még csak nem is tudnak, vagy amelyek nem is érdeklik őket. A „mit kell tennünk azért, hogy az emberek akarják az egészséges életmódot?" kérdésre tehát a fogyasztói társadalmakban első lépésként indirekt módon a vágyakat próbálják felkelteni az egészséges termékek, tárgyak, emberek iránt, és csak ezen a kerülő úton keresztül – a második lépésben – elégítik ki a fantáziában már megszületett igényeket.

A következőkben Seale és Lupton nyomán az elmúlt évtizedekben az egészségügyben széles körben elterjedt és népszerűvé vált új típusú, közvetett befolyásolás három módját, a szórakoztatva nevelő médiakampányokat (*infotainment*), az egészségreklámot (*health marketing*) és az egészségpártolást (*health advocacy*) ismertetem (Lupton, 1994b; 1995; Seale, 2002).

Előre kívánom bocsátani, hogy az egészség reklámozásának ezeket az új formáit nem tekintem csodaszereknek, inkább a társadalmi változások természetes velejáróinak. Olyanoknak, amelyek a régi propagandisztikus médiakampányok számos problémáját kiküszöbölik, de közben újfajta, korábban ismeretlen ellentmondásokat produkálnak.

4.1. Szórakoztatva nevelő médiakampányok

Az *infotainment*-kampányok állnak a legközelebb a hagyományos propagandamodellekhez, amennyiben ezek is az orvostudományi igazságokat népszerűsítik. A különbség az, hogy nem közvetlenül teszik, hanem közvetve, egy szórakoztató történeten keresztül, mégpedig úgy, hogy valamilyen valós élethelyzetbe helyezik az egészséges vagy az egészségtelen magatartást. Nem kritizálják az egészségtelen beállítódást, nem panaszkodnak annak elterjedtsége miatt, nem fenyegetőznek és fegyelmeznek a várható következményekkel. Ehelyett azt sugallják, hogy az egészséges élet kellemes és örömteli dolog, amely jó érzéssel tölti el az embert, és mindig „kifizetődik" egészségesnek lenni. Az AIDS-ellenes kampányokban gyakran lehetett találkozni olyan történetekkel, amelyek nem a betegség fenyegető rémét idézték fel, hanem a szexuális fantáziák és vágyteljesítések örömteli kiélését ígérték a biztonságos szex jutalmaként. Újabban a szappanoperák íróival együtt dolgozó egészségügyi szakemberek is gyakran a felvilágosításnak ezt a módját választják. Sőt, tudunk olyan angliai esetről is, ahol nem egy, már sikeresen futó szappanoperába építettek be egészségtudatos elemeket, hanem fordítva: a felvilágosító kampányt eleve úgy tervezték, hogy azt a rádióban heti egy alkalommal sugárzott szappanopera formájában juttassák el a célközönséghez (Sommerland, 1997). Ezeknek a kampányoknak az a mögöttes filozófiájuk, hogy a személyes történet mondanivalóján keresztül kifejtett indirekt hatás erőteljesebb és tartósabb lehet, mint a kioktató jellegű felvilágosító kampányé. Különösen értékesnek minősültek azok az *infotainment*ek, amelyekben sztárok mesélték el az egészségüket megrövidítő mulasztásaikat azzal a céllal, hogy hallgatóságuk tanuljon az ő hibáikból. A legismertebb ezek közül valószínűleg az a kampány volt, amely során a HIV-fertőzést kapott kosárlabdasztár, Magic Johnson az amerikai középiskolák százait járta végig, és a biztonságos szexuális magatartás szükségességéről igyekezett hallgatóságát meggyőzni (Basil, 1996).

Az indirekt befolyásolás azonban korábban ismeretlen problémákat is felvet. Így az ábrázolás komplexitása és az olvasatok sokfélesége miatt a felhasznált történetek nagyon gyakran a készítők akarata ellenére mindenféle nem szándékolt értelmezést is lehetővé tesznek. Ez történt abban az ittas vezetés ellen készült ausztrál reklámban, amely egy tolókocsis fiatal nőt ábrázolt. A kép aláírása: „A részeg vezető csak egy évet kapott, én, az áldozat viszont életfogytiglant." A mozgássérültek azért tiltakoztak a reklám ellen, mert bár nem szándékosan, de olyan tehetetlen állapotnak – életfogytiglani börtönnek – mutatták be a fogyatékosságukat, amely még a halálnál is rosszabb (Wang, 1992). Egy másik *infotainment* esetében pedig – amelyet szintén Ausztráliában készítettek 1987-ben az AIDS-veszély tudatosítására – a sokkterápiával felérő horrorelemek, a halál mint fekete kaszás megdöbbentő képi megjelenítése keltett visszatetszést a lakosság körében (Lupton, 1994b). Egy további televíziós *infotainment*, amely a promiszkuitást mint az AIDS melegágyát vette célba, egy heteroszexuális párt ábrá-

zolt egy ágyban fekve. Azután a kamera közelített, és kiderült, hogy az ágyban nagyon sok más pár is fekszik, arra utalva, hogy az alkalmi szexuális partnerek egymás korábbi partnereivel (és azok betegségeivel) is kapcsolatba kerülnek, amikor lefekszenek egymással. Ebben az esetben azért támadták a reklámot, mert az a kritikusai szerint a félelemkeltés eszközével a monogám házasság konzervatív morálját népszerűsítette, ahelyett, hogy a biztonságos szex gyakorlásának módjait ismertette volna (Lupton, 1994b). A dohányzásellenes *infotainmentek*et pedig azért érte kritika, mert azok gyakran túllőttek a célon. Egy ausztrál kampányban például nemcsak egészségkárosító magatartásként mutatták be a dohányzást, de magukat a dohányosokat is igyekeztek stigmatizálni és társadalmilag kirekeszteni, és ezáltal gyűlölködő magatartást propagáltak. Ironikus módon éppen akkor, amikor a felmérés előtt egy hónappal, 1993-ban egy lakossági felmérés során azt találták, hogy a nem dohányzók mintegy fele toleráns a dohányosokkal szemben, és minden további nélkül megengedné, hogy a lakásában rágyújtsanak (Lupton, 1995).

4.2. Életmódreklám

Az egészségügyi médiakampányok során használt reklámok sem technikailag, sem elveikben nem különböznek a kereskedelmi reklámoktól. A reklámok hatásának kulturális sajátosságait tehát pontosan kell ismerni, annál is inkább, mert a közvélemény gyakran összekeveri a hatásmechanizmusukat a propagandával, pedig lényeges pontokon különböznek egymástól. A reklámok általában egy idealizált képet nyújtanak valamilyen tárgyról vagy életmódról, és azt a képzetet keltik, hogy a tárgyat megszerezve vagy az adott tevékenységet folytatva a fogyasztó maga is különleges hatalom, erő és szépség birtokába jut. Egy reklámozott dolog és egy kulturális reprezentáció kerül önkényesen egymás mellé, és a reklám fogyasztójának kell a fantáziájában összekapcsolnia a jelet és a jelzett tárgyat, amely e nélkül az egyéni összekapcsolás nélkül – vagy félrekapcsolás esetén – nem létezik (Storey, 1999). Vagyis a hirdetés egy adott időszakban a társadalom kollektív fantáziájában fellelhető mindazon kulturális jelentések tárháza, amelyek a tárgyi világ önmagukban értelmetlen részeinek és a mindennapi élet jellegtelen tevékenységeinek képesek különleges értelmet kölcsönözni. A reklám nem fizikai szükségletet elégít ki, hanem szimbolikusat, amely a reklámozott termék nélkül nem is létezne, és amelybe a közösség saját tudatos és rejtett vágyait is belevetíti (Campbell, 1987; 1995; McCracken, 1990). Szemben tehát a propagandamodellel, amely szerint a médiakampányok hatására tetszés szerint kelthetők vélemények, érzések, gondolatok, a reklám abból indul ki, hogy csak a már meglévő vágyakhoz lehet tárgyakat, eszméket, életstílust ajánlani, olyanokat, amelyeket a fogyasztó már régóta szeretne, de eddig nem tudott megszerezni. Más szóval a reklám csak azokban kelt visszhangot, akik a benne megjelenített világhoz szeretnének tartozni. Egy reklám annál sikeresebb tehát, minél inkább képes az emberekben már meglévő fantáziákat és elvárásokat kielégíteni. Az elmondottakból következik, hogy az egészséges életmódot propagáló reklámokban sem lehet olyan jelentéseket teremteni, amelyek korábban már ne léteztek volna az egészségcentrikus életstílusok különböző formáiban.

Az is közismert, hogy a reklámok túlzóak és egyoldalúak, a fogyasztók ezért nagyon kritikusan és cinikusan szemlélik, és nagyfokú médiajártasságról téve bizonyságot, szelektív módon használják a reklámozott termékeket. A fogyasztók gyönyörködve nézik a csillogó, színes papírra nyomott vagy a nagy költséggel készített televíziós reklámokat, de nem feltétlenül vásárolják meg a reklámozott tárgyakat vagy szolgáltatásokat. Az egészségügyi reklámok esetén a fogyasztók ráadásul azt is tudják, hogy olyasmire akarják őket rávenni, ami nem túl kellemes: például ne egyenek finomságokat, a nem biztonságos szex alkalmával viseljenek kondomot, vagy lustálkodás helyett

sportoljanak. Túl ezen, legyen szó táplálkozásról, szexről vagy másról, az életstílus a legtöbb ember számára nem szakmai-orvosi kérdés, hanem személyes, emberi dolog. Öröm, kíváncsiság, kaland, románc, veszély, de legfőképpen társas viszony. A jó reklám tudatában van ezeknek az „átkulcsolásoknak", és számol velük. Tudja, hogy az emberi test szépsége és erotikája az, ami az egészséges életmódot vagy a csekély koleszterintartalmú táplálékot a szexuális vonzerőhöz köti, amint azt a sportcipők vagy a fagyaszott ételek hirdetéseiben látjuk. Az egészségreklám és a kereskedelmi reklám határai ezen a ponton elmosódnak. Az egészségügyi reklám azt mondja, hogy tartsd karban a tested, a kereskedelmi pedig azt, hogy a jól karbantartott test látványa kiválóan alkalmas más áruk reklámozására.

Vessünk ezután egy pillantást azokra az ellentmondásokra, amelyek az előbb ismertetett egészségreklámok sajátosságai. A velük kapcsolatos kritikai megjegyzések jelentős része a szelekcióval kapcsolatos. Sokan bírálják, hogy az olyan kiemelt intervenciós programok, mint az AIDS-ellenes vagy a drogfogyasztás megelőzését szolgáló megakampányok túlságosan sok pénzt vonnak el a többi betegség gondjainak széles körű társadalmi tudatosítása elől. De nemcsak a kiemelt programokat éri kritika, hanem azt is, hogy a különböző betegségek megelőzése érdekében folytatott médiakampányok egymással is vetélkednek a betegségek gyógyításához szükséges pénz és a közfigyelem megszerzéséért. Ehhez a kampányok különböző stratégiákat alkalmaznak, amelyek más-más logikát követnek. Némely reklám az adott betegség társadalmi elterjedtségét hangoztatja, amint azt az elhízással és a dohányzással kapcsolatos érvek mutatják, mások bizonyos korosztályok vagy nemek különleges veszélyeztetettségét emlegetik, amint azt a mellrák vagy az időskori csontritkulás egészségmarketing eseteiben láthatjuk. A kritikák szerint nemcsak az egyes betegségek gyógyításához előteremthető források végesek, de egy bizonyon telitettség után megszokottá válnak a növekvő számú egészségreklámok is, és apatikus beletörődést váltanak ki a célközönség tagjaiban (Seale, 2002; Lupton, 1994b).

A kritikusok másik része a médiakampányok individualizáló szemléletével elégedetlen. Miközben az állam harcol az alkoholfogyasztás vagy a dohányzás ellen, a termelés monopóliumából jelentős jövedéki adót szed be. Ennek töredékét sem költi azoknak a betegségeknek a megelőzésére vagy gyógyítására, amelyeket ezeknek a termékeknek a fogyasztása okoz. Az is közismert, hogy miközben némely egészségkárosító tényező ellen óriási médiakampány folyik, más, ugyanilyen káros faktorok ellen semmilyen sem. A levegőszennyezettséget emlegető dohányzásellenes kampányok mellett például az autók által kibocsátott káros anyagok vagy az ipari szennyeződés egyáltalán nem kapják meg azt a figyelmet, amelyet veszélyességük és mennyiségük miatt pedig nagyon is megérdemelnének. De ugyanezt mondhatjuk el arról is, hogy az egészségreklámok elhanyagolják a gyomirtók és más veszélyes kemikáliák egészségkárosító hatásainak tudatosítását. Hasonlóképpen, az ittas vezetők elleni médiakampány nem foglalja magában a biztonságosabb autók és utak tervezésének követelésért, s ez sokak szemében problematikussá teszi az ilyen reklámokat.

Nem lehet arról sem megfeledkezni, hogy a reklámok hibrid diskurzusokká lettek, amelyek nemcsak az adott egészségügyi problémára hívják fel a figyelmet, hanem magukat a reklámozókat is reklámozzák. Rajtuk keresztül a reklámozó intézmények sokszor csak a felettes szerveknek és az adófizető állampolgároknak akarják bizonyítani saját rátermettségüket, miközben az általuk tematizált problémák megoldásában a kampányok akár hatástalannak is bizonyulhatnak. Erről azonban a lakosság mit sem sejt, mivel az államilag támogatott médiakampányok nem bírálják az államilag támogatott egészségügyi kampányokat (Lupton, 1995).

További kritika forrása, hogy az egészségreklámok gyakran nem sokban különböznek a hagyományos propagandakampányoktól, amennyiben a lakosságot ezek is sok-

szor naivnak és kiskorúnak tekintik, azaz nem orientálni, hanem nevelni akarnak. Vagyis minden látszólagos különbségük és „alulról felfelé" építkező információs stratégiájuk ellenére a gyakorlatban ugyanolyan paternalista szemléletűek lehetnek, mint a hagyományos egészségügyi kampányok.

4.3. Egészségpártolás

Az ilyen médiakampányokat az különbözteti meg a korábban tárgyaltaktól, hogy nem az egészségügyi felvilágosítók indítják útra őket. Inkább arról van szó, hogy az egészségügyi nevelés felismeri: valamilyen társadalmi vagy politikai esemény közegészségügyi fontossággal bír, és magáénak nyilvánítva azt, másodlagosan lép be a kampányba. Általában az egészségkárosító termékek vagy az egészséget veszélyeztető tevékenységek elleni fellépések sajátos médiatámogatásáról van szó. Ilyen lehet azoknak a pereknek a médiatámogatása, amelyeket a volt dohányos, tüdőrákos betegek indítottak a dohánygyárak ellen, vagy amikor azoknak a játékfegyvereknek a gyártóit perelték be, akiknek a termékei nagyon hasonlítottak az igazi fegyverekhez, és ezért sok halálos balesetet okoztak. Az egészségügyi felvilágosítók ilyenkor gondoskodnak a nyilvánosságról, szakértőket bocsátanak a sértettek rendelkezésére, és sokszor a perköltségeket is magukra vállalják. E kampányok további sajátossága, hogy gyakran nem a tömegeket célozzák meg, hanem a politikusokat, a jogalkotókat, a döntéshozókat, azaz azokat, akik a kampányokat képesek jogi vagy közigazgatási akciókkal támogatni (Seale, 2002).

Az egészségpártolás kritikájaként egyrészt az elitizmust lehet említeni, mivel a kormányzati szervek, a különböző vállalatok és hivatalok között zajló hatalmi versengést sajátos formájának is tekinthető, ahol az emberek feje felett intézkednek. További ellenvetés, hogy a célok kiválasztása is a szakmai adminisztráció kezében marad. Ebből következően lehetetlen a szakmai keretek között hozott döntéseket társadalmilag ellenőrizni, és azt sem demokratikusan döntik el, hogy milyen típusú ügyek milyen formában és miért kapjanak nyilvános intézményi támogatást az egészségügyi hatóságoktól.

Irodalom

Basil, Michael (1996) „Identifications as a Mediator of Celebrity Effects". *Journal of Broadcasting and Electronic Media,* 40: 478–495.

Campbell, Colin (1987) *The Romantic Ethic and the Spirit of Modern Consumerism.* Oxford: Blackwell.

Campbell, Colin (1995) The Sociology of Consumption. In: Daniel Miller (ed.) *Acknowldging Consumption: A review of new studies.* London: Routledge.

Cassata, Mary (1983) *Life on Daytime Television:Tuning-in American social drama.* Norwood, N.J., Ablex.

Cumberbatch, Guy (1998) *Older People on Television.* London: BBC/Age Concern.

Császi Lajos (2002) *A média rítusai.* Budapest: Osiris.

Jensen, Klaus & Jankowski, Nicholas, eds (1991) *A Handbook of Qualitative Methodologies for Mass Communication Research.* London: Routledge.

Karpf, Anne (1988) *Doctoring the Media.* London: Routledge.

Kleinman, Arthur (1980) *Patients and Healers in the Context of Culture.* Berkley: University of California Press.

Lefebvre, Richard (1992) „The Social Marketing Imbroglio in Health Promotion". In: *Health Promotion International,* 7: 61–64.

Lupton, Deborah (1994a) *Medicine as Culture.* London: Sage.

Lupton, Deborah (1994b) *Moral Threats and Dangerous Desires: AIDS in the News Media.* London: Taylor and Francis.

Lupton, Deborah (1995) *The Imperative of Health: Public Health and the Regulated Body.* London: Routledge.

McCracken, George (1990) *Culture and Consumption.* Bloomington: Indiana University Press.

McLeod, Jack M. &, Kosicki, Gerald M. & Pan, Zhongdang (1991) "On Understanding and Misunderstanding Media Effects." In Curran, James & Gurevich, Michael (eds) *Mass Media and Society.,* London: Arnold.

Morley, David (1992) *Television, Audiences and Cultural Studies.* London: Routledge.

Roy, Andrew (1997) „Underrepresented, Positively Portrayed: Older adults in television Commercials". *Journal of Applied Communication Research,* 25: 39–56.

Seale, Clive (2002) *Media & Health.* London: Sage.

Sommerland, Eliot (1997) „Healthy alliances and social action broadcasting: assesment of a local radio project". *Health Education Journal,* 56: 51–63.

Storey, John (1999) *Cultural Consumption and Everday Life.* London: Arnold.

Turner, Bryan (1987) *Medical Power and Social Knowledge.* London: Sage.

Wang, Caroline (1992) „Culture, Meaning and Disability: Injury prevention campaings and the production of stigma". *Social Science and Medicine,* 35: 1093–1102.