



You have downloaded a document from
RE-BUŚ
repository of the University of Silesia in Katowice

Title: Konteksty i pogranicza - inspiracje dla psychologii zdrowia

Author: Małgorzata Górnik-Durose

Citation style: Górnik-Durose Małgorzata. (2011). Konteksty i pogranicza - inspiracje dla psychologii zdrowia. W: M. Górnik-Durose, J. Mateusiak (red.), "Psychologia zdrowia : konteksty i pogranicza" (S. 17-39). Katowice : Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.



Uznanie autorstwa - Użycie niekomercyjne - Bez utworów zależnych Polska - Licencja ta zezwala na rozpowszechnianie, przedstawianie i wykonywanie utworu jedynie w celach niekomercyjnych oraz pod warunkiem zachowania go w oryginalnej postaci (nie tworzenia utworów zależnych).



UNIwersYTET ŚLĄSKI
W KATOWICACH



Biblioteka
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

Konteksty i pogranicza — inspiracje dla psychologii zdrowia

Małgorzata Górnik-Durose

Uniwersytet Śląski w Katowicach
Instytut Psychologii

ABSTRACT: The article presents the psychology of health as a component of a multidimensional system of the knowledge about a human being. Multidimensionality of the very system suggests contact and permeation of different theoretical and practical contexts constituting an important contribution to understanding health and behaviours connected with health. The very contexts derive from perspectives and theoretical paradigms from not only psychology, but also “borderline” disciplines. Important contexts result from observations of demographic and civilizational processes, related to changes of a technological and cultural nature in the contemporary world, also from transformations happening in man’s natural environment, e.g. evoked by climate changes. The article outlines both theoretical and practical contexts of empirical analyses in the psychology of health. The author specifically concentrates on the analysis of the role of a biopsychosocial model as a meta-perspective for the analyses under investigation. The practical context constitutes the issue of a widely-understood quality of life. In reference to borderline areas of the psychology of health, next to traditional points with such sciences as medicine, sociology and pedagogy, the article points to the need of paying attention to formal-organizational and economic contexts of health behaviours and medical care and, thus, relations of the psychology of health with the issue of public health on the one hand, and, the psychology of organization and management, as well as economic psychology on the other. What was considered to be particularly important in the latter case was paying attention to consumer behaviours having clear healthy references because of a progressive commercialization of not only medical services, but also health as such, as well as blur the border between the role of health and beauty standards, and social effectiveness.

KEY WORDS: health psychology, biopsychosocial model, interdisciplinary approach

Wprowadzenie

Psychologia zdrowia to składowa wieloaspektowego systemu wiedzy o człowieku, ze szczególnym uwzględnieniem wiedzy o istocie i wyznacznikach jego zdrowia. Wieloaspektowość tego systemu sugeruje stykanie się i przenikanie różnych kontekstów — teoretycznych i aplikacyjnych, które stanowią cenny wkład w zrozumienie istoty samego zdrowia i zachowań z nim związanych.

Rozważania nad kontekstami i pograniczami psychologii zdrowia warto rozpocząć od roboczego zdefiniowania tych pojęć. Kontekst tworzy zespół odniesień niezbędnych do zrozumienia określonego zjawiska oraz zespół czynników współlistniejących, dookreślających jego obszar i zakres, natomiast pogranicze to obszar na styku sąsiadujących ze sobą przestrzeni (na podstawie: *Słownik języka polskiego PWN*, on-line, [dostęp: 29.04.2009]).

Analizie podlegają zdrowie człowieka oraz jego zachowania związane ze zdrowiem. Konteksty, które są niezbędne dla zrozumienia jego istoty, wywodzą się z ujęć, perspektyw i paradygmatów teoretycznych nie tylko psychologii jako nauki, ale także dziedzin „pogranicznych”. Nie jest to jednak jedyne źródło kontekstów. Nie mniej ważne konteksty wynikają zarówno z obserwacji procesów demograficznych i cywilizacyjnych, powiązanych ze zmianami o charakterze technologicznym i kulturowym we współczesnym świecie, jak i z przeobrażeń dokonujących się w środowisku naturalnym człowieka, np. wywołanych zmianami klimatycznymi.

Realizowanie zadań postawionych „z definicji” przed psychologią zdrowia, takich jak zaangażowanie wiedzy i umiejętności psychologicznych w promocję i utrzymywanie zdrowia, w zapobieganie chorobom i ich leczenie, w rozpoznawanie etiologicznych i diagnostycznych korelatów zdrowia, choroby i zbliżonych dysfunkcji oraz w ulepszanie systemu opieki zdrowotnej i kształtowanie polityki zdrowotnej (por. MATARAZZO, 1980, 1982; za: HESZEN, SĘK, 2008a), wymaga aplikacji zróżnicowanych kontekstów, choćby w postaci określonych ujęć teoretycznych, w świetle których rozpatruje się konkretne zagadnienia.

W psychologii zdrowia niekwestionowaną pozycję mają rozważania ugruntowane w teorii stresu i radzenia sobie. Z jednej strony stres traktowany jest jako istotny czynnik ryzyka w polietiologicznym modelu choroby somatycznej, z drugiej strony chorobę uznaje się za źródło stresu, z którym osoba chora radzi sobie w określony sposób (HESZEN, SĘK, 2008a, 2008b; SHERIDAN, RADMACHER, 1998). Współczesne ujęcia stresu — począwszy od poznawczo-transakcyjnego paradygmatu Richarda Lazarusa, po jego rozwinięcia i uzupełnienie przez wyakcentowanie roli pozytywnego afektu przez Susan Folkman i Judith Tedlie Moskowitz (por. HESZEN, SĘK, 2008a), poprzez

teorię zachowania zasobów Stevana HOBFOLLA (2006) — pozwalają na wyjście poza *stricte* biomedyczne, zobiektywizowane ujęcie zagadnień zdrowia i choroby oraz myślenie o zdrowiu człowieka z uwzględnieniem szeregu czynników o charakterze nie tylko psychologicznym, ale również kulturowym, społecznym i ekonomicznym.

Innym kontekstem teoretycznym, szeroko stosowanym w polskiej psychologii zdrowia, jest spojrzenie na zdrowie z perspektywy salutogenetycznej. Model salutogenetyczny stanowi kontekst wyrazisty, bo oznacza swoisty przewrót w myśleniu o zdrowiu i chorobie w zestawieniu z modelem patogenetycznym. Traktuje on zdrowie — nie chorobę — jako punkt wyjścia (por. HESZEN, SĘK, 2008a; 2008b), choć zakłada swoistą komplementarność podejść. Charakter owej komplementarności określa sprawność procesów dynamicznego równoważenia możliwości i wymagań, warunkowanych oddziaływaniem różnorodnych czynników ryzyka i zasobów odpornościowych, działających na poziomie biologicznym, intrapsychoicznym, interpersonalnym i społecznym (CIERPIAŁKOWSKA, SĘK, 2006).

Myślenie w kategoriach salutogenezy wpasowuje się bardzo dobrze w myślenie o zdrowiu w kategoriach pozytywnych, towarzyszące psychologii zdrowia od momentu jej wyodrębnienia się. Myślenie to legło u podstaw definiowania zdrowia przez WHO (por. HESZEN, SĘK, 2008b). Wpisuje się również w nurt tzw. psychologii pozytywnej, skoncentrowanej na pozytywnych aspektach życia człowieka oraz szukającej uwarunkowań i wyznaczników tego, co w człowieku i jego życiu jest dobre, prorozwojowe (por. SELIGMAN, 2004). Związki między psychologią zdrowia i psychologią pozytywną nie budzą wątpliwości (por. RYFF, SINGER, 2004; TAYLOR, SHERMAN, 2007), także wśród polskich badaczy (por. HESZEN, ŻYCIŃSKA, red., 2008).

W psychologii zdrowia szczególne miejsce przypada badaniom zmierzającym do wyjaśnienia zachowań związanych ze zdrowiem oraz dostarczenia wiedzy i technik, odnoszących się do możliwości kształtowania zachowań pożądanых z punktu widzenia zdrowia i zmiany zachowań szkodliwych. Dla rozwiązywania tego typu problemów empirycznych użytecznych kontekstów teoretycznych dostarcza psychologia społeczna, a szczególnie rozwijane na jej gruncie modele poznawcze (por. HESZEN, SĘK, 2008a; HESZEN-NIEJODEK, 1997; ŁUSZCZYŃSKA, 2004). Inne użyteczne teorie — umiejscowione w nurcie komunikacyjno-perswazyjnym — odnoszą się bezpośrednio do kształtowania i zmiany postaw, społecznego uczenia się i społecznej kontroli zachowania (por. GÓRNIK-DUROSE, 1995).

Obok ujęć teoretycznych, stanowiących wartościowe konteksty dla rozważań odnoszących się do poszczególnych zadań, jakie stoją przed psychologią zdrowia, można wskazać dwa podejścia, mające rangę metakontekstów (lub metaperspektyw) dla rozważań nad zdrowiem. Pierwsze z nich to meta-teoretyczna perspektywa biopsychospołeczna, drugie — aplikacyjny kontekst

kształtowania, utrzymywania i/lub podnoszenia jakości życia człowieka. Na nich skoncentruję swoje dalsze rozważania.

Konteksty

Metakontekst biopsychospołeczny

Podstawowe założenie, tkwiące u podstaw myślenia o zdrowiu w kategoriach biopsychospołecznych, wskazuje na integrację i interakcję procesów biologicznych, psychologicznych i społecznych w odniesieniu do zdrowia i choroby (por. SHERIDAN, RADMACHER, 1998; HESZEN, SĘK, 2008a). Z tego też powodu metakontekst biopsychospołeczny jest idealnym punktem wyjścia dla poszukiwania innych kontekstów i obszarów pogranicznych.

Od ponad 30 lat za oczywiste uznaje się połączenie doświadczeń i zachowań ludzi oraz procesów *stricte* biologicznych w jeden system (SULS, ROTHMAN, 2004). Założenie to ma fundamentalne znaczenie dla promocji i prewencji poprzez kształtowanie zachowań i środowisk korzystnych z punktu widzenia zdrowia. Ciągłe jeszcze jednak — przy rozpoznaniu powiązań psychologicznego poziomu analizy z poziomem fizjologicznym czy biomedycznym — relatywnie mniej uwagi poświęca się związkom poziomu psychologicznego z poziomem analizy uwzględniającym czynniki społeczne (w tym działające w skali makro), organizacyjne, kulturowe, instytucjonalne i ekonomiczne, np. status socjoekonomiczny, odmienność kulturową, rozwój w perspektywie *life-span* (por. SHERIDAN, RADMACHER, 1998; SMITH, ORLEANS, JENKINS, 2004).

Jerry SULS i Alexander ROTHMAN (2004) dokonują wielostronnej analizy modelu biopsychospołecznego i konkludują, iż ma on wciąż duży potencjał rozwojowy. Jednakże rozwój biopsychospołecznego spojrzenia na zagadnienie zdrowia i choroby wymaga — ich zdaniem — spełnienia kilku warunków w odniesieniu zarówno do konceptualizacji zdrowia i zachowań zdrowotnych, jak i do stosowanej metodologii badań.

Po pierwsze, wymaga dalszego przekształcania konceptualnego szkieletu w empiryczny model uwzględniający powiązania pomiędzy subsystemami. Badacze nie powinni dystansować się od złożoności modeli badawczych; modele uproszczone nie są bowiem w stanie dostarczyć wiarygodnych danych. Jak piszą J. SULS i A. ROTHMAN (2004: 122): „[...] istotne jest uchwycenie złożoności kaskadowości procesów, które mają udział w etiologii chorób, prewencji i leczeniu oraz rozwinięcie wielosystemowej, wielopoziomowej i wielozmiennej orientacji [tzw. 3M Vision — multiple system, multile-

vel, multivariate — przyp. M.G.-D.]. [...] Powiązania, jednakże, muszą być dostrzegane nie tylko w obrębie, ale również pomiędzy poziomami analizy i systemami”.

Po drugie, konieczny jest przegląd konstruktów tworzących model teoretyczny i uwzględnienie faktu, iż określone konstrukty mogą pełnić wielorakie role w jego obrębie. Przykładowo, wiek i płeć mogą funkcjonować jako zmienne na różnych poziomach analizy¹. To, co się kryje za tymi konstrukcjami, może mieć związek ze zróżnicowaniem doświadczeń życiowych, odmiennymi stylami radzenia sobie, wynikającymi np. z odmiennych wzorców socjalizacji, z zasobami materialnymi, biologiczną odpornością lub brakiem odporności na określone choroby, ekspozycją na określone czynniki ryzyka, charakterem wsparcia społecznego itp.

Po trzecie, jeśli zrozumienie podstaw i istoty zdrowia wymaga uwzględnienia złożonego systemu współzależności, to potrzebne są bogate dane, pochodzące z różnych poziomów i obszarów, również śledzenie zjawisk w perspektywie czasowej i rozwojowej. Łączy się z tym otwarcie i uwrażliwienie na różnego rodzaju informacje — zarówno na „twarde” dane o charakterze fizjologicznym, medycznym, również ekonomicznym, jak i na dane „miękkie”, czyli psychologiczne dane samoopisowe i dane socjologiczne.

Po czwarte, wiele zagadnień związanych ze zdrowiem wymaga raczej odkrywania niż wyjaśniania. Hipotezy testować można na gruncie silnych teorii, nie zaś w obszarze zjawisk, które kryją w sobie jeszcze wiele zagadek. W psychologii zdrowia nie należy zatem unikać badań o charakterze eksploracyjnym i otworzyć się na rezultaty, które — choć brak im teoretycznego uzasadnienia — mogą stać się wartościowym załącznikiem ważnych ustaleń.

Po piąte, rozwój badań w kontekście biopsychospołecznym wymaga przede wszystkim umiejętności pracy w interdyscyplinarnych zespołach oraz otwartości na dane i idee wywodzące się z innych dziedzin. Warunkiem sukcesu takiego przedsięwzięcia jest myślenie i badania o charakterze inter- lub nawet transdyscyplinarnym² oraz zmierzanie do syntezy wielu zróżnicowanych zmiennych. Z akceptacji podejścia biopsychospołecznego wynika potrzeba rozwoju badawczych zespołów transdyscyplinarnych, które mogą w konsekwencji tworzyć nowe dziedziny wiedzy (jak np. psychoneuro-

¹ Dzieje się tak dlatego, iż są to typowe, niespecyficzne zmienne zagregowane (por. SPENDEL, 2008), a poszczególne składowe konglomeratu, jaki stanowią, mogą odnosić się do różnych systemów i poziomów analizy.

² Badania interdyscyplinarne zakładają współpracę badaczy reprezentujących różne dyscypliny, ale zarazem posługiwanie się przez nich paradygmatami właściwymi dla ich dyscyplin. W badaniach transdyscyplinarnych problemy bada się dzięki wypracowaniu jednego paradygmatu, ogarniającego kilka dyscyplin. Paradygmat taki przekracza ograniczenia poszczególnych dyscyplin, proponuje bowiem szerokie ramy teoretyczne dla dokonywania syntezy wspólnych wątków i rezultatów badań.

immunologia). Szeroko otwarte powinny być również kanały przepływu informacji pomiędzy badaniami podstawowymi a badaniami o charakterze aplikacyjnym. Jak podkreślają autorzy, transdyscyplinarna współpraca jest warunkiem *sine qua non* rozwoju psychologii zdrowia, a model *lone ranger* powinien zdecydowanie odejść do przeszłości. W takiej sytuacji pojawiają się, oczywiście, nowe problemy, takie jak np. umiejętność komunikowania się przedstawicieli różnych dyscyplin nauki i działalności praktycznej, nie mówiąc już o kwestiach dystrybucji środków finansowych.

Po szóste, konieczny jest dobry przepływ informacji pomiędzy badaniami a praktyką. Leczenie, prewencja i promocja w wymiarze praktycznym powinny dostarczać zwrotnych informacji, stymulujących dalsze badania i rozwiązania interwencyjne, tym samym rozwój zarówno teorii, jak i metodologii. Najlepszym testem dla rezultatów badań i ich aplikacji w ramach podejścia biopsychospołecznego są wskaźniki zdrowotne oraz jakość życia jednostek i społeczeństw.

J. Suls i A. Rothman sugerują, iż to właśnie złożony paradygmat biopsychospołeczny jest w stanie skonsolidować w obrębie psychologii zdrowia wiele różnorodnych danych z dziedzin pozornie ze sobą niespokrewnionych. Paradygmat ten jednakże wymaga od psychologów zdrowia ukształtowania i rozwijania specjalnych kompetencji, określonych mianem kompetencji kontekstualnych (YALI, REVENSON, 2004).

Kompetencje kontekstualne

Zarówno badania empiryczne, jak i praktyka w zakresie diagnozy, promocji i prewencji oraz pomocy psychologicznej wymagają uwzględnienia kompetencji, które umożliwiają psychologom efektywne działania w obrębie określonej populacji, ukierunkowane na tę populację, a nie tylko na jednostkę. Chodzi tu o przyjęcie, zaakceptowanie i wykorzystywanie w codziennych działaniach faktu, iż to, co ludzie myślą, czują i robią w związku z własnym zdrowiem, jest silnie zakorzenione w różnorodnych systemach społecznych (rodzina, społeczność lokalna), kulturowych (historia, normy i wartości, przekonania religijne), politycznych i ekonomicznych (systemy opieki zdrowotnej, poziom zamożności gospodarstwa domowego i danej społeczności). Zmiany w tych obszarach dokonują się z dnia na dzień pod wpływem przeobrażeń technologicznych i demograficznych. W konsekwencji pewne rozwiązania odnoszące się do prewencji, promocji i interwencji mogą być nietrafione ze względu na ich rozminięcie się z charakterystycznym dla danej populacji „kontekstem mentalnym”.

Przeobrażenia demograficzne i technologiczne są przykładem zmian, które stanowią istotny kontekst dla psychologii zdrowia i wymagają zaangażo-

wania szczególnych kompetencji. Zmiany te zmuszają bowiem do stawiania nowych pytań i wymagają zdefiniowania na nowo problemów zdrowia, radzenia sobie z chorobą oraz zachowań związanych ze zdrowiem. Zmuszają również do rozważenia problemów odnoszących się nie tylko do trafności teorii i metodologii badań, efektywności interwencji, promocji i prewencji, ale również zagadnień natury moralno-etycznej (por. SMITH, ORLEANS, JENKINS, 2004).

Konteksty przeobrażeń demograficznych i technologicznych wymagają umiejętności dostrzegania niestandardowych problemów i poszukiwania niestandardowych rozwiązań. Kompetencje kontekstualne to również warunek tworzenia sprawnych transdyscyplinarnych zespołów. Ich istotą jest bowiem otwarcie na zróżnicowane dane, ukierunkowanie na umiejętność rozumienia języka nie tylko swojej dyscypliny naukowej i uwrażliwienie na informacje, które nie zawsze mieszczą się w uznawanych i uznanych teoriach.

Zmiany struktury demograficznej

Dokonujące się w świecie zachodnim zmiany demograficzne noszą znamiona „demograficznej bomby”. Wydłuża się życie człowieka — w ostatnim 50-leciu oczekiwana długość życia przyrosła o 20 lat (!). Każdego miesiąca kolejny milion ludzi przekracza 60. rok życia. Największy wzrost liczebności obserwuje się w grupie powyżej 80. roku życia (por. OPALA, 2004). Jednakże radość z już występującego i przewidywanego wydłużenia życia nie może przysłonić ważnego pytania o jego jakość. Z procesem starzenia się związane są określone choroby, szczególnie nowotworowe i zwyrodnieniowe choroby układu nerwowego (choroba Alzheimer), choroby układu pozapiramidowego (choroba Parkinsona), choroby naczyniowe (udary mózgu). Powoduje to wyraziste skutki we wszystkich sferach i systemach — ekonomicznym, medycznym, kulturowym, społecznym i duchowym. Jak podkreśla Grzegorz OPALA (2004), w obliczu tych zmian szczególnej uwagi wymagają problemy opieki nad osobami starszymi i niepełnosprawnymi, również w kontekście zdrowia i jakości życia ich opiekunów. Sprostanie tym wyzwaniom to „rozbrojenie zapalnika bomby”, jednakże prognozy co do możliwości poradzenia sobie z nimi są raczej pesymistyczne, jeśli bierze się pod uwagę wydolność ekonomiczną „siewających” społeczeństw.

Źródło pesymizmu tkwi także w normach i wartościach kulturowych, jednoznacznie promujących wizerunek „pięknych, młodych i bogatych”, wśród których nie ma miejsca dla człowieka starego i/lub chorego. W takim świecie opieka nad osobą w podeszłym wieku stanowi istotną barierę społecznej efektywności.

Natomiast optymizmem napawa tempo rozwoju nauki i technologii medycznych w zakresie diagnostyki i leczenia. Nawet niewielkie opóźnienie początku choroby otępiennej — o zaledwie 6 miesięcy — zmniejsza liczbę chorych o 100 tys. (OPALA, 2004). Odwołując się do modelu biopsychospołecznego, należałoby się zastanawiać, jak tego dokonać, angażując nie tylko potencjał naukowo-badawczy w zakresie medycyny, ale również badania psychospołeczne i działania na poziomie profilaktyki i wczesnej interwencji. Warto tu również zwrócić uwagę na zarysowującą się tendencję w zakresie finansowania badań naukowych w tej dziedzinie, wynikającą z normatywnego lęku przed starością i niepełnosprawnością. Otóż „piękni, młodzi i bogaci”, gdy zauważają u siebie oznaki starzenia lub zapadają na poważne choroby, wówczas przekazują duże fundusze na badania naukowe, które mają przynieść rezultaty, zanim dla nich samych będzie już za późno. Przy okazji korzystają inni. Przykładem może być popularny brytyjski pisarz Terry Pratchett, który stał się twarzą kampanii informacyjnej i fundacji Alzheimer Research Trust — przekazał na badania nad chorobą Alzheimera milion funtów i pojawia się w programach BBC (*Terry Pratchett — Living with Alzheimer*), wyjaśniając ludziom, co to znaczy żyć na co dzień z tą chorobą.

Rozwój technologii

Przykładem technologii, które mają lub mogą mieć niezwykle istotne znaczenie dla różnorodnych działań w zakresie psychologii zdrowia, jest komputeryzacja wraz z rozwojem Internetu, będącego coraz ważniejszym medium komunikacyjnym współczesnego świata. Internet spowodował, że informacje, dotychczas zarezerwowane tylko dla specjalistów, stały się dostępne każdemu (por. FOX, FALLOWS, 2003; SPADARO, 2003; FOX, 2006; Raport Gemius SA, 2005).

Internet może zostać wykorzystany we wszystkich sferach działania psychologów zdrowia — w badaniach i praktyce, profilaktyce, promocji i interwencji na różnych poziomach (por. SAAB et al., 2004). Umożliwia on bowiem:

- łatwy dostęp do informacji (te jednakże trzeba umieć ocenić i zweryfikować);
- łatwy dostęp do specjalistycznych porad (skutkujący nową jakością relacji lekarz — pacjent);
- bieżące monitorowanie stanu fizycznego, szybką diagnozę i interwencję w sytuacjach jej wymagających (np. w przypadku problemów kardiologicznych);
- funkcjonowanie rozbudowanych grup wsparcia dla osób cierpiących na określone choroby;

- docieranie do szerokich grup odbiorców z programami profilaktycznymi i programami promocji zdrowia;
- gromadzenie danych o różnych aspektach zdrowia jednostek i społeczeństw;
- wymianę naukowo-badawczą.

Oczywiście, zaangażowanie Internetu w obszar zdrowia ma również swoje „ciemne strony”. Chodzi tu przede wszystkim o treść i jakość informacji dostępnych w sieci, również o kwestie związane z ochroną danych osobowych czy kwestie etyczne. Należy przy tym uwzględnić zróżnicowane możliwości w zakresie korzystania z Internetu — ciągle wiele osób nie ma dostępu do sieci albo nie jest zainteresowanych korzystaniem z niej (por. SAAB et al., 2004).

We współczesnym świecie wciąż następuje rozwój technologii już *stricte* medycznych — nieustanny postęp w dziedzinie transplantologii, rozkwit badań genetycznych oraz rozwój badań nad możliwościami, jakie daje wykorzystanie komórek macierzystych. Wszystkie te dziedziny mają — poza aspektami medycznymi i psychologicznymi — istotne uwikłania moralne i ideologiczne, o czym należy pamiętać, podejmując działania również w psychologii zdrowia.

W dziedzinie transplantologii uwagi ze strony psychologów wymagają takie kwestie, jak: procesy podejmowania decyzji o byciu zarówno dawcą, jak i biorcą, ich uwarunkowania i dynamika konsekwencji, jakość życia i dobrostan psychologiczny zarówno dawców, jak i biorców, dynamika i uwarunkowania procesu podejmowania decyzji o wyrażeniu zgody na pobranie organów od zmarłej osoby bliskiej. Patrice G. Saab i jej współpracownicy zwracają w tym kontekście uwagę na konieczność włączenia czynników psychospołecznych do puli wyznaczników podejmowania decyzji o tym, komu przeszczepić organy, których dostępność z natury rzeczy jest ograniczona (SAAB et al., 2004). Natomiast na poziomie „makro” psycholodzy powinni być włączeni w procesy informowania i komunikowania oraz zaangażowani w tworzenie odpowiedniej polityki protransplantacyjnej.

Rozwój badań genetycznych bardzo wyraziście zaznaczył swoją obecność w zdrowotnej codzienności wielu społeczeństw. Obecność ta przejawia się w wykonywaniu testów prenatalnych, sprawdzaniu, czy przyszli rodzice nie mają takiej konfiguracji genów, która mogłaby spowodować kłopoty zdrowotne ich dziecka, oraz w testowaniu własnego genomu pod kątem ryzyka zapadnięcia na pewne choroby, np. choroby nowotworowe lub chorobę Huntingtona (por. LERMAN, CROYLE, TERCYAK, HAMANN, 2002). Paradoksalnie, badania genetyczne wcale nie eliminują ważności czynników psychospołecznych, takich jak styl życia, i nie umniejszają roli psychologów zdrowia. Jak piszą Caryn LERMAN, Robert T. CROYLE, Kenneth P. TERCYAK i Heidi HAMANN (2002), dopiero teraz możliwe jest zrozumienie relacji geny — środowisko,

manifestującej się w złożonej interakcji pomiędzy indywidualnymi genetycznymi predyspozycjami, zachowaniami jednostki i jej środowiskiem. Postępy w dziedzinie genetyki molekularnej — zamiast obniżać znaczenie nauk o zachowaniu — wyakcentowały centralność zachowania zarówno w etiologii chorób, jak i w odniesieniu do możliwości zapobiegania ich wystąpieniu. Rozwój technologii w badaniach genetycznych, czyli coraz lepsze i głębsze poznanie ludzkiego genomu oraz konfiguracji genetycznych odpowiedzialnych za powstawanie określonych chorób, pozwoli na precyzyjne dopasowanie działań prewencyjnych w grupach, w których możliwa jest behawioralna interwencja. Zarazem może jednak postawić szereg osób w sytuacji niekorzystnej nie tylko z psychologicznego, ale również społecznego punktu widzenia (LERMAN, CROYLE, TERCYAK, HAMANN, 2002; SAAB et al., 2004). Z tego właśnie względu konieczny jest wgląd w to, jak dana osoba, jej otoczenie oraz instytucje działające w społeczeństwie wykorzystują informacje pochodzące z badań genetycznych.

Metakontekst aplikacyjny: jakość życia

Drugim metakontekstem, w jakim prowadzone są analizy pod hasłem „psychologia zdrowia”, jest kontekst jakości życia. Pojęcie jakości życia i zdrowia pojawiało się w literaturze od początków naukowego myślenia o zdrowiu (por. HESZEN, SĘK, 2008a; RYFF, SINGER, 2004). Nie jest moim celem definiowanie tutaj jakości życia oraz omawianie podejść i ujęć tegoż wielowymiarowego i wieloaspektowego zjawiska, które trudno ująć w jednoznaczne ramy, tym bardziej że funkcjonuje ono w różnych obszarach nauki, toteż opisywane jest przez bardzo zróżnicowany aparat pojęciowy, właściwy danej dziedzinie wiedzy — w innych kategoriach ujmują jakość życia socjologowie, ekonomiści i politolodzy, w innych przedstawiciele nauk medycznych, w jeszcze innych filozofowie i w końcu psychologowie (por. przegląd ujęć w: RAPLEY, 2003). W bliskiej przestrzeni znaczeniowej do pojęcia jakości życia pojawiają się inne dyskusyjne i wieloznaczne terminy, takie jak „dobrostan” (*well-being*) i „szczęście”, a nawet „zdrowie”, które — według niektórych ujęć (np. Światowej Organizacji Zdrowia) — trudno wyodrębnić jako samodzielne zjawisko względem jakości życia. Relacje pomiędzy jakością życia i zdrowiem nie zostały jednoznacznie ustalone. Niektórzy autorzy skłonni są wprost utożsamiać jakość życia ze zdrowiem czy zdrowie z jakością życia (np. RYFF, SINGER, 2004), inni z kolei widzą zdrowie jako istotny aspekt jakości życia, będącej pojęciem szerszym (HESZEN, SĘK, 2008a). Trudności w ustaleniu tych relacji biorą się przede wszystkim stąd, że zarówno zdrowie, jak i jakość życia można opisywać w kategoriach subiektywnych i obiektywnych. W kategoriach subiektywnych są one silnie ze sobą związane, w kategoriach

obiektywnych zaś odnoszą się do odmiennych zjawisk i problemów: medycznych — w pierwszym przypadku, społeczno-ekonomicznych — w drugim.

W ujęciu Światowej Organizacji Zdrowia jakość życia jednostki rozumieć należy w relacji do postrzegania przez nią jej własnej sytuacji życiowej, odnoszonej do kontekstu kulturowego i systemu wartości, akceptowanego przez społeczeństwo, w którym jednostka żyje, oraz w relacji z jej celami życiowymi, oczekiwaniami i zainteresowaniami. Oceniając jakość życia, należy uwzględnić zdrowie fizyczne i psychiczne jednostki, poziom niezależności od innych, relacje społeczne, osobiste przekonania oraz ich wpływ na środowisko. Jakość życia odnosi się więc do subiektywnych ocen własnego życia, zakorzenionych w kontekście kulturowym i społecznym (na podstawie: RAPPLEY, 2003).

Jak pisze Mark RAPPLEY (2003), jakość życia stanowi punkt odniesienia i siłę napędową dla różnego rodzaju usług, świadczonych przez społeczeństwo na rzecz jednostki, m.in. w zakresie opieki medycznej i promocji zdrowia. To właśnie jakość życia człowieka stanowi podstawowy kontekst aplikacyjny dla badań i działań zarówno medycznych, jak i podejmowanych w ramach psychologii zdrowia (por. KOWALIK, 2007). Jednakże jest to kontekst wyjątkowo trudny do wykorzystania. Dzieje się tak z następujących powodów:

- Pojęcie jakości życia, chociaż jest ugruntowane w czynnikach o charakterze obiektywnym, stanowi fenomen subiektywnie rozpoznawany i odczuwany.
- Definiowanie jakości życia podlega modyfikacjom w czasie i jest funkcją jakości rozwoju, zmienia się z wiekiem, miejscem w cyklu życiowym, charakterem podejmowanych i realizowanych zadań i celów życiowych (por. BAŃKA, 2005).
- Kryteria oceny i kategorie opisu jakości życia są osadzone w społecznie i kulturowo determinowanym systemie norm, wartości i znaczeń, które podlegają nieustannej ewolucji, szczególnie we współczesnym świecie (por. GERGEN, 2009); to, co mogło określać jakość życia pół wieku temu, aktualnie może całkowicie utracić swą wartość (por. BAŃKA, 2005).

Spojrzenie na zdrowie w kontekście jakości życia wiąże się również z trudnościami natury zarówno teoretycznej, jak i metodologicznej. Ciągłe bowiem poszukiwane są teoretyczne modele wyjaśniające mechanizmy wzajemnego oddziaływania pomiędzy zdrowiem a jakością życia (por. RYFF, SINGER, 2004; KOWALIK, 2007), które mogłyby stać się solidną podstawą dociekań empirycznych oraz pozwoliłyby na uporządkowanie i interpretację wyników wielu przeprowadzonych już badań. W psychologii zdrowia istotnym problemem jest określenie i pomiar samej jakości życia związanej ze zdrowiem oraz odniesienie jej do ogólnej jakości życia (por. WRZEŚNIEWSKI, 2006; KOWALIK, 2007).

Próba wyszczególnienia i opisanie kryteriów jakości życia oznacza po-goń za ciągle oddalającym się ideałem, który jest nieustannie definiowany

na nowo w świetle zmian kulturowych i ekonomicznych oraz postępu technologicznego. Konieczne okazuje się zatem uwrażliwienie na te zmiany (por. kompetencje kontekstualne), co pozwoli na dynamiczne dostosowywanie kryteriów i kategorii opisu jakości życia do rzeczywistych potrzeb, oczekiwań, wartości i możliwości współczesnego człowieka.

Pogranicza

Obszary tradycyjnie graniczące z psychologią zdrowia

Psychologia zdrowia to dziedzina pograniczna ze swojej genezy i natury — „transdyscyplinarna”, w najlepszym słowa tego znaczeniu. Jak piszą Irena HESZEN i Helena SEK (2008a: 43): „[...] psychologia zdrowia powstała w wyniku działania różnych czynników. Można je najogólniej podzielić na czynniki wewnątrz psychologii, na styku psychologii z naukami medycznymi i społecznymi oraz czynniki będące wyrazem potrzeb społecznych”. Naturalna jest więc działalność psychologów zdrowia na pograniczu lub we współpracy z:

- psychologami rozwojowymi, społecznymi i środowiskowymi, również z psychologami pracy, nie mówiąc już o czerpaniu z zasobów teoretycznych i metodologicznych psychologicznych badań podstawowych;
- socjologami i pedagogami (w zakresie promocji i profilaktyki);
- przedstawicielami różnych dyscyplin medycznych (w zakresie zapobiegania chorobom i leczenia ich oraz rozpoznawania etiologicznych i diagnostycznych korelatów zdrowia, choroby i zbliżonych dysfunkcji).

Okazuje się jednak, że współpraca z przedstawicielami nauk medycznych, socjologami i pedagogami nie do końca pozwala na zrealizowanie ostatniego zadania sformułowanego przez „ojca psychologii zdrowia”, Josepha MATAZZO (1980, 1982; za: HESZEN, SEK, 2008a), a mianowicie — nie gwarantuje ulepszenia systemu opieki zdrowotnej oraz kształtowania polityki zdrowotnej. Realizacja tegoż zadania wymaga zaangażowania się psychologów w obszar badań i w działalność praktyczną, określaną mianem zdrowia publicznego.

Zdrowie publiczne

Zdrowie publiczne definiuje się jako wielodyscyplinarną dziedzinę badań i praktyki, nastawioną na promowanie zdrowia ludności, zapobieganie chorobom, zmniejszenie wskaźników przedwczesnej umieralności i doskonalenie

nie opieki zdrowotnej. Adresatem działań w obrębie tej dziedziny nie jest pojedynczy człowiek, ale społeczności lokalne, krajowe, regionalne oraz społeczność całego świata, objęta globalnymi programami ochrony i promocji zdrowia WHO (za: HESZEN, SĘK, 2008a). W koncepcji „nowego zdrowia publicznego” kładzie się nacisk na całościowe podejście do ochrony i promocji zdrowia, komplementarne przedsięwzięcia różnych specjalistów, które mają przynieść korzyści zarówno jednostkom, jak i całym społecznościom (por. JUCZYŃSKI, 2006). Specjaliści z zakresu zdrowia publicznego są wyposażeni w wiedzę epidemiologiczną, socjologiczną, ekonomiczną, politologiczną i prawną, niestety, w dużo mniejszym stopniu — w psychologiczną. Zygfried JUCZYŃSKI (2006) oraz I. HESZEN i H. SĘK (2008a) sugerują, że naturalnym obszarem zdrowia publicznego, w którym powinni działać psychologowie, jest promocja zdrowia, zwłaszcza w zakresie kształtowania zachowań, składających się na styl życia, mających istotne znaczenie prozdrowotne.

Drugim obszarem psychologii, który mógłby mieć dużo do zaoferowania badaczom i praktykom w ramach zdrowia publicznego, jest psychologia organizacji³. Chodzi tu o wkład psychologii do opisanego i wyjaśnienia tego, w jaki sposób charakterystyki funkcjonowania specyficznych organizacji, jakimi są placówki służby zdrowia, wiążą się z efektywnością opieki medycznej i leczenia oraz w jaki sposób wpływają na zdrowie i dochodzenie do zdrowia osób powierzonych ich pieczy.

Psychologia organizacji

Jak dotychczas, w psychologii zdrowia przyjmowano, że opieka medyczna ma określoną postać instytucjonalną, jednakże to, jaka jest to postać, nie ma bezpośredniego przełożenia na efektywność leczenia i opieki w ramach tych instytucji, na prowadzenie działań profilaktycznych itp. Znaczenie dla tejsze efektywności mają raczej kompetencje lekarza, jakość relacji lekarz — pacjent oraz czynniki działające na styku kontaktu pacjenta z instytucją (por. HESZEN, SĘK, 2008a). Charakter analiz, zarówno w ramach psychologii zdrowia, jaki i w obszarze zdrowia publicznego, sugerował, że to, jak funkcjo-

³ Świadomie oddzielam tutaj psychologię organizacji od psychologii pracy (por. KOZUSZNIK, 2010). Psychologia pracy jest bowiem obszarem tradycyjnie i naturalnie tworzącym z psychologią zdrowia wspólne pole badawcze. Na tym szeroko zakrojonym pograniczu od wielu lat realizowane są badania odnoszące się do zdrowotnych konsekwencji określonych warunków i rodzajów pracy, zagadnień stresu związanego z pracą i jego skutków zdrowotnych, ponadto takich problemów, jak pracoholizm i wypalenie zawodowe (por. COOPER, CAMPBELL QUICK, SCHABRACQ, eds., 2009; DUDEK, 2007). W ramach psychologii organizacji w niewielkim stopniu — jak dotychczas — koncentrowano się na problematyce zdrowia *per se*.

nuje system opieki zdrowotnej jako całość, co dzieje się wewnątrz jednostek organizacyjnych służby zdrowia, ma duże znaczenie dla nich samych, ale nie dla potencjalnego odbiorcy / beneficjenta ich usług. Również w samej psychologii organizacji, w ramach której badano funkcjonowanie zespołów i systemów pod kątem ich efektywności w bardzo różnych obszarach, głównie jednak w biznesie, do niedawna trudno było znaleźć prace odnoszące się bezpośrednio do efektywności organizacji jednostek opieki medycznej.

W ostatnich latach daje się jednak zauważyć istotny wzrost zainteresowania tymi organizacjami. Przejawem tego jest finansowanie przez Unię Europejską programów badawczych, takich jak projekt *Human System Audit in the Health Care Sector* w ramach programu *Leonardo da Vinci*, zmierzających do diagnozowania stanu „zasobów ludzkich” w jednostkach opieki medycznej i doskonalenia kompetencji w zakresie zarządzania nimi.

To, że placówki ochrony zdrowia i opieki medycznej są niezwykle skomplikowanymi i trudnymi (w opisie i zarządzaniu) obiektami pod względem organizacyjnym, wynika ze splotu czynników, określających ich specyfikę (RAMANUJAM, ROUSSEAU, 2006; por. również KURKOWSKI, 1997), takich jak:

- Misja — wieloaspektowa, wielowymiarowa, często wewnętrznie niespójna i konfliktogenna (diagnoza i terapia, profilaktyka i promocja zdrowia, działanie na rzecz społeczności lokalnej, kształcenie kadr, prowadzenie badań naukowych, niekiedy przynoszenie ekonomicznych profitów, na pewno równoważenie przychodów i wydatków).
- Pracownicy (lekarze, pielęgniarki, personel pomocniczy, pracownicy administracji) — zróżnicowani pod względem zadań i kompetencji, statusu społecznego i statusu w organizacji, wizji funkcjonowania organizacji, w której pracują, i własnej w niej roli, wynikającej z odmiennych źródeł identyfikacji zawodowej, przebiegu kariery i ścieżek edukacyjnych, podstaw wynagradzania (por. GARMAN, LEACH, SPECTOR, 2006), często w konflikcie.
- „Ośrodki kontroli” — państwo i jego agendy (NFZ w Polsce), samorządy, stowarzyszenia reprezentujące poszczególne grupy zawodowe — profesjonalne (np. Izba Lekarska) i związkowe, prywatni ubezpieczyciele, sami pacjenci oraz stowarzyszenia pacjentów i prawnicy ich reprezentujący, ośrodki i osoby prowadzące badania naukowe, w końcu media.
- Zadania — złożone, niejasne, dynamicznie się zmieniające w zależności od rozwoju nauk medycznych, potrzeb społecznych i środowiskowych, zmian demograficznych itp. (zależne od bardzo szeroko rozumianego kontekstu wyznaczanego w dużej mierze przez czynniki niespecyficzne — kulturowe, społeczne, ekonomiczne, technologiczne).

Taka sytuacja powoduje, że pojawiające się problemy organizacyjne są trudne do rozwiązania, nieefektywna jest bowiem współpraca między poszczególnymi częściami hierarchii i systemu organizacyjnego. Organizacje

działające w sektorze opieki medycznej nie są organizacjami uczącymi się, z powodu ich awersji do przyznania się do błędu, rozmytej odpowiedzialności i nadmiernego zhierarchizowania, nieefektywnej komunikacji, nieumiejętności pracy w zespole, niechęci do myślenia w kategoriach organizacyjnych z powodu trudności ze zidentyfikowaniem się z organizacją, która jest spostrzegana jako nieprzyjazna pracownikowi (RAMANUJAM, ROUSSEAU, 2006; GARMAN, LEACH, SPECTOR, 2006). Psychologowie organizacji są w stanie zaproponować pewne rozwiązania poprawiające sytuację, jak np. kształtowanie umiejętności pracy w zespole, podnoszenie kompetencji komunikacyjnych i menadżerskich, wprowadzanie systemów zwrotnego informowania i ulepszenia, stymulowania zaangażowania. Jednakże działania na poziomie zmian organizacyjnych poprzez oddziaływania psychologiczne nie będą efektywne bez równoczesnej ingerencji w inne wyznaczniki funkcjonowania systemu, które są bardziej w gestii specjalistów w zakresie zdrowia publicznego niż samych psychologów.

Tymczasem to, jak funkcjonuje organizacja w systemie opieki medycznej, ma swoje bezpośrednie skutki w odniesieniu do efektywności leczenia, którego jednym ze wskaźników może być wskaźnik umieralności. Michael A. West wraz ze współpracownikami (WEST et al., 2006) przeprowadził badania, które pokazały, iż jakość zarządzania zasobami ludzkimi (HRM) w brytyjskich szpitalach (czynnik „miękki”) ma bezpośredni związek z „twardymi” wskaźnikami umieralności. Współczynnik korelacji pomiędzy wskaźnikiem umieralności a wskaźnikiem jakości HRM wyniósł $-0,45$ ($p < 0,001$). W analizach regresji uwzględniających inne zmienne okazywał się najważniejszą zmienną wyjaśniającą.

Podany przykład pokazuje, że efektywność organizacji może być jednym z istotnych czynników oddziałujących na zdrowie i dochodzenie do zdrowia osób korzystających ze szpitali. Stanowi to dodatkowy element, wymagający uwagi, w złożonym modelu biopsychospołecznym, który stał się punktem wyjścia niniejszych rozważań. Jakość zarządzania zasobami ludzkimi w placówkach ochrony zdrowia stanowi również jeden z czynników kontekstowych podejmowania i realizacji zachowań zdrowotnych (np. badań profilaktycznych) oraz radzenia sobie z chorobą poprzez efektywne wsparcie instytucji i osób w tej instytucji pracujących.

Zwrócenie uwagi na aspekty organizacyjne funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej ma jeszcze inne konsekwencje dla psychologii zdrowia. Oprócz zmagania z chorobą i walki o własne zdrowie pacjent musi bowiem radzić sobie również z machiną organizacyjną, za którą często kryją się problemy natury ekonomicznej i/lub prawnej (por. SHERIDAN, RADMACHER, 1998). Kolejne reformy służby zdrowia zakładały, iż w systemie opieki medycznej pacjent ma szansę uzyskać status „konsumenta”, czyli podmiotu, który może (współ)podejmować decyzje odnoszące się do wyboru miejsca, ośrodka

i sposobu leczenia. Takiego statusu pacjent *de facto* nie osiągnął, ale zwrócenie uwagi na ten problem otwiera dodatkowy kontekst — ekonomiczny tym razem, a także strefę pograniczną dla rozważań w ramach psychologii zdrowia, jaką stanowi psychologia ekonomiczna.

Psychologia ekonomiczna — „konsumowanie” zdrowia

Psychologia ekonomiczna to dział psychologii zajmujący się zachowaniami człowieka polegającymi na gospodarowaniu ograniczonymi zasobami (czas, wysiłek i pieniądze) w celu zdobycia innych cenionych zasobów, które również są ograniczone (np. dobra materialne i usługi, ostatnio — doświadczenia). Zajmuje się ona zatem — upraszczając — tą sferą relacji człowieka ze światem, w którą zaangażowane są zasoby mające wartość ekonomiczną (np. pieniądze) i gdzie muszą być podejmowane decyzje o tym, jak zaspokoić konkurencyjne potrzeby i zrealizować nieraz sprzeczne cele. Tam, gdzie jest wybór, problem ma charakter ekonomiczny.

To, że pieniądze są obecne w relacjach człowieka z własnym zdrowiem i systemem opieki zdrowotnej, wiadomo nie od dziś. Modele zdrowia i zachowań zdrowotnych uwzględniają ten fakt albo bezpośrednio, albo ukrywając go za innymi konstruktami (np. status socjoekonomiczny albo enigmatyczne czynniki ekonomiczne). Z różną jednak siłą fakt ten dociera do poszczególnych podmiotów funkcjonujących we wspomnianym systemie. Pieniądze w systemie opieki medycznej mogą być dystrybuowane poprzez instytucje (państwo, NFZ) albo bezpośrednio przez osobę zainteresowaną, która podejmuje określone zachowania związane ze zdrowiem, wymagające zaangażowania finansowego. Coraz częściej coraz więcej tego typu zachowań wymaga takiego właśnie zaangażowania (por. KURKOWSKI, 1997). W pierwszym przypadku osoba zainteresowana ma niewielkie szanse, aby być „konsumentem” w pełnym tegoż słowa znaczeniu, w drugim — rzeczywiście jest „konsumentem”.

Najistotniejsze w rozumieniu zachowań „konsumenta” jest to, że podejmuje on decyzje, na co przeznaczyć swoje pieniądze, i ma (względna) swobodę wyboru opcji. „Konsument” staje się celem zmasowanych oddziaływań marketingowych, mających spowodować, aby wybrał właśnie opcję proponowaną przez danego marketera. W takiej sytuacji, szczególnie w odniesieniu do zachowań zdrowotnych, mamy do czynienia już nie tyle z promocją zdrowia, ile z marketingiem zdrowia (a nierzadko również z marketingiem choroby — w sytuacji, gdy producent chce wprowadzić na rynek nowy lek, który nie ma dostatecznego „uzasadnienia epidemiologicznego”, np. wywoływanie lęku przed kleszczami i boreliozą lub „świńską” grypą), nie zawsze przynoszącym korzyść „konsumentom”, ale zawsze gwarantującym profity materialne marketerom i zleceniodawcom (por. EVANS, McCORMACK, 2008).

Wejście systemu opieki medycznej w system rynkowy ma daleko idące konsekwencje w odniesieniu do różnych aspektów funkcjonowania zarówno jednostki, której zdrowie znajduje się w centrum zainteresowania, jak i osób pracujących w systemie opieki medycznej. Oddziałuje na relację lekarz — pacjent, która coraz częściej zamienia się w relację klient / „konsument” — usługodawca. W takiej sytuacji pojawia się dodatkowy „uczestnik” tej relacji, a mianowicie pieniądze, jakie ma do dyspozycji lekarz w systemie opieki medycznej — z jednej strony, a z drugiej — jakie pacjent / „konsument” ma wydać na określone świadczenia medyczne. Włączenie pieniędzy w relację, która tradycyjnie opierała się raczej na „kontrakcie psychologicznym”, formalizuje ją i komercjalizuje. Powoduje — oprócz efektów psychologicznych (negatywnych) i ekonomicznych (nierzadko pozytywnych) — istotne uwikłania etyczne, kiedy wartości tradycyjnie „etosowe”, które powinny dochodzić do głosu w tej relacji (zaufanie, dobro pacjenta), zostają zastąpione (w najlepszym razie — uzupełnione) partykularnymi potrzebami systemu, takimi jak zysk, przetrwanie instytucji, dobro korporacji, stan kont bankowych pracowników „służby” zdrowia (por. KURKOWSKI, 1997; TANASIEWICZ, BEDNARSKI, MATEUSIAK, 2007).

Pacjent, wchodząc w rolę „konsumenta” usług medycznych, również „płaci i wymaga”, choć nie zawsze jest w stanie prawidłowo „wycenić” usługę z powodu braku wiedzy zarówno o procedurach, jak i możliwych efektach zabiegów terapeutycznych. Choć kategoria ceny nie jest najbardziej dostępna i przywoływana przez pacjentów, kwestie zapłaty za usługi mogą stać się istotnym czynnikiem wpływającym na relację pacjent — lekarz, a w konsekwencji na satysfakcję z leczenia (por. TANASIEWICZ i in., 2007).

Przykładem obszaru, w którym pieniądze odgrywają szczególnie istotną rolę w relacji lekarz — pacjent, jest stomatologia, tym bardziej że w tym przypadku oprócz „kupowania zdrowia” mamy do czynienia z „kupowaniem urody”, co nierzadko może wchodzić ze sobą w konflikt, zwłaszcza jeśli pacjent ma ograniczone możliwości finansowe (por. TANASIEWICZ, BEDNARSKI, MATEUSIAK, 2007). Standardy urody wymagają zębów prostych, równych i olśniewająco białych. Często standardy te wypierają z oczekiwań pacjentów standard zębów zdrowych.

Socjolog Viviana ZELIZER (1997), zastanawiając się nad znaczeniem pieniędzy w życiu jednostek i społeczeństw, zwracała uwagę na fakt zawłaszczania poprzez relacje o charakterze ekonomicznym obszarów do niedawna zarezerwowanych dla wartości niematerialnych. Nastąpiło wyraźne przesunięcie w kierunku komercjalizacji (i komodyzacji) sfer, w których — do tej pory — człowiek rozwiązywał swoje problemy za darmo. Ta komercjalizacja i komodyzacja dotarła także do zachowań związanych ze zdrowiem (KURKOWSKI, 1997). Kilka rodzajów zachowań zdrowotnych, wymienianych w podręczniku I. HESZEN i H. SĘK (2008a), takich jak zdrowe odżywianie,

kontrola wagi ciała, aktywność fizyczna, wypoczynek i relaks, zostało już dawno „zagospodarowanych” przez biznes, który znalazł w nich potencjalne źródło dużych dochodów, zwłaszcza w nurcie „nowej ekonomii”, określanej mianem „ekonomii doświadczenia” (por. GÓRNIK-DUROSE, 2010). Reklamy określają to, co jest zdrowe, efektywne w pozbywaniu się zbędnych kilogramów, także to, co pozwala na prawdziwy relaks i pełny wypoczynek, często wykorzystując do tego celu obietnice niezwykłych doświadczeń.

Najbardziej wyrazistymi przykładami są tu „konsumpcja” leków, zwłaszcza tzw. OTC (*over the counter*), w tym różnorodnych suplementów diety, oraz reklamowanie produktów spożywczych jako „zdrowych” (np. batonik zamiast śniadania dla dzieci; różnego typu jogurty). Spojrzenie na zjawisko z takiej perspektywy skłania do zadania pytania: Czy mamy do czynienia rzeczywiście z zachowaniami prozdrowotnymi, czy już zdecydowanie antyzdrowotnymi?

Według „Diagnozy Społecznej 2009” średnia suma wydawana na leki przez Polaków w ciągu 3 miesięcy wyniosła 355,13 zł (CZAPIŃSKI, PANEK, red., 2009). Nie wiadomo, jaki jest w tej sumie udział leków zakupionych na receptę i bez recepty. Polska jest na piątym miejscu w Europie pod względem spożycia leków sprzedawanych bez recepty. Szczególnie intensywnie spożywane są środki przeciwbólowe. Polacy zajmują pod względem trzecie miejsce w świecie, lokując się zaraz za Amerykanami i Francuzami. Tylko na Ibuprofen wydajemy około 70 mln zł rocznie (MIĄCZYŃSKI, 2007).

Wiele wskazuje na to, że przy kupowaniu leków obowiązują podobne zasady, jak w przypadku kupowania innych nietrwałych dóbr konsumpcyjnych. Leki są niezwykle intensywnie reklamowane, zgodnie ze wszelkimi regułami reklamy komercyjnej. Często bywają kupowane bezrefleksyjnie, a nawet impulsywnie. Leki stały się takim samym towarem jak mleko i czekolada, wrzucanym do koszyka w supermarkecie. Ludzie kupują też więcej leków przy okazji zakupów w centrach handlowych na „konsumenckim rauszu” (KOZUSZNIK, 2007).

Warto w tym miejscu uwzględnić dane i ton raportu *Rynek suplementów diety w Polsce 2009. Prognozy rozwoju 2009—2011*, sporządzonego przez PMR Publications w marcu 2009 roku. W raporcie czytamy: „W 2008 r. wartość rynku suplementów diety w Polsce przekroczyła 1,7 mld zł, co oznacza, że wzrosła ona o 24% w stosunku do roku 2007. [...] Prognozujemy, że rynek suplementów diety wciąż będzie się jednak rozwijał w tempie 12—15% rocznie, znacznie szybciej niż segment leków Rx czy nawet leków OTC”. W dalszej części raportu zaznaczono, że suplementy diety traktowane są jako dobra luksusowe. Prognozowano, że — ze względu na starzenie się społeczeństwa — należy spodziewać się kontynuacji trendów, wzrostu zainteresowania samoleczeniem, zdrowym stylem życia i zdrowym wyglądem zewnętrznym, produktami pochodzenia naturalnego i ziołowego. Według autorów raportu

najbardziej dynamiczny wzrost odnosić się będzie do produktów zawierających kwasy omega-3 i omega-6, a zwłaszcza preparatów z tej grupy wpływających na serce i układ krążenia, ponieważ zaburzenia lipidowe, które są najbardziej rozpowszechnionym czynnikiem ryzyka chorób serca, stwierdzono u prawie 70% dorosłych Polaków, a Polacy niechętnie akceptują wprowadzanie rzeczywistych restrykcji w swoim sposobie żywienia. Niedobory żywieniowe wolą zaspokoić sztuczną suplementacją.

W świetle takich danych psychologowie zdrowia powinni poważnie zająć się problemem komercjalizacji zachowań związanych ze zdrowiem, przyjrzeć się, na ile „konsumpcja zdrowia” ma charakter prozdrowotny. Warto się również zastanowić, czy edukacja zdrowotna, promocja zdrowia i profilaktyka nie powinny zawierać działań, które W. Douglas EVANS i Lauren McCORMACK (2008) określili mianem kontrmarketingu. Kontrmarketing skutecznie stosowany jest w przypadku marketingu papierosów i alkoholu, bezpośredniego marketingu leków, którego celem stają się lekarze przepisujący te leki, również w przypadku testów PSA, zalecanych przy podejrzeniu problemów z prostatą. Oczywiście, są sytuacje, kiedy marketing produktów i usług równocześnie promuje działania prozdrowotne, ale nie zawsze. Działania kontrmarketingowe — jeśli w ogóle są podejmowane — mają zwykle dość znaczny „kaliber” (zazwyczaj jest to zakaz reklamowania). Nie zwraca się uwagi na mniejsze komercyjne przekazy reklamowe, które mogą mieć bardzo dużą moc oddziaływania. Reklama jest jednym z najbardziej znaczących czynników socjalizacyjnych we współczesnym świecie. Określa wzorce zachowań, standardy urody, a często również zdrowia. Nie wolno zatem bagatelizować jej oddziaływań w odniesieniu do zdrowia i zachowań zdrowotnych.

Niejednokrotnie na styku biznesu i zdrowia występują niepokojące zjawiska, które dobrze są widoczne, jeśli spojrzymy na nie pod kątem relacji między obiektywną i podmiotową („naiwną”) definicją zachowań zdrowotnych (PUCHALSKI, 2008). Przekazy reklamowe mogą promować jako prozdrowotne zachowania, które rzeczywiście sprzyjają zdrowiu w świetle wiedzy naukowej (np. produkty na bazie kwasów omega), są dla zdrowia obojętne (np. codzienne picie jogurtu) albo szkodliwe (np. dawanie dziecku czekoladowego batonika zamiast śniadania lub połykanie tabletek łagodzących objawy grypowe bez zwalniania tempa życia i pracy).

Obszar na styku psychologii zdrowia i psychologii ekonomicznej, do tej pory w polskiej psychologii zupełnie niezagospodarowany, powinien stać się istotnym pograniczem, wskazuje bowiem na problemy o dużym znaczeniu dla zdrowia i dostarcza dodatkowego kontekstu teoretycznego do analizy zachowań zdrowotnych — modelu zachowań konsumenckich, w którego kategoriach można rozpatrywać zachowania ukierunkowane na „kupowanie zdrowia”. Psychologia ekonomiczna podpowiada również możliwość zastosowania stosunkowo skutecznych metod oddziaływania typu marketingowego,

a zwłaszcza kontrmarketingowego. Mogą one jednak budzić u psychologów zdrowia zastrzeżenia natury etycznej, których — trzeba przyznać — z reguły nie wywołują u psychologów pracujących na rzecz biznesu (por. GÓRNIK-DUROSE, 2008).

Konkluzja końcowa

Kluczem do wyodrębnienia bogatszych kontekstów oraz do śmielszego poruszania się w obszarach pogranicznych psychologii zdrowia jest akceptacja modelu biopsychospołecznego, ze wszystkimi jego wyzwaniem i metodologicznymi. Tymczasem model ten, jak piszą I. HESZEN i H. SĘK (2008a), nie jest nazbyt popularny wśród psychologów.

Autorzy zachodnich prac, na które powołuję się w niniejszym tekście, na różne sposoby odminiają dwa terminy w odniesieniu do przyszłości i wyzwań stojących przed psychologią zdrowia — „interdyscyplinarność” / „transdyscyplinarność” oraz „współpraca”; pojęcia te są np. obecne w większości artykułów odnoszących się do perspektyw rozwoju psychologii zdrowia zamieszczonych w *Health Psychology* (vol. 23, 2004). Wydaje się, że psychologia zdrowia jest na tę „transdyscyplinarność” i „kolaboratywność” skazana oraz do nich „genetycznie” predysponowana. Nie sposób bowiem rozwijać dyscypliny, która ma bardzo silne ukierunkowanie aplikacyjne, w oderwaniu od innych dyscyplin operujących w tym samym obszarze — obszarze zdrowia. Oczywiście, perspektywa „inter” i „trans” oraz perspektywa współpracy wymaga również otwarcia i niemałych kompetencji kontekstualnych ze strony potencjalnych partnerów psychologów zdrowia.

Warto podkreślić, że ta transdyscyplinarność i kolaboratywność wcale nie naraża na rozmycie samej specyfiki psychologii zdrowia. Psychologia zdrowia jest bowiem ze swej natury działem psychologii, co samo w sobie definiuje jej metaprzecinek, zaplecze teoretyczne i aparat metodologiczny.

Bibliografia

- BAŃKA A., 2005: Jakość życia a jakość rozwoju. Społeczny kontekst płci, aktywności i rodziny. W: BAŃKA A., red.: *Psychologia jakości życia*. Poznań: Stowarzyszenie Psychologia i Architektura.
- CIERPIAŁKOWSKA L., SĘK H., 2006: Zdrowie i zaburzenia z perspektywy rozwojowej i procesualnej. Próba integracji podejścia salutogenetycznego i patogenetycznego. W: PASIKOWSKI T.,

- SĘK H., red.: *Psychologia zdrowia: teoria, metodologia, empiria*. Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe, s. 21—40.
- COOPER C. L., CAMPBELL QUICK J., SCHABRACQ M.J., eds., 2009: *International Handbook of Work and Health Psychology*. Third Edition. Blackwell Publishing.
- CZAPIŃSKI J., PANEK T., red., 2009: *Diagnoza społeczna. Warunki i jakość życia Polaków*. <http://www.diagnoza.com> [dostęp: 17.11.2009].
- DUDEK B., 2007: Stres związany z pracą: teoretyczne i metodologiczne podstawy badań zależności między zdrowiem a stresem zawodowym. W: GÓRNIK-DUROSE M., KOZUSZNIK B., red.: *Perspektywy psychologii pracy*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, s. 220—244.
- DUDEK B., WASZKOWSKA M., MERECZ D., HANKE W., 2004: *Ochrona zdrowia pracowników przed skutkami stresu zawodowego*. Łódź: IMP.
- EVANS W.D., MCCORMACK L., 2008: Applying Social Marketing in Health Care: Communicating Evidence to Change Consumer Behavior. *Medical Decision Making*, 28. <http://mdm.sagepub.com/cgi/content/abstract/28/5/781> [dostęp: 8.05.2009].
- FOX S., 2006: Online health search 2006. Washington, DC: The Pew Internet & American Life Project. http://www.pewinternet.org/pdfs/PIP_Online_Health_2006.pdf [dostęp: 8.05.2009].
- FOX S., FALLOWS D., 2003: *Internet health resources*. http://www.pewinternet.org/pdfs/PIP_Health_Report_July_2003.pdf [dostęp: 8.05.2009].
- GARMAN A.N., LEACH D.C. SPECTOR N., 2006: Worldviews in collision: conflict and collaboration across professional lines. *Journal of Organizational Behaviour*, 27, s. 829—849.
- GERGEN K.J., 2009: *Nasycone Ja*. Warszawa: PWN.
- GÓRNIK-DUROSE M., 1995: Przydatność modeli wpływu społecznego dla promocji zdrowia. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*, 5—6, s. 22—39.
- GÓRNIK-DUROSE M., 2008: Sługa dwóch panów, czyli komu i do czego potrzebna jest psychologia w biznesie. *Czasopismo Psychologiczne*, (14), 1, s. 19—28.
- GÓRNIK-DUROSE M., 2010: Kupowanie rzeczy, kupowanie doświadczeń — nowe zjawiska w zachowaniach konsumenckich. W: GOSZCZYŃSKA M., GÓRNIK-DUROSE M., red.: *Psychologiczne uwarunkowania zachowań ekonomicznych. Przedsiębiorczość — Pieniądze — Konsumpcja*. Warszawa: Difin.
- HESZEN-NIEJODEK I. 1997. Psychologiczne modele teoretyczne leżące u podstaw promocji zdrowia. W: RATAJCZAK Z., HESZEN-NIEJODEK I., red.: *Promocja zdrowia. Psychologiczne podstawy wdrożeń*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- HESZEN I., SĘK H., 2008a: *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- HESZEN I., SĘK H., 2008b: Zdrowie i stres. W: STRELAU J., DOLIŃSKI D., red.: *Psychologia. Podręcznik akademicki*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- HESZEN I., ŻYCIŃSKA J., red., 2008: *Psychologia zdrowia. W poszukiwaniu pozytywnych inspiracji*. Warszawa: Wydawnictwo Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej „Academica”.
- HOFBOLL S.E., 2006: *Stres, kultura i społeczność. Psychologia i filozofia stresu*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- JUCZYŃSKI Z., 2006: Psychologia wobec nowych problemów zdrowia publicznego w zmieniającej się Europie i Polsce. W: PASIKOWSKI T., SĘK H., red.: *Psychologia zdrowia: teoria, metodologia, empiria*. Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe, s. 9—19.
- KOWALIK S., 2007: Jakość życia związana ze zdrowiem. W: KOWALIK S., red.: *Społeczne konteksty jakości życia*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uczelniane WSG w Bydgoszczy.
- KOZUSZNIK B., 2010: *Zachowanie człowieka w organizacji*. Warszawa: PWE.

- KOZUSZNIK M., 2007: *Między impulsem a kompulsją. Wyznaczniki zachowania konsumentów leków*. [Niepublikowana praca magisterska. Katowice: Międzywydziałowe Indywidualne Studia Humanistyczne, Uniwersytet Śląski].
- KURKOWSKI J.L., 1997: *Człowiek i medycyna. Pieniądze albo życie*. Katowice: Śląska Akademia Medyczna.
- LERMAN C., CROYLE R.T., TERCYAK K. P., HAMANN H., 2002: Genetic testing: Psychological aspects and implications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, s. 784—797.
- ŁUSZCZYŃSKA A., 2004: *Zmiana zachowań zdrowotnych. Dlaczego dobre chęci nie wystarczą?* Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- MIĄCZYŃSKI P., 2007: *Polacy wydają miliardy na leki*. <http://hyperreal.info/nicze/> [dostęp: 20.04.2007].
- OPALA G., 2004: Prognozy demograficzne — sukces czy katastrofa. W: POPIOLEK K., red.: *Kryzysy, katastrofy, kataklizmy. Zjawiska współczesnej cywilizacji*. Poznań: Stowarzyszenie Psychologia i Architektura.
- PUCHALSKI K., 2008: Uwarunkowania aktywności zdrowotnej w kontekście promocji zdrowia — szkic socjologicznego modelu. W: HESZEN I., ŻYCIŃSKA J., red.: *Psychologia zdrowia. W poszukiwaniu pozytywnych inspiracji*. Warszawa: Wydawnictwo Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej „Academica”.
- RAMANUJAM R., ROUSSEAU D.M., 2006: The challenges are organizational not just clinical. *Journal of Organizational Behavior*, 27, s. 811—827.
- RAPLEY M., 2003: *Quality of Life Research — critical introduction*. London: SAGE Publications.
- Raport Gemius SA, 2005. *Internet jako medium promocji zdrowego stylu życia*. Gemius SA, Warszawa. http://audyt.gemius.pl/zdrowie_1.php [dostęp: 8.05.2009].
- RYFF C.D., SINGER B., 2004: Paradoxy kondycji ludzkiej: dobrostan i zdrowie na drodze ku śmierci. W: CZAPIŃSKI J., red.: *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*. Warszawa: PWN.
- SAAB P.G., MCCALLA J.R., COONS H.L., CHRISTENSEN A.J., KAPLAN R., JOHNSON S.B., ACKERMAN M.D., STEPANSKI E., KRANTZ D.S., MELAMED B., 2004: Technological and medical advances: Implications for health psychology. *Health Psychology*, 23, s. 142—146.
- SELIGMAN M.E.P., 2004: *Psychologia pozytywna*. W: CZAPIŃSKI J., red.: *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*. Warszawa: PWN.
- SHERIDAN CH.L., RADMACHER S.A., 1998: *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
- SMITH T., ORLEANS C.T., JENKINS C.D., 2004: Prevention and Health Promotion: Decades of Progress, New Challenges, and an Emerging Agenda. *Health Psychology*, 23, 2, s. 126—131.
- SPADARO R., 2003: *European Union citizens and sources of information about health*. European Opinion Research Group, Brussels 2003. http://ec.europa.eu/health/ph_information/indicators/pub_indic_data_en.htm [dostęp: 9.11.2006].
- SPENDEL Z., 2008: Niespecyficzne zmienne zagregowane. W: STRELAU J., DOLIŃSKI D., red.: *Psychologia. Podręcznik akademicki*. T. 1. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 197—198.
- SULS J., ROTHMAN A., 2004: Evolution of the Biopsychosocial Model: Prospects and Challenges for Health Psychology. *Health Psychology*, 23, 2, s. 119—125.
- TANASIEWICZ M., BEDNARSKI J., MATEUSIAK J., 2007: Jedna relacja — wiele perspektyw. Wyznaczniki współpracy lekarz dentysta — pacjent. *Magazyn Stomatologiczny*, 7—8, s. 28—31.
- TANASIEWICZ M., GWOZDECKA-WOLNIASZEK E., BEDNARSKI J., SIKORA T., MATEUSIAK J., 2007: Kryteria satysfakcji pacjenta po wizycie w gabinecie dentystycznym. *Stomatologia Współczesna*, 14, 3, s. 38—42.

- TAYLOR S.E., SHERMAN D.K., 2007: Psychologia pozytywna i psychologia zdrowia: owocny związek. W: LINLEY P.A., JOSEPH S., red.: *Psychologia pozytywna w praktyce*. Warszawa: PWN.
- WEST M.A., GUTHRIE J.P., DAWSON J.F., BORRILL C.S., CARTER M., 2006: Reducing patient mortality in hospitals: The role of human resource management. *Journal of Organizational Behaviour*, 27, s. 983—1002.
- WRZEŚNIEWSKI K., 2006: Wybrane zagadnienia teoretyczne i metodologiczne pojęcia jakości życia. W: PASIKOWSKI T., SEK H., red.: *Psychologia zdrowia: teoria, metodologia, empiria*. Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe, s. 62—72.
- YALI A.M., REVENSON T.A., 2004: How Changes in Population Demographics Will Impact Health Psychology: Incorporating a Broader Notion of Cultural Competence Into the Field. *Health Psychology*, 23, 2, s. 147—155.
- ZELIZER V., 1997: *The Social Meaning of Money*. Princeton: Princeton University Press.