

VARIA

NINA OGIŃSKA-BULIK

Instytut Psychologii UŁ

Sprawozdanie z IX Europejskiej Konferencji Psychologii Zdrowia w Bergen – Norwegia

Psychologia zdrowia jest dyscypliną psychologii, która zajmuje się związkiem między zachowaniami ludzkimi a zdrowiem. Jest ona stosunkowo młodą dziedziną. Za jej początek uznaje się utworzenie w 1978 r. sekcji psychologii zdrowia w ramach Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego. Natomiast w roku 1979 ukazał się pierwszy duży podręcznik (Stone, Adler, Cohen 1979), a w roku 1982 – pierwsze czasopismo „Health Psychology”.

W 1986 r. odbyła się pierwsza Europejska Konferencja Psychologii Zdrowia w Tilburgu, w Holandii, która zaowocowała powołaniem Europejskiego Towarzystwa Psychologii Zdrowia (European Health Psychology Society, EHPS). Odtąd corocznie odbywają się międzynarodowe konferencje poświęcone tej problematyce (poprzednia miała miejsce w Alicante, w Hiszpanii). Polska sekcja psychologii zdrowia powstała w 1992 r.

IX Europejska Konferencja Psychologii Zdrowia pod hasłem „Społeczne wymiary zdrowia” (*Social dimensions in health*) odbyła się w dniach 28–30 VIII 1995 r. w Bergen. Bergen to drugie co do wielkości miasto w Norwegii, liczące nieco ponad 200 tys. mieszkańców, malowniczo usytuowane między siedmioma wzgórzami, miejsce wypadu nad słynne norweskie fiordy.

Konferencja zgromadziła 250 delegatów z 27 krajów, również ze Stanów Zjednoczonych i Australii. Uczestniczyła w niej także kilkudziesięcioosobowa grupa z krajów Europy Wschodniej, w tym kilkunastu uczestników z Polski.

Otwarcia Konferencji, która odbywała się w największym w Bergen hotelu Norge, dokonała przewodnicząca Europejskiego Towarzystwa Psycho-

logii Zdrowia – Marie Johnson ze Szkocji. Dalsza część ceremonii otwarcia odbyła się w godzinach wieczornych w Ratuszu Miejskim.

Obrady przebiegały według następującego programu: sesje plenarne, na których referaty wygłaszali zaproszeni goście, sympozja, sesje referatowe (w pięciu równoległych blokach) oraz sesje plakatowe.

W sesjach plenarnych referaty przedstawiali zaproszeni goście. Byli wśród nich prof. Aaron V. Cicourel z Uniwersytetu w Kalifornii, który przedstawił referat pt. *Interakcja poznawczych i kulturowych modeli w opiece zdrowotnej*, prof. Ragnar Fjelland z Uniwersytetu w Bergen, który mówił na temat jakościowego podejścia do psychologii zdrowia, prof. J. Richard Eiser z Uniwersytetu w Exeter, w Anglii, którego tytuł referatu brzmiał: *Poznanie zdrowia i rzeczywistość społeczna*, prof. Tores Theorell z Instytutu Psychofizjologii w Sztokholmie, który przedstawił referat *Model stresu w pracy i problemy zdrowotne*, a także prof. Odol E. Havik z Uniwersytetu w Oslo, który mówił na temat strategii prewencji wtórnej w psychologii zdrowia.

Szczególne zainteresowanie wzbudził prof. David Marks z Uniwersytetu w Middlesex, w Anglii, który wygłosił referat pt. *Krytyczny pogląd na indywidualistyczną psychologię zdrowia*. Autor poruszył w swoim wystąpieniu trzy zagadnienia. Były to:

1. Potrzeba podejścia interdyscyplinarnego w psychologii zdrowia
2. Konieczność uwzględnienia kontekstu socjopolitycznego
3. Potrzeba wyjścia poza podejście indywidualistyczne.

Ad 1. Potrzeba podejścia interdyscyplinarnego w psychologii zdrowia

Autor zwrócił uwagę, że psychologia zdrowia powinna być rozważana w kontekście ogólnych wyznaczników zdrowia. Te wyznaczniki mają strukturę warstwową. W środku ulokowany jest człowiek (charakteryzowany przez wiek, płeć, wyposażenie genetyczne), którego otaczają cztery warstwy wpływów reprezentujących:

- indywidualne czynniki stylu życia,
- wpływy społeczne,
- uwarunkowania życia i pracy,
- ogólne uwarunkowania socjoekonomiczne, kulturowe i środowiskowe.

Psychologia zdrowia, zdaniem Marksa, ma stanowić pomost, płaszczyznę interdyscyplinarną, wiążącą wiedzę społeczną, biologiczną, medyczną z psychologiczną. Zadaniem psychologii zdrowia jest wypracowanie w procesie dialektycznym nowego podejścia interdyscyplinarnego dla psychologii i dyscyplin pokrewnych.

Ad 2. Konieczność uwzględnienia kontekstu socjopolitycznego

Autor zwracał uwagę, że wielu psychologów zajmujących się problematyką zdrowia odwołuje się w swoich badaniach do modelu medycznego. Natomiast psychologowie za mało angażują się w problemy etyczne medycyny, za mało jest badań dotyczących problematyki wartości, badań dotyczących

zdrowia i promocji zdrowia w populacjach nieklinicznych. Psychologowie powinni bardziej angażować się w działalność socjopolityczną, wchodzić w środowiska, gdzie usługi tego typu są celowe i potrzebne. Powinni dążyć do umiejscowienia psychologii zdrowia w szerszym kontekście socjopolitycznym, w społeczności postrzeganej jako całość, a nie w odniesieniu do poszczególnego człowieka jako pacjenta kliniki czy szpitala.

Ad 3. Potrzeba wyjścia poza podejście indywidualistyczne

Według Marksa indywidualizm w psychologii zdrowia jest odbiciem indywidualizmu zawartego w modelu medycznym, według którego choroba jest wynikiem niepowodzenia jednostki w adaptacji. Indywidualizm psychologii zdrowia wyraża się w pojmowaniu choroby jako niepowodzenia jednostki w poradzeniu sobie ze stresem, chorobą czy leczeniem. Jedną z ważnych właściwości indywidualistycznych jest kategoria odpowiedzialności. Jak podkreśla autor, według badań Gallupa z 1986 r. na randomizowanej próbie mieszkańców USA, na pytanie: „Jeśli podejmę właściwe działania, to mogę zachować zdrowie” – 93% odpowiedziało twierdząco. Jednakże badania właściwości jednostkowych w postaci „cech chorobowych” czy czynników ryzyka mogą być szkodliwe dla dobrego samopoczucia, zwłaszcza gdy wysiłki mające na celu wzrost kontroli osobistej nad swoim zdrowiem okazują się nierealne w przypadku braku dostępnych środków wsparcia materialnego, społecznego czy innych okoliczności. Autor zwraca uwagę na tendencję do przesadnego przypisywania znaczenia wpływom zachowań osobistych na zdrowie, co może u niektórych prowadzić do wzrostu skłonności do obwiniania siebie.

W psychologii zdrowia przyjmuje się – i jest to wyraz indywidualizmu – że zdrowie wiąże się z osobowością jednostki, a zachodzi to poprzez zaangażowanie określonych procesów poznawczych, emocji i stylów radzenia sobie. Wypracowano szereg konstruktów pośredniczących, które – jak się uważa – mają wpływ na zachowania zdrowotne czy na stan zdrowia jednostki. Należą do nich: samoskuteczność (*self-efficacy*) – Bandura, odporność (*hardiness*) – Kobasa, Typ A (*Type A*) – Jenkins, poczucie koherencji (*sense of coherence*) – Antonovsky, umiejscowienie poczucia kontroli zdrowia (*health locus of control*) – Wallson, style radzenia sobie (*coping styles*). Badania wyżej wymienionych konstruktów wzbudziły początkowo duże zainteresowanie, później okazało się jednak, że wyjaśniały one niewielki odsetek wariacji całkowitej dotyczącej stanu zdrowia. Prawdą jest – jak podkreśla Marks – że zmienne dotyczące statusu społeczno-ekonomicznego wyjaśniają znacznie większy procent wariacji. Na zakończenie autor akcentuje konieczność podejścia kolektywistycznego, które uwzględni w ujęciu zdrowia jego determinanty strukturalne, kulturowe, społeczne. To podejście wymaga prowadzenia analiz na różnych poziomach, a więc na poziomie rodziny, grupy, społeczności lokalnej, makroregionu, kultury.

Poza sesjami plenarnymi odbywały się sympozja, sesje referatowe i sesje plakatowe. Ogółem przedstawiono 265 doniesień, z tego 60 przypadało na sympozja, 97 na referaty i 108 na plakaty. Sympozja zostały podzielone na 11 grup tematycznych. Dotyczyły one m. in. radzenia sobie z chorobami chronicznymi, zachowań zdrowotnych, zdrowia w wieku podeszłym, percepcji i radzenia sobie z problemami ekologicznymi, zapobiegania wypadkom, problematyce palenia tytoniu oraz zachowań zdrowotnych dzieci.

Sesje referatowe zostały podzielone na 21 grup tematycznych, które dotyczyły m. in. jakości życia, modeli zachowań zdrowotnych, zapobieganiu chorobom, stresu i warunków pracy, rehabilitacji pacjentów po zawale serca, zachowań zdrowotnych, chorób nowotworowych, palenia tytoniu i konsumpcji alkoholu, predyktorów zmian w zachowaniach, psychologicznych skutków chorób.

Sesje plakatowe, z kolei, obejmowały 16 grup tematycznych, m. in. zachowania seksualne, techniki terapeutyczne, interwencję kardiologiczną, środowisko pracy i zdrowie, promocję zdrowia, choroby chroniczne i radzenie sobie z nimi. Sesje plakatowe, trwające codziennie ok. 1,5 godz. zorganizowano w ten sposób, że każdy z autorów w danej grupie tematycznej dokonywał krótkiej prezentacji swojego doniesienia, a następnie odbywała się dyskusja w grupie zainteresowanych osób prowadzona przez wyznaczonego „dyskutanta”.

Uczestnikami IX Europejskiej Konferencji Psychologii Zdrowia byli także pracownicy Katedry Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego, którzy przedstawili następujące doniesienia:

- H. Skłodowski – *Adaptacja zawodowa i labilność organizmu,*
- Z. Juczyński – *Psychospołeczne czynniki ryzyka w rozpoczynaniu palenia tytoniu przez dzieci;*
- N. Ogińska-Bulik – *Promocja zdrowia w szkole: program wspierania rozwoju i zapobiegania paleniu tytoniu wśród dzieci.*

Konferencja stworzyła badaczom i praktykom możliwość wymiany poglądów na temat wpływu społecznych czynników na zdrowie jednostki i wskazała poprzez jakie procesy społeczne można oddziaływać na zdrowie, jakie teorie, strategie i modele mogą okazać się przydatne w tej dziedzinie. Prezentowane prace wskazywały także na rolę psychologii zdrowia w przyszłości. Psychologowie zajmujący się problematyką zdrowia mają wiele do zaoferowania dla systemu edukacyjnego, szczególnie w zakresie promocji zdrowia w szkole i w miejscu pracy. Wydaje się, że szczególnie zagadnienie radzenia sobie ze stresem powinno być przedmiotem troski i szczególnego zainteresowania psychologów zdrowia.

Po konferencji odbyły się 2-dniowe warsztaty poświęcone promocji zdrowia w Norwegii. Następna, X Europejska Konferencja Psychologii Zdrowia, odbędzie się w Dublinie, w Irlandii.