

Maria Piotrowicz, Dorota Cianciara

TEORIA SALUTOGENEZY – NOWE PODEJŚCIE DO ZDROWIA I CHOROBY

SALUTOGENESIS – NEW APPROACH TO HEALTH AND DISEASE

Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego
Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie

STRESZCZENIE

Twórcą teorii salutogenezy jest *A. Antonovsky*. Teoria ta powstała na podłożu wielu nauk związanych ze zdrowiem. W artykule opisano podstawowe założenia teorii, w tym główne czynniki, które determinują zdrowie i chorobę tj. stresory, uogólnione zasoby odpornościowe oraz poczucie koherencji. Przedstawiono zależności pomiędzy jednostką, jej środowiskiem i kulturą. Podkreślono złożoność takich pojęć jak zdrowie i jakość życia człowieka oraz populacji. Zwrócono uwagę na związki salutogenezy z promocją zdrowia.

Słowa kluczowe: *salutogeneza, uogólnione zasoby odpornościowe, poczucie koherencji, uwarunkowania zdrowia, promocja zdrowia*

ABSTRACT

A. Antonovsky is the creator of salutogenesis. The theory was built on the ground of many, different sciences connected with health. The article presents salutogenic assumptions including the main factors that determine health and disease i.e. stressors, generalised resistance resources and sense of coherence. Interactions between individuals, environment and culture were presented. Complexity of individual and population health and quality of life was stressed. Salutogenesis and health promotion links were indicated.

Key words: *salutogenesis, generalised resistance resources, sense of coherence, health determinants, health promotion*

WSTĘP

Badania epidemiologiczne prowadzone przez *Aarona Antonovsky'ego* w Izraelu w latach 80-tych zapoczątkowały rozwój nowego podejścia do zdrowia i choroby – salutogenezy. Badania te dotyczyły stanu zdrowia kobiet w wieku pomenopauzalnym z różnych grup etnicznych zamieszkałych w Izraelu. Część badanych kobiet pochodziła z Europy Środkowej, a wiek ich młodości przypadał na okres II wojny światowej. Spośród pytań zadanych w ankiecie zadano również pytanie o doświadczenia kobiet z okresu wojny tj. pobyt w obozie koncentracyjnym, przesiedlenie. Uwagę badacza zwrócił fakt, iż spośród badanych kobiet, które miały za sobą doświadczenia wojny, stosunkowo duży odsetek (29%) charakteryzował się dobrym stanem zdrowia psychicznego i fizycznego. Pomimo doświadczeń tak ekstremalnego stresu część kobiet powróciła do zdrowia i prowadziła satysfakcjonujące życie. Pytanie badawcze, które wynikało z uzyskanych wyników było następujące: jakie są przyczyny tego, że jedni radzą sobie ze stresem oraz wyzwaniem i pozostają zdrowi, a inni nie? (1).

Proces rozwoju teorii, wraz z jej poszczególnymi elementami, zajął *Antonovsky'emu* wiele lat. Pierwsze

założenia salutogenezy zostały przedstawione w książce zatytułowanej *Health, Stress and Coping* w 1979 r. (2). Następnie *Antonovsky* rozwinął teorię, dodał nowe elementy oraz dodatkowe objaśnienia i opublikował je w 1987 r. w książce *Unravelling the mystery of health. How people manage stress and stay well?* (3). Śmierć twórcy teorii w 1994 r. spowodowała zahamowanie, na pewien czas, dalszych badań nad modelem salutogenezy. Badania te podjęli i kontynuują kolejni badacze (4,5,6). Założenia salutogenezy stanowią podstawę licznych opracowań naukowych, są także stosowane w planowaniu programów i w interwencjach prozdrowotnych (7,8,9,). Obecnie dostępnych jest ponad 500 artykułów (poglądowych oraz prac badawczych), które odnoszą się do salutogenetycznego modelu zdrowia i choroby (10,11).

PODSTAWOWE ZAŁOŻENIA SALUTOGENEZY

Podejście do zdrowia i choroby z perspektywy salutogenezy nie koncentruje się na przyczynach złego stanu zdrowia, choroby lub czynnikach ryzyka. W salutogenezie zasadniczą kwestią jest pytanie o po-

chodzenie zdrowia (*the origin of health*) i czynniki sprzyjające zdrowiu (*salutogenic factors*). Nazwa teorii pochodzi od słów: łac. *salus* - zdrowie, bezpieczeństwo oraz grec. *geneza* – pochodzenie (12). *Antonovsky*, który był socjologiem medycyny zaobserwował, że choroba i zaburzenie zdrowia to zjawiska występujące tak powszechnie w populacji, iż trudno uznać je za „odstępstwa od normy”. Wyszedł z założenia, że choroba i stres są wszechobecne w życiu, a jednak ludzie charakteryzują się różnym stanem zdrowia. Porównywał życie do rwącej rzeki, w której nurcie płyną ludzie unoszeni prądem. Przetrwanie zależy od tego, jak niebezpieczna jest rzeka i jak dobrze umiemy pływać. Nikt nie jest całkowicie bezpieczny, rzeka na różnych odcinkach jest inna, ale każdy musi płynąć. Życie zatem, to ciągła zmiana i konieczność aktywnej adaptacji do nieustannie zmieniającego się środowiska. Salutogeneza odrzuca dychotomiczny podział na zdrowie i chorobę, który zakłada, że stanowią one dwa odmienne i przeciwstawne stany. *Antonovsky* zwraca uwagę, że przyjęcie dychotomicznego podziału ludzi na zdrowych i chorych wynika z głęboko zakorzenionej orientacji patogenetycznej. Zamiast tego wprowadza pojęcie „**kontinuum zdrowie – choroba**”. Na jednym biegunie kontinuum znajduje się *zdrowie idealne*, a na drugim, przeciwstawnym biegunie *choroba śmiertelna, zagrażająca życiu*. Jednak pomiędzy tymi dwoma biegunami rozciąga się szeroka skala możliwości. Miejsce, w którym znajduje się jednostka/społeczność opisuje jej poziom (stan) zdrowia. Rozumienie zdrowa i choroby różni się zatem, zasadniczo od tego przyjętego w paradygmacie patogenetycznym (1,13).

Poziom (stan) zdrowia jest cechą dynamiczną i zmienia się w czasie pod wpływem różnych czynników i okoliczności. Poziom zdrowia to także pojęcie złożone i względne. Złożoność natury ludzkiej (*complexity of human being*) stanowi bardzo istotne założenie salutogenezy. W salutogenezie podkreśla się fizyczny, psychiczny, społeczny i duchowy wymiar zdrowia i choroby oraz ich związek z różnymi uwarunkowaniami. Względność odnosi się zarówno do funkcjonowania we wskazanych wymiarach, jak i do ruchu, jaki nieustannie zachodzi na kontinuum zdrowie-choroba. Człowiek w czasie życia może wielokrotnie zmieniać miejsce na kontinuum, raz przesuwał się w stronę jednego bieguna, a kiedy indziej drugiego. Podobnie, mówiąc o poziomie zdrowia grupy czy społeczności, na przestrzeni czasu i pod wpływem różnych wydarzeń, ulega on ciągłym zmianom.

Zdrowia i choroba stanowią ważny wymiar **jakości życia**. W podejściu salutogenetycznym celem działań na rzecz zdrowia nie jest po prostu pozbycie się choroby, ale umożliwienie dobrego życia. Niezależnie od miejsca, które człowiek/społeczność aktualnie zajmuje na kontinuum ważne jest, aby ruch odbywał się w kierunku

bieguna zdrowia. Zasadnicze pytania, na które próbuje odpowiedzieć salutogeneza to: 1) jakie są przyczyny przesuwania się na kontinuum zdrowie-choroba w kierunku bieguna zdrowia? 2) co uruchamia mechanizmy, które pozwalają na takie przesunięcie? (1,13).

UWARUNKOWANIA ZDROWIA I CHOROBY

Zgodnie z teorią salutogenezy do czynników, które determinują poziom zdrowia należą: 1) **stresory**, 2) **uogólnione zasoby odpornościowe**, 3) **poczucie koherencji**.

Stresory, napięcie i stres. Człowiek rozwija się i funkcjonuje w określonym środowisku, w którym nieustannie podlega oddziaływaniu niezliczonej ilości różnego rodzaju bodźców. Charakter tych bodźców, ich subiektywna ocena oraz radzenie sobie z napięciem, które mogą wywoływać, wpływa na stan zdrowia człowieka.

Salutogeneza nawiązuje bezpośrednio do teorii stresu i radzenia sobie *Lazarusa* i *Folkmana*. Zgodnie z teorią *Lazarusa* i *Folkmana* każdy człowiek poddaje ocenie bodźce, z którymi się spotyka w sposób subiektywny, poznawczo-emocjonalny oraz w taki sam sposób ocenia swoje możliwości poradzenia sobie z nimi. Bodźce ocenione jako nieszkodliwe, pozytywne lub obojętne nie są zaliczane do stresorów. Bodźce ocenione negatywnie są **stresorami**, które prowadzą do pojawienia się stanu napięcia i stresu. Reakcja organizmu na stres polega na dążeniu do przywrócenia stanu równowagi. W ujęciu tym stresor jest czynnikiem negatywnym i patogennym, ponieważ prowadzi do zaburzenia homeostazy (1,14).

Teoria salutogenezy nawiązuje do wyżej opisanej teorii oraz innych koncepcji związanych ze stresem, jednak inaczej interpretuje stresory, homeostazę, napięcie i stres. *Antonovsky* definiuje **stresory**, jako „bodźce, dla których nie ma gotowych, ani zautomatyzowanych reakcji adaptacyjnych i które rodzą stan napięcia”. Stresorem jest każdy element (bodziec), który do systemu wprowadza entropię, napięcie, sprzeczność (1,7). Nie są to, zatem tylko te bodźce, które dana osoba oceni jako szkodliwe/negatywne. Stan napięcia mogą wywołać również bodźce ocenione jako pozytywne/przyjemne lub też ambiwalentne. Stresory są wszechobecne w życiu człowieka, stanowią nieodłączny element bytu. *Antonovsky* bardzo szeroko opisywał pojęcie stresorów. Przedstawił różne klasyfikacje i wyróżnił stresory: psychospołeczne i fizyko-biologiczne, krótkotrwałe (ostre) i długotrwałe (przewlekłe), endogenne (pochodzące z wnętrza organizmu) i egzogenne (pochodzące ze środowiska zewnętrznego). Podziały te nakładają się na siebie. Stresor jest pojęciem o bardzo szerokim znaczeniu. Przykładowo stresorami mogą być: temperatura, uraz fizyczny, wewnętrzne aspiracje, przeprowadzka,

nieoczekiwane spotkanie, brak zasobów. Na poziomie grupy czy społeczności możemy mówić o **stresorach kolektywnych**, czyli takich, z którymi styka się cała społeczność, np. rozwój gospodarczy, przyływ zagranicznego kapitału, konflikty wewnętrzne, epidemia czy katastrofa (1,7).

Zgodnie z jednym z podstawowych założeń salutogenezy „organizm ludzki z natury swej znajduje się w dynamicznym stanie heterostatycznego braku równowagi” (1). Nieustannie bombardowany jest stresorami, na które reaguje i z którymi musi sobie radzić. Aktywna adaptacja do zmieniającego się środowiska zewnętrznego i wewnętrznego (stresorów), która polega na skutecznym radzeniu sobie ze stanem napięcia, jest ważnym czynnikiem wpływającym na nasze zdrowie. *Antonovsky* wprowadza rozróżnienie pomiędzy **stanem napięcia** a stanem stresu. Każdy stresor, jeśli nie został oceniony jako obojętny, wywołuje stan napięcia. Natomiast nie każdy stresor musi powodować stres. To, czy napięcie przerodzi się w stres, zależy od tego, jak skutecznie człowiek poradzi sobie ze stanem napięcia. Radzenie sobie z napięciem należy rozumieć jako kontrolę emocji oraz podejmowanie działań instrumentalnych. Jeżeli uda się skutecznie zredukować napięcie i podjąć odpowiednie działania, stresory nie tylko nie szkodzą, ale pełnią funkcję korzystną i rozwojową, i w ten sposób sprzyjają zdrowiu. Podkreślenia wymaga pozytywne znaczenie stresorów w życiu człowieka, gdyż są one niezbędnym warunkiem rozwoju, poznawania świata, nabywania nowych zasobów, umiejętności. Brak negatywnych stresorów nie jest do tego wystarczający (1,7,11).

Kiedy człowiek nie radzi sobie skutecznie ze stanem napięcia, „gdy energia własna, dostępne zasoby i możliwości nie wystarczają” wtedy pojawia się **stres**, który prowadzi do zaburzenia lub choroby [1,7]. *Antonovsky* przedstawił podział uwzględniający różne rodzaje stresu: katastroficzny, historyczny, interpersonalny, stresujące wydarzenia i sytuacje życiowe, kryzysy rozwojowe oraz tzw. **stres endemiczny**. Szczególny nacisk w teorii został położony właśnie na stres endemiczny, czyli taki, który wynika z kłopotów codziennych tj. przewlekłych, trudnych warunków życia, pracy, braku zasobów (1,7).

Uogólnione zasoby odpornościowe. Termin **uogólnione zasoby odpornościowe (UZO)** (*Generalised Resistance Resources*) oznacza dostępne zasoby, które pozwalają człowiekowi/ społeczności skutecznie radzić sobie ze stresorami i w ten sposób sprzyjają zdrowiu. Są to wszelkie właściwości jednostki(-ek) oraz otoczenia, a także kulturowe cechy społeczeństwa. Zasoby mają charakter zarówno materialny, jak i niematerialny. Właściwości jednostki to przede wszystkim jej cechy biologiczne (np. genetyczne, konstytucjonalne, immunologiczne, biochemiczne), oraz psychologiczne (np. wiedza, inteligencja, postawy), a także cechy osobo-

wości (np. poczucie kontroli, poczucie tożsamości, sprawstwa, samoocena, wyuczone strategie radzenia sobie). Zasoby, które ma do dyspozycji w swoim otoczeniu, to cechy środowiska społecznego, ekonomicznego i fizycznego (np. bliskie osoby, wsparcie społeczne, wpływy, doświadczenia, wykształcenie, pieniądze, majątek). Natomiast cechy społeczeństwa na poziomie makro wyznacza szeroki kontekst krajowy - kulturowy, historyczny, polityczny i społeczno-ekonomiczny (1,7).

Lindström przedstawia klasyfikację UZO na czterech poziomach: indywidualnym, interpersonalnym, zewnętrznym i krajowym (globalnym). Poziom indywidualny odnosi się do wszelkich zasobów, które służą wspieraniu zdrowia indywidualnego we wszystkich jego wymiarach. Zasoby na poziomie interpersonalnym odnoszą się do sfery interakcji międzyludzkich, sprzyjają spójności społecznej i budują kapitał społeczny. Do zasobów na poziomie zewnętrznym zalicza się zasoby ekonomiczne, związane z mieszkalnictwem, edukacją, itd. Poziom krajowy (globalny) odnosi się do makro i socjokulturowych cech społeczeństwa tj. kapitału społecznego, ustawodawstwa krajowego, ustroju politycznego, kapitału kulturowego i kulturowej stabilności, religii, filozofii, tradycji. Zasadnicze znaczenie odgrywa to, w jakim stopniu zasoby globalne przyczyniają się do przestrzegania praw człowieka, równości w politykach krajowych i systemach społecznych (15).

Klasyfikacja UZO w określone grupy (poziomy) służy ich usystematyzowaniu oraz lepszemu zrozumieniu zależności, jakie zachodzą pomiędzy nimi. Przykładowo, zasoby takie jak wiedza czy majątek nie stanowią wyłącznie właściwości jednostki, czy też wyłącznie cechy jej środowiska, ale są wynikiem ich wzajemnych zależności. W ogromnej mierze środowisko determinuje właściwości jednostki - jej opinie, kontakty, dostęp do zasobów, itd. Jednocześnie ludzie wpływają na swoje środowisko i kreują je. Z kolei dostępność zasobów środowiskowych jest uwarunkowana społeczno-kulturowym kontekstem kraju/regionu, np. dostępność żywności, edukacji, zatrudnienia, opieki społecznej, infrastruktury jest inna w krajach skandynawskich niż w krajach Afryki. Kultura determinuje także relacje międzyludzkie oraz zasoby indywidualne.

Poczucie koherencji. W teorii salutogenezy podstawowy czynnik determinujący poziom zdrowia stanowi **poczucie koherencji** (*Sense of Coherence*). Jest to ogólna orientacja człowieka, czyli przekonanie o spójności świata, wyrażająca stopień, w jakim człowiek ma dominujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że: (1) bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego mają charakter ustrukturyzowany, są przewidywalne i wytłumaczalne; (2) dostępne są zasoby, które pozwalają sprostać wymaganiom stawianym przez bodźce; (3) sprostanie tym wymaganiom jest warte zaangażowania

i wysiłku. Na poczucie koherencji składają się więc trzy ww. komponenty, odpowiednio: (1) zrozumiałość, (2) zaradność i (3) sensowność. **Poczucie zrozumiałości (*comprehensibility*)** dotyczy oceny bodźców ze względu na ich powtarzalność, przewidywalność i zrozumienie. Oznacza to, że im lepsza taka ocena, tym mocniejsze poczucie, że wydarzenia można zrozumieć i przewidzieć. Zrozumiałość stanowi poznawczy komponent poczucia koherencji. **Poczucie zaradności (*manageability*)** to przekonanie człowieka, że sobie poradzi w różnych sytuacjach, ponieważ dysponuje odpowiednimi do tego zasobami. Zaradność stanowi instrumentalno-behawioralny komponent poczucia koherencji. **Poczucie sensowności (*meaningfulness*)** określa, w jakim stopniu człowiek jest przekonany, że podejmowane przez niego działania mają sens z emocjonalnego punktu widzenia. Sensowność stanowi komponent emocjonalno-motywacyjny (1,7).

Antonovsky nazwał poczucie koherencji „kluczem do zdrowia”, ponieważ umożliwia rozpoznawanie i wykorzystywanie dostępnych zasobów do określonych wymagań/stresorów, dzięki czemu można skuteczniej radzić sobie ze stresorami i stresem. Dostępność zasobów nie jest wystarczającym czynnikiem sprzyjającym skutecznemu radzeniu sobie. Jeżeli człowiek nie jest w stanie odpowiednio zidentyfikować, a także wykorzystywać zasoby, które ma do swojej dyspozycji, wówczas pozostają one bezużyteczne. Poczucie koherencji wpływa na ocenę zasobów, te zaś kształtują poczucie koherencji w wyniku możliwości doświadczeń, jakie dają człowiekowi. UZO i poszczególne komponenty poczucia koherencji determinują: subiektywną ocenę stresorów oraz proces radzenia sobie z napięciem i/lub stresem (1, 7,11).

Poczucie koherencji rozwija się u człowieka poprzez doświadczenia życiowe, w ciągu całego cyklu życia, jednak przede wszystkim w pierwszej jego dekadzie. Dzieciństwo i dorastanie odgrywa istotną rolę ze względu na znaczenie tego okresu w rozwoju psychospołecznym człowieka. Ponadto, to, z jakim poczuciem koherencji człowiek wkracza w wiek dorosły ma znaczenie dla dalszego kształtowania się poczucia koherencji. Okres młodej dorosłości stanowi szczególnie ważny czas dla człowieka, ze względu na wchodzenie w nowe role społeczne, inny zakres samodzielności i odpowiedzialności za swoje życie. W tym okresie mogą utrwalać się lub odwracać doświadczenia nabyte w dzieciństwie i młodości. Dojrzały sposób patrzenia na świat pojawia się około 30 r. ż., dlatego dopiero u osób dorosłych możemy mówić o ukształtowanym i utrwalonym poczuciu koherencji. Poczucie koherencji u osób dorosłych jest względnie stałe, ale szczególnie u tych osób, które mają silne poczucie koherencji. Badania wykazują, że u osób dorosłych poczucie koherencji wraz z wiekiem ma tendencję wzrostową (1,12,16).

Wymienia się trzy cechy doświadczeń życiowych, które kształtują silne poczucie koherencji. Pierwsza z nich to **zgodność i spójność (*consistency*) doświadczeń** w życiu człowieka. Oznacza to, że jeśli doświadczenia są powtarzalne, nie występują nagle niekorzystne wydarzenia, zachowana jest stabilność życiowa i kulturowa – życie postrzegane jest, jako bardziej spójne, zrozumiałe i przewidywalne. Kolejną cechą sprzyjającą silnemu poczuciu koherencji jest właściwa **równowaga pomiędzy przeciążeniem i niedociążeniem (*overload - underload balance*)** w doświadczeniach. Przeciążenie rozumiane jest jako wymagania stawiane jednostce, które przekraczają jej możliwości radzenia sobie. Niedociążenie oznacza niedobór wyzwań, brak możliwości sprawdzenia się i nabycia nowych doświadczeń i umiejętności. Zarówno nadmierne przeciążenia, jak i niedociążenie nie są korzystne dla wzmacniania poczucia koherencji. Trzecią cechą doświadczeń, które sprzyjają rozwojowi silnego poczucia koherencji jest **uczestniczenie w podejmowaniu decyzji**, które są ważne ze społecznego punktu widzenia (*participation in socially valued decision-making*). Udział w decydowaniu dotyczy zasad wspólnego ustalania zadań, rozwiązywania problemów, ponoszenia odpowiedzialności, itp. Sprzyja to m.in. budowaniu poczucia wartości, autonomii oraz poczucia kontroli, a także braniu odpowiedzialności. Ważny jest udział w sprawach społecznie akceptowanych i cenionych (13,16). Wskazuje się, że charakter tych doświadczeń wpływa na poszczególne komponenty poczucia koherencji. Zgodność i spójność doświadczeń sprzyja silnemu poczuciu zrozumiałości. Równowaga w doświadczeniach wpływa na poczucie zaradności. Uczestniczenie w decyzjach buduje poczucie sensowności (17).

Jakie to ma znaczenie dla praktyki? Czy jesteśmy w stanie intencjonalnie wpływać na kształtowanie poczucia koherencji? Czy można modyfikować poczucie koherencji w różnych okresach i momentach życia? Jak pisze *Antonovsky* nie ma prostej i jednoznacznej odpowiedzi na te pytania, a nasuwające się odpowiedzi mogą nie być satysfakcjonujące. Ukształtowane według określonych doświadczeń poczucie koherencji zmienia się jedynie nieznacznie i/lub chwilowo pod wpływem istotnych, bieżących wydarzeń. Aby nastąpiła jakaś radykalna zmiana, konieczne są równie radykalne zmiany otoczenia instytucjonalnego i społeczno-kulturowego, które dostarczą nowego i trwałego wzorca doświadczeń (1). Okres dzieciństwa i młodości wydaje się być najistotniejszy dla kształtowania poczucia koherencji, dlatego położenie nacisku na w/w cechy doświadczeń w wychowaniu oraz edukacji dzieci i młodzieży, daje największą możliwość kształtowania poczucia koherencji. Jednak *Antonovsky* zwraca uwagę, że dla człowieka, w każdym wieku dostarczanie spójnych, zrównoważonych i aktywnych doświadczeń jest możliwe i koniecz-

ne. Nawet, jeśli oznacza to chwilową i niewielką zmianę w poczuciu koherencji to, dla jakości życia każdego człowieka ma ogromne znaczenie. Przykładowo w odniesieniu do działalności leczniczej podkreśla się, że wzmacnianie zrozumiałości, zaradności i sensowności ma istotne znaczenie dla przebiegu relacji lekarz-pacjent i w tym również jej efektów (1).

W odniesieniu do społeczności możemy mówić o wspólnych doświadczeniach, które wynikają z zasobów, tj. określonej historii, ustroju politycznego, religii, lokalizacji geograficznej, systemu edukacji, aktywności obywatelskiej. Wszystkie te zasoby kształtują doświadczenia społeczności. Przełożenie mechanizmów radzenia sobie z stresorami na poziom globalny jest trudniejsze, ale wydaje się jak najbardziej uzasadnione. To jak zorganizowane jest społeczeństwo, jakimi zasobami dysponuje i jak je wykorzystuje, stanowi wyznacznik dla dokonywania zmian i rozwoju na poziomie społeczności (1,15).

Zagadnienie poczucia koherencji - jego komponentów, dynamiki w ciągu życia, uwarunkowań, właściwości jako cechy grupy/społeczności - jest rozległe i niniejsze opracowanie nie pozwala na wyczerpujący opis wszystkich aspektów oraz prowadzonych badań. Warto jeszcze dodać, że autor dokonuje rozróżnienia między tzw. silnym a słabym poczuciem koherencji oraz porusza kwestie obszarów i granic, w obrębie, których człowiek buduje poczucie koherencji.

Pomiar poczucia koherencji. Narzędziem pomiaru poczucia koherencji jest **kwestionariusz orientacji życiowej** (*Antonovsky's Life Orientation Questionnaire/ Sense of Coherence Scale*). Oryginalna wersja kwestionariusza składa się z 29 pytań (SOC-29). Na jej podstawie została także opracowana skrócona wersja z 13-oma pytaniami (SOC-13). W Polsce stosuje się dwa kwestionariusze: Kwestionariusz Orientacji Życiowej SOC-29 oraz Skalę Poczucia Koherencji dla Młodzieży SOC-13 (1,7). Obecnie na świecie, na bazie pierwotnego kwestionariusza, istnieje kilkanaście różnych wersji z różnymi skalami. Opracowano wersje do pomiaru: poczucia koherencji w rodzinie (*Family Sense of Coherence Scale*), poczucia koherencji w szkole (*Sense of School Coherence Scale*), poczucia koherencji u dzieci (m.in. *Children's Orientation Scale*).

Kwestionariusz pomiaru poczucia koherencji został uznany za rzetelne i mające zastosowanie w różnych kulturach narzędzie pomiaru. Został zastosowany w 33 językach w 32 krajach na różnych kontynentach (w Europie, Azji, Ameryce Płn. i Płd., Afryce) (1,6,11,12). W literaturze przedmiotu występują również badania, które kwestionują rzetelność (*validity*) pierwotnej wersji kwestionariusza (18,19).

ZWIĄZEK POCZUCIA KOHERENCJI ZE ZDROWIEM I JAKOŚCIĄ ŻYCIA

Badania empiryczne w obrębie teorii salutogenezy obejmują kilka zagadnień. Należą do nich: 1) wzajemna relacja poczucia koherencji ze zdrowiem i jakością życia; 2) mechanizmy, poprzez które poczucie koherencji wpływa na stan zdrowia tj. ocena stresorów, wybór strategii radzenia sobie; 3) stabilność i dynamika poczucia koherencji w czasie; 4) wzajemna relacja poczucia koherencji z zasobami i wydarzeniami życiowymi; oraz inne kwestie (7,12,20).

Niniejszy rozdział artykułu poświęcony jest pierwszemu zagadnieniu. Liczne wyniki badań potwierdzają związek poczucia koherencji ze zdrowiem i jakością życia. W badaniach wykazano zależność pomiędzy poczuciem koherencji i różnymi miarami zdrowia, tj. subiektywną oceną ogólnego stanu zdrowia, deklarowanymi pozytywnymi i negatywnymi miernikami stanu zdrowia psychicznego, deklarowanymi zachowaniami zdrowotnymi, deklarowanymi fizycznymi objawami chorób i zaburzeń, ryzykiem zgonu, a także innymi wskaźnikami zdrowia. Siła badanego związku w testach statystycznych zależy od badanego aspektu zdrowia oraz zastosowanego narzędzia pomiaru (np. *general health questionnaire, health index, Hopkin's symptomcheck-list, mental health inventory*) (11,21).

Dowodzono, że istnieje silna zależność pomiędzy poczuciem koherencji i subiektywnym stanem zdrowia. Osoby, które charakteryzują się silnym poczuciem koherencji, częściej postrzegają swoje zdrowie, jako dobre, szczególnie jego wymiar psychiczny. U osób z umiarkowanym czy słabym poczuciem koherencji zależność ta nie jest jasna i wymaga więcej wyjaśnień (19). Poczucie koherencji silnie koreluje z pozytywnymi wskaźnikami zdrowia psychicznego, takimi jak: optymizm, satysfakcja z życia, pozytywny nastrój, pozytywna samoocena. Wykazano także związek poczucia koherencji z poczuciem skuteczności, odpornością (*hardiness*), umiejscowieniem kontroli, umiejętnościami społecznymi (*social skills*) oraz z niektórymi cechami osobowości. Została stwierdzona ujemna zależność poczucia koherencji z lękiem, depresją, negatywnymi emocjami, agresją, autoagresją, izolacją. W wielu badaniach niski poziom lęku czy depresji interpretowany jest jako wskaźnik zdrowia psychicznego. Wykazano pozytywną zależność poczucia koherencji z korzystną postawą i tendencją do zachowań prozdrowotnych (dieta, aktywność fizyczna, zachowania profilaktyczne) (7,11,19,21).

Związek poczucia koherencji ze zdrowiem fizycznym/somatycznym jest bardziej złożony i wydaje się słabszy niż zależność ze zdrowiem psychicznym. Jednak badania potwierdzają także tę zależność (7,19,20). Istnieją również prace z zastosowaniem zmodyfiko-

wanej wersji kwestionariusza do pomiaru emocjonalnego poczucia koherencji (SOC-E oraz SOC II), które jednoznacznie dowodzą związku poczucia koherencji ze zdrowiem fizycznym (18).

Badania potwierdzają pozytywną zależność poczucia koherencji z dobrostanem (*wellbeing*) i jakością życia. Przeprowadzony przez *Ericsson* i *Lindstrom*'a przegląd badań wskazuje, że wysokie poczucie koherencji jest czynnikiem podnoszącym jakość życia (22). W badaniach wykazano bezpośredni wpływ poczucia koherencji na jakość życia oraz pośredni polegający na tym, że silnemu poczuciu koherencji towarzyszy wyższa subiektywna ocena stanu zdrowia, która z kolei jest ważnym elementem jakości życia. W przeglądzie autorzy zwrócili uwagę na dużą różnorodność instrumentów stosowanych do pomiaru jakości życia. Badania jakości życia i poczucia koherencji prowadzone były głównie na grupach pacjentów z określonymi chorobami, a nie na populacji generalnej (22).

Związek poczucia koherencji ze zdrowiem i jakością życia jest dobrze udokumentowany i potwierdzony licznymi badaniami. Należy jednak zaznaczyć, że badania te są w większości badaniami korelacyjnymi. Zakres, w jakim poczucie koherencji wpływa na zdrowie oraz wpływ zdrowia na poczucie koherencji, wciąż stanowią kwestię otwartą (20). Zastosowanie pomiaru poczucia koherencji, jako narzędzia skryningowego nie jest rekomendowane, ponieważ istnieje ryzyko stygmatyzacji ludzi z niskim wynikiem na skali, bez jednoznacznych wskazań, jak wynik konkretnej osoby, w określonym momencie, należy interpretować (12). Proponuje się natomiast włączenie poczucia koherencji do wskaźników zdrowia populacji (23).

PODSUMOWANIE

Teoria salutogenezy wskazuje nowe i(lub) niewykorzystywane możliwości w podejściu do zdrowia i choroby. Powstała na gruncie wielu nauk związanych ze zdrowiem, m.in. socjologii medycyny, psychologii zdrowia, medycyny naprawczej, prewencji chorób, promocji zdrowia. *Antonovsky* podkreśla, że zaproponowana przez niego orientacja salutogentyczna jest kolejnym etapem w rozwoju nauk o zdrowiu, który nie byłby możliwy bez uprzednich osiągnięć (13). Jednak pomimo ogromnego postępu wiedzy, jaki dokonał się i dokonuje w wielu, różnych dziedzinach związanych ze zdrowiem, wciąż istnieje trudność w zintegrowaniu tej wiedzy i zrozumieniu wielowymiarowej koncepcji zdrowia i choroby, ich złożonych uwarunkowań oraz długofalowych konsekwencji. Przełożenie tej wiedzy na konkretne działania praktyczne stanowi jeszcze większe wyzwanie.

Salutogenetyczne podejście odnosi się do specyficznego rozumienia zdrowia i choroby oraz działania na jego rzecz, w tym: wzmocnienia i wykorzystywania szeroko rozumianych zasobów jednostek, grup i społeczności oraz wykorzystania poczucia koherencji i jego uwarunkowań, jako ważnych predyktorów zdrowia i jakości życia. W salutogenezie podkreślono zależności pomiędzy jednostką, jej środowiskiem i kulturą - ich nierozzerwalność i mechanizmy przenikania się w złożonym koncepcie zdrowia i jakości życia człowieka i populacji.

Założenia salutogenezy są adresowane do specjalistów różnych dziedzin, którzy w swojej codziennej pracy pomagają swoim klientom (pacjentom) w radzeniu sobie z różnego rodzaju stresorami i stresem. Są to pielęgniarki, lekarze, psychologowie, pedagodzy, pracownicy socjalni, edukatorzy zdrowia, działacze społeczni, itd. Poprzez rozpoznawanie zasobów swoich klientów, a jednocześnie dostarczanie im spójnych doświadczeń w trakcie wizyty, mogą oni wzmocniać ich poczucie koherencji, zdrowie i jakość życia. Jednocześnie ci, którzy nie pracują bezpośrednio z odbiorcami działań, ale poprzez swoją pracę tworzą warunki i systemy społeczne, które kształtują zdrowie populacji, powinni mieć świadomość, jakie zasoby i doświadczenia sprzyjają lepszemu radzeniu sobie i zdrowiu. Należą tu politycy różnych sektorów, pracownicy samorządów i instytucji publicznych, przedsiębiorcy, obywatele i wszyscy członkowie społeczności, w których żyjemy.

W świetle współczesnej wiedzy postrzeganie zdrowia przez pryzmat braku konkretnej choroby oraz jako sfery życia odizolowanej od pozostałych sfer jest nieuzasadnione. Konsekwencją tego podejścia jest planowanie i podejmowanie działań na rzecz zdrowia, które koncentrują się wokół wybranych jednostek chorobowych, grup ryzyka i specyficznych czynników ryzyka. Działania te są ważne i potrzebne, ale niewystarczające, zawężające i ograniczające. Skoro zdrowie jest pojęciem wielowymiarowym, złożonym i dynamicznym – wymaga współpracy wielu osób, dziedzin i sektorów. Podejście takie jest zgodne z ideą promocji zdrowia zawartej w Karcie Ottawskiej z 1986 r. Od czasu proklamowania Karty, promocja zdrowia przeszła wiele przeobrażeń (zarówno w teorii, jaki i w praktyce), ale od wielu lat podkreśla się związki promocji zdrowia z salutogenezą (15,23,24,25).

PIŚMIENNICTWO

1. Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować? Warszawa: Wyd. Fund. Instytutu Psychiatrii i Neurologii; 2005.
2. Antonovsky A. Health, Stress and Coping. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1979.

3. Antonovsky A. *Unraveling The Mystery of Health - How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass Publisher; 1987.
 4. Eriksson M. *Unravelling the Mystery of Salutogenesis. The evidence base of the salutogenic research as measured by Antonovsky's Sense of Coherence Scale*. Åbo Akademi University Vasa. Folkhälsan Research Centre, Health Promotion Research Programme. Turku; 2007 (Praca doktorska).
 5. Health Promotion Research. *Salutogenesis*. Folkhälsan Research Centre. <http://www.salutogenesis.fi/eng/Home-2.html>
 6. Heszen I, Sęk H. Model salutogenetyczny i jego znaczenie dla psychologii zdrowia. W: *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN; 2007: 75-89.
 7. Langeland E, Wahl AK, Kristoffersen K, i in. *Promoting coping: salutogenesis among people with mental health problems*. *Issues Ment Health Nurs* 2007; 28(3):275-95.
 8. Langeland E, Riise T, Hanestad BR, i in. *The effect of salutogenic treatment principles on coping with mental health problems. A randomised controlled trial*. *Patient Educ Couns* 2006; 62(2):212-9.
 9. Literature Review. *Salutogenesis and the Promotion of Positive Mental Health in Older People*. EU Thematic Conference Mental Health and Well-being in Older People - Making it Happen; 2010 April 19-20; Madrid. European Communities; 2009.
 10. Lindström B, Eriksson M. *Salutogenesis*. *J of Epidemiol Community Health* 2005; 59: 440-442.
 11. Eriksson M, Lindström B. *Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review*. *J Epidemiol Community Health* 2005; 59: 460-466.
 12. *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych Władysława Kopalińskiego* <http://www.slownik-online.pl/index.php>
 13. Antonovsky A. *The salutogenic model as a theory to guide health promotion*. *Health Promot Int* 1996; 11(1): 11-18.
 14. Terelak JF. *Człowiek i stres*. Bydgoszcz: Wyd. BRANTA; 2008.
 15. Lindström B, Eriksson M. *The salutogenic approach to the making of HiAP/Healthy Public Policy: illustrated by a case study*. *Global Health Promotion* 2009; 16(1):17-28.
 16. Korcz I. *Koncepcja salutogenezy Antonosky'ego jako fundament edukacji zdrowotnej*. <http://konferencja.21.edu.pl/publikacje/4/1/184.pdf>
 17. Langeland E. *The theory of salutogenesis used as a framework for mental health promotion in the recovery process of people with mental health problems*. IMHPA, European Conference on Mental Health; 2007 Sep 13-15; Barcelona.
 18. Flensburg-Madsen T, Ventegodt S, Merrick J. *Sense of Coherence and Physical Health. The Emotional Sense of Coherence (SOC-E) was Found to be the Best-Known Predictor of Physical Health*. *TSW Holistic Health & Medicine* 2006; 1:183-193.
 19. Eriksson M, Lindström B. *Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review*. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60: 376-381.
 20. Kivimaki M, Feldtb T, Jussi Vahterac J, i in. *Sense of coherence and health: evidence from two cross-lagged longitudinal samples*. *Soc Sci Med* 2000; 50: 583-597.
 21. Hakanen JJ, Feldt T, Leskinen E. *Change and stability of sense of coherence in adulthood: Longitudinal evidence from the Healthy Child study*. *Journal of Research in Personality* 2007; 41: 602-617.
 22. Eriksson M, Lindström B. *Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review*. *J Epidemiol Community Health* 2007;61:938-944.
 23. Eriksson M, Lindström B. *A Salutogenic Interpretation of the Ottawa Charter*. *Health Promot Int* 2008; 23(2): 190-9.
 24. Bauer G, Davies JK and Pelikan J and on behalf of the EUHPID theory Working Group and the EUHPID Consortium. *The EUHPID Health Development Model for the classification of public health indicators*. *Health Promot Inte* 2006; 21(2): 153-9.
 25. Lindström B, Eriksson M. *Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development*. *Health Promot Int* 2006; 21(3): 238-44.
- Otrzymano: 20.01.2011 r.
Zaakceptowano do druku: 18.04.2011 r.
- Adres do korespondencji:**
Mgr Maria Piotrowicz
Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego
– Państwowy Zakład Higieny
ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa
e-mail: mpiotrowicz@pzh.gov.pl