

ARTYKUŁY I ROZPRAWY

PAWEŁ PRZYŁĘCKI

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

SALUTOGENETYCZNE ROZUMIENIE DOBROSTANU:
O TYM, JAK MODEL SALUTOGENEZY MOŻE POMÓC
W ZROZUMIENIU MECHANIZMÓW OSIĄGANIA DOBROSTANU

WPROWADZENIE

Temat dobrostanu człowieka (*well-being*)¹ przykuł uwagę badaczy dopiero w drugiej połowie XX wieku. Wpływ na to miało umieszczenie tego pojęcia w definicji zdrowia zaproponowanej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) w 1946 roku². Dobrostan jednostkowy i społeczny badany jest obecnie przez przedstawicieli różnych dyscyplin (nauk społecznych, ekonomicznych, nauk o zdrowiu), którzy różnią się sposobami rozumienia i badania tego, co określa się jako *well-being*. Jedno z pytań, jakie często zadają badacze, wiedząc, iż dobrostan jednostkowy jest uczuciem pozytywnym oznaczającym poczucie szczęścia, dotyczy tego, w jaki sposób można go osiągnąć. Czy dana osoba ma instrumenty do tego, aby poprawiać swój dobrostan, nie tylko materialny, ale głównie psychiczny? Jeśli tak, to jakie to są narzędzia, jak je zdobyć, jak nimi pokierować? Odpowiedź jednoznaczna na te pytania nie jest prosta. Można jednak odwołać się do prac prowadzonych w obrębie innej metodologii niż dotychczasowe

Adres do korespondencji: pawel.przylecki@umed.lodz.pl; ORCID: 0000-0002-9734-8518

¹ Pojęcia te będą stosowane w artykule zamiennie.

² Zob. *Constitution of the World Health Organization*, 1946. Konstytucja WHO weszła w życie 7 kwietnia 1948 r.

badania nad dobrostanem człowieka, głównie w ramach psychologii pozytywnej — do podejścia salutogenetycznego. Model salutogenezy stał się trzecim powszechnie uznanym modelem zdrowia — obok biomedycznego (patogenetycznego) oraz holistycznego — i ma wiele wspólnego z psychologią dobrostanu człowieka.

Opracowanie to jest zatem poświęcone relacji, jaka występuje pomiędzy poczuciem koherencji (kluczowym konstruktem salutogenezy) a dobrostanem człowieka. Chcąc jednak pokazać ten związek, trzeba najpierw przedstawić sposób rozumienia zdrowia, dobrostanu człowieka i model salutogenezy. Następnie przytoczone zostaną wnioski z wybranych badań realizowanych w różnych ośrodkach na świecie po to, aby udzielić odpowiedzi na następujące pytania problemowe:

- Jaki jest związek pomiędzy poczuciem koherencji i uogólnionymi zasobami odpornościowymi a zdrowiem i dobrostanem?
- Za pomocą jakich działań i instrumentów można przyczynić się do rozwoju dobrostanu?

ZDROWIE I MODELE ZDROWIA

Zdrowie było przedmiotem zainteresowania człowieka od czasów najdawniejszych, jednakże dopiero w XX wieku silnie zaakcentowano związek między zdrowiem a dobrostanem człowieka, co znalazło wyraz w definicji WHO. Zdrowie zostało zdefiniowane jako „stan dobrego samopoczucia (dobrostanu) fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności” (Constitution WHO, 1946). Ta definicja zdrowia, pomimo iż ukazywała zdrowie w pozytywnym sensie, wciąż była niedoskonała ze względu na wieloznaczność użytych sformułowań, które późniejsi badacze próbowali wyjaśniać, tworząc własne definicje.

Rozszerzona wersja definicji ONZ po latach została zaprezentowana w Karcie Ottawskiej — dokumencie wydanym podczas odbywającej się w 1986 roku I Międzynarodowej Konferencji Promocji Zdrowia. W tym dokumencie stwierdzono, w kontekście sposobu rozumienia roli, jaką powinna odgrywać promocja zdrowia, iż zdrowie jest „stanem pełnego dobrego samopoczucia (*well-being*) fizycznego, psychicznego i społecznego, a osoby lub grupy muszą mieć możliwość określania i realizowania swoich dążeń, zaspokajania potrzeb, a także zmiany środowiska bądź radzenia sobie z nim” (*Ottawa Charter for Health Promotion*, 1986). W definicji tej wybrzmiało pozytywne rozumienie zdrowia jako zasobu życia codziennego, kładące nacisk na cechy osobiste i społeczne oraz możliwości fizyczne. Zdrowie według tego rozumienia jest kształtowane przez ludzi w warun-

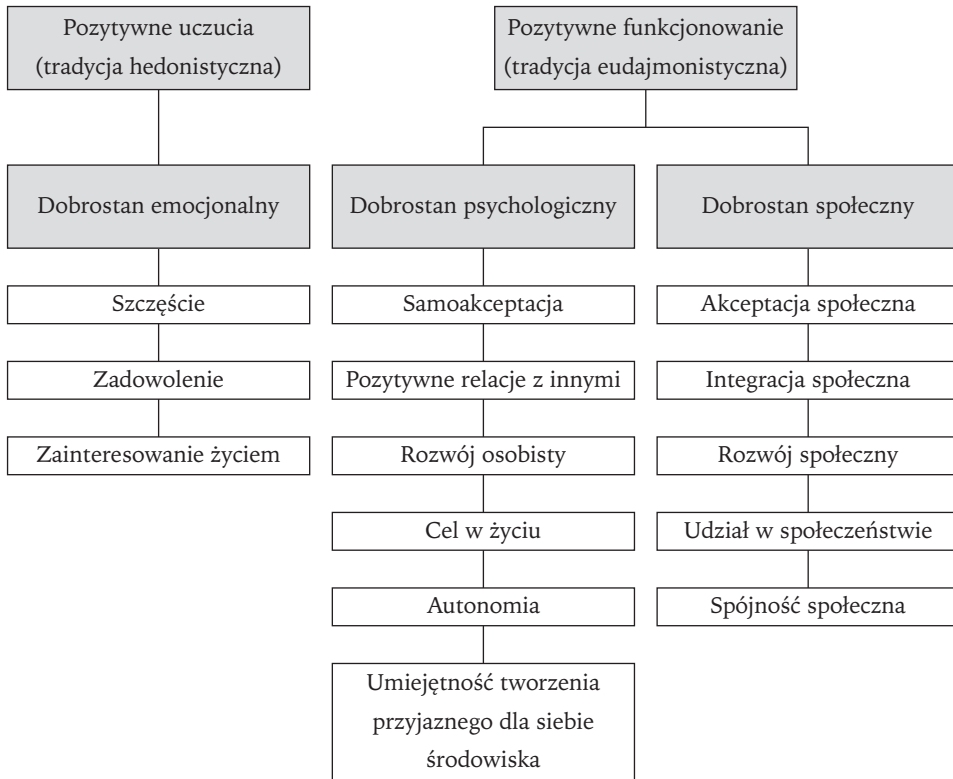
kach ich codziennego życia, a więc w ich siedliskach, takich jak szkoła, miejsce pracy, a także dom rodzinny. Takie rozumienie zdrowia pozwoliło na przeniesienie punktu ciężkości z powszechnej dotychczas praktyki polegającej na szukaniu przyczyn choroby i zapobieganiu im na wskazywanie tych okoliczności i sytuacji, które warunkują zdrowie (Espnes, Moksnes, Haugan 2021, s. 16).

DEFINIOWANIE DOBROSTANU

Pojęcie dobrostanu nie doczekało się dotychczas prostej i uniwersalnej definicji, co wynika z szerokich możliwości stosowania odpowiadającego mu terminu. Najczęściej jednak, odwołując się do psychologii, mówi się o dobrostanie w kontekście szczęścia i zadowolenia jednostki z własnego życia. Teorii dobrostanu jest wiele, aczkolwiek mają one wspólne pochodzenie, wywodzą się bowiem z dwóch tradycji filozoficznych — hedonistycznej i eudajmonistycznej. Hedonistycznie rozumiane szczęście wiąże się z odczuwaniem przyjemności i unikaniem cierpienia, zatem dotyczy zaspokajania własnych potrzeb, bez analizowania celów jednostki ludzkiej i tego, w jaki sposób są one realizowane. Z kolei eudajmonistyczne rozumienie szczęścia wiąże się z samorealizacją, poczuciem sensu własnego życia, podejmowaniem działań, których motywacją są cele życiowe danej osoby (Karaś 2019, s. 9). Różnice między tymi dwiema tradycjami przedstawia schemat opracowany na podstawie założeń modelu zdrowia psychicznego Coreya Keyesa omówiony w artykule Niny Mjøsund (2021). Keyes wyróżnia trzy rodzaje dobrostanu, wywodząc ich korzenie z tych dwóch tradycji — hedonistycznej (dobrostan emocjonalny) i eudajmonistycznej (dobrostan psychologiczny i społeczny) (Keyes 2005; Robitschek, Keyes 2009).

Dobrostan emocjonalny ma charakter subiektywny, można go utożsamiać ze szczęściem. Badanie tego rodzaju dobrostanu dotyczy subiektywnej oceny zadowolenia z życia. Dobrostan psychologiczny zaś polega na tym, jak dana osoba postrzega swoje funkcjonowanie, radzenie sobie z różnymi wyzwaniami i stresorami (poziom JA). Dobrostan społeczny natomiast wiąże się z tym, jak jednostka postrzega grupę, której jest członkiem (poziom MY). Dobrostan emocjonalny (w ujęciu hedonistycznym) będzie zatem oznaczał szczęście rozumiane w bardziej potoczny sposób, polegające na zaspokajaniu potrzeb związanych z radością, szczęściem i jakością życia codziennego, natomiast dobrostan w ujęciu eudajmonistycznym dotyczy rozwijania potrzeb nienamacalnych, związanych z prezentowanymi wartościami, potrzebami duchowymi (np. realizowanie się na rzecz społeczności, rozwój duchowy).

Rodzaje dobrostanu i jego wskaźniki



Źródło: opracowanie własne na podstawie Mjøsung 2021, s. 49; Keyes 2005; Robitschek, Keyes 2009.

Nawiązując do tego podziału można stwierdzić, iż dobrostan ma charakter jednostkowy i zbiorowy. Pierwszy rodzaj dobrostanu będzie badany zazwyczaj przez psychologów, którzy wypracowali w tym zakresie różne skale indywidualne służące do badania zdrowia fizycznego i psychicznego. Tak rozumiany dobrostan jest tożsamy z brakiem negatywnych uczuć i umiejętnością łatwego i spójnego przystosowania się do życia w trudnym świecie (Keyes 1998, s. 121). Dobrostan zbiorowy ma natomiast związek z powiązaniem danej jednostki ze społeczeństwem. Nie będzie ona bowiem w stanie osiągnąć pełnego zadowolenia z życia, jeśli nie będzie miała warunków zewnętrznych do tego, aby się realizować. Zatem dobrostan indywidualny nie zostanie w pełni osiągnięty, jeśli dana osoba nie będzie zadowolona ze swoich powiązań ze społeczeństwem. Jazń jest bowiem wytworem zarówno publicznym, jak i prywatnym (Mead 1975). Badanie

zadowolenia z życia powinno więc obejmować zarówno życie prywatne, jak i publiczne. Jednostka spotyka się ze stresorami w jednym i w drugim życiu. Są one dla niej wyzwaniem i wymagają znalezienia odpowiednich zasobów do radzenia sobie z nimi.

W tym miejscu warto zauważyć, iż analizy dobrostanu społecznego prowadzone były już przez Émile'a Durkheima, którego można uznać za prekursora badań nad społecznym wymiarem zdrowia. Durkheim (2011) zwrócił bowiem uwagę na to, iż relacje ze społeczeństwem mają wpływ na zdrowie jednostki. Wskazywał na różne wymiary pozytywnego zdrowia człowieka, rozumianego jako dobre funkcjonowanie jednostki w społeczeństwie, na jej relacje z grupą społeczną i jej subiektywną ocenę tych powiązań. Do wymiarów tak rozumianego dobrostanu społecznego można zaliczyć, jego zdaniem, integrację i spójność społeczną, poczucie przynależności i współzależności, poczucie wspólnej świadomości i zbiorowego losu.

Corey Keyes (1998, s. 122), odwołując się do klasyków socjologii, wyróżnił kilka głównych wymiarów dobrostanu społecznego: integrację społeczną, akceptację społeczną, wkład społeczny, aktualizację społeczną, spójność społeczną. Integracja społeczna jednostki ze społeczeństwem została uznana za podstawowy wymiar zdrowia społecznego. Wymiar ten stanowi odwołanie do koncepcji spójności społecznej Durkheima (2011). W rozumieniu Durkheima integracja społeczna jest odzwierciedleniem powiązania ze sobą jednostek za pomocą norm społecznych, co stanowi wyraz ich przywiązania do życia społecznego. Integracja społeczna to stopień, w jakim osoba czuje, że ma coś wspólnego z innymi, którzy tworzą jej rzeczywistość społeczną (np. sąsiedztwo), a także stopień, w jakim czuje, że przynależy do swoich wspólnot i społeczeństwa. Przeciwnością integracji jest izolacja i wyobcowanie jednostki ze społeczeństwa. Akceptacja społeczna natomiast to kategoria ogólna, oznacza postrzeganie społeczeństwa poprzez charakter i cechy innych ludzi. Osoby mające wysoki wskaźnik akceptacji społecznej ufają innym osobom, mają o nich dobre zdanie, wierzą w ich dobre intencje, pracowitość, szczerłość, chętnie wchodzi w relacje społeczne, wierzą, że ludzie są zdolni do życzliwości. Kolejnym wymiarem dobrostanu społecznego jest wkład społeczny, który odnosi się do oceny własnej wartości społecznej. Obejmuje przekonanie, że jest się ważnym członkiem społeczeństwa, który może dać światu coś wartościowego. Wkład społeczny odzwierciedla, czy i w jakim stopniu ludzie czują, że to, co robią, jest cenione przez społeczeństwo i przyczynia się to do wspólnego dobra. Pod pojęciem społecznej aktualizacji należy rozumieć ocenę potencjału społeczeństwa, to jaka

jest zdolność i siła społeczeństwa do realizowania zadań poprzez własne instytucje. Osoby zdrowsze społecznie lepiej oceniają funkcjonowanie społeczeństwa, patrzą z nadzieją w przyszłość, widzą korzyści dla siebie z bycia członkiem danego społeczeństwa. Ostatni wymiar, spójność społeczna, dotyczy postrzegania jakości i funkcjonowania świata społecznego i obejmuje troskę o wiedzę o świecie. Zdrowi ludzie nie tylko dbają o jakość świata, w którym żyją, ale także mają przekonanie co do tego, że rozumieją, co się wokół nich dzieje. Wiedzą, że świat nie jest doskonały, jednak dążą do nadania sensu swojemu życiu w tym świecie (Keyes 1998, s. 122–123).

ZAŁOŻENIA KONCEPCJI SALUTOGENEZY

Koncepcja salutogenezy jest interdyscyplinarną koncepcją dotyczącą zdrowia i zdrowienia, mającą korzenie socjologiczne, a główny jej konstrukt, to jest poczucie koherencji, jest obecnie wykorzystywany w celach badawczych, głównie przez psychologów, socjologów i specjalistów zajmujących się promocją zdrowia. Nazwa „salutogeneza” powstała z połączenia łacińskiego słowa *salut* (zdrowie — lub Twoje zdrowie) z greckim słowem *genesis* (pochodzenie). Jej autorem jest izraelski socjolog Aaron Antonovsky (1923–1994), który urodził się w Stanach Zjednoczonych, dokąd po pierwszej wojnie światowej wyemigrowali z Rosji jego rodzice. W Stanach ukończył studia i obronił pracę doktorską na Uniwersytecie Yale, a następnie w 1960 roku wyjechał na stałe do Izraela. Tam kontynuował swoje naukowe zainteresowania w obszarze socjologii medycyny (Antonovsky 1990), przy czym głównie badał temat stresu i sposobów radzenia sobie z nim. Od początku kariery naukowej w jego pracach przewijały się przemyślenia salutogenetyczne, choć początkowo nie były one jeszcze sprecyzowane aż do czasu, gdy kierował katedrą socjologii medycyny na Uniwersytecie Ben-Guriona w Negev.

Prowadząc badania z kobietami izraelskimi, zarówno mającymi, jak i niemającymi doświadczenia pobytu w getcie w okresie wojny, Antonovsky (1979, 2005) ustalił, iż grupy te różnią się w zakresie subiektywnego odczuwania zdrowia i choroby. Wśród kobiet, które nie doświadczyły pobytu w getcie 51% cieszyło się dobrym stanem zdrowia psychicznego, a wśród tych, które przebywały w getcie — 29%. Badacz zadał pytanie, co miało wpływ na to, że aż 29% kobiet pozytywnie oceniło stan swojego zdrowia pomimo traumatycznych doświadczeń pobytu w getcie? Analiza pogłębionych wywiadów indywidualnych stała się podstawą do sformułowania nowej koncepcji zdrowia, będącej przeciwieństwem

dominującego wówczas w naukach o zdrowiu paradygmatu biomedycznego.

Antonovsky, budując koncepcję salutogenezy, nawiązał do teorii systemów. Stwierdził, iż osoba funkcjonuje w wysoce złożonym systemie, którego jest częścią. Skonstatował, że człowiek jest w ciągłej interakcji ze środowiskiem, a chaos i zmiana są naturalnymi stanami w życiu każdego. Wyzwaniem dla jednostki jest zarządzanie chaosem oraz znalezienie strategii i dostępnych zasobów do poradzenia sobie ze zmianami w życiu codziennym (Haugan, Eriksson, 2021, s. 9; Eriksson 2022, s. 61). Obecnie podkreśla się, że salutogeneza jest modelem, który znacząco przyczynia się do zrozumienia zdrowia oraz związanej ze zdrowiem jakości życia (Antonovsky 1979, 2005; Lindström, Eriksson 2005). Pytanie, jakie zadał Antonovsky, dotyczyło tego, co tworzy zdrowie? Odpowiedź była dość konkretna — jest to poczucie koherencji.

Koncepcja salutogenezy rozwijana początkowo przez samego Antonovsky'ego z czasem zaczęła cieszyć się dużym zainteresowaniem badaczy z różnych ośrodków naukowych na świecie. Obecnie każdego roku pojawiają się badania dotyczące teoretycznych i praktycznych aspektów salutogenezy, w tym rozwoju programów zdrowotnych tworzonych z odwołaniem do teoretycznych założeń modelu salutogenezy.

SALUTOGENEZA A MODEL BIOMEDYCZNY

To, co w największym stopniu odróżnia salutogenezę od podejścia patogenetycznego (model biomedyczny), ale również od modelu holistycznego, to odejście od dychotomicznego założenia, według którego ludzie są albo zdrowi, albo chorzy (Antonovsky 2005, s. 21). Ponadto istotna różnica dotyczy momentu, w którym wskazane jest podjęcie określonego działania ze strony medycyny. Podczas gdy w modelu biomedycznym, skoncentrowanym na chorobie, działania przeciwdziałające patologii podejmowane są wówczas, gdy osoba znajduje się w tej części kontinuum, w której bliżej jej do bieguna „choroba”, to według modelu salutogenetycznego (orientacja prozdrowotna) uważa się, że działania sprzyjające zdrowiu należy podejmować także wtedy, gdy jednostka jest w części bliższej bieguna „zdrowie”. W modelu salutogenetycznym istotne jest także założenie, iż choroba niekoniecznie jest rzadkim odchyleniem, a sam fakt bycia chorym nie musi oznaczać, iż osoba czuje się chora i choroba ta ma wpływ na jej zdrowie psychiczne. Znajduje to potwierdzenie w obiektywnych badaniach laboratoryjnych (Antonovsky 2005, s. 11).

ROLA STRESORÓW W SALUTOGENEZIE

O oryginalności modelu salutogenezy świadczy odejście od powszechnego twierdzenia, iż konieczne jest unikanie różnych stresorów, aby nie doprowadzić do rozwoju patologii. Antonovsky zauważył, iż stres jest naturalną częścią życia, stale jesteśmy narażeni na zmiany i zdarzenia, które można uznać za czynniki stresogenne. Może to dotyczyć problemów rodzinnych lub zawodowych, śmierci osoby bliskiej, konfliktu zbrojnego na danym terenie itd. W rozumieniu Antonovsky’ego człowiek nie jest w stanie kontrolować wszystkich negatywnych doświadczeń, czyli stresorów. Dlatego należy zaakceptować to, że życie z natury jest pełne stresorów, i odrzucić założenie, że stresory z natury są patogenne. Stresory obciążają człowieka, co powoduje u niego napięcie. Jednakże napięcie uważane jest za potencjalnie sprzyjające zdrowiu, a nie za nieuchronnie szkodliwe dla zdrowia. Pod wpływem stresorów jednostka doświadcza napięcia i staje przed ciągłym wyzwaniem dostosowania się do stresora oraz identyfikacji i wykorzystania osobistych i środowiskowych uogólnionych zasobów odpornościowych. Wyzwaniem jest zarządzanie bodźcami oraz znalezienie strategii i dostępnych zasobów w celu poradzenia sobie ze zmianami w życiu codziennym. Istotne staje się to, jak dana osoba może poradzić sobie z tym chaosem, czyli jak radzi sobie z identyfikacją i wyborem, a następnie użyciem określonych uogólnionych zasobów odpornościowych. O tym decyduje, jak stwierdził Antonovsky, poczucie koherencji. Zdolność jednostki do identyfikowania i stosowania określonych zasobów wpływa na jej zdolność do odpowiedniego radzenia sobie ze stresorem, a to ma wpływ na jej przemieszczanie się na kontinuum w kierunku bieguna „zdrowie” (Antonovsky 2005, s. 42–45; Moksnes 2021, s. 36–37).

KONSTRUKCJA MODELU SALUTOGENEZY

Model salutogenezy składa się z dwóch elementów: uogólnionych zasobów odpornościowych (*general resistance resources*) oraz poczucia koherencji (*sense of coherence*). Poczucie koherencji obejmuje trzy elementy, którymi są poczucie sensowności, poczucie zaradności i poczucie zrozumienia.

Uogólnione zasoby odpornościowe stanowią niejako podstawę do rozwoju poczucia koherencji, są wstępnymi warunkami jego rozwoju. Zasoby odpornościowe mają charakter zarówno wewnętrzny, jak i zewnętrzny, istnieją zatem na poziomie jednostki, grupy i całego społeczeństwa, ponadto mogą mieć charakter moralny i duchowy (Espnes, Moksnes, Haugan,

2021, s. 17). Zatem zasoby odpornościowe to inaczej atuty jednostki albo grupy lub społeczności ułatwiające walkę ze stresorami, kierowanie własnym życiem i przyczyniające się do rozwoju poczucia koherencji (Antonovsky 2005, s. 42–45). Pomagają w unikaniu stresorów lub zmniejszaniu napięcia wywołanego przez dany stresor, mogą mieć więc zróżnicowany charakter. Najczęściej wyróżnia się następujące zasoby odpornościowe, będące (lub nie) w dyspozycji osoby:

- fizyczne i genetyczne (np. siła fizyczna, geny, układ odpornościowy),
 - materialne (np. pieniądze, zakwaterowanie, jedzenie),
 - poznawcze i emocjonalne (np. wiedza, inteligencja),
 - tożsamość jednostki (pozytywne postrzeganie siebie),
 - wartości i postawy,
 - interpersonalno-relacyjne (rodzina, przyjaciele, kontakty społeczne),
 - aspekty makrospołeczno-kulturowe (kultura, normy społeczne)
- (Moksens 2021, s. 37).

Uogólnione zasoby odpornościowe są z jednej strony uniwersalne, a z drugiej strony mogą stanowić właściwości podmiotu indywidualnego (rodzina) lub zbiorowego (społeczność). Przyjmując, że podstawowe zasoby to rodzina i relacje rodziców z dzieckiem, trzeba pamiętać, że znacząco różnią się one w zależności od tego, z jakiej rodziny jednostka się wywodzi. Podobnie późniejsze uczęszczanie do szkoły będzie miało różny wpływ na osoby wywodzące się z różnych środowisk. Jedna osoba trafi na wspierające środowisko nauczycieli i rówieśników, a inna może spotkać się z przemocą, agresją i brakiem wsparcia. Podobnie można interpretować każdy kolejny zasób — materialny i niematerialny. Pozycja jednostki na kontinuum, jej poczucie koherencji, jest uzależniona od tych zasobów, od tego, jak wiele jest ich w jej zasięgu i w jaki sposób nad nimi panuje (Pasikowski 2000, s. 42).

Drugim, a zarazem głównym, konstruktem modelu salutogenezy jest poczucie koherencji, które według pierwotnych założeń autora, potwierdzonych później w wielu badaniach, wpływa na to, w jakim miejscu na kontinuum zdrowie–choroba umiejscowiony jest człowiek oraz czy przesuwa się w kierunku bieguna „zdrowie” (Antonovsky 2005, s. 31). Poczucie koherencji definiowane jest jako: „globalna orientacja człowieka, wyrażająca stopień, w jakim człowiek ten ma dominujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że (1) bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego mają charakter ustrukturuwany, przewidywalny i wytłumaczalny; (2) dostępne są zasoby, które pozwolą mu sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce; (3) wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania” (Antonovsky

2005, s. 34). Poczucie koherencji kształtuje się przez całe życie, w toku socjalizacji pierwotnej i wtórnej. Poczucie koherencji danej osoby, jej siła, jest czynnikiem ułatwiającym ruch w kierunku zdrowia. Poczucie koherencji pełni rolę mediatora pomiędzy poszczególnymi zasobami, pomaga jednocześnie jednostce zmobilizować je do radzenia sobie ze stresorami i skutecznego zarządzania napięciem za pomocą identyfikacji i wykorzystania uogólnionych zasobów odpornościowych (Moksnes 2021, s. 35).

Na poczucie koherencji składają się trzy składniki, bez nich nie można mówić o poczuciu koherencji danej osoby. Są to:

poczucie zrozumiałości (*comprehensibility*) — dotyczy „[...] stopnia, w jakim człowiek spostrzega bodźce, z którymi się styka, napływające ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego, jako sensowne poznawczo, jako informacje uporządkowane, spójne, ustrukturyowane i jasne” (Antonovsky 2005, s. 32);

poczucie zaradności (*manageability*) — „stopień, w jakim człowiek spostrzega dostępne zasoby jako wystarczające, by sprostać wymagom, jakie stawiają bombardujące go bodźce” (Antonovsky 2005, s. 33);

poczucie sensowności (*meaningfulness*) — „stopień, w jakim człowiek czuje, że życie ma sens z punktu widzenia emocjonalnego, że przynajmniej część problemów i wymagań, jakie niesie życie, warta jest wysiłku, poświęcenia i zaangażowania [...]” (Antonovsky 2005, s. 34).

Poczucie koherencji to globalna orientacja człowieka, a także sposób postrzegania własnego życia jako uporządkowanego, możliwego do zarządzania i mającego sens. Jest to sposób myślenia i działania oparty na wewnętrznym zaufaniu, który prowadzi jednostkę do wykorzystywania zasobów, którymi dysponuje, a które pomagają jej przesuwać się na kontinuum w kierunku bieguna „zdrowie”. Koherencja to zatem zdolność osoby to zrozumienia i oceny sytuacji, w której się znalazła, oraz poczucie sensu podążania w kierunku zdrowia. Kluczowym zasobem pomagającym w znalezieniu sensu przemieszczania się na kontinuum choroba–zdrowie jest wiedza, zarówno formalna, jak i nieformalna. Dlatego też badania pokazują (Lindström, Eriksson 2011; Wiesmann, Hannich 2019), że wraz z wiekiem na ogół zwiększa się poczucie koherencji jednostki, co wynika z tego, że wraz z nabywaniem ciągle nowych doświadczeń życiowych przyrasta wiedza ogólna.

Zrozumiałość jest komponentem poznawczym koherencji i odnosi się do stopnia, w jakim osoby rozumieją informacje dotyczące ich samych i środowiska społecznego. Świat staje się dla nich zrozumiały, uporząd-

kowany i spójny. Jednak postrzeganie wydarzeń jako zrozumiałych nie oznacza, że są one całkowicie przewidywalne i pozbawione trudności; chodzi o to, że doświadczane bodźce są wytłumaczalne i logiczne. Możliwość zarządzania jest komponentem „instrumentalnym” i odnosi się do stopnia, w jakim osoby postrzegają, że dysponują zasobami wystarczającymi, aby odpowiednio sprostać wymaganiom. Poczucie zaradności oraz poczucie zrozumiałości mają zatem charakter poznawczy, natomiast poczucie sensowności zawiera aspekty emocjonalno-motywacyjne, odnosi się do stopnia, w jakim jednostki czują, że pewne obszary życia są warte osobistego zaangażowania i wysiłku.

Wszystkie trzy wymiary koherencji oddziałują na siebie. Jednakże najważniejszym elementem jest, jak twierdził Antonovsky, poczucie sensowności, stanowiące siłę napędową życia. Postrzeganie danych problemów i wymagań życiowych jako wartych zaangażowania oddziałuje na pozostałe składniki poczucia koherencji: zrozumiałość i zaradność. Podwyższenie poziomu poczucia koherencji jednostki możliwe jest zatem tylko wtedy, gdy wysoki jest poziom sensowności, nawet przy niższych poziomach pozostałych dwóch składników poczucia koherencji (Moksnes 2021, s. 37; Pasikowski 2000, s. 19).

Jednocześnie wzmocnienie ogólnego poziomu poczucia koherencji uzależnione jest od posiadanych przez jednostkę uogólnionych zasobów odpornościowych, z których kluczowym jest wiedza. Nie musi być ona jednak na poziomie akademickim. Poczucie koherencji obejmuje bowiem pewne obszary ważne dla danej osoby i to, co znajduje się poza granicami tych obszarów, nie ma znaczenia dla jednostki. Tym samym zakres tych obszarów może być całkowicie różny, w zależności od osoby. Ważne jest to, aby dobrze czuć się w obrębie własnych obszarów, rozumieć logikę ich funkcjonowania i akceptować swoje miejsce w danym obszarze. Wiele może być takich obszarów, jednakże według Antonovsky’ego cztery są najważniejsze dla ustanowienia silnego poczucia koherencji — własne życie emocjonalne, bezpośrednie relacje z innymi ludźmi, główna aktywność zawodowa, zagadnienia egzystencjalne, jak na przykład śmierć czy życiowe porażki (Pasikowski 2000, s. 58).

ZWIĄZEK MIĘDZY SALUTOGENEZĄ A DOBROSTANEM

Jak wynika z badań prowadzonych przez Monikę Eriksson i Bengta Lindströma (2014), istnieje silne połączenie pomiędzy dobrostanem, postrzeganiem własnego życia i jakością życia a poczuciem koherencji i uogólnionymi zasobami odpornościowymi. Już na poziomie definicyj-

nym widać, iż pojęcie dobrostanu psychicznego ma wiele punktów wspólnych z orientacją salutogenetyczną. Odnosząc się do opisu dobrostanu psychicznego według Carol Ryff (1989, s. 1070–1071), można zauważyć, iż występuje on w sześciu wymiarach: (a) samoakceptacja (akceptowanie swoich mocnych i słabych stron); (b) pozytywne relacje z innymi; (c) posiadanie celu w życiu; (d) panowanie nad otoczeniem (kreowanie własnego środowiska); (e) autonomia (postępowanie zgodne z własnymi przekonaniami); (f) osobisty rozwój (podnoszenie kompetencji). Pierwszy wymiar ma silny związek z pojęciem poczucia koherencji w modelu salutogenezy. Z różnych badań opartych na skali poczucia koherencji (Ciarrano i in. 2010; Garcia-Moya i in. 2014) wynika, iż osoby uzyskujące wysokie wyniki w zakresie poczucia koherencji mają wysokie poczucie własnej wartości oraz autonomii, a także dobre zrozumienie środowiska, w którym żyją. Posiadają cechy, które pozwalają im pewnie zarządzać będącymi w ich dyspozycji uogólnionymi zasobami odpornościowymi. Na ten wymiar składają się wszystkie pozostałe wymiary. Pozytywne relacje z otoczeniem są związane z samoakceptacją i autonomią, ale świadczą również, w rozumieniu salutogenetycznym, o posiadaniu odpowiednich zasobów odpornościowych, jakimi w tym przypadku są rodzina, przyjaciele, znajomi. Wymiar „posiadanie celu w życiu” odnosi się do tych samych aspektów, o których mowa przy motywacyjnym poczuciu zrozumiałości (*meaningfulness*). W końcu panowanie nad otoczeniem to inaczej umiejętność zarządzania stresorami, o których pisał Antonovsky (poczucie zaradności) i które należy postrzegać nie tylko jako zagrożenia, ale również jako pozytywne wyzwania.

Wyraźne podobieństwo widać także między koncepcją salutogenezy a charakterystyką społecznego dobrostanu w ujęciu Keyesa (1998), które zostało wcześniej przedstawione. Keyes, podobnie jak Antonovsky, zwraca uwagę na silne powiązania jednostki ze środowiskiem. To, w jaki sposób jednostka połączona jest ze swoim środowiskiem (integracja społeczna), jak postrzega swoją małą ojczyznę i jaki ma stosunek do niej (spójność społeczna), jakie czerpie korzyści z udziału w społeczeństwie (aktualizacja społeczna), jak bardzo potrafi wykorzystywać swoje uogólnione zasoby odpornościowe do rozwiązywania swoich problemów, ma wpływ na jej stan zdrowia.

Warto zadać pytanie, jak osiągnąć dobrostan, zwłaszcza w aspekcie zadowolenia ze zdrowia psychicznego. Wydaje się, że właśnie orientacja salutogenetyczna jest w stanie wspomóc badaczy dobrostanu w tym zakresie, zwłaszcza że posiada do tego standaryzowane narzędzia w postaci dwóch skal (29-czynnikową lub jej skróconą wersję 13-czynnikową) po-

zwalających badać poczucie koherencji jednostki w danym momencie życia (Antonovsky 2005, s. 175–178). Można zakładać, że osoby wzmacniające swoje poczucie koherencji będą przesuwac się w kierunku bieguna „zdrowie”, a tym samym będą cieszyć się lepszym zdrowiem, zadowoleniem z życia i będą dłużej żyć. Osoby te będą jednocześnie lepiej radzić sobie ze stresem i negatywnymi wydarzeniami, co pozytywnie wpłynie na ich samopoczucie i ogólną jakość życia, a także lepiej będą sobie radzić w trudnych sytuacjach życiowych, nawet takich jak wystąpienie przewlekłej choroby czy niepełnosprawności (Eriksson, Lindström 2014, s. 69).

Obecnie istnieje mnóstwo badań dotyczących związku pomiędzy poczuciem koherencji a zdrowiem, radzeniem sobie ze stresorami i dobrostanem w różnych grupach wiekowych, zawodowych i narodowych (zob. tabela 1). Ze wszystkich tych badań wysuwa się główny wniosek — niższe poczucie koherencji wiąże się z gorszym radzeniem sobie w sytuacjach stresowych, a w konsekwencji niższym zadowoleniem z życia, gorszym zdrowiem psychicznym. Natomiast silne poczucie koherencji koreluje z tendencją do zachowań prozdrowotnych — lepszym radzeniem sobie ze stresem, dbaniem o odpowiednią dietę, aktywnością ruchową itd.

Jak zatem można dążyć do wzmocnienia poczucia koherencji, a tym samym do dobrostanu człowieka? Jakie działania powinny być podejmowane na poziomie nie tylko jednostkowym, lecz głównie społecznym i politycznym? Jednostka jest częścią większego systemu, a jej poczucie koherencji jest silnie powiązane z jej doświadczeniami życiowymi, zarówno rodzinnymi, jak i później szkolnymi i zawodowymi, dlatego kluczowe jest realizowanie działań na poziomie społeczności. Tak dzieje się na przykład w krajach skandynawskich, w których szeroko propagowane jest saluto-genetyczne podejście do zdrowia. W tym celu konieczne są odpowiednie programy zdrowotne, zaprojektowane i finansowane przez różne instytucje — od instytucji lokalnych publicznych i niepublicznych, sektor trzeci, po państwo i organizacje międzynarodowe, jak Unia Europejska czy WHO. Pierwszą i naczelną ideą tych programów powinno być rozwijanie tzw. dialogu salutogenetycznego — promującego zdrowie. Zasadą takiego dialogu musi być promowanie szacunku, chęci zrozumienia drugiego człowieka, jego potrzeb, poglądów, sposobu rozumienia rzeczywistości. Obie strony powinny czuć, że są wzmocnione taką postawą opartą na wzajemnym szacunku i upodmiotowieniu (Eriksson, Lindström 2014, s. 81). Podstawą jest w tym przypadku szkoła, pierwsze duże środowisko, w którym człowiek podlega intensywnej socjalizacji do pełnienia w przyszłości rozmaitych ról społecznych. To w szkole konieczne jest budowanie silnego poczucia koherencji u uczniów, w czym pomogą wolna wymiana myśli oparta

Tabela 1

Wykaz przykładowych badań dotyczących związku między poczuciem koherencji a zdrowiem i radzeniem sobie ze stresorami

Autorzy, rok publikacji	Rok badania / państwo	Grupa badana	Problemy badawcze i wnioski
Nielsen, Hansson, 2007	1996–1997 Dania	Nastolatki (okres szkolny), N = 3258	<p>Problem: Związek pomiędzy poczuciem koherencji (dalej PK) a zdrowiem i stresem u młodych osób.</p> <p>Wnioski: Istnieje związek pomiędzy PK a stresem i zdrowiem. PK było nieznacznie wyższe u chłopców niż u dziewcząt. Częstość występowania silnego stresu była na porównywalnym poziomie w obu grupach. W domu rodzinnym dziewcząt częściej występowały poważne konflikty. Częstość występowania chorób i objawów była większa u dziewcząt.</p>
Honkinen i in., 2009	1985–1999 Finlandia	<p>Dzieci w wieku 0–18</p> <p>Badanie podłużne prowadzone w różnych okresach życia dziecka:</p> <ul style="list-style-type: none"> — moment ciąży (N = 1287 kobiet), — wiek dziecka 3 lata (N = 1086 rodziców); — wiek 12 lat (N = 907 rodziców i 900 dzieci); — wiek 15 lat (N = 745 rodziców, N = 846 dzieci); — wiek 18 lat (N = 787 rodziców, N = 792 nastolatków). 	<p>Problem: Związek pomiędzy zaburzeniami psychicznymi w dzieciństwie a PK.</p> <p>Wnioski: (1) Różnice między płciami były istotne w przypadku 15- i 18-letnich nastolatków — chłopcy uzyskali istotnie wyższe wyniki PK niż dziewczęta. (2) PK utrzymywało się na niezmiennym poziomie między 15. a 18. rokiem życia. (3) Istnieje duże prawdopodobieństwo, że dzieci z problemami psychicznymi będą miały słabe PK w okresie dojrzewania. (4) Wysokie wyniki w zakresie zachowań destrukcyjnych w wieku 3 lat sprzyjają słabemu PK w wieku 18 lat. (5) Struktura rodziny nie była czynnikiem determinującym PK. (6) Lęk/depresja, zachowania przestępcze, a także problemy z uwagą i zgłaszane problemy natury somatycznej w wieku 15 lat były istotnie powiązane ze słabym PK w wieku 18 lat. (7) Problemy z uwagą w wieku 12 lat, sprzyjały niskiemu PK w okresie dojrzewania.</p>

Tabela 1 c.d.

Autorzy, rok publikacji	Rok badania / państwo	Grupa badana	Problemy badawcze i wnioski
Pahkin i in., 2011	1996–2000, Finlandia	Pracownicy bez epizodów psychiatrycznych w ciągu ostatnich 5 lat, N = 4279	<p>Problem: Wpływ zmiany organizacyjnej (fuzja organizacji) na początkowo zdrowych psychicznie pracowników (bez zarejestrowanych zdarzeń psychiatrycznych) o różnych poziomach PK.</p> <p>Wnioski: (1) Pracownicy ze słabszym PK przed fuzją byli obciążeni większym ryzykiem negatywnego postrzegania zmiany organizacyjnej i mieli zwiększone ryzyko zdarzeń psychiatrycznych po fuzji. (2) Silniejsze PK zmniejszało niekorzystny wpływ negatywnej oceny zmian na stan psychiczny.</p>
Albertsen i in., 2001	Dania	Pracownicy, N = 2053	<p>Problem: Zbadanie związku pomiędzy PK a objawami stresu u pracowników.</p> <p>Wnioski: (1) Osoby z wysokim poziomem PK doświadczały mniej objawów stresu. (2) Osoby z wyższym PK ze stresem środowiskowym w pracy radziły sobie skuteczniej niż osoby z niższym PK.</p>
Ciairano i in., 2010	Włochy	Osoby młode, w wieku 19–29 lat, zatrudnione po raz pierwszy w życiu, wykonujące pracę prekaryjną (niesatysfakcjonującą, niepewną pod względem stabilności zatrudnienia), N = 95	<p>Problem: Związki pomiędzy wykształceniem, wykonywaniem pracy prekaryjnej, zadowoleniem z życia i PK.</p> <p>Wnioski: (1) Młodzi dorośli z wyższym wykształceniem wykonujący pracę prekaryjną są ogólnie mniej zadowoleni z życia niż dorośli mający stałą pracę. (2) Jednocześnie ci sami młodzi ludzie, z wyższym wykształceniem, charakteryzują się większą zdolnością do zarządzania, co jest jednym z wymiarów PK.</p>

Tabela 1 c. d.

Autorzy, rok publikacji	Rok badania / państwo	Grupa badana	Problemy badawcze i wnioski
Garcia-Moya i in., 2014	Hiszpania, 2010	Reprezentatywna próba nastolatków w wieku 13–18 lat, N = 7580	<p>Problem: Częstość występowania wiktymizacji u nastolatków i jej wpływ na dolegliwości fizyczne i psychiczne.</p> <p>Wnioski: (1) Nastolatki ze słabym PK były znacznie bardziej narażone na wiktymizację z powodu nękania, niezależnie od rodzaju nękania (fizyczne, psychiczne, tradycyjne, wirtualne). (2) W przypadku osób z niskim PK częściej występowały objawy natury fizycznej i psychicznej związane z nękaniami niż w przypadku osób z wysokim PK.</p>
Paterson i inni, 2024	Australia, 2020–2021	Pielęgniarki/pielęgniarze i położne w wieku 22–63 lata, N = 156	<p>Problem: Wpływ PK i wsparcia w miejscu pracy na wyniki dobrostanu psychicznego (lęk, depresja i wypalenie zawodowe) u pielęgniarek i położnych w Australii podczas pandemii COVID-19.</p> <p>Wnioski: PK było istotnym czynnikiem ochronnym dla zdrowia psychicznego, co oznacza, że wysoki poziom PK był predyktorem niższego poziomu lęku, depresji i wypalenia zawodowego w badanej próbie.</p>
Zielińska-Więczkowska, Sas, 2020	Polska	Seniorzy, słuchacze Uniwersytetu Trzeciego Wieku (UTW), N = 315	<p>Problem: Ocena związku pomiędzy PK i postrzeganiem siebie a ryzykiem wystąpienia depresji wśród seniorów (słuchaczy UTW).</p> <p>Wnioski: (1) Lepiej wykształcone osoby starsze miały wyższe PK i wykazywały bardziej pozytywne postrzeganie siebie w kontekście starzenia się. (2) Osoby te dodatkowo rzadziej wykazywały oznaki depresji ze względu na wiek.</p>

na dialogu i wzajemnym szacunku. Instrumentami budowania sprzyjającego środowiska mogą być różne dyskusje, spotkania, warsztaty, w których podejmuje się różne tematy, często te trudne, kontrowersyjne. Ponadto warto, jak sugerują Mayer i Boness (2011, s. 519–520), wprowadzić w szkołach instytucję rzecznika grupowego, którym byłby jeden z uczniów, cieszący się poważaniem ze strony kolegów i nauczycieli. Pełniłby on rolę

mediatora. Celem zarówno szkoleń i warsztatów, jak i instytucji rzeczownika grupowego powinno być wzmacnianie zasobów psychologicznych uczniów — będą to, odwołując się do modelu salutogenezy, uogólnione zasoby odpornościowe. Dalszym działaniem będzie doskonalenie trzech komponentów poczucia koherencji — zrozumiałości, zaradności i sensowności. Wzmacnianie poczucia koherencji znajdzie swoje efekty w dorosłym życiu uczniów.

Podobne zasady można wprowadzać w organizacjach. W tym przypadku celem firmy powinno być dążenie do ograniczania procesów patogenicznych na rzecz procesów salutogenetycznych, czyli takich, które będą wzmacniały poczucie koherencji u pracowników, głównie poprzez rozwijanie w miejscu pracy uogólnionych zasobów odpornościowych. I znów chodzi o różnego rodzaju szkolenia wzmacniające potencjał pracowników, szkolenia z zakresu przeciwdziałania mobbingowi i dyskryminacji, szkolenia dotyczące różnorodności, w tym komunikacji interkulturowej, a także szkolenia z zakresu radzenia sobie ze stresem i wypaleniem zawodowym. Innym zasobem pozytywnie oddziałującym na zdrowie pracowników jest tworzenie w organizacji miejsc przyjaznych pracownikom, gdzie można się na przykład odstresować. Kluczowe jest także rozwijanie polityki *work life balance*. Należy zauważyć, iż takie działania w dużych korporacjach są już normą. Ważne jest także wprowadzanie procesów, które będą dawały pracownikom, zwłaszcza tym najlepiej wykształconym, możliwość zwiększenia swojej autonomii w organizacji i ciągłego rozwoju (Bauer, Jenny 2022, s. 284).

Grupą społeczną szczególnie narażoną na gorsze funkcjonowanie psychiczne i fizyczne są osoby starsze. Dlatego w dobie szybko starzejących się społeczeństw również ta grupa, poza osobami młodymi, powinna stać się szczególnie ważnym beneficjentem sztych na miarę jej potrzeb programów salutogenetycznych. Obecnie za taką inicjatywę można uznać uniwersytety trzeciego wieku. Można jednak wskazać też na programy bardziej zaawansowane, celowane bezpośrednio w grupę osób nieposiadających rozbudowanych co do zakresu i formy uogólnionych zasobów odpornościowych, o dość niskim poczuciu koherencji. Przykładem takiego pilotażowego programu, mogącego być przykładem dla innych państw, jest Salutogenic Healthy Ageing Programme Embracement (SHAPE) zrealizowany w Singapurze dla osób starszych mieszkających samotnie lub tylko z małżonkami.

Pilotaż SHAPE został przeprowadzony na grupie 34 osób (Seah in. 2022). Celem interwencji było wyposażenie osób starszych w informacje o różnych zasobach i ich użyteczności w radzeniu sobie ze stresorami.

Interwencja SHAPE trwała 12 tygodni i polegała na różnych działaniach: ustrukturyzowane 2,5-godzinne cotygodniowe sesje grupowe, na których poruszano różne tematy z zakresu zdrowia, dziesięć cotygodniowych 30-minutowych sesji aktywności fizycznej, co najmniej dwie indywidualne wizyty domowe oraz opracowanie i udostępnienie uczestnikom książki z zasobami, zawierającej praktyczne informacje dotyczące możliwości zarządzania własnym życiem i zdrowiem. Na podstawie tematów zawartych w tej książce później, podczas sesji grupowych, omawiane były rozmaite tematy — od typowo zdrowotnych, jak zasady postępowania w podstawowych schorzeniach, zasady odżywiania i przygotowywania potraw, po kwestie związane z zarządzaniem domem, funduszami domowymi, dostępem do różnych usług i obiektów użyteczności publicznej, sprawami spadkowymi. Uczestnicy interwencji SHAPE wyrazili duże zadowolenie z udziału w tym programie. Zbadano ich poczucie koherencji, które okazało się wyższe po zakończeniu programu. Dodatkowo przeprowadzono wywiady z uczestnikami, którzy wskazywali, iż program pomógł im przede wszystkim zmienić nastawienie do swojego wieku i procesu starzenia się, a jednocześnie przyczynił się do wzrostu zachowań proaktywnych (Seah i in. 2022).

PODSUMOWANIE

Podsumowując powyższe rozważania na temat dobrostanu, można wskazać kilka kwestii. Po pierwsze, występuje różnorodność w zakresie rozumienia i badania dobrostanu, a teorie psychologiczne nie znalazły dotychczas dobrego wyjaśnienia, jak poprawiać jeden z głównych elementów dobrostanu, czyli zdrowie psychiczne. Po drugie, *well-being* jednostki, tak jak w ogóle zdrowie człowieka, nie jest stanem stałym, zatem wymaga ciągłego działania, które będzie miało pozytywny wpływ na zadowolenie osoby z własnego zdrowia i dobrostanu. Po trzecie, badania dobrostanu w wysokim stopniu są skoncentrowane na jego obiektywnych wskaźnikach, które często mówią o tym, jak jest, ale nie odpowiadają przekonująco na pytanie, co zrobić, aby było lepiej. Dlatego też koncepcja salutogenezy, skoncentrowana na czynnikach wpływających na zdrowie, może znacząco wspomóc badaczy dobrostanu w prowadzonych w wielu państwach na świecie badaniach i analizach. Po czwarte, bogata literatura naukowa pozwala wypracować działania będące informacją dla polityków, przedsiębiorców, nauczycieli, ale także dla każdego człowieka, w zakresie tego, jak można budować środowiska sprzyjające zdrowiu i jak można pracować nad wzmocnieniem własnego poczucia koherencji.

BIBLIOGRAFIA

- Albertsen Karen, Nielsen Martin, Borg Vilhelm, 2001, *The Danish Psychosocial Work Environment and Symptoms of Stress: The Main, Mediating and Moderating Role of Sense of Coherence*, „Work and Stress”, t. 15(3), s. 241–253.
- Antonovsky Aaron, 1979, *Health, Stress, and Coping: New Perspectives on Mental and Physical Well-Being*, Jossey-Bass, San Francisco.
- Antonovsky Aaron, 1990, *A Somewhat Personal Odyssey in Studying the Stress Process*, „Stress Medicine”, t. 6, s. 71–80.
- Antonovsky Aaron, 2005, *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*, tłum. Helena Grzegołowska-Klarkowska, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.
- Bauer Georg, Jenny Gregor, 2022, *Applying Salutogenesis in Organizations*, w: Maurice B. Mittelmark i in. (red.), *The Handbook of Salutogenesis*, 2nd edition, Springer, Cham, s. 283–293.
- Ciairano Silvia i in., 2010, *Life Satisfaction, Sense of Coherence and Job Precariousness in Italian Adults*, „Journal of Adult Development”, t. 17(3), s. 177–189.
- Durkheim Émile, 2011, *Samobójstwo*, tłum. Krzysztof Wakar, Oficyna Naukowa, Warszawa.
- Eriksson Monica, 2022, *The Sense of Coherence: The Concept and its Relationship to Health*, w: Maurice B. Mittelmark i in. (red.), *The Handbook of Salutogenesis*, 2nd edition, Springer, Cham, s. 61–68.
- Eriksson Monica, Lindström Bengt, 2014, *The Salutogenic Framework for Well-Being: Implications for Public Policy*, w: Timo J. Hämäläinen, Juliet Michaelson (red.), *Well-Being and Beyond*, Edward Elgar Publishing, Northampton, Mass., s. 68–97.
- Espnes Geir Arild, Moksnes Unni Karin, Haugan Gørill, 2021, *The Overarching Concept of Salutogenesis in the Context of Health Care*, w: Gørill Haugan, Monica Eriksson (red.), *Health Promotion in Health Care — Vital Theories and Research*, Springer, Cham, s. 15–22.
- Garcia-Moya Irene, Suominen Sakari, Moreno Carmen, 2014, *Bullying Victimization Prevalence and Its Effect on Psychosomatic Complaints: Can Sense of Coherence Make a Difference?*, „Journal of School Health”, t. 84(10), s. 464–653.
- Haugan Gørill, Monica Eriksson, 2021, *An Introduction to the Health Promotion Perspective in the Health Care Services*, w: Gørill Haugan, Monica Eriksson (red.), *Health Promotion in Health Care — Vital Theories and Research*, Springer, Cham, s. 3–14.
- Honkinen Päivi-Leena i in., 2009, *Early Childhood Psychological Predict a Poor Sense of Coherence in Adolescents: A 15-Year Follow-Up Study*, „Journal of Health Psychology”, t. 14(4), s. 587–600.
- Karaś Dominika, 2019, *Pojęcia i koncepcje dobrostanu. Przegląd i próba uporządkowania*, „Studia Psychologica: Theoria et Praxis”, t. 19, nr 2, s. 5–23.
- Keyes Corey L., 1998, *Social Well-Being*, „Social Psychology Quarterly”, t. 61(2), s. 121–140.
- Keyes Corey L., 2005, *Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology”, t. 73(3), s. 539–548.
- Lindström Bengt, Eriksson Monica, 2005, *Salutogenesis*, „Journal of Epidemiology and Community Health”, t. 55, s. 440–442.

- Lindström Bengt, Eriksson Monica, 2011, *From Health Education to Healthy Learning: Implementing Salutogenesis in Educational Science*, „Scandinavian Journal of Public Health”, t. 39 (Suppl 6), s. 85–92.
- Mayer Claude-Helen, Boness Christian, 2011, *Interventions to Promoting Sense of Coherence and Transcultural Competencies in Educational Contexts*, „International Review of Psychiatry”, t. 23(6), s. 516–524.
- Mead George, 1975, *Umysł, osobowość i społeczeństwo*, tłum. Zofia Wolińska, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa.
- Mjøsung Nina Helen, 2021, *A Salutogenic Mental Health Model: Flourishing as a Metaphor for Good Mental Health*, w: Gørill Haugan, Monica Eriksson (red.), *Health Promotion in Health Care — Vital Theories and Research*, Springer, Cham, s. 47–59.
- Moksnes Unni Karin, 2021, *Sense of Coherence*, w: Gørill Haugan, Monica Eriksson (red.), *Health Promotion in Health Care — Vital Theories and Research*, Springer, Cham, s. 35–46.
- Nielsen Anne, Hansson Kjell, 2007, *Associations between Adolescents' Health, Stress and Sense of Coherence*, „Stress and Health”, t. 23(5), s. 331–341.
- Pahkin Krista i in., 2011, *Organizational Change and Employees' Mental Health: The Protective Role of Sense of Coherence*, „Journal of Occupational and Environmental Medicine”, t. 53(2), s. 118–123.
- Pasikowski Tomasz, 2000, *Stres i zdrowie. Podejście salutogenetyczne*, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań.
- Paterson Catherine i in., 2024, *Sense of Coherence Moderates Job Demand-Resources and Impact on Burnout among Nurses and Midwives in the Context of the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Survey*, „Journal of Advanced Nursing”, t. 80(10), s. 4113–4125.
- Robitschek Christine, Keyes Corey, 2009, *Keyes's Model of Mental Health with Personal Growth Initiative as a Parsimonious Predictor*, „Journal of Counseling Psychology”, t. 56(2), s. 321–329.
- Ryff Carol D., 1989, *Happiness Is Everything, or Is It? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being*, „Journal of Personality and Social Psychology”, t. 57(6), s. 1069–1081.
- Seah Betsy, Espnes Geir Arild, Hong Wee Tin, Wang Wenru, 2022, *Salutogenic Healthy Ageing Programme Embracement (SHAPE) — An Upstream Health Resource Intervention for Older Adults Living Alone and with Their Spouses Only: Complex Intervention Development and Pilot Randomized Controlled Trial*, „BMC Geriatrics”, t. 22(932), s. 1–18.
- Wiesmann Ulrich, Hannich Hans-Joachim, 2019, *A Salutogenic Inquiry into Positive Aging — Longitudinal Analysis*, „Aging Mental Health”, t. 23(11), s. 1562–1568.
- Zielińska-Więczkowska Halina, Sas Katarzyna, 2020, *The Sense of Coherence, Self-Perception of Aging and the Occurrence of Depression Among the Participants of the University of the Third Age Depending on Socio-Demographic Factors*, „Clinical Interventions in Medicine”, t. 25(15), s. 1481–1491.



Constitution of the World Health Organization, 1946 (<https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>).

Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986 — WHO/HPR/HEP/95.1.

SALUTOGENIC UNDERSTANDING OF WELLBEING:
ON HOW THE SALUTOGENESIS MODEL CAN HELP ACHIEVE WELLBEING

Paweł Przyłęcki
(Medical University of Lodz)

A b s t r a c t

Human wellbeing, understood as a good life, is an interdisciplinary concept that gained prominence in many scientific disciplines in the second half of the 20th century. Wellbeing encompasses various indicators that reflect whether a person is happy with their life, one of which is health. The article therefore focuses on the salutogenic model of health, which has a lot in common with the theory of wellbeing and helps answer the question regarding what to do, and how, to have a positive impact on an individual's sense of coherence. It thus provides the tools to help them move along the health-sickness continuum towards better health, so that they can enhance their wellbeing. Although the article explores theoretical perspectives, its theoretical analysis draws on a review of various empirical studies examining the impact of the relationship between an individual's sense of coherence and their ability to cope with various stressors.

key words: salutogenesis, wellbeing, sense of coherence, health, Aaron Antonovsky

słowa kluczowe: salutogeneza, dobrostan, poczucie koherencji, zdrowie, Aaron Antonovsky