

## Voimavaroja kaikille

Hyvä terveys ei ole ihmisen elämän päämäärä, mutta se on tärkeä resurssi, jonka avulla voimme toteuttaa itseämme ja elää hyvää elämää. Siten hyvä terveys on ihmisoikeus, jonka edellytysten tulisi olla jokaiselle yhtäläiset rotuun, ihonväriin, sukupuoleen, kieleen, varallisuuteen tai muihin yksilöllisiin ominaisuuksiin katsomatta, jotta jokainen meistä voisi elää mahdollisimman hyvää elämää mahdollisimman pitkään.

Yksilötasolla tarkasteltuna terveys ja sairaus eivät ole dikotomioita, jota joko on tai ei ole. Terveystilassa ja sairaudessa kyse on prosessista, joka alkaa ihmisen syntyessä ja päättyy hänen kuolemaansa – eli ihmisen koko elämänkaaresta. Ja kuten muidenkin piirteidensä osalta, eroavat ihmiset toisistaan myös terveydentilansa suhteen heti syntymästään lähtien.

Miksi sitten osa meistä sairastuu useammin kuin toiset, tai kysytäänä sama kysymys salutogeenisesti, miksi osa meistä pysyy muita terveempinä? Traditionaalisen reduktionistisen biolääketieteellisen ajattelun mukaan jokaisen sairauden tai sairausprosessin taustalla on poikkeama normaalista toiminnosta kuten patogeeni, geneettinen tai kehityksellinen poikkeavuus tai vamma. Kuitenkin jo 1940-luvulla WHO eli maailman terveysjärjestö julisti, että Terveys on täydellinen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila eikä vain sairauden puutetta (WHO 1948). Samassa hengessä saksalainen psykiatri Georg Engel lanseerasi 30 vuotta myöhemmin vuonna 1977 käsitteen biopsykososiaalinen malli, jossa lähtökohtana on, että biologisten

tekijöiden ohella myös psykologisilla ja sosiaalisilla tekijöillä on merkittävä rooli ihmisen toimintakyvyn, terveyden ja sairastamisen suhteen (Engel 1977). Sama asia voidaan ilmaista myös filosofisemmin, jolloin puhumme mielen ja kehon yhteydestä – vain niiden ollessa harmoniassa ihminen voi pysyä terveenä. Tämä on varmastikin osavastaus äskeiseen kysymykseen terveenä pysymisen syistä.

Terveys on siis parhaiten ymmärrettävissä biologisten, psykologisten, ja sosiaalisten tekijöiden yhdistelmänä. Siinä missä biologinen komponentti tutkii elimellistä syytä kehon toiminnan häiriöön, sosiaalinen komponentti pyrkii selvittämään sosiaalisten tekijöiden kuten sosioekonomisen aseman, koulutuksen, työolojen, ympäröivän kulttuurin, teknologian tai uskonnon vaikutusta terveyteen. Psykologinen komponentti taas huomioi psykologisten tekijöiden kuten ajatusten, asenteiden, tunteiden, taipumusten ja persoonallisuuspiirteiden vaikutusta terveydentilaan.

Ajatus psykologisten tekijöiden vaikutuksesta elimellisiin sairauksiin syntyi 1900-luvun alussa Freudin psykoanalyttisestä ajattelusta (Freud 1964). Hieman myöhemmin syntyneen nk. spesifisyysteorian mukaan tietty psykologinen piirre vastasi tiettyä sairautta (Engel ja Schmale 1967). Teoria hylättiin sittemmin samoin kuin käsitys psykologisten tekijöiden syy-seuraussuhteesta eikä enää ajateltu että tietty psykologinen piirre vastaa tiettyä sairautta. Nykykäsityksen mukaan psyykkiset ja psykologiset tekijät vaikuttavat ihmisen terveyteen erilaisten stressitekijöiden kautta (Lazarus ja Folkman 1984). Taustalla on ajatus siitä, että pitkäkestoinen stressi rasittaa elimistöä ja heikentää puolustuskykyä, jolloin kyky vastustaa sairauksia heikkenee.

Stressitutkimuksen varsinaista kultta-aikaa oli 1970-luku, jolloin persoonallisuuspiirteiden ja käyttäytymistyyppien vaikutusten tutkiminen somaattiseen oireiluun yleisty. Tuolloin todettiin, että persoonallisuuteen liittyvät tekijät vaikuttavat stressin syntyyn ja kokemiseen. Atyypin käyttäytyminen eli pakko-neuroottinen, kilpailunhaluinen ja aggressiivinen käyttäytyminen, johdettiin kohonneeseen riskiin sairastua sepelvaltimotautiin (Friedman ja Ulmer 1984). Myös sellaiset piirteet kuten vihamielisyys ja masentuneisuus nähtiin somaattisten oireiden taustalla.

Lisäksi tutkittiin käyttäytymistyyppisiä ja persoonallisuuspiirteitä, joiden esitettiin suojaavan stressin ja siten sairauksien synnyttä. Terveystilanteeseen, jossa psyyken ja terveyden väliseen yhteyteen vaikuttaa ihmisen usko omiin vaikutusmahdollisuuksiinsa terveytensä ja sairautensa suhteen. Rotterin kontrolliodotustyyli, locus of control (Rotter 1966) on ensimmäisiä alallaan, ja vastaavia käsitteitä ovat mm. Kobasan luoma jämäkkä persoonallisuus, hardiness (Kobasa 1979) sekä Banduran pystyvyyuskäsite, self-efficacy (Bandura 1977).

Israelilaisen terveys sosiologin Aaron Antonovskyn teoria koherenssin tunteesta (Antonovsky 1979, 1987) edustaa samaa tutkimusperinnettä ja -suuntausta kuin edellä mainitut teoriat – ne kaikki kytkeytyvät terveystutkimusperinteeseen, jossa otetaan huomioon persoonallisuuden ja psykososiaalisten tekijöiden vaikutus ihmisen somaattiseen terveyteen mm. stressimekanismien välityksellä. Kuitenkin Antonovsky muita voimak-

kaammin korosti ja profiloii näkökulmaansa; häntä kiinnosti terveys ja ennen kaikkea kysymys: mikä tekijä tai psyykinen voima sai ihmiset pysymään terveinä heitä jatkuvasti pommittavista ja terveyttä kuormittavista stressitekijöistä huolimatta. Merkittävin ero koherenssin tunteen ja edellä mainittujen teorioiden välillä on se, että koherenssin tunne ei ole muuttumaton tapa suhtautua elämän haasteisiin, vaan kasvuprosessissa ja voimavarojen avulla kehittynyt yleinen elämänasenne, jonka avulla tilanteesta selviytyminen eli coping on mahdollista useiden erilaisten selviytymiskeinojen avulla riippuen kulloisestakin tilanteesta ja käytettävissä olevista voimavaroista.

Antonovsky etsi siis terveyden alkuperää. Tätä lähestymistapaa kutsutaan salutogeeniseksi vastakohtana patogeeniselle, jossa etsitään sairauksien syitä ja selittäjiä. Hieman ristiriitaisesti Antonovskyn teorian juuret löytyvät Euroopan historian ehkä järkyttävimmästä tapahtumasta: Holocaustista. Antonovskyn tutkiessa 1970-luvun alussa eri etnisiin ryhmiin kuuluvien naisten terveydentilaa hän huomasi, että noin kolmannes sodan aikana keskitysleirillä olleista naisista oli selviytynyt kokemuksistaan ilman terveyshaittoja. Edellisellä vuosikymmenellä eli 1960-luvulla hän oli tutkinut sosioekonomisia terveyseroja pyrkiäkseen selvittämään mekanismeja, jonka välityksellä ulkoiset sosioekonomiset tekijät muuntuivat positiiviseksi terveydentilaksi eli mekanismeja, joka selitti biopsykososiaalisen mallin sosiaalisen komponentin terveysvaikutusta. Nyt hän vakuuttui, että jokin yhteinen tekijä tai voima selitti ja oli yhteydessä sekä sosioekonomisiin terveyseroihin että hyvässä kunnossa keskitysleiriltä selviytyneiden naisten terveydentilaan. Yhteinen nimittäjä löytyi pilottitutkimuksen ja 51 syvähaastattelun ja niitä seu-

ranneen analyysiprosessin tuloksesta ja sai nimekseen koherenssin tunne.

Koherenssin tunne kuvaa ihmisen sisäistä asennoitumista maailmaa ja siinä tapahtuvia asioita kohtaan. Se on psyykinen, psykososiaalinen voimavara, jonka avulla ihminen kykenee näkemään sisältään ja ulkoa tulevat ärsykkeet ymmärrettävinä, hallittavina ja merkityksellisinä. Näin vaikeatkin elämäntilanteet nähdään luonnollisena osana elämän kulkua ja sen sijaan, että ne murskaisivat alleen, vahvan koherenssin tunteen ihminen ymmärtää tapahtumien mielen, hallitsee tilanteen voimavarojensa avulla ja on näin ollen motivoitunut ongelman voittamiseen. Täten vahvan koherenssitason ihminen kykenee selviytymään terveyttä kuormittavista, nk. stressaavista elämäntilanteista, eikä tapahtuman nostattama tensio pääse muodostumaan terveyttä vahingoittavaksi pitkäkestoiseksi stressiksi vaan haihtuu. Sama tilanne heikon koherenssin tunteen ihmiselle näyttäytyy mielivaltaisena, epäjohdonmukaisena ja siten hallitsemattomana, jolloin tapahtumaa ei koeta haasteena vaan ylivoimaisena rasitteena, ja mahdollisuudet taistella stressin syntymistä ja siitä aiheutuvia sairauksia vastaan vähenevät. Siinä missä A-tyyppin persoonallisuuspiirre on riskitekijä terveydentilalle, koherenssin tunne on siis psyykinen voima, persoonallisuuden liittyvä piirre, joka suojelee terveyttä stressin haitalliselta vaikutukselta.

Koherenssin tunne on siis tärkeä hyvinvoinnin osatekijä, mutta ei luonnollisesti yksin riitä hyvinvoinnin aikaansaamiseen. Antonovsky jakaa koherenssin tunnetta kehittävät voimavarat sisäisiin, joita ovat mm. ihmisen omat fyysiset ja psyykkiset ominaisuudet sekä yksilölliset selviytymisstrategiat, minäkuva ja tiedolliset ja älylliset valmiudet. Antonovskyn teorian pää-

huomio on kuitenkin nk. ulkoisissa voimavaroissa, joilla hänen mukaansa on kaikkein merkittävin rooli koherenssin tunteen tason kannalta. Näitä ovat erilaiset sosioekonomiset ja psykososiaaliset tekijät kuten lapsuuden olosuhteet, sosioekonominen asema, koulutus, työllisyys, työolot, sekä sosiaaliset suhteet. Antonovskyn mukaan kyseiset voimavarat auttavat ihmistä ymmärtämään, hallitsemaan ja löytämään asioista mielekkyyttä – eli tarjoavat onnistumisen kokemuksia, jotka usein toistuessaan entistään vahvistavat koherenssin tunnetta. Näin koherenssin tunne samalla välittää sosioekonomisten ja psykososiaalisten voimavarojen terveysvaikutuksia psykologisten mekanismien kautta selittäen sosioekonomisia terveyseroja. Antonovsky ei kuitenkaan empiirisesti tutkinut väittämiensä voimavarojen ja koherenssin tunteen välistä yhteyttä. Myöskään aikaisemmasta kirjallisuudesta ei löydy montaa tutkimusta, jossa tähän kysymykseen olisi paneuduttu.

Teoria koherenssin tunteesta on Antonovskyn luoman salutogeenisen ajattelumallin ydin, teoriapohja, mutta samaan aikaan salutogeeninen terveyskäsitys on paljon enemmän kuin ydinteoriaansa. Teorian lähtökohta on terveyden edistäminen, joka Antonovskyn mukaan toteutuu parhaiten keskittymällä terveyden taustatekijöihin. On tärkeää ymmärtää sairauden taustatekijöitä, mutta on vähintään yhtä tärkeää ymmärtää terveyden taustatekijöitä. Ellemme ymmärrä niitä, WHO:n julistus, jonka mukaan terveys on täydellinen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila eikä vain sairauden puutetta (WHO 1986), jää sanahelinäksi ja suorastaan käsittämättömäksi.

Amerikkalainen tutkija, sosiologi Corey Keys, jonka ajatteluun Antonovskyn teoria on paljon vaikuttanut, kyseenalaisti loistavassa

esitelmässään vuonna 2009 (2nd International Research Seminar on Salutogenesis) nykykäytännön, jossa sairautta pidetään automaattisesti terveyttä vakavampana asiana. Hän viittasi tutkimuksiinsa, joissa oli kartoittanut amerikkalaisten somaattista ja mielenterveyttä kymmenen vuoden seurannassa (Keyes 2002). Hän käytti tutkimuksissaan luomaansa mielenterveyden mittaristoa, jossa ihmisen mielenterveys pisteytettiin asteikolla flourishing (kukoistava), moderate (kohtalainen), ja languishing (riutuva, kituva). Kukoistavien luokkaan kuuluvilla ihmisillä oli hyvä psykologinen, sosiaalinen ja emotionaalinen hyvinvointi eli he kykenivät sekä toimimaan että nauttimaan elämästään. Seurannassa paljastui että ”Anything less than flourishing is a burden” eli ainoastaan ylipään luokkaan kuuluminen, kukoistaminen, ennusti hyvää terveyttä, siinä missä kaksi seuraavaa luokkaa ennustivat erilaisia somaattisia sairauksia sekä vakavia mielenterveyden häiriöitä. Tästä johtuen tutkimustulos, joka osoitti että vain 20 prosenttia amerikkalaisista kuuluu kukoistavien luokkaan, oli huolestuttava. Samaan aikaan 11 prosenttia ns. mielenterveistä amerikkalaisista kuului luokkaan Languishing eli riutuivat. Tutkimustulos tarkoitti käytännössä sitä, että kymmenet miljoonat amerikkalaiset olivat vaarassa sairastua ja sairastuivatkin. Corey Keysin mukaan terveys on siten vakavampi asia kuin sairaus, tai ainakin hänen mukaansa terveyteen tulisi suhtautua vakavammin kuin sairauteen ja hän korostaa tarvetta siirtyä sairauksien ehkäisystä ja hoidosta terveyden edistämiseen.

Kun puhumme terveyden edistämisestä, mitä tarkoitamme? Terveyden edistäminen on terveyteen sijoittamista; tietoista voimavarojen kohdentamista ja terveyden tausta-

tekijöihin vaikuttamista. Se on arvoihin perustuvaa tavoitteellista toimintaa ihmisten terveyden ja hyvinvoinnin aikaansaamiseksi päämääränä terveyttä suojaavien sisäisten ja ulkoisten tekijöiden vahvistuminen, elämäntapojen muutos terveellisempään suuntaan ja terveyspalveluiden kehittyminen. Toiminnan vaikutukset näkyvät yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan terveytenä ja hyvinvointina (Wikipedia 2011).

Entä miten terveyttä konkreettisesti sitten edistettäisiin? Toinen Antonovskyn ajatuksiin tutustunut amerikkalainen tutkija, professori Maurice Mittelmark Bergenin yliopistosta on ehdottanut yhteiskunnallisia toimenpiteitä salutogeenisemmän ympäristön luomiseksi, eli terveyttä edistävän ympäristön luomiseksi. Professori Mittelmarkin mukaan meidän tulisi mm. muokata kulttuuristamme huolehtiva niin sosiaalisen kuin fyysisenkin ympäristömme suhteen, lisätä oikeudenmukaisuutta ja tasa-arvoa ihmisten välillä, luoda rikastuttavia elin- ja työolosuhteita sekä tarjota mahdollisuuksia ihmisten ja yhteisöjen kukoistukselle. Lisäksi meidän tulisi valjastaa sosiaalisia voimia ihmisen kehittymiseksi harmoniassa luonnon kanssa, tarjota sosiaalista tukea silloin kun yksilön omat resurssit eivät riitä, tukea yksilöiden taitoja navigoida elämässään, poistaa moraalisesti kestämättömiä stressiläheteitä, tarjota turvapaikka niille, joille on annettu vähiten, sekä valaa empatiaa jokaiseen kohtaamiseen kärsivien kanssa (Mittelmark 2009).

Utopiaako? Mikäli vastaus on kyllä, silloin utopiaa ovat myös mm. Maailman terveysjärjestö WHO:n terveyden määritelmä sekä YK:n ihmisoikeuksien yleismaailmallinen julistus, koska kaikkien näiden ajatusten ja pyrkimysten pe-

rusta on inhimillisyydessä, tasa-arvossa ja oikeudenmukaisuudessa ja kulkevat siten käsi kädessä: ei yhtä ilman toista tai kolmatta.

Tiedon tulisi olla ”vain” väline muuttaa maailmaa terveemmäksi – eli paremmaksi – itseisarvoa en tiedossa ja sen tuottamisessa osaa nähdä. Antonovskyn teoriassa on ulottuvuuksia, joiden vuoksi sitä on mielestäni järkevää tutkia, kehittää ja tulisi hyödyntää käytännössä. Antonovsky etsi terveyttä edistäviä voimavaroja eli terveyden alkupe-  
rää, sillä juuri terveyttä säilyttäviä ja edistäviä tekijöitä etsimällä voitiin hänen mukaansa tehokkaimmin vähentää inhimillistä kärsimystä. Lisäksi Antonovsky pyrki oikeudenmukaisuuteen: ainoastaan osoittamalla terveyttä ylläpitävien voimavarojen yhteiskunnallinen luonne voidaan vaatia yhteiskuntia edistämään ja tukemaan terveyttä edistäviä voimavaroja ja olosuhteita. Ja koska terveydessä kyse on ihmisen koko elämänkaaresta, myös sen edistäminen tulisi hänen mukaansa aloittaa varhaislapsuudessa.

Ja lopuksi, kaiken jälkeen, miksi osa meistä pysyy terveempinä kuin toiset? Lyhyt ja ytimekäs salutogeeninen vastaus olisi Asenne: terveyskin vaatii asennetta. Tämän asenteen eli koherenssin tunteen taustalta löytyy kuitenkin monia osatekijöitä, toisiinsa monimutkaisin syy-yhteyksin vaikuttavia biologisia, psyykkisiä, psykologisia ja sosiaalisia tekijöitä ja voimavaroja, jotka yhdessä vaikuttavat ihmisen terveyteen. Mutta yksi on varmaa: inhimillinen, hyvä ja ihmistä päämäärässään tukeva elinympäristö alkaen varhaislapsuudesta ja laajentuen myöhemmin koskemaan kokonaisvaltaisempaa ympäristöä sisältäen mm. työelämän, perhe-elämän ja muut sosiaaliset suhteet, on osa terveyttä edistävää salutogeenistä ympäristöämme (Volanen 2011).

## KIRJALLISUUS

- Antonovsky A. Health, stress and coping. Jossey-Bass, San Francisco 1979.
- Antonovsky A. Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well, Jossey-Bass, San Francisco 1987.
- Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 1977; 84(2):191–215.
- Constitution of the World Health Organization. WHO Geneva 1948.
- Engel GL, Schmale AH Jr. Psychoanalytic Theory of somatic disorder- conversation, specificity, and disease onset situation. *J Am Psychoanal Ass* 1967;15:344–365.
- Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977;196(4286):129–36.
- Freud S. Johdatus psykoanalyysiin. Gummerus, Jyväskylä 1964.
- Friedman M, Ulmer D. Treating type A behavior – and your heart. Knopf, New York 1984.
- Keyes CL. The mental health continuum: from languishing to flourishing in life, *J Health Soc Behav* 2002;43(2):207–22.
- Kobasa SC. Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *J Pers Soc Psychol* 1979; 37(1):1–11.
- Lazarus R., Folkman S. Stress, appraisal and coping. Springer, New York 1984.
- Mittelmark M. Building healthy public policy... the salutogenic way. Presentation in 2nd International Research Seminar on Salutogenesis, Helsinki 2009.
- Rotter JB. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychol Monogr* 1966: 80(1):1.
- Volanen, S-M. Sense of coherence. Determinants and consequences, Unigrafia, Helsinki 2011.
- WHO Ottawa Charter for Health Promotion 1986.
- Wikipedia [http://fi.wikipedia.org/wiki/Terveysten\\_edistaminen](http://fi.wikipedia.org/wiki/Terveysten_edistaminen) [Luettu 01/2011]

SALLA-MAARIT VOLANEN  
*FT, tutkijatohtori*