

# DOVEDNOSTI POTŘEBNÉ PRO ŽIVOT JAKO INDIVIDUÁLNÍ A SPOLEČENSKÉ ZDROJE ZDRAVÍ

---

*Anna SLADEK*

**Abstrakt:** *Přístup, orientovaný na rozvoj životních dovedností jako jedna ze strategií výchovy ke zdraví má své kořeny v hlubším kontextu společenských a kulturních transformací, které ovlivňují změny rozsahu sebeporozumění a roli člověka a jeho fungování na světě. V oblasti zdraví a výchovy ke zdraví tyto transformace vedly k poznání, že je třeba věnovat více pozornosti odpovědnosti jedince za vlastní zdraví. Širší dimenze společenských a kulturních změn na druhé straně ukazují subjektivitu jedince jako základ k hospodářskému, společenskému nebo kulturnímu růstu. Osobní zdroje se v tomto kontextu nestávají jen faktorem individuálního, ale také společenského růstu. Takto chápáno, zdroje zdraví a zejména životní dovednosti jsou pilířem pro činnosti, směřující k převzetí zodpovědnosti jedince za své zdraví a v širší perspektivě – k převzetí zodpovědnosti za zdraví místní komunity i celé společnosti. Cílem této práce je zdůraznit některé determinanty a důsledky takového chápání zdraví a výchovy ke zdraví.*

**Klíčová slova:** *modely zdraví, výchova ke zdraví, životní dovednosti a kompetence, zdroje zdraví jednotlivců i společnosti*

## **1. Proměnlivost chápání zdraví. Od společenské zodpovědnosti po individuální zodpovědnost za zdraví**

Na toto téma existuje v literatuře mnoho definic zdraví, protože to je jedna z hlavních sfér lidského života, a v důsledku se toto téma stává klíčovým bodem zájmu pozornosti nejenom na lékařském a společenském poli, ale také v kontextu běžného každodenního života jednotlivce. Můžeme analyzovat velký počet následných definic, které uvádějí zaměření změn v chápání pojmu: od pozitivních po negativní. Negativní definice zpravidla vztahovaly zdravotní stav k absenci nemoci. Základem pro pozitivní pojem zdraví je definice WHO (Světová zdravotnická organizace) z roku 1946. Zdraví vnímá jako stav celkového fyzického, duševního a společenského blahobytu a nikoliv pouze jako absenci nemoci nebo neduživosti. (Woyrnarowska, 2008, s. 19). Ačkoliv je tato definice kritizována pro svoji vágnost, změnila způsob, jakým přemýšlíme o zdraví

a nemoci. Zdraví jako kladná kategorie je spojována s pojmy jako kvalita života, potenciál nebo zdroje. Mnoho autorů zdůrazňuje, že pozitivní chápání zdraví je založeno na kombinaci subjektivních a objektivních kritérií (Woynarowska, 2008, s. 24). C. Herzlich popsal tři typy neformálního chápání zdraví: povrchně (příležitostné soustředění na zdraví, převážně když onemocníme), v kategoriích rezerv (zdraví jako zdroje, kapitál) a vyváženě (jako subjektivní norma prožívání radosti, po kterém toužíme) (Juczynski, Ogińska-Bulik 2003, s. 10). Z těchto tří přístupů ten první poukazuje na negativní význam a ostatní jsou pozitivní.

Ve zdravotní vědě existují vedle pokusů definovat zdraví i rozšířené charakteristiky, tzv. modely zdraví. Jejich popis by měl být analyzován v širším kontextu společenských a kulturních změn, které se odrážejí v proměnlivosti filosofických myšlenek a ve způsobech chápání člověka a jeho funkci na světě. Na tyto změny se můžeme dívat jako změny v humanitních a společenských vědách, které dominují z multidimensionálního hlediska jako fyzická, fyzická a duchovní existence. Navíc je také nutno věnovat pozornost světu zkušenosti jednotlivce a znakům kontroly subjektivní reality a procesům intersubjektivní komunikace. Individuální pohled, subjektivní a ne kolektivní, převládá nejenom ve vědě, ale je také pozorován v hromadných sdělovacích prostředcích a každodenním životě. Všechny změny metod myšlení mohou být vyjádřeny vzájemnou definicí postupu od projektu moderní reality k projektu reality postmoderní (Bauman, 2006).

Změna paradigmat ve společenských a humanitních vědách měla rozsáhlé důsledky ve vnímání zdraví. Tradiční chápání je reprezentováno biolékařským modelem zdraví (také nazývaný patogenní), který se objevil jako výsledek dualistické a mechanistické karteziánské filosofie. V tomto případě je zdraví chápáno objektivně a je popisováno lékařskými kritérii jako stav, v němž nedochází k žádným poruchám biologických funkcí organismu (Woynarowska 2008, Sheridan, Radamacher 1998). Tento model se soustředil na nemoc jako na hlavní problém a na způsoby, jak se s tím vypořádat, včetně určení symptomů a jejich eliminace.<sup>1</sup> Jinými slovy, došlo k omezení na léčbu nebo prevenci nemoci vytvořením odpovídajících externích a interních podmínek, provázejících „absenci“ nemoci. Lékařský personál a příslušné instituce byly zodpovědné za takovéto chápání zdraví. Ale odpovědnost jednotlivce byla omezena pouze na respektování externích stanovených doporučení a norem. V biomedicinském modelu byla zodpovědnost jednotlivce za vlastní zdraví nepřímá a pasivní a byla založena na obligátním „poslouchejte“ odborníky.

Ve druhé polovině 20. století byl propagován holistický model zdraví, vztahující se k systemické perspektivě. Zdraví je v tomto případě chápáno mnohorozměrně, mnohostranně a procesuálně. Je možné ho analyzovat ve dvou rozměrech. První dimenze je rozšířená, pokud je tělo vnímáno jako živý systém a zdraví takto chápané zahrnuje řadu podsystémů a dimenzí. Tento rozměr vyzdvihuje lidskou bytost jako součást sociálního a kulturního systému a zdraví zahrnuje jak problematiku jednotlivců, tak i životního prostředí. Tato perspektiva se nazývá socioekologický model zdraví. Existuje celá řada interpretací této perspektivy, z nichž nejznámější se nazývá „mandaly pro zdraví“ (Kowalski, Gawel 2007; Woynarowska 2008). Salutogenetický model, popisující faktory a mecha-

<sup>1</sup> V současné době se uznává převaha holistického modelu, proto biolékařský model je označován jako model dřívější. Musíme mít na paměti, že existuje koexistence všech modelů zdraví nebo že si z nich můžeme vybrat subjektivně vybírat. Je to důsledek projektu postmoderní reality, protože pluralismus a relativismus takovou realitu utvářejí.

nismy pro dosažení zdraví, rovněž nelze opomenout. Zde se zdraví a nemoc zobrazuje v kontinuu, kterým lidská bytost během svého života prochází. Podle Antonovského je rozhodující otázkou, díky čemu si lidé uchovávají zdraví i přes výskyt patogenů a proč se někteří zotaví a jiní nikoliv. U tohoto modelu je důraz kladen na zdraví, nikoliv na nemoc a na rizikové faktory jako v případě patogenického modelu (Antonovsky 2005).

Posun v myšlení ohledně zdraví vedl i k přesunu zájmu, což je možné jednoznačně vidět na holistickém nebo salutogenetickém modelu. Oba modely považují zdraví a jeho zachování středobodem celé problematiky. Přesto mezi nimi existují určité rozdíly. Holistický model klade důraz na multidimenzionální chápání zdraví. Z toho tedy plyne, že otázka uchování zdraví se zaměřuje na péči o jeho jednotlivé sféry, přiřazované jak samotnému člověku, tak i tomu, co je za ním. V této perspektivě propagace zdraví a výchova ke zdraví spočívá v podporování člověka v jeho úsilí pečovat o vlastní zdraví a na druhé straně se jedná o vytváření odpovídající vnějších podmínek životního prostředí a zaměření činnosti na celou společnost s cílem posílit její zdravotní potenciál. To je důvod, proč je tak důležité multidimenzionální chápání zdraví, kde jsou sociální a environmentální faktory (včetně péče o zdraví) tak zásadní jako subjektivní faktory a životní styl. U tohoto modelu je odpovědnost za zdraví sdílena jednotlivci, společností a odborníky. Tato perspektiva je důležitá i z toho důvodu, že klade důraz nejen na zdraví jednotlivce, ale i na zdraví společnosti a na zdravé životní prostředí.

Na druhé straně salutogenetický model ukazuje stav udržení zdraví i přes škodlivé faktory nebo zotavení i přes výskyt nemoci. A. Antonovsky poukazuje na rozdíl mezi způsoby vypořádání se s rizikovými faktory a obtížnými situacemi (včetně nemoci) a uchování zdraví i přes dopady těchto faktorů. Problém zachování zdraví spočívá ve vytváření subjektivních determinantů zdraví. Lze tedy odůvodněně předpokládat, že podpora zdraví a výchova ke zdraví je zaměřena na posilování nebo vytváření subjektivních způsobů jak se vypořádat (včetně různých životních schopností), bez ohledu na to, jsou-li tyto způsoby zaměřeny na jednotlivce, skupiny nebo celé společnosti. Ale na druhé straně se činnosti, zaměřené na vytvoření vhodných externích podmínek, mohou jako důsledek soustředit na nepřímé utváření individuálních strategií zvládnutí. Vývoj sociálně kulturního potenciálu společnosti může například být faktorem růstu sociální podpory pro jednotlivce, ale může se také stát kompenzační činností jako strategie vypořádání se. V případě salutogenetického modelu leží odpovědnost za zdraví na jednotlivci, protože člověk je schopen rozvinout svůj vlastní zdravotní potenciál.

Je zela jasně vidět, že posun v chápání zdraví jde mnohem dále, až za jeho vědecká hlediska a mohl by vést k převaze pozitivního popisu, zaměřeného na uchování a rozvoj zdravotního potenciálu, ale současně připisujícího odpovědnost jednotlivcům. Každý jeden z nás je tudíž v tomto ohledu odpovědný za své vlastní zdraví.

## **2. Praktické schopnosti jaké základní zdroje individuálního zdraví**

Teorie lidského potenciálu, rozvíjená od 60. let minulého století a následně i teorie sociálního potenciálu vyzdvihují lidský faktor jako zcela zásadní zdroj pro hospodářský růst. Termín „lidský potenciál“ odkazuje na zdroje znalostí, schopností, do-

vedností, zdraví nebo životní energii společnosti, které mohou být předmětem růstu, bude-li investována lidská složka. Termín „sociální kapitál“ zase odkazuje na takové sociální zdroje, jako je důvěra, normy a sociální vztahy, které mohou posílit kompetence společnosti usnadněním koordinace akcí a zapojením občanů. Tyto silné vazby a sociální důvěra jsou důležité pro růst jednotlivců i společnosti, a proto nepřímou ovlivňují ekonomický růst (Młokosiewicz, 2003; Lyszczarz et al 2009).

Ve světle těchto teorií je možné vidět růstový potenciál v jednotlivcích i ve společnosti, který by se mohl rozvinout do individuálních, společenských a ekonomických zdrojů. Tyto teorie měly širokou odezvu ve společenských a humanitních vědách. Dnes je zřejmé, že jsou tyto zdroje analyzovány jako potenciál rozvoje v kontextu zdraví a života. V tomto článku bych rovněž chtěla poukázat na individuální a společenské zdroje jako na potenciál, zcela zásadní pro zdraví a růst.

Je třeba zdůraznit, že termín „zdroje“ existoval v ekonomii a ekologii ještě dříve než se stal důležitým psychologickým termínem. Psychology stále ještě nemá jednoznačnou definici tohoto termínu (Mudyň, 2003). V obecné rovině by bylo možné říci, že „jádem tohoto termínu jsou specifické funkční schopnosti, existující v člověku, jeho životním prostředí a v environmentálních vztazích (Sęk, 2003, s. 18). Zdroje mají holistický, interdisciplinární, často nespecifikovaný, intuitivní, relativní a pozitivně hodnocený charakter. Zdá se, že skutečnost, že jsou zdroje relativní a pozitivně hodnocené, je zásadní pro tento termín, protože současně definuje i jeho stav. Nelze nepřipomenout, že zdroje neexistují objektivně, ale mají subjektivní charakter, vždycky je někdo vlastní, a proto jsou relativní, tj. odkazují na konkrétní potřeby nebo cíle jednotlivce, což rovněž zahrnuje i jejich dostupnost. Pozitivní hodnocení zdrojů je rovněž důležité, protože nemůžeme na ně odkazovat jako na něco, co je hodnoceno negativně; schopnosti zločdaje by například nebyly hodnoceny jako zdroje. A navíc, pozitivní hodnocení zdrojů je vtaženo na jejich nedostatek a omezení vůči jiným potřebám. Profil zdrojů usnadňuje vyslovení závěru, že „něco“ se stává zdrojem pro určitého jednotlivce nebo obecně pro lidi, když splňuje určitá kritéria a v této souvislosti dělíme zdroje na skutečné a potenciální. Skutečné zdroje jsou takové, které naplňují potřeby nebo cíle určitého jednotlivce, jejichž existence si je tento jedinec vědom a k nimž má přístup. Potenciální zdroje jsou na druhé straně takové, které je možné využít v konkrétní situaci, ale za určitých podmínek, tj. když k nim jedinec má anebo v budoucnu znovu získá přístup. Co se stane, když se zkombinují znalosti o existenci „něčeho“ s jeho dostupností, umožňují specifikovat skutečné nebo potenciální zdroje a jejich nedostatek. Proto je možné hovořit o něčích vědomostech a znalostech, přičemž obsah těchto vědomostí (informovanost) odkazuje na vztah mezi vlastnictvím „něčeho“ a určitou potřebou nebo cílem. Dostupnost je potom důsledkem této informovanosti, povědomí. Pokud má někdo tyto vědomosti, znalosti a přístup ke zdrojům, toto „něco“ se stává skutečným zdrojem. Pokud jsou tyto vědomosti, spojené s určitými potřebami, sdíleny s jinými lidmi, stávající se jejich potenciálním zdrojem. Mohlo by se rovněž stát, že ostatní zjistí u jednotlivce „něco“ čehož si jedinec není vědom - v takovém případě jsou tyto zdroje skryté pro jednotlivce, i když potenciálně existují (nedostatek přístupu) (Mudyň, 2003). Toto dělení je důležité pro využívání zdrojů. Pokud jedinec sám nezjistí, že vlastní zdroje, které jsou pro něho skryté, ale které jsou zjistitelné pro ostatní, může to vést k dvojí reakci. Zprv by to mohlo vést k využívání těchto zdrojů ostatními pro uspokojení jejich

vlastních potřeb. Zadrugé by to mohlo být východisko pro posílení jeho potenciálu a pro růst v konkrétním prostředí. Vezmeme-li do úvahy výše uváděné teorie o lidském a sociálním (společenském) kapitálu, ve druhém případě můžeme hovořit o investování do kapitálu (tj. osobní zdroje), což by mohlo mít potenciální hodnotu jak pro jednotlivce, tak i pro společnost.

Když se podíváme na klasifikaci zdrojů, obecně se dělí na interní a externí anebo osobní a sociální (Sęk, 2003; Chodkiewicz 2005). Externí zdroje zahrnují:

- a) biologické zdroje, tj. biologická odolnost
- b) duševní zdroje, tj. všechny obecné i konkrétní psychické vlastnosti (jako je temperament, poznávací a intelektuální funkce a struktury, komponenty struktur „Já“, psychosociální kompetence, atd.);
- c) duchovní zdroje (smysl významu a překročení);  
Vnitřní zdroje zahrnují takové skupiny jako:
  - a) zdroje fyzického prostředí (klima, čistota vzduchu, materiální prostředí);
  - b) zdroje biologického prostředí (živé organismy);
  - c) sociokulturní zdroje, ovšem:
    - kulturní zdroje mají obecnější charakter a kladou důraz na jakost sociálních zdrojů (tradice, zvyky, normy, předpisy, důležité referenční systémy, jako kulturní a umělecké instituce, atd.);
    - sociální (společenské) zdroje zahrnují veškeré aspekty sociální podpory, jako jsou silné vazby, referenční skupiny, asociace a podpůrné skupiny včetně systémů sociální péče, atd.

Výše uvedená klasifikace pravděpodobně nezahrnuje veškeré zdroje, ovšem umožňuje je obecně charakterizovat - externí a interní, jak je uvedeno výše, a rozdělit je na osobní a sociální zdroje což je zásadní dělení v pro tuto problematiku. V řadě studií jsou osobní zdroje považovány za identické výše uváděným interním zdrojům, kdežto sociální (společenské) jsou vnímány jako externí. Vezmeme-li ovšem do úvahy chápání osobních zdrojů v nejširším slova smyslu jako určitý druh možností (interní a externí), které člověk má a které ovlivňují jeho fungování a determinují jeho odolnost (Chodkiewicz, 2005, s. 152), je akceptována hierarchická závislost obou klasifikací. Rozdělení na externí a interní zdroje se tedy stává součástí osobních zdrojů jednotlivce. Na druhé straně sociální zdroje zahrnují veškeré zdroje, využívané skupinou nebo společností.

V této práci bych ráda obrátila pozornost na zdroje (individuální a sociální), které jsou využívány za účelem uspokojování potřeb a cílů, spojených se zdravím a osobním růstem. V této souvislosti předpokládám, že oblast zdraví je součástí procesu růstu, a proto, když hovořím o zdrojích pro zdraví, současně předpokládám i jejich vliv na možnosti růstu. Tento přístup je řádným zohledněním zdraví jako zdroje jak pro jednotlivce, tak i pro společnosti, což je potvrzeno v mezinárodních dokumentech (Ottawská charta podpory zdraví, 1986). Osobní zdroje, držené jednotlivci, vytvářejí určité podmínky pro fungování a tudíž se stávají subjektivními determinanty zdraví (a rovněž růstu). Externí zdroje okolí na druhé straně představují environmentální determinanty. Mezi mnoha subjektivními determinanty zdraví jednotlivců zcela zásadní pro podporu zdraví jsou biologické podmínky a životní styl (Woynarowska 2008). V souvislosti s analyzovanou problematikou mimořádně důležité jsou faktory, týkající se utváření životního stylu člověka, na rozdíl od biologických determinantů, které jsou součástí

exploitativních zdrojů. Výše řečené je navíc komplikováno skutečností, že životní styl se utváří v procesu vzájemného ovlivňování kulturně sociálních determinantů a subjektivních vlastností každého jedince. Během procesu růstu jedince se subjektivní determinanty stávají stále důležitější. Mezi nimi je největší pozornost věnována (Kowalski, Gaweł 2007 s. 114-150; Woynarowska 2008, s. 103-106):

- a) kognitivním faktorům (znalosti, vědomosti, přesvědčení, očekávání a přístup ke zdraví);
- b) dovednostem/schopnostem, zahrnujícím dovednosti:
  - instrumentální (vztahují se k péči o zdraví);
  - psychosociální (takzvané životní dovednosti), které jsou zaměřeny na zvládání každodenních úkolů a na navázání vyhovujících interpersonálních vztahů.

Zdůrazňování role praktických dovedností jako stěžejních zdrojů pro zdraví bylo spojeno s proměnlivým vnímáním smyslu zdraví, zejména jeho pozitivního hlediska. Toto schéma myšlení obrátilo pozornost na jev, zvaný resilience - nezdolnost, vitalita (tento termín nemá v polštině ekvivalent). Pochází z výzkumu, prováděného na dětech, které doposud nepřežily negativní zkušenosti svých rodičů i přesto, že žijí v nevýnosných sociálních a ekonomických podmínkách. Nezdolnost je proces pozitivního přizpůsobení nepříznivé situaci, kde ochranné faktory snižují nebo kompenzují vliv faktorů rizikových. Tento proces je spojen s využíváním psychosociálních kompetencí a s jejich růstem, s absencí emocionálních poruch případně poruch jednání a s převzetím úkolů, zaměřených na rozvoj (Ostaszewski 2005; Wojnarowska 2008). Vedle nezdolnosti a faktorů s ní spojených výzkumníci vynalezli termín *resistance resources/zdroje odolnosti*, tj. faktory, které posilují odolnost vůči stresu a které současně činí jednotlivce zdravějším (Antonovsky 2005; Chodkiewicz 2005). Obě tato hlediska jsou indikátorem psychosociálních dovedností (kompetencí) jako osobních zdrojů, které usnadňují zvládání složitých situací, a tím uchování nebo obnovení zdraví.

Životní schopnosti jsou definovány jako „schopnosti (dovednosti) usnadňující pozitivní přizpůsobení chování, které umožní jednotlivci zvládat efektivně úkoly a výzvy každodenního života ” (Sokołowska 2008, s. 444). Takto chápané schopnosti si kladou za cíl dosáhnout uspokojivého života, umožnit poznání sebe sama, poskytnout pomoc při zvládání problémů, rozhodovat o možnosti provádět volby a akce. Představují rovněž stav navázání dobrých a vyhovujících vztahů s jinými lidmi, usnadnění aktivního zapojení do společenského života, uplatnění na trhu práce a jsou přínosné pro zlepšení a ochranu zdraví, včetně snižování počtu rizikových faktorů a chování (Sokołowska 2008, Woynarowska 2001). V rámci výchovy ke zdraví a podpory zdraví se tato problematika jeví jako vhodný přístup pro utváření životních dovedností (*life skills approach - přístup dovedností v reálných životních situacích*), který Světová zdravotnická organizace (WHO) studovala v období 1993 - 1999. V politice WHO Zdraví pro všechny byl tento přístup uveden jako úkol, zaměřený na utváření zdraví mládeže. “Do roku 2020 budou mladí lidé v tomto regionu zdravější a lépe připraveni k plnění svých úloh ve společnosti“ (Zdraví/Health č. 21, 2001). Následně se k tomu připojily další dvě organizace (UNICEF a UNFPA). Tento přístup je určen k výchově dětí a mládeže, protože tato skupina je mimořádně citlivá na rizika prudkých sociálních a ekonomických změn v současném světě. Rozsah a rychlost těchto změn je pro mládež stále náročnější a důsledkem toho jsou nezbytné

změny v jejich výchově a vzdělávání. Z toho plyne, že cílem vzdělávání není pouhá příprava na další stupeň vzdělání anebo na nástup do pracovního procesu, ale v první řadě je to příprava na to, jak se vyrovnat se životem a zvládat ho. Tento přístup byl v praxi uplatněn v rámci evropské sítě škol, hlásících se k programu Škola podporující zdraví (Health Promoting School). V Polsku byla v rámci pilotního projektu v letech 2001 a 2002 navržena strategie zavedení tohoto přístupu do škol (Woynarowska 2001, Sokołowska 2008).

V literatuře je k tomuto tématu uváděna celá řada klasifikací životních dovedností. Tato variabilita neplyne jen ze způsobu chápání tohoto přístupu (protože definice má spíše obecný charakter), ale zejména z poznání toho, že některé funkce jsou nadřazeny jiným. Proto počáteční dělení, které provedla WHO, zohledňovalo charakter problémů prevence a zdravotních problémů, s nimiž by se děti a mládež mohly střetávat v každodenním životě. Z tohoto pohledu byly specifikovány dvě skupiny životních dovedností (Woynarowska, 2001):

- a) základní dovednosti pro každodenní život: rozhodování, kreativní/tvůrčí a kritické myšlení, komunikace a pozitivní interpersonální vztahy, uvědomování sebe sama, empatie, zvládání stresu a emocí;
- b) specifické dovednosti a schopnosti, zaměřené na zvládání takových rizik, jako je závislost, násilí, rizikové sexuální chování.

UNICEF zase v roce 2000 předložil následující dělení/klasifikaci životních dovedností (Woynarowska 2001, Sokołowska 2008):

1. interpersonální dovednosti (empatie, aktivní naslouchání, verbální a neverbální komunikace, asertivita, čestnost, vyjednávání, řešení sporů, spolupráce, týmová práce, vztahy a vazby, spolupráce se společností /veřejností);
2. dovednosti, zaměřené na stimulování uvědomování si sebe sama (sebehodnocení, zjištění slabých a silných stránek, pozitivní myšlení, budování pozitivního vlastního obrazu);
3. dovednost vytvořit si vlastní systém hodnot (pochopení různých sociálních norem, přesvědčení, kultur, tolerance, vytvoření vlastního systému hodnot, přístupů a chování, zabránění diskriminace a stereotypů, jednání v souladu se zákonem, odpovědnost a sociální spravedlnost);
4. dovednost a schopnost rozhodování (kritické a kreativní myšlení, řešení problémů, identifikace rizik vlastních a rizik ostatních osob, hledání alternativ, získávání informací a posuzování jejich hodnoty, předvídaní dopadů vlastní činnosti, vytyčení cílů);
5. dovednost zvládnout a řídit stres (sebekontrola, zvládání tlaků, hospodaření s časem, zvládání strachu a složitých situací, vyhledání pomoci).

Ale v dokumentu WHO z roku 2003 jsou specifikovány pouze tři skupiny životních dovedností (Sokołowska 2008):

1. komunikace a interpersonální dovednosti (verbální a neverbální komunikace, asertivita, empatie, týmová práce, obhajoba);
2. rozhodování a kritické myšlení (ukládání informací, hodnocení řešení a jejich dopadů, analýza vlivu přístupů a hodnot na motivaci a jednání);
3. sebeřízení (stimulování sebeúcty, sebeuvědomování, sebehodnocení, vytyčení vlastních cílů, řízení emocí, zvládání stresu).

Interpretační posuny při klasifikaci životních dovedností v souvislosti s měnícím se způsobem přemýšlení o zdraví a prevenci, tj. postupný posun důrazu, je možné pozorovat v několika směrech (Woynarowska, 2002):

- co se týče cílů: od předcházení rizikovým situacím k podpoře plnění úkolů růstu, usnadňující zvládání problémů každodenního života;
- co se týče adresáta úkolů prevence: od rizikových skupin k celé populaci dětí a mládeže;
- co se týče osob, realizujících programy: od externích specialistů k učitelům v oblasti životního prostředí, kteří spolupracují se studenty;
- co se týče doby trvání: od krátkodobých školení k dlouhodobým víceetapovým programům (nazývaným *spirála*).

Analýzované změny v klasifikaci životních dovedností i rozdílné zkušenosti se zaváděním programů na jejich podporu ve školách naznačují, že jsou jedním z klíčových zdrojů pro zdraví lidí. Rovněž stojí za to se zamyslet nad jejich důležitostí pro sociální i společenské zdroje.

### **3. Zvládání problémů každodenního života. Od zdraví jednotlivce ke zdravé společnosti**

Problém životních dovedností je spojen nejen s výchovou ke zdraví, ale také řeší problematiku duševního zdraví, zvládání stresu a emocí nebo emoční inteligence jako takové. Celá tato problematika by mohla být vložena do orientace pozitivní psychologie. Například chápání duševního zdraví se dnes definuje nově tak, že stále častěji odráží pozitivní duševní zdraví. Změna v tomto smyslu spočívá v přesunutí ohniska z absence nemoci na schopnost kontrolovat symptomy, a tím se přizpůsobit měnícím se životním podmínkám. (Persaud 2006). Sebekontrola je spojena s takovými termíny jako zvládání nebo řízení, plynoucí z výzkumu, zaměřeného na stres a kritické události. V tomto našem výzkumu je pozoruhodný přesun důrazu ze složité situace na proces zvládání a překonávání. Obecně řečeno, celý komplex změn je možné charakterizovat přesunem důrazu z pasivity na zapojení, tj. z pozice externího pozorovatele (k jaké složité situaci by to mohlo vést) k pokusu aktivovat jednotlivce demonstrováním možností vlastního řízení této situace. Na druhé straně výzkum emoční inteligence (Goleman 1997) ukazuje, že prosperita je z velké míry ovlivněna zvládáním emocí, vytvářením motivace, schopnosti porozumět sám sobě a jiným lidem a budováním vztahů s ostatními. Dosažená úroveň vzdělání nebo obecně inteligence je marginalizována, protože termín emoční a sociální inteligence je spojen s rozšířením rozsahu výzkumu na osobní a sociální kompetence.

Témata výzkumu, uváděná výše, obracejí pozornost na proces vlastního řízení a zvládání složitých situací. Řízení je chápáno jako „komplexní a dynamicky se měnící soubor fyzických procesů a chování, zaměřených na utváření nových způsobů plnění požadavků nebo cílů v situaci, kdy externí a interní podmínky, důležité pro jednotlivce, vyvolávají fyzické namáhání (fyzickou zátěž) a stav zasahování do adaptivních lidských zdrojů” (Sęk 1991, s. 34). Je třeba rovněž poznamenat, že tento termín odkazuje na dynamické a pozitivní chápání zdraví v kategoriích rezerv (zdrojů). Proces řízení je kreativní, protože vychází z individuálního hledání nových schémat jednání. Je to rovněž dynamický proces, protože jednatel neočekává změny pasivně, ale situace evoku-



je nutnost hledat řešení. Oblast hledání zahrnuje individuální případně sociální zdroje. Protože badatelé, zapojeni do této problematiky, uvádějí, že tyto zdroje jsou vnímány jako kritéria kompetencí. Zdá se, že se mezi termíny „kompetence“ a „dovednost“ často dává rovnítko; i když tyto termíny mají mnoho společného, jsou mezi nimi zásadní rozdíly. Stojí tudíž za to se podrobněji podívat na jejich povahu, protože v tomto kontextu se výchova ke zdraví, zaměřená na rozvoj životních dovedností, rozšiřuje.

Analýza termínu *kompetence* zahrnuje jeho široký rámec, do něhož spadá i termín *dovednosti*. Kompetence znamenají „způsob využívání vlastních schopností pro ovládnutí některých dovedností, podporovaný určitými teoretickými znalostmi pro efektivní řízení v okolním světě v určitém ohledu“ (Skrzypczak 1999, s. 404). Utváření kompetencí proto zahrnuje několik propojených úkolů (Skrzypczak 1999):

- vývoj určitých znalostí/vědomostí (které musí být pochopeny a absorbovány),
- vývoj určitých dovedností (schopností) na základě získaných znalostí,
- vybavení určitými instrumentálními predispozicemi, tj. nástroji pro rozumné jednání v určitých situacích,
- vývoj motivace, spojené s cílem akce/jednání a ovlivňující účinnost,
- vybavení určitými směrovými dispozicemi, tj. utváření hodnotového systému, který umožňuje využívat kompetence odpovídajícím způsobem (je třeba mít na paměti, že být kompetentní rovněž znamená závislý na síle přesvědčení, že je nutné využívat určité dovednosti).

Kompetence, chápané tímto způsobem, jsou předmětem zájmu v různých oblastech působnosti, zaměřených na vývoj člověka, zejména činnost vzdělávání v širokém slova smyslu. Odráží se v takových dokumentech, jako jsou dokumenty EU, týkající se strategie vzdělávání v rozsahu Programu celoživotního učení (Klíčové kompetence 2005; Doporučení 2006). Zdá se, že zdůrazňování teorií kompetencí je příznakem změn v paradigmatech vnímání člověka ve společenských a humanitních vědách. Tento termín skutečně znamená svobodu člověka, individualitu a vlastní odpovědnost za život.

V rámci výchovy ke zdraví si zdůrazňování důležitosti kompetence klade za cíl nikoliv jen prostou změnu definice z dovednosti na životní kompetenci. Jde spíše o upozorňování na důležité dopady této změny pro vzdělání, nikoliv o samotnou výchovu ke zdraví. Celá řada úkolů, zaměřených na vývoj kompetencí naznačuje, že se jedná o dlouhodobý vícestupňový proces, který postupně prohlubuje rozsah a stupně při vývoji kompetencí. A zadruhé, kompetence jsou vztaženy k určitému rozsahu, a proto jsou spojeny s nápravnými opatřeními, odkazujícími na určité cíle nebo potřeby, a tudíž je musí jednotlivec zahrnout do rozsahu vlastních životních aktivit a v důsledku toho nejsou ukládány. V kontextu těchto dvou podmínek je třeba zdůrazňovat pozitivní zaměření změn v rámci výchovy ke zdraví. Zdá se, že zkušenosti škol, podporujících zdraví, tento závěr prosazují (Wojnarowska 2002). A kromě toho jsou tyto kompetence vzájemně provázány a vytvářejí určitou hierarchii. Z toho plyne, že nejširší kompetence by měly být rozvíjeny na počátku, aby pak mohly působit jako základ pro zbytek. Tento přístup se odráží v politice EU v kontextu celoživotního učení, protože jedním z cílů je určit klíčové kompetence a zahrnout je do procesu vzdělávání. Proto se zdá být rozumné kombinovat činnosti směrového přístupu při rozvoji životních dovedností

(výchova ke zdraví) a činnosti, zaměřené na vypracování a zavedení klíčových kompetencí (všeobecné vědomosti a znalosti), protože jsou zaměřeny na vzájemně propojené cíle (celoživotní vzdělávání a učení v konkrétním prostředí). S odkazem na hierarchický proces budování životních dovedností stojí za povšimnutí, že úloha rozvoje „naplňujících“ kompetencí je preferována, a marginalizovány jsou hodnotící a kognitivní kompetence, které umožňují stanovit jednání v rozšířeném procesu rozhodování, vycházejícím z hodnotového systému (Borowska 1999). Vzdělání, zaměřené na rozvoj dovedností, zahrnuje toto potenciální ohrožení.

Nakonec bych se ráda zaměřila ještě na jednu problematiku. Směrový přístup, zaváděný v rámci výchovy ke zdraví, je zaměřený na osoby mladší 18 let, obdobně jako návrh klíčových kompetencí v povinném vzdělávání. Rozumí se, že uvažujeme perspektivní vývoj společností, zohledňovaný v opatřeních, prováděných v rámci EU politiky, zaměřené na vzdělávání a zdraví. Stejně tak ovšem je nutné nezanedbávat opatření, zaměřená na dospělé, zejména z pohledu rozšíření odpovědnosti jednotlivců za zdraví. Nutnost rozvíjet mezi nimi životní dovednosti, které podporují proces zvládání úkolů každodenního života nebo kritických situací, je stále více a více urgentní. Růst duševních problémů je markantní (Persaud 2006, Chodkiewicz 2005), přičemž za zdroje je možné považovat rychlost sociálních a ekonomických změn a problémy, jak tyto změny zvládat a jak se jim přizpůsobit. Provést institucionální opatření na podporu řešení výše uváděných problémů se jeví jako spíše nemožné, snad s výjimkou činností, zaměřených na úzké skupiny, například nezaměstnané. A kromě toho jsou institucionální opatření v rozporu s myšlenkou utváření životních dovedností a s procesem vlastního řízení obtížných situací.

Zdá se, že jedním z návrhů je vzdělávání dospělých. Jak uvádí M. Malewski (2001), zaměření změn ve výchově dospělých je spojeno s pokusem využít teorii individuálního a sociálního (společenského) potenciálu. Sociální potenciál obzvláště stojí za zmínku, protože vede k utváření myšlenky situovaného učení. Byl prakticky zaveden ve dvou oblastech: v profesionální sféře jako vzdělávací organizace a ve veřejné sféře jako komunitní učení. Uváděné myšlenky zejména zdůrazňují přesun ohniska z výchovy na učení, tj. individuální zapojení do procesu získávání vědomostí, dovedností, přizpůsobeného vlastním potřebám, možnostem a motivacím, a situovaného podle konkrétní životní situace jednotlivce a v souvislosti se sociálními problémy. V tomto významu je proces učení dospělých úzce spojen s jejich zapojením do opatření ve prospěch jejich komunity. Znalosti, dovednosti a kompetence, uplatněné v určité problematické situaci, představují osobní/personální zdroje, které jsou součástí lidského kapitálu, působícího ve prospěch rozvoje komunity/společnosti. Sama společnost se může stát zdrojem růstu jednotlivců v rámci sociálních vztahů a důvěry (sociální kapitál). Individuální a sociální zdroje stejně jako určité situace jsou provázány a vytvářejí určitý kontext pro růst individuální i sociální (společenský).

Někomu se může zdát, že jsem se odchýlila od samotného předmětu práce, od zdraví a výchovy ke zdraví. Je ovšem obtížné oddělit všechny sféry lidského vývoj a vnímat je samostatně. Proces učení, vycházející z každodenních situací a přispívající k rozvoji jednotlivců, je současně zdrojem pro utváření zdraví. Na druhé straně úroveň zdraví jednotlivců předurčuje rozsah a jakost opatření v ostatních oblastech, a proto je nemožné opominout problematiku sociálního zdraví. Jakost zdraví jednotlivců není

zjednodušena a přímo interpretována jako zdravotní stav společnosti. Personální zdroje každého člena komunity/společnosti vytvářejí potenciál růstu, který by mohl být využit nejen jednotlivci, ale určitými skupinami nebo i celou společností. Je třeba mít na paměti, že zapojení dospělých do řešení každodenních problémů, týkajících se jejich komunity - nebo obecněji společnosti - přispívá k rozvoji jejich (životních) kompetencí. Ty se mohou stát protiváhou k jevu *trained helplessness*/vyškolené bezmocnosti, zejména patrné v postkomunistických společnostech. A navíc, vytváření podmínek pro využívání životních kompetencí (dovedností) je důležitým faktorem dalšího růstu dětí a mládeže. Proto se zdá být nezbytné vytvářet příznivé podmínky pro sociální zapojení, které by se mohlo stát jedním z klíčových zdrojů zdraví jednotlivců i společnosti. Rozvoj životních kompetencí vede nejen k růstu individuálního zdravotního potenciálu, ale rovněž buduje zdravou společnost.

## Literatura

- ANTONOVSKY A. (2005), *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak sobie radzić ze stresem i nie zachorować*, tłum. H. Grzegołowska-Klarkowska, Warszawa, Fundacja IPN.
- BAUMAN Z. (2006), *Płynna nowoczesność*, przekł. T. Kunz, Kraków, Wydaw. Literackie.
- BOROWSKA T. (1999), „*Homo construens*” – człowiek budujący. *Edukacyjne przygotowanie do radzenia sobie z różnymi zagrożeniami* [w:] *Pedagogika i edukacja wobec nadziei i zagrożeń współczesności*, (red.) J. Gnitecki, J. Rutkowiak, Warszawa – Poznań.
- GOLEMAN D. (1997), *Inteligencja emocjonalna*, tłum. A. Jankowski, Poznań, Media Rodzina of Poznań.
- JUCZYŃSKI Z., OGIŃSKA-BULIK N. (2003), *Zdrowie najważniejszym zasobem człowieka* [w:] *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*, (red.) Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik, Łódź, Wydawnictwo UŁ.
- Karta Ottawska* (1986), tłum. J.B. Karski [w:] *Promocja zdrowia* (1994), (red.) J.B. Karski, Z. Słońska, B.W. Wasilewski, Warszawa, Sanmedia.
- Kompetencje kluczowe. Realizacja koncepcji na poziomie szkolnictwa obowiązkowego*, (2005) Warszawa, Euridice.
- KOWALSKI M., GAWEL (2007), *Zdrowie – wartość – edukacja*, Kraków, Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- ŁYSZCZARZ B., HNATYSZYN-DZIKOWSKA A., WYSZKOWSKA Z. (2009), *Wpływ zdrowia na wzrost gospodarczy – perspektywa rynku pracy*, dokument otwarty 06.07.2009 na stronie [http://www.ae.katowice.pl/images/user/File/katedra\\_ekonomii/B.LYSZCZARZ,A.HNATYSZYN-DZIKOWSKA,Z.WYSZKOWSKA\\_Wplyw\\_zdrowia\\_na\\_wzrost\\_gospodarczy\\_-\\_perspektywa\\_.pdf](http://www.ae.katowice.pl/images/user/File/katedra_ekonomii/B.LYSZCZARZ,A.HNATYSZYN-DZIKOWSKA,Z.WYSZKOWSKA_Wplyw_zdrowia_na_wzrost_gospodarczy_-_perspektywa_.pdf).
- MALEWSKI M. (2001), *Edukacja dorosłych w pojęciowym zgiełku. Próba rekonstrukcji zmieniającej się racjonalności andragogiki*, „Terazniejszość – Człowiek – Edukacja”, nr 2.
- MŁOKOSIEWICZ M. (2003), *Kapitał społeczny i kapitał ludzki a kwestia ubóstwa*

- [w:] *Kapitał ludzki w gospodarce*, (red.) D. Kopycińska, Szczecin, Wydawnictwo PTE.
- MUDYŃ K. (2003), *Czy można mieć zasoby nie mając do nich dostępu? Problem dostępności zasobów* [w:] *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*, (red.) Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik, Łódź, Wydawnictwo UŁ.
- OSTASZEWSKI K. (2005), *Druga strona ryzyka*, „Remedium”, nr 2, s. 1-3.
- PERSAUD R. (2006), *Pozostać przy zdrowych zmysłach. Jak nie stracić głowy w stresie współczesnego życia*, przekł. P. Luboński, Warszawa, J. Santorski & Co Agencja Wydaw.
- SEK H. (1991), *Proces twórczego zmagania się z krytycznymi wydarzeniami życiowymi a zdrowie psychiczne* [w:] *Twórczość i kompetencje życiowe a zdrowie psychiczne*, (red.) H. Sek, Poznań.
- SEK H. (2003), *Wsparcie społeczne jako kategoria zasobów i wieloznaczne funkcje wsparcia* [w:] *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*, (red.) Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik, Łódź, Wydawnictwo UŁ.
- SHERIDAN CH.L., RADAMACHER S. A. (1998), *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*, Warszawa, Instytut Psychologii Zdrowia PTP
- SKRZYPCZAK J. (1999), *Tak zwane kompetencje kluczowe, ich charakter i potrzeba kształtowania w toku edukacji ustawicznej* [w:] *Pedagogika i edukacja wobec nadziei i zagrożeń współczesności*, (red.) J. Gnitecki, J. Rutkowiak, Warszawa – Poznań.
- SOKOŁOWSKA M. (2008), *Umiejętności życiowe* [w:] Woynarowska B., *Edukacja zdrowotna*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
- WOYNAROWSKA B. (2001), *Rozwijanie umiejętności życiowych w edukacji szkolnej*, „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne”, nr 1, s. 9-13.
- WOYNAROWSKA B. (2002), *Kształtowanie umiejętności*, „Remedium”, nr 5.
- WOYNAROWSKA B. (2008), *Edukacja zdrowotna*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Zalecenia Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie kompetencji kluczowych w procesie uczenia się przez całe życie*, (2006): PE-CONS 3650/1/06 REV 1, Bruksela.
- Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku* (2001), Warszawa – Kraków, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Uniwersyteckie Wydawnictwo „Vesalius”.

## **LIFE SKILLS AS THE INDIVIDUAL AND SOCIAL HEALTH RESOURCES**

**Abstract:** The approach oriented at developing life skills as one of the health education strategies is rooted in the wider context of social and cultural transformations influencing changes in the scope of human self-understanding and one's role and functioning in the world. In the sphere regarding health and health education these transfor-

mations lead to paying more attention to individual responsibility for own health. The wider dimension of social and cultural changes on the other hand shows the subjectivity of an individual as a key to economic, social or cultural society growth. Personal resources in this context become not only individual but also a social growth factor. In this sense, the health resources and particularly life skills are the foundation for actions aiming at taking individual responsibility for own health and in the further perspective – responsibility for local community health and a society in general. The goal of this paper is to emphasize some of the determinants and consequences of such understanding of health and health education.

**Keywords:** health models, health education, life skills and competences, individual and society health resources