

ŠKOLA JAKO INTEGRAČNÍ ČLÁNEK PRO ZDRAVÍ PODPORUJÍCÍ PROSTŘEDÍ. ZE ZDRAVÉ ŠKOLY NA ŠKOLY PRO ZDRAVÍ V EVROPĚ

Dariusz BIAŁAS

Abstrakt: *V postmoderní rozpravě o zdraví je dominantní důležitost přiřazována podpoře vzdělání a zdraví. Významnost vzdělání je zdůrazňována nejenom projektem WHO "Zdraví pro všechny v 21 století", ale také ve Světové deklaraci zdraví. Klíčovou problematikou jsou formy a obsahy školního zdravotního vzdělávání. Osvojované body, které všechny utvářejí schopnosti občanského zapojení v sociálních, ekonomických a politických závazcích a připravují ty, kteří jsou vzděláváni, aby sami participovali na zodpovědnosti za zdraví a vyjadřovali podstatu problémů, které trápí post-industriální společnosti. Základní element pracovní dimenze v procesu vzdělávání je uvědomění si zdraví ze strany jednotlivce zacílené na změnu skutečností v souladu s pro-zdravotními normami WHO. Úkolem vzdělávání je rozvíjet zdravotní povědomí občanů a vytváření se zdravím spojených znalostí jednotlivců v sociální a ekologické dimenzi. Historie vzdělávacích programů spojených se zdravím a s nemocemi má revoluční charakter. Transformace modelu zdravotní propagace ve školách se posouvá od základního modelu zdravotní propagace, přes projekt Školy propagující zdraví až k modelu Školy pro zdraví v Evropě. Transformace ve vzdělávacích modelech se shoduje se změnami v přístupu ke zdravotnímu modelu, a to z dimenzionální nebo environmentální perspektivy na systém perspektivy pozitivního zdraví. Nové perspektivy zdraví a zdravotního vzdělávání berou v úvahu psychosomatické, ekologické, kulturní a technologické aspekty, včetně omezení vyplývající z lidského genetického přizpůsobování měnícím se podmínkám.*

Klíčová slova: *zdraví, Školy propagující zdraví, Školy pro zdraví v Evropě, vzdělávání, zdravotní vzdělávání, propagace zdraví*

V multikulturní a technikou ovládané realitě současného světa, záležitost zdraví a chorob splývá s mnohými projevy. Nalézá se ne pouze v biologických a medicínálních vědách, ale i ve statích etických, náboženských, politických, technologických a v počtu dalších dimenzí všeobecně chápaných kultur. Záležitost zdraví je jedna z hlavních věcí propustující komunikační procesy používané v reklamě, zprávách médií, parla-

mentních debatách a v každodenním povídání. V takovýchto projevech je významnost spojována s péčí jednotlivce o vlastní zdraví, a tomu, že hygienické požadavky jsou imanentní složkou každého etického a náboženského systému. Zároveň, variabilnost mravních zásad interpretuje nějaké druhy činností zaměřené proti zdraví, jako jsou prohršky, kriminalita nebo násilí. Přímé propojení problémů nacházejících se ve zdravotní sféře s výchovou chápanou neformálním způsobem a institucionálním vzdělání bylo zdůrazňované všemi známými nestory vzdělávání, počínaje starověkými filozofy až po iniciátory současných vzdělávacích systémů. Toto obzvláště souvisí s moderní dobou zahrnující postmoderní projevy. Proto tedy není odhalující tvrzení, že široké hledisko zdraví zasahuje hluboce do sociálních věd, včetně pedagogiky.

Hodnota zdraví jako obecně chápaný termín se zdůrazňuje zvláště v případech ohrožení života. Strach z onemocnění a smrti představuje zásadní element zvláštní pozornosti věnované zdraví. Je to jakýsi druh záruky pro zůstání naživu. Současně je pozoruhodnou záležitostí způsob, jakým jednotlivci v různých historických údobích interpretovali a definovali model a symboliku představy zdraví. Záležitosti zdraví a nemoci jsou typicky zapojené v kultuře a její logickému způsobu systémů kategorií systemizujících položky a ideje tak, jako i normy a hranice. Od rozbřesku kultury, představy zdraví a nemocí byly předmětem specifické kategorizace, a tyto byly vztažené na existující životní podmínky, znalosti fyzické a sociální reality, náboženské víry a modely nauky, životnímu stylu a mnoha dalším určujícím faktorům. Speciální místo v rozpravách ohledně zdraví a nemocí jsou normativní systémy, vyjadřující morální stanovení určitého chování a následků činností provedených a nemravných¹. Otázka komplexu zdraví určujících faktorů, včetně jejich vazeb mezi jednotlivci a v jejich okolí vytváří široký rozsah fenoménů. Toto jsou zvyky, toto dělej nebo nedělej, hygienické zákazy a doporučení nastavující vzorek pro dosahování základních úloh počínaje každodenními činnostmi jako je udržování čistoty, uskladňování a příprava jídel, práce, relaxování, sexuální chování, mezilidské vazby vedoucí ke komplexnímu utváření nazývanému starověkými lékaři jako *harmonii mysli*.

Post-modernismus však staví otázku zdraví jiným způsobem. Klíčovým aspektem není, zda se záležitosti zdraví slučují s projevy vzdělávání, protože toto je skoro samozřejmé. V postmoderní rozpravě jsou klíčové záležitosti cíle, forma a obsahy zdravotního vzdělávání odkazujícího na aktuální problémy, na které naráží post-industriální společnosti. Převládající cíl pro vzdělávání a propagaci zdraví je nasměrování ke změně na uvědomění se zdraví a na životní styly v projektech, které jsou orientované na zdraví. Cíl je také zaměřený na rozvoj takových vědomostí ohledně společnosti a prostředí, které umožní na zdraví orientované změny jednotlivců a sociální a ekologické dimenze. Současné vzdělávání se pohybuje za samozřejmou povahou zdraví a propagace vyvolává otázky zdravotní dimenze ve vzdělání jako takovém.

Způsob chápání důležitosti zdraví a nemocí v existenci lidstva má kořeny v historii lidstva a byl vytvářený rozvláčným pravidlem převládajícím v bio-medikálním modelu, který je interpretovaný jako dispoziční přístup. Toto pravidlo slouží jako dogma konsolidované v před-vědomí představující ne pouze léčebné rozpravy. Toto také

¹ D. Białas, *Zdrowie jako system postaw, a wizja zdrowia w przekonaniach lekarzy*, [in:] B. Płonka-Syroka, A. Syroka [red], *Leczyć, uzdrawiać, pomagać, studia z dziejów kultury medycznej*, t 11, Wrocław 2007, pp. 13-35.

představuje pravidla, náboženství a etiku a stále se přehodnocující způsob použitelnosti jednotlivce – předmět zatížený podstatnými tendencemi poznamenávat činnosti a reakce s patologiemi, vinami nebo prohřešky. Dispoziční přístup vytváří tradiční způsob v uvědomění zdravotního vzdělávání. Protiváha pro negativní dispozice subjektu je sklon k hrdinství a duševnímu zdraví, což je založené na idealistických vizích osobnosti, převracející vzdělání do samokontroly, odpovědnosti a zdrženlivosti. Pro členy společnosti orientované individualisticky a uspořádaně, klíčové otázky v záležitostech zdraví jsou- *kdo je vinný a kdo je odpovědný* za určité utváření reality. V případě patologie, nedřívější otázky přirozeně směřují k určení důvodu pro takovouto situaci a automatické určení, kdo a jaká je vina (např. bakterie, počasí, pachatel nehody). Na druhé straně jsou situace, kdy se zdravotní stav zlepšuje, zde je hlavní otázka, kdo je ten, co se o to zasloužil (doktor, zázračný pracovník, bohové)². Je vždy snadné uvalit vinu za nemoc na pečovatele– vychovatele, rodiče- že nepohlídali řádně děti (moc pracují), učitele (že jsou ignorant) nebo na dědičné faktory – některé osoby mají tuto myšlenku, ale obecně je známé, že “cokoliv je se mnou špatné, musí to být určité zděděno po rodičích”.

Dispoziční model usnadňuje jednoduchý výchovný vzorec morálně a nástrojově související. Všichni rozumějí významu úsloví, že je *lepší být v bezpečí než litovat*. Rovnocenně populární jsou odpuzovací fráze jako je *kouření z vás udělá impotent*.. Mýtus snadného, levného a efektivního zdravotnického vzdělání hraje stále klíčovou roli v současném modelu propagace veřejného zdraví.

Za poměrů globalizovaného světa, kde post-industriální společnosti vytvářejí mozaiku informativních, průmyslových a zemědělských společností, promíchaných dokonce více se zastaralými, kmenovými, dokonce komunitami lovců, dispoziční přístup je předmětem intenzivní kritiky ze strany autorů myšlenek veřejného zdraví, shromážděných kolem WHO. Experti, na které organizace spoléhá při sociálních konceptech propagují pozitivní a prospěšný zdravotní model s environmentálním modelem nemoci. Na této křížovatce mnoha názorových proudů jsou zde problematické oblasti, které vyžadují stálý a po celou dobu života trvající vzdělávací proces. V tomto procesu má škola– chápaná jako specifická veřejná instituce– přiřazenou specifickou úlohu vybudování systému zdravotního vzdělávání a propagaci zdraví založenou na vědeckých základech a dodatečným zřízením společnosti znalostí, orientovanou pro-zdravotně a pro-ekologicky.

Dlouhodobá kombinace problematiky zdraví a nemocí s morálními a sociálními aspekty je klíčovým elementem s vazbou na utváření nových vizí ve zdraví a zdravotním vzděláváním. Sociální zvyky, zvažované v sociálním modelu jako záležitosti životního stylu, zahrnují požadavky zdravotní péče ve výchově a vzdělávání , a to jako určovatel individuálních podmínek a také jako udržující faktor kontinuity kultury. Historie zdravotnického vzdělávání je oblastí znalostí, která je průběžně propojená s obecnou historií vzdělávání a výchovy³. Jev situující a zakořeňující nějaké druhy rozprav v jejich historickém a sociálním kontextu je obzvláště hodnotně zmiňovaný. Analýza přednášek vyplývající ze situace ulehčuje rozpoznávání oblasti a rozsah přesvědčení vyjadřovaných jako náboženská víra, která je přiřazovaná faktickým statusem v každé epoše⁴. Bohužel,

2 P. Zimbardo, *Efekt lucyfera*, Warszawa 2008, pp. 29-31.

3 L. Barić, H. Osińska, *Oświata zdrowotna i Promocja zdrowia*, Warszawa 2006, pp.12

4 B. Płonka-Syroka, *Od historiografii nauk przyrodniczych do antropologicznej wiedzy – kształtowanie się nowej dyscypliny badań* [in:] B. Płonka-Syroka (red.), *Antropologia wiedzy. Perspektywy badawcze dyscypliny*, Wrocław 2005, pp.35.

pouze několik těchto zvažovaných přesvědčení může vytvářet objektivní znalosti nebo znalosti, které by mohly usnadnit řešení klíčových problémů současného světa. Z takového pohledu je rozhodující otázkou potřeba podpory znalostí s praktickými teoriemi, které jsou prověřené náročnými vědeckými zkouškami⁵.

Zdravotní vzdělávání je zejména vyjadřované v kontextu se základní výukou. Vytváření vzdělávací úrovně nazývané hygienické vzdělání bylo po staletí spojené se systémy kulturně odlišných vír, stylů myšlení a vědeckých modelů typických pro určité kultury a náboženské sféry. Rozmanitost v přístupu k hygienickým otázkám odrážela řadu odlišností převážně odvozených z podmínek prostředí, ve kterých se kultura určité společnosti vytvářela. Je dnes poněkud obtížné porozumět, proč v některých systémech se pevně věřilo, že krevety a hovězí je nepočestné, levá ruka se bude z její povahy pouze používat pro účely n, a toaletě a nebude používána při jídle, že používání drog umožňuje nahlédnout do hloubky reality a vlastního já nebo, že nepokřtěné dítě je obzvláště náchylné k nemocím, smrti a růstu nepořádků. Většina tradičních hygienických doporučení měla striktní charakter a jejich oprávnění je tabu a je kombinací medicínální a hygienické dimenze s dimenzí morální. Podporovatelé tohoto tabu to shledávají jako nutnou podmínku, aby zůstali zdraví. Jiní namítají, že je to pouze pověra nebo dokonce barbarství. Pozoruhodný příklad v tomto ohledu je splynutí sociálních vzorů s bio-medikálními standardy pokud se týká sexuálního zdraví. To má za výsledek agresivní tón diskusí o normách sexuálního chování, sexuální hygieně, odchylkách, a tolerančních hlediscích v této záležitosti.

Rozdělenost a variabilitnost jsou rozhodující překážkou pro realizaci universálních norem pro zdravotnické vzdělávání propagované od WHO, a v odborných posudech expertů je toto zásadní v současné globalizované společnosti. Prvním důvodem realizace takového přístupu byly nebezpečné pandemie jako byla španělská chřipka. Úsilí na zavedení homogenních standardů pro veřejné a environmentální zdraví bylo podniknuté mezinárodním společenstvím po druhé světové válce. V rámci WHO, zřízeného v letech 1946-48, bylo mnoho záležitostí projednáváno. Toto byly například unifikace, kodifikace a koordinační činnosti podporující zdraví včetně vědeckého výzkumu, boj proti nemocím a podpora zdraví se zdravotním vzděláváním. Jeden z těchto kroků měl za cíl učinit zdravotní a hygienické otázky jako universální a tento byl ustanoven a znovu vydán WHO konstitucí na Mezinárodní konferenci o zdraví v New Yorku (1946). Tento dokument v předmluvě uvádí první pozitivní a holistické definice zdraví jako stav kompletní fyzické, mentální a sociální pohody a nejenom pouze nepřítomnost choroby nebo slabosti, dále deklaruje lidské právo na zdraví jako obecné právo a podmínku k dosahování pohody a bezpečnosti⁶. V letech 1977-78 v průběhu WHO konference v Alma Atě (1978) byly nastavené strategické cíle v oblasti zdraví (Zdraví pro všechny). Současně byl termín podpora zdraví konečně utvořen a odlišen od zdravotního vzdělávání. Nyní podpora zdraví odkazuje na potřebu změny životních podmínek a životního stylu. Zdravotní vzdělávání je základní dimenze široce interpretovaného zdravotního vzdělávání orientovaného na zlepšování individuálních schopností, znalostí, postojů a víry pokud se týče široce chápáných environmentálních, sociálních a politických určujících faktorů zdraví⁷.

5 K.R. Popper, *Wiedza a zagadnienie ciała i umysłu*, tłum. T. Banaszak, Warszawa 1998, pp. 21-39.

6 World Health Organisation: Basic Dokument: preamble to the constitution of the World Health Organisation, http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.p

7 L. Barić, H. Osińska, op. cit. pp. 12-14.

Jeden z hlavních problémů současného zdravotního vzdělávání je potřeba definování vzdělávacích cílů s ohledem na měnící se podmínky post-moderní reality a globálních aspektů v politice a ekonomii a ekologické situace ve světě. Nutnost unifikace a koordinačních činností ve prospěch zdraví se stává překážkou pro jevy spojené s obecně existujícími kulturními, sociálními, náboženskými a ekonomickými rozdílnostmi. Odlišnosti mají dokonce dopady i na zásadní otázky. Dokonce zdravotní model a jeho definice přijatá WHO je předmětem různé kritiky jako, že je nepřesný, situační a idealistický. Jádrem kritiky je pochopení stavu perfektní fyzické, mentální a sociální pohody synonymem zdraví. Vzhledem k obecnému předpokladu, že zdraví rovná se absenci nemoci, rozpoznání rovnocennosti štěstí s výsledky problémů zdraví má téměř ontologický původ. Když vezmeme do úvahy obecné povědomí, nejvěrohodnější pochopení cíle zdravotních podmínek pomocí bio-medikálních kritérií je viděno jako somatická a sociální norma předjímaná jako *neonemocnět* a *normálnost* tj podle parametrů normy. Takovýto model související s uspořádanou vizí lidské bytosti je hluboce zakořeněný v sociálním povědomí a ze své povahy se nestane základem pokusu kombinovat subjektivní, kontextové a kulturně zapojené salutogenetické vize štěstí a zdraví⁸.

Mnohé nařčení souvisí s limitováním zdraví do tří dimenzí; somatické, mentální a sociální s pomíjením aspektu duševního zdraví v transcendentní sféře lidského života. Vzetí duševních aspektů do úvahy však učinilo WHO proces unifikace podmínek ještě obtížnějším. Podle genetického relativizmu výrazu *spiritualita* s jeho náboženskými konotacemi je mysteriální koncepce povahy a povědomí, duševní zdraví předmětem oddělení od duševního rozměru života umístěného v transcendentální a metafyzické sféře. Mysterianismus umožňuje, aby byly mnohé spekulativní, rizikové a metafyzické myšlenky součástí rozpravy o zdraví, a to i když spadají mimo sféru vědeckých znalostí, které zahrnují vzdělávání a medicinu⁹.

WHO věnovala zvláštní pozornost maximálnímu sblížení intuitivních vzorků myšlení ohledně zdraví a znalostí považovaných za objektivní v akademickém pojetí. Problém vzdělávací náplně jako základu pro učební postupy je důležitým elementem v projektu WHO. Podle specialistů WHO, takováto základna bude důvodná s vědecky prověřenými znalostmi a bude sloužit pro zvýšení potenciálu lidského zdraví a rozvoje osobních schopností. Projekt důrazně zvyšuje výše uvedenou otázku vědeckého kritéria v procesu vzdělávání a propagace zdraví. Cílová kritéria znalostí budou představovat převládající hodnotu ve vazbě na další určující faktory tohoto procesu¹⁰. Znalosti založené na vědeckém kritériu jsou vnímané jako zdravotní faktory v psycho-somatických, environmentálních a kulturních dimenzích, mohou být také považované za faktické hrozby, ale budou hlavně ovlivňovat obsah a formu zdravotního vzdělávání.

Podle specialistů z WHO, programy zdravotního vzdělávání budou obsahovat veškerý obsah k důkladné přípravě podnikaných činnosti tak, aby se aktivním způsobem propagovalo zdraví ve společnosti. Záležitosti zdravotního vzdělávání vnímané

8 D. Białas, *Zdrowie jako system postaw...* op. cit. pp. 21-24.

9 B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, Warszawa 2007, s. 31; D. Białas, *Strategia narracyjna w procesach edukacji zdrowotnej*, [in:] B. Plonka-Syroka [red.] *Antropologia medycyny i farmacji w kontekście kulturowym, społecznym i historycznym*, Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej we Wrocławiu, t.1, Wrocław 2008, pp. 80-85.

10 Ottawa Charter for Health Promotion, [in:] J. B. Karski, *Praktyka i teoria promocji zdrowia*, Warszawa 2008, pp. 247, 249

tímto způsobem jsou řešeny projektem zdravotní politiky WHO pro Evropský region "Zdraví pro všechny 21 století". Úkoly spojené se vzděláváním jsou vyjádřeny zvláště silně v cílech: 3- zdravý začátek života, 4- zdraví pro mládež, 5-zdraví pro starší lidi. Tyto cíle představují vzdělání jako průběžný proces od narození až do pokročilého věku. Proto tedy je kladen důraz na záležitosti zdravého začátku života s využitím propagace uvědomělého mateřství a vědomě prováděné péče o kojence a malé děti. Podle těchto pokynů by měli mladí lidé hrát roli rodičů odpovědně a uvědoměle, a na toto by měli být připravováni nejenom v rodinném kruhu, ale také v rámci školního vzdělávání. Zdraví mladých lidí by mělo být založené na lepší přípravě pro život za post-moderních podmínek, při vyšší úrovni životních schopností a – což je zvláště důležité – při možnostech a schopnostech provádět pro-zdravotní volby¹¹. Hlavní problematikou je příprava a zaučování dětí a mladých lidí být uvědomělými a v provádění odpovědných voleb, což bude pokračovat do dospělosti a i později.

Zdravotní vzdělávání z titulu stále se měnících životních podmínek současných společností, což je typické pro post-modernismus, bude celoživotní učební proces, který je orientovaný na stálé zlepšování schopností a znalostí usnadňující rozvoj zdravotního potenciálu. V dospělosti jsou klíčovou záležitostí možnost získání práce, bydlení a finanční podpora tak, jako i účast na veřejném životě, zvláště pak uspokojování potřeb spojených se vztahy, rodiny a vychovávání dětí. Jeden z důležitých aspektů vzdělávání zaměřený na potřeby v dospělosti je sledování hodnot zdraví, při vzetí v úvahu perspektivy pohlaví a dalších faktorů měnících se osobních potřeb. V tomto kontextu se zdá, že na otázce integračního a emancipačního vzdělávání závisí nejvíc. Integrovaná škola jako jedna z forem škol propagujících zdraví představuje systém zacílený na proces začleňování do sociální komunikace těchto jednotlivců a skupin, které jsou označovány jako minority ohrožené sociálním nepřizpůsobením a faktorem vyloučení. Takovéto školy budou ustanovovat podmínky umožňující subjektivní přístupy založené na takovýchto schopnostech, jako je rozpoznání rovnosti různorodých jednotlivců, spolupráce mezi různými zájmovými skupinami, schopnost zajistit rovnocennost práv, schopnost podřízenosti zkušenosti, odstranění falešných stereotypů, ospravedlňování víry, konstruktivní resistance podporovaná schopností kritického myšlení a příležitostí otázek, občanská odvaha při uplatňování vlastních práv a hodnot demokracie¹².

V souladu s teorií vzdělávání, škola a rodina bude utvářet dvě základní instituce provádějící vzdělávací proces, včetně zdravotního vzdělávání. Nepochybně nastalo a nastane mezi těmito dvěma subjekty provádějící tyto úkoly mnoho napětí a konfliktních situací. Rodina spíše přenáší zvyky spojené s různou úrovní zdravotního uvědomění a vědomosti ohledně nemocí a také hygienické návyky. Je to však rodinný kruh, kde dítě získává vzorek chování a návyky a hodnocení, zda to podporuje zdraví nebo je to proti dobrému zdraví. Na druhé straně, povinnost předat znalosti o zdraví a utváření pro-ekologického a zdravotního postoje a chování zůstává ležet na škole. Toto musí být prováděné adekvátně podle nejnovějších a vědecky prověřených znalostí ohledně zdraví v jeho somatických, mentálních a sociálních dimenzích¹³.

11 A. Koziarkiewicz [red.] *Zdrowie 21 Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku*, Publikacja Biura Światowej Organizacji Zdrowia Regionu Europejskiego 1999, przeł. J. B. Karski, Kraków 2001, pp. 61-68.

12 Stanowisko Krajowej Konferencji Naukowej *Wyzwania i Zagrożenia Zdrowotne w Świetle Procesu Integracji*, Warszawa 22-23 Marca 2002 r. [in:] J. B. Karski, *Praktyka i teoria promocji zdrowia*, Warszawa 2008, pp. 267, 271 J. B. Karski, *Praktyka i teoria promocji zdrowia*, Warszawa 2008, pp. 247, 249..

13 Cz. Lewicki, *Edukacja zdrowotna*, Rzeszów 2006, pp. 171-172.

Rozdíl mezi těmito oběma prostředím v přístupu ke zdraví jsou zvláště patrné uvnitř rozsahu morální sféry. Tyto se objevují od úplného počátku zřízení systému veřejného a povinného vzdělání a sociální medicíny. Již v čase ekonomické a sociální transformace v průmyslových společnostech v 19. století, škola byla zapojena do procesu reorganizování občanského povědomí v širokém rozsahu, a to v rámci systematických a veřejně-vzdělávacích činností, soutěžících v extrémně intenzivních revolučních procesech na přelomu 19. a 20. století. Úkoly hygienického vzdělávání byly dělané uprostřed 20. století, paralelně s obecným alfabetizačním procesem společnosti, často morálně zakořeněným v předvědeckém povědomí. Typický příklad různorodosti a zastoštění ve vědomostech o zdraví mezi mnohými polskými komunitami na přelomu 19. a 20. století je případ boje doktora s mýtem nemoci *plica polonica*¹⁴. Vědecká bitva proti mýtu nemoci *plica polonica* byla podniknuta v 19. století Josephem Dietlem, a poslední případ byl zaznamenán v roce 1957 p. T. Brzeziński v polském regionu Suwalszczyzna¹⁵. Medicínský boj s mýtem *plica polonica*, týkající se pověřivého strachu z mytí a česání vlasů trval v Polsku přes století. Tento příklad, bez ohledu, jak je dnes triviální, jasně vyjadřuje sílu tabu spojených se zdravím.

Určení propagované prvními hygienickými experty na zdraví poučně vysvětlovalo první formy provádění úkolů zdravotní hygieny. Toto hlavně sestávalo z omezení, dokonce i trestání a těsného hygienického dozoru, což bylo inspirované zdravotní politikou v osvíceneckém absolutizmu. Zdravotní politika jako veřejná hygienická a zdravotní služba byla oprávněná zasahovat do soukromých životů s využitím administrativy a zákonných práv, tak jako i fungováním škol a systému výchovy dětí, to všechno s cílem boje za veřejnou hygienu¹⁶. V této atmosféře boje za hygienu a proti neznalosti hygieny, první školské osnovy ve zdravotním vzdělávání v Evropě byly hlavně orientované na procesy úspěšných nástrojů a návykových procesů podporujících rodiny v jejich rozvoji vhodných hygienických návyků, a ve vážnějších případech pro přesvědčování pečovatelů, aby změnili svůj výchovný systém ve vztahu k dětem. Takovýto systém nazývaný zdravotnické vzdělávání nebyl pouze nástrojového charakteru, ale tento také vytvářel elementární základy chování umožňující překonávání nemocí, jako byly rozklad zubů, tuberkulóza, dětská obrna a sexuálně přenášené nemoci. Později kladlo zdravotní vzdělávání větší tlak na prevenci civilizačních nemocí jako jsou srdeční infarkty, potom na zvyšující se problém boje s alkoholem a dále s návykem na tabák, což se postupně rozšiřovalo na rozsah dalších látek.

Od konference v Alma-Atě, spolu se změnami v přístupu ke zdravotním záležitostem, které se posunuly od uspořádané perspektivy k environmentálnímu modelu, se objevila rozhodující modifikace modelu zdravotního vzdělávání. V prostředku 80-tých let, byl zaveden další projekt ke Zdravému městu-Škola propagující zdraví¹⁷. Začalo tím období intenzivního rozvoje školského systému zdravotního vzdělávání zaměřeného na Školu propagující zdraví. V rámci západní Evropy probíhala transformace v souladu se směrnicemi projektu Zdraví pro všechny, který směřuje směrem k Školy pro zdraví v Evropě.

14 T. Brzeziński [red.] *Historia medycyny*, Warszawa 1995, pp. 121-122, 344, 383-412.

15 Ibidem, s. 122.

16 W. Szumowski, *Historia medycyny filozoficznie ujęta*, Warszawa 1994, s. 534; T. Brzeziński op. cit. pp. 234, 235, 337, 387, 389, 394.

17 B. Woynarowska [red.] *Jak tworzymy szkołę promującą zdrowie, poradnik dla szkolnych koordynatorów i zespołów ds. promocji zdrowia*, Warszawa 1995, pp. 11.

Ve stejné době (1980-1990) byl v platnosti ještě strukturální a instrumentální systém polského zdravotnického vzdělávání, což byla součást státního národního vzdělání. Hierarchie expertů, hlavně lékařů a výkonných pracovníků hygienicko-epidemiologických stanic, měla na starosti nastavování těchto programů¹⁸. Porozumění vzdělání takovýmto způsobem, ještě na elementární úrovni, bylo v Polsku ve školách prováděné po dekády. Pokud se týče hygienického a tělesného vzdělávání, zde byla inspirace odvozoována z meziválečného období, s pokračováním do změněné nástrojové formy, příslušné kritériím reálného socialismu v poválečném komunistickém Polsku. Tato fáze může být popsána jako základní, interní školní zdravotní vzdělání. Na konci 20. století byla v Polsku centralizovaná forma zdravotnického vzdělávání- direktivní systém přenosu biologicky založených znalostí. Podle vědeckého nového přístupu byl takovýto model ve 20. století považovaný za efektivní a stabilní. Vzdělávací cíle byly přesně určeny okruhem expertů se stanovením předávaných vědomostí všem školním žákům s předem předpokládanými schopnostmi vnímání.

Centrálně byly zpracované osnovy zdravotního vzdělávání, které sloužily jako výběrový obsah a metody a formy učení.

Navzdory tomu, že se objevila stále větší kritika z pohledu politických přeměn v roce 1990 a dále, kdy začal proud znalostí spojených s pokusy začlenit polské vzdělávání do evropského vzdělávacího systému, interní školský model základního vzdělávání ještě přetrvával jako ověřený, spolehlivý a podle domorodé tradice. Rozhodující článek v procesu interního školského zdravotního vzdělávání byl učitel, původně kvalifikovaný za zdravotní záležitosti. Znalosti a schopnost, a především osobní příklad nastavený učitelem představoval element určující vhodný průběh procesu zdravotního vzdělávání a předpokládanou úroveň kvality¹⁹. Bohužel se objevily v různých oblastech nesoulady mezi teorií a praxí. Dosud se ve většině sboroven škol v osmdesátých letech objevovaly oblaka kouře, téměř stejně jako oblaka kouře na záchodech žáků. Příklady je nespočetných.

Nutnost hlubokých změn v modelu zdravotního vzdělávání byla již dříve pocítována. Toto bylo důrazně vyjádřeno nestorem zdravotního vzdělávání v Polsku prof. M. Demelem v jeho projevu během Národního vzdělávacího somatického sympozia v Kielce v roce 1971. Zde kritizoval polskou zdravotní pedagogiku jako systém založený na preventivních hrozbách a zákazech. Obraz zdraví presentovaný v modelu zdravotního vzdělávání byl jím hodnocený jako "negativně vyprázdněný", a vzdělání zobrazil jako "šedé, neefektivní a nevnímání". Ve všeobecném vyhodnocení pak toto drsně definoval jako "spojení nudy s bezradností"²⁰. Podmínky umožňující změny se objevily po roce 1989. Projekt Škola propagující zdraví byl WHO iniciován v roce 1991 a byl zavedený v Polsku, České republice, Slovensku a v Maďarsku. V roce 1992 jako výsledek dohody mezi WHO, Radou Evropy a EC Komisí byl zavedený Evropský systém škol propagujících zdraví. Do roku 1995, síť škol přidružených k Evropskému systému škol propagujících zdraví představoval asi 350 polských škol, převážně základních, postupně se rozšiřující na gymnázia a mateřské školy²¹. Pro rozhodující počet polských škol

18 L. Barić, H. Osińska, op. cit. Pp.59.

19 Cz. Lewicki, op. cit. p. 172.

20 M. Demel, *Wychowanie zdrowotne, geneza i perspektywy*, [w:] *Wychowanie zdrowotne w szkole*. Materiały Krajowego Sympozjum Wychowania Zdrowotnego Kielce, 13-14. X. 1971 r. Warszawa 1974, pp. 14-18.

21 B. Woynarowska [red.] *Jak tworzymy...* op. cit. pp. 9-13.

však interní školský model zdraví stále převládá. Toto je nutné považovat za negativní jev zvláště pak proto, že je to nepřehlédnutelné z interního pohledu učitelů.

Je nutná potřeba ospravedlnění tam, kde je ohrožení učitelů používajících nadměrně interní školský model zdravotního vzdělávání. První výhrada je nástrojově typický předpoklad pedagogiky ohledně modelové role učitelů. Jejich způsobilost a kvalifikace veřejně důvěryhodných jednotlivců je vždy spojená s pojmem autority, hluboce zakořeněné v sociálním vědomí. Autorita učitele se stala pro mnoho lidí základem představujícím profesní identitu lidí, kteří jsou dílče odpovědní za vytváření povědomí, postojů a schopností svěřené mládeže. Rozpoznání, že učitel ze své povahy představuje model postoje chování neobstojí kritice, stejně jako předpoklad, že učitel věří ušlechtilým myšlenkám a představuje ideál v morálním a zdravotním chování. Určení autority chápáné tímto způsobem bylo v současnosti přesně zpochybněné na základě emancipační rozpravy jako forma autoritářství. Tradičně chápáná role učitele jako úředníka veřejné služby byla výslovně kritizovaná p. H. Giroux. Odkazující na konzervativní perspektivu uplatňování pedagogiky, ukazuje způsob uvědomělé autority jako někoho, kdo absolutně přenáší universální víru a existující hodnoty. V radikálně konzervativním rámci, autorita zná takovouto víru a originálně představuje svět universálních hodnot. On/ona je také oprávněná uplatnit tyto hodnoty na nedokonalé nebo omezené žáky. Když vezmeme v úvahu, že žák je povinný být poslušný pána (*obedient de nomine*), jeho svoboda pak vyplývá jako výsledek rozpoznání sady hodnot poskytnuté učitelem.

S ohledem na názor Giroux a polský kontext, je zde doložení takovéto kritiky směřované proti návrhu projektu z roku 2007 nazvaného "Nulová tolerance pro násilí". Autoři inspirovaní polskou národně-katolickou tradicí určili zdroj jednání a bezpečnosti ve školách takovými měřítky, jako je disciplína, uniformita, stálý dozor, udělení pravomocí učitelům, které jsou porovnatelné s policisty. Autoři kritiky zdůraznili, že takovýto program je na nic, ale klamná vize státních úředníků a učitelů je zastaralá, trvající na zaručeném právu úřadů na základě platnosti direktivních předpisů²².

Dalším bodem kritizovaným v modelu zdravotního vzdělávání je jeho elementárnost a příkazující didaktika. Elementárnost je vyjádřená pokusy utvářet zvyky, které jsou uznávané experty jako hygienické a pro-zdravotní činnosti a které jsou současně důležité ze sociálních důvodů pro určité kulturní, politické nebo ekonomické hlediska. Znalosti zdraví jsou poskytované metodologickým způsobem a cestou kvality a množství, které je podstatné z důvodu instrumentálního vnímání žáků nebo ve vazbě na starší lidi z důvodu jejich trpělivosti.

Elementárnost polského zdravotního vzdělávání v letech 1945-1999 byla vyjadřována úzkými problematickými oblastmi, slabým počtem vypořádávaných otázek v rámci určené oblasti a jejich trivializování. Vize elementárnosti, autoritářství a didaktizmu v polském (zdravotním) vzdělávání vykreslená p. Demelem na počátku roku 1970 nebyla předmětem změny do konce století a stala se součástí obecné sociální atmosféry Polska na přelomu let 1980-1990. Tento pohled je také pozoruhodný v mnoha knihách o zdravotním vzdělávání, odhalující chabou podstatnou náplň. "Zdravotní vzdělávání" publikované jako jeden z mála návodů p. M. Sygitem v roce 1977 ukazuje problematické oblasti, které se v tom čase nalézaly v rozsahu zájmů expertů na zdravotní vzdělává-

²² M. Dudzikowa, *Autorytet jest zawsze relacją*, „Psychologia w szkole” no 3, 2008; J. Gęsicki, *Dlaczego uczniowie są wredni*, „Psychologia w szkole” no. 1, 2008.

ni²³. Bez ohledu na recenze definicí týkajících se zdraví, nemocí a systému sociální péče, hlavní téma je analýza nemocí a rakovin, tuberkulózy, cukrovky, kardiovaskulárních nemocí a depresí. Dále autor představuje biologické hrozby z kontaminovaného fyzického prostředí (půda, voda a kontaminace vzduchu, průmysl, hlučnost, pesticidy.). Dalším elementem jsou faktory z hlavních civilizačních nemocí jako je tabák, alkohol a drogy doplněné některými typickými elementy životního stylu v oblasti potravin, fyzických činností, relaxování a volného času jakož i způsobů potlačování stresů.

Veškerý obsah rozebraný na 200 stranách se může vyjádřit několika slovy: nekuřte, toto způsobuje rakovinu, nepijte – toto způsobuje cirhózu jater a vede ke smrti, neberte drogy, protože budete umírat mnohem dříve, vyhýbejte se obezitě, protože je to hlavní příčina srdeční mrtvice, buďte aktivní, protože je sport zdravý.

Redukce podstatného obsahu do důležitých a zásadních otázek, avšak jasně elementárních otázek, trivializuje znalosti ohledně zdraví a zdravého životního stylu, omezuje sociálně důležité rozpravy pro diskutování, kárá a rozměšluje očividnost faktů, které jsou teoreticky zřejmé. Výsledky takového vzdělávání se odrážejí v cynických vtipech jako jsou „nekuřte, nepijte, budete umírat zdravější“, „kdo kouří a pije se ničeho nebojí“, nebo „kouření zabijí pomalu, ale kdo chce umřít rychleji“? Cynický postoj směrem ke zdraví se zdá rozhodně nebezpečným výsledkem de-konstruktivního vzdělávání. Negativní vzdělávání je povrchní a zjednodušené. Elementárnost zdravotního vzdělávání má také výsledek emoční ochrnutí spojené s chováním, absencí poznávání racionálních schopností a analýzy faktů. Toto je také důsledek ohromného pocitu být náchylný k nemocem, bakteriím, virům, kontaminaci a otrávám. Specifickým způsobem se vyjadřuje zabraňování rizikům a mentálně zakořeněné alergii na vše, co je umělé, nepřirozené a civilizační. Život v ‚techno-sféře‘ se zdá jako velká past. Je pouze jedno východisko-uniknout z naturalistických a mystických utopií vyjádřených jako „healthismus“: utkvělé obavě a péči o zdraví jedince²⁴.

Přesvědčení, že většina věcí považovaných za příjemné jsou škodlivé, hluboce založené na židovsko-křesťanské mentalitě, je také jeden z jevů nebezpečných pro zdravotní vzdělávání. Pro potvrzení tohoto argumentu postačí říci, že polští terapeuté jsou neústupní podporovatelé totálních metod zacházení s návyky a jsou skeptičtí nebo dokonce nepřátelští směrem k náhradním terapiím. Tito také dávají volný průchod v propagaci abstinčních metod antikoncepce nazývané Přirozené plánování rodiny, těžce kritizované jinými antikoncepčními metodami a sexuální hygienou včetně používání kondomů. Přesvědčení o škodlivosti příjemných zkušeností a nutnost vzdávání se jich v širokém rozsahu vede do perspektivy negativní reality, ve které je život plný špatností a ze své povahy zhoubný, a podle jiného cynického pořekadla, že „život je obtížný, zhoubný a plný sexuálně přenášených nemocí“. Pocit skleslosti a nepohodlí při sledování zdraví je vyjádřený stupněm motivace změnit nezdravé návyky a aktivováním početných ochranných motivů, mezi kterými je nejobecnější nerealistický optimismus a odvozené potěšení z nutkavých nezdravých návyků²⁵.

Elementárnost v polských školách je také vyjadřována utkvělým vyhýbáním se problematických oblastí, označovaných WHO, jako hlavní určující faktory zdraví. Tato

23 M. Sygit, *Wychowanie zdrowotne*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 1997.

24 B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, op. cit p. 74.

25 P. G. Zimbardo, M. R. Leippe, *Psychologia zmiany postaw i wpływu społecznego*, przeł. P. Kwiatkowski, Poznań 2004, p. 420-421.

redukce se zvláště vztahuje k problémům úzce spojeným s ideologickými, morálními a náboženskými aspekty. Vzdělávací elementárnost je silně vyjadřovaná zdůrazňováním rizikových faktorů nemocí přímo souvisejících s dispozicemi, chováním a odpovědností jednotlivce (kouření cigaret, nevhodné stravovací návyky, nedostatek fyzické činnosti, alkohol a zneužívání drog atd.). Rizikové faktory pato-fysiologických nemocí (vysoký tlak, vysoká hladina cholesterolu, uvolňování adrenalinu), jako údajný výsledek osobní nedbalosti jsou rovnocenně silně zdůrazňované, zatímco pouze malá část elementárního zdravotního vzdělávání je prováděná v problematických oblastech přes problematiku spojenou se sociálními, environmentálními a psycho-sociálními faktory. Takověto rozhodující zdravotní určující faktory jako je chudoba, nízký sociální status skupin a jednotlivců, jakýkoliv druh diskriminace (etnické, náboženské, rasové, pohlavní nebo věkové) jsou jasně zanedbávané v problematických oblastech. Tyto problémy jsou učiteli shledávané jako ideologické a ne spojené s nemocemi. Sociální rozvrstvení je podhodnocené pokud se týče zdravotních záležitostí, při zanedbání variability příjmů, sociálního statusu, přístupu ke zdrojům, sociální izolace, nedostatku podpory a slabosti sociálních vazeb. Riziko vysoké úrovně sebeobviňování a nedostatek pocitu důležitosti je identifikovaný jako zdrženlivost a vnímané jako žádoucí postoj. U záležitostí zdraví na elementární úrovni jsou zde opomíjené podstatné určující faktory, jako je uplatňování práv a občanské svobody, podmínky bydlení, komunikace, zaměstnanost, možnosti zachování takových základních otázek jako pocit bezpečnosti²⁶.

Zdroje tohoto problému musí být zmiňované v typu kulturních podmínek polské společnosti, individualisticky orientované, hledající odpověď na otázky hlavního dobra a se zlem spojených otázek v hloubce lidské bytosti (vnímané jako volný předmět určité genetické, intelektuální nebo duševní dispozice). Pro mnoho Poláků je dispoziční myšlení typickým vzorkem myšlení kombinujícího elementy individualizmu, autoritářství a nízké úrovně sociální víry. Tento problém polské společnosti je vyjádřený mnoha analytiky sociálních poměrů, jako je J. Czapiński, a J. Gęsicki upozorňující na problém nedůvěrné kultury. Podle jejich názoru, je nedůvěra, zatřídění a negativní strukturování plynoucí reality v 21. století hluboce zakořeněna kulturně i mentálně. Gęsicki uvádí, že zdroj nedůvěry leží v typu polského tradicionalizmu, favorizujícího stejnorodost, nechápavost a separování katolických Poláků, v kombinaci s homo-sovětskou mentalitou, získanou v období komunistického Polska²⁷. Při tomto nedůvěřivém ohledu je vysvětlování dispozic zvláště populární. Toto je argumentace za majoritou problematických jevů jako je násilí, kolísání populace, záležitosti z rozdílů pohlaví a v neposlední řadě problém nemocí. Dispoziční myšlení je také typické pro bio-medikální model zdraví převládající v polské zdravotní propagaci, zdravotním vzdělávání a medicíně. Nemoc má vždy svojí příčinu a musí být vždy výsledkem chyb, zanedbání a opomenutí. Tato "zřetelnost" nasměrovává tradiční zdravotní vzdělání směrem k autoritářství, didaktičnosti a omezenému instrumentalismu.

Oddělený ideologický problém silně určující rozvahy o zdraví je sexuální zdraví, kontroverzně způsobující hodně zmatků. Sexuální zdraví je definované WHO jako integrální součást reprodukčního zdraví, představující sexuální reprodukci, rovnocenné

26 J. B. Karski, op. cit. p. 39-42.

27 J. Czapiński, T. Panek, *Diagnoza społeczna 2007, warunki i jakość życia Polaków*, Rada Monitoringu Społecznego, raport 11.11. 2007, <http://www.diagnozaspoleczna.pl>; J. Gęsicki, *Dlaczego uczniowie są wredni*, „Psychologia w szkole” nr 1, 2008.

a odpovědné partnerské vztahy, sexuální spokojenost, málo nemocí, nedostatečnost, sexuální impotenci, násilí a jiné škodlivé sexuální praktiky. Sexuální zdraví by mělo mít vysokou důležitost, protože má rozhodující dimenzi při tvoření obecného potenciálu zdraví. Toto integruje biologické, emoční, intelektuální a sociální aspekty života, je nejdůležitější pro pozitivní osobnost, komunikaci a rozvoji lásky. Komplexnost problému je vyjádřena v Deklaraci sexuálních práv WHO. Mezi dalšími věcmi jsou v dokumentu propagované myšlenky jako je právo na sexuální svobodu, nezávislost v rozhodování a chování v důvěrné sféře, právo na sexuální uspokojení a volné sexuální kontakty, tak jako i právo na hlubší sexuální vzdělání od časných roků, přes celý život, při zapojení všech sociálních institucí²⁸. Dosud je v polských školách převážně sexuální vzdělání inspirované učením katolické církve, kde se toto téma váže na požadavek života v mravní bezúhonnosti. ...*Mravní bezúhonnost vyžaduje samokontrolu, která je vychovatelstvím lidské svobody. Možnost je jasná: jedinec řídí svoji vášeň a usiluje o klid, nebo se nechá ovládat, což jej činí nešťastným*²⁹. V sociálních rozpravách o zdraví a sexuálním vzdělání požadují duchovní kruhy omezení sexuálního vzdělání na aspekt rodinného vzdělání. Současně je charakteristické pro polské vzdělávání rozšiřovat tři zdravotní dimenze (fyzickou, mentální a sociální) o jednu navíc: duševní zdraví chápané jako rozpoznání nadsmyslových faktorů, víru v něco co je nad mysl člověka, rozpoznání a uplatnění pravidel a náboženského přesvědčení v životě a pochopení otevřenosti duševních zážitků tímto způsobem³⁰.

Zdravotní vzdělávání uznávané v morálním proudu didaktizmu je poznamenané způsobem typického vnímání možností volného formování lidské identity způsobem vnucování žádoucího vzorku chování při použití restrikcí a zdůraznění smíšených s dispoziční myšlenkou. Oba přístupy vyjadřují redukcionismus a morální didaktizmus přivádějící proces zdravotního vzdělávání do neústupného vykořeňování při tzv. protizdravotním chování. Proto tedy většina přenosů informací je negativní nebo direktivní, odkazující na obavy a víru, že racionální oprávněnost vážné obavy o invaliditu, nemoc nebo smrt je nejlepším nástrojem utvářejícím identitu v dospělosti. Vyvolávání strachu je obecně používaný způsob přenosu informací o zdraví. Přesvědčení o jeho efektivnosti je rovnocenně diskutabilní jako behaviorální víra ve výsledky posílení negativity ve vzdělávání. Podpora určitého chování s využitím obav musí brát v úvahu více jak tento ojedinelý element, ne pouze zmiňovat existenční strach o život. Složky efektivního zastrašování byly shrnuté v myšlence ochranné motivace p. R. Rogerse. Lidé jsou motivováni k opuštění škodlivých návyků (např. kouření), když jsou hluboce přesvědčeni, že:

- Určitý faktor (cigaretový kouř) je pro ně skutečně škodlivý;
- Jako adresáti informace jsou osobně přesvědčeni o škodlivém faktoru;
- Jsou zde způsoby eliminace škodlivého faktoru pro ně dostupné ;
- Jsou schopni vlastního zapojení do procesu změny jejich vlastních vzorků chování (vůle, disciplína jedince, vytrvalost).

28 Dokument Międzynarodowej Konferencji ONZ na rzecz Ludności i Rozwoju, Kair 1994, § 7.36, [as in:] L. Starowicz, A. Długolecka, *Edukacja seksualna*. Warszawa 2006, p. 265, 135.

29 Quotation: Katechizm Kościoła Katolickiego, Poznań 1994, § 2339.

30 A.Nelicki, *Metakliniczna koncepcja osoby V. E. Frankla*, [in:] Galdowa A. [red.] *Klasyczne i współczesne koncepcje osobowości*, t.1, Kraków 1999, s. 177-194; B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, op. cit. p. 31; Szkoła Promująca Zdrowie – koncepcja i strategia, 24/11/2007 - 12:42, <http://www.cmppp.edu.pl>

Výzkum vedený na poznávacím běhu zdravotní psychologie prokázal, že efektivnost přenosu se zvyšuje zvláště v případě odkazování na smysl duševní ovladatelnosti a řízení vlastního života³¹. Současně pocit vlastní ovladatelnosti a řízení představuje jeden z mnoha pilířů současného chápání mentálního života. Duševní ovladatelnost je však vývojově určována a možně uskutečnitelná jednotlivcem s řádně rozvinutou identitou a osobností. Předpokládáme, že proces rozvoje osobnosti postupuje přirozeně a spontánně do věku 20 let, a že je jednotlivcem stále v průběhu tohoto procesu vystavený vlivům vzdělávání, pocit duševní ovladatelnosti musí zahrnovat počet vlastností utvářených a získaných při procesu vzdělávání. Mezi těmito patří styl zpracovávání informací, samo-uvědomění, sebedůvěra, empatie, zájem poznávání, cíle a styl řízení cílů. Tyto rysy nejsou předmětem neměnnosti pravidel a na rozdíl od konvenčních a behaviorálních vlastností uložených v před-konvenčních fázích (poctivost, integrita, vyrovnanost), jsou dynamické, koexistenční se systémy transformace ustálených vlastností³². Duševní ovladatelnost vyžaduje schopnost myšlení na vyšší úrovni zpracovávání informací a procesní abstrakci (sekundární) poznávacího stylu³³. Dále také vyžaduje schopnost chápání fragmentovaných a heterogenních pojmů a měnící se reality. Vytváření sebeovládání nepostupuje podmíněným způsobem a vyžaduje nejednoznačné ovládání a abstraktní jazyk – hierarchický kód poznávací orientace. Je to tedy forma přirozené práce myslí -časně rozvíjet dospělost. Operační a hierarchický kód umožňuje odkazy pro jakékoliv dané termíny na čísla jiných – podobné nebo protikladné, užšího nebo širšího rozsahu. Operační a hierarchický kód umožňuje vytvoření komplexu konstrukcí např. faktické modely, proto tedy je absolutní podmínkou pro provádění úkolů zdravotního vzdělávání. Tato podmínka je stejná jako potřeba pro rozšíření projektu Škola pro zdraví na další vzdělávací etapu, včetně dosažení akademické hodnosti a také na postgraduální část³⁴.

Jako rekapitulace, zdravotní vzdělávání musí brát v úvahu všechny nemoci a záležitosti spojené se zdravím, adekvátně stupni rozvoje a úrovni vzdělání subjektu, v souladu s hierarchií poznávací orientace kódů a abstraktní úrovně myšlení. Zdravotní vzdělávání nebude kolísat mezi obecnými zákonitostmi a problémy jako je kouření, stravovací návyky a fyzickou aktivitou, stále toto zdůrazňující a doporučující roli zdravotního vzdělávání redukovanou na schůzku v klubu veverek (dříve populární školní kluby v komunistickém Polsku u polského červeného, zavádějící základní osobní hygienické normy mezi studenty základních škol). Současně, vzdělání pro zdraví vyžaduje změny vize škol jako takových, které budou směřovat směrem k vytváření schopností myslet namísto učení se nazpaměť definicím, tvrzením, faktům a normám.

Jádro problému může být zaznamenáno na jeho vlastním základě, obzvláště v nepopularitě některých hlavních termínů zdravotní teorie a v neochotě zvyšování abstrakce a zabývání se komplexně problematickými oblastmi. Nejpohodlnější způsob vnímání zdraví je nízká úroveň abstrakce popírající nemoc, což je jako podmínka neupadnutí do nemoci. Toto se stává konvergenčním problémem – sestává z jednoho

31 P. G. Zimbardo, M. R. Leippe, op. cit. p. 423 – 425.

32 J. C. Cavanaugh, *Starzenie się*. [w:] P. E. Bryant, A. M. Colman [red.] *Psychologia rozwojowa*. Poznań 1997, s. 124, 125. S. E. Hampson, *Kształtowanie się osobowości*. [w:] S. E. Hampson, . M. Colman [red.] *Psychologia różnic indywidualnych*. Poznań 2000, p. 38.

33 J. Preston, *Zintegrowana terapia krótkoterminowa*. Gdańsk 2005, p. 88.

34 K. Obuchowski *Człowiek intencjonalny, czyli o tym, jak być sobą*. Poznań 2000, p. 42, 68.

správného řešení, které bude jednoduše přeměněno do doporučení jako je “abyste byli zdraví, jezte jogurty”. Více komplikovaně jsou takové pozitivní definice, které přibližují ideu zdraví do štěstí, naplněného života, a jak někteří říkají: maximum štěstí pro maximální počet lidí, jinými slovy- zdraví pro každého. Takováto perspektiva je divergenční povahy – je to specifické pro různé více nebo méně pravděpodobné řešení. Je dokonce obtížnější ovlivňovat povědomí s typicky divergenčními myšlenkami salutogenetického zdraví – štěstí, jehož fixní faktor je stálý růst a pocit soudržnosti. Myšlenka chápající zdraví příběhově jako zdravotní situaci vyjadřující historii života volá po dynamickém procesu salutogenese, vytvářením zdravotního potenciálu člověka na zevšeobecněných zdrojích odolnosti³⁵. Multi-dimensionální potenciál zdraví sestává ze tří podstatných aspektů rozšiřující systém významů včetně obecně známého oddílu zdraví do tří somapsyche-ethos sfér:

- Životní příběh, rovnováha zkušeností: kvalita, úsilí, úspěch a stinné stránky v perspektivě průběžného života,
- Lidský kapitál – uložené znalosti, schopnosti a osobní zdroje včetně odolnosti, síly, způsobilosti a materiálových zdrojů,
- Sociální kapitál –systém sociálních závazků, úroveň integrity, možnost podpory z občanské společnosti.

Jedinečnost nového pohledu je vložení důrazu ne na nezávislost a individuální odpovědnost za vlastní zdraví, ale na dosažení vyšší úrovně odpovědnosti odpovídající vzájemné závislosti. Jádrem problému zdravotního vzdělávání je vytváření post-individuality, nebo jak vyjadřuje K. Obuchowski neo-individuality, odpovědnost způsobem přirozeného pocitu odpovědnosti každého jednotlivce pro celý svět a celou společnost, bez ohledu na rozsah vlivu na realitu dostupnou neo-individualistovi³⁶. Post-individualistický potenciál zdraví dovoluje odstoupení z vlastních práv a činění dobra ve prospěch většího počtu lidí, kteří nemají pocit individuálního obětování. Vodítko sociálního potenciálu je důvěra jako propojení pro fungování společnosti a jako určující faktor existence faktické autority těchto uskutečňovaných vzdělávacích misí. Autorita učitele skutečně vyjadřuje důvěru, kterou jsme uložili na jednoho průběžně zkoušeného.

Výrazy zdravotní kapitál a sociální kapitál se vztahují výslovně na jev vytváření sítě, založené na vzájemných vazbách mezi lidmi, jejich dobré vůli, víře, propojení a pomoci. Hlavními elementy podporujícími salutogenesi a obnovu individuálních zdrojů jsou mechanismy sociální podpory, podporování zřízení otevřeného, demokratického občanského společenství³⁷. Dosud je polský vzdělávací systém prosáknutý individualistickými myšlenkami, vyjadřujícími individuální odpovědnost za onemocnění, které jednotlivec prodělává z titulu svého vlastního zanedbání, selhání, smůly nebo vůle boží.

Příležitost transformovat polské zdravotní vzdělávání je v intenzivním rozvoji směrem do škol v rámci evropského systému Škol propagujících zdraví. Nejzřetelně-

35 A. Antonovsky, *Rozwiklanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*, tłum. H. Grzeżołowska-Klarkowska, Warszawa 2005, s. 11, 19-20, 24-25, 33-34. D. Biała, *Strategia narracyjna ...* op. cit. p. 87-89.

36 K. Obuchowski Galaktyka potrzeb. Psychologia dążeń ludzkich. Poznań 2000, p. 100-101.

37 W. Łukaszewski, *Umysł smutny i zmęczony*, [w:] *Psychologia umysłu*, Z. Piskorz, T. Zaleśkiewicz [red.] Gdańsk 2003, s. 152-155; R. D Putnam. *Samotna gra w kręgle. Upadek i odrodzenie wspólnot lokalnych w Stanach Zjednoczonych*, tłum. P. Sadura, S. Szymański, Warszawa 2008, p. 34.

ším rysem školy provádějící plán interního školního zdravotního vzdělávání je předpoklad, že:

- Zdravotní vzdělávání je důležitou součástí školních osnov,
- Co se týče zdraví, škola spolupracuje s partnery a místní komunitou,
- Ětos zdraví (vedlejší školní program) je ve škole rozvíjený³⁸.

Charakteristickým rysem, rozlišujícím schéma školy propagující zdraví (v poslední době často uváděni jako Škola pro zdraví v Evropě) je provádění programu zdravotního vzdělávání skrytým způsobem, a to rozšiřováním do celého školského prostředí a okolního osídlení, jehož je škola integrální součástí. Tento skrytý program musí být rozlišený od cílených učebních programů zaměřených na cíle založené na určitých materiálech, plánovaných a vyhodnocovaných didaktických procesech a na konečném vyhodnocení programu. Tento skrytý program je úzce propojený s více nebo méně se měnícími okolnostmi osídlení, kde je zakořeněná školská komunita a sousedící okolí. Tento program je umístěn do podmínek provádění výukového procesu, do formálně nepřesvědčeného prostředí školních pracovníků, jejich stylu myšlení, morálky mladých učitelů a ostatních pracovníků, a také do atmosféry, která vyplývá z počtu žáků ve třídě, přetíženého studijního plánu, spěchu, nebo způsobu kontroly žáků a dalších lidí při vstupu do školy.

Toto jsou charakteristiky rozlišující skrytý program od záměrného programu výuky, orientované na efekty vzdělávání, které vyplývají z náplně učebních osnov³⁹. Znalosti obsažené v tomto skrytém programu jsou hlavně nepředvídatelné, měnící se, subjektivní, často v protikladu s interními školními programy expertů, a z titulu těchto důvodů je považovaný jako element ovlivňující uskutečňování vzdělávacího procesu. Spolehnutí na tento skrytý program ze strany škol podporujících zdraví se jeví jako fenomén týkající se polských zkušeností ve vzdělávání, protože v jeho funkci je pokus o využívání programu za účelem propagace zdravého životního stylu celého společenství.

Škola propagující zdraví je myšlenka, kterou nejde dosáhnout v jejím perfektním naplnění. Může být však realizovaná jako závazek dlouhodobé činnosti. V důsledku této skutečnosti, koordinátoři projektu doporučují metodu “malých kroků”, kde škola určí cíle při vzetí v úvahu potřeb, podmínek a možností je dosáhnout realistickým tempem. Úkol na experty a prostředí je podporovat iniciativy podnikané školskou komunitou, neukládat úkoly a neřídít jejich dokončování. Hlavním úkolem je také věnovat pozornost pozitivním aspektům radosti ze zdraví, ne pouze zdůrazňováním hrozeb nemocí a boje s nemocemi⁴⁰.

Návazně na principy ideologie Školy podporující zdraví, mnoho expertů vybízí k vedení zdravotního vzdělávacího procesu jako klíčové linie vzdělání jako takového, což by byl formální a skrytý proces, uskutečňující jak dimenzi prevence tak i intervence⁴¹. Takovýto návrh má vážná rizika pro nové a zkoumané ideje. Je zde riziko, že model perspektiva školy propagující zdraví, bez ohledu na stále se zvyšující počet škol zapojených do systému, se stane nasyceným tradičními předlohami tříkolového školního vzdělání. Množství kombinované s pokusy používat “osvědčené předlohy” může

38 B. Woynarowska [red.] *Jak tworzymy...* op. cit. p. 22.

39 K. Kruszcwski, *Sztuka nauczania*, Warszawa 1998, p. 100-103.

40 B. Woynarowska [red.] *Jak tworzymy ...* op. cit. p. 22-23, 27, 30-33

41 L. Barić, H. Osińska, op. cit. p. 115.

narušovat kvalitu. Tato hrozba je zvláště zintenzivňována skutečností, že projekt školy propagující zdraví je cílený na žáky věku mezi 4 a 18. Teoreticky program takovýchto škol zahrnuje výukový proces ve školce, základní škole, střední i odborné škole. Skutečná, neformální úroveň zapojení do realizace tohoto cíle vykazuje narůstající pochybnosti. Reálný závazek z titulu základního charakteru informací v rámci prvotního školského učení se dosud odkazuje pouze na základní školy. Toto vyžaduje řešení záležitostí více a více komplexních určovateli vyšších úrovní vzdělávání a kombinování těchto s praxí interního života ve školách. Ve středních školách propagujících zdraví, příklad problematických zásadních oblastí k řešení a ne pouze k zabývání se jimi, jsou také otázky násilí, komunikace, sexuality, návyky – to vše ve velkém rozsahu sociálního zdraví. Naprostou chybou by bylo opakovat základní obsah ve střední škole a odborných školách, které mají odlišný charakter a tedy vyžadují odlišné cíle, metody a předpoklady spojené se zdravím dospívajících. Funkce institucí podporujících školy propagující zdraví, alternativně zaškolující budoucí pracovníky pro zdravotnické vzdělávání, je v projektu přiřazenému k vyššímu vzdělání. Bude považované za chybu vyloučit vyšší vzdělání z aktivní účasti na systému. Nutnost modernizovat projekt Školy propagující zdraví je také spojená s výsledky hodnocení jejich činností a závěrů, inklinujících k reorganizaci evropského systému Školy propagující zdraví do systému Školy pro zdraví v Evropě. Od 1. ledna 2008 se projekt školy propagující zdraví provádí v rámci projektu Školy pro zdraví v Evropě⁴². Argumentace, která z, a touto rozhodující změnou leží, je myšlenka ohledně role vykonávané školou v rámci Zdraví pro každého v 21. století. Posláním školy je začlenit své integrační linky do činností založených na početných projektech prováděných dle Evropské zdravotní strategie. Hodnocení zdravotního modelu směrem ke Škole pro zdraví v Evropě vyžaduje další konceptualizaci projektu. Hlavním pravidlem nové konceptualizace bude přeměna ze školy chápané jako izolovanou instituci ovládanou metodickým a skrytým programem podporovaným institucemi kolem školy a okolím, do myšlenky školy chápané jako stálý vzdělávací proces se všemi permanentně zapojenými jednotlivci, kteří se zúčastňují zavádění občanské společnosti znalostí. Tento projekt zahrnuje intenzivnější integritu systémových programů “SHE” s místními projekty Zdravé město, tak jako i s široce vnímanými ekonomickými a ekologickými projekty (vyvážený rozvoj) a projekty, které se musí zřídit a realizovat. Mezi těmito patří urgentní projekt Zdravá vesnice. Projekt s širokým porozuměním a na nejvyšší úrovni – Škola pro zdraví bude koordinovaný s projekty budování znalostní společnosti založené v Prostoru vyššího evropského vzdělání, který propaguje volný tok dosažených vědeckých výsledků sloužících pro optimální přenos a transformaci znalostí, tak jako i určujících faktorů zdraví od WHO, jako je vzdělání, právo na uplatnění a občanské svobody, mezilidská komunikace a zaměstnanost⁴³.

Pokud zde nebudou pokusy o rozšíření problematických oblastí a rozsahu projektů škol pro zdraví ve formě skrytých programů, a toto nebude rozšířené do všech úrovní vzdělávání (včetně University třetího věku), je zde vážné riziko, že model polského zdravotního vzdělávání ustrne na tradiční, neefektivní myšlence zdraví s používáním restriktivních, direktivních a morálních metod (omezených na základní úroveň

42 *Dlaczego Szkoły dla Zdrowia w Europie*, Biuletyn „Szkoły dla Zdrowia w Europie” nr 1, czerwiec 2007 r. <http://www.cmppp.edu.pl/node/28602>

43 Bologna process, http://www.nauka.gov.pl/mn/index.jsp?place=Menu06&news_cat_id=953&layout+2

zdravotních znalostí). Takovéto znalosti budou ještě založené na fanatické vizi lidských životních podmínek za archaických sociálních, ekonomických a ekologických poměrů. Nevýhody takovéto předpovědi byly detailně rozpracované ve výše uvedeném textu.

SCHOOL AS A LINK INTEGRATING HEALTH SUPPORTING ENVIRONMENT. FROM HEALTHY SCHOOL TO SCHOOLS FOR HEALTH IN EUROPE

Abstract: In the postmodern health discourse, the predominant importance is assigned to education and health promotion. The prestige of education is emphasized not only by the WHO project “Health for Everyone in 21st century”, but also by the World’s Health Declaration. The key issues are the forms and contents of school health education. The assumption points they all shall shape the skills of civic involvement in social, economic and political undertakings and prepare those being educated to participate in the responsibility for health and express the core of the problems bothering postindustrial societies. The constitutive element of the operational dimension in educational processes is the health awareness of an individual, aiming at change of the reality with accordance to pro-health standards of WHO. The task of education is to develop the health awareness of a citizen and building up health-related knowledge in individual, social and ecological dimension. The history of health and disease-related educational programmes is of revolutionary character. Transformation of health promotion model at schools shifts from elementary health promotion model, through the project of Health Promoting Schools to the model of Schools for Health in Europe. Transformations in educational models coincide changes in approaching the health model from disposition or environmental perspective to system perspective of positive health. The new perspectives of health and health education take into account psychosomatic, ecological, cultural and technological aspects, including the restrictions resulting from human genetic adjustment to changeable conditions.

Keywords: health, Health Promoting Schools, Schools for Health in Europe, education, health education, health promotion