

JUSTYNA HORBOWSKA

WARTOŚĆ „ZDROWIE” I JEJ MIEJSCE W HIERARCHIACH WARTOŚCI MŁODZIEŻY I OSÓB DOROSŁYCH

Zdrowie jako wartość znajduje się w kręgu zainteresowań wielu dziedzin nauki, począwszy od nauk medycznych, poprzez nauki przyrodnicze, humanistyczne aż po nauki społeczne. Wartość „zdrowie” i to wszystko, co się z nią wiąże, jest szczególnie istotne dla pedagogiki. W opracowaniu ukazano wybrane badania dotyczące pozycji wartości „zdrowie” w hierarchiach wartości młodzieży i osób dorosłych.

Wartości ze swej natury odnoszą się do świata egzystencji człowieka, a przede wszystkim do niego samego. Warunkiem uznania czegoś za wartościowe jest wykazanie, że jest ono doczesnym i ponadczasowym dobrem dla człowieka, społeczności, narodu czy świata¹. Jan Paweł II zauważa: „tylko dzięki prawdziwym wartościom człowiek może stawać się lepszy, rozwijać w pełni swoją naturę”². Wartość w ujęciu wielu pedagogów może mieć charakter prorozwojowy, odnosić się do godności człowieka i prowadzić do pełni człowieczeństwa. K. Chałas podkreśla, że to wszystko, co ważne i cenne dla człowieka oraz godne człowieka, prowadzi do jego integralnego rozwoju ku pełni człowieczeństwa³.

Mgr JUSTYNA HORBOWSKA – doktorantka, Instytut Pedagogiki Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II, Al. Raławickie 14, 20-950 Lublin; e-mail: justyna555@o2.pl

¹ Por. M. ŚNIADKOWSKI, *Działalność animacyjna młodzieży z Ruchu Światło-Życie w środowisku szkolnym*, Lublin: Polihymnia 2008, s. 23.

² JAN PAWEŁ II, *Encyklika „Fides et ratio”*, Tarnów: Biblos 1998, s. 43.

³ Zob. K. CHAŁAS, *Moc wychowawcza przypadkowych zdarzeń w świetle introcepcji wartości*, Lublin–Kielce: Wydawnictwo Jedność 2011, s. 18.

1. POJĘCIE ZDROWIA JAKO WARTOŚCI

Zgodnie z definicją zawartą w *Encyklopedii aksjologii pedagogicznej*, wartość „zdrowie” jest „nie tylko brakiem choroby lub niepełnosprawności, ale także wewnątrzustrojową harmonią, prawidłowym funkcjonowaniem i maksymalną sprawnością wszystkich układów i narządów wewnętrznych, zdolnością przystosowania się do środowiska oraz dobrym samopoczuciem fizycznym, psychicznym, społecznym i duchowym”⁴.

Rola wartości „zdrowie” bezpośrednio odnosi się do procesu podmiotowego bycia, stawania się, jak również spełniania (zdrowie jako wartość, zasób, warunek). J. Watson, pisząc o zdrowiu, stwierdza, że „człowiek egzystuje jako żyjący twór w trzech sferach swej natury: umysłu, ciała i duszy, tworząc jego Ja, jego jaźń. Pojęcie zdrowia wiąże się więc z pojęciem całości i harmonii trzech sfer jaźni człowieka, harmonii między moim Ja a Ja innych osób, a także między moim Ja a otaczającą naturą”⁵. Można przyjąć, że wartość „zdrowie” to wypracowana na przestrzeni rozwoju kulturowego koncepcja odnosząca się do różnych form świadomości społecznej i utożsamiana ze stanem równowagi biopsychospołecznej – zachowująca zatem podział na zdrowie „ciała i ducha” czy somatyczne oraz psychiczne – człowieka w środowisku społecznym.

Natomiast K. Dąbrowski zauważa, że zdrowie „oznacza zdolność do rozwoju w kierunku wszechstronnego rozumienia, przeżywania, odkrywania i tworzenia coraz wyższej hierarchii rzeczywistości i wartości, aż do konkretnego ideału indywidualnego i społecznego”⁶.

Badając wartość „zdrowie”, należy zwrócić uwagę również na zagadnienie rozwoju postrzegania tej wartości. Jej pojmowanie ulegało zmianom zależnym od panujących trendów w nauce i kulturze, z postępowaniem cywilizacyjnym, jak też z rozwojem osobniczym – ze wzrastaniem człowieka. U swego zarania zdrowie utożsamiano z mocą, siłą nierozgraniczaną na fizyczną i duchową. W języku staroangielskim „zdrowy” był synonimem „bezpiecznego” lub „krzepkiego”. Ze zdrowiem wiązano wspólne spędzanie czasu⁷. Natomiast

⁴ K. ŻUCHEŁKOWSKA, *Zdrowie jako wartość*, w: K. CHAŁAS, A. MAJ (red.), *Encyklopedia aksjologii pedagogicznej*, Radom: Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne 2016, s. 1537.

⁵ J. WATSON, *Philosophy and theory of Human Caring in Nursing*, w: J. RIEHL-SISCA, C. ROY (red.), *Conceptual Models for Nursing Practice*, Norwalk: Appleton-Century-Crofts 1989, s. 226.

⁶ K. DĄBROWSKI, *Zdrowie psychiczne*, Warszawa: PWN 1979, s. 34.

⁷ A. PEDERSON, M. O'NEILL, I. ROOTMAN, *Health Promotion in Canada: Provincial, Na-*

język polski słowo „zdrowie” wywodzi od „drzewa”, dębu z jego atrybutami: siłą, mocarnością⁸. W wieku Oświecenia upowszechnienie w nauce podejścia redukcjonistycznego skutkowało dominacją aspektu fizycznego zdrowia nad jego wymiarem duchowym. „Uważano, że aby zrozumieć zachowania człowieka, wystarczy badać zjawiska biochemiczne czy też neurologiczne. Funkcjonująca wówczas dualistyczna koncepcja Kartezjusza zakładała oddzielenie dwóch funkcji człowieka: mechanistycznego ciała i spirytualistycznej duszy. Jak wiadomo, współcześnie niemal nikt już nie ma wątpliwości, że człowiek stanowi jedność psychofizyczną”⁹. Obecna dominacja w nauce i świadomości społecznej modelu holistycznego wzmacniającego fizyczność i duchowość nie przekreśla, lecz uwydatnia rolę nauk przyrodniczych w pojmowaniu tej wartości jako wyraz rozwoju cywilizacyjnego.

Ewolucja pojmowania zdrowia jest możliwa nie tylko z rozwojem społecznym; jego percepcja staje się doskonalsza również w miarę rozwoju osobniczego. W myśl wykładni B. Woynarowskiej teorii rozwoju poznawczego J. Piageta, dzieci w stadium przedoperacyjnym (w wieku przedszkolnym) postrzegają zdrowie przez pryzmat własnej osoby i zauważają sytuacje, w których wystąpił jego „niedobór”, podczas gdy dzieci w stadium operacji konkretnych (we wczesnym wieku szkolnym) mogą już rozpoznać działania służące uniknięciu choroby czy utrzymaniu zdrowia, choć utożsamiają jego posiadanie bądź brak z takimi aspektami wyglądu, jak choćby blade albo zaróżowione policzki. Młodzież w stadium operacji formalnych, potrafiąca myśleć abstrakcyjnie, dostrzega szerszy kontekst zagadnień związanych z ochroną zdrowia, pojmując potrzebę profilaktyki, programów promujących zdrowie; rozumie również społeczny aspekt zdrowia – zdrowie publiczne¹⁰.

Przyjmując kryterium socjologiczne, wyodrębniono wartość zdrowia osobową i społeczną – „dobro indywidualne” i „dobro publiczne”, aby następnie nakłaniać ku temu ostatecznie rządy państw i obywatele narodów. Cały system ochrony zdrowia został stworzony na podstawie wiedzy nazwanej „zdrowiem

tional and International Perspectives, Toronto: W.B. Saunders 1994, s. 56, za: J. NIŻNIK, *W poszukiwaniu racjonalnego systemu finansowania ochrony zdrowia*, Bydgoszcz–Kraków: Oficyna Wydawnicza Branta 2004, s. 13.

⁸ A. BAŃKOWSKI, *Etymologiczny słownik języka polskiego*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN 2000, s. 650.

⁹ M. KOWALSKI, A. GAWĘŁ, *Zdrowie – Wartość – Edukacja*, Kraków: Oficyna Wydawnicza IMPULS 2006, s. 16.

¹⁰ Zob. B. WOYNAROWSKA, *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN 2013, s. 22.

publicznym”, wywodzącej się z afirmacji społecznej wartości zdrowia. Najkrócej ujmując, zdrowie publiczne to nauka zajmująca się zdrowiem na poziomie populacji ludzkiej. C.-E.A. Winslow zaproponował jego następującą definicję: „zdrowie publiczne jest nauką i sztuką zapobiegania chorobom, przedłużania życia, promowania zdrowia i sprawności fizycznej poprzez zorganizowane wysiłki na rzecz higieny środowiska, kontroli chorób zakaźnych, szerzenia zakażeń, organizowania służb medycznych i opiekuńczych w celu wczesnego rozpoznawania, zapobiegania i leczenia oraz rozwijania takich mechanizmów społecznych, które zapewnią każdemu standard życia umożliwiający zachowanie i umacnianie zdrowia”¹¹.

Z kolei Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) formułuje ją następująco: „Zdrowie publiczne jest to zorganizowany wysiłek społeczny, realizowany głównie przez wspólne działania instytucji publicznych, mający na celu polepszenie, promocję, ochronę i przywracanie zdrowia ludności. Obejmuje, między innymi, takie rodzaje działalności, jak analiza działalności zdrowotnej, nadzór zdrowotny, promocję zdrowia, zapobieganie, zwalczanie chorób zakaźnych, ochronę środowiska i sanitację, działania przygotowawcze na wypadek katastrof i nagłych sytuacji zdrowotnych i medycynę pracy”¹².

2. BADANIA DOTYCZĄCE HIERARCHII KRYTERIÓW ZDROWIA

H. Piasecka przeprowadziła badanie nad sposobami pojmowania pojęcia „zdrowie”¹³. Podobne badania przeprowadziła B. Stawarz za pomocą Listy Kryteriów Zdrowia (LKZ) na grupie 690 osób wśród studentów medycyny, kierunków humanistycznych i technicznych na Podkarpaciu. Badani studenci najwyższą wagę przypisywali zdrowiu rozumianemu jako „właściwość”, „proces”, a potem „cel”, zaś zdrowie jako „stan” i „wynik” zajmowały dalsze miejsca. Być zdrowym, to w opinii badanych „nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych”, „mieć sprawne wszystkie części ciała”, „potrafić dobrze współżyć z innymi ludźmi”, „akceptować siebie, znać swoje możliwości i bra-

¹¹ Por. C.-E.A. WINSLOW, *The Untilled Fields of Public Health*, „Science” 1920, nr 51(1306), s. 23-33.

¹² ŚWIATOWA ORGANIZACJA ZDROWIA, *Public Health*, w: *Health Systems Strengthening Glossary* [on-line].

¹³ Zob. H. PIASECKA, B. ŚLUSARSKA, G. NOWICKI, *Zdrowie jako wartość wśród młodzieży studenckiej w uwarunkowaniach społeczno-demograficznych i ocena żywienia badanej grupy*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2015, nr 2, s. 127.

ki”, a w dalszej kolejności „czuć się dobrze” i „dożyć późnej starości”. Natomiast najmniej istotne okazały się stwierdzenia: „czuć się szczęśliwym przez większość czasu”, „umieć się cieszyć z życia” oraz „nie palić tytoniu” i „należycie się odżywiać”. Warto dodać, że określenie „mieć odpowiednią masę ciała” w tym badaniu uplasowało się poniżej w hierarchii, co można interpretować w taki sposób, że młodzi dorośli w większym stopniu cenią wysoką jakość żywności, niż efekt w postaci braku nadwagi; nie utożsamiają jej z brakiem zdrowia/chorobą. Również w tym badaniu stwierdzenie „mieć zdrowe włosy i cerę” zajęło pozycję przy końcu hierarchii.

Na uwagę zasługuje sposób dokonywania wyborów stwierdzeń dotyczących wartości „zdrowie” badanych zależnie od kierunku studiów. Studiujący kierunki humanistyczne wybierali jako ważne „nie palić tytoniu” o jedną trzecią częściej niż studenci medycyny i kierunków technicznych¹⁴. Natomiast stwierdzenie: „mieć sprawne wszystkie części ciała”, okazało się ważne dla studentów kierunków technicznych i humanistycznych, zaś mniej istotne dla studentów medycyny.

Wskazane wyniki mogą sugerować, że studenci pomimo ukierunkowania humanistycznego obawiają się niepełnosprawności, a studenci medycyny nie widzą potrzeby profilaktyki chorób nowotworowych oraz krążenia w odniesieniu do nich samych.

3. BADANIA DOTYCZĄCE MIEJSCA WARTOŚCI „ZDROWIE” W HIERARCHII WARTOŚCI OSÓB DOROSŁYCH

W badaniu GUS „Wartości i zaufanie społeczne w Polsce 2015”, w którym wzięło udział blisko 14 tys. Polaków w wieku 16 i więcej lat, wartość „zdrowie” była najczęściej wskazywana w odpowiedzi na pytanie o najważniejsze wartości w życiu we wszystkich grupach wyodrębnionych ze względu na kryterium płci, wieku i miejsca zamieszkania. Respondenci, przypisując tak znaczącą rolę zdrowiu, wybierali jednocześnie znamienne często wartości rodzinne. W raporcie z badań czytamy: „zdecydowana większość mieszkańców Polski za najważniejszą wartość w swoim życiu uważa zdrowie (ok. 66%). Bardzo znaczący odsetek osób jako najważniejszą w hierarchii wartości wskazał rodzinę i szczęście rodzinne (ok. 23%) [...] wśród trzech najważniejszych z nich najczęściej pojawiały się zdrowie (ok. 89%), rodzina i szczęście

¹⁴ B. STAWARZ, M. LEWICKA, M. SULIMA, H. WIKTOR, *Zdrowie jako wartość w ocenie studentów z województwa podkarpackiego*, „Annales Academiae Medicae Silesiensis” 2014, nr 4, s. 226-227.

rodzinne (ok. 81%) oraz miłość (ok. 20%)”¹⁵. Wprawdzie w grupie wiekowej od 16 do 24 lata wśród trzech najważniejszych wartości „zdrowie” wskazywano z mniejszą częstością, niż to miało miejsce w pozostałych grupach wiekowych: „zdrowie” – 76,5%, „rodzina” – 71%, „miłość” – 36,4%. Częstość wskazań na zdrowie rosła z wiekiem respondentów, odwrotnie do wyboru wartości „miłość”. Jakkolwiek sami autorzy opracowania badania zastrzegają na wstępie: „oczywiście należy mieć na uwadze, iż ilościowe, statystyczne ujmowanie tego rodzaju tematyki daje jedynie ogólny, uproszczony obraz bardzo złożonego zjawiska, jakim jest system wartości”¹⁶.

Przedstawione wyniki są zbieżne z wynikami badania „Diagnoza społeczna 2015”. Za wzór hierarchii wartości przyjęto w nim „skalę warunków szczęśliwego życia”, zawierającą 13 wartości pozytywnych: pieniądze, dzieci, udane małżeństwo, praca, przyjaciele, Opatrzność, Bóg, pogoda ducha, uczciwość, życzliwość i szacunek, wolność, swoboda, zdrowie, wykształcenie, silny charakter i jedną nieokreśloną. Przyjmując, że wszystkie wymienione wartości są powszechnie akceptowane, ograniczono respondentom wybór do trzech, ich zdaniem – najważniejszych.

Podobnie jak we wszystkich poprzednich latach, również w 2015 r. najczęściej jako wartość wskazywano zdrowie (67,0% respondentów), wyżej ceniły je kobiety, osoby starsze, najgorzej i najlepiej wykształcone, renciści, emeryci i rolnicy, osoby żyjące w stanie wolnym. Warto tu dodać, że częstość wskazań zdrowia jako wartości warunkującej szczęśliwość wzrastała sukcesywnie od 1992 r. W dalszej kolejności ankietowani wymieniali: udane małżeństwo (niewielki spadek liczby wskazań), dzieci (także spadek liczby wskazań, który zaczął się już w 2011 r.) i pracę; najrzadziej wolność i swobodę, silny charakter, wykształcenie i życzliwość oraz szacunek otoczenia¹⁷.

Badania dotyczące zróżnicowania percepcji wartości zależnie od aktualnej sytuacji respondentów w odniesieniu do zdrowia potwierdziły hipotezę deficytu: cenimy najbardziej to, czego nam brakuje. W raporcie podkreśla się, że „wzrastającą z wiekiem częstość definiowania zdrowia jako najważniejszej z wartości pozostaje w bezpośrednim związku z mechanizmem zmiany systemu wartości po wydarzeniach życiowych wynikających z wyborów jednostki, czy będą to efekty dysonansu poznawczego jednostki doświadczającej złych skutków decyzji o prezentowaniu zachowań niebezpiecznych dla jej zdrowia,

¹⁵ GUS, *Wartości i zaufanie społeczne w Polsce w 2015 r.*, Warszawa 2015, s. 7.

¹⁶ Tamże, s. 7-8.

¹⁷ *Diagnoza społeczna 2015*, Warszawa 2015, s. 255.

czy też potwierdzenie hipotezy deficytu. Nie wiesz, czy coś jest dla ciebie naprawdę ważne, dopóki tego nie doświadczysz. Świadczy o tym istotny statystycznie wpływ na zmianę wartości zdrowia u osób, które stały się niepełnosprawne, lub leczone były w szpitalu, a więc doświadczyły czegoś, co nie było efektem ich swobodnego wyboru. «Zdrowie, ile cię trzeba cenić, ten tylko się dowie, kto cię stracił»¹⁸.

4. BADANIA DOTYCZĄCE HIERARCHII WARTOŚCI MŁODZIEŻY

T. Strózik badaniem objął młodzież akademicką stanu wolnego kształcąca się w trybie dziennym na wyższych uczelniach w Poznaniu – na studiach I i II stopnia. Narzędzie badawcze stanowił autorski, standaryzowany kwestionariusz ankiety „Jak żyją studenci?”. Przebadano 1516 respondentów kształcących się w trybie dziennym na dwunastu poznańskich uczelniach i do dalszych analiz zakwalifikowano 1455 prawidłowo wypełnionych kwestionariuszy ankiety. Jednym z elementów badania było podjęcie próby identyfikacji hierarchii najważniejszych życiowych wartości młodzieży akademickiej. W tym celu poproszono studentów o wskazanie trzech spośród dwunastu podanych życiowych wartości (rodzina, zdrowie, przyjaciele, udane małżeństwo, wolność/ swoboda, wykształcenie, pieniądze, Bóg/ Opatrzność, kariera zawodowa, praca, szacunek otoczenia, pomoc innym, inne), mających dla nich największe znaczenie. Wybrane wartości zostały przez respondentów pogrupowane w kategorie: bardzo ważna, ważna i średnio ważna. Zdrowie znalazło się w tej hierarchii na wysokim, drugim miejscu (było cenione przez 47% studentów, dla 17% spośród nich była to wartość najważniejsza), zaraz po rodzinie, wybranej przez 2/3 respondentów (dla 32% spośród nich była to najważniejsza z wartości). Nie zaobserwowano różnic w hierarchii ze względu na płeć, natomiast zmienna „religijność własna” różnicowała wybory wartości „zdrowie”: było cenione przede wszystkim przez studentów głęboko wierzących (46,1%) oraz mało praktykujących (52,2%), a rzadziej przez osoby niewierzące (36,9%). Kolejnym elementem tego samego badania była próba określenia hierarchii tych obszarów życia, które młodzież akademicka uznała za najistotniejsze w chwili badania (w czasie edukacji na szczeblu akademickim). Dokonywano wyboru spośród 11 obszarów (w kolejności począwszy od najczęściej wybieranych do wskazanych najrzadziej): rodzina, edukacja na

¹⁸ Tamże, s. 261-262.

wyższej uczelni, relacje z przyjaciółmi, życie osobiste, perspektywy na przyszłość, zdrowie, korzystanie z uroków życia, życie religijne, hobby, czas wolny, sytuacja w kraju. Tu zdrowie znalazło się dopiero na 6 pozycji (19,1% wskazań wobec 66,4% wyboru obszaru „rodzina”). Liczba wskazań była różnicowana przez płeć: dziewczęta wybierały zdrowie jako najistotniejszy dla nich obszar życia częściej od chłopców¹⁹.

A. Witek, T. Lewandowska-Kidoń i A. Pawluk-Skrzypek przeprowadziły w 2011 r. badanie wśród grupy 63 gimnazjalistów z zastosowaniem próby losowej w celu wyodrębnienia wartości niezbędnych do odczuwania osobistego szczęścia. Narzędzie badawcze stanowiła Lista Wartości Osobistych (LWO) Z. Juczyńskiego. W tym badaniu wybór wartości poprzedzał wybór symboli osobistego szczęścia. Respondent wybierał 5 symboli spośród dziewięciu (duży krąg przyjaciół, udane życie rodzinne, wykonywanie ulubionej pracy/zawodu, sukcesy w nauce/pracy, dobre zdrowie, bycie potrzebnym dla innych ludzi, dobre warunki materialne, życie pełne przygód/ podróży, sława/popularność), szeregując je od najważniejszego do najmniej ważnego.

Biorąc pod uwagę najwyższą rangę, blisko połowa gimnazjalistów (44,89%) wybrała udane życie rodzinne, następnie duży krąg przyjaciół (18,36%), dalej znalazły się: wykonywanie ulubionej pracy, zawodu; sukcesy w nauce i pracy; dobre warunki materialne oraz życie pełne przygód, podróży (każdy z symboli został wskazany przez 6,12% badanych). Dobre zdrowie uplasowało się dopiero na przedostatniej pozycji z pięciu najczęściej wybieranych symboli szczęścia²⁰. Natomiast w obszarze 4 rangi zdrowie było na drugim miejscu, po dużym kręgu przyjaciół.

Dla respondentów zdrowie samo w sobie nie stanowiło jednoznacznego symbolu szczęścia, natomiast okazało się wartością bezwzględnie konieczną do jego odczuwania.

Na to wnioskowanie rzucają światło wyniki badania przeprowadzonego przez Z. Juczyńskiego. W 2014 r. zastosował on skalę autorską 10 wartości osobistych (miłość–przyjaźń, dobre zdrowie, inteligencja–zdolności, wiedza–mądrość, poczucie humoru, korzystny wygląd, odwaga, dobroć–wierność, dobrobyt–zamożność), spośród których należało wybrać 5 najważniejszych. Zbadał 2006 uczniów w wieku od 12 do 18 lat, którzy wybierali w obszarze

¹⁹ T. STRÓZIK, *System wartości a ocena jakości życia młodzieży akademickiej*, „Studia Oeconomica Posnaniensia” 2(2014), nr 2 (263), s. 11-14.

²⁰ A. WITEK, T. LEWANDOWSKA-KIDOŃ, A. PAWLUK-SKRZYPEK, *Percepcja otyłego rówieśnika a przekonania zdrowotne młodzieży gimnazjalnej*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 18(2012), nr 4, s. 277.

najwyższej rangi niezależnie od wieku zdrowie jako drugie po miłości–przyjaźni: chłopcy częściej od dziewcząt, najczęściej 16-latkowie, potem 12-latkowie, 18-latkowie; najrzadziej z grup wiekowych najwyżej rangowali zdrowie uczniowie w wieku 14 lat. Dalej następowały wybory inteligencji–zdolności i wiedzy–mądrości. Wprawdzie równocześnie 23% badanych nie zaliczyło „dobrego zdrowia” do pięciu najważniejszych wartości osobistych. Inna grupa badanych odpowiadała na pytanie: „Co dla Ciebie oznacza «być zdrowym»?”. Uzyskane wyniki wskazały, że zdrowie jest w większości postrzegane jako wartość instrumentalna dotycząca funkcjonowania jednostki. Ta właściwość staje się bardziej oczywista w odniesieniu do zdrowia niż choroby. Zwracało na nią uwagę 60% 18-latków w definiowaniu zdrowia i jedynie 22% w odniesieniu do choroby²¹.

Szczególnie interesująco przedstawiają się wyniki badań nad hierarchią wartości K. Dziwańskiej. Badaniami objęto uczniów klas trzecich szkół średnich, zostały one przeprowadzone dwukrotnie: w 1999 r. na grupie 223 osób i w 2011 r. na grupie 224 uczniów. Uczniowie dokonywali wyboru trzech spośród 24 wartości: wygoda życia, zaangażowanie społeczne (zaangażowanie na rzecz kraju, społeczeństwa), używanie życia (hedonizm), władza/ dominowanie, wartości moralne (uczciwość, dobroć, szlachetność), twórczość/ nowatorstwo, patriotyzm, wartości materialne, spokój wewnętrzny, wartości estetyczne (piękno), spryt (cwaniactwo), wartości zawodowe (zawód, praca), życie rodzinne, niezależność, nastawienie na innych ludzi, konformizm (przystosowanie się za wszelką cenę), prestiż (uznanie społeczne), perfekcjonizm (doskonalenie się), miłość, zdrowie, wierność ideałom, wartości religijne – Bóg, szczęście, wiedza, inne (możliwość wpisania dodatkowych wartości). Następnie rangowali wybrane wartości. Wśród preferowanych przez siebie wartości najczęściej wymieniano miłość (44%), następnie zdrowie (34%) i życie rodzinne (33%). Jednak za najważniejszą z trzech wybranych młodzież uznała wartość życie rodzinne, miłość i niezależność. Zdrowie znalazło się tu dopiero na piątym miejscu²².

J. Mariański zauważył, że „istnieją wartości w życiu, których człowiek nie chciałby absolutnie utracić. Te wartości stanowią istotę ludzkich oczekiwań, pragnień i nadziei”²³. Poproszono zatem respondentów o określenia znacze-

²¹ Zob. Z. JUCZYŃSKI, *Health in the Hierarchy of Personal Values of Children and Youth*, „Pedagogika Rodziny. Family Pedagogy” 2014, nr 4(1), s. 71-75.

²² Zob. K. DZIWAŃSKA, *Wartości cenione przez młodzież – wybrane uwarunkowania społeczno-kulturowe*, „International Letters of Social and Humanistic Sciences” 7(2013), s. 103-105.

²³ Zob. J. MARIAŃSKI, *Matężństwo i rodzina w świadomości młodzieży maturalnej – stabilność i zmiana*, Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek 2012, s. 165.

nia utraty wartości, aby w ten sposób zbadać hierarchię wartości codziennych nadających sens życiu. Maturzystom z Lubelszczyzny, Szprotawy i Gdańska postawiono pytanie: „Czego najbardziej obawiasz się w życiu?”. Spośród 11 obaw życiowych respondenci mogli wybrać kilka. Dane zgromadzone tą metodą pozwalają na ukonstytuowanie następującej hierarchii najczęściej wskazywanych wartości, jakich badani maturzyści nie chcieliby utracić: zdrowie (70,3%), miłość (66,8%), udane życie rodzinne (53,5%), dobrobyt/ bezpieczeństwo materialne (47,3%), zadowolenie z życia (38,3%), przyjaźń (37,8%), nauka/ praca (35,0%), ciekawe życie (31,4%)²⁴.

PODSUMOWANIE

Zestawiając wyniki badań populacji dorosłych z wynikami młodzieży, można zaobserwować, że choć dla osób dorosłych zdrowie stanowi najważniejszą wartość, to nie jest to efektem skutecznego rozwoju czy wychowania ku tej wartości od młodości, ale wzrastającego z wiekiem doświadczenia związanego choćby z chorobami własnymi czy innych osób. Tymczasem wartość ta powinna kształtować styl życia promujący zdrowie już w młodym wieku, aby w przyszłości zwiększyć możliwość uniknięcia sytuacji osobistego doświadczania utraty zdrowia; winna być pojmowana jako cel działań i dążeń młodego człowieka.

Dokonując przeglądu wyników wybranych badań należy podkreślić, że w większości z nich wartość „zdrowie” w hierarchiach wartości młodzieży nie pojawiła się na samym szczycie. Można domniemywać, że młodzież, zazwyczaj niemająca problemów ze zdrowiem, nie docenia w pełni jego wartości i nie dostrzega oczywistego związku zdrowia z wartościami takimi, jak udane życie, dobra praca i spokojna przyszłość. Wyniki zaprezentowanych badań wskazują również, że zdrowie młodzież traktuje instrumentalnie; w jej percepcji nie jest ono celem samo w sobie, tylko metodą prowadzącą do szczęścia. Oznacza to, że istnieje potrzeba doskonalenia wychowania ku wartości „zdrowie”.

²⁴ Zob. tamże, s. 166-167.

BIBLIOGRAFIA

- BAŃKOWSKI A., *Etymologiczny słownik języka polskiego*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN 2000.
- CHAŁAS K., *Moc wychowawcza przypadkowych zdarzeń w świetle introcepcji wartości*, Lublin–Kielce: Wydawnictwo Jedność 2011.
- DĄBROWSKI K., *Zdrowie psychiczne*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe 1979.
- DZIWAŃSKA K., *Wartości cenione przez młodzież – wybrane uwarunkowania społeczno-kulturowe*, „International Letters of Social and Humanistic Sciences” 7(2013).
- GALAROWICZ J., *W drodze do etyki wartości. Fenomenologiczna etyka wartości*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe PAT 1997.
- GUS, *Wartości i zaufanie społeczne w Polsce w 2015 r.*, Warszawa 2015.
- JAN PAWEŁ II, *Encyklika „Fides et ratio”*, Tarnów: Biblos 1998.
- JUCZYŃSKI Z., *Health in the Hierarchy of Personal Values of Children and Youth*, „Pedagogika Rodziny. Family Pedagogy” 2014, nr 4(1).
- KOWALSKI M., GAWĘŁ A., *Zdrowie – Wartość – Edukacja*, Kraków: Oficyna Wydawnicza IMPULS 2006.
- MARIAŃSKI J., *Małżeństwo i rodzina w świadomości młodzieży maturalnej – stabilność i zmiana*, Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek 2012.
- PEDERSON A., O'NEILL M., ROOTMAN I., *Health Promotion in Canada: Provincial, National and International Perspectives*, Toronto: W.B. Saunders 1994, za: J. NIŻIK, *W poszukiwaniu racjonalnego systemu finansowania ochrony zdrowia*, Bydgoszcz–Kraków: Oficyna Wydawnicza Branta 2004.
- PIASECKA H., ŚLUSARSKA B., NOWICKA G., *Zdrowie jako wartość wśród młodzieży studenckiej w uwarunkowaniach społeczno-demograficznych i ocena żywienia badanej grupy*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2015, nr 2.
- STAWARZ B., LEWICKA M., SULIMA M., WIKTOR H., *Zdrowie jako wartość w ocenie studentów z województwa podkarpackiego*, „Annales Academiae Medicae Silesiensis” 2014.
- STRÓŻIK T., *System wartości a ocena jakości życia młodzieży akademickiej*, „Studia Oeconomica Posnaniensia” 2(2014), nr 2 (263).
- ŚNIADKOWSKI M., *Działalność animacyjna młodzieży z Ruchu Światło-Życie w środowisku szkolnym*, Lublin: Polihymnia 2008.
- Światowa Organizacja Zdrowia: *Public Health*, w: *Health Systems Strengthening Glossary* [online].
- WATSON J., *Philosophy and theory of Human Caring in Nursing*, w: J. RIEHL-SISCA, C. ROY (red.), *Conceptual Models for Nursing Practice*, Norwalk: Appleton-Century-Crofts 1989.
- WINSLOW C.-E.A., *The Untilled Fields of Public Health*, „Science” 1920, nr 51(1306).
- WITEK A., LEWANDOWSKA-KIDOŃ T., PAWLUK-SKRZYPEK A., *Percepcja otyłego rówieśnika a przekonania zdrowotne młodzieży gimnazjalnej*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 18(2012), nr 4, s. 276-280.
- WOYNAROWSKA B., *Edukacja zdrowotna*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN 2013.
- ŻUCHEŁKOWSKA K., *Zdrowie jako wartość*, w: K. CHAŁAS, A. MAJ A. (red.), *Encyklopedia aksjologii pedagogicznej*, Radom: Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne 2016.

WARTOŚĆ „ZDROWIE” I JEJ MIEJSCE W HIERARCHIACH WARTOŚCI MŁODZIEŻY I OSÓB DOROSŁYCH

S t r e s z c z e n i e

Kształtowanie właściwej, trwałej hierarchii wartości to jeden z najistotniejszych celów kształcenia ludzi młodych. Zdrowie jest szczególnie istotną wartością jako wartość podstawowa, witalna, a jednocześnie uniwersalna. W niniejszym artykule ukazano różne wykładnie pojęć wartości jako takich i wartości zdrowia, a także zaprezentowano podziały wartości na kategorie. Następnie przedstawiono wyniki wybranych badań empirycznych dotyczących hierarchii wartości młodzieży i dorosłych. Te badania pokazały, że wartość „zdrowie” była lokowana w pobliżu szczytu hierarchii wartości łącznie z rodziną i miłością. Istnieje potrzeba dalszych badań dotyczących określania miejsca wartości „zdrowie” w hierarchii wartości i postrzegania jej roli przez młodzież.

Słowa kluczowe: wartość; zdrowie; hierarchia; młodzież.

THE VALUE „HEALTH” AND IT’S PLACE IN THE HIERARCHY OF VALUES AMONG YOUTHS AND ADULTS

S u m m a r y

Forming the appropriate and lasting hierarchy of values is one of essential youth learning objectives. Among values, health is especially significant as a basal, vital value and at the same time as an universal one. In the article, theoretical studies of values containing differences in definition and in the process of creating a partition of values were presented. Subsequently, a part concerning results of selected empirical research on hierarchy of values among youths and adults was included. Quoted studies showed, that a value „health” was placed near the top of hierarchy in declarations of teenagers, including family and love. There is a need for further research to determine it’s place and it’s role in perception of youth.

Key words: value; health; hierarchy; youth.