

OBSZARY PRAKTYKI ANDRAGOGICZNEJ

Aldona Małyska

ORCID: 0000-0002-2859-2146

STUDENTKI KIERUNKÓW PEDAGOGICZNYCH O ZDROWIU I JEGO WARTOŚCI

Słowa kluczowe: studenci, zdrowie, dobrostan, wartość, zdrowizm.

Streszczenie: W artykule przedstawiono wyniki badań zrealizowanych metodą sondażu diagnostycznego w grupie 143 studentek kierunków pedagogicznych. Przedmiotem dociekań było poznanie, w jaki sposób respondentki definiują kategorię zdrowia oraz jakie znaczenie przypisują wartości zdrowia. Materiał empiryczny zgromadzony został w 2025 roku przy użyciu *Listy Wartości Osobistych* (LWO) Zygfrieda Juczyńskiego oraz autorskiego kwestionariusza ankiety. W opracowaniu przedstawiono zaproponowane przez osoby badane definicje zdrowia, najliczniej opisanego jako dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny człowieka. Analiza zgromadzonych danych ujawniła, że w badanej grupie wartość zdrowia jest doceniana. Zdrowie (3,79) wraz z udanym życiem rodzinnym (4,13) uzyskało najwyższe średnie wyborów, wśród preferowanych wartości najczęściej przypisywane im były rangi pierwsza i druga. Pomiędzy badanymi odnotowano w prezentowanym opisie pewne różnice ze względu na wiek, miejsce zamieszkania oraz ocenę własnej kondycji zdrowotnej, jednak nie były one istotne statystycznie.

Wprowadzenie

Problematyka zdrowia obecna jest na gruncie wielu dyscyplin naukowych, stanowi też przedmiot potocznych przekonań i codziennych działań organizowanych zazwyczaj z myślą o jego utrzymaniu lub odzyskaniu w przypadku osób doświadczających choroby. Choć jest to pojęcie powszechne, to jednak trudne do jednoznacznego nazywania. Na przestrzeni lat różnie definiowano zdrowie, eksponując różnorodne jego aspekty, rozważając je na wielu płaszczyznach. Dawniej pojawiające się określenia akcentowały przede wszystkim chorobę jako stan

przeciwny zdrowiu, współcześnie zaś silniej podkreśla się dążenie do optymalnego poziomu zdrowia (Starzyńska-Kościuszko, 2010). Zdrowie opisywane bywa jako brak choroby czy pewna norma gatunkowa, funkcjonowanie organizmu, jego zdolność adaptacyjna albo dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny (Domaradzki, 2013). Określeniem przywoływanym najczęściej w opracowaniach poświęconych zagadnieniom zdrowia jest to zaproponowane przez Światową Organizację Zdrowia, gdzie ujmowane jest ono jako „stan pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu, a nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności” (1948), podkreśla się także znaczenie zdolności do prowadzenia produktywnego, kreatywnego życia oraz jego wymiar duchowy (Denys, Zboralski, 2015). Jak zauważają Irena Heszen i Helena Sęk, współcześnie to klasyczne ujęcie jest krytykowane przez przedstawicieli nauk społecznych za zbyt idealizm, brak realnej możliwości osiągnięcia tak definiowanego zdrowia, a także niejednoznaczność użytego w przytoczonej definicji pojęcia „dobrostanu”. Proponują uwzględnienie dynamiki zdrowia oraz traktują je jako dyspozycję sprzyjającą adaptacyjnemu funkcjonowaniu w określonym środowisku czy proces utrzymywania równowagi między wymaganiami środowiska zewnętrznego i wewnętrznego a wysiłkami adaptacyjnymi (2007). Takie pozytywne i dynamiczne podejście do zdrowia, które wskazuje możliwości jego rozwoju i doskonalenia, jak wskazuje Maciej Demel (2002), jest szczególnie przydatne na gruncie wychowawczym.

Zatem zdrowie prezentowane jest jako stan, pewien zasób czy właściwość, ale także proces, wynik, cel oraz wartość (Heszen, Sęk, 2007; Juczyński, 2012; Wrona-Polańska, 2013). W ostatnim z wymienionych ujęć ma miejsce obiektywizacja zdrowia. Ulokowane ono zostaje na zewnątrz człowieka i tak jak inne wartości pozytywne staje się dla niego cenne, pożądane, staje się też celem jego dążenia. Przeciwnieństwem zdrowia jest wówczas choroba, wartość negatywna, której człowiek stara się unikać (Heszen, Sęk, 2007). Dla wielu osób zdrowie jest wartością samą w sobie (Domaradzki, 2013). Służą mu „pewne wartości instrumentalne, takie jak: opanowanie, odpowiedzialność, życzliwość, konsekwencja w działaniu, niezależność, umiejętność bycia sobą i obrony swoich przekonań, optymizm życiowy, aktywny udział w kreowaniu rzeczywistości czy umiejętność radzenia sobie ze stresem” (Gaweł, 2023). Jednak jest ono też niezbędnym warunkiem czy zasobem służącym realizacji innych wyznawanych przez jednostkę wartości, wówczas nadaje się mu status wartości instrumentalnej (Wrona-Polańska, 2013). I wreszcie to wyznawany przez człowieka system wartości, to do czego on dąży i czym się kieruje, co jest dla niego priorytetem, wpływa na to, jak działa, także w kontekście zdrowia (Bielski, 2010). W niektórych sytuacjach może dojść do konfliktu wartości zdrowia i innych wartości, w efekcie te inne mogą okazać się ważniejsze, a dążenie do nich może dokonywać się nawet kosztem zdrowia (Heszen, Sęk, 2007).

Zdrowie, które jest przedmiotem niniejszego opracowania, jak zauważa Zygfryd Juczyński, „dla większości ludzi najczęściej posiada wartość instrumentalną,

to znaczy, że umożliwia ono pozyskiwanie innych ważnych dla jednostki wartości. Okazuje się, że osoby dorosłe, które przypisują zdrowiu wysoką wartość, a zarazem są przekonane co do osobistego wpływu na jego stan, przejawiają więcej zachowań sprzyjających utrzymaniu i polepszeniu zdrowia” (2012, s. 122).

Zdrowie stanowi wartość w wymiarze indywidualnym, jest prawem jednostki i jako takie podlega ochronie (*Powszechna Deklaracja Praw Człowieka*, 1948; *Konstytucja RP*, 1997; Heszen, Sęk, 2007; Zdyb, 2024). Jest także zasobem, bogactwem społeczeństwa – w tym sensie, że gwarantuje jego rozwój społeczny, ekonomiczny i kulturalny, umożliwia osiągnięcie odpowiedniego poziomu jakości życia (Syrek, 2000). Obszar działań dotyczących różnych aspektów zdrowia społeczeństwa składa się na zdrowie publiczne. Zdrowie publiczne określane jest jako nauka i sztuka zapobiegania chorobom, przedłużania życia i promowania zdrowia populacji poprzez zorganizowany wysiłek społeczeństwa (WHO; Wojtczak, 2009; Golinowska, 2022; Kubacka, 2024). Zawierają się w nim: problemy dotyczące zdrowia populacji, stan zdrowotny zbiorowości, ogólne usługi zdrowotne oraz administracyjna opieka zdrowotna (Sygit, 2017). Regulacje działań podejmowanych w zakresie i na rzecz zdrowia publicznego odnaleźć można zarówno w dokumentach międzynarodowych, jak i krajowych aktach prawnych. Określają one zarówno zabezpieczenie tego dobra, jak i kierunki oraz strategie realizacji zadań mających na celu poprawę zdrowia społeczeństwa (*Konstytucja WHO*, 1946; *Konstytucja RP*, 1997; Cianciara, 2013; Sygit, 2027; *Rozporządzenie RM*, Dz.U. 2021. 642; *Rozporządzenie Unii Europejskiej*, 2021).

W ramach artykułu podjęto problematykę znaczenia nadawanego zdrowiu przez studentki kierunków pedagogicznych. Rozpoznania w tym zakresie dokonano poprzez analizę rang nadawanych przez respondentki zdrowiu jako symbolowi szczęścia i wartości osobistej w zestawieniu z innymi dobrami osobistymi i wartościami. Zagadnienie to wydaje się znaczące w przypadku badanej grupy, ponieważ można przyjąć, że zasób w tym zakresie wspierał będzie ich przyszłe działania zawodowe, wśród których znajdzie się m.in. kształtowanie postaw zdrowotnych uczniów i wychowanków (Wrona-Polańska, 2013; Demel, 2002). Zdrowie, jak zauważa Maciej Demel, jest z edukacją powiązane w ten sposób, że z jednej strony stanowi fundamentalny warunek prawidłowego przebiegu procesu wychowania, z drugiej zaś wychowanie jest ważnym warunkiem zdrowia, gdy opiera się na kształceniu trwałych nawyków, wiedzy i umiejętności, odpowiedniego nastawienia wobec spraw związanych ze zdrowiem (2002). Edukacja zdrowotna co prawda rozpoczyna się w środowisku rodzinnym (Syrek, 2019), ale następnie wzmacniana i kontynuowana jest na gruncie szkolnym (Syrek, 2000; Woynarowska, 2008). Oddziałuje na nią także środowisko pozaszkolne (rówieśnicze, lokalne i sieci społeczne) (Woynarowska, 2018).

Podstawy metodologiczne badań własnych

Relacjonowane badania przeprowadzone zostały metodą sondażu diagnostycznego wśród studentek kierunków pedagogicznych, studiujących na Wydziale Nauk Społecznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie w kwietniu i maju 2025 roku.

Celem badań było udzielenie odpowiedzi na następujące problemy badawcze:

- Jak słuchaczki kierunków pedagogicznych definiują zdrowie?
- Jakie miejsce wśród symboli szczęścia i wartości osobistych badanych zajmuje zdrowie?
- Jak respondentki oceniają swoją kondycję zdrowotną?
- Czy samoocena kondycji fizycznej, psychicznej oraz funkcjonowania społecznego różnicuje znaczenie nadawane przez respondentki zdrowiu?
- Czy i jak zmienne wieku oraz środowiska zamieszkania różnicują wybory respondentek?

Materiał empiryczny zebrano przy użyciu *Listy Wartości Osobistych* (LWO) autorstwa Zygryda Juczyńskiego. Lista ta nawiązuje do pomiaru wartości zaproponowanego przez Rokeacha (1968, 1979). Narzędzie to składa się z dwóch części, pierwsza z nich zawiera opis 9 symboli szczęścia – wyrażających różnorodne formy aktualizacji wartości ludzkich. Natomiast część druga zawiera 10 kategorii wartości osobistych – wśród których znajduje się dobre zdrowie – utożsamiane ze sprawnością fizyczną i psychiczną. Badanie zmierza do oceny znaczenia, jakie człowiek przypisuje różnym wartościom, w tym także zdrowiu. Przyjmuje się, że osiągnięcie ważnych dla jednostki wartości przyczynia się do pełnego, trwałego i uzasadnionego zadowolenia z życia. Lista Wartości Osobistych przeznaczona jest do badania dzieci, młodzieży, ale także osób dorosłych, zarówno zdrowych, jak i chorych (Juczyński, 2012, s. 122–126). Osoby badane spośród dziewięciu symboli szczęścia, a następnie dziesięciu wartości osobistych – wybierały po pięć dla siebie najważniejszych i przypisywały im punkty (od 5 – dla symbolu najważniejszego, do 1 – dla symbolu najmniej ważnego). W badaniach grupowych tym wartościom, które nie zostały wybrane, przyznano zero punktów. Dla wszystkich kategorii obliczone zostały średnie wartości (Juczyński, 2012, s. 25–26). Drugim wykorzystanym narzędziem był autorski kwestionariusz ankiety zawierający pytania dotyczące określenia kategorii zdrowia oraz danych społeczno-demograficznych typu: wiek i miejsce zamieszkania, ale także ocenę własnej kondycji fizycznej, psychicznej i funkcjonowania społecznego. Ze względu na to, że do analizy wybrano odpowiedzi słuchaczek wyłącznie kierunków pedagogicznych, zmienne kierunek studiów oraz płeć nie mogły być traktowane jako czynniki różnicujące odpowiedzi. Stąd zrezygnowano z analizy w tym zakresie.

Badania przeprowadzone zostały w jednakowych warunkach w kilku grupach studenckich, miały charakter audytoryjnych i anonimowych, odbywały się na zasadzie samoopisu i samodzielnego wypełnienia kwestionariusza. Przed badaniem

zaprezentowano uczestniczkom sondażu instrukcję, badane udzieliły odpowiedzi na wszystkie pytania (Juczyński, 2012).

Analizy przeprowadzono za pomocą programu statystycznego IBM SPSS 28. Za próg istotności przyjęto $\alpha = 0,05$.

Charakterystyka respondentek

W badaniach uczestniczyły 143 studentki kierunków pedagogicznych. Były to słuchaczki uczelni wyższej na kierunku pedagogika w zakresie: pedagogika opiekuńcza z socjoterapią, pedagogika szkolna i terapeutyczna oraz pedagogika szkolna z animacją kulturalną; pedagogika przedszkolna i wczesnoszkolna, a także pedagogika specjalna. Indagowane podzielono w oparciu o wyodrębnione i opisane w literaturze naukowej (Erikson, 1970; Levinson, 1978; Brzezińska, Trempała, 2002; Brzezińska, 2005) grupy wiekowe. Wśród badanych znalazły się osoby na etapie przejścia do wczesnej dorosłości w wieku 19–22 lat (Levinson, 1978); we wczesnej dorosłości (wiek powyżej 22 lat do 35 roku życia) oraz w średniej dorosłości (powyżej 35 lat) (Brzezińska, 2005). Pierwsza z grup była najliczniejsza, stanowiła 59,4% wszystkich badanych. Kolejne grupy to badani we wczesnej (35%) i średniej dorosłości (5,6%). Były to słuchaczki pierwszego (42%), drugiego (32,9%) i czwartego (25,2%) roku studiów, studiujące zarówno w trybie stacjonarnym (58%), jak i niestacjonarnym (42%). Większość respondentek (71,3%) deklarowała podejmowanie zatrudnienia w ciągu ostatniego roku. Studentki reprezentowały różne środowiska zamieszkania (zob. GUS, 2011), najwięcej było wśród nich mieszkanek wsi (31,5%), średnich miast (pow. 20 do 100 tys. mieszkańców) (28%) oraz małych (do 20 tys. mieszkańców) (25,2%) i dużych ośrodków miejskich (pow. 100 tys. mieszkańców) (15,4%).

Studentki o zdrowiu

Uczestniczące w sondażu studentki najczęściej opisywały zdrowie jako dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny; ale podkreślały także, że zdrowie oznacza brak trudności i ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu człowieka. Pojawiały się ponadto określenia zdrowia jako wartości, znacząco wpływającej na życie człowieka, i jednocześnie wskazania na takie rodzaje aktywności, które sprzyjają utrzymaniu zdrowia. Co ważne, w wielu przypadkach zwracano uwagę na subiektywność kategorii zdrowia (44%), jednak podkreślano również bardziej obiektywne wskaźniki zdrowia, jak np. *dobre wyniki badań laboratoryjnych* (4,1%). Poniżej zestawione zostały odpowiedzi respondentek uporządkowane według częstości:

- Zdrowie opisywane najczęściej było jako zasób i jednocześnie cel, do którego należy zmierzać, ponieważ przynosi *dobrostan, czy inaczej dobrą kondycję* (7%) i *samopoczucie fizyczne oraz psychiczne* (41,2%), ale także *społeczne* (6,4%) człowieka. Pewna grupa studentek określiła zdrowie, eksponując

wyłącznie: *sprawność fizyczną* (12,5%), czy *psychiczną* (6,2%) oraz *stan równowagi wewnętrznej* (7,6%), a jeszcze inne badane skupiły się przede wszystkim na *biologicznej sprawności organizmu* (9%), *dobrym stanie ducha* (2%), *poczuciu własnej wartości, radzeniu sobie z emocjami, ogólnie pełnosprawności w codziennym życiu* (2%).

- Niektóre indagowane zaprezentowały tzw. definicję negatywną, opisując zdrowie jako: *brak problemów zdrowotnych i chorób* (16%), *bólu fizycznego* (5,5%) i *psychicznego* (3,4%), *niepełnosprawności* (3,4%), *jakichkolwiek niedogodności i przeszkód* (2,7%), *problemów fizycznych czy psychicznych* (1,3%) oraz *zbyt długo trwającego i nieuzasadnionego zmęczenia*. Warto wskazać, że kilkusobowa grupa studentek podkreśliła, że *zdrowie jest jednak czymś więcej, niż tylko brakiem choroby i niepełnosprawności* (4,1%).
- O zdrowiu respondentki pisały także jako o: *bardzo ważnej wartości, o którą należy dbać* (7,6%) – dostrzegając w nim wartość autoteliczną, ale także instrumentalną – *jest tą częścią ludzkiego istnienia, dzięki której człowiek może dobrze funkcjonować* (2,7%). Niektóre studentki określały zdrowie jako: *szczęście* (2,7%), *błogosławieństwo, dar i przywilej, o które trzeba się starać* (1,3%). Na wartość i znaczenie zdrowia uwagę zwracały także te osoby, które upatrywały w nim podstawy: *życia człowieka* (2%), *jego jakości i komfortu; poczucia zadowolenia i szczęścia* (2%); *skutecznego dążenia i osiągania wyznaczonych celów życiowych; poczucia godności; zdolności do podejmowania świadomych decyzji; siły i energii do codziennych zmagania*.
- Pewna grupa uczestniczek sondażu opisała zdrowie wskazując na *zdrowy styl życia* (8,3%) jako warunek sprzyjający jego zachowaniu. Na ten sposób funkcjonowania składają się według badanych: *nawyki dbania o siebie, swoje zdrowie fizyczne i psychiczne* (2,7%), w czym pomagają: *dobrze przyzwyczajenia żywieniowe i właściwa dieta* (6,2%); *aktywność fizyczna* (3,4%) i *sportowa* (1,3%) *dostosowane do możliwości organizmu; systematyczne kontrolowanie swojego stanu fizycznego i psychicznego, w tym badania profilaktyczne* (8,3%); *dobre relacje z innymi ludźmi, spokój i wypracowanie własnej metody wyciszenia w trudach i stresie, znalezienie swojej dziedziny aktywności, która przyniesie możliwość spełnienia i satysfakcji*.

Zaprezentowane określenia zdrowia korespondują z propozycjami przedstawionymi przez inne grupy studentów, m.in. badanych z województwa podkarpackiego (Stawarz, Lewicka, Sulima, Wiktor, 2014); są też zbieżne z wynikami uzyskanymi w toku badań przeprowadzonych w różnych grupach społecznych a przywołanych w opracowaniu Puchalskiego (2017).

Symbole szczęścia i wartości wybierane przez badane studentki

Zdrowie było drugim w kolejności najczęściej wybieranym przez studentki pedagogiki symbolem szczęścia (3,79), uplasowało się ono za udanym życiem

rodzinnym (4,13). Te dwa symbole szczęścia zdecydowanie wyróżniały się swoją popularnością na tle pozostałych. Rangi najwyższe przypisywano zdrowiu stosunkowo często. Wybory takie dotyczyły, odpowiednio dla rangi 1 – 27,3% oraz 26,6% dla rangi 2. Należy jednak zauważyć, że co piąta badana osoba (22,4%) pominęła ten symbol szczęścia wśród jej zdaniem najważniejszych. Na ostatnim miejscu wśród dziewięciu symboli szczęścia uplasowały się: sława i popularność; które były najrzadziej wybierane, a jednocześnie żadna badana osoba nie nadała im 1 i 2 rangi.

Tabela 1. Średnie wagi i rangi nadawane symbolom szczęścia

Symbole szczęścia	Średnia waga	Rangi* (w %)					
		1	2	3	4	5	0
Duży krąg przyjaciół	2,83	10,6	23,5	27,1	9,8	13,3	40,6
Udane życie rodzinne	4,13	47,6	21,7	9,8	3,5	6,3	11,2
Wykonywanie ulubionej pracy, zawodu	2,78	5,6	15,4	18,9	16,1	12,6	31,5
Sukcesy w nauce, pracy	2,51	4,9	6,3	9,1	15,4	11,9	52,4
Dobre zdrowie	3,79	27,3	26,6	8,4	11,2	4,2	22,4
Bycie potrzebnym dla innych ludzi	2,74	2,8	8,4	10,5	9,8	7	61,5
Dobre warunki materialne	2,57	4,9	3,5	23,1	15,4	11,2	42
Życie pełne przygód, podróży	2,01	1,4	4,2	4,2	16,1	16,1	58
Sława, popularność	1,16	–	–	0,7	2,1	18,2	79

Źródło: badania własne, N=143, 19-48 lat, 2025; * ranga: 1 – wartość najważniejsza; 0 – brak wyboru.

Zestawiając te ustalenia z doniesieniami z innych projektów badawczych, należy zauważyć, że najwyższe rangi tych wartości replikowane są na przestrzeni lat w sondażach społecznych realizowanych wśród różnych grup wiekowych Polaków (zob. Boguszewski, 2010; Boguszewski, 2019; Roguska, 2025). Ich popularność jest zatem powtarzalna i tym samym wydaje się stabilna.

Dobre zdrowie (3,90), opisane przez sprawność fizyczną i psychiczną wśród 10 najważniejszych wartości osobistych, znalazło się na drugim miejscu, za miłością i przyjaźnią (4,23). Natomiast przed inteligencją (3,73), poczuciem humoru (2,66) oraz radością i zadowoleniem (2,65) oraz innymi, niżej sklasyfikowanymi. Najniżej cenionymi wartościami w badanej grupie okazały się: bogactwo, majątek (1,88) oraz odwaga i stanowczość (1,97). Uzyskane wyniki badań w pewnej części korespondują z rozkładami przedstawionymi przez Juczyńskiego dla grupy dzieci i młodzieży (2012).

Przedstawione informacje pozwalają uznać, że ogólnie wartość zdrowia jest przez badanych doceniana. Choć co piąta (21%) badana osoba nie zaliczyła

Tabela 2. Średnie wagi i rangi nadawane kategoriom wartości osobistych

Kategorie wartości osobistych	Średnia waga	Rangi* (w %)					
		1	2	3	4	5	0
Miłość, przyjaźń	4,23	55,2	23,1	9,1	5,6	5,6	2,8
Dobre zdrowie, sprawność fiz. i psych.	3,90	24,5	37,1	7	6,3	6,3	21
Poczucie humoru, dowcip	2,66	2,8	7,7	15,4	4,9	4,9	58
Inteligencja, bystrość umysłu	3,73	3,5	11,9	15,4	18,9	18,9	42,7
Wiedza, mądrość	2,27	0,7	2,8	14	9,8	9,8	61,5
Odwaga, stanowczość	1,97	–	1,4	4,2	11,9	11,9	74,8
Radość, zadowolenie	2,65	7,7	4,2	18,2	17,5	17,5	41,3
Dobroć, delikatność	2,23	0,7	4,9	9,1	11,9	11,9	61,5
Ładny wygląd zewnętrzny, prezenca	2,28	1,4	4,2	4,2	7,7	7,7	73,4
Bogactwo, majątek	1,88	3,5	2,8	2,8	5,6	5,6	62,2

Źródło: badania własne, $N=143$, 19-48 lat, 2025; * ranga: 1 – wartość najważniejsza; 0 – brak wyboru.

zdrowia do pierwszych pięciu wartości osobistych, to jednak wartość ta w zestawieniu z innymi była zdecydowanie rzadziej pomijana. Z drugiej strony biorąc pod uwagę fundamentalne – także zdaniem samych badanych – znaczenie zdrowia dla efektywnego i satysfakcjonującego życia, może zastanawiać brak tego wyboru w przypadku jednak co piątej badanej osoby. Jedyną wyprzedzającą zdrowie wartością, wymienianą na pierwszym miejscu wśród wartości osobistych, okazała się miłość i przyjaźń. Biorąc pod uwagę, że badani to przede wszystkim osoby na etapie przejścia do wczesnej dorosłości i we wczesnej dorosłości (94,4%), wybór tych relacyjnych wartości wpisuje się w tradycyjne ujęcie zadań rozwojowych tego etapu życia (Ziółkowska, 2005). Częściej wybierane przez dzieci i młodzież w badaniach Juczyńskiego: odwaga i stanowczość oraz ładny wygląd zewnętrzny w prezentowanych badaniach uplasowały się na znacznie niższym poziomie wyborów.

Warto wspomnieć, że podobne tendencje co do znaczenia nadawanego zdrowiu, a także w zakresie najbardziej i najmniej popularnych wartości osobistych odnotowano w sondażach społecznych realizowanych w różnych grupach wiekowych (zob. Roguska, 2025), czy też w badaniach uczniów szkół ponadgimnazjalnych, przeprowadzonych w 2014 roku (Michalski, Wagner i in., 2016), innych grupach studenckich (Strózik, 2014). Również badania przeprowadzone w latach 90. ubiegłego wieku wśród studentów i studiujących nauczycieli wykazywały zbieżność z prezentowanymi ustaleniami, przede wszystkim w zakresie znaczenia

nadawanego najwyżej cenionym wartościom tj. rodzinie i zdrowiu (zob. Gawęł, 2003).

W tabelach 3 i 4 przedstawiono rangi nadawane przez respondentki zdrowiu z uwzględnieniem zmiennych wiek oraz środowisko zamieszkania.

Tabela 3. Rangi nadawane kategoriom wartości osobistych według wieku badanych

Rangi dla wartości dobre zdrowie	Ogółem (N = 143)	Wiek badanych		
		od 19 do 22 lat (n = 85)	pow. 22 lat do 35 lat (n = 50)	pow. 35 r.ż. (n = 8)
ranga 1	24,5	23,8	25,49	25
ranga 2	37,1	45,24	25,49	25
ranga 3	7	7,15	3,92	25
ranga 4	6,3	5,95	7,85	–
ranga 5	4,2	3,58	3,92	12,5
brak wyboru	21	14,28	33,33	12,5

Źródło: badania własne, N=143, 19-48 lat, 2025; wartości podane w %, *ranga: 1 – wartość najważniejsza

Tabela 4. Rangi nadawane kategoriom wartości osobistych według środowiska zamieszkania badanych

Rangi dla wartości dobre zdrowie	Ogółem (N = 143)	Środowisko zamieszkania badanych (w %)			
		wieś	małe miasto	średnie miasto	duże miasto
ranga 1	24,5	17,77	27,77	30	22,73
ranga 2	37,1	46,66	33,33	30	36,36
ranga 3	7	2,23	8,34	10	9,1
ranga 4	6,3	11,11	2,77	5	4,54
ranga 5	6,3	–	8,34	7,5	–
brak wyboru	21	22,23	19,45	17,5	27,27

Źródło: badania własne, N=143, 19-48 lat, 2025; * ranga: 1 – wartość najważniejsza.

Analiza zaprezentowanego rozkładu odpowiedzi udzielonych w trzech grupach wiekowych pozwala stwierdzić, że zarówno osoby we wczesnej, jak i średniej dorosłości w podobnym odsetku przyporządkowały wartość zdrowia do

najwyższej rangi 1 i 2. Jednak w młodszej grupie wiekowej (pow. 22 do 35 lat) co trzeci badany nie umieścił zdrowia wśród pięciu najważniejszych wartości. Poza tym niewiele mniejsza grupa osób najmłodszych, tj. w wieku 19–22 lat, uznała zdrowie za wartość najważniejszą, a jednocześnie najliczniejsza przyporządkowała je do rangi drugiej. Zaobserwowane różnice nie były istotne statystycznie. Trudno wobec tego wysnuć jednoznaczny wniosek, że wraz z wiekiem rośnie liczba wyborów i przyporządkowania zdrowia do najwyższych rang. Tym bardziej że właśnie w najstarszej grupie wiekowej (tj. pow. 35 r.ż.) porównywalna grupa osób (25%) nadała zdrowiu rangę przeciętną, poza tym w tej grupie pojawiły się najliczniejsze przyporządkowania do rangi 5 (najniższej) – 12,5%. Trzeba jednak ową tendencję oraz porównania traktować z dużą ostrożnością ze względu na nieproporcjonalnie niższą liczebność owej najstarszej grupy badanych (przyp. 8 osób). Zdrowie w badanej grupie okazało się równie cenione we wszystkich wyodrębnionych grupach wiekowych.

Rozważając czynnik środowiska zamieszkania badanych, można zauważyć pewne podobieństwa pomiędzy wsią i dużym miastem oraz małym i średnim ośrodkiem miejskim. Otóż najczęściej rangę 1 wartości zdrowia nadawali mieszkańcy średniego miasta, następnie miasta małego, zaś najrzadziej wsi. Ranga druga była najczęściej odnotowywaną wśród przedstawicieli środowiska wiejskiego, zaś najrzadziej wśród mieszkańców średniego miasta. Braki wyborów wartości zdrowia najczęściej odnotowano w przypadku przedstawicieli dużego miasta, a w drugiej kolejności wsi. W przypadku zaprezentowanych odpowiedzi nie odnotowano jednak różnic istotnych statystycznie. Trudno wobec tego przyjąć, że zmienna miejsce zamieszkania w badanej grupie osób wyraźnie różnicuje znaczenie przypisywane wartości zdrowia.

Samooceńa kondycji fizycznej, psychicznej i społecznej respondentek a znaczenie nadawane zdrowiu

Człowiek ocenia zdrowie z dwóch perspektyw, tj. obiektywnej i subiektywnej, co prowadzi do wyodrębnienia zdrowia obiektywnego i subiektywnego. Pomiędzy tymi ocenami zwykle występuje silny związek, jednak w niektórych przypadkach zdarzyć się mogą nawet poważne rozbieżności. Zależności tych dwóch ujęć dawać mogą różny obraz np. uzasadnionego zdrowia (gdy brak choroby współwystępuje z dobrą oceną własnego zdrowia) i uzasadnionej choroby (gdy choroba została medycznie potwierdzona i rozpoznanie to akceptowane jest przez pacjenta), ale także: „paradoksu zdrowia” (gdy występuje dobra ocena własnego zdrowia, przy złych wynikach medycznych) i „paradoksu choroby” (gdy przypisywanie sobie choroby ma miejsce przy wynikach medycznych w normie). Zachowania człowieka, także na gruncie zdrowotnym, zależą od subiektywnego odzwierciedlenia rzeczywistości, nawet wtedy, gdy ocena ta jest nietrafna (Heszen, Sęk, 2007).

Ponadto w literaturze przedmiotu przyjmuje się, że to jak człowiek rozumie zdrowie, wpływa na jego subiektywne samopoczucie zdrowotne. Osoby definiujące zdrowie jako brak choroby prezentują inne podejście do zdrowia niż te, które postrzegają je jako dążenie do stanu optymalnego (Juczyński, 2012a). Zrozumiałe wydaje się także, że to jak człowiek szacuje wartość własnego zdrowia, jak się o nie troszczy i jaki styl życia prowadzi, oddziałuje na jego stan zdrowia (Stawarz, Lewicka i in., 2014). Zazwyczaj aktywność prozdrowotna jest pozytywnie skorelowana z dobrymi ocenami swojego zdrowia (Ostrowska, 1997). Problematyka zdrowia w ogóle, ale także zdrowia własnego zajmuje człowieka w różny sposób i z różną regularnością. Z badań wynika, że wiele osób myśli o zdrowiu dopiero wtedy, gdy coś im dolega (Puchalski, 2017). Jednak dla wielu innych dbałość o zdrowie staje się podstawową ideą regulującą ich życie. W literaturze spotkać można termin zdrowizm (*healthism*), czy inaczej *kult zdrowia*, dla opisanias szeregu praktyk prozdrowotnych człowieka, uwarunkowanych przekonaniem o jego osobistej odpowiedzialności za własny stan zdrowia (Crawford, 1980), obok którego pojawia się jednak także stanowisko przypisujące człowiekowi winę za jego chorobę (Skowron, 2021). Powoduje to, że opinie na temat tych postaw nie są jednoznaczne (Zob. Skowron, 2021; Michalska, Kukła, 2017). Ta presja i zobowiązanie do przejścia kontroli nad własnym zdrowiem nie bierze pod uwagę, że nie wszyscy są w stanie ze względu na swoje położenie społeczne i posiadane zasoby dokonywać „właściwych” wyborów, a konsekwencją obarczenia ich odpowiedzialnością za niepowodzenie jest wykluczenie (Taranowicz, 2023) i stygmatyzacja, które problemu ich gorszego stanu zdrowia bynajmniej nie rozwiązują.

Przyjmując założenie, że subiektywna ocena stanu zdrowia człowieka i jego samopoczucie może wpływać na podejście do wartości zdrowia, skierowano do uczestniczek sondażu prośbę o określenie własnej kondycji zdrowotnej w trzech wymiarach, tj. somatycznym, psychicznym oraz społecznym.

Zdrowie w ujęciu biologicznym (inaczej fizyczne, somatyczne) dotyczy kondycji ciała i funkcjonowania jego układów (Demel, 2002). Zdrowie jest w tym przypadku optymalnym stanem biologiczno-fizjologicznym organizmu (Domański, 2013). Chodzi tutaj zatem o sprawność fizyczną człowieka, która jest odzwierciedleniem kondycji biologicznej jego ciała. Badani to w przewadze osoby we wczesnej dorosłości, w której zwykle obserwuje się maksymalne możliwości w zakresie fizycznego i poznawczego funkcjonowania, ciało reprezentuje najwyższą formę, organizm jest silniejszy, szybszy, elastyczniejszy, ma większe możliwości adaptacyjne i regeneracyjne, jest też bardziej odporny wobec chorób (Ziółkowska, 2005, s. 437). Kondycja organizmu człowieka zmienia się z upływem lat, wraz z wiekiem wzrasta prawdopodobieństwo wielu chorób somatycznych. Zmienia się także subiektywna ocena własnego stanu zdrowia. Niezmiennie ważne jest to, że człowiek może oddziaływać na swój stan w zakresie zdrowia biologicznego, podejmując szereg sprzyjających mu działań, wśród których wymienić można: systematyczną aktywność fizyczną, przestrzeganie zasad zdrowego stylu

życia (m.in. żywienia, higieny snu) oraz zapobieganie chorobom (Heszen, Sęk, 2007) i unikanie zachowań ryzykownych.

Zdrowie psychiczne opisywane jest nie tylko jako brak zaburzeń psychicznych, ale także dynamiczny stan równowagi wewnętrznej, dobrego samopoczucia psychicznego, który pozwala ludziom radzić sobie ze stresem życiowym, skutecznie realizować swoje zadania i możliwości, uczyć się i pracować, działać produktywnie i efektywnie, i tym samym przyczyniać się do rozwoju społeczności, harmonijnie współżyć z otoczeniem i przystosowywać się do zmieniających się warunków życia. Na zdrowie psychiczne człowieka składają się zdolność rozpoznawania, wyrażania i modulowania własnych emocji oraz sprawność umysłowa (WHO; Galderisi, Heinz, Kostrup, Beezhold, Sartorius, 2017).

Natomiast zdrowie społeczne częściowo wykracza poza jednostkę, dokonuje się poprzez interakcje społeczne (ilość i jakość więzi społecznych), przynależność społeczną, zaangażowanie i przystosowanie społeczne, zasób wsparcia społecznego (Walentyńowicz-Moryl, 2016) oraz wywiązywanie się z ról społecznych i poczucia satysfakcji z ich pełnienia. Istotny jest tutaj proces przyjmowania na siebie i adaptowania się człowieka na przestrzeni jego życia do pełnienia różnych ról oraz wynikających z nich obowiązków. Związany z tym przyrost umiejętności człowieka przekłada się na rozwój jego zasobów zdrowia społecznego (Heszen, Sęk, 2007). Zdrowie w tym przypadku odnosi się do stanu normy społecznej (Taranowicz, 2023). Tabela 5 prezentuje odpowiedzi przedstawione przez badane studentki.

Tabela 5. Samoocena kondycji zdrowotnej studentek

Oceniany wymiar zdrowia:	Skala oceny (w %)					Średnia	N
	1	2	3	4	5		
fizyczny/somatyczny	3,5	13,3	47,6	29,4	6,3	3,21	143
psychiczny	7	11,9	36,4	34,3	10,5	3,29	143
społeczny	1,4	8,4	23,8	47,6	18,9	3,74	143

Źródło: badania własne, N=143, 19-48 lat, 2025; * 1 – oznacza ocenę najniższą, 5 – oznacza ocenę najwyższą.

Jak można dostrzec, badane we wszystkich trzech wymiarach najczęściej określały swój stan na poziomie przeciętnym. Warto zauważyć, że najwyżej ocenione zostało funkcjonowanie społeczne (3,74), zaś najniżej dobrostan fizyczny (3,21). Spodziewać się wobec tego można, że właśnie w tym aspekcie własnego zdrowia respondentki doświadczają najwięcej dolegliwości i trudności.

W badanej grupie nie stwierdzono statystycznie istotnego związku pomiędzy samooceną trzech wyodrębnionych wymiarów zdrowia a znaczeniem nadawanym zdrowiu jako wartości osobistej czy kryterium szczęścia. Jedynie w przypadku

opisu kondycji fizycznej respondentek zauważono jednak nieistotną statystycznie tendencję do niższego oceniania zdrowia jako symbolu szczęścia w grupie tych osób, które swoje zdrowie somatyczne określiły jako bardzo dobre. Najwyższe oceny pojawiły się w grupie tych osób, które swoje zdrowie oceniły (w kolejności przyporządkowania) jako: złe, przeciętne oraz dobre. Wynikać z tego może, że osoby doświadczające pewnych dolegliwości zdrowotnych czy niżej oceniające swoje samopoczucie wyżej wartościują znaczenie zdrowia. W grupie osób oceniających swój stan fizyczny jako bardzo zły oceny rozłożyły się najbardziej równomiernie. Należy jednak podkreślić, że dwie skrajne grupy, tj. oceniające swoje zdrowie fizyczne jako bardzo złe oraz bardzo dobre, były najmniej liczne, co każe uzyskane wyniki traktować z dużą ostrożnością.

Podsumowanie

Podsumowując zaprezentowany materiał empiryczny uznać można, że kategoria zdrowia postrzeganego jako wartość jest doceniana i sytuuje się w badanej grupie na stosunkowo poziomie wysokim. Stanowi to istotny zasób nie tylko w kontekście świadomości prozdrowotnej badanych, ale także prognozuje oczekiwaną efektywność oddziaływań wychowawczych w przyszłej pracy pedagogicznej, do której uczestniczące w sondażu studentki są przygotowywane. Respondentki określały zdrowie najczęściej poprzez odniesienie do dobrostanu, optymalnego poziomu funkcjonowania organizmu w wymiarach fizycznym, psychicznym oraz społecznym, zaznaczyły też znaczenie subiektywnego podejścia człowieka do problematyki zdrowia. Choć pomiędzy badanymi odnotowano w prezentowanym opisie różnice ze względu na miejsce zamieszkania oraz ocenę własnej kondycji zdrowotnej, to jednak okazały się one nieistotne statystycznie. Jak wskazano wcześniej, wiele ustaleń poczynionych na podstawie zgromadzonych danych wykazuje podobieństwo z wynikami innych badań dotyczących problematyki zdrowia, a zrealizowanych zarówno w grupach studenckich, jak i innych grupach społecznych. Przyjąć można, że sondaż ten otwiera drogę do analizy wielu innych kwestii związanych ze zdrowiem, jak chociażby kryteriów uznawanych za ważne przy ocenie zdrowia człowieka, czy też zachowań podejmowanych w związku z intencją dbałości o jego dobrostan fizyczny, psychiczny, społeczny oraz duchowy. Stanowić też może punkt wyjścia w dyskusji na temat znaczenia edukacji zdrowotnej realizowanej na wszystkich poziomach kształcenia, a zatem także w grupie słuchaczy uczelni wyższych (zob. Tuszyńska, 2015); czy wręcz wpisanej w edukację całościową, w której znaczące miejsce zajmuje promowanie zdrowia i podnoszenie świadomości zdrowotnej przedstawicieli różnych grup wiekowych (Syrek, 2019). Działania w tym zakresie, jak podkreśla Marian Sygit, powinny zmierzać do tego, by człowiek: chciał i potrafił doskonalić, chronić i ratować zdrowie; wiedział, kiedy i w jaki sposób korzystać z pomocy służby zdrowia; podejmował trud tworzenia sobie i bliskim możliwie najkorzystniejszych

zdrowotnie warunków życia; a także miał poczucie odpowiedzialności za zdrowie swoje, swoich bliskich oraz ludzi, z którymi spotyka się w swojej codzienności (2017, s. 27).

Bibliografia

- Bielski, J. (2010). Kultura fizyczna w kategoriach wartości. W: M. Zasada, M. Klimczyk, H. Żukowska, R. Muszkieta, M. Cieślicka (red.), *Humanistyczny wymiar kultury fizycznej* (s. 7–16). Poznań: Ośrodek Rekreacji, Sportu i Edukacji w Poznaniu.
- Boguszewski, R. (2010). *Co jest ważne, co można, a czego nie wolno – normy i wartości w życiu Polaków*. BS/99, CBOS. Pobrane z: https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2010/K_099_10.PDF (dostęp: 3.09.2025).
- Boguszewski, R. (2019). *Rodzina – jej znaczenie i rozumienie*. Nr 22, CBOS. Pobrane z: https://cbos.pl/SPISKOM.POL/2019/K_022_19.PDF (dostęp: 3.09.2025).
- Brzezińska, A., Trempała, J. (2002). Wprowadzenie do psychologii rozwoju. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 2 (s. 229–283). Gdańsk: GWP.
- Brzezińska, A. I. (2005) Jak myślimy o rozwoju człowieka? Wprowadzenie. W: A. I. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa*. (s. 5–19). Gdańsk: GWP.
- Brzozowski, P. (1986). Polska wersja testu wartości Rokeacha i jej teoretyczne podstawy. *Przegląd Psychologiczny*, tom 29, nr 2, s. 527–540.
- Cianciara, D. (2013). Zarządzać zdrowiem albo robić rachunki umieralności – oto jest pytanie do zdrowia publicznego w Polsce. *Przegląd Epidemiologiczny*, nr 67, s. 741–747.
- Crawford, R. (1980). Healthism and the medicalization of everyday life. *International Journal of Health Services*, No. 10(3), s. 365–388.
- Czerniawska, M. (1995). *Inteligencja a system wartości. Studium psychologiczne*. Białystok: Trans Humana.
- Czerwińska, N., Kusztełak, A. (2016). Wartości ostateczne i instrumentalne w opiniach studentów polskich wyższych uczelni publicznych, W: Z. Dziemianko, A. Kusztełak (red.), *Edukacja dla bezpieczeństwa. Szkoła Turystyka Rekreacja – Sport* (s. 95–118). Poznań: Wyd. WSHiU.
- Demel, M. (2002). Pedagogika zdrowia. *Chowanna*, T. 1(18), s. 13–26.
- Denek, K. (2009). Edukacja oparta o wartości. *Wartości w muzyce*, nr 2, s. 139–158.
- Denys K., Zboralski, K. (2015). Psychospołeczne aspekty zdrowia. W: A. Denys (red.), *Zagrożenia zdrowia publicznego, cz. 2. Zdrowie człowieka a środowisko* (s. 80–109). Warszawa: Wolters Kluwer Polska.
- Domaradzki, J. (2013). O skrytości zdrowia. O problemach z konceptualizacją pojęcia zdrowie. *Hygeia Public Health*, tom 48, nr 4, s. 408–419.
- Domaradzki, J. (2013a). O definicjach zdrowia i choroby. *Folia Medica Lodziensia*, 40/1, s. 5–29.
- Ericson, E.H. (1970). The life cycle: Epigenesis of identity. W: H. Fitzgerald (red.), *Developmental psychology* (s. 46–81). New York: W.W. Norton and Company.
- Gajda, J. (2013). *Wartości w życiu i edukacji człowieka*. Toruń: Wyd. Adam Marszałek.
- Galderisi, S., Heinz, A., Kostrup, M., Beezhold, J., Sartorius, N. (2017). Propozycja nowej definicji zdrowia psychicznego. *Psychiatria Polska*, nr 51(3), s. 407–411.

- Gawęł, A. (2003). *Pedagodzy wobec wartości zdrowia*, Kraków: Wyd. UJ.
- Golinowska, S. (2022). Zdrowie publiczne jako przedmiot badań i działań. W: S. Golinowska (red.), *Zdrowie publiczne. Wymiar społeczny i ekologiczny* (s. 59–71). Warszawa: Wyd. Scholar.
- Heszen, I. Sęk, H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: PWN.
- Juczyński, Z. (2012). *Narzędzia Pomiaru w Promocji i Psychologii Zdrowia, Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Juczyński, Z. (2012a). Kryteria zdrowia w cyklu życia człowieka – „mieć czy być zdrowym”? W: N. Ogińska-Bulik, J. Miniszewska (red.), *Zdrowie w cyklu życia człowieka* (s. 11–26). Łódź: Wyd. UŁ.
- Kędzior, J. (2018). Wartości, którymi kierują się dzisiejsi studenci (na przykładzie Uniwersytetu Wrocławskiego). W: J. Kędzior, B. Krawiec, M. Biedroń, A. Mitrega (red.), *Komunikacja a zmiana społeczna* (s. 213–230). Wrocław: Instytut Pedagogiki Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej*. Dz.U. 1997, Nr 78, poz. 483 ze zm. Pobrane z: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19970780483/U/D19970483Lj.pdf> (dostęp: 13.11.2025).
- Krawczyk, A.E. (2024). Zarządzanie wielopokoleniowym kapitałem ludzkim. *Journal of Modern Science*, t. 1(55), s. 515–533.
- Kubacka, M. (2024). Ochrona zdrowia publicznego w kontekście dostępności i bezpieczeństwa produktów leczniczych. *Medical Forum*, Vol. 2(2), s. 38–46, DOI: 10.15804/MF.2024205.
- Levinson, D.J. (1978). The anatomy of the life cycle. *Psychiatric Opinion*, no. 15(9), s. 39–48.
- Mental Health, World Health Organization. Pobrane z: https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1 (dostęp: 7.11.2025).
- Miasta w liczbach (2011). GUS, Departament Badań Regionalnych i Środowiska, Urząd Statystyczny w Poznaniu, Ośrodek Statystyki Miast, https://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/oz_miasta_w_liczbach_2009_notatka_infor.pdf (dostęp: 3.11.2025).
- Marczuk, S. (1982). Pojęcie „wartość” w socjologii polskiej. W: J. Lipiec (red.), *Człowiek i świat wartości* (s. 103–114). Warszawa: Krajowa Agencja Wydawnicza.
- Michalska, P., Kukła, D. (2017). Healthism – kult zdrowia, czy współczesne zagrożenie behawioralne. W: Maciąg M., Maciąg K. (red.), *Zagrożenia i problemy cywilizacyjne XXI wieku – przegląd i badania* (s. 7–17). Lublin: Wyd. Nauk Tygiel.
- Michalski, P., Wagner, S., Andruszkiewicz, A., Kosobucka, A., Pietrzykowski, Ł., Kubica, A. (2016). Zróżnicowanie zachowań zdrowotnych, wartości osobistych i kryteriów zdrowia w zależności od płci wśród uczniów szkół ponadgimnazjalnych. *Forum Medycyny Rodzinnej*, tom 10, nr 4, s. 219–228.
- Obodyńska, E. (2015). Zdrowie jako podstawowa wartość edukacyjna i życiowa. *Edukacja – Technika – Informatyka*, Tom 12, Nr 2, s. 148–154.
- Ossowski, S. (1967). *Z zagadnień psychologii społecznej*. Dzieła, t. 3, Warszawa: PWN.
- Ostrowska, A. (1997). Prozdrowotne style życia. W: H. Domański, A. Rychard (red.), *Elementy nowego ładu* (s. 209–222). Warszawa: Wyd. IFIS PAN.
- Pasterniak, W. (1998). *Piękno i sacrum. U podstaw pedagogiki teonomicznej*. Poznań: Wyd. Naukowe PTP.
- Powszechna Deklaracja Praw Człowieka*. (1948). Paryż. Pobrane z: <https://libr.sejm.gov.pl/tek01/txt/onz/1948.html> (dostęp: 13.11.2025).

- Rozporządzenie UE 2021/522 w sprawie ustanowienia Programu działań Unii w dziedzinie zdrowia: *Program Unii Europejskiej dla zdrowia (2021–2027)*. Pobrane z: <https://eur-lex.europa.eu/PL/legal-content/summary/eu4health-programme-2021-2027.html?fromSummary=29> (dostęp: 13.11.2025).
- Puchalski, K. (2017). Zdrowie we współczesnym społeczeństwie. W: K. Puchalski, E. Korzeniowska (red.), *Promocja zdrowia w zakładzie pracy: wsparcie dla zdrowego odżywiania się i aktywności fizycznej pracowników* (s. 13–36). Łódź: Instytut Medycyny Pracy.
- Roguska, B. (2025). *Deklarowane wartości i cele życiowe młodych Polaków*. Nr 54, CBOS. Pobrane z: https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2025/K_054_25.PDF (dostęp: 3.9.2025).
- Rokeach, M. (1968). *Beliefs, attitudes and values. A Theory of Organization and Change*. San Francisco: Jossey-Bass Inc. Publishers.
- Rokeach, M. (1971). *Understanding Human Values. Individual and Societal*. London: Collier Macmillan Publishers.
- Rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025. Dz.U. 2021, s. 642. Pobrane z: <https://sip.lex.pl/akty-prawne/dzu-dziennik-ustaw/narodowy-program-zdrowia-na-lata-2021-2025-19099255>.
- Skowron, R.T. (2021). Zdrowizm. O nierównym traktowaniu w stosunkach pracy ze względu na tzw. zdrowy styl życia. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Lublin-Polonia*, Vol. LXVIII, 1, s. 119–135, doi: 10.17951/g.2021.68.1.119-135.
- Starzyńska-Kościuszko, E. (2010). Holistyczna (całościowa) koncepcja zdrowia. Zdrowie jako wartość. *Humanistyka i Przyrodoznawstwo*, nr 16, s. 319–326.
- Stawarz, B., Lewicka, M., Sulima, M., Wiktor, H. (2014). Zdrowie jako wartość w ocenie studentów z województwa podkarpackiego. *Annales Academiae Medicae Silesiensis*, Vol. 68, nr 4, s. 226–232.
- Struzik, T. (2014). System wartości a ocena wartości życia młodzieży akademickiej w świetle badań ankietowych studentów uczelni Poznania. *Studia Oeconomica Poseniensis*, vol. 2, nr 2, s. 5–23.
- Sygit, M. (2017). *Zdrowie publiczne*. Warszawa; Wolters Kluwer Polska.
- Syrek, E. (2000). Upodmiotowienie społeczne nauczyciela w działaniach na rzecz promocji zdrowia. *Chowanna*, T. 2(15), s. 75–80.
- Syrek, E. (2019). Zdrowie psychiczne, higiena psychiczna – edukacja dla dobrostanu psychicznego – aktualność koncepcji i poglądów Kazimierza Dąbrowskiego. *Pedagogika Społeczna*, 3(73), s. 223–235.
- Szczepański, J. (1972). *Elementarne pojęcia socjologii*. Warszawa: PWN.
- Taranowicz, I. (2023). Społeczny wymiar zdrowia i choroby. *Niepełnosprawność i Rehabilitacja*, nr 3(91), s. 40–47.
- Tuszyńska, L. (2015). Zdrowie w dyskursie pedagogicznym. *Edukacja Ustawiczna Dorosłych*, 2015, nr 2, s. 18–25.
- Walentynowicz-Moryl, K. (2016). Społeczny wymiar zdrowia. *Relacje. Studia z nauk społecznych*, nr 1, s. 71–81.
- Wojtczak, A. (2009). *Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku*. Warszawa: PZWL.
- Wojtoszek, K. (2023). Zrozumieć pokolenie Z. W: L. Kowalczyk, F. Mroczo (red.), *Pedagogika, zarządzanie, psychologia i inżynieria zarządzania wobec wyzwań współczesności. Relacje i interdyscyplinarność wyzwaniem współczesności*. Wałbrzych: WSZiP, t. 53, s. 173–178.

- World Health Organization*. Pobrane z: <https://www.who.int/about/governance/constitution> (dostęp: 7.7.25).
- Wojnarowska, B. (2008). Edukacja zdrowotna w szkole w Polsce. Zmiany w ostatnich dekadach i nowa propozycja. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 89(4), s. 445–452.
- Wojnarowska, B. (2012). Związki między zdrowiem a edukacją. W: B. Wojnarowska (red.), *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli szkół podstawowych*. Warszawa: ORE.
- Wojnarowska, B. (2018). Działania ukierunkowane na profesjonalizację w promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej na świecie i w Polsce. *Hygeia Public Health*, 53(3), s. 221–231.
- Wrona-Polańska, H. (2013). Zdrowie jako wartość. W: I. Adamek, Z. Szarota, E. Żmijewska (red.), *Wartości w teorii i praktyce edukacyjnej* (s. 140–149). Kraków: Wyd. Nauk. Uniwersytetu Pedagogicznego.
- Zdyb, M. (2024). Istota prawa do ochrony zdrowia w świetle art. 68 Konstytucji RP ze szczególnym uwzględnieniem art. 68 ust. 1. Dylematy i kontrowersje. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin – Polonia*, Vol. LXXI, 1, s. 173–192. DOI: 10.17951/g.2024.71.1.173-192.
- Ziółkowska, B. (2005). Okres wczesnej dorosłości. Jak rozpoznać potencjał młodych dorosłych? W: A.I. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa* (s. 423–468). Gdańsk: GWP.

FEMALE STUDENTS OF PEDAGOGY ON HEALTH AND ITS VALUE

Key words: students, health, well-being, value, healthism.

Summary: The article presents findings from a diagnostic survey conducted among 143 female pedagogy students. The primary goal of the study was to understand how participants conceptualise health and the significance they assign to it. Empirical data were collected in 2025 using Zygfryd Juczyński's LWO (*List of Personal Values*) along with a proprietary survey questionnaire. The study outlines how respondents define health, primarily viewing it as encompassing physical, mental, and social well-being. Analysis of the gathered data indicates that the group places a high value on health. Health received an average score of 3.79, while a successful family life scored 4.13, both of which were often ranked first and second. The findings also reveal variations among respondents in terms of age, place of residence, and self-assessment of health status; however, these differences were not statistically significant.

Dane do korespondencji:

Dr Aldona Małyśka

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

aldona.knapik@uwm.edu.pl