

JOANNA LEWCZUK<sup>1</sup>  
[HTTPS://ORCID.ORG/0000-0003-0756-9016](https://orcid.org/0000-0003-0756-9016)

ANNA ANYŻEWSKA<sup>2</sup>  
[HTTPS://ORCID.ORG/0000-0003-3370-1674](https://orcid.org/0000-0003-3370-1674)

## **Kształtowanie wartości zdrowia bazą poszanowania życia ludzkiego i zobowiązaniem etycznym współczesnych rodzin**

**Shaping the values of health  
as the basis of the respect of life  
and the ethical obligation of a modern family**

**Słowa kluczowe:** wartości w życiu człowieka, zdrowie, postrzeganie zdrowia, wartość zdrowia, wartość życia, zachowania zdrowotne, zdrowy styl życia, wychowanie do zdrowia.

**Key words:** values in human life, health, health perception, the value of health, the value of life, health behaviours, healthy lifestyle, education to health.

### **Streszczenie:**

Choć pojęcie zdrowia leży na styku różnych nauk, to najczęściej analizowane jest w kategoriach aksjologicznych i opisywane jako podstawowa wartość egzystencjalna i motywacyjna. Kształtowanie postaw prozdrowotnych wydaje się być zatem podstawowym elementem budowania systemu etycznego człowieka, warunkując również poszanowanie dla wartości samego życia. Tymczasem, badania wskazują na rozbieżność między wysoką, deklarowaną wartością zdrowia, a dość małą dbałością o zdrowie, co może mieć związek z różnym postrzeganiem zdrowia. Istnieje potrzeba wychowywania

---

<sup>1</sup> Dr Joanna Lewczuk jest zatrudniona w Pracowni Psychologicznych Podstaw Wychowania w Katedrze Dydaktyki i Pedagogiki Porównawczej Wydziału Nauk Społecznych Chrześcijańskiej Akademii Teologicznej w Warszawie.

<sup>2</sup> Dr inż. Anna Anyżewska jest specjalistką w Pracowni Higieny Żywności i Żywności w Wojskowym Instytucie Higieny i Epidemiologii w Warszawie.

do wartości zdrowia, gdyż jednostka ceniąca zdrowie, odpowiednio je postrzegająca (jako nieustający proces), będzie prawdopodobnie czyniła starania, aby zdrowie chronić, pomnażać, a tym samym bardziej dostrzegać i dbać o wartość życia. W tym zakresie rola edukacji jest niezwykła, gdyż wykształcone wzorce przekazywane będą kolejnym pokoleniom, co jest szczególnie ważne w aspekcie współczesności i siły zagrożeń, jakie ona ze sobą niesie.

### **Abstract:**

Although the concept of health covers several fields of science, usually it is analyzed in the axiological aspects, and it is described as the basic existential and motivating values. Shaping health-oriented behaviour seems to be a fundamental element of ethics development, determining the respect of life. Meanwhile, a wide divergence between the declared high value of health and low health care is observed in studies, and it may be related to the different health perception. There is need for education to the value of health, since individuals, for which health is the most appreciated value and who recognize health appropriate (as a continuous process), may continue its efforts to feel responsible for the health and life and to recognize and promote respect for life value. The role of the education in that regard is inalienable since developed patterns will be passed on from one generation to another, which is particularly significant in the context of the contemporaneity and the power of its threats.

## **Wprowadzenie**

Od wieków jedną z najważniejszych wartości życia jest zachowanie jak najlepszego stanu zdrowia, dlatego zagadnienia związane ze zdrowiem od zawsze interesowały człowieka. W ostatnich latach prowadzonych jest coraz więcej programów mających na celu poprawę stanu zdrowia ludności nie tylko w Polsce, ale i na całym świecie. Jednocześnie obserwuje się zwiększenie zainteresowania aktywnością fizyczną oraz prawidłową dietą. Można wręcz powiedzieć, że ukształtowała się moda na zdrowy styl życia. Problemem, z którym spotykamy się coraz częściej, jest jednak rozpowszechnianie informacji, które nie są wiarygodne (np. z uwagi na swoją nieaktualność bądź powstanie w ramach agresywnej reklamy producenta). Osoby, które chcą prowadzić zdrowy

styl życia, często spotykają się z wzajemnie sprzecznymi informacjami zamieszczanymi w mediach (w tym także w Internecie), a same nie dysponują wystarczającą i ugruntowaną wiedzą oraz umiejętnościami z obszaru prowadzenia zdrowego stylu życia, aby móc skutecznie dbać o swoje zdrowie i ostatecznie poprawiać jakość swojego życia. Kluczowa wydaje się zatem skuteczna edukacja i profilaktyka zdrowotna skierowana do różnych grup ludności, w tym także dorosłych, którzy będą mogli przekazywać tę wiedzę wraz z prawidłowymi wzorcami zachowań dzieciom już od najmłodszych lat.

Celem artykułu jest zwrócenie uwagi na rolę środowiska wychowującego, szczególnie rodziny, w kształtowaniu właściwego postrzegania wartości zdrowia – jako nieustannego procesu. Brak wykształcenia właściwych nawyków prozdrowotnych oraz odpowiedniego stosunku do zdrowia, może skutkować mniejszą dbałością o realizowanie zachowań prozdrowotnych, a w konsekwencji mniejszym poszanowaniem wartości życia.

### **Zdrowie jako wartość**

Zgodnie z definicją J. Szczepańskiego wartością może zostać „dowolny obiekt (przedmiot, norma, idea, zjawisko, instytucja itp.) lub jego stan, w stosunku do którego jednostki lub zbiorowości przyjmują postawę szacunku, przypisują mu ważną rolę w życiu i dążenie do jego osiągnięcia traktują jako pożądane czy nawet konieczne” (Puchalski 1997). W świadomości społecznej zdrowie bez wątpienia spełnia powyższe kryteria i staje się przez to wartością życiową i edukacyjną (z punktu widzenia edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia). Oznaką znaczącego miejsca zdrowia w świadomości społecznej są najczęściej składane innym życzenia zdrowia, modlitwy o zdrowie, a także znane powiedzenia „w zdrowym ciele zdrowy duch”, „będzie zdrowie, będzie wszystko”. Zdrowie – leżące na styku różnych nauk – zazwyczaj formułowane jest w kategoriach aksjologicznych i znajduje swoje miejsce wśród hierarchii wartości. Ks. prof. Józef Tischner wskazuje na wartość zdrowia

jako przykład wartości obiektywnej, a zarazem idealnej. Za Maxem Schelerem Tischner przyjmuje istnienie czterech zasadniczych stopni w hierarchii wartości. Najniżej w owej hierarchii osadza wartości związane z przyjemnością (wartości hedonistyczne), powyżej nich wartości związane ze zdrowiem i życiem (wartości witalne), ponad którymi z kolei odkrywa takie wartości jak prawda, dobro i piękno (wartości duchowe), podporządkowane już jedynie najwyższej wartości, jaką jest Świątość (Tischner przyjmuje pisownię tej wartości od dużej litery) (Tischner 1984). Koncentrując się wokół aksjologicznego wyjaśnienia terminu „zdrowie”, mówi się o nim jako o wartości egzystencjalnej, motywacyjnej i mobilizującej do twórczego działania, nadającej sens życiu człowieka. W koncepcji Schelera zdrowie jest też bazą do ewentualnej świętości (Firek 2011).

Troska o zdrowie jest jedną ze wspólnych cech różnych religii, a wierzenia religijne mogą stanowić źródło wielu zwyczajów, które są związane ze zdrowiem, jak np. pielgrzymki i posty (Pawlikowski, Marczewski 2008). Ponadto istnieją badania, które wskazują na pozytywny związek pomiędzy zachowaniami prozdrowotnymi (m.in. zwiększona aktywność fizyczna, prawidłowe odżywianie, rzucenie palenia tytoniu), a intensywnością religijności (Strawbridge et al. 2001, Wallace i Forman 1998). W doktrynie Kościoła katolickiego zdrowie występuje w dwóch wymiarach: teologicznym (zdrowie jako dar Boga) i praktycznym (reguły postępowania wobec własnego ciała oraz wobec zdrowia bliźnich zostały określone przez Kościół; Libiszowska-Żółtkowska 1997). Oprócz religii istotnym aspektem zdrowia są również różnice kulturowe, które nie tylko wpływają na wartościowanie zdrowia, ale także mogą determinować samo definiowanie zdrowia, postrzeganie ludzkiego ciała i problemów zdrowotnych, jak również postawy wobec profilaktyki, opieki medycznej i leczenia (Górska 2002). Co istotniejsze, system wartości, tradycje żywieniowe, normy moralne, zwyczaje i wzory postępowania, składające się zarówno na kulturę jak i wierzenia, przekazywane są dzieciom w procesie wychowania. Zatem traktowanie

zdrowia jako wartości jest związane z procesem socjalizacji, gdyż wartości te w znacznym stopniu wyznaczają postępowanie jednostki i tym samym wpływają na przebieg życia społecznego, tworząc system wartości, wskazując środki zaspokajania potrzeb i interesów oraz preferencje w dążeniach, które mają przełożenie na jakość życia (Syrek 2000, 45). Tak więc wartość zdrowia można ściśle powiązać z wartością życia.

Również na gruncie psychologii ogólnej - w teorii czynności prof. Tomaszewskiego (Tomaszewski 1975) - zdrowie rozumiane jest jako jedna z wartości pozytywnych, do której człowiek dąży, zaś choroba to wartość negatywna, której człowiek unika (obiektywizacja zdrowia, jest ono jakby na zewnątrz człowieka i tak jak inne wartości staje się celem aktywności człowieka) (Heszen, Sęk 2012).

### **Rozumienie pojęcia „zdrowie”**

Najczęściej stosowaną definicją zdrowia jest sformułowanie Światowej Organizacji Zdrowia z 1948 r., które określa je jako stan pełnego dobrostanu fizycznego, psychicznego, społecznego i duchowego, a nie jedynie brak choroby czy niepełnosprawności (WHO 1948, 100). Jest to jednak definicja dość utopijna (trudno bowiem o osiągnięcie pełnego dobrostanu we wszystkich aspektach zdrowia). Krytyczne głosy pod kątem powyższej definicji wymusiły m. in. większe zaakcentowanie znaczenia komponentu psychicznego dla kształtowania ogólnego poziomu zdrowia. Psychiczny aspekt zdrowia, nie tylko jako zdrowie psychiczne, został utożsamiony przede wszystkim z dobrym samopoczuciem, zadowoleniem z życia, poczuciem wewnętrznej harmonii, poczuciem samorealizacji i spełnienia oraz optymalnym poziomem stresu. Powstała zatem nowa koncepcja zdrowia, przyjęta przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) – „zdrowie dla wszystkich”, która akcentuje nie tylko zdolność do pełnienia przypisanych ról, np. społecznych, ale przede wszystkim zdolność do prowadzenia produktywnego, sensownego i satysfakcjonującego życia:

Obecnie zdrowie uważa się nie tyle za jakiś abstrakcyjny stan, co raczej za środek do osiągnięcia celu. W sposób funkcjonalny można je określić jako zasób pozwalający ludziom prowadzić produktywne życie – tak pod względem osobistym, społecznym, jak też ekonomicznym. Zdrowie jest zatem zasobem dla codziennego życia, a nie celem życia. Jest to pozytywna koncepcja, akcentująca zasoby społeczne, osobiste oraz potencjał fizyczny (Za Woynarowska 2017, 17).

Zgodnie z tą koncepcją, osoba ze stwierdzoną chorobą także może prowadzić satysfakcjonujące ją życie, a dogodne do tego warunki powinien tworzyć system społeczny (tzw. „dobre życie”) (Puchalski 2017).

Warto pokrótce rozwinąć i zaakcentować dwa wspomniane przez WHO komponenty zdrowia ludzkiego: wymiar duchowy i psychiczny. Proces kreacji satysfakcjonującego i sensownego życia w interakcji z otoczeniem angażuje nie tylko aspekt fizyczny i społeczny człowieka, ale także psychiczny i duchowy.

O duchowej sferze istoty ludzkiej od dawna rozważali filozofowie, teolodzy, ale też lekarze i psychologowie. Choć wciąż brak w nauce jednoznacznych rozstrzygnięć na temat tego, czym jest duchowość, to jednak nie kwestionuje się istnienia, różnie rozumianej, duchowej sfery życia człowieka. „Nie jesteśmy istotami ludzkimi mającymi duchowe przeżycia, ale istotami duchowymi, doświadczającymi ludzkich przeżyć” (Pierre Teilhard de Chardin, za Sokół-Jedlińska 2004). Pojęcia duchowości nie można sprowadzać jedynie do sfery religijnej, ponieważ przejawia się ona w całej kulturze człowieka. Dość kompleksową charakterystykę duchowości wyłożył na podstawie swoich analiz Henryk Wejman:

Duchowość jest przejawem ludzkiej aktywności, która wynika z intelektu, woli i afektywności. W zależności od tego, na co ta aktywność jest skierowana, to znaczy, jakie wartości zostaną przez człowieka uznane, taka będzie jego duchowość. I w tym kontekście uprawnione jest mówienie o ludzkiej duchowości naturalnej czy też duchowości kulturowej. Gdy zaś aktywność ludzkiego ducha zostanie zorientowana na jakkolwiek pojętą Transcendencję, to wówczas odsłania się jej wymiar religijny,

który najbardziej definiuje to pojęcie. I wtedy z całym przekonaniem można mówić o duchowości różnych religii, której istotę będzie określać całość doktryny, nakazów moralnych oraz praktyk ascetycznych i rytualnych, znamionujących tę religię (Wejman 2011, 9-10).

Istotą duchowego wymiaru zdrowia jest transcendencja polegająca na wykraczaniu poza aktualnie doświadczane „ja”. Jak zauważa Heszen-Niejodek (Heszen-Niejodek 2003), transcendencja może się odbywać zarówno w obrębie osoby (samorealizacja, rozwój osobisty), jak i poza osobą (w kierunku wyższej Istoty, Energii). Z kolei Światowa Organizacja Zdrowia uznaje pojęcie „duchowy” za przejawy „ludzkiego życia, które wykraczają poza zjawiska zmysłowe”, a tym samym uznaje ten termin za szerszy, niż słowo „religijny”. Wymiar duchowy wiąże się z zagadnieniem sensu i celu życia, z potrzebą przebaczenia, pojednania przed śmiercią (WHO 1994, 59-60, cyt. za Bartoszek 2000, 97).

To, co warunkuje sferę duchowości człowieka, to duch i dusza – kolejne dwa trudne do jednoznacznego zdefiniowania pojęcia, pozostające ze sobą w ścisłej zależności, czasami wręcz utożsamiane. W ujęciu słowiańskim pojęcia te (oraz ich związek) opisywane są w następujący sposób: „Dusza to duch ograniczony do jednostkowego, indywidualnego człowieka, ograniczony cielesnie. [...] dusza jest zanurzona w duchu, który jest ponadindywidualny, przenika rzeczywistość i jest «włany» w człowieka w postaci duszy” (Grzegorzczkova 2006, 25). Strukturę człowieka wedle tej koncepcji można podzielić na: z jednej strony ciało i psychikę (funkcja ciała, mózgu), z drugiej strony duszę i ducha. Psychika człowieka jest uzależniona od ciała (mózgu) i ustanie funkcji mózgu oznacza brak funkcji psychicznych. Stan psychiczny, wiedza, przeżycia emocjonalne nie świadczą zaś o stanie duchowym. Stąd człowiek charakteryzujący się bogatym stanem psychicznym może być duchowym karłem i odwrotnie, osoba niepełnosprawna intelektualnie może mieć bogate życie duchowe (choć można też mówić o wzajemnym przenikaniu się ducha i psychiki); (Grzegorzczkova 2006). Pojęcie duszy rozważane jest przez różne religie jak i różnych filozofów w odmienny

sposób. Najogólniej odnosi się do niematerialnej funkcji lub składowej bytu ludzkiego, a w szerszym znaczeniu dotyczy każdego żywego organizmu (Kłoczowski 2006), zaś „duch” w swoim pierwotnym znaczeniu wiąże się przede wszystkim z oddechem jako zjawiskiem dającym życie (Grzegorzczkowska 2006).

Mimo kontrowersji wokół pojęć duch i dusza, a w konsekwencji różnych definicji pojęcia duchowość (w obszarze filozofii, teologii, psychologii), powszechnie przypisuje się wymiarowi duchowemu człowieka pozytywny i korzystny wpływ na zdrowie somatyczne. Choć potocznie mówimy „w zdrowym ciele zdrowy duch”, to przewrotnie prawdziwa jest myśl, iż bogate, spokojne, zrównoważone życie duchowe to większe szanse na dobre zdrowie. Nie brakuje badań wskazujących, że duchowość (w rozumieniu szerokim więc nie ograniczającym się tylko do sfery religijnej) sprzyja lepszej adaptacji do przewlekłej choroby somatycznej oraz postawie korzystnej dla leczenia (Heszen-Niejodek, Gruszczyńska 2004, 17-18). Duchowość owa przejawia się w życiu człowieka w harmonii, wrażliwości etycznej, zaangażowaniu, otwartości, rozwoju, wolności wewnętrznej, sprzeciwie wobec zła, pozytywnym stosunku do innych, postawach religijnych (Heszen-Niejodek, Gruszczyńska 2004, 25-26). Rozwój duchowy rozumiany jest jako konstruktywna przemiana w zakresie celu życia i hierarchii wartości na skutek potrzeby autokreacji – człowiek pragnie stać się lepszym, piękniejszym duchowo, niż był wcześniej. Rozwój duchowy jednej osoby uzdrowia moralnie ją samą, ale też przyczynia się do rozwoju i zdrowia moralnego innych ludzi, dostarczając poczucia sensu własnego życia, którym można obdarowywać także innych. Choć duchowość jest pojęciem wielowymiarowym, trudnym do badania i określenia, to jednak dowody na jej pozytywny związek ze zdrowiem – np. funkcję mobilizującą do walki z chorobą lub też niekiedy konieczną jej akceptację – zachęcają do troski o rozwój duchowego wymiaru człowieka.

Ważnym aspektem zdrowia jest także zdrowie psychiczne, obejmujące przede wszystkim wymiar umysłowy i emocjonalny. W Deklaracji



Zdrowia Psychicznego przyjęto, że „zdrowie psychiczne i dobrostan psychiczny mają zasadnicze znaczenie dla jakości życia, umożliwiając ludziom doświadczać życia jako sensownego, pozwalając im być twórczymi i aktywnymi obywatelami” (Kulmatycki 2007, 391).

Zdrowie psychiczne rozpatrywane jest w trzech aspektach:

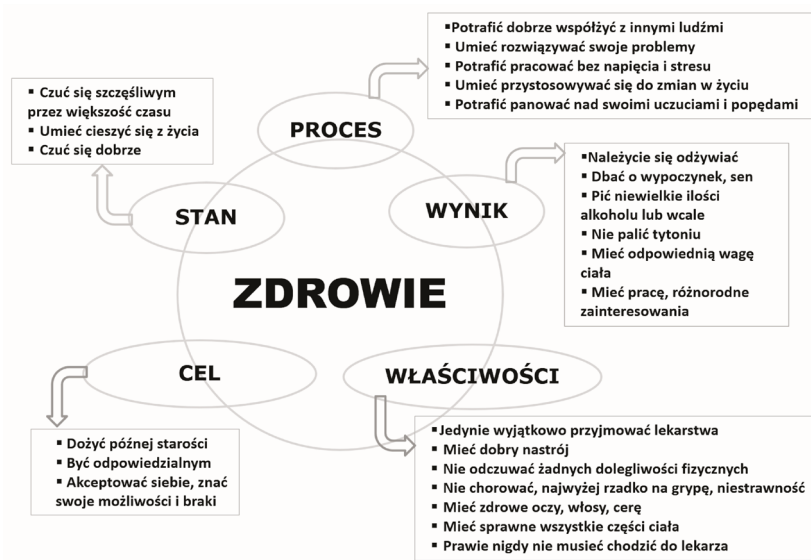
- negatywnym – co jest związane z brakiem występowania zaburzeń psychicznych;
- funkcjonalnym – rozumianym jako zdolność do spełniania określonych oczekiwań;
- pozytywnym – oznaczającym pełny rozwój osobowości i umiejętności radzenia sobie w życiu.

Szczególną wagę, zwłaszcza w ostatnich latach, przywiązuje się do pozytywnego zdrowia psychicznego, rozumianego jako dobrostan, pozytywne emocje, poczucie szczęścia oraz zasoby psychologiczne, dzięki którym człowiek może rozwijać swoje zdolności, dobrze radzić sobie ze stresem, wydajnie pracować oraz dawać społeczności coś od siebie (WHO 2004). Do kryteriów pozytywnego zdrowia psychicznego zalicza się: kontakt z rzeczywistością, poczucie autonomii, akceptację samego siebie, rozpoznawanie swoich mocnych stron, konstruktywne kontakty z innymi, radzenie sobie z wyzwaniami, perspektywę przyszłości (nastawienie na rozwój i samorealizację) (Ogińska-Bulik, Juczyński 2008). Ogólnie wśród psychologicznych zasobów sprzyjających zdrowiu wymienia się m.in. poczucie własnej wartości, poczucie własnej skuteczności, optymizm, poczucie koherencji (składa się na nie poczucie zrozumiałości, zaradności i sensowności), umiejscowienie kontroli zdrowia (wyraża uogólnione oczekiwania dotyczące tego, jakie czynniki – wewnętrzne czy zewnętrzne – są narzędziem do uzyskania zdrowia), inteligencja emocjonalna (zdolność do spostrzegania, wyrażania, rozumienia, kontrolowania i regulowania emocji), prężność psychiczna (*resilience*, zdolność do oderwania się od negatywnych doświadczeń i elastycznego przystosowania się do ciągle zmieniających się wymagań życiowych) (Ogińska-Bulik 2017). Warto podkreślić, że to właśnie

zdrowie psychiczne zostało uznane za jeden z ważniejszych obszarów promocji zdrowia w Unii Europejskiej.

Już same dwie przywołane na samym początku definicje zdrowia WHO wskazują, że zdrowie może być rozumiane jako „stan” (pierwsza definicja) lub „zdolność” (dyspozycję/zasób) (druga definicja). Zdrowie można też traktować jako *cel* sam w sobie (wartość autoteliczna) lub jako „środek” pozwalający na wykorzystanie swojego osobistego potencjału czy osiągnięcie innego celu (zdrowie wartością instrumentalną). Często także (szczególnie w psychologii zdrowia) zdrowie definiuje się jako ciągły „proces” o charakterze dynamicznym, który umożliwia adaptację i funkcjonowanie w określonym środowisku z zachowaniem stanu równowagi pomiędzy środowiskiem wewnętrznym i otaczającym, z uwzględnieniem wysiłków adaptacyjnych jednostki (Heszen i Sęk 2012). Bardzo trudno o jednoznaczną definicję pojęcia „zdrowie”, gdyż jest ono opisywane w różnych konfiguracjach jako „stan”, „dyspozycja”, „proces” czy „wartość”. Określenie „być zdrowym” może posiadać więc dla ludzi różne znaczenie. Wynika to z wielorakich uwarunkowań zdrowia i zależy m.in. od wieku, płci, sytuacji społecznej, zwłaszcza zaś od systemu wartości wyznaczającego cele życiowe (Juczyński 2012). Na ogół dla większości zdrowie sprowadza się do braku choroby, nowego zaś znaczenia nabiera dopiero w kontekście choroby lub pojawienia się problemów zdrowotnych. Występują zasadnicze różnice między profesjonalnym ujęciem zdrowia, wyznaczonym zarówno wydolnością fizyczną, jak i bogactwem zasobów społecznych i osobistych (WHO 1984), a podejściem laickim, koncentrującym się najczęściej na wymiarze fizycznym, czasem także psychicznym. Zygfried Juczyński usystematyzował różne sposoby postrzegania zdrowia konstruując narzędzie „Lista Kryteriów Zdrowia” (Juczyński 2012) i sklasyfikował określenia związane z poszczególnymi sposobami rozumienia zdrowia w następujący sposób (ryc. 1):

- zdrowie rozumiane jako „stan” – np. „czuć się dobrze” – sugeruje rozgraniczenie między zdrowiem a chorobą oraz równowagę



Ryc. 1. Postrzeganie zdrowia wg Z. Juczyńskiego – opracowanie własne.

wartości zdrowia z potrzebą chwilowej przyjemności,

- zdrowie rozumiane jako „właściwości” – np. „mieć zdrowe oczy, włosy, sprawne wszystkie części ciała” – to głównie posiadanie potencjału/zasobów, które umożliwiają skuteczne radzenie sobie z wymaganiami i obciążeniami życia codziennego; na przykład zdrowie można traktować jako warunek umożliwiający osiągnięcie celów zawodowych czy założenie rodziny i posiadanie dzieci,
- zdrowie rozumiane jako „wynik” – np. „mieć odpowiednią wagę ciała”, „należyć się odżywiać” – to pewien pożądaný rezultat starań,
- zdrowie rozumiane jako „cel” – np. „dożyć późnej starości” – to pewne prozdrowotne wyzwanie,
- zdrowie rozumiane jako „proces” – np. „umieć rozwiązywać swoje problemy” – to przemieszczanie się na kontinuum między dobrostanem a chorobą; podejście interakcyjne, które

wiąże się z poszukiwaniem i utrzymywaniem równowagi wobec obciążeń, z którymi organizm nieustannie ma do czynienia, kształtowaniem kompetencji zdrowotnych; choroba jest traktowana jako następstwo niewydolności tego procesu.

Uogólniając: przegląd historycznych i współczesnych definicji zdrowia ukazuje dwie główne drogi jego opisu (Firek 2011):

- Z perspektywy aksjologicznej – zdrowie jako wartość – gdzie może być ono wartością bezwzględną (absolutną) bądź być umieszczone na kontinuum możliwych ułożeń na wyobrażonej skali od pozytywności do neutralności. Zdrowie może stanowić wartość autoteliczną (ważną i cenioną samą w sobie, bez względu na inne wartości) bądź wartością instrumentalną, stanowiącą jedynie środek do osiągnięcia innych celów (zawodowych, rodzinnych), gdzie inna wartość może okazać się ważniejsza od zdrowia i być osiągnięta jego kosztem.
- Z perspektywy ontologicznej (sposób istnienia i lokalizacja) – przyjmując zewnątrzświadciościową lokalizację zdrowia, przystaniemy na obiektywizm zdrowotny pozwalający na określenie wskaźników, norm, których spełnienie lub nie będzie przypisywało człowiekowi do jednego z dwóch rozłącznych zbiorów ludzi zdrowych albo chorych; przyjmując stanowisko subiektywistyczne, zezwalamy na relatywne kryteria zdrowia.
- Możliwe jest też trzecie stanowisko – relacjonistyczne – w myśl którego „zdrowie to pojęcie względne, mające różne znaczenie dla różnych ludzi”. Zwolennikiem tego podejścia jest Zbyszko Melosik, zdaniem którego niemożliwe jest stworzenie jednoznacznej definicji zdrowia, gdyż jest to w dużej mierze konstrukt społeczny o charakterze relatywnym (Melosik 1999).

Kształtowanie wartości zdrowia, wykształcanie nawyków przejawiania zachowań prozdrowotnych, wydaje się być podstawowym elementem budowania systemu etycznego wychowanka. Nie bez znaczenia pozostaje jednak sposób, w jaki wychowanek postrzega zdrowie (czy jako

„stan”, „proces”, „właściwość” itd.), gdyż zależy od tego regulacyjna funkcja pojęcia zdrowie, wyznaczone są inne cele i prezentowane inne zachowania (Heszen, Sęk 2012).

### **Czynniki wpływające na zdrowie**

Różne modele zdrowia wskazują na szereg czynników wpływających na jego stan. Przykładowo opublikowany w 1990 r. przez Departament Zdrowia Publicznego w Toronto społeczno-ekologiczny model zdrowia („Mandala Zdrowia”) wyróżnia cztery grupy czynników warunkujących zdrowie jednostki i rodziny: czynniki biologiczne, zachowania indywidualne, środowisko fizyczne oraz środowisko psycho-socjoekonomiczne (Hancock, Perkins 1990). Z kolei wybitny lekarz i Minister Zdrowia Kanady Lalonde uważał, że „zdrowie jest wynikiem działania czynników związanych z dziedziczeniem genetycznym, środowiskiem, stylem życia i opieką medyczną” (Lalonde 1974, 31). Lalonde określił procentowy wpływ wskazanych w swoim modelu czynników na zdrowie: styl życia – 53%, środowisko fizyczne – 21%, czynniki genetyczne – 16%, opieka zdrowotna – 10%. Zgodnie z modelem Lalonde’a największy wpływ na zdrowie ma zatem styl życia, czyli „zbiór decyzji podejmowanych przez jednostki, które wpływają na ich zdrowie, nad którymi jednostki mają większą lub mniejszą kontrolę” (Lalonde 1974, 32). Także w opinii WHO zdrowie w największym stopniu determinuje styl życia, definiowany jako „sposób życia oparty na identyfikowalnych wzorcach zachowań, które są wyznaczone przez wzajemne oddziaływanie między osobistymi cechami jednostki, interakcjami społecznymi oraz społeczno-ekonomicznymi i środowiskowymi warunkami życia” (WHO 1998, 4). Na styl życia – więc rutynowy charakter zachowań, sposób życia wynikający z wzorców oraz wartości – składają się m.in. aktywność fizyczna, zwyczaje żywieniowe, stosowanie używek, higiena psychiczna, sposób rekreacji. Posiadamy również „Dekalog zdrowego stylu życia” Cendrowskiego (Cendrowski, 1993), który został nagrodzony podczas I Międzynarodowego Kongresu Filozofii Uniwersalistycznej (Warszawa,

1993 r.) – dostarcza on 10 zasad<sup>3</sup> „zdrowego stylu życia”. Styl życia może zatem sprzyjać bądź szkodzić zdrowiu.

### **Wychowanie zdrowotne – kształtowanie zachowań prozdrowotnych**

Kształtowanie prozdrowotnego stylu życia to ogromna odpowiedzialność środowiska wychowawczego. To ono przede wszystkim wpływa na to, jakie decyzje w obrębie zdrowia jednostka będzie już samodzielnie podejmować w późniejszym okresie swojego życia. Wyowiedź prof. Grażyny Nowak-Starz dobitnie wskazuje na ogromną rolę wczesnego kształtowania nawyków prozdrowotnych przez dom, szkołę i rówieśników :

Jak wiadomo zachowania zdrowotne kształtują się przede wszystkim w dzieciństwie i młodości pod wpływem różnych czynników, wśród których rodzina wymieniana jest na pierwszym miejscu, obok szkoły i grupy rówieśniczej. Zachowania te trudno korygować i modyfikować u dorosłych. Skutki niedostatków zachowań prozdrowotnych i zachowań ryzykownych dla zdrowia pojawiają się zwykle dopiero po wielu latach (Nowak-Starz 2015, 139).

Należy podkreślić, że owo kształtowanie postaw prozdrowotnych to długotrwały proces. Na określenie tego procesu w latach 60. XX w. Maciej Demel, pedagog i lekarz, polski prekursor pedagogiki zdrowia,

---

<sup>3</sup> Zgodnie z dekalogiem do 10 zasad postępowania, służących zachowaniu i pomnażaniu zdrowia, należą:

1. Zdobywanie wiedzy o samym sobie.
2. Utrzymywanie sił obronnych organizmu w stałej gotowości.
3. Nienadużywanie leków.
4. Utrzymywanie wszechstronnej aktywności fizycznej.
5. Prawidłowe odżywianie się.
6. Hartowanie się.
7. Rozwijanie umiejętności walki ze stresem.
8. Wyeliminowanie nałogów.
9. Życzliwość dla innych.
10. Zachowanie postawy dopingowej – dawanie sobie rady w życiu.

ukuł pojęcie „wychowanie zdrowotne” (Demel 1965). Wyszczególnił on również etapy wychowania zdrowotnego oraz czynniki na niego wpływające, a kształtowane głównie przez środowisko wychowawcze (wzory osobowe, organizacja życia, urządzenia i sprzęt higieniczno-sanitarny jako intencjonalne narzędzia wychowania zdrowotnego). Woynarowska i Sokołowska w latach 90-tych XX w. zastąpiły koncept „wychowania zdrowotnego” pojęciem „edukacja prozdrowotna”. Zdefiniowały one edukację prozdrowotną jako:

...niezbędny element promocji zdrowia – proces, w którym ludzie uczą się dbać o zdrowie własne i innych. Celem edukacji zdrowotnej jest przede wszystkim wpływanie na zachowania zdrowotne jednostki i grup poprzez zwiększenie lub korektę wiedzy, kształtowanie postaw i umiejętności sprzyjających zdrowiu” (Woynarowska i Sokołowska 1993, 9-10).

Autorki podkreślają znaczenie prezentowanych zachowań zdrowotnych dla osiągnięcia pożądanego stanu zdrowia. To właśnie zachowania zdrowotne są tym, co kształtowane jest w toku edukacji zdrowotnej. Podobnie jak w przypadku terminu zdrowia i stylu życia, istnieje wiele definicji zachowań zdrowotnych. Najczęściej cytowaną jest ta utworzona przez WHO, według której *health behaviours* to celowe działania podjęte w celu umocnienia zdrowia (WHO 1998). Inne definicje akcentują możliwość podziału zachowań zdrowotnych na te służące zdrowiu (odpowiednia aktywność fizyczna, prawidłowe żywienie, sen, zachowania prewencyjne) i antyzdrowotne (używki, ryzykowne zachowania seksualne, uzależnienia behawioralne); (Woynarowska 2017).

Przejrzystej klasyfikacji i opisu zachowań zdrowotnych dokonał Zygfryd Juczyński (2012). Zachowania zdrowotne podzielił na 4 kategorie: prawidłowe nawyki żywieniowe (uwzględniają przede wszystkim rodzaj spożywanej żywności), zachowania profilaktyczne (twierdzenia dotyczą przestrzegania zaleceń zdrowotnych, uzyskiwania informacji na temat zdrowia i choroby), pozytywne nastawienie psychiczne (włączając w zakres zachowań zdrowotnych takie czynniki psychologiczne jak unikanie zbyt silnych emocji, stresów, napięć czy sytuacji wpływających

przygnębiająco) i praktyki zdrowotne (obejmują codzienne nawyki dotyczące snu i rekreacji czy aktywności fizycznej) (tab. 1). Juczyński w oparciu o swój model skonstruował narzędzie – „Inwentarza Zachowań Zdrowotnych” – za pomocą którego możliwa jest ocena ogólnego nasilenia zachowań zdrowotnych, jak również nasilenia w obrębie czterech wskazanych kategorii zachowań zdrowotnych (Juczyński 2012).

Szczególnie istotnym czynnikiem kształtowania zdrowia jest aktywność fizyczna jako wartościowa forma spędzania wolnego czasu, rozwijająca nawyki i inne zachowania zdrowotne. Jest ona niezbędną dla zachowania prawidłowej sprawności fizycznej i utrzymywania sił witalnych o złożonym psycho-fizycznym charakterze. Badania wykazały, że podejmowanie aktywności fizycznej w formie sportu lub rekreacji w młodości (przed 35. rokiem życia) determinowało jakość życia tych samych osób w wieku starszym (55-64 lat), istotnie podwyższając ich poziom zdrowia oraz sprawność funkcjonalną i efektywność radzenia sobie z wykonywaniem czynności dnia codziennego (Marchewka, Jungiewicz 2008). Rekreacyjna aktywność fizyczna zmniejsza ryzyko wystąpienia wielu schorzeń, uwalnia od napięć i stresu, zaspokaja potrzeby samorealizacji i samodoskonalenia się (Birch et al. 2008). Ponadto aktywność w ramach sportu lub rekreacji ma szansę wspierać kształtowanie od najmłodszych lat specyficznego kręgosłupa aksjologicznego, ze szczególnym rozwijaniem takich wartości jak poszanowanie godności osobowej drugiego człowieka czy solidarności rozumianej jako szczególny rodzaj więzi międzyludzkiej (Czechowski 2013).

## **Badania własne**

### **Osoby badane**

Pozytywne konsekwencje podejmowania dodatkowej aktywności fizycznej zachęciły autorki tego artykułu do uczynienia grupą badaną właśnie osób trenujących sport rekreacyjnie – tzw. sportowcy amatorzy. Sport rekreacyjny to działalność ukierunkowana na podnoszenie sprawności fizycznej, niezbędnej do normalnego funkcjonowania na co



Prawidłowe nawyki żywieniowe	Zachowania profilaktyczne	Pozytywne nastawienie psychiczne	Praktyki zdrowotne
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jem dużo warzyw i owoców.</li> <li>• Ograniczam spożywanie takich produktów, jak tłuszcze zwierzęce, cukier.</li> <li>• Dbam o prawidłowe odżywianie.</li> <li>• Unikam spożywania żywności z konserwantami.</li> <li>• Unikam soli i silnie solonej żywności.</li> <li>• Jem pieczywo pełnoziarniste.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unikam przeziębień.</li> <li>• Mam zanotowane numery telefonów służ pogotowia.</li> <li>• Przestrzegam zaleceń lekarskich wynikających z moich badań.</li> <li>• Regularnie zgłaszam się na badania lekarskie.</li> <li>• Staram się dowiedzieć, jak inni unikają chorób.</li> <li>• Staram się uzyskać informacje medyczne i zrozumieć przyczyny zdrowia i choroby.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poważnie traktuję wskazówki osób wyrażających zaniepokojenie moim zdrowiem.</li> <li>• Unikam sytuacji, które wpływają na mnie przygnębiająco.</li> <li>• Staram się unikać zbyt silnych emocji, stresów, napięć.</li> <li>• Mam przyjaźni i uregulowane życie rodzinne.</li> <li>• Unikam takich uczuć, jak gniew, lęk i depresja.</li> <li>• Myślę pozytywnie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wystarczająco dużo odpoczywam.</li> <li>• Unikam pracowania.</li> <li>• Kontroluję swoją wagę ciała.</li> <li>• Wystarczająco dużo śpię.</li> <li>• Ograniczam palenie tytoniu.</li> <li>• Unikam nadmiernego wysiłku fizycznego.</li> </ul>

Tab. 1 Zachowania zdrowotne wg Z. Juczynskiego – opracowanie własne.

dzień, przybierająca postać walki ze sobą lub innymi, zawierająca też elementy zabawy, ale nie związana z wyczynowym ani zawodowym jego charakterem (Nowak 2010). Przyświecała nam hipoteza, że sportowcy amatorzy, jako grupa potencjalnie wpisująca się w ramy prozdrowotnego stylu życia, charakteryzują się prawidłowym (wyższym niż przeciętne) nasileniem zachowań zdrowotnych. Szczegółowa analiza determinantów ich zachowań zdrowotnych oraz postrzegania zdrowia w tej grupie może wskazać wartości, które należy kształtować już od najmłodszych lat u dzieci i młodzieży, by ich styl życia był prozdrowotny i pozytywnie wpływał na ich stan zdrowia oraz jakość życia.

Badaniem objęto 145 sportowców amatorów (w tym 49 kobiet) w wieku  $35 \pm 10$  lat, trenujących dowolną dyscyplinę sportową minimum od roku, z częstotliwością przynajmniej raz w tygodniu przez większość miesięcy w roku (w klubach sportowych, na zajęciach ze sportów walki, gier zespołowych). Badani z grupy poświęcali na trening średnio  $5 \pm 3$  godziny tygodniowo, a średni staż treningowy wynosił 10 lat.

Dodatkowo w ramach drugiej części badań, której celem było poznanie barier w prowadzeniu zdrowego stylu życia przez młode osoby dorosłe, 100 studentów (73 kobiety i 27 mężczyzn w wieku  $27 \pm 9$ ) Chrześcijańskiej Akademii Teologicznej w Warszawie (Wydziału Teologicznego i Wydziału Nauk Społecznych) zostało poproszonych o podanie przeszkód utrudniających im podejmowanie aktywności fizycznej, zdrowe odżywianie i właściwy odpoczynek.

### **Narzędzia badawcze**

Do oceny ogólnego nasilenia zachowań zdrowotnych sportowców amatorów, a także nasilenia zachowań zdrowotnych w zakresie ich czterech rodzajów, wykorzystany został kwestionariusz autorstwa Z. Juczyńskiego (Juczyński 2012) – „Inwentarz Zachowań Zdrowotnych” (IZZ) (patrz wcześniej model tab. 1). Sposób postrzegania zdrowia przez sportowców amatorów mierzono za pomocą kwestionariusza „Lista Kryteriów Zdrowia” (LKZ) Z. Juczyńskiego (Juczyński 2012), zawierającego 24

stwierdzenia opisujące pozytywne elementy trzech wymiarów zdrowia: fizycznego, psychicznego, społecznego (patrz wcześniej ryc. 1).

Załączona do badania ankieta zawierała pytania dotyczące płci, wieku oraz opinii badanych na temat tego, co ich zdaniem ukształtowało ich zachowania prozdrowotne, a także co obecnie wpływa na kształtowanie zachowań prozdrowotnych dzieci i młodzieży.

W celu uzyskania nazw barier utrudniających prowadzenie zdrowego stylu życia przez studentów ChAT, badani wypełniali ankietę wymagającą podania i uszeregowania od najważniejszej do najmniej ważnej bariery w obrębie trzech kategorii: aktywności fizycznej, zdrowego odżywiania i odpoczynku.

### **Wyniki**

W odniesieniu do zachowań zdrowotnych: średnie ogólne nasilenie zachowań zdrowotnych sportowców amatorów wynosiło  $82,0 \pm 11,3$  (zakres punktów możliwych do uzyskania wynosił 24-120) i zostało sklasyfikowane jako umiarkowane. Jedynie 29% ankietowanych charakteryzowało się dużym nasileniem zachowań zdrowotnych i aż 24% małym. Spośród poszczególnych rodzajów zachowań zdrowotnych najwyżej ocenione zostały w grupie badanej prawidłowe nawyki żywieniowe (3,53) oraz pozytywne nastawienie psychiczne (3,51), następnie praktyki zdrowotne (3,38), zaś najniżej zachowania profilaktyczne (3,25) ( $p=0,047$ ).

Choć średnie ogólne nasilenie zachowań zdrowotnych sportowców amatorów nie odbiega od wyników uzyskanych dla 496 dorosłych mieszkańców Polski (82,0 vs 81,8) (Juczyński, 2012), to za pomocą szczegółowej analizy wykazano istotne różnice w dwóch rodzajach analizowanych zachowań zdrowotnych, tj. prawidłowych nawyków żywieniowych (3,53 vs 3,22;  $p<0,001$ ) oraz zachowań profilaktycznych (3,25 vs 3,42;  $p=0,003$ ). Pozostałe wartości kształtowały się bardzo podobnie – pozytywne nastawienie psychiczne: 3,51 vs 3,52 oraz praktyki zdrowotne: 3,38 vs 3,32.

Uzyskane wyniki wskazują zatem, że badani sportowcy amatorzy najmniej uwagi przykładali do realizowania zachowań profilaktycznych (przestrzeganie zaleceń lekarskich, pozyskiwanie informacji na temat zdrowia). Owo mniejsze zainteresowanie sportowców amatorów zachowaniami profilaktycznymi zdaje się korespondować z wynikami dotyczącymi postrzegania zdrowia przez sportowców rekreacyjnie uprawiających sport.

Jak wskazały wyniki badań własnych, sportowcy amatorzy największą wagę przypisywali zdrowiu rozumianemu jako „stan” (dominująca średnia wartość: 1,17;  $p < 0,001$ ), następnie jako „właściwość” (0,78), „cel” (0,62) i „wynik” (0,55), a w najmniejszym stopniu – jako „proces” (0,34). Jeśli bowiem badani zdrowie głównie utożsamiali z chwilowym stanem, a nie długotrwałym procesem, to trudno, aby czynili szczególne wysiłki na rzecz zachowań profilaktycznych, wymagających planowania i długodystansowego myślenia. Szczegółowe średnie rangi dla poszczególnych odpowiedzi w kwestionariuszu LKZ przedstawiono w tab. 2. W zestawieniu widać, że badani najczęściej utożsamiali zdrowie z dobrym samopoczuciem („stanem”), z brakiem dolegliwości fizycznych („właściwość”), posiadaniem sprawnych wszystkich części ciała („właściwość”) oraz z poczuciem szczęścia przez większość czasu („stan”). Natomiast najmniej ważne okazały się bycie osobą odpowiedzialną, ograniczającą ilość spożywanego alkoholu, a już najmniej kojarzyła się badanym ze zdrowiem umiejętność panowania nad swoimi uczuciami i popędami (a zalicza się to do rozumienia zdrowia jako „proces”). Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, że badani mają instrumentalne podejście do zdrowia, choć dbają o jego stan. Zdrowie zdaje się być jednak instrumentem, środkiem do osiągnięcia innych celów, warunkiem umożliwiającym osiągnięcie tych celów, np. hedonistycznych.

Wyniki odnoszące się do czynników kształtujących zachowania prozdrowotne wykazały, iż w opinii sportowców amatorów największy wpływ na kształtowanie ich zachowań prozdrowotnych miał dom i rodzina (74% wskazań), a następnie umacnianie wewnętrznego poczucia

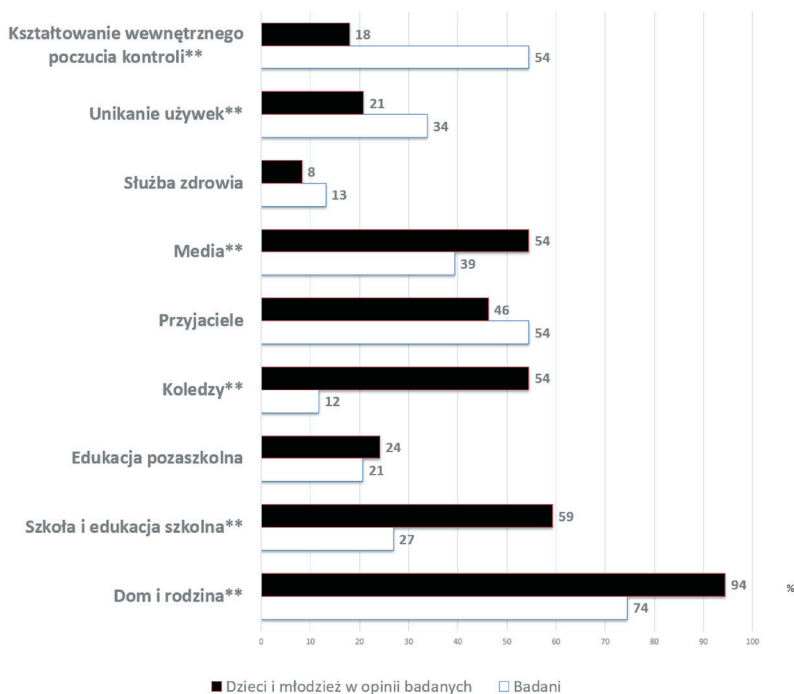
Wyróżnik	Twierdzenie	Średnia ranga
stan	Czuć się dobrze	1,46
właściwości	Nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych	1,32
właściwości	Mieć sprawne wszystkie części ciała	1,24
stan	Czuć się szczęśliwym przez większość czasu	1,17
wynik	Należyć się odżywiać	1,08
wynik	Dbać o wypoczynek, sen	1,00
właściwości	Nie chorować, najwyżej rzadko na grypę, niestrawność	0,96
cel	Akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki	0,91
stan	Umieć cieszyć się z życia	0,78
wynik	Mieć odpowiednią wagę ciała	0,62
cel	Dożyć późnej starości	0,60
wynik	Nie palić tytoniu	0,51
właściwości	Prawie nigdy nie musieć chodzić do lekarza	0,47
właściwości	Mieć dobry nastrój	0,45
proces	Umieć rozwiązywać swoje problemy	0,44
proces	Potrafić dobrze współżyć z innymi ludźmi	0,44
właściwości	Jedynie wyjątkowo przyjmować lekarstwa	0,38
proces	Umieć przystosowywać się do zmian w życiu	0,35
właściwości	Mieć zdrowe oczy, włosy, cerę	0,35
proces	Potrafić pracować bez napięcia i stresu	0,33
wynik	Mieć pracę, różnorodne zainteresowania	0,23
cel	Być odpowiedzialnym	0,22
wynik	Pić niewielkie ilości alkoholu lub wcale	0,21
proces	Potrafić panować nad swoimi uczuciami i popędami	0,19

Tab. 2 Postrzeganie zdrowia przez sportowców amatorów na podstawie LKZ (n=145).

kontroli<sup>4</sup> oraz przyjaciele – po 54%. Zaś obecnie na kształtowanie zachowań prozdrowotnych dzieci i młodzieży w opinii badanych istotnie

<sup>4</sup> Wg teorii „poczucia umiejscowienia kontroli” J. Rottera (Rotter 1966) osoby o wewnętrznym umiejscowieniu kontroli mają przekonanie, że ich życiem i ważnymi zdarzeniami sterują oni sami (przede wszystkim od ich własnych wysiłków, pracy, osobistego wpływu zależy to, co ważnego przydarza się im w życiu), zaś osoby o zewnętrznym umiejscowieniu kontroli żywią przekonanie, że życiem sterują czynniki niezależne od ich świadomego, celowego i zamierzonego wpływu.

większy (niż kiedyś) wpływ ma dom i rodzina (94% vs 74%), szkoła i edukacja szkolna (59% vs 27%), koledzy (54% vs 12%) oraz media (54% vs 39%), natomiast istotnie mniejsze znaczenie ma kształtowanie wewnętrznego poczucia kontroli (18% vs 54%) oraz unikanie używek (21 vs 34%) (ryc. 2).



Ryc. 2. Czynniki, które w opinii badanych wpływały i wpływają na kształtowanie zachowań prozdrowotnych ich samych oraz dzieci i młodzieży.

Odpowiedzi studentów Chrześcijańskiej Akademii Teologicznej na temat barier prowadzenia zdrowego stylu życia wskazały, iż owe bariery to (tab. 3):

- w obszarze podejmowania aktywności fizycznej: brak czasu (75% wskazań), następnie lenistwo (27%) oraz brak motywacji (27%),
- w obszarze prawidłowego żywienia: brak czasu (68% wskazań), następnie finanse (zbyt wysokie ceny zdrowszych produktów) (30%) oraz zachcianki (słodocze, produkty typu fast-food) (23%),
- w obszarze odpoczynania: brak czasu (53% wskazań), następnie nadmiar obowiązków (32%), praca i nauka (po 20%) oraz ambicje – chęć zrobienia „wszystkiego” (13%).

„Brak czasu” był zdecydowanie dominującą barierą wymienianą przez studentów w odniesieniu do wszystkich trzech składowych zdrowego stylu życia i ponad połowa badanych, którzy wskazali tę barierę, przypisało jej największe znaczenie odpowiednio w podejmowaniu aktywności fizycznej (61%), prawidłowymżywieniu (54%) oraz odpoczynaniu (64%). Zatem skoro badani deklarują dominujący „brak czasu” na prowadzenie prozdrowotnego stylu życia, to równocześnie pośrednio przyznają, że istnieje szereg zajęć (wartości), na które ten czas przeznaczają i które zdają się być ważniejsze od dbania o zdrowie. Jak widać, ważna jest np. realizacja zachcianek żywieniowych lub praca, a chwilowa przyjemność (zjedzenie czegoś niezdrowego) lub dążenie do odniesienia sukcesu zawodowego, zdają się wypierać zachowania prozdrowotne. Konkurencyjne cele są osiąganekoszt zdrowia, a zdrowie staje się jedynie instrumentem umożliwiającym realizację tych celów.

### **Podsumowanie**

Według Woynarowskiej (Woynarowska 2017) ludność Polski charakteryzuje rozbieżność między wysoką, deklarowaną wartością zdrowia, a dość niskim ogólnym poziomem dbałości o zdrowie. Puchalski i Korzeniowska (2004) szacują natomiast, że zaledwie kilka procent

Aktywność fizyczna	%	Prawidłowe żywienie	%	Odpoczynek	%
Brak czasu	75	Brak czasu	72	Brak czasu	47
Brak motywacji	27	Finanse	28	Nadmiar obowiązków	39
Lenistwo	27	Zachcianki	19	Praca	21
Problemy ze zdrowiem	20	Łatwy dostęp do dań gotowych	16	Nauka	17
Brak chęci	15	Brak umiejętności przygotowania	11	Stres	11
Zmęczenie	15	Pośpiech, jedzenie w biegu	10	Inne hobby	10
Nadmiar obowiązków	11	Złe nawyki, przyzwyczajenia	9	Ambicje	10
Brak wiedzy, sprzętu	11	Utrudniony dostęp do zdrowszych produktów	8	Niewłaściwa organizacja czasu	6
Finanse	9	Brak motywacji	5	Rodzina	5
Brak towarzysza	7	Lenistwo	4	Nieregularny tryb życia, pracy	4
Niewłaściwa organizacja czasu	6	Brak wiedzy	4	Media (TV, portale społecznościowe)	3
Praca	6	Niechęć do gotowania	4	Problemy ze snem	3
Pogoda	5	Nieregularny tryb życia, pracy	4	Hałas	2
Rodzina	3	«Zajadanie» stresu	4	Brak umiejętności	2
Stres	2	Brak chęci	2	Poczucie «straconego czasu» lub winy	2
Brak widocznych efektów	2	Nadmiar obowiązków	2	gdy odpoczywam	2
Inni ludzie w tych miejscach	2	Reklamy	2	Finanse (koszty wyjazdów)	1
Alternatywne formy rozrywki	2	Alergie	2		
Nie lubię	2	Brak apetytu	2		
Brak systematyczności	1	Różne informacje na temat tego, co jest zdrowe	1		

Tab. 3. Bariery w podejmowaniu aktywności fizycznej, prawidłowym żywieniu oraz odpoczynku studentów (n=100)



społeczeństwa prowadzi względnie trwale „zdrowe” życie, uwzględniające praktyki prozdrowotne. Podobnie ogólne nasilenie zachowań zdrowotnych w grupie badanych sportowców amatorów okazało się być zdecydowanie niezadawalające – tylko 29% badanych z dużym nasileniem zachowań zdrowotnych – choć jednocześnie wśród trzech najważniejszych wartości szczęśliwego, udanego życia, na pierwszym miejscu wymieniali oni zdrowie (wyniki badań własnych – dane niepublikowane). Wprawdzie potencjalnie sportowcy amatorzy wpisują się w ramy prozdrowotnego stylu życia, to jednak niekoniecznie tak musi być (na co zdają się wskazywać wyniki badań własnych). Paweł Nowak również podkreśla, że

biegacze amatorzy często popadają w pułapkę ciągłej obsesyjnej rywalizacji. Zamiast bawić się w sport, próbują na poważnie go uprawiać, zapominając, że są amatorami. Nie powinni zapominać o prozdrowotnych wartościach aktywności ruchowej, zamiast wręcz ryzykować zdrowiem dla wygranej (Nowak 2010, 129).

Być może to postrzeganie zdrowia w naszej grupie badanej nie sprzyja zachowaniom prozdrowotnym. Bowiem sportowcy amatorzy największą wagę przypisywali zdrowiu rozumianemu jako „stan” („czuć się dobrze”), a w najmniejszym stopniu postrzegali zdrowie jako „proces” („umieć rozwiązywać swoje problemy”), podobnie jak pracujący dorośli mieszkańcy Polski (Nowicki i Ślusarska 2011). Może gdyby inaczej wartościowali zdrowie, nie jako „stan” (dążenie do jak najczęstszego doświadczania pozytywnych odczuć), ale jako „proces”, wtedy bardziej potrafiliby o nie dbać? Demel (2008) w swoim „Traktacie o zdrowiu” postuluje zasadność postrzegania zdrowia jako „proces”, a nie jako „stan”. Stan odnosi się bowiem do sytuacji chwilowej, tymczasem zdrowie jest dynamiczne – można je utrzymać, wzmacniać stracić. „Proces” z kolei wiąże się z poszukiwaniem i utrzymywaniem równowagi wobec obciążeń, z którymi organizm nieustannie ma do czynienia oraz z nabywaniem kompetencji zdrowotnych, umożliwiających efektywne radzenie sobie z wyzwaniem zagrażającymi zdrowiu. Wprawdzie zapis w „Karcie

Ottawskiej 1986” (1994) sugeruje postrzeganie zdrowia w kategoriach środka do osiągnięcia celu, zasobu pozwalającego ludziom prowadzić produktywnie życie, ale jest to koncepcja głównie akcentująca pozytywną rolę posiadania zasobów społecznych, osobistych, fizycznych. Gromadzenie zaś tych zasobów może zachodzić jedynie w toku „procesu” i choć nie jest on celem samym w sobie, to jednak jego realizowanie (nieustanne gromadzenie zasobów dla zdrowia) nie powinno być wypierane przez realizację konkurencyjnych, często hedonistycznych celów, których osiągnięcie odbywa się kosztem zdrowia.

Uzyskane wyniki wskazują, że badanym studentom nie starcza czasu na zachowania prozdrowotne, gdyż ważniejsze są inne wartości – chwilowa przyjemność, odniesienie sukcesu na innym polu, a zdrowie to instrument do osiągania tych celów, instrument mocno nadszarpujący owo zdrowie. Czy zmierzamy do wartościowania zdrowia w kategoriach hedonistycznych i chwilowych? Przecież sportowcy amatorzy jako motywy podejmowania aktywności fizycznej najczęściej wymieniali zdrowie (80%), ale już w drugiej kolejności właśnie przyjemność (76%) (wyniki badań własnych – dane niepublikowane). W dobie współczesnej nam „kultury typu instant” (odnoszącej się do nawyku i konieczności życia w „natychmiastowości”, błyskawicznego stawiania i realizowania celów), rodzą się pytania o to, jak postrzegany jest dziś w kontekście zdrowia dobrostan – jako odczuwanie chwilowej przyjemności czy jako proces, w którym osiąga się umiejętność skutecznego radzenia sobie z wyzwaniami, przy jednoczesnym zachowaniu harmonii. Coraz więcej wskazuje na to, że często mamy do czynienia z równoważeniem wartości zdrowia z potrzebą chwilowej przyjemności (np. poświęcanie zdrowia za cenę złotego medalu olimpijskiego, konflikt praca – zdrowie) (Firek 2011). Na problem szybkiego tempa naszego życia zwraca uwagę także Barbara Orzeł (Orzeł 2018), szczegółowo analizując jego wpływ na naszą codzienność: „Obecnie wszystko skupia się wokół wyścigu, czy – jak pisze Jacques Derrida – zawodów, konkurencji pomiędzy dwoma rodzajami

prędkości. Wciąż jesteśmy świadkami procesu (często przyspieszonego) aktualizowania, odświeżania, w którym jednak brak głębszej refleksji nad «dziennikiem zdarzeń» (bo najzwyczajniej «szkoda nam czasu»)» (Orzeł 2018, 103). Być może odpowiedzią na owo przyspieszenie jest spowolnienie, które

nie musi być zatem czymś negatywnym dla współczesnej kultury, może dać szansę na ponowne odkrycie tego, co unikalne, wyjątkowe. Prawo Moore'a, choć będące „czystym przyspieszeniem” może nas, konsumentów skierować w stronę bardziej uważnego, zrównoważonego korzystania z dóbr kultury (Orzeł 2018, 109-110).

Brak czasu jest główną barierą rekreacyjnej aktywności fizycznej zarówno w Polsce (Biernat 2018), jak i w Europie (European Commission 2013). Autorzy wielu prac zastanawiają się, czy owo brak czasu związany jest z ograniczoną możliwością wygospodarowania i przeznaczenia na ćwiczenia kilku godzin tygodniowo, czy może przypisywanie aktywności fizycznej zbyt małej wagi (Sallis, Owen 1999; Biernat et al. 2018). Być może niezadowolające nasilenie zachowań zdrowotnych sportowców amatorów, którzy potrafią znaleźć czas na ćwiczenia, związane jest właśnie nie tyle ze zbyt małą wagą przypisywaną zdrowiu (pomimo wysokiej jej deklaracji), a właśnie postrzeganiem i rozumieniem tego pojęcia. Sportowcy amatorzy to specyficzna grupa, która przynajmniej teoretycznie wpisuje się w trendy mody na zdrowy styl życia. Może sama moda na aktywne spędzanie czasu wolnego nie jest wystarczająca, żeby właściwie promować zachowania zdrowotne tych osób. Być może, jak zauważa Alicja Głutkowska-Polniak (Głutkowska-Polniak 2018) takie zachowania może tłumaczyć pośrednie rozumienie kategorii trwałości, zmienności ich związku:

Przeżywanie, doznawanie, doświadczanie rzeczywistości przez człowieka, szczególnie w kontekście estetycznym, posiada bowiem cechy ambiwalentne, sytuujące człowieka w obszarze „pomiędzy” trwałością i zmiennością. [...] Moda jako zjawisko estetyczne (związane ze stylem życia), praktyka kulturowa i sposób uczestniczenia w kulturze wychodzi

„naprzeciw” człowiekowi, który odbiera rzeczywistość na sposób turysty [...]. Również Bauman uważa, że współcześnie rzeczywistość jest konstruowana przez przyjemność (estetyczną), a „styl życia” ukazuje tożsamość jednostki, która głównie zabiega o aprobatę społeczną. [...] Każdy może wykreować siebie, korzystając z ogólnodostępnych, popularnych wzorców, modeli (Głutkowska-Polniak 2018, 126-127).

Należałoby zatem uznać, że z punktu widzenia zobowiązania etycznego, jakim jest kształtowanie wartości zdrowia, szczególnie istotne jest, żeby nie tyle ulegać modzie, co świadomie i odpowiedzialnie w niej uczestniczyć, a przede wszystkim ją tworzyć i to z pełnym zaangażowaniem. Zaangażowanie jednostki w postrzeganie zdrowia jako „procesu”, a nie „stanu” (np. chwilową przyjemność) może sprzyjać większej prozdrowotności prowadzonego stylu życia i tym samym zwiększać szanse przyszłych pokoleń na właściwe wzorce w tym zakresie.

To, jak postrzega się zdrowie, wpływa na wybór celów, zachowań, ogólnie określa funkcję regulacyjną zdrowia (Heszen, Sęk 2012). Etyczne zobowiązanie kształtowania odpowiedniej wartości zdrowia zdaje się ciążyć głównie na domu i rodzinie – które to miały i mają największy (i rosnący) wpływ na stosunek dzieci i młodzieży do zachowań prozdrowotnych, co potwierdziły również wyniki badań własnych przeprowadzonych z udziałem sportowców amatorów. Należy podkreślić rangę wartości zdrowia i konieczność jej internalizacji w świadomości ludzkiej, zwłaszcza ludzi młodych, gdyż wartość zdrowia wiąże się bezpośrednio z wartością życia (którą to, jak podają zatrważające statystyki, młodzi ludzie coraz częściej aktualnie przekreślają, podejmując próby samobójcze<sup>5</sup>). Współczesna rodzina powinna zrozumieć sens i potrzebę wychowywania nowego pokolenia do wartości zdrowia, gdyż jednostka ceniąca zdrowie, odpowiednio je postrzegająca (jako nieustający „proces”), będzie prawdopodobnie czyniła starania, aby o zdrowie dbać,

<sup>5</sup> Wg policyjnych statystyk liczba zamachów samobójczych zakończonych zgonem w grupie wiekowej 13-18 lat w Polsce w 2019 roku wynosiła 94 i była o dwa wyższa niż w roku 2018 (statystyki policyjne 2020, za „Zamachy samobójcze od 2017 r.”).

chronić je i pomnażać – w tym zakresie rola edukacji jest niezbywalna. Postulat Demela o konieczności postrzegania zdrowia jako nieustannego procesu wydaje się być szczególnie ważny w aspekcie współczesności i siły zagrożeń, jakie ona ze sobą niesie. Stwierdzone niewystarczające nasilenie zachowań zdrowotnych w kontekście prozdrowotności stylu życia sportowców amatorów potwierdza jedynie zasadność z jednej strony prowadzania w tym zakresie badań, ale z drugiej (i to przede wszystkim), wdrażania działań edukacyjnych w obszarze promocji zdrowia we wszystkich środowiskach i głównie na poziomie najmniejszej komórki społecznej, czyli rodziny.

Niniejsze badania mają jednak pewne ograniczenia. Zostały przeprowadzone z udziałem dwóch grup o raczej małej liczebności: 145 sportowców amatorów i 100 studentów. Z tego powodu interpretacja wyników oraz wnioski powinny odnosić się do osób badanych i przy generalizacji należałoby zachować pewną ostrożność. Niemniej uzasadnione jest dalsze monitorowanie zachowań zdrowotnych oraz postaw wobec zdrowego stylu życia sportowców amatorów oraz studentów, w szczególności przeprowadzenie podobnych badań z udziałem większej grupy ankietowanych. Otrzymana większa liczebność możliwych do wydzielenia podgrup (np. ze względu na płeć, kategorie wiekowe) pozwoliłaby na przeprowadzenie dodatkowych analiz w celu poszukiwania czynników, które mogłyby sprzyjać zachowaniom prozdrowotnym tych osób. Stanowiłoby to cenne informacje o postawach i wartościach, jakie należy kształtować już od najmłodszych lat u dzieci i młodzieży, by ich styl życia był prawidłowy (prozdrowotny), co powinno wpłynąć pozytywnie na stan ich zdrowia oraz jakość życia w przyszłości.

### **Bibliografia:**

- Bartoszek, Antoni. 2000. *Człowiek w obliczu cierpienia i umierania*. Katowice: Księgarnia św. Jacka.
- Biernat, Elżbieta, i Sonia Buchholtz, Wiesław Tomaszewski. 2018. „Czas na aktywność czy aktywność na czas? Brak czasu wolnego jako

- bariera aktywności fizycznej dorosłych Polaków.” *Medycyna Sportowa* 1 (4): 41-50.
- Birch, Karen, i Don MacLaren, Keith George. 2008. *Fizjologia sportu – krótkie wykłady*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN
- Cendrowski, Zbigniew. 1993. *Dekalog zdrowego stylu życia*. Warszawa: Fundacja Promo-Lider.
- Czechowski, Jan. 2013. „Ewokowane przez sport wartości.” *Roczniki Naukowe Wyższej Szkoły Wychowania Fizycznego i Turystyki w Białymstoku*: 24-27.
- Demel, Maciej 2008. „Traktat o zdrowiu.” W *Repetycje. Wybrane zadania o kulturze fizycznej, o zdrowiu i wychowaniu*. *Studia i Materiały*. Red. Maciej Demel, 7-25. Warszawa: Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie.
- Demel, Maciej. 1965. „Wychowanie zdrowotne jako dyscyplina pedagogiczna.” *Wychowanie Fizyczne i Higiena Szkolna* 3: 18-26.
- European Commission. 2013. *Sport and Physical Activity*. Brussels: European Commission
- Firek, Wiesław. 2011. „W stronę filozofii zdrowia.” W *Zdrowie i jego uwarunkowania*. Red. Dariusz Mucha, Halina Zięba, 22-33. Nowy Targ: Podhalańska Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa.
- Głutkowska-Polniak, Alicja. 2018. „Między trwałością a zmiennością. Moda w perspektywie estetycznej.” *Anthropos* 27: 124-136.
- Górska, Małgorzata. 2002. „Kulturowe i religijne aspekty zdrowia.” *Meritum* 3 (26): 87-92.
- Grzegorzczkova, Renata. 2006. „Co o fenomenie duchowości mówi język?” W *Fenomen duchowości*. Red. Andrzej Grzegorzczk, Jacek Sójka, Rafał Koschany, 21-28. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Hancock, Trevor, i Frank Perkins. 1990. „The Mandala of Health: A Conceptual Model and Teaching Tool.” W *Health Promotion. A Resource Book*. Red. Robert Anderson, Ilona Kickbusch, 8-10. Copenhagen: World Health Organization.

- Heszen, Irena, i Helena Sęk. 2012. *Psychologia zdrowia*, Warszawa: Wydawnictwo PWN
- Heszen-Niejodek, Irena, i Ewa Gruszczyńska. 2004. „Wymiar duchowy człowieka, jego znaczenie w psychologii zdrowia i jego pomiar.” *Przegląd Psychologiczny* 47 (1): 15-31.
- Heszen-Niejodek, Irena. 2003. „Wymiar duchowy człowieka a zdrowie.” *W Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*. Red. Zygfryd Juczyński, Nina Ogińska-Bulik, 33-47. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Juczyński, Zygfryd. 2012. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Karta Ottawska* 1986. 1994. Przeł. Jerzy. Karski. W *Promocja zdrowia*. Red. Jerzy Karski, Zofia Słońska, Bohdan W. Wasilewski, wyd. 2, 246-251. Warszawa: Sanmedia.
- Kłoczowski, Jan. 2006. „Czym jest duchowość? – kontekst religijny i historyczny.” W *Fenomen duchowości*. Red. Andrzej Grzegorzczak, Jacek Sójka, Rafał Koschany, 13-20. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Kulmatycki, Lesław. 2007. „Zdrowie i dobrostan psychiczny.” W *Edukacja zdrowotna*. Red. Barbara Woynarowska, 391-402. Warszawa: PWN.
- Lalonde, Marc. 1974. *A New Perspective on the Health of Canadians; A Working Document*. Ottawa: Information Canada.
- Libiszowska-Żółtkowska, Maria. 1997. „Zdrowie w religijnym systemie wartości i prozdrowotnej aktywności Kościoła katolickiego.” *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna* 12-13: 22-36.
- Marchewka, Anna, i Magdalena Jungiewicz. 2008. „Aktywność fizyczna w młodości a jakość życia w starszym wieku.” *Gerontologia Polska* 16 (2): 127-130.
- Melosik, Zbyszko. 1999. *Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji*. Toruń, Poznań: Wydawnictwo Edytor.

- Nowak, Paweł. 2010. „Sport rekreacyjny – na pograniczu wartości prozdrowotnych.” *Zdrowie – Kultura zdrowotna – Edukacja. AWFis Gdańsk* 7: 129-134.
- Nowak-Starz, Grażyna. 2015. „Recenzja pracy doktorskiej mgr Alicji Głowackiej-Rębały pt. «Zachowania zdrowotne w rodzinie a problem otyłości u dzieci».” *Acta Scientifica Academiae Ostroviensis. Sectio B. Nauki Medyczne, Kultura Fizyczna i Zdrowie* 3 (1): 137-144.
- Nowicki, Grzegorz, i Barbara, Ślusarska. 2011. „Determinanty społeczno-demograficzne wartościowania zdrowia wśród pracujących osób dorosłych.” *Hygeia Public Health* 46 (2): 280–285.
- Ogińska-Bulik, Nina, i Zygfryd Juczyński. 2008. *Osobowość, stres a zdrowie*. Warszawa: Difin.
- Ogińska-Bulik, Nina. 2017. „Psychologiczne zasoby sprzyjające zdrowiu.” W *Edukacja Zdrowotna*. Red. Barbara Woynarowska, 46-56. Warszawa: Wydawnictwo PWN.
- Orzeł, Barbara. 2018. „Szybko, szybciej... o «prędkości» konsumpcji w świetle prawa Moore’a.” *Anthropos* 27: 102-111.
- Pawlikowski, Jakub, i Krzysztof Marczewski. 2008. „Religia a zdrowie – czy religia może sprzyjać trosce o zdrowie? Część 1 – wartość zdrowia w wielkich religiach świata.” *Kardiologia po Dyplomie* 7 (10): 96-103.
- Puchalski, Krzysztof, i Elżbieta Korzeniowska. 2004. „Dlaczego nie dbamy o zdrowie. Rola potocznych racjonalizacji w wyjaśnianiu aktywności prozdrowotnej.” W *Zdrowie, choroba społeczeństwo. Studia z socjologii medycyny*. Red. Włodzimierz Piątkowski, 107-126. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Puchalski, Krzysztof. 1997. *Zdrowie w świadomości społecznej*. Łódź: Wydawnictwo Krajowego Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy.
- Puchalski, Krzysztof. 2017. „Zdrowie we współczesnym społeczeństwie.” W *Promocja zdrowia w zakładzie pracy: wsparcie dla zdrowego*



- odżywiania się i aktywności fizycznej pracowników. Red. Krzysztof Puchalski, Elżbieta, Korzeniowska, 13-36. Łódź: Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera.
- Rotter, Julian. 1966. „Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement.” *Psychological Monographs: General and Applied* 80 (1): 1-28.
- Sallis, James, i Neville, Owen. 1999. *Physical activity and behavioral medicine*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Sokół-Jedlińska, Jolanta. 2004. *Duchowość na co dzień*. Warszawa: Wydawnictwo W.A.B.
- Strawbridge, William, I Sarah Shema, Richard Cohen, George Kaplan. 2001. „Religious attendance increases survival by improving and maintaining good health behaviors, mental health, and social relationships.” *Annals of Behavioral Medicine* 23: 68-74.
- Syrek, Ewa. 2000. „Zdrowie i jego determinanty. Relatywność pojęć «zdrowie», «choroba».” W *Zdrowie w aspekcie pedagogiki społecznej*, 37-45. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Tischner, Józef. 1984. „Etyka wartości i nadziei.” W *Wobec wartości*. Red. Hildebrand von Dietrich, Jan Andrzej Kłoczowski, Józef Paściak, Józef Tischner, 53-149. Poznań: Wydawnictwo „W drodze”.
- Tomaszewski, Tadeusz. 1975. „Człowiek w sytuacji.” W *Psychologia*. Red. Tadeusz. Tomaszewski, 17-36. Warszawa: Wydawnictwo PWN.
- Wallace, John, i Tyrone, Forman. 1998. „Religion’s role in promoting health and reducing risk among American youth.” *Health Education & Behavior* 25 (6): 721-741.
- Wejman, Henryk. 2011. „Duchowość a zdrowie człowieka.” *Colloquia Theologica Ottoniana* 1: 7-18.
- WHO. 1948. „Text of the Constitution of the World Health Organization.” *Official Records of the World Health organization*. 2: 100-109.
- WHO. 1998. „Health promotion glossary.” Dostęp: 2020.01.21. <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>

- WHO. 2004. „Promoting mental health. Concepts – emerging – evidence. Summary report.” Geneva: World Health Organization. Dostęp: 2020.03.27 [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/en/promoting\\_mhh.pdf](https://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf)
- Woynarowska, Barbara i Maria Sokołowska. 1993. *Jak tworzymy szkołę promującą zdrowie*. Warszawa: Wyd. Polski Zespół ds. Projektu Szkoła Promująca Zdrowie.
- Woynarowska, Barbara. 2017. „Styl życia i zachowania zdrowotne.” *W Edukacja zdrowotna*. Red. Barbara Woynarowska, 57-68: Warszawa: Wydawnictwo PWN
- „Zamachy samobójcze od 2017 r.” Dostęp: 2020.03.15 [www.statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze/63803,Zamachy-samobojcze-od-2017-roku.html](http://www.statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze/63803,Zamachy-samobojcze-od-2017-roku.html)

CHRZEŚCIJAŃSKA AKADEMIA TEOLOGICZNA  
w WARSZAWIE

---

Rok LXII

Zeszyt 1

# ROCZNIK TEOLOGICZNY

WARSZAWA 2020

## **REDAGUJE KOLEGIUM**

dr hab. Jakub Sławik, prof. ChAT – redaktor naczelny

dr hab. Jerzy Ostapczuk, prof. ChAT – zastępca redaktora naczelnego

prof. dr hab. Tadeusz J. Zieliński

dr hab. Borys Przedpełski, prof. ChAT

dr hab. Jerzy Sojka, prof. ChAT – sekretarz redakcji

## **MIĘDZYNARODOWA RADA NAUKOWA**

JE metropolita prof. dr hab. Sawa (Michał Hrycuniak), ChAT

bp prof. dr hab. Wiktor Wysoczański, ChAT

abp prof. dr hab. Jerzy Pańkowski, ChAT

prof. dr hab. Atanolij Aleksiejew, Państwowy Uniwersytet w Petersburgu

prof. dr Marcello Garzaniti, Uniwersytet we Florencji

prof. dr hab. Michael Meyer-Blanck, Uniwersytet w Bonn

prof. dr hab. Antoni Mironowicz, Uniwersytet w Białymstoku

prof. dr hab. Wiesław Przyczyna, Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie

prof. dr hab. Eugeniusz Sakowicz, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego  
w Warszawie

prof. dr hab. Tadeusz Stegner, Uniwersytet Gdański

prof. dr Urs von Arx, Uniwersytet w Bernie

prof. dr hab. Piotr Wilczek, Uniwersytet Warszawski

Skład komputerowy – Jerzy Sojka

W związku z wprowadzaniem równoległej publikacji czasopisma w wersji papierowej i elektronicznej Redakcja „Rocznika Teologicznego” informuje, iż wersją pierwotną jest wersja papierowa.

BWHEBB, BWHEBL, BWTRANSH [Hebrew]; BWGRKL, BWGRKN, and BWGRKI [Greek]

PostScript® Type 1 and TrueType fonts Copyright ©1994-2013 BibleWorks, LLC.

All rights reserved. These Biblical Greek and Hebrew fonts are used with permission and are from BibleWorks ([www.bibleworks.com](http://www.bibleworks.com))

ISSN 0239-2550

Wydano nakładem

**Wydawnictwa Naukowego ChAT**

ul. Broniewskiego 48, 01-771 Warszawa, tel. +48 22 635-68-55

Nakład: 100 egz., objętość ark. wyd.: 14,5

Druk: druk-24h.com.pl

ul. Zwycięstwa 10,

15-703 Białystok

## SPIS TREŚCI

### ARTYKUŁY

ŁUKASZ NIESIOŁOWSKI-SPANÒ, <i>Tożsamości Judejczyków okresu Drugiej Świątyni i relacje z obcymi</i> .....	7
АЛЕКСАНДР ВЛАДИМИРОВИЧ СИЗИКОВ, <i>Пролог Книги Иисуса сына Сирахова в русском переводе</i> .....	25
JERZY OSTAPCZUK, <i>Nieznana karta bośniackiej Ewangelii tetr – Dion-122, XIV w.</i> .....	39
РОСТИСЛАВ ЯРЕМА, <i>Культурно-историческая значимость храма Живоначальной Троицы при бывшем Городском сиротском приюте им. Бахрушиных в Сокольниках</i> .....	69
EWA DUSIK-KRUPA, <i>Uniwersalizm kanonów synodu w Gangrze (340 r.)</i> ....	87
ВИТАЛИЙ ШУМИЛО, <i>Литературное и духовное наследие схиигуменни Киевского Покровского монастыря Софии Гринёвой (1873–1941)</i> .....	109
LESZEK JAŃCZUK, <i>Plan operacyjny częściowej likwidacji tzw. sekt w Polsce w 1949 roku</i> .....	127
DOROTA BRYLLA, <i>O komunii stworzeń i dobrostanie zwierząt ad vocem Roku troski o stworzenie i Roku pokoju</i> .....	145
DAMIAN DOROCKI, <i>Czy w doktrynie Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego jest miejsce dla klasycznego teizmu?</i> .....	177
ANDRZEJ SIEMIENIEWSKI, <i>Pentekostalizm: pobożność ubogich tego świata?</i> .....	211
MIROSLAW TOPOLSKI, <i>Pentekostalizacja – szansa czy zagrożenie pastoralne?</i> .....	229
AGNIESZKA ZAMARIAN, <i>Wzorzec śmierci odwróconej. Aspekty pastoralne</i> .....	261
JOANNA LEWCZUK, ANNA ANYŻEWSKA, <i>Kształtowanie wartości zdrowia bazą poszanowania życia ludzkiego i zobowiązaniem etycznym współczesnych rodzin</i> .....	283
Wykaz autorów .....	317

## Contents

### ARTICLES

ŁUKASZ NIESIOŁOWSKI-SPANÒ, <i>Judean Identity in the Second Temple Period and Relations with Others</i> .....	7
ALEKSANDR VLADIMIROVIČ SIZIKOV, <i>The Prologue to Ben Sirach in Russian Translation</i> .....	25
JERZY OSTAPCZUK, <i>Unknown leaf from Bosnian Tetraevangelion – Dion-122, XIV c.</i> .....	39
ROSTISLAV ÂREMA, <i>The Cultural and Historical Significance of the Church of the Life-Giving Trinity at the former Bakhrushin City Orphanage in Sokolniki</i> .....	69
EWA DUSIK-KRUPA, <i>Universalism of canons from the Synod of Gangra (year 340)</i> .....	87
VITALIY SHUMILO, <i>Literary and Spiritual Legacy of the Abbess of the Kiev Pokrovsky Monastery Sofia Grinyova (1873–1941)</i> .....	109
LESZEK JAŃCZUK, <i>The Operational Plan for the Partial Liquidation of the So-called Sects in 1949 in Poland</i> .....	127
DOROTA BRYLLA, <i>On the Communion of All Creatures and the Animal Welfare ad vocem the Year of Concern for Creation and the Year of Peace</i> .....	145
DAMIAN DOROCCI, <i>Is there a Place for Classical Theism in the Doctrine of the Seventh-Day Adventist Church?</i> .....	177
ANDRZEJ SIEMIENIEWSKI, <i>Pentecostalism: spirituality for the poor of this world?</i> .....	211
MIROSLAW TOPOLSKI, <i>Pentecostalisation – an opportunity or a pastoral threat?</i> .....	229
AGNIESZKA ZAMARIAN, <i>The Forbidden Death Model: its Pastoral Aspects</i> .....	261
JOANNA LEWCZUK, ANNA ANYŻEWSKA, <i>Shaping the Values of Health as the Basis of the Respect for Life and the Ethical Obligation of a Modern Family</i> .....	283
List of authors .....	317

## Wykaz autorów

**Łukasz Niesiołowski-Spanò**, l.niesiolowski-spano@uw.edu.pl, Zakład Historii Starożytnej, Instytut Historii Uniwersytetu Warszawskiego, Krakowskie Przedmieście 26/28, 00-927 Warszawa

**Jerzy Ostapczuk**, jostap@wp.pl, Chrześcijańska Akademia Teologiczna w Warszawie, ul. Broniewskiego 48, 01-771 Warszawa

**Aleksandr Vladimirovič Sizikov**, a.sizikov@spbu.ru, Кафедра Библистики, Санкт-Петербургский Государственный Университет, Университетская набережная 11, Санкт-Петербург, 199034

**Rostislav Ārema**, prot.rostislav@gmail.com, 129626 Москва, 1-й Рижский переулок, д.2, стр.7, храм Живоначальной Троицы

**Ewa Dusik-Krupa**, ewadusik@gmail.com. Uniwersytet Jana Pawła II w Krakowie, ul. Kanonicza 9, 31-002 Kraków

**Vitaliy Shumilo**, veraizhizn@gmail.com 14000 Чернигов, проспект Мира, 13, ком. 106; Центр исследования истории религии и Церкви им. архиеп. Лазаря (Барановича); Национальный университет "Черниговский коллегіум" им. Т.Г. Шевченко

**Leszek Jańczuk**, lesjanc11@gmail.com, Wyższa Szkoła Teologiczno-Społeczna, ul. Wyborna 20, 03-681 Warszawa

**Dorota Izabela Brylla**, Uniwersytet Zielonogórski, Wydział Humanistyczny, Instytut Filozofii, al. Wojska Polskiego 71A, 65-762 Zielona Góra

**Damian Dorocki**, dymek34@poczta.onet.pl, ul. Jurija Gagarina 37, 87-100 Toruń

**Andrzej Siemieniewski**, siema@pwt.wroc.pl, Papieski Wydział Teologiczny we Wrocławiu, ul. Katedralna 9, 50-328 Wrocław

**Mirosław Topolski**, topolski@tlen.pl, ul. Pułaskiego 1/3 m. 14, 42-217  
Częstochowa

**Agnieszka Zamarian**, aszewczak@aps.edu.pl, Akademia Pedagogiki  
Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie, ul. Szczęśli-  
wicka 40, 02-353 Warszawa

**Joanna Lewczuk**, j.lewczuk@chat.edu.pl, Chrześcijańska Akademia  
Teologiczna w Warszawie, ul. Broniewskiego 48, 01-947 Warszawa

**Anna Anyżewska**, anna.anyzewska@wihe.pl, Wojskowy Instytut Higie-  
ny i Epidemiologii w Warszawie, ul. Kozielska 4, 01-163 Warszawa