

Przemysław Nowak

Instytut Kształcenia Medycznego Akademii Świętokrzyskiej w Kielcach
Dyrektor: prof. dr hab. W. Dutkiewicz

**ŚWIADOMOŚĆ I ODPOWIEDZIALNOŚĆ
ZA ZDROWIE WSPÓŁCZESNEGO CZŁOWIEKA
A JAKOŚĆ ŻYCIA****STRESZCZENIE**

Świadomość stanu zdrowia jest wysoka tak wśród studentów studiów podyplomowych Akademii Świętokrzyskiej, jak i personelu medycznego szpitala neuropsychiatrycznego w Kielcach. Dużą aktywność fizyczną wykazali studenci, mniejszą pracownicy medyczni. Sposób odżywiania był zawsze odpowiedni wśród studentów. Czas snu był krótszy u kobiet pracujących i wśród mężczyzn (studentów). Więcej palaczy było wśród personelu medycznego. Kobiety w obydwu grupach paliły dużo papierosów. Grupy preferują napoje alkoholowe niskoprocentowe: kobiety – wino, mężczyźni – piwo. Uzależnienia od narkotyków nie podawała żadna z grup. Obydwie grupy wykazały dużą świadomość i odpowiedzialność za stan swojego zdrowia, rzutującego na możliwość znalezienia „dobrej” pracy.

Słowa kluczowe: jakość życia, świadomość, odpowiedzialność.

SUMMARY

Self-awareness of health state is high among the students of Świętokrzyska Academy and among the medical staff as well. The students declared higher physical activity than the medical staff. Dietary habits were always proper in students. The sleep period was shorter in working women and in men (students). There were more smokers among the medical staff. The woman in both groups smoked a lot of cigarettes. Low-percentage alcoholic beverages were preferred in both groups: women – wine, men – beer. None of the group was drug-addicted. Both groups presented high awareness and responsibility of their health state, which could affect the possibility of finding a "good" job.

Key words: quality of life, awareness, responsibility.

Zdrowie jest jedną z największych wartości człowieka, warunkującą możliwość działania, radość życia i poczucie szczęścia. Z czasem wytworzyła się, jakby z konieczności, dziedzina zwana kulturą zdrowotną. Człowiek ma wpływ, nieraz znaczący na stan własnego zdrowia. Jest on zróżnicowany indywidualnie i wynika z predyspozycji osobniczych, ale i z nawyków kulturowych otoczenia, rodziny, społeczeństwa, wykształcenia.

Wielce interesujący wydał się problem ewentualnej zależności między świadomością i odpowiedzialnością za własne zdrowie, a jakością życia u pracowników służby zdrowia oraz osób kontynuujących naukę na studiach pedagogicznych w Akademii Świętokrzyskiej.

Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) są trzy płaszczyzny zdrowia:

1. Zdrowie fizyczne, czyli somatyczne (soma – ciało), dotyczy bezpośrednio organizmu, który ulegać może różnorodnym zaburzeniom, chorobom. Na stan tego zdrowia wpływają czynniki genetyczne (genom) oraz tryb życia, czynniki zewnętrzne, trening.
2. Zdrowie psychiczne, ma związek z procesem integracyjnym osobowości, ale także z możliwością rozwoju osobniczego, właściwej percepcji bodźców, wykorzystywania zasobów uczuciowości wyższej, tonowania emocji, posiadaniem zdolności intelektualnych. Wszystko to zapewnić ma „równowagę psychiczną” w sposób naturalny, bez nakazu bez przymusu.
3. Zdrowie społeczne bazuje na właściwych reakcjach między jednostką a społeczeństwem. Syntonia jest określeniem tego „społecznego współbrzmienia”.

Definicje zdrowia nie w pełni odpowiadają wymogom jego promocji. Szczególnie dotyczy to wyidealizowanej, jakby życzeniowej definicji WHO. Do takiego stanu zdrowia powinniśmy dążyć, ale z drugiej strony i założenia promocji zdrowia są maksymalistyczne. Inaczej zresztą być nie może.

Chodzi przecież o doskonałość fizyczną, psychiczną i społeczną oraz znakomitą synchronizację ze środowiskiem. Tu rola człowieka jest znacząca, szczególnie jako istoty dynamicznej, światłej, korygującej swe zachowania i nawyki w czasie. Istnieją zresztą w życiu człowieka etapy (dzieciństwo, młodość, wiek dojrzały, starzenie się) z indywidualnymi rytmemi, nawet dobowymi, rzutującymi na całość zdrowia ludzkiej istoty oraz metodykę promocji zdrowia tak bezpośredniej (człowiek), jak i pośredniej (otoczenie). Należy dążyć do tego (M. Kacprzak), by zdrowie osiągnęło taki stopień biologicznego, psychologicznego i społecznego przystosowania, jaki może osiągnąć człowiek w najbardziej sprzyjających dla niego warunkach. Homeostaza (równowaga wewnętrzna) gwarantuje właściwe funkcjonowanie organizmu. Jest to system praktycznie autonomiczny.

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) „zdrowie jest wartością najwyższą, zasobem, bogactwem dla społeczeństwa”. Ideałem społecznym byłoby utrwalone zdrowie powszechne, choć tak nie jest, ale choroba nie odbiera przecież ludzkiej istocie człowieczeństwa [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8].

ŚWIADOMOŚĆ I ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA ZDROWIE WSPÓŁCZESNEGO CZŁOWIEKA

Samo zdrowie zależy w dużym stopniu od: stylu życia, sposobu odżywiania, rodzaju pracy, właściwego spędzania czasu wolnego (aktywności ruchowej), przestrzegania zasad higieny i bezpieczeństwa, unikania używek (nikotyny, alkoholu, narkotyków), właściwych zachowań seksualnych oraz zachowania „psychicznej równowagi”. Podobnie jak szczęścia, zdrowia nie da się zdefiniować żadnymi

ścisłymi, wymiernymi kategoriami, gdyż jego istnienie jest w dużym stopniu sprawą subiektywnych ocen. To, jak człowiek postrzega własne zdrowie, wpływa na jego samopoczucie, aktywność życiową, a także zachowania zdrowotne.

Opinie i deklaracje Polaków dotyczące stanu własnego zdrowia są zbieżne z danymi najprostszymi miernikami epidemiologicznymi. Wskaźnikiem najbardziej syntetycznym i stosunkowo dobrze odzwierciedlającym sytuację zdrowotną całego społeczeństwa jest współczynnik umieralności niemowląt. Mimo wielu działań podejmowanych przez resort zdrowia, a w ich konsekwencji obserwowanej tendencji spadkowej wartości tego współczynnika, poziom umieralności niemowląt w Polsce jest nadal wysoki, lokując nas na jednym z ostatnich miejsc wśród krajów europejskich. Niepokój wzbudza fakt, że około jedna trzecia populacji dzieci i młodzieży w wieku od 4–18 lat jest zakwalifikowana do grup dyspanseryjnych z powodu schorzeń przewlekłych i wad wrodzonych oraz nabytych. Mimo, że stwierdzono podczas badań profilaktycznych najczęstsze odchylenia od przyjętych norm zdrowotnych, nie stanowią one istotnego zagrożenia dla życia dzieci i młodzieży. Istotne znaczenie ma fakt, że młodzież i dzieci w Polsce chorują i umierają częściej niż ich rówieśnicy w krajach Europy Zachodniej.

W porównaniu z innymi krajami młodzież szkolna w Polsce gorzej postrzega swoje zdrowie. Za „nie bardzo zdrowych” uważa się 8% chłopców i 18% dziewcząt. Odsetek ten jest znacznie wyższy niż w innych krajach. Podobne zjawisko można obserwować u ludzi dorosłych.

Poszukując przyczyn takiego stanu rzeczy, wskazać należy nie tylko na wadliwie działający w Polsce system ochrony zdrowia, ale również na rolę indywidualnych zachowań. Na przykład przy codziennym pozdrowieniu „Jak się masz?”, oczekuje się odpowiedzi pozytywnej „świetnie”. W Polsce w takiej sytuacji mówimy o swoich dolegliwościach. Rozmawiamy o chorobach, niepowodzeniach, a nie o zdrowiu i sukcesach [1, 2, 3].

Często licytujemy się, kto jest „bardziej chory”. Być może wychowane w takiej atmosferze dzieci już w wieku 11-15 lat czują się „nie bardzo zdrowe”.

Istotą nowego podejścia do zdrowia jest uświadomienie ludziom, że oni sami podejmują decyzje i wybory w sprawie swojego zdrowia. Wybory te dotyczą m.in. stylu życia, zachowań zdrowotnych, a więc tego, jak się odżywiamy, wypoczywamy, jesteśmy aktywni fizycznie, czy zachowujemy się bezpiecznie, palimy, nadużywamy alkoholu i leków.

Nowa filozofia zdrowia zakłada, że każdy człowiek ponosi sam odpowiedzialność za własne zdrowie. W odniesieniu do dzieci odpowiedzialność ta spoczywa na rodzicach, lecz w procesie edukacji powinniśmy kształtować ją u dzieci jak najwcześniej.

„Stać się samym sobą – to przede wszystkim wziąć odpowiedzialność za swoje ciało, swoje zdrowie”. Nie pozostawiać go innym, nie czekać na chorobę, która dopiero pozwoli nam odkryć, że kompleksowa i delikatna budowa, jaką jest nasz organizm, potrzebuje pomocy. Stać się samym sobą, to nie znaczy dzień po dniu

niszczyć to ciało, tego ducha, siebie, niepowtarzalnego, znajdującego się w sercu świata. To dać swojemu duchowi – nie zapominając, że jedno nie może być oddzielone od drugiego – możliwości rozkwitu. Należy także mieć świadomość, że wszystkie osobiste zachowania, decyzje i wybory jednostki mają wpływ nie tylko na jej zdrowie, lecz także na zdrowie innych osób. Na przykład moje zdenierowanie, napięcie udziela się członkom mojej rodziny, współpracownikom, uczniom; paląc papierosy, narażam na bierne palenie inne osoby, z którymi mieszkam lub pracuję; prowadząc samochód w stanie nietrzeźwym, zagrażam innym ludziom.

To ludzie ludziom zanieczyszczają środowisko naturalne. Każdy człowiek zatem ponosi odpowiedzialność za zdrowie (samopoczucie) swoje i innych w codziennym życiu. Choć rodzaj i zakres tej odpowiedzialności zależy od ról, które pełni. Szczególna rola przypada oczywiście „decydom” [4, 5, 9].

JAKOŚĆ ŻYCIA UWARUNKOWANA STANEM ZDROWIA

Jakość życia jest jedną z tych kategorii, której zdefiniowanie w sposób powszechnie akceptowany nastęca wiele trudności i kłopotów. Paul de L. Harwood stwierdza, że jakość życia to odczucie dobrobytu przez jednostkę, jej zadowolenie bądź niezadowolenie z życia. R. Gillingham i W. Reece podają, że jakość życia jednostki jest poziomem satysfakcji, jaki otrzymuje ona w wyniku spożycia dóbr i usług nabywanych na rynku, spędzania czasu wolnego i pozostałych charakterystyk (materialnych społecznych) środowiska, w którym się znajduje.

Pojęcie jakości życia pojawiło się po II wojnie światowej w Stanach Zjednoczonych Ameryki i przechodziło stopniową ewolucję. Początkowo oznaczało ono „dobre życie” w sensie typowo konsumpcyjnym, wyrażające się zasobnym stanem posiadania samochodu, mieszkania i dóbr użytkowych. Następnie zostało rozszerzone na obszary „być”, zamiast dotychczasowego „mieć”, co spowodowało konieczność wprowadzenia nowych kryteriów zdrowia, szczęścia, wolności.

Ostatecznie zdefiniowano ogólną ocenę jakości życia jako obszaru własnego położenia życiowego, dokonanego przez człowieka w wybranym odcinku czasu. Jest to, inaczej mówiąc, ocena pewnego fragmentu życia, który się wydarza między człowiekiem – przedmiotem, a otaczającym go środowiskiem zewnętrznym oraz jego środowiskiem wewnętrznym.

Próby uściślenia definicji doprowadziły ostatecznie do stworzenia nowego pojęcia jakości życia nadającego się do zastosowania w medycynie. Jest to mianowicie „jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia” (Health Related Quality of Live). Prościej można określić HROL jako ocenę własnego położenia życiowego dokonaną w okresie choroby i leczenia. HROL obejmuje cztery dziedziny: stan fizyczny i sprawność ruchową, stan psychiczny, sytuację społeczną i warunki ekonomiczne.

Jakość życia ludzkiego jest pojęciem wieloaspektowym, bardzo złożonym i zależy w dużym stopniu od indywidualnych cech i potrzeb człowieka. Tradycyjnie jako podstawowe czynniki, które mają wpływ na jakość życia wymienia się: wymiar fizyczny, psychiczny, społeczny i duchowy. Pod tym kryje się jeszcze wiele innych części składowych, np. osobowość, rola w rodzinie, własne przemyślenia, tło kulturowe, potrzeba relacji z Bogiem, oczekiwanie względem przyszłości.

Jakość życia dotyczy sfery psychicznej, określana bywa jako zaspokojenie potrzeb typu egzystencjalnego „mieć”, zaspokojenie potrzeb bezpieczeństwa „być”, zaspokojenie potrzeb kontaktu społecznego „kochać” [5, 6, 7, 9].

Według J. Wiench, wartości składające się na jakość życia i możliwe do osiągnięcia w procesie zagospodarowania przestrzennego ująć można w cztery grupy, które są związane z:

- 1) zaspokojeniem potrzeby podmiotowości i bezpieczeństwa człowieka w zbiorowości terytorialnej,
- 2) możliwością wyboru wartości, pluralizmem potrzeb, preferencji,
- 3) dystrybucją dóbr – ocena rozdziału nagród i obciążeń,
- 4) poczuciem związku z innym człowiekiem i grupami zbiorowości terytorialnej,

J. Rutkowski uważa, że jakość życia to stopień zaspokojenia ogółu (materialnych, duchowych i społecznych) potrzeb ludności, stan satysfakcji społecznej, będący rezultatem postrzegania przez ludność całokształtu warunków, wszystkich istotnych wymiarów życia.

Jakość życia jest pojęciem w znacznym stopniu normatywnym, związanym z przyjętymi systemami wartości, aspiracjami i oczekiwaniami jednostek bądź grup społecznych, wynikającym ze świadomości zaspakajania własnych potrzeb, takich jak: potrzeba samorealizacji, potrzeby emocjonalne, społeczne oraz postrzeganie możliwości osiągnięcia pełnego rozwoju jednostkowego i społecznego.

Jakość życia w ujęciu pedagogicznym odnosi się do hierarchii wartości, celów i aspiracji życiowych jednostek lub grup społecznych w różnym wieku, w ujęciu psychologicznym sprowadzana bywa do poczucia zadowolenia (dobrostanu) i szczęśliwości.

Cel pracy jest zawarty w pytaniu: W jakim stopniu współczesny człowiek jest świadomy i odpowiedzialny za swoje zdrowie?

W pracy badawczej celem teoretycznym było uzyskanie informacji o odpowiedzialności własnej za zdrowie osób wykonujących różne zawody oraz o ich zachowaniach warunkujących zdrowie.

Materiał i metoda. Badaniem objęto pracowników medycznych zatrudnionych w Wojewódzkim Specjalistycznym Zespole Opieki Neuropsychiatrycznej w Kielcach za zgodą samych badanych oraz dyrektora szpitala. Drugą grupą badanych były osoby z wyższym wykształceniem. Obecnie kontynuują edukację na studiach podyplomowych Wychowania Fizycznego na Akademii Świętokrzyskiej im. Jana Kochanowskiego w Kielcach.

Badania przeprowadzono wśród kobiet i mężczyzn za zgodą samych badanych, po wcześniejszym poinformowaniu każdego. W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankietowania, a jako narzędzie ankietę [8].

Do oceny związku pomiędzy zmiennymi posłużono się testem chi-kwadrat.

Badaniami objęto 75 osób personelu medycznego oraz 59 absolwentów Akademii Świętokrzyskiej w Kielcach na Wydziale Pedagogicznym i Nauk o Zdrowiu, kontynuujących naukę na podyplomowych studiach wychowania fizycznego. Obie grupy dobierane były losowo.

Grupę personelu medycznego Wojewódzkiego Specjalistycznego Zespołu Opieki Neuropsychiatrycznej w Kielcach stanowiło: 41 (54,7%) kobiet i 34 (45,3%) mężczyzn. Natomiast wśród studentów Akademii Świętokrzyskiej było: 38 kobiet (64,4%) i 21 mężczyzn (35,6%) (tabela 1).

Wyniku niskiej świadomości nie uzyskała żadna z badanych osób. Wobec tego dla celów analizy statystycznej wynik ten odrzucono, badając zależności pomiędzy świadomością a płcią (tabela 1).

Zależność ta dla personelu medycznego wyniosła:

$$\chi^2 = 0,876 < \chi^2_{0,05; 1} = 3,841, \text{ df}=1 \text{ a}=0,05,$$

dla studentów AŚ:

$$\chi^2 = 0,562 < \chi^2_{0,05; 1} = 3,841, \text{ df}=1 \text{ a}=0,05.$$

Obliczona zależność pomiędzy personelem medycznym a studentami AŚ, bez względu na płeć, wyniosła: $\chi^2 = 3,432 < \chi^2_{0,05; 1} = 3,841, \text{ df}=1 \text{ a}=0,05$

Wyniki badań obrazują stan odpowiedzialności obu ankietowanych grup (tabela 2). Jednoznacznie wskazują na bardzo duży udział osób odpowiedzialnych za swoje zdrowie w grupie personelu medycznego – 92,0%. Studenci AŚ wykazywali duży rozrzut wyników – największą grupę stanowiły osoby odpowiedzialne – 57,6%; następne dwie grupy przedstawiały zbliżoną liczebność: 18,6% osoby raczej odpowiedzialne i 20,3% mało odpowiedzialne. Przy czym w grupie studentów AŚ wystąpiły osoby nieodpowiedzialne – 3,4%, podczas gdy wśród personelu medycznego takich osób nie było.

Wyniki przedstawione w pracy pozwalają na wysunięcie następujących wniosków:

1. Świadomość swojego zdrowia w grupie personelu medycznego jest wyższa od świadomości studentów AŚ. Zdecydowana większość badanych z obu grup wykazała wysoki poziom świadomości.
2. Studenci AŚ wykazali się wysokim poziomem stylu życia dla zdrowia z niewielkim zróżnicowaniem pomiędzy kobietami i mężczyznami. Wysoki styl życia wykazali również pracownicy medyczni, charakteryzując się dużym zróżnicowaniem ze względu na płeć.

Tabela 1. Świadomość swojego zdrowia badanych grup

Płeć badanych	Świadomość zdrowia	Niska 0-8 pkt	Średna 9-16 pkt	Wysoka 17-24 pkt	Razem
		Personel medyczny			
Mężczyźni	N	-	2	32	34
	%	-	5,9	94,1	100,0
Kobiety	N	-	5	36	41
	%	-	12,2	87,8	100,0
Razem	N	-	7	68	75
	%	-	9,3	90,7	100,0
Studenci AŚ					
Mężczyźni	N	-	-	21	21
	%	-	-	100,0	100,0
Kobiety	N	-	1	37	38
	%	-	2,6	97,4	100,0
Razem	N	-	1	58	59
	%	-	1,7	98,3	100,0

Table 1. Self-awareness of health in studied groups

Sex	Awareness of health	Low 0-8 points	Medium 9-16 points	High 17-24 points	Total
		Medical staff			
Men	N	-	2	32	34
	%	-	5,9	94,1	100,0
Women	N	-	5	36	41
	%	-	12,2	87,8	100,0
Total	N	-	7	68	75
	%	-	9,3	90,7	100,0
Students of Saint-Cross Academy					
Men	N	-	-	21	21
	%	-	-	100,0	100,0
Women	N	-	1	37	38
	%	-	2,6	97,4	100,0
Total	N	-	1	58	59
	%	-	1,7	98,3	100,0

Tabela 2. Odpowiedzialność za zdrowie w obu grupach

Odpowiedzialność Płeć badanych		Odpowiedzialny	Raczej odpowiedzialny	Mało odpowiedzialny	Nie odpowiedzialny	Razem
Personel medyczny						
Mężczyźni	N	28	-	6	-	34
	%	82,4	-	17,6	-	100,0
Kobiety	N	41	-	-	-	41
	%	100,0	-	-	-	100,0
Razem	N	69	-	6	-	75
	%	92,0	-	8,0	-	100,0
Studenci AŚ						
Mężczyźni	N	8	6	5	2	21
	%	38,1	28,6	23,8	9,5	100,0
Kobiety	N	26	5	7	-	38
	%	68,4	13,2	18,4	-	100,0
Razem	N	34	11	12	2	59
	%	57,6	18,6	20,3	3,4	100,0

Table 2. Responsibility of health in both groups

Responsibility Sex		Responsible	Rather responsible	Low responsible	Not responsible	Total
Medical staff						
Men	N	28	-	6	-	34
	%	82,4	-	17,6	-	100,0
Women	N	41	-	-	-	41
	%	100,0	-	-	-	100,0
Total	N	69	-	6	-	75
	%	92,0	-	8,0	-	100,0
Students of Saint-Cross Academy						
Men	N	8	6	5	2	21
	%	38,1	28,6	23,8	9,5	100,0
Women	N	26	5	7	-	38
	%	68,4	13,2	18,4	-	100,0
Total	N	34	11	12	2	59
	%	57,6	18,6	20,3	3,4	100,0

3. Dla personelu medycznego nie ma istotnych zależności pomiędzy wykształceniem a świadomością swojego zdrowia. Natomiast w przypadku studentów AŚ figuruje jedynie wykształcenie wyższe, więc nie można stwierdzić statystycznej istotności świadomości swojego zdrowia od wykształcenia.
4. Wyniki przeprowadzonych badań wykazały, że dużą i bardzo dużą aktywnością fizyczną charakteryzowali się studenci AŚ. Mniejszą aktywność fizyczną niż u studentów stwierdzono wśród personelu medycznego.
Sposób odżywiania ankietowanych w obu grupach był prawidłowy. Część studentów oceniło swój sposób odżywiania jako zły.
Zestawienie ilości przesypanych godzin na dobę wskazało na właściwe zachowania wśród personelu medycznego, kobiety sypiały krócej. Studenci również wykazali prawidłowe zachowania zdrowotne, przy czym mężczyźni sypiali krócej.
Duże różnice między obydwoimi grupami ujawniły się w ilości wypalanych papierosów. Podczas gdy studenci AŚ nie palili papierosów, personel medyczny palił. Szczególną uwagę należy zwrócić na większą ilość wypalanych papierosów przez kobiety z obu grup badanych.
Z badań wynika, że zarówno personel medyczny, jak i studenci preferują napoje niskoalkoholowe. Zwracają uwagę preferencje charakterystyczne dla płci, bez względu na przynależność do którejś z grup, większość mężczyzn pije piwo, kobiety częściej wybierają wino.
Brak zainteresowania wykazały obie grupy, jeśli chodzi o zażywanie środków odurzających.
5. Wyniki badań pokazują stan odpowiedzialności za swoje zdrowie obu grup ankietowanych. Jednocześnie wskazują na bardzo duży stopień tej odpowiedzialności. W badaniu znaczenia zdrowia, jako warunku uzyskania „dobrej” pracy, zaznaczyły się duże różnice, choć większość ankietowanych uważała, że zdrowie ma znaczenie dla znalezienia „dobrej” pracy.
Badania dowiodły, że świadomość i odpowiedzialność za swoje zdrowie w obu grupach jest duża. Choć zaznaczają się różnice w zachowaniach prozdrowotnych i stylu życia, obie grupy wykazały się również w praktyce dużą świadomością swojego zdrowia. Dlatego też nie potwierdziło się założenie zawarte w hipotezie głównej.

Piśmiennictwo

- [1] Sadowski Z., Promocja zdrowia – szansa i konieczność. Promocja zdrowia, „Nauki Społeczne i Medycyna” 1994; 3-4, 92–98.
- [2] Słońska Z., Misiuna M., Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów, Warszawa 2000.

- [3] Karski J. B., Słońska Z., Wasilewski B. W. (red), Promocja zdrowia. „Sanmedia”, Warszawa 1994.
- [4] Pike S., Forster D., Promocja zdrowia dla wszystkich, „Czelej”, Lublin 1998.
- [5] Jopkiewicz A., Auksjologia a promocja zdrowia. PAN – Oddział w Krakowie. Kieleckie Towarzystwo Naukowe, Kielce 2000.
- [6] Woynarowska B., Zdrowie i czynniki je warunkujące. Wypisy z wychowania zdrowotnego. AWF, Kraków 2000.
- [7] Klamecka-Roszkowska G., Prace VI Międzynarodowej Konferencji. Nauka a jakość życia. Perspektywy i wyzwania III Tysiąclecia, Wilno 2000.
- [8] Dutkiewicz W., Praca magisterska. Przewodnik metodyczny dla studentów pedagogiki. Dom Wydawniczy Strzelec, Kielce 1996.
- [9] Kuński H., Promowanie zdrowia. Podręcznik dla studentów wychowania fizycznego i zdrowotnego. Uniwersytet Łódzki, Łódź 1997.