

PAWEŁ SKOCZYŁAS, BOŻENA WILARY, WŁODZIMIERZ STELMACH

*ROLA RODZINY W KSZTAŁTOWANIU ZACHOWAŃ
PROZDROWOTNYCH WŚRÓD DZIECI I MŁODZIEŻY**

*ROLE OF A FAMILY IN SHAPING HEALTH PROMOTING BEHAVIOURS
AMONG CHILDREN AND ADOLESCENTS*

Z Katedry Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej

Zakładu Medycyny Społecznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Artykuł omawia wyniki badań na temat rodziny na zachowania prozdrowotne dzieci i młodzieży.

SŁOWA KLUCZOWE: zachowania prozdrowotne, zachowania dzieci i młodzieży, rodzina.

KEY WORDS: *health promoting behaviour, children and adolescents, family.*

Rodzina, jest to grupa osób połączonych więzami małżeństwa, krwi lub adopcji, żyjących zazwyczaj pod jednym dachem, tworzących wspólne gospodarstwo domowe oraz pozostających ze sobą w interakcji i komunikujących się w ramach swoich ról społecznych, tworzących i podtrzymujących wspólny system wartości oraz wspólną kulturę [1]. Rodzinę definiować można w sensie biologicznym, socjologicznym i psychologicznym - jako system tworzony przez mniejsze jednostki strukturalne, które stanowią poszczególni członkowie rodziny. Według tego założenia, rodzina posiada wszystkie cechy charakterystyczne dla funkcjonowania systemów. Jako system, stanowi całość, która nie jest jedynie sumą tworzących ją podsystemów, ale silnie zintegrowaną grupą charakteryzującą się różnorodnymi powiązaniem i powiązaniem pomiędzy poszczególnymi osobami i ich wzajemnymi interakcjami, a także swoistą interpersonalną zależnością [2].

Rodzina stanowi podstawową grupę (komórkę) społeczną dla każdej jednostki ludzkiej. Jej strukturę tworzą rodzice oraz ich dzieci (tzw. rodzina generacyjna, pokoleniowa lub nuklearna) lub rodzice, ich dzieci, dziadkowie i pozostali krewni (tzw. rodzina wielopokoleniowa lub tradycyjna). Każdy człowiek, w zależności od etapu swojego życia, pełni różne role w życiu swojej rodziny. Aby odróżnić dwa odmienne pod tym względem okresy w życiu człowieka, mówi się o rodzinie pochodzenia (w której człowiek dorastał i się wychował) oraz o rodzinie prokreacyjnej (którą sam założył) [3]. Wyróżnia się też kilka aspektów funkcjonowania ro-

* Praca ogłoszona na Międzynarodowej Konferencji Naukowej Dni Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego „Środowisko człowieka a jego zdrowie” Kielce 14–16 września 2007.

dziny: aspekt psychologiczny (więź uczuciowa), społeczny (pozycja społeczna), kulturowy (wzory zachowań, normy) i ekonomiczny (zaspokajanie potrzeb materialnych, które stanowi podstawę prawidłowego rozwoju każdego członka rodziny, daje mu poczucie niezależności i bezpieczeństwa, pozwala spełniać własne aspiracje i ambicje)[4]. Strukturę rodziny określają czynniki naturalne - podział na dwie płcie i ich odmienne role, a także ramy instytucjonalne ustanowione w obrębie danej jednostki administracyjnej [3].

FUNKCJE RODZINY

Każda rodzina ma do spełnienia określone funkcje na rzecz swoich członków oraz całego społeczeństwa [3, 5]. Brak realizacji poszczególnych funkcji rodziny określane jest jako jej dysfunkcyjność.

Wyróżnia się następujące funkcje rodziny [3,6]:

Prokreacyjną – która zapewnia ciągłość i przetrwanie rodziny, jej celem jest zaspokojenie rodzicielskich i emocjonalnych potrzeb współmałżonków (macierzyństwa i ojcostwa) oraz ich potrzeb reprodukcyjnych.

Seksualną – dzięki traktowaniu małżeństwa za społecznie akceptowaną formę współżycia płciowego, regulowaną przez system społecznych norm.

Ekonomiczno-konsumpcyjną – obejmuje zaspokajanie materialnych potrzeb członków rodziny.

Emocjonalną – ustala wewnętrzny porządek (wzory interakcji, hierarchię potrzeb), kształtuje poczucie własnej tożsamości, wartości i niezależności.

Pielęgnacyjno-opiekuńczą – ma na celu ochronę przed zachorowaniem, współdziałanie w zapewnieniu opieki w chorobie i niepełnosprawności, pomoc w sytuacji zagrożenia, etc.

Rekreacyjno-towarzyską – kształtuje wzory spędzania czasu wolnego, umiejętności związane z nawiązywaniem kontaktów towarzyskich, etc.

Wychowawczo-socjalizacyjno-kontrolną – przygotowuje do pełnienia przyszłych ról społecznych.

Prawidłowo funkcjonująca rodzina spełnia wszystkie wyżej opisane funkcje, które harmonijnie ze sobą współgrają i uzupełniają się. W „zdrowej” rodzinie widoczna jest tendencja do utrzymywania równowagi pomiędzy sferą prywatności (na którą składają się: poczucie bezpieczeństwa i wspólnoty, silne więzi emocjonalne, klimat wzajemnego zaufania, szacunku i intymności, kultywowanie tradycji), a przestrzenią życia społecznego (zawodowego, koleżeńskiego, która wymaga otwartości, umożliwia kontakt i wymianę informacji z otoczeniem) [7].

Hasło Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) „Zdrowie zaczyna się w domu”, podkreśla rolę rodziny w kształtowaniu i ochronie zdrowia jej członków. Pierwszym naturalnym środowiskiem każdego człowieka jest właśnie rodzina. Rodzice sprawują czynności pielęgnacyjne nad dzieckiem, opiekują się nim, chronią przed zagrożeniami oraz informują o możliwych niebezpieczeństwach, wskazując na sposoby postępowania, służące prawidłowemu rozwojowi dziecka. Poprzez te

czynności oraz własny styl życia, rodzice przekazują dzieciom wzory zachowania, normy postępowania oraz wartości, które sprzyjają zdrowiu lub mu szkodzą. Odpowiedzialność za zdrowie swych dzieci ponoszą rodzice.

Zadania związane z wychowaniem zdrowotnym powinny stanowić integralną część ogółu uświadomionych działań wychowawczych. Zdrowie, określane jako zasób, wartość konieczna dla rozwoju jednostki, społeczeństwa, może być wzmacniane w środowisku rodzinnym. Pomyślny przebieg wychowania do zdrowia w rodzinie zależy w pierwszym rzędzie od określenia celów wychowawczych i gotowości podjęcia wysiłku ich realizacji. Świadomi swej roli rodzice wykorzystują różne źródła informacji, różne środki i metody postępowania, aby pomóc ukształtować u dziecka właściwą postawę prozdrowotną. Rodzina będąc dla dziecka grupą odniesienia, może stać się podstawowym źródłem wsparcia społecznego, chronić przed szkodliwymi wpływami zewnętrznymi, a także kształtować warunki korzystne dla zdrowia swoich członków. Dziecko przyjmuje za własne normy, zachowania, obyczaje (także związane ze zdrowiem), styl życia, etc. [3].

ZAŁOŻENIA PRACY

Styl życia jednostek odgrywa niezwykle istotną rolę we współczesnym świecie. Jest to pojęcie wywodzące się z nauk społecznych, bardzo często używane w sferze zdrowia publicznego, pojęcie, które ma swoją historię i jest przedmiotem badań, analiz osób zajmujących się zdrowiem jednostek i zdrowiem całych populacji ludzkich. Samo pojęcie „Styl życia” nie jest w literaturze jednoznacznie zdefiniowane [8, 9, 10, 11, 2]. Wg WHO, „...styl życia oznacza sposób życia, oparty o wzajemny związek pomiędzy warunkami życia w szerokim sensie, a indywidualnymi wzorcami zachowań, zdeterminowanymi przez czynniki społeczno-kulturowe i cechy indywidualne...”

Styl życia jest głównym determinantem zdrowia. Pojęcie stylu życia coraz wyraźniej wchodzi w zakres nauk medycznych, badających przyczyny chorób, zwłaszcza chorób cywilizacyjnych. W literaturze medycznej, styl życia sprowadza się do określonego sposobu odżywiania, abstynencji alkoholowej i nikotynowej, aktywności fizycznej, czy umiejętności radzenia sobie ze stresem. Dostrzeżenie przez medycynę wagi stylu życia dla zdrowia dokonało się w połowie lat 80. pod wpływem wyników wielu badań epidemiologicznych. W ujęciu psychologii klinicznej, styl życia jest określany jako syndrom, „zespół jawnego zachowania”, który obejmuje profil osobowości, jak też „zbiór typowych reakcji, które są związane z określonymi sytuacjami” [3].

W pedagogice, termin „styl życia” określa ogólne cechy wszystkich czynności istotnych ze względu na sposoby respektowania wzoru sukcesu osobistego i społecznego. W tym ujęciu „przedmiotem” analizy stylu życia są czynności, które będą sprzyjały zdrowiu lub inaczej mówiąc „respektowały zasady umacniania, zachowania lub przywracania zdrowia” [3]. Socjologia posługuje się definicją „stylu życia”, gdzie oznacza on „... zespół codziennych zachowań, specyficznych dla

danej zbiorowości lub jednostki, inaczej mówiąc – charakterystyczny sposób bycia, odróżniający daną zbiorowość lub jednostkę od innych (...) lub też – bardziej lub mniej świadomie przyjmowaną strategię życiową...” [3].

Jednym z istotnych składników zdrowego stylu życia i dobrego zdrowia jest regularna aktywność fizyczna. Jej brak jest czynnikiem ryzyka wielu przewlekłych chorób i zaburzeń, głównie układu krążenia, kręgosłupa, układu oddechowego, etc. Aktywność fizyczna uprawiana w różnej formie powoduje wzmocnienie potencjału biologicznego organizmu człowieka i wpływa na polepszenie jego stanu zdrowia, pobudza wszystkie układy naszego ciała – bezpośrednio układ ruchu, pośrednio – układ oddechowy, krążenia, hormonalny, odpornościowy, nerwowy i pokarmowy. Aktywność ruchowa korzystnie oddziałuje także na psychikę, jest źródłem radości i sukcesów zwiększających poczucie własnej wartości.

Kolejnym czynnikiem decydującym o harmonijnym rozwoju i funkcjonowaniu organizmu ludzkiego jest sposób jego odżywiania. Liczne badania wykazują ścisłą zależność między rodzajem przyjmowanego pożywienia, a rozwojem człowieka, odpornością na choroby oraz długością życia. Prawidłowe żywienie jest obecnie uznawane za jeden z najważniejszych czynników kształtujących zdrowie człowieka. Dla prawidłowego funkcjonowania organizmu potrzeba około 60. składników odżywczych. Niektóre z nich mogą powstać w organizmie człowieka z innych dostarczonych mu związków i te nazywamy endogennymi. Natomiast około 40. związków, których organizm nie może sam syntezować, dostarczanych jest z zewnątrz, wraz z pożywieniem. Należą do nich niektóre aminokwasy, kwasy tłuszczowe, węglowodany oraz kilkanaście witamin i składników mineralnych.

UŻYWKI I ICH WPŁYW NA ZDROWIE CZŁOWIEKA

Palenie tytoniu stało się w Polsce w latach powojennych normą społeczną, początkowo wśród mężczyzn, a następnie - kobiet. W połowie lat siedemdziesiątych, blisko 90% mężczyzn paliło kiedyś w swoim życiu papierosy. W połowie lat dziewięćdziesiątych paliło 40% kobiet i 60% mężczyzn w wieku 30–40 lat. Od 10–12 mln. palaczy wypalało rocznie około 100 miliardów papierosów [13]. Od 30. lat Polska znajduje się niezmiennie w czołówce krajów o najwyższej konsumpcji tytoniu na świecie. WHO uznała palenie tytoniu za czynnik ryzyka wielu chorób. Wypalenie 20 papierosów dziennie skraca przeciętną długość życia o około 5 lat, a wypalenie 40 papierosów – o ponad 8 lat [14].

Odsetek konsumentów alkoholu, definiowanych jako osoby, które spożywały alkohol w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem, wynosi w Polsce ok. 86% (ok. 90% w przypadku mężczyzn i ok. 70% w przypadku kobiet). Podobny odsetek konsumentów alkoholu wśród nastolatków, wskazuje na przemiany obyczajowe w zakresie używania alkoholu przez młodzież i może budzić niepokój [15,16,17].

W Polsce nasila się także zjawisko stosowania środków psychoaktywnych, zwłaszcza przez młodzież. Powodem takich zachowań jest pragnienie ucieczki od codziennych problemów, chęć zwiększenia możliwości intelektualnych, a co za

tym idzie, poprawa wyników w nauce, polepszenia samopoczucia oraz zwykła ciekawość. Stosowanie środków psychoaktywnych jest przyczyną nie tylko problemów zdrowotnych, ale także problemów związanych z funkcjonowaniem w społeczeństwie, rodzinie, szkole, pracy. Często jest przyczyną popadania w konflikt z prawem. Co dziesiąty młody człowiek twierdzi, że w ciągu ostatniego roku brał narkotyki. Spośród nich większość pali marihuanę, mniej osób przyznaje się do stosowania amfetaminy (6%) i kokainy (2%). Mniej popularne niż w latach ubiegłych jest waczenie kleju i rozpuszczalników oraz stosowanie środków uspakajających. Około 45% młodych Polaków twierdzi, że nie miałyby kłopotów z kupnem narkotyków [18].

CEL PRACY

Celem pracy była ocena wpływu rodziny na kształtowanie zachowań zdrowotnych wśród młodzieży szkolnej.

MATERIAŁY I METODY

Wszystkie dane i informacje niezbędne dla zrealizowania założonych celów badawczych, uzyskane zostały w drodze badań kwestionariuszowych, których respondentami były dzieci i młodzież uczęszczające do Liceum Ogólnokształcącego im. mjr *Henryka Sucharskiego* w Sierpcu. Badania zostały przeprowadzone w pierwszej połowie 2007 r. Ogółem w badaniu wzięło udział 100. uczniów (50. chłopców i 50. dziewcząt) w wieku 17–19 lat. Do badań użyte zostały kwestionariusze ankiet do samodzielnego wypełnienia, dostosowane do wieku ankietowanych. Ankieta składała się z 20 pytań dotyczących: aktywności fizycznej, sposobu odżywiania, higieny osobistej oraz stosowania używek.

Wszystkie kwestionariusze wypełniane były anonimowo.

WYNIKI

Z przeprowadzonych badań wynika, że aktywny wypoczynek preferuje 51% rodzin badanych uczniów, zaś 49% rodzin, wolny czas poświęca na oglądanie telewizji, słuchanie muzyki, czytanie czasopism, książek, etc. Spośród osób deklarujących aktywne spędzanie wolnego czasu wspólnie z rodziną – 4 razy w tygodniu, w sposób regularny, postępuje tak 8% badanych, 2 razy w tygodniu – 23% badanych, natomiast 1 raz w tygodniu – 20%. W prezentowanym badaniu największy odsetek respondentów przeznaczał na aktywny wypoczynek od 1 do 2 godzin w ciągu dnia (32% dziewcząt i 42 % chłopców). Czas krótszy niż 1 godzinę, poświęcało na aktywny wypoczynek 16% dziewcząt i 5% chłopców. Dłużej niż

3 godziny w ciągu dnia na wypoczynek aktywny przeznaczają jedynie 2% dziewcząt i 5% chłopców. Wśród osób, które czas wolny spędzają na oglądaniu telewizji, czytaniu czasopism i książek, większość przeznaczają na ten cel od 1 do 2 godzin dziennie (34% dziewcząt i 26% chłopców). Powyżej 3 godzin dziennie – 12% dziewcząt i 21% chłopców, a poniżej 1 godziny – 4% dziewcząt oraz 21% chłopców.

Z przeprowadzonych badań wynika, że co najmniej jeden wspólny posiłek w ciągu dnia spożywa wspólnie z rodziną 46% badanych, 27% respondentów – okazjonalnie, w dni świąteczne i wolne od pracy, pozostałe 27% ankietowanych spożywa wspólny posiłek z rodziną sporadycznie lub nigdy. Kolejne pytanie zadane respondentom dotyczyło regularnego, wspólnego spożywania co najmniej jednego głównego posiłku w ciągu dnia. Z przeprowadzonych badań wynika, iż regularnie główny posiłek spożywa z rodziną 31% badanych, nieregularnie – 56%, natomiast 11% respondentów zazwyczaj nie spożywa głównego posiłku wspólnie z rodziną. Pozostałe 2% badanych nie spożywa głównego posiłku z rodziną nigdy. Większość badanych uczniów (58%) codziennie zjada śniadania, 35% ankietowanych spożywa śniadania nieregularnie, zaś 7% nie zjada śniadań nigdy.

Kolejnym zagadnieniem poruszonym w ankiecie było spożywanie świeżych warzyw i owoców. Codziennie produkty te są spożywane w 36% rodzin badanych uczniów, w 61% – sporadycznie, zaś w 3% rodzin respondentów świeżych warzyw i owoców nie zjada się wcale. Świeże warzywa i owoce spożywa natomiast codziennie 41% respondentów, 8% badanej młodzieży nie jada świeżych warzyw i owoców nigdy.

Z przeprowadzonego badania wynika, iż w 42% rodzin ankietowanych uczniów nigdy nie paliło się tytoniu. W 28% domów, tytoń pali się codziennie, w 14% sporadycznie, a w 16% rodzin, obecnie się nie pali, choć paliło się w przeszłości. Spośród ankietowanych uczniów, próby palenia tytoniu w przeszłości deklarowało 29% dziewcząt i 33% chłopców. W grupie dziewcząt palących tytoń, 3,5% zapaliło po raz pierwszy papierosa mając mniej niż 10. lat, 34,5% w wieku od 10. do 13. lat, zaś 62% w wieku od 14. do 18. lat. Natomiast w grupie chłopców, 6% zapaliło papierosa po raz pierwszy mając mniej niż 10. lat, 18,2% w wieku od 10–13 lat, zaś 75,8% w wieku od 14. do 18. lat. Przyczyny zapalenia pierwszego papierosa w badanej grupie młodzieży były różne. Z ciekawości – 48,8% dziewcząt i 43,6% chłopców, za namową koleżanek i kolegów zapaliło po raz pierwszy papierosa 25,6% dziewcząt i 28,2% chłopców. W chwilach trudności i zdenerwowania – 18,6% dziewcząt i 18% chłopców, 7% dziewcząt i 10,0% chłopców brało za przykład swoich rodziców. Aktualnie, na 100 ankietowanych osób pali 9% dziewcząt i 21% chłopców.

Z przeprowadzonych badań wynika, że w 67% rodzin ankietowanych uczniów, spożywa się alkohol okazjonalnie, w 1% rodzin – codziennie, w 32% rodzin nie spożywa się w ogóle alkoholu. Za wskaźnik konsumpcji alkoholu przyjęto spożywanie alkoholu w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed badaniem. W prezentowanym badaniu spożywanie alkoholu w tym czasie deklarowało 98% dziewcząt i 96% chłopców, jedynie 2% dziewcząt i 6% chłopców negowało spożywanie alkoholu w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Swoją pierwszy kontakt z alkoholem w wieku poni-

żej 10. lat podawało 2% dziewcząt i 6,4% chłopców. W wieku 10–13 lat, odpowiednio – 10,2% dziewcząt i 27,7% chłopców, natomiast po 13. roku życia – 87,8% dziewcząt i 65,9% chłopców.

Najczęściej spożywanym przez młodzież w prezentowanym badaniu alkoholem było piwo – 32%, następnie – wino/szampan – 30%, drinki – 14%, wódka – 24%. 25% ankietowanych uczniów nigdy nie spożywa alkoholu w domu. Alkohol jest spożywany najczęściej w dyskotekach, pubach i na imprezach u znajomych. 97% ankietowanych podało, iż nikt w ich rodzinie nie przyjmuje środków o działaniu psychoaktywnym. Środki takie przyjmowało w przeszłości bądź przyjmuje obecnie 12 % dziewcząt i 19% chłopców.

Codzienną kąpiel lub prysznic bierze 74% badanej młodzieży, dwa razy w tygodniu kąpie się 24 % respondentów, 2 % kąpie się jeden raz w tygodniu.

WNIOSEK

1. Analiza statystyczna zaprezentowanych wyników badań wykazała, że pod względem badanych cech nie istniała statystycznie istotna zależność pomiędzy zachowaniami prozdrowotnymi badanych i członków ich rodzin.

P. Skoczylas, B. Wilary, W. Stelmach

ROLE OF A FAMILY IN SHAPING HEALTH PROMOTING BEHAVIOURS AMONG CHILDREN AND ADOLESCENTS

Summary

The contemporary family plays an important role in the shaping of attitudes conducive to good health among its members - particularly children and adolescents. The World Health Organization has even proposed a slogan: 'Health begins at home', which underlines the role of the family in shaping and protecting the health of its members. Family is the first natural environment for each individual, which exerts a tremendous influence on health. Parents care for children, perform nursing functions, protect against danger and indicate the ways of behaviour which serve to ensure the proper development of a child. Through these activities and by providing an example for their children parents transmit behavioural templates, which are health promoting or, on the contrary, exert a negative effect on health.

Parents bear the responsibility for their children's health, and during the process of rearing them should shape adequate health attitudes. The tasks associated with health education should constitute an integral part of conscious educational activities. According to the World Health Organization Declaration adopted by Poland in 1998 health is 'one of the basic rights of an individual'. Parents aware of their role use various sources of information, different means and methods to help to shape health promoting attitude of their child. This type of health education, where a child is the subject of parents' activities, is defined by the term 'health heteroeducation', which starts at the birth of a child and lasts until the period of puberty. Only then a young person starts to decide independently about own health. This stage of health education is called 'health auto-education' and practically lasts a lifetime. When a couple decide to have an offspring, they begin to realize the subsequent stage of

health education - 'reverse heteroeducation'. By caring, nursing and educating their child they implant adequate or inadequate behavioural templates. A family, which is a group of reference for a child, may be the basic source of social support, protect against hazardous external influences, and shape the conditions conducive to the health of its members. A child adopts own standards, behaviours, traditions (also those associated with health), and life style. Interactions within a family group are very intensive and long-term, and therefore exert a tremendous effect on the quality of life.

PIŚMIENNICTWO

1. Tyszką Z.: Socjologia rodziny. PWN; Warszawa 1974.
2. Taranowicz I., Majchrowska A., Kawczyńska-Butrym Z.: Elementy socjologii dla pielęgniarek. Celej; Lublin 2000.
3. Formański J.: Psychologia. PZWL; Warszawa 2000.
4. Ugniewska C.: Pielęgniarstwo psychiatryczne i neurologiczne. PZWL; Warszawa 1998.
5. Kowalski J.: Promocja zdrowia. Iglic, Warszawa 1999.
6. Węgrzecki A.: W: Socjologia i wyzwania społeczne. Red. A. Węgrzecki, Kraków 2000.
7. Czabała J. C.: W: Zdrowie psychiczne, zagrożenia i promocja. Red. J. C. Czabała. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2000.
8. Tyszką A.: Uczestnictwo w kulturze. O różnorodności stylów życia. Warszawa 1974.
9. Siciński A. i wsp.: Style życia w miastach polskich. Warszawa 1983.
10. Bourdieu P.: Reprodukcyjność, Warszawa 1992.
11. Giddens A.: Nowoczesność i tożsamość, Warszawa 2002.
12. Fatyga B., Sierosławski J.: Uczniowie i nauczyciele o stylach życia młodzieży i narkotykach. Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 1999.
13. Zatoński W.: Jak rzucić palenie. Fundacja. Promocja zdrowia, Warszawa 1999.
14. Ostrowska A.: Styl życia a zdrowie. PAN Warszawa 1999, <http://www.parpa.pl>.
15. Skoczylas P., Binczycka-Anholcer M.: Alkoholizm wśród dzieci i młodzieży. Problemy alkoholizmu. 2006; 1(524), I-III.
16. Fronczyk K.: Współwystępowanie palenia papierosów, nadużywania alkoholu oraz stresu i depresyjności w różnych grupach wieku osób pracujących zawodowo. Postępy w profilaktyce i leczeniu przewlekłych chorób niezakaźnych. VII Seminarium CINDI WHO – Łódź 2005.
17. Karski B.: Promocja zdrowia. W: Sanmedica, Red. B. Karski, Warszawa 1997.

Data otrzymania: 23.11.2007.

Adres Autorów: 90-643 Łódź, ul. Żeligowskiego 7/9, Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej, Zakład Medycyny Społecznej UM.