

„Chowanna”	Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego	Katowice 2002	R. XLV (LVIII)	T. 1 (18)	s. 5 12
------------	--	---------------	-------------------	--------------	---------



Od Redaktora

Zdrowie jest kategorią pojęciową kojarzoną powszechnie raczej z naukami medycznymi niż humanistycznymi. W ostatnich latach wzrasta jednak zainteresowanie szeroko rozumianą problematyką zdrowia także w obszarze nauk społecznych, chociaż ma ono przecież wielowiekową tradycję. Zainteresowanie to związane jest z coraz większym akcentowaniem znaczenia czynników środowiskowych, stylu życia, czynników psychologiczno-kulturowych czy społeczno-ekonomicznych — a nie tylko genetyki — jako determinujących zdrowie i chorobę. Wydaje się, iż zainteresowanie nauk niemedyceńskich zdrowiem i chorobą przyczyni się do komplementarnego ujmowania tych problemów w szerokiej, interdyscyplinarnej perspektywie. Warto jednak zasygnalizować, iż pojęcia zdrowia i choroby są ujmowane bardzo różnie, co stwarza problemy metodologiczne. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) określa zdrowie jako stan pozytywny (dobrostan) samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie jedynie jako brak choroby czy kalectwa, akcentując stan subiektywnego odczuwania, niekoniecznie zgodnego z medycznym obrazem stanu zdrowia jednostki. Choroba ujęta z punktu widzenia medycznego ma inny wymiar niż w kontekście społecznych zachowań, jak np. w koncepcji T. Parsonsa (1969), gdzie choroba określona została jako dewiacja społeczna ze względu na niemożność pełnienia przez jednostkę funkcji społecznych i uczestniczenia w wielowymiarowo traktowanym życiu społecznym.

Zdrowie jednostki a zdrowie publiczne to dwie różne kategorie znaczeniowe, także z tego względu, że zdrowie publiczne nie jest prostą sumą stanu zdrowia jednostek. Zdrowie publiczne obejmuje: problemy zdrowotne po-

pulacji, stan zdrowia zbiorowości, ogólne usługi zdrowotne, administrowanie opieką zdrowotną. D. Acheson określił zdrowie publiczne w raporcie o stanie zdrowia publicznego w Wielkiej Brytanii jako naukę i sztukę zapobiegania chorobom, przedłużania życia i promowania zdrowia przez organizację zbiorowych wysiłków społeczeństwa (Włodarczyk, Poździejch, 2000, s. 20).

Zainteresowanie problematyką zdrowia w naukach społecznych wiąże się z wyodrębnieniem się dyscyplin szczegółowych w dziedzinach podstawowych. I tak np. socjologia medycyny wyodrębniła się z socjologii ogólnej w Stanach Zjednoczonych, gdzie zostały stworzone podstawy teoretyczne tej subdyscypliny, wiążące się z nazwiskami takich socjologów, jak: R.E.L. Faris, H. W. Dunham, T. Parsons, E. Hughes, R. Merton, A. Hollingshead, E. Freidson, E. Durkheim (Sokołowska, Hołowska, Ostrowska, red., 1976, s. 312). Socjologia medycyny w Polsce łączy się źródłowo z polską szkołą socjologii ogólnej, a szczególnie z teoriami rozwiniętymi przez takich socjologów, jak: F. Znaniecki, S. Czarnowski, K. Dobrowolski, J. S. Bystroń, J. Chałasiński, L. Krzywicki. Już w latach trzydziestych F. Znaniecki podkreślał, że „normalny zdrowy organizm jest oczywiście warunkiem *sine qua non* kulturalnego życia człowieka, stąd znaczenie eugeniki, higieny, medycyny. Organizm tylko umożliwia życie kulturalne, nie wyznaczając w niczym jego istoty. Ludzie o biologicznie podobnych organizmach mogą jako osobowości kulturalne różnić się najsłabiej między sobą, zależnie od cywilizacji, w których wyrosli, od sposobu, w jaki zostali do tych cywilizacji wprowadzeni, od ról społecznych, jakie spełniają” (Znaniecki, 1974, s. 58).

Socjologia medycyny jako subdyscyplina socjologii wyodrębniła się w Polsce w latach sześćdziesiątych i związana była z utworzeniem Pracowni Socjologii Medycyny w Instytucie Filozofii i Socjologii PAN, z działalnością Magdaleny Sokołowskiej oraz licznej grupy innych osób (m.in. J. Bejnarowicza, A. Ostrowskiej, M. Trawińskiej-Kwaśniewskiej, I. Walda) związanych z Sekcją Socjologii Medycyny przy Polskim Towarzystwie Socjologicznym (Sokołowska, Hołowska, Ostrowska, red., 1976, s. 309 i n.). Niektóre osiągnięcia medyczne w ostatnich latach zwróciły uwagę na społeczne uwarunkowania procesów choroby i zdrowia, podkreśliły ich znaczenie i odśłoniły w całej rozciągłości braki dotychczasowej wiedzy w tej dziedzinie. B. Tobiasz-Adamczyk w swej pracy *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby* (1998) podkreśla, iż człowiek choruje nie tylko jako organizm biologiczny, ale także jako jednostka psychospołeczna funkcjonująca w określonych warunkach przestrzennych i społecznych, przynależna do różnych grup społecznych. W wyniku choroby następują zmiany w pełnieniu różnych funkcji społecznych. Socjologia zdrowia i choroby bada społeczne determinanty stanu zdrowia i przyczyn chorób, a także interesuje się konsekwencjami społecznymi chorób.

W psychologii wyodrębniło się kilka subdyscyplin powiązanych z medycyną. Psychologia medyczna interesuje się czynnikami psychicznymi związanymi z niektórymi lub wszelkimi aspektami zdrowia fizycznego, choroby i jej leczenia na poziomie jednostki, grupy i systemu (Heszen-Klemens, 1983, s. 17). Psychologia medycyny łączy się z psychologiczną charakterystyką człowieka chorego, szczególnie zajmuje się zmianami w relacji jednostka — otoczenie, a także stosunkiem człowieka do owych zmian i jego zachowaniem wobec choroby, ponadto psychologicznym kontekstem relacji lekarz — pacjent (Heszen-Niejodek, 1983, s. 22).

W naukach psychologicznych spotykamy się też z terminem „psychologia lekarska”, która obejmuje zagadnienia związane z elementami różnych dziedzin psychologii, jak np.: psychologii klinicznej, ogólnej, rozwojowej, społecznej, a także z dziedzin pokrewnych, np. psychopatologii. Zagadnienia specyficzne dla psychologii lekarskiej związane są z działalnością lekarza w każdej dziedzinie medycyny klinicznej. Obejmuje ona także szczegółowe zagadnienia charakterystyczne dla określonych dziedzin medycyny, np. pediatrii, ginekologii, dermatologii, dla każdej dziedziny medycyny, w której występuje relacja lekarz — pacjent (Jarosz, 1983, s. 27).

„Psychologia zdrowia to całokształt specyficznego, oświatowego, naukowego i profesjonalnego wkładu psychologii jako dyscypliny do promocji i utrzymania zdrowia, zapobiegania i leczenia chorób, rozpoznania etiologicznych i diagnostycznych korelatów zdrowia, choroby i zbliżonych dysfunkcji, a także do analizy i optymalizacji systemu opieki zdrowotnej i kształtowania polityki zdrowotnej” (Sheridan, Radmacher, 1998, s. 31). Dyscyplina ta znajduje zatem zastosowanie w każdym punkcie dychotomicznej rozciągłości między zdrowiem a chorobą, np. radzenie sobie ze stresem.

Podjmując analizy związane z problematyką zdrowia, można zauważyć wieloaspektowe zainteresowanie tymi kwestiami zwłaszcza w takich dziedzinach, jak: pedagogika zdrowia, pedagogika specjalna czy pedagogika społeczna. Warto zatem przedstawić niektóre nurty pedagogiki zdrowotnej, przybliżając tym samym jej złożoność.

Nurt wychowawczej myśli o zdrowiu wiąże się z okresem oświecenia. „Z czasem uległ on rozwidleniu (na higienę i wychowanie fizyczne), a obie te odnogi uległy procesom specjalizacji. Rozwijając to, co dla nich specyficzne, zagubiły to, co wspólne i pierwotne — myśl pedagogiczną” (Demel, 1980, s. 74—76). M. Demel podkreśla, że wychowanie zdrowotne historycznie wyprzedza tę myśl pedagogiczną, ukształtowało się bowiem w „połączeniu” medycyny i pedagogiki. Z tej integracji powstała koncepcja wychowania zdrowotnego, a w teorii — pedagogika zdrowia (Demel, 1980, s. 80). Jej autorami byli pedagog G. Piramowicz (1735—1801) i lekarz, biolog, chemik J. Śniadecki (1768—1838). G. Piramowicz, sekretarz Towarzystwa do Ksiąg Elementarnych, w 1787 ogłosił *Powinności nauczyciela*, w których uwzględnił

kwestie zdrowia i edukacji fizycznej, wskazując na rolę nauczyciela w szerzeniu kultury zdrowotnej, oraz po raz pierwszy podkreślił problem zdrowia nauczyciela. Szczególne znaczenie ma także praca J. Śniadeckiego *O fizycznym wychowaniu dzieci* (1895), która łączy wiedzę lekarską z potrzebami wychowania; jej pionierski charakter miał wymiar światowy. J. Śniadecki był również prekursorem metodyki oświaty zdrowotnej, program wiedzy higienicznej przedstawił na łamach „Dziennika Wileńskiego” (1805, nr 1). Warto w tym miejscu wspomnieć, że K. Kaczkowski prowadził wykłady dla uczniów Liceum Krzemienieckiego oraz publiczności miasta z zakresu higieny, a dydaktyczną podstawę pracy stanowił *Katechizm zdrowia* B. Ch. Fausta (Demel, 1980, s. 80).

Szczególnym aspektem zdrowotnego oświecenia były: popularyzacja wiedzy za pośrednictwem prasy i wydawnictw (np. L. Lafontaine: „Dziennik Zdrowia dla Wszystkich Stanów”, wydawany w latach 1801—1802) oraz inne formy upowszechnienia wiedzy przez Warszawskie Towarzystwo Przyjaciół Nauk. Ruch higieniczny lat osiemdziesiątych XIX wieku odegrał w Polsce rolę łącznika między światem lekarzy i pedagogów (Demel, 1964). Nadanie temu ruchowi charakteru wychowawczego wiąże się z działalnością J. W. Dawida, M. Baranowskiego, A. Szycówny, I. Moszczeńskiej, S. Karpowicza. W pedagogice zdrowia zaś zaznaczyli swą obecność tacy lekarze, jak: E. Madeyski, J. Tchorznicki, A. Winogrodzki, E. Piasecki, W. Osmolski, P. Gondkowski. Autorzy ci propagowali wychowanie zdrowotne w podręcznikach, elementarzach zdrowia, korzystając z pomocy dydaktycznych, muzeów oraz udzielając się w licznych stowarzyszeniach (np. Towarzystwo Higieny Praktycznej im. B. Prusa). Równocześnie ukazywało się wiele pism i periodyków higienicznych (np. „Przyjaciel Zdrowia” 1861—1863; „Lekarz” 1904—1905; „Przegląd Higieniczny” od 1902 roku; „Przyjaciel Zdrowia” 1912—1914). Wychowankowie J. Śniadeckiego, L. Bierkowskiego, K. Marcinkowskiego, J. Dietla, T. Chałubińskiego tworzyli teorię i metodykę wychowania zdrowotnego; należeli do nich m.in.: S. Rosicki, A. Maciesza, M. Flaum, J. Szmurło. W rozwoju oświaty zdrowotnej i wychowania zdrowotnego uwydatniały się pewne kwestie specjalistyczne, np. walka z gruźlicą, alkoholizmem. Dodać należy, iż szczególny, wychowawczy nurt zaznaczył się w działalności Towarzystwa Medycyny Społecznej (1916), założonego przez lekarzy: Z. Kramsztyka i R. Radziwiłłowicza. Doskonaleniem nauczycieli zajmowała się Państwowa Szkoła Higieny w Warszawie oraz różne służby społeczne, jak Wolna Wszechnica Polska — seminarium H. Radlińskiej (Demel, 1980, s. 28—37). Z pewnością warto w tym miejscu podkreślić, że Helena Radlińska, twórczyni polskiej szkoły pedagogiki społecznej, interesowała się także opieką medyczną, a jej praktyczne doświadczenia lekarskie i pielęgniarskie wpłynęły na późniejsze prace z zakresu pedagogiki empirycznej i na budowę zrębów teorii pracy socjalnej (Mazurkiewicz, 1983, s. 67). Podkreślała, że pedagogika społeczna musi

sięgać bezpośrednio do nauk biologicznych i lekarskich; akcentowała również, iż w zestawieniu z pedagogiką leczniczą pedagogika społeczna korzysta z „badań nad zahamowaniami i skrzywieniami rozwoju indywidualnego, wprowadza dane o ich społecznych przyczynach, o możliwościach i sposobach zapobiegania im i wyrównywania” (Radlińska, 1961, s. 364). Wprowadzając do teorii pracy socjalnej zagadnienie wychowania dla spraw zdrowia, zbliżyła się do prac G. Piramowicza i J. Śniadeckiego. W jej teorii pracy socjalnej wzajemnie przenikają się zagadnienia kultury zdrowia, pracy, kultury pedagogicznej, tworząc zręby teorii opieki. Wprowadzając problematykę opieki pielęgniarstwa do teorii pedagogicznej i teorii pracy socjalnej, stała się ona jednocześnie prekursorką kształcenia pielęgniarek i kształcenia wyższego na rzecz opieki pielęgniarstwa (Mazurkiewicz, 1983, s. 70).

Szczególne zasługi dla higieny szkolnej w Polsce w latach 1918—1933 położył S. Kopczyński (zob. Demel, 1972), który wypracował nowoczesne formy opieki lekarsko-pedagogicznej w zakładach Macierzy Szkolnej — 1905—1907 (Demel, 1980, s. 35—37). W okresie powojennym, w 1950 roku w Państwowym Zakładzie Oświaty Sanitarnej (później zdrowotnej) działalność koncepcyjno-metodyczną i konsultacyjną prowadzili m.in. T. Stępniewski, H. Wentlandtowa, Z. Liedtke; współpracowali oni z Komitetem Ekspertów Oświaty Zdrowotnej przy Światowej Organizacji Zdrowia oraz z Międzynarodową Unią Oświaty Zdrowotnej (Wentlandtowa, 1980, s. 40—52). Badania naukowe skupiały się na wielu problemach, m.in. na skutecznych formach i metodach oświaty zdrowotnej, diagnozowaniu potrzeb zdrowotnych, na poziomie kultury zdrowia w różnych środowiskach oraz na kwestii prac badawczych w przemyśle (Demel, 1980, s. 41). Ukazało się wiele prac metodycznych, koncepcyjno-teoretycznych, historycznych, poglądowo-krytycznych H. Wentlandtowej, E. Mazurkiewicza, M. Demela, M. Kapicy, T. Maleszewskiej, Z. Liedtke, M. Jokiel, T. Stępniewskiego (Demel, 1980, s. 197—199). Warto w tym miejscu podkreślić, iż znakomita praca Macieja Demela *Z dziejów promocji zdrowia w Polsce* (2000), opublikowana w dwóch woluminach i trzech tomach, mająca charakter źródłowy, prezentuje polskie tradycje promocji zdrowia w sposób niezwykle szczegółowy.

Koncepcja opieki medycznej nad uczniami i wychowankami instytucji oświatowo-wychowawczych w latach 1945—1992 miała zasadniczą podstawę teoretyczną, której celem było osiągnięcie poprawy stanu zdrowia dzieci i młodzieży w wieku szkolnym; starano się łączyć profilaktykę z działaniami leczniczymi. Pierwszoplanowymi postaciami byli: lekarz szkolny, a później pielęgniarka (Schejbal, 1994, s. 131—132). W 1973 roku Zakład Oświaty Zdrowotnej wspólnie z Polskim Towarzystwem Higienicznym zorganizowali I Krajową Konferencję Naukową Oświaty Zdrowotnej. Szeroki zakres badań proponowało środowisko pedagogiczne związane z wyższymi uczelniami wychowania fizycznego i wyższymi szkołami pedagogicznymi (np. C. Stypuł-

kowski, J. Rzepka, Z. Obuchowicz, A. Liedke). Należy zwrócić uwagę na prace na rzecz pedagogiki, których autorami byli socjolodzy, np. A. Pawełczyńska, J. Bejnarowicz, a także lekarze humaniści, np. W. Szejnach, M. Kacprzak, M. Michałowicz, T. Kielanowski, J. Aleksandrowicz (Demel, 1980, s. 41).

Propozycje uporządkowania tematyki zdrowotnej na gruncie pedagogiki podjął Maciej Demel (1980), podkreślając piętrowy układ treści wychowania zdrowotnego. Pierwsza kategoria to ochrona zdrowia i zapobieganie jego uszkodzeniu, druga to kwestia ratownictwa, czyli pomoc w nagłych wypadkach, leczeniu i rehabilitacji. Najbardziej znaczące są działania zmierzające do czynnego doskonalenia zdrowia, samokontroli, wychowania seksualnego. Wychowanie zdrowotne czerpie z wcześniej uformowanych dyscyplin, np. medycyny, higieny, co wynika ze zwiększającego się uświadczenia oraz utrwalających się postaw mających znaczenie dla zdrowia. Wychowanie zdrowotne jest integralną częścią kształtowania pełnej osobowości (Demel, 1980, s. 71).

Edukacja, zwłaszcza instytucjonalna, stwarza ogromną szansę wpływu na zdrowie dzieci i młodzieży. Ranga nadana temu problemowi na świecie jest bardzo różna. W krajach uprzemysłowionych wdrażane są specjalne programy edukacyjne, wspierające młodych ludzi w dokonywaniu prozdrowotnych wyborów. W *Projekcie reformy systemu edukacji* (1998), aktualnie realizowanym w Polsce, odnajdujemy w propozycjach treści programowych dla szkoły podstawowej, gimnazjum, jak i dla liceum profilowanego wyraźnie sformułowane zadania szkoły realizującej wychowanie prozdrowotne w kolejnych etapach kształcenia, m.in. przez: stwarzanie warunków do kształtowania zachowań prozdrowotnych, doskonalenie umiejętności odpowiedniego postępowania w sytuacjach rozmaitych zagrożeń, nabywanie umiejętności prozdrowotnych, zapoznanie z zasadami pierwszej pomocy przedmedycznej, kształtowanie i stosowanie zasad zdrowego stylu życia, rozbudzanie świadomości konieczności ochrony i doskonalenia swojego zdrowia, pomoc w poszukiwaniu odpowiednich wzorów życiowych oraz w przygotowaniu do odgrywania ról społecznych i uczestnictwa w tworzeniu zdrowych środowisk życia. Szkoła promująca zdrowie obejmuje społeczność uczniów, nauczycieli i innych pracowników, uczy, jak żyć zdrowo i tworzyć środowisko sprzyjające zdrowiu, zachęca inne osoby, przede wszystkim rodziców, do podejmowania działań na rzecz zdrowia w swoim otoczeniu (Wojnarowska, 1995).

Narodowy Program Zdrowia (1996—2006 — to trzecia wersja; pierwsza pochodzi z 1990 roku, druga — z 1993) określa cel strategiczny związany z poprawą zdrowia i jakością życia ludności, stwarzając warunki zdrowego życia oraz kształtując motywacje, wiedzę i umiejętności zdrowego stylu życia, a także podejmując działania na rzecz zdrowia własnego i innych; kształtując sprzyjające zdrowiu środowiska życia, pracy i nauki; zmniejszając różnice

w stanie zdrowia i dostępie do świadczeń zdrowotnych. Konstrukcja tego programu wynika z koncepcji i strategii promocji zdrowia przedstawionej w *Karcie ottawskiej*. Szczególną uwagę zwrócono na (Karski, red., 1999, s. 89—91):

- czynniki warunkujące zdrowie, tj. podstawowe warunki zdrowia (pokój, stabilny system ekonomiczny, zasoby naturalne, bezpieczeństwo, mieszkanie, edukacja, dochody, sprawiedliwość i równość społeczna, działania ukierunkowane na zmianę stylu życia, środowiska i funkcjonowania służby zdrowia);
- potrzebę budowania zdrowej polityki publicznej, przyjęcie założenia, że polityka społeczna i gospodarcza państwa ma związek ze zdrowiem, polityka ta powinna być budowana przez wszystkie podmioty życia publicznego;
- potrzebę promocji zdrowia w różnych systemach społecznych (jak edukacja, polityka, kultura fizyczna, nauka, rodzina) i w istniejących w nich organizacjach.

Promocja zdrowia to proces, który umożliwia każdemu człowiekowi zwiększenie kontroli nad własnym zdrowiem w aspekcie jego poprawy i utrzymania (*Karta ottawska* — Ottawa Charter for Health Promotion, 1986; por. także Heszen-Klemens, 1983, s. 13—15). Pierwsze programy zdrowia realizowano w latach siedemdziesiątych. Warto jednak podkreślić, iż społeczno-ekologiczny model zdrowia uwzględnia skomplikowane relacje człowiek — i jego środowisko. Model ten zakłada istnienie nierówności w stanie zdrowia w zależności od takich cech demograficzno-społecznych, jak: płeć, dochód, wiek, poziom wykształcenia. Chodzi tutaj przede wszystkim o zróżnicowanie możliwości przestrzegania zasad zdrowego stylu życia, który w największym stopniu wpływa na stan zdrowia jednostek. Należy zatem postrzegać problemy stylu życia jednostek i grup społecznych w kontekście ich życiowych szans (Słóńska, 1999, s. 13). Model społeczno-ekologiczny zdrowia zakłada konieczność uwzględnienia w promocji zdrowia i w edukacji zdrowotnej znaczenia, jakie ludzie przypisują zdrowiu w życiu codziennym, a także znajomości subiektywnej interpretacji zdrowia. Konsekwencją zmian społecznych w Polsce okazuje się zróżnicowanie ludności pod względem szans życiowych; w promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej trzeba tę kwestię wziąć pod uwagę. Z. Słóńska (1999) podkreśla, że podstawową kwestię w promocji zdrowia stanowi doprowadzenie do skutecznego uczestnictwa ludzi w definiowaniu problemów zdrowotnych, podejmowaniu działań na rzecz zmiany determinantów zdrowia, a podstawowym zadaniem nowoczesnej edukacji zdrowotnej jest „przede wszystkim wspomaganie tworzenia warunków zmiany, innymi słowy, podejmowanie wysiłków na rzecz wzrostu kompetencji jednostek i grup w sferze samodzielnego działania na rzecz zdrowia na różnych poziomach organizacji życia społecznego” (Słóńska 1999, s. 16).

Celem przygotowanego opracowania jest przybliżenie problemów zdrowia, a zwłaszcza kontekstów społecznych tego zagadnienia. Stało się to możliwe dzięki przyjęciu zaproszenia do napisania artykułów przez wybitnych profesorów, znawców problematyki. Pragnę zatem złożyć gorące podziękowania autorom tekstów, dzięki którym powstał kolejny numer „Chowanny”. Mamy nadzieję, że wzbudzą one zainteresowanie społeczności akademickiej, a także pedagogów praktyków, promotorów zdrowia i licznej rzeszy studentów wielu specjalności pedagogicznych, zwłaszcza pedagogiki zdrowia.

Ewa Syrek

Bibliografia

- Demel M., 1964: *Pedagogiczne aspekty warszawskiego ruchu higienicznego 1864-1914*. Wrocław—Kraków.
- Demel M., 1972: *Nauczyciel zdrowia. Życie i dzieło doktora Stanisława Kopczyńskiego*. Warszawa.
- Demel M., 1980: *Pedagogika zdrowia*. Warszawa.
- Demel M., 2000: *Z dziejów promocji zdrowia w Polsce*. Kraków.
- Heszen-Klemens I., 1983: *Psychologia medyczna. Główne kierunki badań*. Katowice.
- Jarosz M., 1983: *Psychologia lekarska*. Warszawa.
- Karski J. B., red., 1999: *Promocja zdrowia*. Warszawa.
- Mazurkiewicz A., 1983: *Sprawność działania socjalnego w pedagogice Heleny Radlińskiej*. Wrocław—Łódź.
- Parsons T., 1969: *Struktura społeczna a osobowość*. Warszawa.
- Radlińska H., 1961: *Pedagogika społeczna*. Wrocław—Kraków.
- Schejbal J., 1994: *Trudności związane z wdrożeniem najnowszego modelu opieki zdrowotnej nad uczniami*. W: *Kronika higieny szkolnej i medycyny na Śląsku i w Zagłębiu*. Red. J. Rzepka. Katowice.
- Sheridan Ch., Radmacher S. A., 1998: *Psychologia zdrowia*. Warszawa.
- Słońska Z., 1999: *Rola promocji zdrowia w rozwoju edukacji zdrowotnej*. „Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna”, nr 17.
- Sokołowska M., Hołówka J., Ostrowska A., red., 1976: *Socjologia a zdrowie*. Warszawa.
- Tobiasz-Adamczyk B., 1998: *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Kraków.
- Wentlandtowa H., red., 1980: *Oświata zdrowotna*. Warszawa.
- Włodarczyk C., Poździuch S., 2000: *Pojęcie i zakres zdrowia publicznego*. W: *Zdrowie publiczne*. Red. A. Czupryna, S. Poździuch, A. Ryś, W. C. Włodarczyk. Kraków.
- Woynarowska B., 1995: *Jak tworzymy szkołę promującą zdrowie?* Warszawa.
- Znaniński F., 1974: *Ludzie terażniejsi a cywilizacja przyszłości*. Warszawa.