

Metodologiczne zagadnienia badania zachowań zdrowotnych w środowisku wiejskim

Jednym z zasobów społeczności globalnej i wiejskiej jest jej potencjał zdrowia społecznego. Świadomość tego faktu jest powodem, że dane nam jest często spotykać się z propozycjami programowymi, których celem jest usprawnienie funkcjonowania różnych społeczności. Znajdujemy w nich liczne opisy procedur działaniowych, optymalizujących techniki mające wpływ na zmianę jednostkowych i zbiorowych zachowań oraz sugestie programów realizacyjnych.¹⁾ Wśród tych propozycji są także programy kształtowania zdrowia zawierające w sobie opisy procedur wdrażania ich do praktyki społecznej. Punktem wyjścia do ich uruchomienia jest wiedza o stanie zastanym, mającym być poddanym zmianie.

Zaś stan zdrowia ludności wiejskiej jest katastrofalny. Tylko o 28,2% mieszkańców wsi znajdujących się w przedziale wiekowym od 20 do 64 lat, można powiedzieć, że jest zdrowa. Pozostali cierpią na rozliczne dolegliwości. Są to:

- choroby układu krążenia - 25,6% męskiej populacji i 29,6% kobiet
- choroby układu mięśniowo - kostnego - mężczyźni 17,3% a kobiety 18%;
- choroby przemiany materii - 9,5% oraz 11%.²⁾

Podobnie niezadawalające są warunki bytowania warunkujące ten stan zdrowia. Wodociąg, toaletę, łazienkę, centralne ogrzewanie i gaz sieciowy ma tylko 9% mieszkań wiejskich. Żadnych urządzeń nie ma 22% gospodarstw domowych. W warunkach substandardowych mieszka 44% mieszkańców.³⁾

W naszym kraju zdrowie społeczeństwa zostało zdiagnozowane a wyniki tej analizy zostały podane do wiadomości profesjo-

nalistów.⁴⁾ Również zbadano i opisano podstawowe zagrożenia zdrowotne.⁵⁾ Wspomniane badania w swym zróżnicowaniu obejmują problemy zdrowia i zachowań ku zdrowiu, prawie wszystkich środowisk społecznych. Są podstawą opisu, wyjaśniania i przewidywania zachowań. Omawiają bariery wynikające z ograniczeń ekonomicznych, i stniejącej bazy materialnej.⁶⁾ W oparciu o ich znajomość można dość precyzyjnie określić przewidywany stan zdrowia Polaków, dynamikę ewolucji zachowań i ich wpływ na kondycję psycho - fizyczną typowych środowisk, w tym środowiska wsi polskiej.⁷⁾ Trzeba zwrócić uwagę na fakt, że dotyczą one, zachowywania i polepszania zdrowia w rzeczywistości dnia codziennego, Szczególnie perfekcjonistycznie przygotowano, przeprowadzono i zinterpretowano badania o zdrowiu mieszkańców wsi polskiej w lubelskim Instytucie Medycyny Wsi.⁸⁾ Ich poprawność metodologiczna, kompletność i forma przedstawienia, skłoniły mnie do wykorzystania tej syntezy, w trakcie zajęć z przedmiotu "pedagogika zdrowia", prowadzonych ze studentami nauczycielskich studiów zaocznych, wśród których największą grupę stanowiły nauczycielki wiejskie. Opierając się na danych z tego źródła staraliśmy się poznać społeczne uwarunkowania zachowań zdrowotnych mieszkańców wsi. Podstawowym obszarem naszych dociekań było środowisko bytowania dzieci i młodzieży. Ten kierunek zainteresowań wynikał z typu naszego przygotowania zawodowego i społecznego zapotrzebowania, kierowanego pod adresem praktyków wychowawców. Temat badawczy poświęcony tej problematyce został podjęty na Wydziale Nauk o Wychowaniu Uniwersytetu Łódzkiego.

Magistranci, seminariów magisterskich na studiach dziennych i zaocznych, prowadzonych przez autora w tym Uniwersytecie i w piotrkowskiej Filii Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Kielcach, byli współrealizatorami tego przedsięwzięcia. Jego założenia metodologiczne były przedstawiane w Interdyscyplinarnym Zespole ds. Badania Wsi przy Uniwersytecie Łódzkim. Badanie było realizowane przez okres czterech lat. Obejmowało terytorium środkowej Polski.

W trakcie pracy napotkano trudności i ograniczenia, nieco modyfikujące wcześniejsze wyobrażenia o metodyce środowiskowych badań zachowań zdrowotnych w środowisku wiejskim. Artykuł niniejszy jest próbą ich zweryfikowania i skategoryzowania

Definiowanie zachowań zdrowotnych oraz postaw prozdrowotnych, zostało omówione w literaturze dotyczącej promocji zdrowia i zdrowia publicznego.⁹⁾ Koncepcje mogące być podstawą do zdrowia w jego ujęciu kulturowym jako wartości i zasobu jednostkowego oraz społecznego znajdujemy także w literaturze filozoficznej,¹⁰⁾ socjologicznej¹¹⁾ i pedagogicznej.¹²⁾ Mają one charakter teoretycznej refleksji filozoficznej lub logicznej analizy pojęć. Katalog tych zachowań jest ogromnie obszerny, gdyż właściwie wszystko co robimy ze swoim ciałem i umysłem, ma swoje odbicie w poziomie zdrowia, lub znajdzie to odbicie w przyszłości. Jedną z kategoryzacji populacji oparto na podziale jej według kierunku i motywacji aktywności jednostek. Dzięki temu uznano, że na typy zachowań zdrowotnych składa się:

- każda działalność osoby uważającej się za zdrową, której celem jest osiągnięcie jeszcze lepszego stanu zdrowia;
- każda działalność osoby uważającej się za zdrową, której celem jest wykrycie już istniejącej choroby w stanie bezobjawowym lub zapobieżenie chorobie;
- każda działalność osoby uważającej się za zdrową, lecz przekonanej że jest narażona na większe od normalnego ryzyko zmierzająca do zapobiegania tym zagrożeniom lub do wykrycia skutków tych zagrożeń w ich stanie bezobjawowym;
- każda działalność osoby uważającej się za chorą podejmowana w celu jej zdiagnozowania, określenia stanu zdrowia i uzyskania odpowiednich środków zaradczych;
- każda działalność osoby uważającej się za chorą, będącą w nieznacznym stopniu uzależnioną od otoczenia, częściowo ograniczoną w spełnianiu swych ról społecznych, podejmowaną przez nią lub wspólnie z terapeutą w celu poprawy swego stanu zdrowia;
- każda działalność osoby uważającej się za chorą, będącą w znacznym stopniu uzależnioną od innych, w dużym stopniu ograni-

- czoną w spełnianiu swych ról społecznych, polegającą na poddaniu się leczeniu przez odpowiednich terapeutów;
- każda działalność jednostki mająca na celu doprowadzenie do zajścia kobiety w ciążę i zapewnienie jej normalnego przebiegu;
 - każde postępowanie osób, których opiece powierzono utrzymywanie lub poprawę zdrowia płodu, dziecka lub innej osoby, znajdujące się w stanach i warunkach określonych poprzednio, za którą dana jednostka jest odpowiedzialna;
 - każda działalność podejmowana przez jednostkę indywidualnie lub w porozumieniu z innymi osobami za pomocą środków organizacyjnych, prawnych bądź ekonomicznych, celem wywarcia wpływu na zmiany uregulowań socjalnych mających wpływ na kształtowanie się poziomu zdrowia ludności;
 - każda działalność podejmowana przez jednostkę indywidualnie lub w porozumieniu z innymi osobami, za pomocą środków organizacyjnych, prawnych bądź ekonomicznych, mająca wpływ na zmianę uregulowań organizacyjnych, poziom usług medycznych, poziom zanieczyszczenia środowiska i poziom oddziaływań różnorodnych produktów na zdrowie ludności.¹³⁾

W świadomości ludzi istnieje pewna grupa zachowań mających większy wpływ na zdrowie niż inne zachowania. Dlatego pogrupowano je biorąc za podstawę wyróżnienia stopień ich wpływu na zdrowie człowieka. Na podstawie utrwalonych w nauce i codziennym postrzeganiu podziałów podzielono je na następujące obszary: zachowania związane z higieną osobistą, higieną środowiskową, racjonalnym odżywianiem się, podejmowaniem optymalnej aktywności fizycznej, nie uleganiem szkodliwym nałogom, przestrzeganiem bezpiecznych zachowań, utrzymaniem zdrowia psychicznego i umiejętnym podejmowaniem współdziałania z profesjonalistami w zakresie ochrony zdrowia.

Najłatwiej było określić zachowania związane z chorobą. Uznano je za system powiązanych działań człowieka wywołanych uświadomieniem sobie przez niego zaistnienia negatywnej zmiany stanu swojego zdrowia, uznawanego dotychczas za optymalne. Ta negatywna zmiana może wystąpić w różnym natężeniu będąc

przez stopień swej dolegliwości zdefiniowaną w różnym czasie. Jasność tego określenia jest pochodną zaistnienia obserwowalnego faktu, będącego cezurą rozgraniczającą motywów działań badawczego. Wzory zachowań związanych z chorobą są uwarunkowane kulturowo pozostawiając jednostkom znaczny margines swobody ich realizowania.

Można wyodrębnić zachowania zależnie od zastosowanego podziału na:

- etap choroby;
- stopień jej zaawansowania;
- zakres ograniczeń w pełnieniu roli itd.

W literaturze przedmiotu znajdujemy wiele określeń terminu na określenie przedmiotowych dla niniejszych rozważań zachowań, np.: zachowania związane z chorobą, zachowania mające wpływ na zdrowie, zachowania zdrowotne, prozdrowotne, itd.

W naszych badaniach przyjęliśmy, iż "zachowania zdrowotne" to wszelkie zachowania jednostki podejmowane przy jej świadomości lub jej braku, że ich przebieg i skutki mają potencjalny wpływ na jej zdrowie lub zdrowie innych osób.

Jedna z klasyfikacji podziałów zachowań zdrowotnych oparta jest na podziale tych, przy których istnieje pewien margines dowolności ich podejmowania lub margines możliwości ich uniknięcia. Bardzo często badający i badani znacznie różnili się w ocenie możliwości dokonania zmiany przez respondentów. Wyobrażenie działającego o oczekiwanym i rzeczywistym wpływie swoich i innych ludzi na zdrowie zależy od jego społecznej koncepcji zdrowia i choroby oraz od subiektywnie odczuwanych skutków zachowań. Przejrzyście omawia te zależności Krzysztof Puchalski.¹⁴⁾ Zmodyfikowaną wersję Jego koncepcji zawarto w tabeli 1.

Dlatego wśród zachowań zdrowotnych wyróżniliśmy zachowania o różnym natężeniu wpływu na zdrowie. W stratyfikacyjnym systemie ważności różnorako układały się one w poszczególnych grupach wiekowych, zagrożenia, czy grupach dyspanseryjnych.

Zachowania tego samego człowieka często były oceniane przez badanego a inaczej przez profesjonalistę w dziedzinie zdrowia. Podobnie z punktu widzenia badanych i z punktu widzenia promotora zdrowia, dokonywano podziału na zachowania prozdrowotne i antyzdrowotne, często jednak nie było zgody co do szczegółowej ich specyfikacji. Wiąże się to z praktycznymi funkcjami pedagogiki.

Aby postawy rzutujące na praktykę dnia codziennego mogły być zmieniane, trzeba szeroko rozumianemu zespołowi promotorów zdrowia umożliwić dotarcie do wiedzy o zastanym stanie, do informacji na temat procedur realizowania zmiany społecznej, a także do danych o jej uwarunkowaniach i ewentualnych skutkach. Dlatego dla pedagoga istotnym jest określenie, w stosunku do jakich zachowań jest zgodność poglądów, a w stosunku do jakich są rozbieżności, i przy istnieniu jakiego poziomu rozziewu należy podjąć próbę przekształcenia społecznej koncepcji czynników warunkujących zdrowie. Było to jedno z kluczowych zagadnień.

Jednostkowe i grupowe działania na zdrowie były zależne od przynależności respondenta do grupy osób, dla których zdrowie ma wartość wysoką i dla których zdrowie ma wartość relatywnie mniejszą.

Zachowania zdrowotne osób zdrowych poza podziałem na prozdrowotne i antyzdrowotne podzielono według uświadomionego celu ukierunkowanego działania, lub skutku działania, które go związku ze zdrowiem badany nie zauważa. Gdyż jeżeli przyjmujemy, że każdy człowiek uważający się za zdrowego i za takiego uznawany przez profesjonalistów ma możliwość jeszcze go poprawienia - a taka możliwość istnieje, gdyż nie znajdziemy człowieka o idealnym zdrowiu, - to możemy przyjąć, że każde zachowanie tego człowieka zmierzające do poprawienia parametrów i wskaźników zdrowia jest zachowaniem prozdrowotnym. To poszerzenie gamy zachowań mających wpływ na zdrowie wygenerowało cały szereg wątpliwości i pytań.

- co badamy - czy aktualne zachowania czy ich uwarunkowania;

- jak kategoryzować efekt procedury badawczej, informację o subiektywnym postrzeganiu zachowań, i ich związku ze zdrowiem
- jaką rolę przypisać determinizmowi i fatalizmowi zdrowotnemu oraz ludowej koncepcji rzeczywistości;
- jak oceniać nieuświadomiony wpływ jednostki na innych, np. palenie tytoniu przez ojca w obecności dzieci;
- jak klasyfikować zachowania tego samego badanego zajmujące się w zależności od miejsca i czasu ich wystąpienia;
- jaką grupę uznać za podstawową grupę odniesienia rodziny przy pytaniach o porównywanie się;
- jak konstruować definicje sytuacji w oparciu o intersubiektywny język potoczny;
- jak ważyć zachowania w wyniku ich wyraźnego podziału na czynności dnia codziennego i świątecznego;

Przyczyną dyskusji były też specyficzne cechy populacji. Napotkano istotne trudności w klasyfikowaniu jednostek. Trudno było znaleźć kryterium przypisywania się badanych osób do grup składających się z:

- jednostek uważających się za osoby zdrowe;
- jednostek uważających się za osoby zdrowe i będących świadomymi swej przynależności do grup zwiększonego ryzyka zachorowalności;
- jednostek chorych o określonym stopniu zależności od innych;
- jednostek wykazujących aktywność, zmierzającą do optymalizacji systemu organizacji społeczeństwa w obszarze polityki zdrowotnej.

Napotkano komplikacje z przypisaniem badanych do grupy mieszkańców wsi. Wynikały one z:

- przypisywania się reemigrantów z miasta do społeczności miejskiej, przy podkreślaniu wymuszonej tymczasowości pobytu i pracy na wsi;
- z zarzucania zawodu rolnika, podjęcia i stałego utrzymywania pracy w mieście;
- z sezonowej (lato - zima), migracji osób starszych między miastem a wsią;

- z różnicowania zawodowego;
- z pokoleniowego różnicowania wewnątrzrodzinnego, co utrudniało ujmowanie niektórych rodzin jako rodzin wiejskich;
- z bardzo dużego terytorialnego różnicowania, zbiorowości w zakresie dostępu do dóbr kultury i cywilizacji.

Dodatkowe trudności wynikały z takiego stopnia rozwarstwienia majątkowego rolników i ich stosunku własności do gospodarstwa, że nie wystarczał podział zamieszkujących wieś, na rolników i nierolników.

Ponieważ rolnicy są sami odpowiedzialni za stan swojego gospodarstwa i skutki tego stanu dla zdrowia swojej rodziny, to często nie chcą eksponować ani ujawniać warunków jakie sobie stworzyli. Stosowanie ankiety audytoryjnej skierowanej do mężczyzn okazało się kłopotliwe, gdyż nie znaleziono miejsca i proponowanego celu skupienia tej grupy.

Cechą specyficzną populacji był podział na wyraźne oddzielenie oświaty - kobiet, mężczyzn, dzieci, młodzieży i ludzi starych. Stosunek tych ostatnich (500 tysięcy inwalidów na rencie i dwa miliony emerytów) do zatrudnionych, ma się w skali całej Polski jak 1,5 do 1. Ten fakt świadczy o ograniczonej możliwości kontaktu z badanymi, bowiem tylko 30% ludzi starych porusza się swobodnie po domu i zagrodzie, 42% porusza się z trudem poza domem, 18% ma trudności z samoobsługą w domu, 7% jest obłożnie chorych.¹⁵⁾

Prowadzone badania etapowe wskazały na niezmiernie istotny wpływ czynników sytuacyjnych na dane związane z zachowaniami zdrowotnymi. Należały do nich:

- sezonowość robót i obciążenia pracą;
- warunki klimatyczne w dniu badania;
- fakt, że w małym środowisku wiejskim indywidualne przypadki nabierając znaczenia dla całej wspólnoty były nadmiernie akcentowane;
- znaczne sezonowe wahania w jakości odżywiania;
- znaczne sezonowe wahania w spędzaniu czasu wolnego i form wypoczyniania.

W zakresie operowania pojęciami brakowało wspólnej dla badanego i badającego aparatury pojęciowej. Przynależeli oni do innego kodu. Informacje najlepiej zbierały nauczycielki wiejskie pochodzące ze wsi, będące częścią nie tylko środowiska szkolnego ale i wioskowego. Najczęstsze problemy to:

- trudności w zdefiniowaniu pracy, bowiem nie uważano za nią np. pomocy w kuchni, przeganiania bydła, dokonywania zakupów, sprzątanía, opieki nad rodzeństwem, obrządzania zwierząt, prac w ogrodzie przydomowym;
- utożsamianie pojęcia "pracy" z pracą fizyczną. W wyniku czego hobby uprawiane przez osoby spoza wsi np. koszenie trawy, naprawa płotu, uznawane były za pracę. Nie nazywano czynności "pracą" w oparciu o ich funkcje, a podobieństwa zachowań;
- inne rozumienie istoty pracy, ma ona szczegółowo określone nazwy;
- oddzielnym zagadnieniem było wartościowanie aktywności produkcyjnej dzieci;

Podobnie ciężko było wspólnie zdefiniować nomenklaturę z zakresu form spędzania czasu wolnego:

- nieporozumienia co do tej kategorii utożsamianej przez respondentów z wypoczynkiem biernym;
- pytając o aktywność fizyczną należało pytać o aktywność sportową, gdyż pytanie o aktywność rozumianą jako rekreacyjną i sportowanie się nie było rozumiane;
- czynności wchodzące w zakres rekreacji mylono z czynnościami regenerującymi siłę i te obydwie z wypoczynkiem biernym;
- wycieczki rozumiano jako wyjazdy do Częstochowy i Lichenia;
- zabrakło jednomyślności jak kwalifikować pielgrzymki;
- podawano równolegle zarobkowe i wypoczynkowe wyjazdy za granicę;
- różnie kwalifikowano konieczność udziału w rytuałach rodzinnych i wspólnotowych;
- dziecięce wyjazdy poza dom na wakacje, zawierały grupę wyjazdów do rodziny w sąsiedniej wsi, lub z większej wsi do rodziny

posiadającej gospodarstwo nieprodukcyjne, tak dzieci aby nie przeszkadzały rodzicom w pracy.

Będąc humanistami i nie mając bezpośrednich umiejętności dokonywania pomiarów zagrożeń dla zdrowia wynikających ze środowiska zamieszkania i środowiska pracy, opierano się na danych przygotowywanych przez profesjonalistów.

Można przypuszczać, iż statystyka w orzecznictwie wypadkowości przy pracy nie jest kompletna. Zawiera bowiem tylko te wypadki, które są zgłoszone przez rolników. Ci zaś zgłaszają je wtedy, gdy spodziewają się, że otrzymają odszkodowanie. Czyli, gdy oczekują, że ich uraz uznany zostanie za upośledzający przez okres ponad 6 miesięcy. Wskaźnik wypadkowości w rolnictwie jest dwukrotnie większy niż w całej gospodarce. Wynosi prawie 20 poszkodowanych na 1000 osób. W opolskim wynosi niecałe 15 osób, a w tarnobrzeskim ponad 40. Trudno zrozumieć to zróżnicowanie. Dlatego należało również wykazać ostrożność w podejściu do danych zachorowalności szpitalnej. Poza statystyką znajdowała się duża grupa nieodnotowywanych działań samoleczniczych. Niechęć części respondentów do wymagających czasu i nakładów badań specjalistycznych utrudniała właściwą ocenę stanu zdrowia. Zaś przeniesienie części danych do ukierunkowanych specjalistycznie placówek zdrowia, spowodowało niemożność ich poznania. To zjawisko miało dość szeroki zasięg, gdyż mieszkańcy wsi wolą się badać u lekarzy z miasta a nie u lekarza wiejskiego, mając dość zróżnicowany i krytyczny stosunek do jego umiejętności. Trzeba dodać, że:

- szeroko stosowane samolecznictwo wpływa na zmniejszenie wartości informacyjnej dokumentacji znajdującej się w instytucjach medycznych;
- fakt samozaopatrywania się w produkty żywnościowe i nie kupowanie, łatwo obliczalnych produktów w sklepie, ogranicza możliwości oceny wielkości ich zużycia;
- pytanie o staż pracy okazało się bez sensu, nie wiadomo co może być cezurą tego etapu;

- ponieważ prace w gospodarstwach nie są wykonywane w jedno-razowych sekwencjach czasowych, a są przeplatane innymi czynnościami, trudno było obliczyć budżety czasu;
- niektóre wskaźniki były nieadekwatne do założonego celu, jak chociażby wskaźnik zagęszczenia izb mieszkalnych. Najmniejsze zagęszczenie, sugerujące najlepsze warunki miały osoby stare, samotne i schorowane;
- stosowanie wskaźnika posiadania dóbr uważając, że wzbogacają one gospodarstwo, w pewnym ustalonym porządku okazało się błędne. Zróżnicowanie na pralki zwykłe i automatyczne nie oddawało ani zamożności ani stosunku do schludności. Było odzwierciedleniem posiadania lub nie posiadania w obejściu, instalacji wodnych, umożliwiających ich zamontowanie. Pytania o dobra mogące być wskaźnikami, nie okazało się trafne, gdyż musiało zostać wzbogacone o informacje, kto i w jakim zakresie jest ich użytkownikiem;
- nie było możliwości dokonania prostego podziału jednostek chorobowych badanych, najczęściej występują one łącznie w różnych konfiguracjach - i nowotwory i urazy, oraz choroby układu krążenia, choroby narządu ruchu, układu oddechowego, układu trawienego, narządów zmysłów, choroby pasożytnicze i skórne;
- interpretacja danych była utrudniona ze względu na brak kompleksowych danych porównawczych dotyczących uwarunkowań zachowań zdrowotnych.

Należałoby wspomnieć, że w badaniu zastosowano narzędzie obiektywizujące badanie postaw. Jego konstrukcję jak i wstępne omówienie części opracowanego materiału przedstawiono na II Międzynarodowej Konferencji "Antropologia a Medycyna i Promocja Zdrowia" we wrześniu 1997 roku w Łodzi.

Kierunki analizy zachowań zdrowotnych

Tabela Nr 1.

Typ wiedzy	Kierunek analizy	
	Od zachowań do zdrowia	Od zdrowia do zachowań
Subiektywna wiedza badanego	Jakie zachowania kształtują Pana/i zdrowie?	Na jakie zachowania prozdrowotne pozwala Pańskie zdrowie?
Obiektywna wiedza badacza	Jakie są Pańskie/i zachowania?	Jakie są obiektywne parametry zdrowotne badanego, umożliwiające podejmowanie zachowań prozdrowotnych?

Przypisy:

- 1 J.Karski *Organizacja Ośrodka Promocji Zdrowia*, COiEOZ, Warszawa, 1994.
- 2 *Zdrowie mieszkańców polskiej wsi*, red. B.Skrętowicz, Instytut Medycyny Wsi, Lublin 1994.
- 3 *Bilans Otwarcia, Raport Rządowy*, URM, Warszawa 1998.
- 4 *Narodowy Program Zdrowia 1996 - 2005, Przegląd Rządowy*, 1997, nr 1.
- 5 *Promocja zdrowia*, red. J.Karski, i inni, Warszawa 1992.
- 6 *Sytuacja Dzieci i młodzieży w Polsce (5 - 20 lat), Raport*, Polska Fundacja Dzieci i Młodzieży, Warszawa 1993, *Zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce*, red. B.Woynarowska i inni, Warszawa 1993.

- 7 *Lider - Nowa Wieś*, Wydanie specjalne, Materiały z sympozjum, Lublin, 26 - 27. 10. 1995.
- 8 *Zdrowie mieszkańców polskiej wsi*, red. B.Skrętowicz, Instytut Medycyny Wsi, Lublin 1994.
- 9 *Zachowania zdrowotne - zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego*, red. A.Gniazdowski, Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1990.
- 10 *Człowiek - Środowisko - Zdrowie*, red. J.Kopczyński, A.Siciński, Zakład Narodowy Imienia Ossolińskich, Wrocław - Warszawa - Kraków, 1990, *W kręgu życia i śmierci* red. Z.Szafarski, Warszawa 1987.
- 11 B. Uramowska - *Żyto*, *Zdrowie i choroba w świetle wybranych teorii socjologicznych*, Warszawa 1992.
- 12 M. Demel, *Pedagogika zdrowia*, Warszawa 1980.
- 13 L.J. Kolbe, *The Application of Health Behavior Research. Health Education and Health Promotion*, w: *Health Behavior. Emerging Research Perspectives*, red. Gochman D.S., Plenum Press, New York and London, 1988, s. 38, za *Zachowania zdrowotne Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego*, red. A. Gniazdowski, Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1990.
- 14 K.Puchalski, *Zachowania związane ze zdrowiem jako przedmiot nauk socjologicznych. Uwagi wokół pojęcia*, [w:] *Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego*, red. A. Gniazdowski, Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1990.
- 15 L. Ostrowski, *Mieszkańcy wsi starsi wiekiem żyjący w niedostatku*, "Wieś Współczesna", 1989, nr 11.