

Joanna Bulska

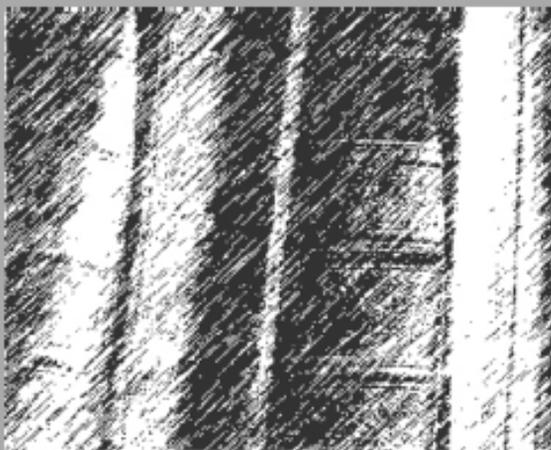
Wybrane elementy edukacji zdrowotnej w rodzinie

Chowanna 2, 181-190

2008

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach
dozwolonego użytku.



JOANNA BULSKA

Wybrane elementy edukacji zdrowotnej w rodzinie

Selected elements of health education in family

Abstract: The author makes an attempt to pay attention to health education in family in the context of spending free time in the case of children and the role of relax in health, among other things.

Key words: healthy education, health, family.

Współcześnie traktuje się rodzinę całościowo – jako układ społeczny o specyficznych właściwościach. Rodzina w toku codziennych interakcji wytwarza wspólny, podzielany przez wszystkich jej członków zasób wiedzy. Jest to system informacji o każdym z nich, rodzinie jako całości i otaczającym świecie, a także system reguł pozwalających interpretować aktualne wydarzenia i tworzyć nową wiedzę. Wspólna wiedza wpływa na funkcjonowanie członków rodziny, na ich sposób życia (Chądzyńska, Dryll, 2004, s. 29). Rodzina stanowi duchowe zjednoczenie szczupłego grona osób, skupionych we własnym ognisku domowym aktami wzajemnej pomocy i opieki, oparte na wierze w prawdziwą lub domniemaną łączność biologiczną, tradycję rodzinną i społeczną (Adamski, 2002, s. 29). Stanowi szczególne miejsce wśród różnych środowisk funkcjonowania człowieka i podstawowy kontekst rozwojowy, wspomagający procesy rozwojowe swych członków w toku bezpośrednich i długotrwałych interakcji, które oparte są na bliskiej więzi (Baker, 2003, s. 47).

Rodzina jest potencjalnie najważniejszym sojusznikiem młodego człowieka w kreowaniu właściwych i pozytywnych zachowań. Można przyjąć, że rodzicom zależy na zdrowiu i prawidłowym rozwoju dziecka i niewielkie jest prawdopodobieństwo tego, by świadomie uczyli je zachowań szkodliwych ze zdrowotnego punktu widzenia. Sami jednak często mają złe przyzwyczajenia, których szkodliwości bądź nie rozumieją, bądź nie doceniają (Kulik, 1997, s. 81).

Zachowania zdrowotne kształtują się przede wszystkim w okresie wzrastania i rozwoju dziecka. Dokonuje się to w procesie socjalizacji rozumianej jako przekazywanie potomstwu wiedzy o otaczającym świecie, dziedzictwa kulturowego oraz przygotowanie do pełnienia dorosłych ról społecznych (Kawula, 1998, s. 38) lub jako ogół działań ze strony społeczeństwa, zwłaszcza rodziny, szkoły i środowiska społecznego, zmierzający do uczynienia z jednostki istoty społecznej (Okoń, 2004, s. 373–374). Zachowania zdrowotne kształtują się zatem pod wpływem bardzo różnorodnych czynników, w tym wzorców i instrukcji przekazywanych przez rodziców, rówieśników, szkołę, religię, społeczność lokalną i środki masowego przekazu. Ukształtowane w dzieciństwie i młodości błędne zachowania są bardzo trudne do zmiany w wieku dorosłym. Czynniki wpływające na kształtowanie się stylu życia i zachowań zdrowotnych można podzielić na cztery grupy:

- czynniki związane ze środowiskiem fizycznym, w którym ludzie żyją i pracują,
- czynniki kulturowe, w tym przede wszystkim miejsce zdrowia w hierarchii wartości,
- czynniki osobiste, w tym własne przekonania w sprawach zdrowia, jego kontroli, potrzeby działań profilaktycznych,

- wpływ grup ludzi, w których odbywa się proces wychowania i socjalizacji dziecka, główną rolę odgrywa tu rodzina (W o y n a r o w s k a, 1994, s. 113).

Właśnie w ramach rodziny następuje wychowanie zdrowotne i kształtowanie postaw wobec zdrowia, przekazywanie pewnych elementów wiedzy dotyczącej zdrowia i choroby, wyrabianie emocjonalnego stosunku do zdrowia jako wartości, uczenie podstawowych nawyków higienicznych i pielęgnacyjnych, zachowań pro- i antyzdrowotnych, zachowań w chorobie itd. Rodzina zatem odgrywa podstawową rolę w promocji i umacnianiu zdrowia (T o b i a s z - A d a m c z y k, 2000, s. 170–171). Rodzice dzięki swej pozycji oraz długotrwałości kontaktów z dzieckiem mają największe możliwości kształtowania zdrowia i sprawności fizycznej swych dzieci od urodzenia aż do pełnoletniości. Wywiązanie się z tej roli i obowiązku zależy w dużej mierze od zachowań samych rodziców (K u r a s, 2003, s. 62). Rodzice przekazują dziecku pierwszy, a w początkowym okresie jego rozwoju jedyny model zachowań zdrowotnych (G a w e ł, 2001, s. 120). Od rodziny zależy przyszłość dziecka, co świadczy o niezwykle dużym potencjale oraz wychowawczych możliwościach, jakie w niej tkwią, a jednocześnie stanowi wyzwanie dla istotnych działań wychowawczych w rodzinie (I z d e b s k a, 2003, s. 70).

Jednak współczesna cywilizacja stwarza coraz większe zagrożenia dla rodziny, zakłóca jej funkcjonowanie i podważa podstawy jej istnienia. Przyjmuje się, że stanowi to uboczny skutek rozwoju najnowszej cywilizacji, która oprócz wielu pozytywów ofiaruje ludziom również negatywne z punktu widzenia jakości życia skutki postępów (T y s z k a, 2002, s. 35).

Obecnie rodzina, tworząc w miarę spójną strukturę, jest jednocześnie otwarta na wpływy środowiska zewnętrznego, odbierane głównie za pośrednictwem mediów. Wpływ mediów na przebieg i jakość wychowania zdrowotnego jest wielostronny. Mówiąc o mediach najczęściej ma się na myśli telewizję. W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę przede wszystkim na negatywne zdrowotne skutki zbyt długiego oglądania programów telewizyjnych zarówno przez dzieci, jak i przez dorosłych. Pomimo wskazanej szkodliwości telewizji dla psychicznego zdrowia dziecka należy stwierdzić, że zagrożenie to można złagodzić, a nawet wyeliminować. Odbiorniki telewizyjne emitują szkodliwe promieniowanie, oddziałują niekorzystnie na wzrok, siedzenie przed ekranem sprzyja powstawaniu bądź pogłębianiu się wad postawy dzieci. Podczas oglądania telewizji lub pracy na komputerze dziecko zmuszone jest do długotrwałego pozostawania w jednej pozycji, tymczasem im młodsze dziecko, tym większą ma potrzebę ruchu. Korzystanie z tych urządzeń ogranicza najczęściej inne zajęcia dziecka, w tym zabawy na świeżym powietrzu (L e w i c k i, 2005, s. 129).

Z badań przeprowadzonych na terenie województw: kujawsko-pomorskiego, lubelskiego, łódzkiego, małopolskiego, opolskiego, podlaskiego, śląskiego i zachodniopomorskiego, w reprezentatywnej ogólnopolskiej próbie 2893 uczniów klas I i III szkół gimnazjalnych różnych typów jednoznacznie wynika, że rozkład czasu przeznaczanego przez młodzież na oglądanie telewizji w dniach szkolnych i w weekendy wyraźnie się różnił. W dniach weekendu zarówno w mieście, jak i na wsi 2–3-krotnie zwiększał się odsetek młodzieży obu płci przeznaczającej na oglądanie telewizji więcej niż 4 godziny dziennie. Młodzież w mieście i na wsi nie różni się pod względem czasu przeznaczanego na oglądanie telewizji w dniach szkolnych, ale w weekendy więcej czasu na oglądanie telewizji przeznaczają mieszkańcy wsi. W zasadniczych szkołach zawodowych odsetek uczniów poświęcających na tę czynność w dni szkolne ponad 4 godziny był trzykrotnie większy niż w liceach ogólnokształcących (W o y n a r o w s k a, 2006, s. 54–55).

Długotrwałe i niekontrolowane oglądanie telewizji przez dzieci i młodzież jest szkodliwe dla nich samych i dla całej rodziny. M. Bińczycka-Anholzer, M. Braun-Gałkowska, J. Izdebska oraz J. Tanaś stwierdzają, że skutkiem takiego zaniedbania jest:

a) dezintegracja rodziny przejawiająca się brakiem czasu na wspólne zajęcia, rozmowy i kontakt emocjonalny; oglądanie telewizji w tym samym pomieszczeniu jest pozorną integracją; efektem są rzadkie w rodzinach dyskusje z dziećmi na temat oglądanych programów;

b) zastępowanie przez telewizję rodziców w wychowywaniu dziecka (tzw. elektroniczna niania, automatyczna opiekunka), tym częstsze, im rodzice mają mniej czasu i są bardziej zajęci własną pracą oraz im niższy jest ich status społeczny;

c) nasylenie programów telewizyjnych (i filmów wideo) brutalnością, agresją, przemocą (gwałty, bójki, zabójstwa, umieranie), których sprawcy często pozostają bezkarni; liczne dowody świadczą o tym, że dzieci naśladują w życiu te zachowania; obserwuje się tzw. telewizyjny zespół odwrzliwienia (desensytyzacji), czyli stopniowy zanik reakcji emocjonalnych wobec agresji, przestępstwa, zbrodni;

d) zafałszowanie rzeczywistości w wyniku przedstawiania świata ludzi pięknych i bogatych („nadreprezentacja”), co kształtuje orientację na „mieć”, a nie „być”; podawanie informacji w sposób sensacyjny i udramatyzowany; kształtowanie zachowań konsumpcyjnych (reklamy); dzieci nie mają w pełni wykształconych mechanizmów obronnych oraz umiejętności odróżniania i selekcji tego, co jest dobre, a co złe, i co jest fikcją, a co rzeczywistością;

e) „wypieranie” innych wartościowych zajęć, jak zabawy z rówieśnikami, zajęcia sportowe, rekreacyjne, czytanie książek;

f) wpływ na układ nerwowy:

- rozstrojenie równowagi układu autonomicznego – w następstwie wielogodzinnej ekspozycji na bodźce (bity), występuje nadpobudliwość psychiczna, uczucie zmęczenia;
- napady padaczkowe fotogenne (odruchowe), tzw. padaczka telewizyjna, zaliczana do idiopatycznych postaci padaczki, u osób o genetycznie uwarunkowanej nadwrażliwości na światło (fotowrażliwości) (Woyńska, 2000, s. 476).

Jadwiga Izdebska prezentuje postulaty dotyczące roli telewizji w wychowaniu rodzinnym dziecka, podając 10 zasad wychowania rodzinnego. Skierowane są one do rodziców i mogą pomóc im w skutecznym organizowaniu rodzinno-domowego odbioru telewizji i w przygotowywaniu dzieci do selektywnego, aktywnego uczestnictwa w kulturze masowej, co w konsekwencji prowadzić może do efektywnego pozyskania telewizji w wychowaniu rodzinnym dziecka. Zasady te mają charakter otwarty, nawzajem się uzupełniają:

1. Zasada podmiotowości w organizowaniu przez rodziców rodzinno-domowego odbioru telewizji – wskazuje na rolę rodziców w organizowaniu odbioru telewizji w rodzinie.

2. Zasada zachęcania członków rodziny do rodzinno-domowego odbioru telewizji – akcentuje potrzebę motywowania, zachęcania dzieci i innych członków rodziny do wspólnego oglądania wybranych, wartościowych programów telewizyjnych przez wskazywanie nie tylko na cel, ale także „korzyści”, jakie daje wspólne spędzanie czasu wolnego przed telewizorem.

3. Zasada świadomego, krytycznego, selektywnego wyboru programów telewizyjnych – kształtuje umiejętności panowania nad olbrzymią ilością atakujących rodzinę informacji, selekcionowania w kierunku treści pożądaných wychowawczo, wartościowych poznawczo i artystycznie.

4. Zasada kompromisu w doborze programów telewizyjnych – przejawia się we wzajemnym respektowaniu w rodzinie określonych, indywidualnych pragnień, życzeń, potrzeb dotyczących wyboru i oglądania określonego programu przez poszczególnych członków rodziny.

5. Zasada kształtowania umiejętności aktywnego, kreatywnego, odbioru programów telewizyjnych w rodzinie – niezbędne są tu zabiegi wychowawcze ze strony rodziców, mające na celu uprzystępnienie dzieciom odbieranych przez nie treści, zrozumienie i przyswojenie przez: porządkowanie, klasyfikację poznawanych informacji, ich analizę, syntezę, uogólnienie, wartościowanie, ocenę.

6. Zasada integrowania rodziców w zakres kontaktów telewizyjnych dzieci – odbiór telewizji w rodzinie może być przez rodziców wykorzy-

stywany jako określone narzędzie wychowawcze, ale niezbędne jest systematyczne i umiejętne kierowanie tym procesem przez rodziców.

7. Zasada wykorzystywania wzorów osobowych rodziców w odbiorze telewizji przez dziecko – mówi o wychowawczym wpływie rodziców na dzieci dzięki świadomym oddziaływaniom rodzicielskim dotyczącym uczestnictwa członków rodziny w kulturze; oddziaływanie wzorów osobowych rodziców dokonuje się na drodze uczenia się, przez obserwację, naśladowanie rodziców przez dziecko, co stanowi podstawę do identyfikacji i internalizacji przekazywanych wzorów.

8. Zasada wykorzystania zdobytych „doświadczeń telewizyjnych” w procesie wychowania rodzinnego dziecka – wskazuje na potrzebę i możliwości wykorzystania telewizji w procesie rodzinnego wychowania dziecka; następuje to dzięki określonym efektom realizacji funkcji wychowawczych, jakie pełni telewizja w życiu dziecka: poznawczej, rozrywkowej, odpoczynku.

9. Zasada ochrony dzieci przed negatywnymi wpływami telewizji oraz współuczestniczenie rodziców w przygotowaniu programów telewizyjnych – wskazuje na to, że rodzice mają obowiązek dbania o racjonalny odbiór telewizji w rodzinie, mają również prawo zgłaszania postulatów, żądań, wymagań pod adresem telewizji i innych mass mediów, realizowania przez te środki przekazu zadań wychowawczych i wspierania podstawowych wartości rodziny.

10. Zasada podnoszenia kwalifikacji rodziców w zakresie odbioru telewizji w rodzinie – wskazuje na potrzebę przygotowania rodziców do organizowania przez nich racjonalnego odbioru telewizji w rodzinie poprzez dostarczenie im wiedzy z tego zakresu; chodzi przede wszystkim o kształcenie świadomości rodziców dotyczącej pozytywnych i negatywnych skutków oglądania telewizji i ich uwarunkowań (I z d e b s k a, 1996, s. 476–477).

Badania przeprowadzone na terenie ośmiu województw dostarczyły również informacji dotyczących korzystania z komputera przez uczniów szkół ponadgimnazjalnych. Okazało się, że odsetek korzystających z komputera co najmniej 4 godziny dziennie był ponad dwukrotnie większy w weekendy niż w dni szkolne. W obu przypadkach z komputera korzystało dwukrotnie więcej chłopców niż dziewcząt. Nieznacznie częściej niż młodzież 18-letnia tak długo z komputera korzystała młodzież 16-letnia. Stwierdzono również istotne statystycznie różnice w odsetkach młodzieży korzystającej długo z komputera w zależności od typu szkoły. Odsetki te były znacznie większe wśród uczniów obu płci w liceach profilowanych lub zawodowych oraz zasadniczych szkołach zawodowych niż w pozostałych dwóch typach szkół (W o y n a r o w s k a, 2006, s. 56).

Praca przy komputerze, podobnie jak oglądanie telewizji, odbywa się najczęściej w domu. Rozsądne użytkowanie komputerów przynosi wiele niezaprzeczalnych korzyści i udogodnień. Są one szczególnie przydatne dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej, zwłaszcza z mózgowym porażeniem dziecięcym i innymi dysfunkcjami utrudniającymi opanowanie umiejętności pisania, oraz dla dzieci ze zmniejszoną koncentracją uwagi i hiperaktywnością. Jednak długotrwała praca przy komputerze, zwłaszcza w niekontrolowanych warunkach, może przynieść nieoczekiwane negatywne skutki i powodować:

- długotrwałe unieruchomienie, często w nieprawidłowej pozycji, i bóle pleców;
- ogólne zmęczenie psychiczne (mrużenie oczu, zaczerwienienie spojówek, bóle głowy, spowolnienie reakcji, zniechęcenie, ospałość i apatia) lub rozdrażnienie jako skutek oddziaływania wielu czynników, m.in.: kontrastu między światłem emitowanym z ekranu a tłem, migotania ekranu, promieniowania elektromagnetycznego i pola elektrostatycznego wokół komputera, nierozładowania emocji dziecka;
- „rozleniwienie” intelektualne, homogenizację myślenia, tzw. komputerowy styl pracy umysłowej – przeskakiwanie z myśli na myśl, z informacji na informację;
- ograniczenie kontaktów międzyludzkich, rodzinnych, towarzyskich (komputer jako substytut osoby);
- zwalnianie dziecka z czynności pisania i usprawniania motoryki palców, wyręczanie go w opanowaniu reguł ortograficznych;
- generowanie postaw konsumpcyjnych, wyrażających się nadmiernym zaufaniem do obliczeń matematycznych i bagatelizowanie poznania intuicyjnego i metafizycznego;
- w wypadku większości dostępnych gier komputerowych, podobnie jak w wypadku telewizji, zwiększenie ryzyka zachowań agresywnych oraz zobojętnienia na obrazy przemocy;
- możliwość uzależnienia od gier komputerowych;
- padaczka gier komputerowych – napady wyzwalane błyskającym światłem ekranu, a także nałożonymi na to figurami geometrycznymi i szybko przesuwającymi się na ekranie scenami (W o y n a r o w s k a, 2000, s. 476–477).

W środowisku domowym niezbędne jest zorganizowanie dziecku dnia, aby zapewnić mu pełny wypoczynek i rozrywkę oraz dobre samopoczucie psychiczne i fizyczne. Fizjologiczną podstawą dobrej organizacji dnia jest wyrabianie u dziecka odruchów warunkowych „na czas”. Jeżeli każdego dnia w tym samym czasie wykonuje ono określone zajęcia, czynności, np. spożywa posiłki, kładzie się spać, odrabia lekcje, to stosunkowo szybko wyrabia się u niego „odruch na czas”, to znaczy organizm jest przygoto-

wany na wykonanie danej czynności. Te same godziny spożywania posiłków sprawiają, że dziecko ma większy apetyt, stałe godziny snu ułatwiają zasypianie i budzenie się. Przestrzeganie systematyczności w rozkładzie dnia dziecka wyrabia u niego optymalny, fizjologiczny rytm pracy organizmu, ułatwiający przebieg wszystkich procesów życiowych, poprawiający wydajność pracy i skuteczność wypoczynku (K o r c z a k, red., 1990, s. 278–280).

Sen jest niezbędny do regulacji układu nerwowego, zwłaszcza kory mózgowej, zarówno dzieciom, jak i dorosłym (L e w i c k i, 2006, s. 81).

Warunki środowiskowe, takie jak: hałas, światło, ciasne mieszkanie, temperatura lub niewłaściwa jakość powietrza, przestawianie mebli oraz zmiany w sypialni wpływają na utrzymanie gotowości zaśnięcia i jakości snu (Friebeł, Friedrich, 1995, s. 97).

Wśród podstawowych zasad higieny snu u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym należy wymienić:

- regularność – układanie się do snu codziennie o stałej porze i odpowiednio wcześnie w zależności od wieku: między godziną 20.00 (dzieci 7–8-letnie) a 22.00, co odpowiada naturalnemu rytmowi biologicznemu;
- czas trwania snu 9–10 godzin, w wypadku młodzieży starszej nie mniej niż 8 godzin;
- spanie w odpowiednim łóżku, w pomieszczeniu przewietrzonym, o temperaturze nie wyższej niż 19–20°C, w warunkach możliwie najmniejszego natężenia hałasu domowego (ściszenie telewizora, radia, rozmów);
- używanie łóżka wyłącznie do spania (nie do odrabiania lekcji, oglądania telewizji itp.), dzięki czemu występuje odruch warunkowy: położenie się do łóżka jest dla organizmu sygnałem do zasypiania;
- przestrzeganie własnego rytuału w układaniu się do snu (przechodzenie od aktywności dnia do spokoju snu nocnego), wykonywanie przed snem codziennie tych samych czynności, np. toaleta, kąpiel, lektura kilku stron książki;
- wypicie (zalecane) przed snem (i przed wyczyszczeniem zębów) szklanki ciepłego mleka, zawiera ono T-tryptofan, substancję, której przypisuje się działanie nasenne;
- unikanie bezpośrednio przed snem: obfitych i ciężkostrawnych posiłków (kolację należy spożyć 1–2 godziny przed snem), napojów zawierających kofeinę (coca-cola, kawa, płynna czekolada), intensywnych ćwiczeń fizycznych – wysiłek fizyczny pobudza większość czynności organizmu, oglądania ekscytujących programów telewizyjnych, odrabiania lekcji;
- wstawanie rano zaraz po przebudzeniu (W o y n a r o w s k a, 2000, s. 470).

Dom rodzinny powinien być miejscem, w którym uczeń jest chroniony przed negatywnymi skutkami wykorzystywania komputerów czy przed

zagrożeniami związanymi ze zbyt długim i niekontrolowanym oglądaniem telewizji, miejscem, w którym propaguje się różne formy spędzania czasu wolnego.

W zależności od wieku dziecka i pory roku liczba godzin przebywania na świeżym powietrzu ulega zmianie. Pobyt na powietrzu w ciepłych porach roku uczniów młodszych jest dłuższy niż uczniów starszych; różnice zależne od wieku nie występują jesienią i zimą. Zbyt krótki czas przebywania na powietrzu nie sprzyja hartowaniu organizmu (usprawnianiu mechanizmów termoregulacji i odporności na zimno oraz zmiany temperatury otoczenia). Jest to jedna z przyczyn dużej zapadalności na choroby dróg oddechowych, głównie o podłożu przeziębieniowym (W o y n a r o w s k a, 2000, s. 472–473). Jak podaje A. Kalinowski, celem hartowania jest uodpornianie organizmu dziecka na zmiany pogody i temperatury. Do środków hartujących zaliczamy kąpiele powietrzne, kąpiele powietrzno-słoneczne oraz kąpiele wodne. Częste przebywanie w odpowiednim stroju, stosownym do temperatury, na wolnym powietrzu latem i zimą znacznie zwiększa odporność na choroby i przeziębienia. Kąpiele są zabiegami leczniczymi, hartującymi i regenerującymi (L e w i c k i, 2006, s. 82).

Do rodziców należy inicjowanie tego procesu oraz czuwanie nad jego przebiegiem. W tego typu działaniach nie wystarczy intuicja rodziców, potrzebna jest ponadto wszechstronna wiedza i konsekwencja w działaniach podejmowanych wobec siebie w rodzinie. Wiedza jest zatem niekwestionowanym czynnikiem wzbogacającym działania rodziców w odpowiedzialność wobec różnych zachowań ich dzieci. Niezwykle ważne w zdobywaniu wiedzy w tym wypadku są jej źródła (K u l i k, 1997, s. 84). Oprócz wiedzy istotne wydaje się również nabycie umiejętności oraz chęć ich wprowadzenia w życie rodzinne.

Bibliografia

- Adamski F., 2002: *Rodzina. Wymiar społeczno-kulturowy*. Kraków.
- Bakiera L., 2003: *Rodzicielstwo a rozwój dorosłych w wieku średnim*. W: *Rodzina a rozwój człowieka dorosłego*. Red. B. Harwas-Napierała. Poznań.
- Chądzyńska M., Dryll E., 2004: *Etos rodzinny – wspólnota znaczeń wyrażająca się w strukturze autonarracji ojców, matek i ich dzieci*. „Studia Psychologiczne”, T. 42.
- Friebel V., Friedrich S., 1995: *Zaburzenia snu u dzieci*. Warszawa.
- Gawęł A., 2001: *Edukacja prozdrowotna i możliwości jej optymalizacji w rodzinie i szkole*. W: *Kształtowanie postaw czynnych i więzi środowiskowych*. Red. Z. Gawłina. Kraków.

- Izdebska J., 1996: *Rodzina – dziecko – telewizja. Szanse wychowawcze i zagrożenia telewizji*. Białystok.
- Izdebska J., 2003: *Rodzina – podstawowe środowisko życia dziecka* W: *Dziecko w rodzinie i środowisku rówieśniczym*. Red. J. Izdebska. Białystok.
- Kawula S., 1998: *Komplementarność w analizie życia rodzinnego – ujęcie nauk społecznych*. W: *Pedagogika rodziny. Obszary i panorama problematyki*. Red. S. Kawula, J. Brągiel, A. Janke. Toruń.
- Korczak C.W., red., 1990: *Higiena – Ochrona Zdrowia*. Warszawa.
- Kulik B.T., 1997: *Edukacja zdrowotna w rodzinie i w szkole*. Stalowa Wola.
- Kulik B.T., Wrońska I., red., 2000: *Zdrowie w medycynie i naukach społecznych*. Stalowa Wola.
- Kuras B., 2003: *Zachowania zdrowotne rodziców*. „Edukacja i Dialog”, nr 4.
- Lewicki Cz., 2005: *Czynniki determinujące przebieg, jakość i efekty wychowania zdrowotnego dzieci 6–11-letnich w rodzinie*. Rzeszów.
- Lewicki Cz., 2006: *Edukacja zdrowotna – systemowa analiza zagadnień*. Rzeszów.
- Okoń W., 2004: *Nowy słownik pedagogiczny*. Warszawa.
- Tobiasz-Adamczyk B., 2000: *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Kraków.
- Tyszka Z., 2002: *Rodzina we współczesnym świecie*. Poznań.
- Woynarowska B., 1994: *Zdrowie, edukacja do zdrowia, promocja zdrowia*. Cz. II. W: *Biologiczne i medyczne podstawy rozwoju i wychowania*. Red. A. Jacewski. Warszawa.
- Woynarowska B., 2000: *Uczeń w rodzinie*. W: *Zdrowie i szkoła*. Red. B. Woynarowska. Warszawa.
- Woynarowska B., 2006: *Zachowania zdrowotne*. W: *Zdrowie subiektywne, zadowolenie z życia i zachowania zdrowotne uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Polsce w kontekście czynników psychospołecznych i ekonomicznych*. Red. A. Oblacińska, B. Woynarowska. Warszawa.