

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Postrzeganie zdrowia jako wartości osobistej przez młodzież szkół licealnych

Perception of health as a personal value by high school adolescents

IGA GRAD^{1, B-F}, KATARZYNA KILIŚ-PSTRUSIŃSKA^{1, 2, A, D-F}¹ Instytut Pielęgniarstwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu² Katedra i Klinika Nefrologii Pediatricznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

A – przygotowanie projektu badania, B – zbieranie danych, C – analiza statystyczna, D – interpretacja danych, E – przygotowanie maszynopisu, F – opracowanie piśmiennictwa, G – pozyskanie funduszy

PL ISSN 1734-3402

Streszczenie Wstęp. Okres adolescencji jest czasem kształtowania się tożsamości zdrowotnej.**Cel pracy.** Uzyskanie odpowiedzi na pytanie, jakie znaczenie młodzież nadaje kategorii „zdrowie” wśród innych deklarowanych wartości oraz jak postrzega swoje kompetencje osobiste.**Materiał i metody.** Badania przeprowadzono u 242 uczniów klas I–III liceów ogólnokształcących. Zastosowano dwa testy: Listę Wartości Osobistych (LWO) oraz Skalę Kompetencji Osobistych (KompOs), badającą uogólnione poczucie własnej skuteczności i jej składowe: poczucie siły i wytrwałości.**Wyniki.** Dla ponad 30% uczniów kategoria „dobre zdrowie” jest najważniejszym symbolem szczęścia, ale 18% badanych nie uznaje jej za taki symbol lub uważa za najmniej istotny spośród innych wskazanych jako znaczące. 50% uczniów deklaruje, że wartość „dobre zdrowie, sprawność fizyczna i psychiczna” jest dla nich najważniejsza (15%) lub bardzo ważna (35%). „Zdrowie” częściej ujmowane jest jako środek do osiągnięcia celu w życiu, a nie autonomiczna wartość. Wykazano, że 43% badanych ma wysokie uogólnione poczucie własnej skuteczności, natomiast 19% – niskie, a 38% – przeciętne. Wysokie poczucie siły i wytrwałości odnotowano u 50% uczniów.**Wnioski.** Świadomość wartości zdrowia i poczucie własnej skuteczności u młodzieży wydają się być niewystarczające dla podejmowania prawidłowych zachowań związanych ze zdrowiem. W ramach profilaktyki schorzeń cywilizacyjnych należy u młodzieży zwrócić uwagę na wzmocnienie „zdrowia” jako wartości osobistej oraz budowanie poczucia kompetencji osobistych dla podejmowania i realizowania zachowań zdrowotnych.**Słowa kluczowe:** zdrowie jako wartość, kompetencje osobiste, młodzież.**Summary Background.** The period of adolescence is a time of health identity.**Objectives.** The aim of the study was to answer the questions what importance is given to the “health” category among other declared values by adolescents and how they perceive their personal competences.**Material and methods.** The study included 242 grades I–III students of high schools. Two tests were used: a list of Personal Values (LWO) and Personal Competence Scale (KompOs), examining the generalized self-efficacy and its components: a sense of strength and perseverance.**Results.** The “good health” category is the most important symbol of happiness for more than 30% of the students, but 18% of the respondents did not recognize it as a such symbol or considered it to be the least important of the other identified as significant. 50% of students declared that the value of “good health, physical and mental well-being” is the most important to them (15%) or very important (35%). “Health” is often presented as a means to achieve other life goals, not a stand-alone value. It has been shown that 43%, 38% and 19% of students have a high generalized, medium and low self-efficacy, respectively. High sense of strength and perseverance were reported by 50% of the students.**Conclusions.** Awareness of the value of health and self-efficacy in adolescents seem to be insufficient to undertake correct health-related behaviors. In civilization diseases prevention programs dedicated to adolescents, particular attention should be paid to strengthening the “health” as a personal value and to build sense of personal competence to undertake and realize health behaviors.**Key words:** health as a value, personal competences, adolescents.

Wstęp

Występowanie chorób cywilizacyjnych jest ściśle związane z zachowaniami zdrowotnymi zaliczanymi do tzw. bliskich uwarunkowań zdrowia [1–3]. Zachowania prozdrowotne, w przeciwieństwie do antyzdrowotnych, służą zdrowiu i zapobiegają chorobom. Ich uwarunkowania są złożone [2, 4]. Okres wczesnego dzieciństwa jest uznawany za krytyczny dla zdrowia w wieku dorosłym [4]. Także druga dekada życia jest czasem o szczególnym znaczeniu dla kształtowania stylu życia człowieka i podejmowania wielu decyzji rzutujących na przyszłość. W okresie adolescencji utrwalają się zachowania prozdrowotne ukształtowane we wcześniej-

szych latach w procesie socjalizacji, ale pojawiają się również zachowania ryzykowne dla zdrowia [5]. Wśród determinant zdrowotnych zachowań młodzieży wyróżnia się m.in.: rodzinę, środowiska rówieśnicze i szkolne, uwarunkowania kulturowe (struktura społeczna, przekonania/wierzenia, wartości i zwyczaje) oraz podmiotowe [6–10]. Do tych ostatnich zaliczane są umiejętności i kompetencje, przekonania oraz cechy osobowościowo-afektywne. Szczególne znaczenie przypisywane jest takim podmiotowym czynnikom, jak poczucie własnej skuteczności, koherencji i własnej wartości, radzenie ze stresem, wartościowanie kategorii zdrowie i jego ocena oraz umiejscowienie kontroli zdrowia [1, 3, 10–12]. Podkreśla się, że programy edukacyjne skierowane do młodzieży, mające na celu profilaktykę schorzeń cywilizacyj-

nych, muszą korespondować z systemem wartości adolescentów i odwoływać się do ich poczucia „sprawstwa” [13, 14].

Cel pracy

Celem podjętych badań było uzyskanie odpowiedzi na pytanie, jakie znaczenie młodzież nadaje kategorii „zdrowie” wśród innych deklarowanych wartości oraz jak spostrzega swoje kompetencje osobiste.

Materiał i metody

Badania zostały przeprowadzone u 242 uczniów liceów województwa opolskiego podczas zajęć szkolnych, po uzyskaniu zgody uczniów, ich rodziców oraz dyrekcji szkół. Dane demograficzne badanych przedstawiono w tabeli 1. U każdego przeprowadzono dwa testy: Listę Wartości Osobistych (LWO) oraz Skalę Kompetencji Osobistych (KompOs) [15].

LWO służy do oszacowania wartości, jaka przypisywana jest „zdrowiu” w odniesieniu do innych wartości i dóbr osobistych ważnych dla jednostki. Badani spośród 9 symboli szczęścia dokonywali wyboru 5 najważniejszych dla siebie, przypisując im od 5 (najważniejszy symbol) do 1 punktu. Następnie uczniowie wybierali i podawali punktację dla 10 wartości osobistych, zgodnie z powyższą zasadą. Symbolem szczęścia i wartościom osobistym, które nie zostały wybrane, przypisano wartość „0”. Ranga przypisana przez ucznia „zdrowiu” odzwierciedlała wartość nadaną tej kategorii w kontekście innych wartości i dóbr osobistych. Rzetelność LWO dla obydwu jej części wynosi 0,78 i 0,76 (*test-retest*), a trafność teoretyczna 0,74 [15].

Tabela 1. Dane demograficzne badanych uczniów

Parametr	Uczniowie <i>n</i> = 242
Płeć, <i>n</i> (%)	
żeńską	140 (57,9)
męską	102 (42,1)
Wiek, <i>n</i> (%)	
16 lat	30 (12,4)
17 lat	91 (37,6)
18 lat	102 (42,15)
19 lat	19 (7,85)
Klasa licealna, <i>n</i> (%)	
I	72 (29,75)
II	132 (54,55)
III	38 (15,7)
Miejsce zamieszkania, <i>n</i> (%)	
miasto	95 (39,7)
wieś	147 (60,3)

Tabela 2. Rozkład wyboru symboli szczęścia w grupie badanych (*n* = 242)

Symbole szczęścia	Rangi	0	1	2	3	4	5
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Duży krąg przyjaciół	<i>n</i>	86	15	29	51	30	31
	%	35,5	6,2	12,0	21,1	12,4	12,8
Udane życie rodzinne	<i>n</i>	28	16	27	27	72	72
	%	11,57	6,61	11,16	11,16	29,75	29,75

Skala KompOs służy do pomiaru uogólnionego poczucia własnej skuteczności (PWS) oraz jej składowych: poczucia siły (PS) do zainicjowania działania i wytrwałości (PW) do jego kontynuacji. Badani dokonali oceny sześciu twierdzeń (pozytywnych i negatywnych) dotyczących oczekiwań związanych z podjęciem działania oraz sześciu dotyczących częstości występowania określonych zachowań, wybierając jedną spośród czterech odpowiedzi (dla twierdzeń pozytywnych: *tak, raczej tak, raczej nie, nie*, dla negatywnych: *prawie zawsze, często, czasem, nigdy*). Następnie dla całości i oddzielnie dla podskal PS i PW obliczono sumę punktów przypisanych poszczególnym odpowiedziom (od 1 do 4 punktów), uzyskując wynik ogólny PWS (od 12 do 48 punktów) oraz wskaźniki PS i PW (dla każdego od 6 do 24 punktów). Wyniki surowe przeliczono na jednostki standaryzowane w skali stenowej (1–10): 1–4 – niska kompetencja osobista, 5–6 – przeciętna, 7–10 – wysoka. Rzetelność skali: 0,51 (*test-retest*), trafność teoretyczna dla dwóch różnych miar kryterialnych: 0,30 i 0,43 [15].

Analizę statystyczną przeprowadzono przy użyciu pakietu R 2.10.1 (dla Mac OS X Cocoa GUI). Wyniki przedstawiono w tablicach wielodzzielczych. Zastosowano test niezależności χ^2 . Siłę związku między zmiennymi określono za pomocą współczynnika *V* Cramera oraz współczynnika kontyngencji Pearsona. Za poziom istotny statystycznie uznano $p \leq 0,05$. W części analiz uwzględniono dane dla liczby badanych mniejszej od całkowitej liczby respondentów, w zależności od zaznaczeń (lub ich braku) odpowiedzi. Szczegółowe informacje o liczebności próby dla poszczególnych analiz umieszczono w tabelach.

Wyniki

Wyniki testu LWO przedstawiono w tabelach 2 i 3. Dla ponad 30% uczniów kategoria „dobre zdrowie” jest najważniejszym symbolem szczęścia (5 punktów), ale 18% badanych nie uznaje jej za taki symbol lub uważa za najmniej istotny spośród pięciu wskazanych jako znaczące (tab. 2). Nie stwierdzono istotnych statystycznie zależności między wyborem kategorii „dobre zdrowie” jako symbolu szczęścia a poziomem nauczania ($p = 0,77$), płcią ($p = 0,22$) i miejscem zamieszkania ($p = 0,24$). 50% uczniów deklaruje, że wartość „dobre zdrowie, sprawność fizyczna i psychiczna” jest dla nich najważniejsza (15%) lub bardzo ważna (35%). Wartość ta znajduje się na drugim miejscu wśród 10 najważniejszych wartości osobistych młodzieży, po najczęściej wskazywanej „miłości i przyjaźni” (62,81%), ale odsetek jej wyboru jest czterokrotnie niższy (15,7%) (tab. 3). Nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności między wyborem wartości osobistej „dobre zdrowie, sprawność fizyczna i psychiczna” a poziomem nauczania ($p = 0,13$), płcią ($p = 0,25$) i miejscem zamieszkania ($p = 0,34$).

Wykazano, że 43% badanych ma wysokie uogólnione poczucie własnej skuteczności (PWS), natomiast 19% – niskie. Wysokie poczucie siły i wytrwałości, będące elementami składowymi uogólnionego PWS według skali KompOs, odnotowano u 50% uczniów. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 4. Nie stwierdzono istotnego statystycznie związku PWS, PS i PW z parametrami demograficznymi (tab. 5).

Wykonywanie ulubionej pracy/zawodu	<i>n</i>	117	36	34	28	18	9
	%	48,35	14,88	14,05	11,57	7,44	3,72
Sukcesy w nauce/pracy	<i>n</i>	114	39	37	26	17	9
	%	47,11	16,12	15,29	10,74	7,02	3,72
Dobre zdrowie	<i>n</i>	20	26	25	39	56	76
	%	8,26	10,74	10,33	16,12	23,14	31,40
Bycie potrzebnym dla innych ludzi	<i>n</i>	106	17	39	35	27	18
	%	43,80	7,02	16,12	14,46	11,16	7,44
Dobre warunki materialne	<i>n</i>	142	32	25	21	8	14
	%	58,68	13,22	10,33	8,68	3,31	5,79
Życie pełne przygód, podróży	<i>n</i>	123	51	24	15	14	15
	%	50,83	21,07	9,92	6,20	5,79	6,20
Sława, popularność	<i>n</i>	232	8	0	0	2	0
	%	95,87	3,31	0,00	0,00	0,82	0,00

Tabela 3. Rozkład wyboru wartości osobistych w grupie badanych (*n* = 242)

Wartości osobiste	Rangi	0	1	2	3	4	5
		<i>n</i>					
Miłość, przyjaźń	<i>n</i>	9	26	8	18	29	152
	%	3,72	10,74	3,31	7,44	11,98	62,81
Dobre zdrowie, sprawność fizyczna i psychiczna	<i>n</i>	49	15	23	31	86	38
	%	20,2	6,2	9,5	12,8	35,5	15,7
Poczucie humoru, dowcip	<i>n</i>	134	29	35	24	16	4
	%	55,37	11,98	14,46	9,92	6,61	1,65
Inteligencja, bystrość umysłu	<i>n</i>	85	25	34	55	33	10
	%	35,12	10,33	14,05	22,73	13,64	4,13
Wiedza, mądrość	<i>n</i>	141	26	26	22	19	8
	%	58,26	10,74	10,74	9,09	7,85	3,31
Radość, zadowolenie	<i>n</i>	81	21	51	45	30	14
	%	33,47	8,68	21,07	18,60	12,40	5,79
Odwaga, stanowczość	<i>n</i>	155	34	22	15	9	7
	%	64,05	14,05	9,09	6,20	3,72	2,89
Dobroć, delikatność	<i>n</i>	161	25	20	17	14	5
	%	66,53	10,33	8,26	7,02	5,79	2,07
Ładny wygląd zewnętrzny, prezencja	<i>n</i>	190	20	12	11	6	3
	%	78,51	8,26	4,96	4,55	2,48	1,24
Bogactwo, majątek	<i>n</i>	205	19	9	5	1	3
	%	84,71	7,85	3,72	2,07	0,41	1,24

Tabela 4. Wyniki Skali Kompetencji Osobistych u młodzieży

Skala Kompetencji Osobistych	Steny		Liczba uczniów
Poczucie własnej skuteczności (PWS) (<i>n</i> = 236)	1–4 niskie	<i>n</i>	45
		%	19,1
	5–6 średnie	<i>n</i>	90
		%	38,1
	7–10 wysokie	<i>n</i>	101
		%	42,8
Poczucie siły (PS) (<i>n</i> = 237)	1–18 niższe	<i>n</i>	106
		%	44,73
	19–24 wyższe	<i>n</i>	55,27
		%	50,4
Poczucie wytrwałości (PW) (<i>n</i> = 240)	1–16 niższe	<i>n</i>	118
		%	49,2
	17–24 wyższe	<i>n</i>	122
		%	50,8

Tabela 5. Wyniki Skali Kompetencji Osobistych u młodzieży w zależności od płci badanych				
Skala Kompetencji Osobistych	Steny		Płeć	
			żeńską	męską
Poczucie własnej skuteczności (PWS) ($n = 236$) wsp. kontyngencji $C = 0,11$ wsp. Cramera $V = 0,11$ Chi-kwadrat = 2,8 $df = 2$ $p = 0,25$	1–4 niskie	n	30	15
		%	21,9	15,2
	5–6 średnie	n	54	36
		%	39,4	36,4
	7–10 wysokie	n	53	48
		%	38,7	48,5
Poczucie siły (PS) ($n = 237$) wsp. kontyngencji $C = 0,11$ wsp. Cramera $V = 0,11$ Chi-kwadrat = 2,71 $df = 1$ $p = 0,1$	1–18 niższe	n	68	38
		%	49,6	38,0
	19–24 wyższe	n	69	62
		%	50,4	62,0
Poczucie wytrwałości (PW) ($n = 240$) wsp. kontyngencji $C = 0,03$ wsp. Cramera $V = 0,03$ Chi-kwadrat = 0,19 $df = 1$ $p = 0,66$	1–16 niższe	n	71	47
		%	50,7	47,0
	17–24 wyższe	n	69	53
		%	49,3	53,0

Dyskusja

Okres adolescencji jest czasem kształtowania się tożsamości zdrowotnej. Przeprowadzone badania wykazały, że 18% młodzieży nie lokuje kategorii zdrowia we własnym systemie istotnych wartości osobistych. Jednocześnie prawie co trzeci badany deklaruje zdrowie jako najważniejszy symbol szczęścia. Z obserwacji innych autorów wynika, że wśród młodzieży zdrowie nie jest wartością samą w sobie, a jedynie środkiem służącym do osiągnięcia szczęścia w życiu [16]. Stan ten może sprzyjać podejmowaniu działań szkodliwych dla zdrowia. Według Zalewskiej-Meler traktowanie zdrowia jako produktu, który można kupić, rodzi bierność, bezrefleksyjność i brak motywacji do działań na rzecz jego utrzymania i umacniania [17]. Powoduje także brak odpowiedzialności za zdrowotne zachowania. Konieczne jest zatem uświadamianie młodzieży, jak ważną wartość stanowi zdrowie, a dbałość o nie powinna być traktowana jako jedna z podstawowych potrzeb.

Dobrowolne podjęcie określonej aktywności przez jednostkę zależy od jej przekonania o możliwości wpływu na przebieg działania. W badaniach własnych wysokie poczucie własnej skuteczności stwierdzono u czterech na dziesięciu badanych, ale u niemal dwóch na dziesięciu odnotowano niskie wskaźniki PWS.

W badaniach własnych nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic między dziewczętami i chłopcami w zakresie uogólnionego PWS i PS. Juczyński natomiast odnotował wyższy poziom PS u chłopców w porównaniu z dziewczętami, które z kolei charakteryzował wyższy niż u płci przeciwnej poziom PW [15]. Ciekawe obserwacje dotyczące wpływu poczucia własnej skuteczności na zachowania związane

ze zdrowiem poczyniły Ogińska-Bulik i wsp. w badaniach nastolatek z nadwagą [18]. Stwierdziły, że poczucie własnej skuteczności jest głównym predyktorem ich zwyczajów żywieniowych. Dziewczeta z niskim PWS i nadwagą przejawiały złe zwyczaje żywieniowe (nawykowe i emocjonalne przejadanie się), odwrotnie niż dziewczeta z wysokim PWS. Z kolei chłopcy z nadwagą i niskim poczuciem własnej skuteczności, w sytuacji stresu nie podejmowali prób radzenia sobie z nim, tylko poszukiwali wsparcia społecznego [19].

W psychologii podkreśla się, że poczucie „sprawstwa” pozytywnie wpływa na przetwarzanie informacji, formułowanie celów, podejmowanie zadań i ich wykonywanie [20, 21]. W tym kontekście kształtowanie u młodzieży przekonania o kompetencjach związanych ze zdrowiem wydaje się być czynnikiem dobrze rokującym dla jego utrzymywania i poprawy.

Wnioski

- Świadomość wartości zdrowia i poczucie własnej skuteczności u badanej młodzieży wydają się być niewystarczające dla podejmowania prawidłowych zachowań związanych ze zdrowiem. Przemawia za tym częstsze ujmowanie „zdrowia” jako środka do osiągnięcia celu w życiu, a nie wartości samej w sobie oraz niskie i przeciętne poczucie sprawstwa u ponad połowy badanych.
- Wzmocnienie „zdrowia” jako wartości osobistej oraz budowanie poczucia kompetencji osobistych dla podejmowania i realizowania zachowań zdrowotnych powinny być uwzględnione w profilaktyce schorzeń cywilizacyjnych, adresowanej do badanych młodocianych.

Piśmiennictwo

- Heszen I, Sęk H. *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2007.
- Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and strategies to promote equity in health*. Stockholm: Institute for Future Studies; 2007: 1–67.
- Gromulska L, Piotrowicz M, Cianciara D. Własna skuteczność w modelach zachowań zdrowotnych oraz w edukacji zdrowotnej. *Prz Epidemiol* 2009; 63: 427–432.
- Woynarowska B. *Czynniki warunkujące zdrowie i dbałość o zdrowie*. W: Woynarowska B, red. *Edukacja zdrowotna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2007: 44–75.

5. Woynarowska B, Mazur J. Zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce: wyniki badań HBSC 2002. *Zdr Publ* 2004; 114: 159–167.
6. Mazur J. Społeczne uwarunkowania zdrowia subiektywnego młodzieży szkolnej w wieku 11–15 lat w Polsce na tle danych europejskich. *Med Wieku Rozw* 2010; 14: 169–178.
7. Pearson N, Timperio A, Salmon J, et al. Family influences on children's physical activity and fruit and vegetable consumption. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2009; 16: 6–34.
8. Bauer KW, Nelson MC, Boutelle KN. Parental influences on adolescents' physical activity and sedentary behavior: longitudinal findings from Project EAT-II. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2008; 5:12. [Http://www.ijbnpa.org/content/5/1/12](http://www.ijbnpa.org/content/5/1/12).
9. Hanson MD, Chen E. Socioeconomic Status and health behaviors in adolescence: a review of the literature. *J Behav Med* 2007; 30: 263–285.
10. Prinstein MJ, Boergers J, Spirito A. Adolescents' and Their Friends' health risk behavior: factors that alter or add to peer influence. *J Ped Psych* 2001; 26(5): 287–298.
11. Buckelew SM, Adams SH, Irwin CE, et al. Increasing clinician self-efficacy for screening and counseling adolescents for risky health behaviors: results on intervention. *J Adolesc Health* 2008; 43: 198–200.
12. Roddenberry A, Renk K. Locus of control and self-efficacy: potential mediators of stress, illness, and utilization of health services in college students. *Child Psychiatry Hum Dev* 2010; 41: 353–370.
13. Puchalski K. *Uwarunkowania aktywności zdrowotnej w kontekście promocji zdrowia – szkic socjologicznego modelu*. W: Heszten I, Życińska J, red. *Psychologia zdrowia w poszukiwaniu pozytywnych inspiracji*. Warszawa: Wydawnictwo SWPS Academica; 2008: 205–222.
14. Gromulska L, Piotrowicz M, Cianciara D. Własna skuteczność w modelach zachowań zdrowotnych oraz w edukacji zdrowotnej. *Prz Epidemiol* 2009; 63: 427–432.
15. Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych; 2009.
16. Zadworna-Cieślak M, Ogińska-Bulik N. *Zachowania zdrowotne młodzieży – uwarunkowania podmiotowe i rodzinne*. Warszawa: Wydawnictwo Difin; 2011.
17. Zalewska-Meler A. *(Nie)obecne kategorie w obszarze zdrowia człowieka*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”; 2009.
18. Ogińska-Bulik N, Gutowska-Wyka A. Sposrządzana kontrola a zwyczaje żywieniowe u nastolatków z nadwagą. *Sztuka Lecz* 2003; 9: 37–44.
19. Gutowska-Wyka A. Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem u chłopców z nadwagą i z wagą w normie. *Sztuka Lecz* 2003; 9: 45–51.
20. Bandura A, Barbaranelli C, Caprara GV, et al. Self-efficacy beliefs as shapers of children's aspirations and career trajectories. *Child Dev* 2001; 72: 187–206.
21. Kościelak R. *Poczucie umiejscowienia kontroli i przekonania o własnej skuteczności w zdrowiu i chorobie*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”; 2010.

Adres do korespondencji:

Prof. dr hab. med. Katarzyna Kiliś-Pstrusińska
Katedra i Klinika Nefrologii i Pediatrii
Uniwersytet Medyczny
ul. Borowska 213
50-556 Wrocław
Tel.: 71 736-44-00
E-mail: katarzyna.kilis-pstrusinska@umed.wroc.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 06.02.2015 r.

Po recenzji: 12.02.2015 r.

Zaakceptowano do druku: 04.03.2015 r.