

Możliwości wykorzystania środków pozabudżetowych w promocji zdrowia i profilaktyce otyłości na przykładzie Powiatu Myślenickiego

Possibilities of the extra-budgetary resource application in health promotion and obesity prevention on the example of the Myślenice Administrative District

JAŚMINA ŻWIRSKA^{1/}, MAŁGORZATA BAJER^{2/}, ADAM STYCZEŃ^{3/}, WANDA JABŁOŃSKA^{1/},
MAŁGORZATA SCHLEGEL-ZAWADZKA^{1,4/}

^{1/} Zakład Żywienia Człowieka, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie

^{2/} Wydział Promocji i Ochrony Zdrowia, Starostwa Powiatowego w Myślenicach

^{3/} Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Myślenicach

^{4/} Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie

Wprowadzenie. Wejście Polski do Unii Europejskiej stworzyło możliwości korzystania z różnego rodzaju funduszy dla działań promujących prozdrowotne zachowania.

Cel pracy. Przedstawienie sposobu tworzenia programu promującego prozdrowotne zachowania na przykładzie Powiatu Myślenickiego a w szczególności programu profilaktyki otyłości dla dzieci.

Materiał i metody. Podano podstawy prawne działania programu i przeprowadzone badania ankietowe, edukacyjne i badania antropometryczne w grupie dzieci z klas I-III szkoły podstawowej. W badaniu ankietowym zebrano 2201 osobo/badań, w tym 1658 ankiet od rodziców na temat zachowań żywieniowych, danych o rodzinie i BMI rodziców oraz 1554 ankiet od dzieci na temat preferencji żywieniowych. W bazie aktualnie są wyniki pomiarów antropometrycznych 1096 dzieci.

Wyniki. Zaprezentowano wstępne wyniki dotyczące rodziców badanych dzieci. Wśród 1418 ojców nadwagę i otyłość stwierdzono u 70,1%, a wśród 1488 matek nadwagę i otyłość miało 30,6%.

Wnioski. Dane te wskazują na potrzebę prowadzenia programów promujących prozdrowotne zachowania, w tym żywieniowe. Powinno stworzyć się warunki dla realizacji długofalowych programów zdrowotnych w miejsce jednorazowych akcji.

Słowa kluczowe: *promocja zdrowia, programy zdrowotne, dzieci szkolne, dorośli, nadwaga i otyłość*

Background. The Poland's accession to the European Union created possibilities of the use of a different kind of funds for activities promoting health-oriented behaviours.

Aim. Presentation of the formation of the program promoting health-oriented behaviours on the example of the Myślenice Administrative district and particularly an obesity prevention program for children.

Material & methods. The paper presents the legal base of the program and the questionnaire study, an educational and anthropometrical examination in the group of children from grades I-III of the elementary schools. The questionnaire research comprised 2201 person/research data, including 1658 questionnaires from parents on the subject on dietary habits in the families and the parents' BMI, and 1554 questionnaires from children about their nutritional preferences. The results of the anthropometrical measurements of 1096 children are at present in the database.

Results. The initial results concerning parents of the examined children were presented. Among 1418 fathers, overweight and obesity was ascertained at 70.1%, and among 1488 mothers, overweight and obesity reached 30.6%.

Conclusions. These data indicate the need of the programs promoting health-oriented behaviours, including nutritional. The conditions for the realization of such long-term programs instead of single actions should be created.

Key words: *health promotion, health programs, school children, adults, overweight and obesity*

© Probl Hig Epidemiol 2011, 92(4): 778-782

www.phie.pl

Nadesłano: 10.06.2011

Zakwalifikowano do druku: 03.08.2011

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Mgr inż. Jaśmina Żwirska
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Instytut Zdrowia Publicznego, Zakład Żywienia Człowieka
ul. Grzegorzeczka 20, 31-531 Kraków, tel 12 431-26-97

Wprowadzenie

Wejście Polski z dniem 1 maja 2004 r. w struktury Unii Europejskiej (UE) stworzyło możliwości uzyskiwania pozabudżetowych środków finansowych

przez różne podmioty dla podejmowanych działań prozdrowotnych. Do takich należą również dwa instrumenty pod nazwą: Mechanizm Finansowy EOG (Europejski Obszar Gospodarczy) oraz Norweski

Mechanizm Finansowy (potocznie znanych jako fundusze norweskie). Pochodzą one z trzech krajów EFTA (Europejskiego Stowarzyszenie Wolnego Handlu), będących zarazem członkami EOG tj. Norwegii, Islandii i Liechtensteinu. Na mocy umów międzynarodowych wyżej wymienione kraje przyznały Państwom – beneficjentom (członkom EOG, którzy przystąpili do Unii Europejskiej w 2004 r. i w 2007 r. oraz Hiszpanii, Grecji i Portugalii) wsparcie finansowe. Te mechanizmy finansowe stanowią jedną z form integracji europejskiej. Opiera się ona na swobodzie przepływu ludzi, kapitału, towarów i usług. Na mocy umów międzynarodowych Islandia, Liechtenstein i Norwegia korzystają z dostępu do rynku wewnętrznego UE, mimo, że nie są jej członkami [1].

W ramach ogłaszanych konkursów w latach 2004-2009 w obszarach programowych „Inicjatywy na rzecz ochrony zdrowia miały” m.in. w priorytecie 5 pt. „Opieka zdrowotna i opieka nad dzieckiem”, należało wydatkować środki instrumentów finansowych i towarzyszące im współfinansowanie krajowe na poprawę warunków zdrowotnych społeczeństwa poprzez m.in. programy promocji zdrowia i profilaktyki, poprawę jakości usług w jednostkach ochrony zdrowia, zwiększenie dostępności i usprawnienie podstawowej oraz specjalistycznej opieki zdrowotnej [1].

Wcześniejsza diagnoza problemów zdrowotnych dzieci i młodzieży w Powiecie Myślenickim w roku 2007 wykazała, że: zaburzenia statyki ciała miało 30,2% dzieci; wady i choroby narządu wzroku – 16%; niedobór wzrostu i masy ciała 12%; nieprawidłowości stomatologiczne 9,4%; przewlekłe choroby układu oddechowego – alergie i astma 8%; nadwagę i otyłość 7,16%. Badania stanu uzębienia 12-latków w Powiecie Myślenickim wykonane u ok. 180 dzieci w roku 2002 wykazało, że PUW (liczba zębów z próchnicą lub wypełnionych) wynosiła 4,8 [2].

Startując w konkursie Starostwo Myślenickie zaproponowało program „Wdrożenie idei szkół promujących zdrowie na terenie Powiatu Myślenickiego poprzez realizację wybranych programów profilaktyki i promocji zdrowia” [3]. Został on uruchomiony w okresie stycznia 2009 do końca marca 2011 r. Budżet projektu w 85% był współfinansowany przez Mechanizm Finansowy EOG i w 15% przez Powiat Myślenicki. Składał się z dwóch części inwestycyjnej (zakupy: pełne wyposażenie gabinetów, wyposażenie sal do gimnastyki korekcyjnej, fantomy do samobadania piersi) i z części nieinwestycyjnej pięciu programów: a) profilaktyki otyłości I-II klasy 2500 dzieci; b) profilaktyki próchnicy V-VII klasy 1800 dzieci; c) profilaktyki wad postawy I-VI klasy 4000 dzieci; d) profilaktyki i radzenia sobie ze stresem 16-18 lat 3000; e) profilaktyki raka piersi 1500 dziewcząt w wieku 18 lat w szkołach.

W programie profilaktyki otyłości po przyjęciu zasad obowiązujących dla finansów publicznych

przyjęto do realizacji projekt zaproponowany przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Myślenicach, którego realizację powierzono Zakładowi Żywienia Człowieka IZP WNZ, UJ CM. W projekcie tym nadzór medyczny sprawował ZOZ a pomiary antropometryczne i część edukacyjną wykonał Zakład Żywienia Człowieka.

Cel pracy

Pokazanie sposobu konstruowania projektu z zakresu profilaktyki otyłości realizowanego dla dzieci z klas 7-8 lat w wspólnym partnerstwie ośrodka naukowego, Zakładu Opieki Zdrowotnej i samorządu terytorialnego. Dodatkowo przedstawione zostaną wstępne wyniki projektu dotyczące występowania zaburzeń odżywiania w postaci nadwagi i otyłości rodziców badanych dzieci.

W zakresie programu profilaktyki otyłości założono następujące cele projektu:

- diagnoza skali problemu otyłości i innych zaburzeń odżywiania wśród dzieci na terenie Powiatu Myślenickiego;
- podnoszenie wśród dzieci poziomu wiedzy na temat prawidłowego sposobu odżywiania i zachęcanie dzieci do stosowania zdrowych nawyków żywieniowych;
- zmniejszenie stopnia występowania stopni otyłości wśród dzieci.

Materiał i metody

Część prawna projektu

Wykonanie projektu było oparte o następujące akty prawne: 1) SPZOZ (Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej): art. 54 ust. 5 Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej – Rozporządzenie MZ z dnia 1 lipca 2005 r. w sprawie szczegółowych warunków przekazywania SPZOZ środków publicznych na realizację programów zdrowotnych i programu Zintegrowane Ratownictwo Medyczne; 2) NZOZ (Niesamodzielny Zakład Opieki Zdrowotnej) i inni świadczeniodawcy: Rozdział 4 art. 48 Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210. poz. 2135); 3) Ustawa o zamówieniach publicznych; 4) Kodeks Cywilny; 5) Umowa dotacji gmina – powiat: art. 175 ust. 1 Ustawy z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 249 poz. 2104) „Z budżetu jednostki samorządu terytorialnego może być udzielona pomoc finansowa innym jednostkom samorządu terytorialnego w formie dotacji celowej albo pomoc rzeczowa”.

Współpraca z gminami Powiatu Myślenickiego (Gminy wiejsko-miejskie: Myślenice, Dobczyce – Sołectwo, Sułkowice; Gminy wiejskie: Raciechowice, Wiśniowa, Lubień, Pcim, Siepraw, Tokarnia) w projekcie opierała się na zapisach Porozumienia podpisanego

w Wójtami i Burmistrzami przed zawarciem umowy z Mechanizmem Finansowym EOG (12 marca 2009 r.). Obowiązkiem Powiatu Myślenickiego były zakupy sprzętu dla realizowanych programów i przekazanie dokumentów sprzętu na własność szkołom wskazanym przez wójta/burmistrza i realizacja w szkołach programów po wyborze wykonawców i podpisaniu umów, celem ich finansowania. Obowiązkiem Gminy było w zakresie otrzymanego sprzętu dla programów, poza otyłościowym, wskazanie szkoły (szkoła podstawowa, gimnazjum lub połączone), w której miał zostać zainstalowany sprzęt (najlepiej aby w jednej szkole był sprzęt stomatologiczny i do gimnastyki korekcyjnej). Wskazane było, aby była to szkoła o największej liczbie dzieci ze względu na dostępność świadczeń profilaktycznych. Gmina miała sprawować nadzór nad właściwym postępowaniem z zakupionym sprzętem (bieżące dbanie o sprzęt i ochrona przed zniszczeniem) i umożliwienie funkcjonowania sprzętu poprzez pokrycie kosztów mediów (np. pokrycie kosztów korzystania z prądu i wody w przypadku unitów stomatologicznych). Dodatkowo Gmina miała zapewnić pokrycie kosztów ubezpieczenia sprzętu (koszt. ok. 800 zł rocznie) oraz umożliwić korzystanie z zakupionego sprzętu dzieciom z innych szkół na terenie gminy.

Mając na uwadze konieczność kontynuowania projektu po jego zakończeniu obydwie strony Gminy i Powiat Myślenicki zadeklarowały podjęcie wspólnych działań, aby po zakończeniu projektu (I kwartał 2011) pozyskać środki umożliwiające dalsze korzystanie z zakupionego sprzętu (np. przeznaczenie środków na realizację programów profilaktycznych w budżecie gminy, powiatu lub pozyskanie pozabudżetowych źródeł finansowania, wystąpienie do NFZ o zawarcie kontraktu na udzielanie świadczeń lekarzy stomatologów w gabinecie szkolnym itp.) [3,4].

Część badawcza projektu

Program profilaktyki otyłości adresowany był do uczniów szkół podstawowych w wieku 7-8 lat i ich rodziców. Badanie było przeprowadzane po uzyskaniu zgody dyrekcji szkół i zgody opiekunów prawnych dzieci oraz samych dzieci. Przygotowano odpowiednie formularze zgody, które były dostarczane do Wydziału Promocji i Ochrony Zdrowia w Starostwie Myślenickim. Starostwo pełniło rolę logistyczną – pomagało w nawiązywaniu kontaktu ze szkołami, dysponowało wszystkimi niezbędnymi danymi adresowymi i liczbami uczniów w klasach oraz sprawowaną nad nimi opieką medyczną w szkołach. Ankiety, które zostały wypełnione przez rodziców były gromadzone w Starostwie i przekazywane do Zakładu Żywienia Człowieka celem dalszego ich opracowania i przygotowania list dzieci, których rodzice zgodzili się na pomiary antropometryczne.

Badania ankietowe wśród rodziców były przeprowadzane przy udziale dyrekcji szkół, którzy pomagali

przekazać je rodzicom w czasie spotkań klasowych lub poprzez uczniów. Rodzice byli poinformowani o celu i sposobie wykonywania badań przez nauczycieli i pracowników Starostwa Powiatowego. Ankieta dla rodziców obejmowała pytania: socjo-ekonomiczne dotyczące rodziny, rodziców, częstości spożycia wybranych produktów żywnościowych przez dzieci i ich nawyków żywieniowych. Dodatkowo postawiono pytania na temat aktywności fizycznej. Dzieci wypełniały ankietę, przed zajęciami edukacyjnymi, w obecności wychowawczynie. Wcześniej były poinformowane na jaki temat będzie ankieta, otrzymały uwagi co do sposobu jej wypełniania. Ankieta miała na celu poznanie stopnia lubienia wybranych produktów żywnościowych. Odpowiedź polegała na wskazaniu rysunku buźki (uśmiechniętej, zmartwionej, obojętnej), która najbardziej odpowiadała ich odczuciom.

Pomiary antropometryczne – pomiar masy ciała, wzrostu, % tkanki tłuszczowej, obwód talii i bioder, były wykonane tylko u tych dzieci, których rodzice wyrazili na to zgodę oraz same dzieci nie były temu przeciwnie. Pomiary były wykonywane w gabinetach pielęgniarki lub w odpowiednio do tego przygotowanym pomieszczeniu, oddzielnie dla dziewcząt i dla chłopców. Z reguły odbywało się to w innym dniu niż przeprowadzane warsztaty. W oparciu o uzyskane pomiary masy ciała i wzrostu wyliczono wskaźniki masy ciała (BMI) i zinterpretowano je z użyciem siatek centylowych [5,6].

Część edukacyjna projektu

Przygotowano warsztaty edukacyjne dla dzieci. Miały one formę prezentacji multimedialnej wraz z dyskusją wywołaną przez przedstawianą prezentację. W prezentacji wykorzystano motywy m.in. Kubusia Puchatka, historię wprowadzania warzyw i owoców przez królową Bonę. Każda ze szkół dysponowała salą i ekranem do przeprowadzenia warsztatów.

Analiza statystyczna wyników

Wszystkie otrzymane wyniki z ankiet i pomiarów zostały zakodowane w programie Excel 2007 i następnie przetransponowane do pakietu statystycznego Statistica 8.0 PL (firma StatSoft). W analizie wykorzystano testy nieparametryczne, a jako poziom istotności różnic między grupami przyjęto $\alpha=0,05$.

Wyniki i ich omówienie

Liczba dzieci biorących udział w badaniu została przedstawiona w tabeli I. Ujęto w niej ankiety otrzymane od rodziców, wypełnione przez same dzieci oraz wykonane pomiary antropometryczne. Dane te przedstawiają stan badań na dzień 1 maja 2011 r. W późniejszym okresie przeprowadzono jeszcze warsztaty edukacyjne i pomiary antropometryczne w gminie Wiśniowa. Róż-

Tabela I. Liczba dzieci objęta programem w poszczególnych gminach
Table I. Number of children comprised by the program in each communes

Lp.	Gmina /Communes	Planowana liczba dzieci /Number of children planned	Liczba posiadanych ogółem wszystkich ankiet dzieci + rodzice* /The total number possessed questionnaires of children + parents	Ankiety rodziców /Parents' questionnaires	Ankiety dzieci – edukacja /Questionnaires of children – education	Pomiary antropometryczne /Anthropometric measurements
1.	Myślenice	600	821	659	569	409
2.	Dobczyce	350	186	140	104	100
3.	Sułkowice	350	266	194	200	170
4.	Raciechowice	200	114	104	53	62
5.	Wiśniowa	200	75	75	–	–
6.	Lubień	200	171	97	151	56
7.	Pcim	200	185	125	152	85
8.	Siepraw	200	165	120	124	80
9.	Tokarnia	200	228	144	201	133
	Ogółem/Total	2500	2201	1658	1554	1096

* liczba ta uwzględnia wszystkie ankiety od rodziców i odpowiadające im ankiety od dzieci, dodatkowo część dzieci biorących udział w zajęciach edukacyjnych nie miała wypełnionych ankiet przez rodziców i na odwrót np. z powodu braku zgody rodzica lub nieobecności w szkole; jest to tzw. osobo-informacja zarejestrowana w bazie.

nice pomiędzy planowanymi i wykonanymi badaniami wynikają z nieprzewidzianych sytuacji związanymi np. z powodzią, która wystąpiła na terenie Powiatu Myślenice, ciężkiej zimy i związanej z tym epidemią grypy. Z kolei większa liczba niż planowano otrzymanych ankiet w Myślenicach wynika z przyjętego założenia niewykluczania nikogo z badania jeśli był obecny w danym dniu (wywiadówka dla rodziców, czy obecność dziecka na lekcji w szkole).

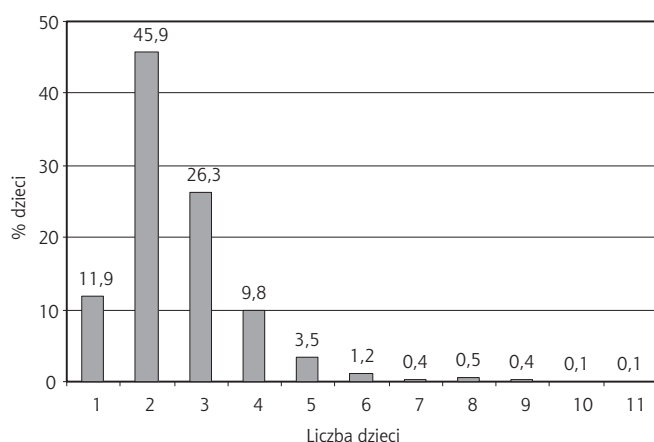
W badanej grupie jedynie 11,9% dzieci było jedynakami, najwięcej bo blisko połowa to były dzieci, które posiadały przynajmniej jednego brata lub siostrę (ryc. 1). Rodziny najczęściej były czteroosobowe (32,1%). Chociaż były i takie, które liczyły 18 osób (0,1%) (ryc. 2).

Rodzice w ankiecie podawali swoją masę ciała i wysokość. Na tej podstawie wyliczono BMI (*Body Mass Index*). Średnie wartości wskaźnika masy ciała w zależności od miejsca zamieszkania podano w tabeli II a jego rozkład w całej populacji, uwzględ-

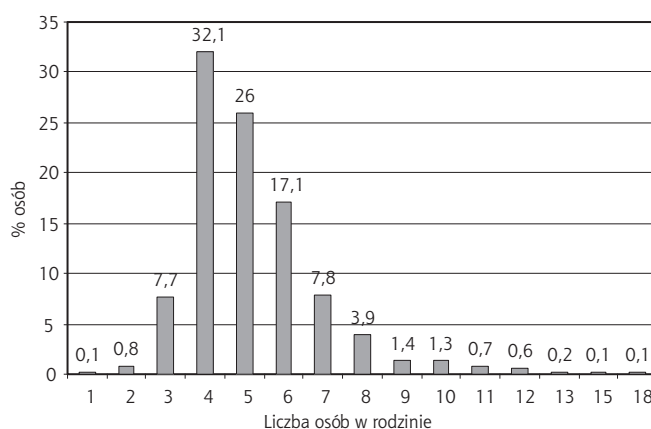
Tabela II. Występowanie otyłości wśród rodziców badanych dzieci w zależności od miejsca zamieszkania
Table II. Obesity among parents of examined children by place of residence

Lp.	Gmina /Commune	BMI matek /Mothers' BMI N=1488 [kg/m ²] X±SD (min.-maks.: n)	BMI ojców /Fathers' BMI N=1418 [kg/m ²] X±SD (min.-maks.: n)
1.	Myślenice	22,6±3,3 (16,6-37,2; 598)	26,2±2,8 (20,5-42,2; 566)
2.	Dobczyce	23,3±3,3 (17,7-31,6; 128)	26,8±3,2 (19,9-37,0; 120)
3.	Sułkowice	22,6±3,3 (16,6-37,2; 172)	26,2±2,8 (20,5-42,2; 160)
4.	Raciechowice*	24,4±3,7 (16,8-32,1; 94)	27,9±3,6 (20,0-38,7; 90)
5.	Wiśniowa	23,8±5,4 (19,6-39,0; 57)	27,2±3,1 (21,6-33,9; 56)
6.	Lubień	23,3±4,4 (20,0-34,1; 88)	26,6±2,7 (20,2-33,3; 84)
7.	Pcim	23,9±2,9 (18,4-33,1; 116)	27,2±3,4 (18,3-35,9; 113)
8.	Siepraw	23,4±3,6 (15,1-40,6; 105)	26,4±3,2 (20,1-36,6; 102)
9.	Tokarnia*	24,5±4,1 (17,3-41,3; 130)	27,0±3,0 (18,9-34,9; 127)

N – ogółem liczba osób /total number of persons; n – liczba osób w poszczególnych gminach /number of persons in the particular communes; X±SD – średnia arytmetyczna±odchylenie standardowe /arithmetic mean±standard deviation; min.-maks. – minimum-maksimum /minimum-maximum; * – gminy, w których średnia wartość BMI jest najwyższa dla matek i ojców /communes, where the average BMI is the highest for mothers and fathers



Ryc. 1. Liczba dzieci w rodzinie (n rodzin = 1642)
Fig. 1. Number of children in the family (n families = 1642)



Ryc. 2. Liczba osób w rodzinie (n rodzin = 1623)
Fig. 2. Number of persons in the family (n families = 1623)

Tabela III. Występowanie nadwagi i otyłości wśród ojców i matek badanych dzieci
Table III. Occurrence of overweight and obesity among fathers and mothers of examined children

Rodzic /Parent	Niedożywienie /Malnutrition <18,5 kg/m ² n (%)	Norma /Norm 18,5-24,9 kg/m ² n (%)	Nadwaga /Overweight 25-29,9 kg/m ² n (%)	Otyłość I /I Obesity 30-39,9 kg/m ² n (%)	Otyłość II /II Obesity 39,9 kg/m ² < n (%)
Ojciec /Father N=1418	1 (0,1%)	423 (29,8%)	822 (58,0%)	171 (12,0%)	1 (0,1%)
Matka /Mother N=1488	46 (3,1%)	986 (66,3%)	376 (25,3%)	76 (5,1%)	4 (0,2%)

n – liczba osób /number of persons

niający klasę otyłości w tabeli III. Średnio najbardziej otyli byli mieszkańcy Gminy Raciechowice i Tokarnia. W każdym przypadku mężczyźni mieli istotnie wyższe BMI od kobiet ($p < 0,05$). Nadwaga i otyłość została stwierdzona u 984 (70,1%) mężczyzn i u 456 (30,6%) kobiet.

Wnioski

Wdrożenie idei szkół promujących zdrowie na terenie Powiatu Myślenickiego poprzez realizację wybranych programów profilaktyki i promocji zdrowia umożliwiło:

1. Przeprowadzenie dokładnej diagnozy problemów i zachowań zdrowotnych wybranej populacji na terenie Powiatu Myślenickiego.
2. Zwiększenie dostępności do świadczeń profilaktycznych.

3. Stworzenie warunków dla realizacji programów zdrowotnych.
4. Przeniesienie nacisku z profilaktyki na promocję zdrowia.
5. Przejście z organizowania jednorazowych akcji do programów długofalowych.
6. Oraz osiągnięcie długofalowych efektów w postaci poprawy populacyjnych mierników zdrowia [8].

W zakresie oceny stanu odżywienia dorosłych mieszkańców Powiatu Myślenickiego można stwierdzić, że problem nadwagi i otyłości wymaga podjęcia zdecydowanych działań profilaktycznych, gdyż odsetek szczególnie mężczyzn z nadwagą i otyłością jest znacznie wyższy od danych dla Polski.

Piśmiennictwo / References

1. Mechanizm Finansowy Europejskiego Obszaru Gospodarczego oraz Norweski Mechanizm Finansowy. <http://www.eog.gov.pl/> (20.06.2011).
2. Starostwo Myślenickie: Diagnoza potrzeb zdrowotnych mieszkańców powiatu myślenickiego oraz powiatowego systemu ochrony zdrowia wraz z oceną i rekomendacjami. <http://www.myslenicki.pl/pl/content/view/306/149/> (20.06.2011).
3. Program norweski. <http://www.myslenicki.pl/pl/content/view/358/61/> (20.06.2011).
4. Bajer M. Wdrożenie idei szkół promujących zdrowie na terenie Powiatu Myślenickiego poprzez realizację wybranych programów profilaktyki i promocji zdrowia. Materiały Konferencji POLSKA-NORWEGIA pt. Promocja zdrowia i profilaktyka chorób cywilizacyjnych w praktyce samorządu terytorialnego – finansowanie zadań z Mechanizmu Finansowego EOG na przykładzie Powiatu Myślenickiego. Myślenice, 30.03.2009 r. <http://www.myslenicki.pl/pl/content/view/358/61/#konferencja> (20.06.2011).
5. Gronowska-Senger A. Zarys oceny żywienia. SGGW, Warszawa 2009.
6. Jodkowska M, Woynarowska B, Oblacińska A. Test przesiewowy do wykrywania zaburzeń w rozwoju fizycznym u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. Materiały metodyczne dla pielęgniarek szkolnych oraz lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. IMiDz, Warszawa 2007.
7. Bajer M. Polityka zdrowotna samorządu powiatowego w Myślenicach w kontekście założeń NPZ. Materiały Konferencji pt. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015 – praktyczne aspekty realizacji. Kraków, 25 maja 2011 r. http://www.malopolska.uw.gov.pl/default.aspx?page=monitoring_narodowego_programu_zdrowia (20.06.2011).
8. Bajer M. Podsumowanie projektu. Konferencja pt. Konferencja Podsumowująca. Myślenice, 31.03.2011 r. <http://www.myslenicki.pl/pl/content/view/358/61/#konferencja> (20.06.2011).