

*Violetta Korporowicz\**

## **ZACHOWANIA ZDROWOTNE DOROSŁEJ MŁODZIEŻY JAKO ELEMENT POLITYKI ZDROWOTNEJ W ŚWIETLE BADANIA „MŁODZIEŻ WARSZAWY”**

### **Streszczenie**

Celem opracowania jest wskazanie na istotę i rolę polityki zdrowotnej w kształtowaniu zachowań zdrowotnych, a następnie przedstawienie badania oraz jego wyników dotyczącego wiedzy o zdrowiu oraz umiejętności kształtowania tych zachowań dorosłej młodzieży Warszawy. Uwzględniony został opis, a następnie analiza badania terenowego dotyczącego zachowań zdrowotnych pełnoletniej młodzieży różnego typu szkół ponadpodstawowych, tzn. szkół zawodowych, techników i szkół ogólnokształcących w Warszawie. Hipoteza badawcza tego badania mówi, że istnieje zależność między typem szkoły, do której uczęszcza młodzież, a wiedzą na temat zdrowia oraz umiejętnościami kształtowania zachowań zdrowotnych. W świetle badań okazało się, że badana młodzież ze szkół zawodowych zdecydowanie słabiej rozpoznaje sytuacje grożące zdrowiu w postaci słabszego sposobu odżywiania (spożywa mniej nabiału, warzyw, rzadziej je ciepłe posiłki w ciągu dnia) czy częstotliwością kontaktów z substancjami psychoaktywnymi w stosunku do młodzieży z techników, a szczególnie w stosunku do młodzieży ze szkół licealnych.

**Słowa kluczowe:** zachowania zdrowotne, polityka zdrowotna, badanie dorosłej młodzieży w Warszawie

### **Wprowadzenie**

Społeczne badania nad uwarunkowaniami zdrowia społeczeństwa ze względu na wielowątkowy i skomplikowany charakter wymagają wykorzystania dorobku

---

\* Kolegium Ekonomiczno-Społeczne, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie.

licznych dyscyplin wiedzy. Trudności badawcze wynikają zarówno ze specyfiki i charakteru poszczególnych dyscyplin, jak i licznych czynników warunkujących zdrowie, często nie do końca zidentyfikowanych.

Polityka zdrowotna jest działem polityki społecznej, która, zgodnie z opinią Światowej Organizacji Zdrowia, „[...] odnosi się do decyzji, planów i działań, które podejmowane są w celu osiągnięcia konkretnych celów opieki zdrowotnej w społeczeństwie”<sup>1</sup>. Ponadto w definicji tej dalej mowa jest o określeniu wizji przyszłości, która ułatwia ustalać cele zdrowotne. To ma wpływ na wyznaczanie priorytetów oraz pomaga określić oczekiwane role poszczególnych grup, co wpływa na zbudowanie konsensusu społecznego.

Zachowania zdrowotne to postawy wobec zdrowia, wynikające m.in. z istniejącego systemu wartości. Przez zachowania te określa się też wszystkie postawy, które wywołują pozytywne lub negatywne skutki zdrowotne. Wypracowanie postaw zdrowotnych nie bierze się samo z siebie, tylko jest kształtowane przez całe życie m.in. w wyniku edukacji zdrowotnej, która swoim zakresem pojęciowym oraz aplikacyjnym związana jest z polityką zdrowotną<sup>2</sup>.

Celem artykułu jest wskazanie na istotę i rolę polityki zdrowotnej w kształtowaniu zachowań zdrowotnych, a następnie przedstawienie badania oraz jego wyników dotyczących wiedzy o zdrowiu oraz umiejętności kształtowania tych zachowań dorosłej młodzieży Warszawy.

## 1. Polityka zdrowotna

Polityka zdrowotna (polityka ochrony zdrowia) jest częścią czy „[...] podzakresem polityki społecznej”<sup>3</sup>. Można byłoby zastanawiać się nad zasadnością oddzielenia polityki ochrony zdrowia od polityki społecznej. Nie byłoby to jednak w pełni słuszne, gdyż nie można analizować problemów zdrowotnych w oderwaniu od takich zagadnień, jak np. bezrobocie i jego skutki, wykluczenie społeczne czy warunki bytu. Jednak polityka zdrowotna nie jest tylko naukowym „beneficjentem” polityki społecznej, mimo że korzysta z jej koncepcji, narzędzi i metod badawczych. Również polityka społeczna korzysta z rozwoju teoretycznych rozstrzygnięć na polu polityki zdrowotnej.

<sup>1</sup> [http://www.who.int/topics/health\\_policy/en/](http://www.who.int/topics/health_policy/en/) [dostęp 14.05.2017].

<sup>2</sup> P. Zimbardo, *Psychologia i życie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012, s. 310–312.

<sup>3</sup> C.W. Włodarczyk, *Współczesna polityka zdrowotna*, Lex a Wolters Kluwer business, Warszawa 2014, s. 31.

Zarówno polityka społeczna, jak i polityka zdrowotna są traktowane jako dyscyplina naukowa i jako działalność praktyczna. Jest to podział prosty i powszechnie rozumiany z uwagi na jego uniwersalny wymiar. Polityka zdrowotna jako **dyscyplina naukowa** analizuje i bada zasady niezbędne do urzeczywistniania założonych celów zdrowotnych. Określa ona też metody: powrotu do zdrowia czy przywracania zdrowia poprzez leczenie chorób, usuwanie schorzeń, utrzymania i wzmacniania zdrowia (np. poprzez lekarskie badania okresowe, szczepienia ochronne), likwidacji skutków wypadków<sup>4</sup>.

Cele polityki zdrowotnej należy wypracowywać, uwzględniając jej adekwatność, która dotyczy zastosowania odpowiedniej wiedzy i umiejętności zgodnej z osiągnięciami określonych dyscyplin naukowych oraz fachowego przygotowania członków społeczeństwa do realizacji założonych zadań czy powszechność, tzn. objęcie opieką zdrowotną wszystkich obywateli<sup>5</sup>.

Polityka zdrowotna jako **działalność praktyczna** dotyczy kształtu, zakresu i sposobu aplikowania teorii polityki zdrowotnej na grunt społeczny. Jedną z nich stwierdza, że kreują ją grupy społeczne, które wpływają na sytuację instytucji tworzących system ochrony zdrowia. Polityka zdrowotna w tym wymiarze odnosi się do działań, które podejmowane są w celu osiągnięcia założonych zadań opieki zdrowotnej<sup>6</sup>.

Aplikacyjny wątek polityki zdrowotnej urzeczywistniany jest w następujących sferach: profilaktyce, która polega na ograniczaniu chorób i wypadków, zogniskowanej na grupach ryzyka, leczeniu osób chorych, rehabilitacji, której zadaniem jest powrót do zdrowia ludzi po przebytych chorobach czy wypadkach poprzez przywracanie im sprawności fizycznej i poczucia przydatności społecznej, promocji zdrowia<sup>7</sup>. Na poziomie każdego z tych poziomów istotne jest, aby kształtować prawidłowe zachowania zdrowotne.

Realizacja przez państwo polityki zdrowotnej, która jest uwikłana w całe spektrum zależności ekonomicznych, politycznych i demograficznych, oznacza projektowanie i wdrażanie procesu zmian również w zakresie postaw zdrowotnych. Na tym gruncie wykorzystywane jest założenie, że jest to taki proces, w którym niezbędna jest społeczna akceptacja i społeczna gotowość do uczestnictwa w przeprowadzanych zmianach. Jest to proces związany ze stworzeniem strategii polityki zdrowotnej o określonym celu<sup>8</sup>.

<sup>4</sup> V. Korporowicz, *Zdrowie i jego promocja. Kształtowanie przyszłości*, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2008, s. 63.

<sup>5</sup> *Handbook of development economics*, Elsevier, North Holland, Oxford–Amsterdam 2010, s. 34.

<sup>6</sup> J.D. Sachs, *Commonwealth. Economics for a crowded planet*, Penguin Books, London 2008, s. 3.

<sup>7</sup> L. Frąckiewicz, *Polityka ochrony zdrowia. Synteza*, Wydawnictwo AE im. K. Adamickiego, Katowice 1991, s. 66–67.

<sup>8</sup> *Health policy*, [w:] *Health topics*, World Health Organization, <https://www.who.int/library/science-and-technology/health-and-medicine> [dostęp 14.02.2017].

Polityka ochrony zdrowia w znaczeniu aktywności praktycznej rozumianej jako celowy zbiór działań oznacza też, że wpływa ona na sposób rozdzielania zasobów pomiędzy rywalizujące między sobą grupy społeczne<sup>9</sup>. Uzupełniając celowościowe stwierdzenie dotyczące polityki zdrowotnej o wątek ekonomiczny, należy podkreślić, że podstawowym celem powinna być poprawa stanu zdrowia, ale przy uwzględnieniu kosztów niezbędnych do jej zrealizowania<sup>10</sup>. Należy zgodzić się, że taki nurt aktywności koncentruje się na metodach podziału różnego typu zasobów, w których istotne są zasoby finansowe w określeniu kierunków ich alokacji<sup>11</sup>. Natomiast w takim podejściu brak jest opinii, komu ma służyć tak rozumiana polityka zdrowotna i w czyim imieniu jest ona realizowana.

Nie można pominąć też faktu, że polityka ochrony zdrowia jako działalność praktyczna jest procesem społecznym związanym z projektowaniem i wdrożeniem działań, które kształtują system opieki zdrowotnej. Elementami tego procesu mogą być decyzje o podjęciu i decyzje o niepodejmowaniu działań, działania podjęte i zrealizowane oraz działania niepodjęte i zaniechane. Dodatkowo polityka zdrowotna rozumiana w kategoriach procesu powinna być uzupełniona o element czasu, w którym działania w jej obszarze powinny być dopasowane do warunków społecznych i ekonomicznych. Ramy czasowe narzucają zakres działań polityki ochrony zdrowia, gdyż w pewnym okresie zmienić się może np. ustrój polityczny, struktura wieku ludności czy system edukacyjny<sup>12</sup>. Możliwość zmian przy tak rozumianej polityce ochrony zdrowia powinna być zawsze uwzględniana w fazie planowania, realizacji zamierzeń o charakterze edukacyjnym w celu kształtowania m.in. zachowań zdrowotnych.

## 2. Zachowania zdrowotne

Zachowania zdrowotne (*health behaviour*) to działania związane ze zdrowiem. Są to czynności i działania ludzkie, wyrażane za pomocą zmiennych behawioralnych związanych ze zdrowiem i chorobą, czyli wszelkie zachowania, w tym nawyki, postawy, zwyczaje i uznawane wartości jednostek oraz całych grup społecznych

<sup>9</sup> D.L. Patric, P. Ericson, *Health status and health policy*, Oxford University Press, Oxford–New York 1993, s. 419.

<sup>10</sup> *Economies of death, economic logics of killable life and grievable death*, red. J. Patricia, Routledge, London–New York 2015, s. 58.

<sup>11</sup> *Public management organizations governance and performance*, red. L.J. O'Tode, K.J. Meler, Cambridge University Press, Cambridge 2011, s. 1–2.

<sup>12</sup> *Europejski model społeczny. Doświadczenia i przyszłość*, red. nauk. D.K. Rosati, PWE, Warszawa 2008, s. 62.

zorientowane na zdrowie<sup>13</sup>. Zachowania te są postawami nie tylko wobec własnego zdrowia, kształtowanymi od wczesnego dzieciństwa m.in. w procesie edukacji zdrowotnej. Proces ten zachodzi w domu, w szkole czy zakładzie pracy<sup>14</sup>.

Przez zachowania zdrowotne należy rozumieć ponadto wszelkie działania polegające na dokonywaniu określonych wyborów zarówno dotyczących własnego zdrowia, jak i zdrowia innych osób (palący papierosy nie tylko sam wdycha dym nikotynowy, ale również jego otoczenie). Istnieją opinie, które nadają pojęciu „zachowania zdrowotne” interpretację pedagogiczną. Chodzi o takie działania, które sprzyjają kreowaniu zachowań zdrowotnych oraz ich kształtowaniu przez edukatorów zdrowotnych. Uważa się, że zachowania zdrowotne mogą być praktycznym miernikiem rezultatów czynności wychowawczo-zdrowotnych<sup>15</sup>. W tym aspekcie można mówić o wyborze postaw z jednej strony wobec zagrożeń zdrowotnych, a z drugiej sposobów postępowania, umacniającego dobry stan zdrowia. Wybór ten wymaga poznania zagrożeń środowiskowych i wpływu tych czynników na zdrowie oraz znajomości racjonalnych zachowań zdrowotnych. Warto tu zwrócić uwagę na fakt, że każde zachowania zdrowotne zależą od poszczególnych osób. Decyzje te są nierozdzielnie związane z ich odpowiedzialnością za własne zdrowie.

Istnieją różne klasyfikacje zachowań zdrowotnych. Jedną z nich jest podział na negatywne i pozytywne. Wśród **negatywnych (zagrożeń zdrowotnych)** można wymienić np. palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, stosowanie środków uzależniających, nieprawidłową dietę, brak ruchu, nadmierny stres czy ryzykowne zachowania seksualne. Należy dodać, że w kształtowaniu zdrowia istotna jest znajomość właśnie zachowań negatywnych i ich podłoża społecznego i indywidualnego, aby móc je korygować<sup>16</sup>. Wśród **pozytywnych (racjonalnych)** zachowań zdrowotnych są: aktywność fizyczna, racjonalne odżywianie, w tym eliminacja nadmiernej ilości tłuszczów z diety, ograniczenie palenia papierosów, radzenie sobie ze stresem, utrzymywanie higieny osobistej czy czystości w domu. Do tej grupy zalicza się również utrzymywanie właściwych stosunków międzyludzkich.

Czynnikami, które leżą u podstaw kształtowania zachowań zdrowotnych, są:

<sup>13</sup> Z postawami zdrowotnymi ludzi ściśle wiąże się sposób postępowania wraz z poczuciem odpowiedzialności za swoje zdrowie, które zgodne jest m.in. z zaakceptowanym systemem wartości, jako podstawową kategorią aksjologii. W strategii WHO „Zdrowie dla wszystkich w roku 2000” podkreśla się, że zdrowie związane jest ściśle z postawami zdrowotnymi, dzięki którym jednostka lub grupa może urzeczywistniać swoje cele, realizować zadania i zaspokajać potrzeby.

<sup>14</sup> A. Rączaszek, *Demograficzne uwarunkowania rynków konsumpcji społecznej*, [w:] *Wokół polityki społecznej*, red. K. Głębicka, M. Grewiński, Polskie Towarzystwo Polityki Społecznej WSzP TWP w Warszawie, Instytut Polityki Społecznej, Warszawa 2008, s. 191.

<sup>15</sup> *The Cambridge handbook of consumer psychology*, red. I.M. Norton, D. Rucker, Cambridge University Press, New York 2015, s. 542.

<sup>16</sup> *Mental illness. Invisible but devastating*, „Africa Renewal” December 2016/March 2017.

- 1) wiedza każdego człowieka, ale też wiedza rodziców, rodziny, nauczycieli czy grupy rówieśniczej dotycząca uwarunkowań zdrowia<sup>17</sup>;
- 2) wzorce zachowań związane z rodziną, tradycją, kulturą, polityką;
- 3) warunki społeczno-ekonomiczne kraju, które determinują możliwości ochrony własnego zdrowia;
- 4) umiejętności i możliwości poszczególnych osób i instytucji ochrony zdrowia<sup>18</sup>.

Podstawowa klasyfikacja wymienionych czynników wpływających na zachowania zdrowotne nie jest całkowita i kompletna. Nie opisuje ich oraz nie nadaje im rangi co do istotności i wagi poszczególnych czynników. Powoduje to, że każdy z wymienionych czynników w takim zapisie ma identyczne znaczenie, chociaż w rzeczywistości np. poziom wiedzy każdego człowieka oraz umiejętności poszczególnych osób są uzależnione od warunków społeczno-ekonomicznych. Ważne jest też, że zachowania zdrowotne to działania związane z takimi aspektami życia jednostki, na które może ona nie mieć wpływu, np. bezrobocie czy kryzysy gospodarcze determinujące status ekonomiczny, społeczny czy wreszcie sens życia jednostki.

Zakłada się, że istnieją trzy główne nurty oddziaływania na zachowania zdrowotne. Są to przyzwyczajenia, poglądy i postawy. Skuteczność oddziaływań na zmianę zachowań dotyczy tych wszystkich elementów. Zmiany zachowań zdrowotnych następują w wyniku działań edukacyjnych poprzez przemianę świadomości, które z reguły są efektem edukacji zdrowotnej. Jest to proces, w trakcie którego ma być kształtowany w społeczeństwie obraz rzeczywistości oraz obraz świata uwzględniający kreowanie różnych wymiarów zdrowia. W trakcie tego procesu powinna być korygowana wiedza zdrowotna, kształtująca postawy, dzięki którym nabywane są umiejętności sprzyjające zdrowiu<sup>19</sup>. Polegają one nie tylko na zdobywaniu wiedzy w zakresie zdrowia poprzez zrozumienie nowych rozróżnień i znaczeń dotyczących rzeczywistości, ale także na uczestniczeniu we wspólnych działaniach, porozumiewaniu się oraz dokonywaniu świadomych wyborów<sup>20</sup>.

Celem kształtowania postaw zdrowotnych jest wskazanie korzyści wynikających z dobrego stanu zdrowia. Człowiek może skutecznie uczyć się, pracować, cieszyć się życiem pod warunkiem, że ma dobre zdrowie. Zadaniem tych zmian jest przygotowanie do niezależnego, twórczego życia. Jednocześnie wiedza o zachowaniach

<sup>17</sup> M. Rymśza, *Polityka rodzinna. Cele, wartość, rozwiązania – w poszukiwaniu konsensualnego programu. Polityka wobec rodziny w Polsce*, „Studia BAS” nr 1, 2016.

<sup>18</sup> M. Grewiński, *Modele wielosektorowości w pluralizmie polityki społecznej*, [w:] *Wokół polityki społecznej*, red. K. Głąbicka, M. Grewiński, Polskie Towarzystwo Polityki Społecznej WSzP TWP w Warszawie, Instytut Polityki Społecznej, Warszawa 2008.

<sup>19</sup> *Health and inequality*, Vol. 2: *Health inequalities, causes and pathways*, red. K.E. Pickett, Routledge, London–New York 2009, s. 154.

<sup>20</sup> J.B. Karski, *Praktyka i teoria promocji zdrowia. Wybrane zagadnienia*, CeDeWu, Warszawa 2003, s. 16.

zdrowotnych powinna stanowić podstawę tworzenia i programowania programów edukacji zdrowotnej<sup>21</sup>.

Obecnie uważa się, że najważniejsze dla kształtowania zachowań zdrowotnych są te treści i postawy, które są samodzielnie wypracowane i podlegają samoocenie<sup>22</sup>. Są przez to bardziej akceptowane niż te, które byłyby narzucone i obce samym zainteresowanym. To jednostka ma decydujący wpływ na kształt swojego zdrowia, a jej zachowanie może wyjaśniać mechanizmy niezbędne w podejmowaniu przez ludzi działań zdrowotnych. Jest to wprowadzanie w życie postulatów „twoje zdrowie w twoich rękach”<sup>23</sup>.

### 3. Badanie „Młodzież Warszawy”

Celem badania „Młodzież Warszawy” jest diagnoza postaw zdrowotnych dorosłej młodzieży Warszawy w zmieniającej się rzeczywistości społecznej. Metodą realizacji tak postawionego celu było przeprowadzenie badania terenowego dotyczącego wiedzy o zdrowiu oraz umiejętności kształtowania zachowań zdrowotnych dorosłej młodzieży szkół ponadpodstawowych w Warszawie w roku szkolnym 2016/2017. Równoległym celem badania było poszukiwanie odpowiedzi na pytanie dotyczące społecznych i ekonomicznych problemów, niezbędnych do poprawy stanu zdrowia młodzieży polskiej. Pomimo istnienia relatywnie bogatej polskiej literatury przedmiotu dotyczącej wydatków na zdrowie brakuje dotąd badań mających na celu oszacowanie, które czynniki mają decydujące znaczenie w kształtowaniu zasobów zdrowotnych.

Badania terenowe dotyczące wiedzy o zdrowiu są niezbędne, aby możliwe było określenie istniejących zagrożeń zdrowotnych. Uzyskane informacje powinny być podstawą do tworzenia i aktualizowania polityki zdrowotnej w złożonej sytuacji społeczno-ekonomicznej. Jednocześnie wiedza o zachowaniach zdrowotnych stanowi punkt wyjścia projektowania założeń edukacji zdrowotnej.

<sup>21</sup> W ramach edukacji zdrowotnej należy prowadzić określone oddziaływania społeczne skierowane głównie do dzieci i młodzieży, chociaż coraz częściej podkreśla się wagę edukacji dorosłych – stosownie do funkcjonujących w danym społeczeństwie idei i celów społecznych w postaci realizacji programów zdrowotnych, interwencyjnych czy propagowanych. Trzeba mieć jednak na uwadze, że efekty takiego programu mogą nie być jednoznaczne, a czasami wręcz odwrotne od zamierzonych. Dzieje się tak, gdyż, niezależnie od tego, jak doskonały byłby projekt programu zmian socjalnych, nie możemy tak ich zaprojektować, aby uniknąć wpływu innych działań czy istniejących wzorców. Działania te mogą być skierowane do całego społeczeństwa lub jego części.

<sup>22</sup> A. Ostrowska, *Zróżnicowanie społeczne a zdrowie. Wyniki badań warszawskich*, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2009, s. 16.

<sup>23</sup> <http://www.who.int/healthpromotion/about/en/> [dostęp 10.05.2017].



Tezą badania jest stwierdzenie, że zachowania zdrowotne, w tym postrzeganie zdrowia, są zależne od typu wykształcenia osób badanych oraz poziomu wykształcenia rodziców. Stąd celowo zostały dobrane grupy szkół, traktowane jako grupy reprezentatywne, do których zaliczono licea ogólnokształcące, technika i szkoły zawodowe. Mnogość uwikłań i uwarunkowań zdrowia generuje wielość zagadnień. Stąd tak liczne problemy, które zostały poruszone w pytaniach skierowanych do uczniów losowo wytypowanych szkół.

Narzędziem badawczym jest tu skonstruowany na potrzeby badania kwestionariusz ankiety do przeprowadzenia wywiadu audytoryjnego<sup>24</sup>. Pozwolił on na zebranie informacji co do deklarowanych zachowań bezpośrednio od respondentów uczestniczących w danym badaniu. Niewątpliwymi zaletami tej metody jest też wysoka realizacja próby, możliwość zachęcania do odpowiedzi czy możliwość wyjaśnienia nieścisłości. Istnieją jednak mankamenty tej metody, do których można zaliczyć np. dysproporcje między deklarowanymi a rzeczywistymi zachowaniami, dużą zależność wiarygodności odpowiedzi od poczucia pełnej anonimowości w trakcie wypełniania ankiet, długi czas realizacji czy wpływ ankietera na odpowiedzi<sup>25</sup>.

Opracowany kwestionariusz ankiety zawiera 34 zamknięte pytania badawcze, w tym wiele pytań ogólnych uzupełnionych o pytania szczegółowe oraz 16 pytań w ramach metryczki, wszystkie pytania są z podziałem na typ szkół. Przy doborze szkół wykorzystano bazę kompletną placówek ponadgimnazjalnych, czyli licea ogólnokształcące, technika i szkoły zawodowe w obrębie m.st. Warszawy z ogólnopolskiej bazy, udostępnionej na stronie internetowej Centrum Informatycznego Edukacji <http://www.cie.men.gov.pl/index.php/sio-wykaz-szkol-i-placowek/26-wykaz-wg-wojewodztw.html>. Opracowano program wykorzystujący wbudowaną funkcję losującą w celu wytypowania określonej liczby szkół.

W badaniu reprezentatywnym wzięło udział 820 uczniów<sup>26</sup>. W tym 422 chłopców i 382 dziewcząt, 16 uczniów nie odpowiedziało na to pytanie. Jak wynika z rysunku 1, w technikum więcej uczy się chłopców, a w liceum więcej dziewcząt. W szkołach zawodowych liczba dziewcząt i chłopców jest zbliżona.

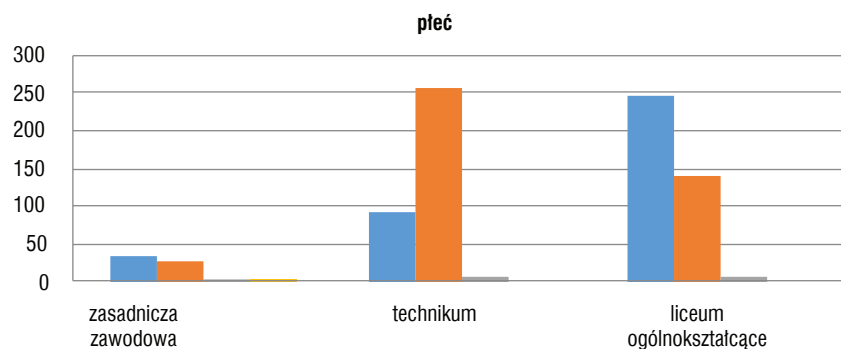
<sup>24</sup> Wywiad audytoryjny to swoisty typ wywiadu pisemnego, w którym formularz lub kwestionariusz ankiety wypełnia respondent. Metoda polega na samodzielnym wypełnianiu kwestionariusza ankiety przez respondenta lub grupę respondentów. Ankieter w tym przypadku nie przeprowadza wywiadu osobiście, jego rola najczęściej ogranicza się do poinformowania respondentów o celu badania i sposobie wypełniania kwestionariusza ankiety. Zaletą wywiadów audytoryjnych jest bardzo wysoki współczynnik realizowalności, czyli odsetek zwrotów wypełnionych ankiet oraz stosunkowo niski koszt badania.

<sup>25</sup> J. Apanowicz, *Metodologia nauk*, TNOiK „Dom Organizatora”, Toruń 2003, s. 104.

<sup>26</sup> Przeprowadzono test zgodności chi-kwadrat (inaczej zwany testem Pearsona), który służy do porównania ze sobą zaobserwowanego rozkładu zmiennej z teoretycznym rozkładem. Jeżeli test nie wykaże istotnych statystycznie różnic, to pod względem statystycznym zaobserwowane wyniki dla grup są sobie równe. Wynik okazał się nieistotny statystycznie (dla  $p > 0,05$ ).



Rysunek 1. Liczba i płeć respondentów z uwzględnieniem typu szkół



Źródło: Obliczenia własne na podstawie badania terenowego.

Analizując odpowiedzi w zakresie subiektywnej oceny stanu zdrowia, można zauważyć, że we wszystkich trzech typach szkół, tzn. szkołach zawodowych, technikumach i liceach ogólnokształcących, uczniowie określili swój stan zdrowia jako „bardzo dobry” w zbliżonych proporcjach. Wyniosły one odpowiednio 32%, 32% i 37%. Podobnie odpowiedzi dotyczyły pytania, które zadeklarowali jako „dobry” i wyniosły 32%, 43%, 46%. Takie opinie wskazują, że młodzież ze szkół licealnych i techników w samoocenie zdrowia nieznacznie częściej niż ze szkół zawodowych deklaruje „bardzo dobre” i „dobre” samopoczucie, co może świadczyć o relatywnie dobrej kondycji zdrowotnej młodzieży z tych właśnie szkół (tab. 1).

Co do samooceny w zakresie kondycji fizycznej, to można zauważyć, że odpowiedzi uczniów z różnych typów szkół są zbliżone do poprzedniej kategorii, tzn. oceny stanu zdrowia.

Tabela 1. Samoocena stanu zdrowia według typów szkół (w %)

Jak oceniasz stan swojego zdrowia?	Szkoła ponadgimnazjalna		
	zasadnicza zawodowa	technikum	liceum ogólnokształcące
Bardzo dobrze	32	32	37
Dobrze	32	43	46
Średnio	32	21	14
Źle	2	1	3
Mam poważne problemy zdrowotne	2	3	0

Źródło: Obliczenia własne na podstawie badania terenowego.

Uczniowie z liceów ogólnokształcących ocenili siebie jako „bardzo sprawnych” fizycznie w 25%. W zasadniczych szkołach zawodowych w 19%, a technikumach

w 22%, czyli swoją „sprawność” uczniowie szkół ogólnokształcących ocenili lepiej niż w pozostałych szkołach (tab. 2). Inne odpowiedzi są też w trzech typach szkół liczbowo zbliżone poza jednym z pytań, tzn. „mam poważne problemy zdrowotne”, gdzie takie odpowiedzi zaznaczyła młodzież ze szkół zawodowych. Wysoki odsetek uczniów w szkołach zawodowych z problemami zdrowotnymi w porównaniu z uczniami z pozostałych szkół może wynikać z faktu, że właśnie te problemy ograniczały tę grupę uczniów w nauce w szkole podstawowej i gimnazjum, co w konsekwencji mogło odbić się na możliwości dostania się do np. technikum.

**Tabela 2. Samocena dotycząca kondycji fizycznej według typów szkół (w %)**

Jak oceniasz swoją kondycję fizyczną?	Szkoła ponadgimnazjalna		
	zasadnicza zawodowa	technikum	liceum ogólnokształcące
Bardzo dobrze	19	22	25
Dobrze	35	40	42
Średnio	35	32	28
Źle	1	4	3
Mam poważne problemy zdrowotne	10	2	2

Źródło: Jak do tabeli 1.

Analizując ogólną wiedzę na temat „wpływu zachowania człowieka na stan zdrowia”, można zauważyć znaczącą przewagę świadomości na ten temat wśród młodzieży z liceów ogólnokształcących, która przejawia się 40,0% pozytywnych odpowiedzi w odróżnieniu od młodzieży ze szkół zawodowych, w których na to samo pytanie pozytywnie odpowiedziało tylko 22,0% ogółu uczniów, a w technikumach w 27%, czyli poziom wiedzy na temat możliwości kształtowania zdrowia poprzez odpowiednie zachowania wśród uczniów liceów jest wyższy niż w szkołach zawodowych (tab. 3).

**Tabela 3. Ocena wpływu zachowania uczniów na ich stan zdrowia (w %)**

W jakim stopniu Twoje zachowanie ma wpływ na Twój stan zdrowia?	Szkoła ponadgimnazjalna		
	zasadnicza szkoła zawodowa	technikum	liceum ogólnokształcące
Tak, ma w dużym stopniu	22	27	40
Tak, w średnim stopniu	32	37	33
Tak, w małym stopniu	11	13	8
Nie ma to w ogóle żadnego znaczenia	16	9	6
Trudno powiedzieć	19	13	11
Brak danych	0	1	2

Źródło: Jak do tabeli 1.

Zatem duża część uczniów ze szkół ogólnokształcących ma przeświadczenie, że człowiek może potencjalnie kształtować swoje zdrowie i wpływać na jego stan. Podobne wnioski można wysnuć z odpowiedzi, że ludzie tylko w małym stopniu lub w ogóle nie mają wpływu na własne zdrowie. Dla porównania, uczniowie ze szkół ogólnokształcących odpowiedzieli na te pytania odpowiednio w 8% i 6,0%. Natomiast ze szkół zawodowych i techników mieli zdecydowanie mniejsze przeświadczenie o swoim wpływie na kształt zdrowia – odpowiednio 27,0% i 22,0%. To może świadczyć, że młodzież licealna ma większą świadomość, że jej zachowania w dużym stopniu mają wpływ na własne zdrowie, w porównaniu z młodzieżą ze szkół zawodowych i techników.

Jednym z pytań sprawdzających świadomość wpływu własnych zachowań na stan zdrowia jest to dotyczące np. uczęszczania na lekcje wf.: uczniowie z liceów ogólnokształcących i techników odpowiadali, że chodzą na lekcje wf. w 89,0%, a w szkołach zawodowych znacząco mniej, gdyż w 75,0% ogółu respondentów. Interesujące i potwierdzające gorszą kondycję fizyczną młodzieży ze szkół zawodowych są również zwolnienia czasowe i stałe z lekcji wf., które są częściej obserwowane właśnie wśród uczniów szkół zawodowych niż wśród techników i liceów (tab. 4).

Tabela 4. Odsetek respondentów dotyczący uczęszczania na lekcje wf. (w %)

Czy uczęszczasz na lekcje wf?	Szkoła ponadgimnazjalna		
	zasadnicza zawodowa	technikum	liceum ogólnokształcące
Tak	75	89	89
Nie, mam czasowe zwolnienie z wf. od lekarza	8	3	2
Nie, mam stałe zwolnienie z wf. od lekarza	14	3	6
Nie, mam zwolnienie od rodziców	0	2	1
Brak danych	3	2	2

Źródło: Jak do tabeli 1.

Ponadto zgodnie z tabelą 4 dorośli uczniowie warszawskich szkół zawodowych częściej niż liceów ogólnokształcących i techników w sumie są na stałe i okresowo zwolnieni z wf. przez lekarza. Wielkości te wynoszą odpowiednio 22%, 6% i 8%. Mogą one świadczyć z jednej strony o słabszej kondycji zdrowotnej młodzieży szkół zawodowych w porównaniu z młodzieżą z pozostałych typów szkół, z drugiej zaś strony o niechęci tej grupy do podnoszenia kondycji fizycznej. Podobne wnioski płyną z badania Kalupa dotyczącego stylu życia Polaków. Zgodnie z nimi tylko 30%

badanych osób wolny czas spędzało aktywnie. Sport uprawiali najczęściej mężczyźni z wyższym wykształceniem<sup>27</sup>.

Zbliżone dane potwierdzające małą aktywność ruchową Polaków prezentuje Departament Badań Statystycznych GUS: aż 31% dorosłych Polaków spędza czas wolny wyłącznie w sposób bierny, oglądając telewizję, siedząc przy komputerze lub czytając gazetę, 35–39% łączy wypoczynek bierny z wypoczynkiem mało aktywnym, np. w formie spacerów, a tylko 15–16% przez większość wolnego czasu uprawia jakieś sporty, np. jeździ na rowerze, biega lub pracuje na działce<sup>28</sup>.

Tabela 5. Ocena respondentów w zakresie prawidłowego odżywiania (w %)

Czy prawidłowo się odżywasz?	Szkoła ponadgimnazjalna		
	zasadnicza zawodowa	technikum	liceum ogólnokształcące
Tak	33	38	56
Nie	17	24	13
Trudno powiedzieć	49	38	30
Brak danych	0	0	1
Suma	1	1	1

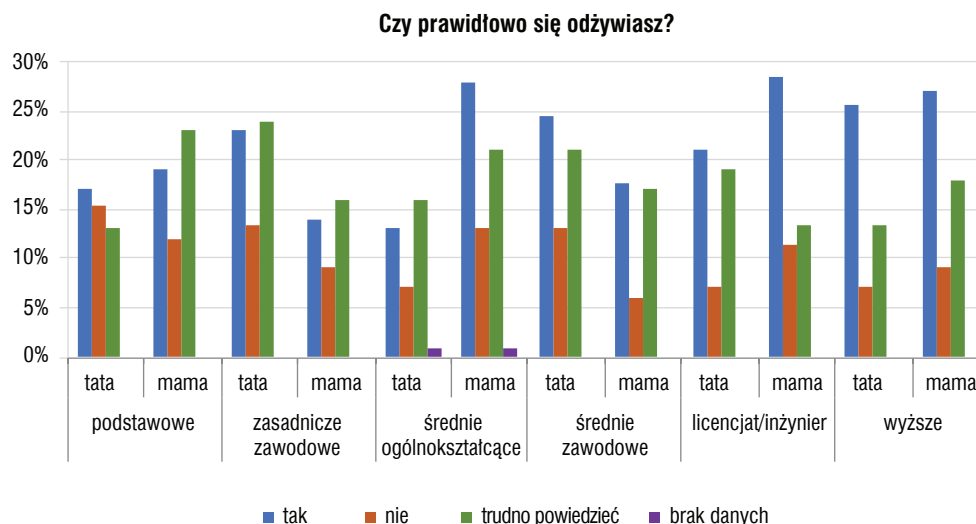
Źródło: Jak do tabeli 1.

Następne pytanie z zakresu deklarowanych zachowań i ich wpływu na własne zdrowie dotyczyło opinii respondentów co do prawidłowego odżywiania się. Na pytanie „Czy prawidłowo się odżywasz” dorosła ankietowana młodzież z warszawskich liceów ogólnokształcących stwierdziła twierdząco w 56%, a ze szkół zawodowych i techników odpowiednio w 33,0% i 38,0% (tab. 5). Zatem młodzież ze szkół zawodowych i techników rzadziej niż ze szkół ogólnokształcących deklarowała, że odżywia się prawidłowo. Analiza tego samego pytania, tzn. dotyczącego deklarowanego prawidłowego odżywiania się, ale w połączeniu z wykształceniem rodziców wskazuje, że prawidłowe odżywianie deklaruje ankietowana młodzież warszawskich szkół ponadgimnazjalnych mająca rodziców z wykształceniem na poziomie liceów ogólnokształcących, licencjata i studiów wyższych. Uwaga ta dotyczy szczególnie kobiet. Natomiast dla porównania młodzież mająca rodziców z wykształceniem podstawowym i zawodowym stosunkowo rzadziej deklaruje prawidłowe odżywianie się. Potwierdza to tezę, że głównie matki i ich wykształcenie mają decydujący wpływ na przekazywanie pozytywnych wzorców zdrowotnych.

<sup>27</sup> W. Kalupa, *Zachowania prozdrowotne w badaniach elementów stylu życia*, [w:] *Badanie stanu zdrowia populacji i funkcjonowanie opieki zdrowotnej. Zagadnienia wybrane*, red. T. Maksymiuk, L. Bartkowiak, Wydawnictwo AM im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2002.

<sup>28</sup> <http://statystyka.org.pl/> [dostęp 21.05.2017].

Rysunek 2. Ocena uczniów dotycząca ich prawidłowego odżywiania z uwzględnieniem wykształcenia rodziców (w %)



Źródło: Jak do rysunku 1.

Jeżeli dodatkowo te informacje połączymy z odpowiedziami na temat faktycznego sposobu odżywiania, to okaże się, że spożycie warzyw i owoców przez uczniów liceów ogólnokształcących jest znacznie częściej deklarowane codziennie (67%) niż w szkołach zawodowych (32%). Natomiast, co charakterystyczne, pojawiła się tu odpowiedź, że „rzadko” jadają owoce i warzywa, w szkołach zawodowych taka odpowiedź pojawiła się w 16%, a w liceach tylko w 1% (tab. 6). Podobne odpowiedzi można zaobserwować jeśli idzie o spożycie mleka i przetworów mlecznych: młodzież z liceów w 50% deklaruje, że spożywa te produkty codziennie, a ze szkół zawodowych tylko w 27%, czyli jest to różnica ponad 20% na niekorzyść tej konsumpcji młodzieży ze szkół zawodowych (tab. 7). W cytowanym już badaniu Kalupa okazało się też, że aż 36% respondentów odżywiało się niezdrowo i nieregularnie.

Odpowiedzi dotyczące samooceny co do prawidłowego odżywiania się dorosłej młodzieży warszawskiej po części zsynchronizowane są z faktycznymi zachowaniami w tym zakresie. Młodzież ze szkół licealnych i techników warszawskich częściej deklaruje, że prawidłowo się odżywia i faktycznie częściej spożywa warzywa i owoce oraz pije mleko i przetwory mleczne niż młodzież ze szkół zawodowych. Co do konsumpcji słodczy – odpowiedzi na kolejne z zadanych pytań wskazują, że młodzież ze szkół warszawskich często spożywa słodczy, a odpowiedzi są zbliżone we wszystkich typach szkół.

**Tabela 6. Opinia uczniów w zakresie spożycia owoców i warzyw (w %)**

Jak często jesz owoce i warzywa?	Szkoła ponadgimnazjalna		
	zasadnicza zawodowa	technikum	liceum ogólnokształcące
Codziennie	32	40	67
Kilka razy w tygodniu	40	45	27
Kilka razy w miesiącu	13	7	4
Rzadko	16	4	1
Nigdy	0	2	1
Brak danych	0	2	1

Źródło: Jak do tabeli 1.

**Tabela 7. Opinia respondentów dotycząca spożycia mleka i przetworów mlecznych (w %)**

Jak często spożywasz mleko i przetwory mleczne?	Szkoła ponadgimnazjalna		
	zasadnicza zawodowa	technikum	liceum ogólnokształcące
Codziennie	27	40	50
Kilka razy w tygodniu	41	42	35
Kilka razy w miesiącu	11	7	5
Rzadko	17	8	6
Nigdy	3	2	4
Brak danych	0	1	1

Źródło: Jak do tabeli 1.

Natomiast w zakresie deklarowanych zachowań antyzdrowotnych w ankiecie znalazło się pytanie dotyczące palenia papierosów (tab. 8). Tu odpowiedzi wskazują, że uczniowie ze szkół zawodowych częściej niż młodzież z techników i liceów ma kontakt z nikotyną. W szkołach zawodowych 49% respondentów deklaruje, że codziennie pali papierosy, brak jest tu odpowiedzi „raz na kilka dni”, co potwierdza rzetelność odpowiedzi, gdyż skoro odpowiedzieli, że palą, to nie da się raz palić, raz nie. Natomiast ta sama młodzież stwierdza „raz spróbowałem i na tym koniec” w 11%, zaś „nigdy nie próbowałem” – w 21%. Co charakterystyczne, to dorosła, warszawska młodzież ze szkół ogólnokształcących i techników odpowiadała w bardzo zbliżony sposób, tzn. w liceach ogólnokształcących zadeklarowała, że: pali „codziennie” – 11%, „raz na kilka dni” – 2%, „raz spróbowałem i na tym koniec” – 16%, „nigdy nie próbowałem” – 49%, a w technikach odpowiednio 20%, 2%, 15%, 41%. Wyniki te upoważniają do stwierdzenia, że ankietowana młodzież z liceów i techników ma zdecydowanie mniejszy kontakt z nikotyną niż uczniowie ze szkół zawodowych (tab. 8).



Tabela 8. Opinia respondentów na temat palenia papierosów (w %)

Czy palisz papierosy?	Szkoła ponadgimnazjalna		
	zasadnicza zawodowa	technikum	liceum ogólnokształcące
Tak, codziennie – ile ...	49	20	11
Tak, raz na kilka dni – ile ...	0	2	2
Tak, sporadycznie (jeden/dwa)	19	19	20
Raz spróbowałem i na tym koniec	11	15	16
Nie, nigdy	21	41	49
Brak danych	0	2	2

Źródło: Jak do tabeli 1.

Podobne jak w przypadku kontaktu z nikotyną deklaracje w zakresie zachowań antyzdrowotnych można odczytać w odpowiedziach dotyczących spożycia piwa. Na te pytania uczniowie z warszawskich liceów ogólnokształcących i techników deklarowali korzystniejsze niż w szkołach zawodowych zachowania. Codzienne spożycie piwa młodzież z liceów ogólnokształcących i techników deklarowała w 2%, a uczniowie ze szkół zawodowych – w 13%. Natomiast odpowiedzi „nigdy nie próbowałem” w badanych szkołach kształtowały się odpowiednio na poziomie 11%, 6% i 2%. Jest to duża różnica ponad 5 pkt.proc. na korzyść szkół ogólnokształcących w porównaniu ze szkołami zawodowymi (tab. 9).

Tabela 9. Opinia uczniów dotycząca spożycia piwa (w %)

Czy pijesz piwo?	Szkoła ponadgimnazjalna		
	zasadnicza zawodowa	technikum	liceum ogólnokształcące
Tak, codziennie – ile ...	13	2	2
Tak, raz na kilka dni – ile ...	13	16	13
Tak, sporadycznie (jeden/dwa)	57	63	59
Raz spróbowałem i na tym koniec	5	2	5
Nie, nigdy	2	6	11
Jestem abstynentem	11	9	8
Brak danych	0	1	1

Źródło: Jak do tabeli 1.

Niepokojąca sytuacja ma miejsce w zakresie zażywania narkotyków przez ankietowanych dorosłych uczniów w szkołach ponadgimnazjalnych w Warszawie. Jest to kolejne pytanie z grupy deklarowanych przez uczniów zachowań antyzdrowotnych. Podobnie jak w przypadku palenia papierosów oraz picia różnych typów alkoholi młodzież ze szkół zawodowych deklaruje częstszy kontakt z narkotykami

w porównaniu z równolatkami z techników oraz liceów ogólnokształcących. Zażywanie narkotyków w badanych szkołach zawodowych „raz na kilka dni” deklaruje 7% uczniów, „sporadycznie, np. na imprezach” – 21%, „raz spróbowałem i na tym koniec” – 29%. Analogicznie odpowiedzi w technikalach wyglądały następująco: 7%, 20%, 20%. Najkorzystniej sytuacja w tym zakresie wygląda w szkołach ogólnokształcących, tzn. odpowiednio 2%, 14%, 18%. Natomiast „nigdy nie próbowałem”, co jest szczególnie ważne w przypadku kontaktu z substancjami psychoaktywnymi, w szkołach zawodowych deklarowało 32% uczniów, a w technikalach – 43% ogółu ankietowanych. Najkorzystniejsza sytuacja w tym zakresie ma miejsce w liceach, tzn. 65% respondentów zadeklarowało, że do czasu badania nie miało kontaktu z narkotykami.

Tabela 10. Opinia respondentów dotycząca spożycia narkotyków (w %)

Czy zażywasz narkotyki?	Szkoła ponadgimnazjalna		
	zasadnicza zawodowa	technikum	liceum ogólnokształcące
Tak, codziennie – ile i co...	11	10	1
Tak, raz na kilka dni – ile ...	7	7	2
Tak, sporadycznie	21	20	14
Raz spróbowałem i na tym koniec	29	20	18
Nie, nigdy	32	43	65

Źródło: Jak do tabeli 1.

Kolejnym ważnym obecnie nasilającym się problemem zdrowotnym jest uzależnienie młodzieży od komputera, telefonu komórkowego czy tabletu, ale też telewizji. Nowoczesne technologie tworzą wirtualną rzeczywistość, często nieadekwatną do realnego świata. Spada wtedy zainteresowanie wszystkimi sprawami życiowymi, zaniedbywane są obowiązki szkolne i rodzinne, następuje izolacja od innych.

## Podsumowanie

Doświadczenia związane z kształtowaniem zachowań zdrowotnych są aplikowane poprzez politykę zdrowotną, jako aktywnego i świadomego procesu mającego na celu starania o utrzymanie i podniesienie potencjału. Jest to podejście traktujące zachowania jako pochodną edukacji, którą należy rozumieć jako ciąg zdarzeń powiązanych wieloma problemami natury np. psychicznej czy społecznej, a nie jako jednorazowe działanie o spektakularnym charakterze. Działalność w kierunku rozpoznania konkretnego problemu zdrowotnego jest niezmiernie ważna, decyduje

bowiem o przyszłym kształcie zdrowia i to często nie tylko jednego pokolenia, ale i następnych.

W takim nurcie rozważań jest też opis, a następnie analiza badania terenowego dotyczącego zachowań zdrowotnych pełnoletniej młodzieży różnego typu szkół ponadpodstawowych, tzn. szkół zawodowych, techników i szkół ogólnokształcących w Warszawie. Hipoteza badawcza tego badania mówi, że istnieje dodatnia zależność między typem szkoły, do której uczęszcza młodzież, a wiedzą na temat zdrowia oraz umiejętnościami kształtowania zachowań zdrowotnych.

W świetle badań okazało się, że badana młodzież ze szkół zawodowych zdecydowanie słabiej rozpoznaje sytuacje grożące zdrowiu w postaci słabszego sposobu odżywiania (spożywa mniej nabiału, warzyw, nie je ciepłego posiłku w ciągu dnia) czy kontaktów z substancjami psychoaktywnymi w porównaniu z młodzieżą z techników, a szczególnie ze szkół licealnych. Stąd istotne jest, aby:

- 1) Zwrócić szczególną uwagę edukatorów zdrowotnych na zaniedbania edukacyjne w szkołach, w tym szczególnie szkołach zawodowych.
- 2) Wyrównywać dysproporcje infrastrukturalne między szkołami oraz typami szkół.
- 3) Dofinansować szkoły, a szczególnie zawodowe w zakresie: programów edukacji zdrowotnej oraz infrastruktury sportowej i gastronomicznej.
- 4) Wdrażać (wybierać) edukacyjne programy zdrowotne zachowujące jedność treści edukacyjnych i deklaracji z działaniami, nie tylko w środowisku szkoły, ale też rodziny. A szczególnie takie, w których uwzględnione jest stwarzanie podstaw do zmian i modyfikacji zachowań, sposobów postępowania, nauczania czy zarządzania szkołą.

Ogólnym wnioskiem z badań może więc być stwierdzenie, że najistotniejsze wydaje się promowanie i kształtowanie wiedzy na temat zdrowia poprzez edukację zdrowego stylu życia, z położeniem dużego nacisku na uczniów ze szkół zawodowych, jako tych potrzebujących najsilniejszego wsparcia merytorycznego i infrastrukturalnego. Stylu, który wyznaczać będzie konkretne zachowania, przyzwyczajenia i nawyki zdrowotne jednostki i uświadamiać, że własne zdrowie zależy również od nas samych i należy czynnie kształtować i powiększać zasoby zdrowotne poprzez np. ruch, dietę i pokonywanie własnych słabości.

## Young adults' health behaviours: An element of health policy in the light of the "Youth of Warsaw" study

The aim of the study is to point to the essence and role of health policy in shaping health behaviours and then to present the study and its findings regarding knowledge about health and the ability to shape the behaviours of young adults in Warsaw. The description was taken, followed by an analysis of the field study on health behaviours of the adult youth of various types of secondary schools, i.e. vocational schools, technical schools and general secondary schools in Warsaw. The research hypothesis in this study says that there is a relationship between the type of school that young people attend and health knowledge and skills shaping their health behaviours.

In the light of the research, it turned out that the examined youth from vocational schools considerably less recognizes situations threatening to health in the form of a poorer nutrition (consuming insufficient amounts of dairy products, vegetables, or not eating a single warm meal during the day) or the frequency of contacts with psychoactive substances in comparison with young people from technical schools or college students.

Keywords: health behaviours, health policy, the study of adult youth in Warsaw

## Literatura

1. Apanowicz J., *Metodologia nauk*, TNOiK „Dom Organizatora”, Toruń 2003.
2. Blaxter L., Hughes Ch., Tight M., *How to research*, Open University Press, Buckingham 1998.
3. *The Cambridge handbook of consumer psychology*, red. I.M. Norton, D. Rucker, Cambridge University Press, New York 2015.
4. *Economies of death, economic logics of killable life and grievable death*, red. J. Patricia, Routledge, London–New York 2015.
5. *Europejski model społeczny. Doświadczenia i przyszłość*, red. nauk. D.K. Rosati, PWE, Warszawa 2008.
6. Frąckiewicz L., *Polityka ochrony zdrowia. Synteza*, Wydawnictwo AE im. K. Adamickiego, Katowice 1991.
7. Grewiński M., *Modele wielosektorowości w pluralizmie polityki społecznej*, [w:] *Wokół polityki społecznej*, red. K. Głąbicka, M. Grewiński, Polskie Towarzystwo Polityki Społecznej WSzP TWP w Warszawie, Instytut Polityki Społecznej, Warszawa 2008.
8. *Handbook of development economics*, Elsevier, North Holland Oxford, Amsterdam 2010.

9. *Health and inequality*, Vol. 2: *Health inequalities, causes and pathways*, red. K.E. Picket, Routledge, London–New York 2009.
10. *Health policy*, [w:] *Health topics*, World Health Organization, <https://www.who.int/library/science-and-technology/health-and-medicine>
11. Kalupa W., *Zachowania prozdrowotne w badaniach elementów stylu życia*, [w:] *Badanie stanu zdrowia populacji i funkcjonowanie opieki zdrowotnej. Zagadnienia wybrane*, red. T. Maksymiuk, L. Bartkowiak, Wydawnictwo AM im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2002.
12. Karski B., *Praktyka i teoria promocji zdrowia. Wybrane zagadnienia*, CeDeWu, Warszawa 2003.
13. Korporowicz V., *Zdrowie i jego promocja. Kształtowanie przyszłości*, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2008.
14. Kumar R., *Research methodology. A step-by-step guide for beginners*, Sage, London 1999.
15. Mellibruda J., Fronczyk K., *Alkohol i inne substancje psychoaktywne w środowisku studenckim*, [w:] *Ewaluacja profilaktyki problemów dzieci i młodzieży*, red. J.Ł. Grzelak, M.J. Sochacki, Pracownia Profilaktyki Problemowej, Warszawa 2001.
16. *Mental illness. Invisible but devastating*, „Africa Renewal” December 2016/March 2017.
17. Ostrowska A., *Zróźnicowanie społeczne a zdrowie: wyniki badań warszawskich*, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2009.
18. Patric D.L., Ericson P., *Health status and health policy*, Oxford University Press, Oxford–New York 1993.
19. *Public management organizations governance and performance*, red. L.J. O'Tode, K.J. Meler, Cambridge University Press, Cambridge 2011.
20. Rączaszek A., *Demograficzne uwarunkowania rynków konsumpcji społecznej*, [w:] *Wokół polityki społecznej*, red. K. Głąbicka, M. Grewiński, Polskie Towarzystwo Polityki Społecznej WSzP TWP w Warszawie, Instytut Polityki Społecznej, Warszawa 2008.
21. Rymśza M., *Polityka rodzinna. Cele, wartość, rozwiązanie – w poszukiwaniu konsensualnego programu. Polityka wobec rodziny w Polsce*, „Studia BAS” nr 1, 2016.
22. Sachs J.D., *Commonwealth. Economics for a crowded planet*, Penguin Books, London 2008.
23. *Stan zdrowia ludności Polski. Zdrowie Publiczne 1998*, red. T. Maksymiuk, L. Bartkowiak, M. Kuciarska-Ciesielska, Wydawnictwo AM im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2002.
24. Włodarczyk C.W., *Współczesna polityka zdrowotna*, Lex a Wolters Kluwer business, Warszawa 2014.
25. *Wokół polityki społecznej*, red. K. Głąbicka, M. Grewiński, Polskie Towarzystwo Polityki Społecznej WSzP TWP w Warszawie, Instytut Polityki Społecznej, Warszawa 2008.
26. Zimbardo P., *Psychologia i życie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012.