

ARTYKUŁY POGLĄDOWE (REVIEW PAPERS)

Związki stylu życia ze zdrowiem

(The relationship between lifestyle and health)

M Woźniak^{1,A,D}, I Brukwicka^{3,B}, Z Kopański^{1,2,F}, R Kollár^{4,E}, M Kollárová^{4,C}, B Bajger^{3,B}

1. Collegium Masoviense – Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu
2. Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytet Jagielloński
3. Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna w Jarosławiu
4. Uniwersytet Nauk o Zdrowiu i Pracy Socjalnej św. Elżbiety w Bratysławie (Słowacja)

Abstract— The authors' attention is on the differences in understanding what lifestyle is. The definition of lifestyle when pertaining to individuals and social groups is discussed. The factors characteristic of health behaviour are presented. The difficulties of maintaining health-seeking behaviour in respective decades of human life are discussed. The focus is on the attempts to relate lifestyle to health made by people of different professions, such as philosophers, poets, or writers. Methods of caring for one's health as well as different types of passiveness towards health-seeking are characterised.

Key words — factors characteristic of health behaviour, different types of passiveness towards health-seeking.

Streszczenie— Autorzy zwrócili uwagę na duże zróżnicowanie rozumienia stylu życia. Omówili znaczenie stylu życia w aspekcie jednostki i grupy społecznej. Scharakteryzowali czynniki cechujące zachowania zdrowotne. Podkreślili trudności w realizacji zachowań prozdrowotnych w poszczególnych dekadach życia ludzkiego. Zwrócili uwagę na próby powiązania stylu życia ze zdrowiem podejmowane przez ludzi różnych profesji, myślicieli, poetów, pisarzy). Scharakteryzowali sposoby dbania o zdrowie oraz różne typy bierności wobec działań prozdrowotnych.

Słowa kluczowe — czynniki cechujące zachowania zdrowotne, różne typy bierności wobec działań prozdrowotnych.

Wkład poszczególnych autorów w powstanie pracy— A-Koncepcja i projekt badania, B-Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C-Analiza i interpretacja danych, D-Napisanie artykułu, E-Krytyczne zrecenzowanie artykułu, F-Ostateczne zatwierdzenie artykułu

Adres do korespondencji — Prof. dr Zbigniew Kopański, Collegium Masoviense – Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu, Żyrardów, ul. G. Narutowicza 35, PL-96-300 Żyrardów, e-mail: zkopanski@o2.pl

Zaakceptowano do druku: 16.10.2015.

STYL ŻYCIA

Pojęcie „styl życia” funkcjonuje w socjologii, medycynie, psychologii, zdrowiu publicznym, promocji zdrowia. Istnieje zgodność co do tego, że styl życia jest produktem kultury i ma wyraźny związek z przynależnością społeczną. Nie ma natomiast zgodności co do definicji i koncepcji tego pojęcia. Poniżej przytaczamy definicje stylu życia podane przez wybranych polskich autorów.

Andrzej Tyszka [1] pisze tak " *Mówiąc o stylach życia myślę o kulturowo uwarunkowanych sposobach bytowania: wzorach życia, motywach postępowania, hierarchiach wartości, dyrektywach i środkach ich realizacji, słowem - elementach świadomości wraz z*

tkwiącymi w codziennym procesie życiowym przesłankami egzystencji. Na styl życia składa się więc - w tym rozumieniu - splot subiektywnych i obiektywnych czynników: obiektywne - w tym na pierwszym miejscu ekonomiczne determinanty łączą się (...) ze świadomym, subiektywnym dążeniem. Styl życia wyraża równowagę między aspiracjami, świadomością potrzeb, upodobaniami a możliwością ich zaspokojenie; pomiędzy uznaną i pożądaną a możliwą do ziszczenia sumą wartości. (Słowo <suma> należałoby raczej zastąpić terminem <kompozycja>, co sygnalizowałoby określony układ hierarchiczny, sytuację, w której gra rolę wybór, selekcja, wartościowanie. Styl życia rozumiem jako kulturowo uwarunkowany stopień i sposób zaspokajania potrzeb i realizowania aspiracji za

pomocą możliwości i prerogatyw wynikających z zajmowanej pozycji ekonomicznej i społecznej".

Z kolei Andrzej Siciński [2] proponuje *"...aby przez określenie <styl życia> rozumieć zakres i formy codziennych zachowań jednostek lub grup, specyficzne dla ich usytuowania społecznego, tzn. manifestujące położenie społeczne oraz postrzegane jako charakterystyczne dla tego położenia, a dzięki temu umożliwiające szeroko rozumianą społeczną lokalizację innych ludzi. (...)"*.

Marcinowi Czerwińskiemu [3] *"...wydaje się, że pojęcie stylu życia zmusza do ujęcia wyodrębniającego określone zasady ludzkich czynności w następstwie sięgnięcia dalej w głąb ich rzeczywistych struktur."*

Andrzej Siciński [4] uznaje, że *"...styl życia (...) jest określeniem, które odnosić można zarówno do zbiorowości społecznych, jak i jednostek. Oznacza ono zespół codziennych zachowań (sposób <postępowania>, aktywność życiową) specyficzny dla danej zbiorowości lub jednostki (treść i konfigurację owych zachowań); a inaczej mówiąc: charakterystyczny sposób bycia odróżniający daną zbiorowość lub jednostkę od innych. Na całość, jaką stanowi styl życia składają się przy tym: zachowania ludzi zróżnicowane co do zakresu i formy (a właściwie: ciągi tych zachowań nakierowane na określone cele, a więc <czynności>, <działania>); motywacje owych zachowań (przypisywane im znaczenia i wartości); a także pewne funkcje rzeczy będących bądź rezultatami, bądź celami, bądź instrumentami owych zachowań (którym, w związku z tą rolą, również przypisuje się pewne wartości."*

Barbara Fatyga [5] proponuje zdefiniować styl życia *"...jako kulturowo uwarunkowany sposób realizacji potrzeb, nawyków i norm. Regulują go układy wartości, (wyrażane na poziomie empirycznym przez wzory, a na poziomie teoretycznym - przez wzorce stylu) przyjęte przez jednostki i grupy. (...) Podstawowy, dominujący dla danego stylu układ wzorców (rzadko ich wyrazista hierarchia) tworzy tak zwaną zasadę stylu. Umożliwia ona odczuwanie jej realizatorom swojego życia jako względnie spójnego i względnie sensownego, badaczom zaś - typologizację stylów.(...) Oczywiście jest, iż podmioty społeczne (jednostki i grupy) realizujące poszczególne style życia reprezentują określone segmenty struktury społecznej, a więc także określone cechy statusowe. To zaś (...) wpływa na procesy aksjosemiotyczne w całościowo rozumianym stylu życia. Z reguły bowiem nad <obiektywnymi> cechami położenia społecznego także nadbudowują*

się siatki wartości i znaczeń, które w rozwarstwiających się (jak obecnie nasze) lub rozwarstwionych społeczeństwach (jak to opisane w Dystynkcji... przez Pierre'a Bourdieu) mogą utworzyć dominujący układ wzorców - określoną zasadę stylu życia."

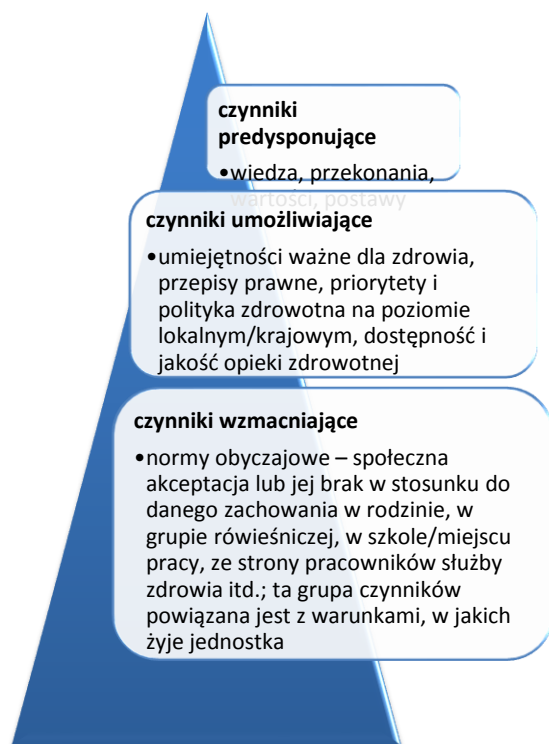
Styl życia jest złożonym terminem, który odnosi się zarówno do grupy społecznej jak i jednostki.

Styl życia grupy społecznej obejmuje wiele społecznych wzorców zachowań i interpretacji sytuacji społecznych, jakie dana grupa wspólnie wypracowała i wykorzystuje, aby radzić sobie w życiu. Styl życia może więc podlegać różnego typu zmianom zachodzącym pod wpływem różnych czynników i przemian społecznych.

Z kolei styl życia jednostki jest wyborem określonego wzorca zachowań jednostki wynikającego z postrzegania i sposobu charakteryzowania otaczającej jednostkę rzeczywistość oraz cech, za pomocą których ta jednostka potrafi rozumować, wnioskować, udoskonalać swe działanie. [6-8].

Odrębnym pojęciem jest tryb życia (lub reżim życia). Odnosi się ono do organizacji codziennego życia np.: rytm pracy i wypoczynku, czuwanie i sen. Tryb życia związany jest w znacznym stopniu z czynnościami fizjologicznymi organizmu, w tym zwłaszcza rytмами biologicznymi (szczególnie okołodobowymi), warunkującymi aktywność życiową człowieka. Tryb życia człowieka zmienia się z wiekiem (zmiany biologiczne, pełnienie różnych ról społecznych), podlega wpływom różnych czynników zewnętrznych i jest także zależny od stylu życia [9,10].

Styl życia człowieka, w tym jego zachowania zdrowotne, zmieniają się w czasie trwania całego życia. Zmiany te mają związek z wiekiem, płcią, cechami osobowościowymi, stanem zdrowia, pełnionymi rolami społecznymi oraz zmieniającymi się czynnikami środowiskowymi. Wszystkie te czynniki mają bezpośredni lub pośredni wpływ na zachowania zdrowotne i styl życia ludzi. Green i Kreuter [11] wyróżnili trzy główne grupy czynników wpływających na kształtowanie zachowań zdrowotnych:



Rycina 1. Czynniki kształtujące zachowania zdrowotne wg Green i Kreuter [11]

Ważnym okresem dla kształtowania zachowań zdrowotnych jest dzieciństwo i młodość. Okres ten nazywany jest wiekiem rozwojowym. To na ten okres przypada szczególny rozwój fizyczny, motoryczny, intelektualny, psychiczny, społeczny. Następuje adaptacja do różnorodnych bodźców i zmian środowiska fizycznego, kompensacja (wyrównywanie) niekorzystnych zjawisk współczesnego życia, zapobieganie zaburzeniom rozwoju i zdrowia, w tym zwłaszcza otyłości, zaburzeniom układu ruchu oraz wczesne zapobieganie miażdżycy. [12-17]

Z kolei okres dorastania charakteryzuje się intensywnymi zmianami we wszystkich płaszczyznach rozwoju, dotyczą one zarówno sfery biologicznej, psychologicznej i społecznej. W dość szybkim tempie pojawiają się oznaki dojrzewania płciowego, zmiany w obszarze rozwoju społeczno-emocjonalnego i poznawczego. Posłuszne, grzeczne dziecko zmienia się w buntownika, który ma własne zdanie na wiele spraw, własne tajemnice, własną grupę odniesienia. Okres dorastania jest często okresem kryzysu zachowań zdrowotnych. Nierzadko młody człowiek podejmuje w tym okresie działania, które mają wyraźny wymiar antyzdrowotny. I niestety z takim,

często nowym bagażem doświadczeń wstępuje w dorosłe życie.[18].

ZWIĄZKI STYLU ŻYCIA ZE ZDROWIEM

O znaczeniu dobrego zdrowia dla życia człowieka pisało czasem humorystycznie, czasem bardzo poważnie wielu poetów, pisarzy, naukowców.

Jan Kochanowski o zdrowiu pisał tak:

„...Szlachetne zdrowie,

Nikt się nie dowie,

Jako smakujesz,

Aż się zepsujesz...”[19]

Z kolei Georg Christoph Lichtenberg¹ zauważał, że „*Poczucie zdrowia zdobywamy tylko przez chorobę*”[19]. Ernest Hemingway² dając receptę na dobre zdrowie pisał „*Szczęście to po prostu dobre zdrowie i zła pamięć*”[19]

Zdrowie jest najcenniejszym skarbem naszego życia. I jak zauważa Georg Christoph Lichtenberg przekonujemy się często o tym dopiero będąc chorymi. Współczesne działania prozdrowotne to nie tylko szeroko rozumiana ochrona zdrowia ale to również stałe dążenie do zwiększania zasobów zdrowia. Temu ma służyć prowadzona polityka demograficzna, ekonomiczna, społeczna, ekologiczna. Ludzie zdrowi pod względem fizycznym i psychicznym w większym stopniu przyczyniają się do rozwoju społeczno-ekonomicznego i wymagają ponoszenia mniejszych nakładów[20].

W całym okresie życia człowieka występuje stan chwiejnej równowagi pomiędzy zdrowiem a chorobą. Przesuwanie się środka ciężkości tej specyficznej wagi raz w kierunku zdrowia raz w kierunku choroby (chorób) jest następstwem działania wielu czynników pochodzenia wewnętrznego i zewnętrznego (głównie związanych ze środowiskiem naszego bytowania)

Istotą promocji zdrowia jest zachęcanie ludzi aby chcieli i umieli czuć nad wahaniami tej specyficznej równowagi i aby dążyli do umocnienia i doskonalenia swego stanu zdrowia. Wymaga to kształtowania u ludzi postaw samokreacji wobec zdrowia. [21].

¹ Georg Christoph Lichtenberg (ur. 1 lipca 1742 w Ober-Ramstadt koło Darmstadt, zm. 24 lutego 1799 w Getyndze) – niemiecki satyryk, aforysta, krytyk sztuki i znany anglofil.[19]

² Ernest Hemingway (ur. 21 lipca 1899 w Oak Park w stanie Illinois w USA, zm. 2 lipca 1961 w Ketchum w stanie Idaho) – pisarz amerykański, prozaik. Został laureatem Nagrody Pulitzera za opowiadanie "Stary człowiek i morze" w 1953 roku oraz Nagrody Nobla w dziedzinie literatury w roku 1954.[19]

SPOSOBY DBANIA O ZDROWIE

Pojęcie „dbanie” lub „troska” o zdrowie jest wieloznaczne i odmiennie rozumiane przez ludzi różnych profesji. Współcześnie nacisk kładzie się na odmiennie i niezależne od siebie sposoby (wzorce zachowań) [22,23]:

- **zachowania medyczne**, czyli korzystanie z różnego typu usług medycznych, z koncentracją na leczeniu; sposób ten dotyczy przede wszystkim ludzi starszych i gorzej oceniających stan swego zdrowia;
- **zachowania prozdrowotne** - sposób ten częściej występuje u osób z młodszych grup wiekowych, z wyższym poziomem wykształcenia i statusem społeczno-zawodowym, mieszkających w mieście, dobrze oceniających swoją sytuację materialną i stan zdrowia.

Wyniki badań przeprowadzonych w Polsce 2012 r., wśród osób w wieku 25-45 lat, wskazują na zachowania prozdrowotne jako dominujący czynnik dbałości o zdrowie. Najwięcej osób za najlepszy sposób uznało prawidłowe odżywianie (68%), nieco mniej ćwiczenia fizyczne oraz rekreacje i wypoczynek (po 45%); około 33% wymieniła umiejętnie radzenie sobie ze stresem i wykonywanie badań stanu zdrowia, 20% niepalenie tytoniu, 12% umiarkowanie w picu alkoholu. Jednocześnie niemal co drugi z badanych stwierdził, swoje zachowania zdrowotne zmienia dopiero pod wpływem choroby lub innych objawów zdrowotnych go niepokojących. 15% nigdy nie podejmowało działań modyfikujących swoje zachowania zdrowotne [21,24].

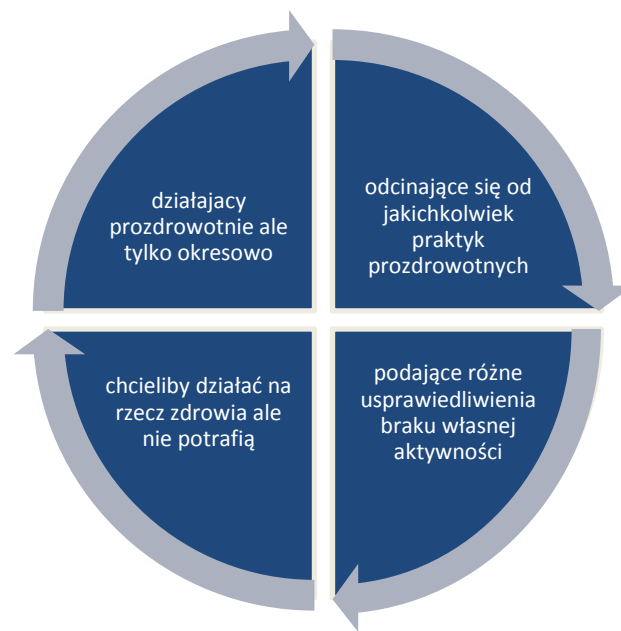
Przytoczone badania wskazują, że ponad połowa naszego dorosłego społeczeństwa zachowuje swoisty stan bierności wobec swego zdrowia. Martwić może, że ten „antyzdrowotny wzorzec” przenosi się może na postrzeganie działań prozdrowotnych przez młodych ludzi. [21].

Jako potencjalne przyczyny takiej sytuacji wymienia się m. in. [22,25,26]:

- niedostatki wiedzy medycznej – istnieje wiele wyników badań wskazujących na brak związku poziomu wiedzy a zachowaniami zdrowotnymi oraz troską o zdrowie; często też odpowiedniej wiedzy nie towarzyszy chęć jej wykorzystania w praktyce,

- gotowość do poświęcenia zdrowia dla osiągnięcia innych celów (np. kariery zawodowej) mimo sztucznie deklarowanej wysokiej jego wartości,
- podejmowanie działań na rzecz poprawy zdrowia dopiero po jego utracie,
- zewnętrzne umiejscowienie poczucia kontroli – dotyczy ludzi, którzy uważają, że wyniki ich działań nie zależą od nich, ale od czegoś wobec nich zewnętrznego. Z tego powodu uważają, że ich zdrowie nie zależy od tego co sami dla niego zrobią,
- niskie poczucie własnej skuteczności – dotyczy osób, które nie wierzą w skuteczność swoich działań, nie doprowadzają ich do końca. Brakuje im silnej woli, nie dostrzegają możliwości ich realizacji.

Osoby biernie wobec działań prozdrowotnych stanowią dość zróżnicowaną grupę.



Rycina 2. Osoby biernie wobec działań prozdrowotnych [22]

Różne typy osób biernych wobec działań prozdrowotnych podają różną argumentację wyjaśniającą sposób ich postępowania. Wspólną cechą tych postaw jest duża rozbieżność pomiędzy wysoką deklarowaną wartością zdrowia a faktycznie niską dbałością o to zdrowie. Jedną z głównych przyczyn odstępowania od aktywnych działań

prozdrowotnych jest przedkładanie innych, często doraźnych celów życiowych. [27]. Postawę tę u wielu osób wzmacniają dodatkowe przekonania, że [28]:

- zachowania prozdrowotne nie mają większego znaczenia – głęboka wiara np. w mechanizmy odporności organizmu, w duże znaczenie „zatrutego” środowiska przyrodniczego i opieki medycznej,
- brak jest dostatecznej infrastruktury przeznaczonej dla prozdrowotnego stylu życia (np. obiektów sportowych),
- prozdrowotny styl życia stanowi odwrócenie uwagi społecznej od rzeczywiście ważnych problemów współczesności, jest chwilową, nie wartą większego skupienia, modą

Wśród wielu czynników decydujących o tym czy i jak ludzie zachowują się wobec własnego zdrowia i dbają o nie uwagę zwraca się na:

- **poczucie odpowiedzialności za własne zdrowie**, które należy rozpatrywać w szerokim kontekście czynników psychospołecznych, w tym społeczno-gospodarczych, które tworzą warunki, w jakich żyje społeczeństwo. Warunki te wpływają na „nastawienia behawioralne” ludzi, które określane jest jako zgeneralizowane, najczęściej nieuświadomiane, dyspozycje (swoiste automatyzmy) do podejmowania określonych zachowań, wykształcone jako odpowiedź na powtarzające się specyficzne działania. Zdaniem Gniazdowskiego [21] warunki, w jakich żyło społeczeństwo polskie w okresie powojennym kształtowały nastawienia behawioralne wyrażające się w postawie roszczeniowej. Cechowało ją nadmierne przerzucanie na państwo i jego podsystemy odpowiedzialności za zaspokojenie podstawowych potrzeb jednostek, w tym także związanych ze sferą zdrowia i zwalnianie się obywateli z odpowiedzialności i troski o własne zdrowie. Drugą formą nastawienia behawioralnego, ukształtowaną w czasach realnego socjalizmu, jest wyuczona bezradność, która przejawia się w niechęci lub wręcz niezdolności do samodzielnego działania w sferze życia publicznego oraz w obarczaniu władz odpowiedzialnością za kształt własnego funkcjonowania w tej sferze. To nastawienie także nie sprzyja trosce o zdrowie. Proces zmiany tych postaw i nastawień w kierunku postawy autokreacyjnej nie jest ani łatwy, ani szybki.

- **świadomość zdrowotna a dbałość o zdrowie**, która według Ratajczak [29] jest złożoną strukturą poznawczą, która ukierunkowuje i organizuje zachowania zdrowotne ludzi i zależy od trzech, wzajemnie ze sobą powiązanych składników:
 - struktur umożliwiających percepcję sygnałów o zagrożeniach dla zdrowia. Są osoby „czujne” – postrzegające najdrobniejsze sygnały (mające skłonność do „fałszywych alarmów”) i osoby „unikające” – skłonne do pomijania lub lekceważenia tych sygnałów [29],
 - wiedzy o zdrowiu i chorobach czerpanej z różnych źródeł. Szczególnie cenna jest wiedza uzyskana w wyniku własnych doświadczeń dotyczących skutków własnych zachowań zdrowotnych,
 - miejsca zdrowia w hierarchii wartości człowieka.

Zjawiskiem przeciwstawnym do bierności wobec zdrowia jest healthism. Można go tłumaczyć jako „kult zdrowia”, lub „obsesję zdrowia”. Pojęcie to wprowadził R. Crawford , zakładając, że zdrowie można osiągnąć przez wysiłek i samodyscyplinę, z koncentracją na doskonaleniu i chronieniu ciała, kształtowaniu jego masy i rozmiarów [30]. Ciało staje się „symbolem”, wskaźnikiem zdrowia. Healthism podkreśla, że zdrowie jest bardziej znaczące niż wszystkie inne wartości i jest celem samym w sobie, a nie środkiem do osiągnięcia innych celów i wartości. Zachowania prozdrowotne stają się cechą (symbolem) dobrego życia.

Genezę healthismu wywodzi się z procesów medykalizacji życia społecznego. Pojęcie medykalizacji pojawiło się w naukach społecznych w latach 70. XX wieku, w kontekście krytyki ekspansji medycyny. Jest ono definiowane jako: „proces uzależnienia się społeczeństw od medycyny”, „wchodzenia ludzi pod jurysdykcję profesji medycznych”. Healthism traktowany jest też jako estetyzująca ciało postać medykalizacji. Medycyna oferuje narzędzia i sposoby estetyzacji ciała, a równocześnie kształtuje potrzeby medyczne ludzi, które zaspokajane są dzięki środkom i wiedzy medycznej [31].

Większość autorów uważa healthism za zjawisko negatywne. Osoby, które mają niepowodzenia w osiągnięciu pożądanego stylu życia lub które nie podejmują żadnych działań w tym zakresie, uważane

są przez zwolenników tej koncepcji za „prawie pariasów”.

PIŚMIENNICTWO

1. Tyszką A. Uczestnictwo w kulturze. O różnorodności stylów życia. Warszawa; PWN, 1971.
2. Siciński A. Styl życia. Koncepcje i propozycje. Warszawa; PWN, 1976.
3. Czerwiński M. Pojęcie stylu życia i jego implikacje. W Siciński A. Styl życia. Koncepcje i propozycje. Warszawa; PWN, 1976:42.
4. Siciński A. Styl życia, kultura, wybór. Szkice. Warszawa; IFiS PAN, 2002.
5. Fatyga B. Szkic o konsumpcyjnym stylu życia i rzeczach jako dobrach kultur. W: Gliński P, Kościński A (red.). Socjologia i Siciński. Warszawa; IFiS PAN, 2009; 150-151.
6. Karski J B. Postępy promocji zdrowia. Warszawa; Ce-DeW, 2008.
7. Wyka J. Stan odżywiania ludzi. Wydawnictwo Uniwersytetu Przyrodniczego, Wrocław 2009.
8. Trzebiatowski R. Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych – systematyzacja ujęć definicyjnych. H-PH 2011; 2:25-31.
9. Czaplicki Z, Muzyka W. Styl życia a zdrowie. Olsztyn; Państwowy Zakład Higieny, 2006.
10. Woynarowska B. Edukacja zdrowotna. Warszawa; Wydawnictwo PWN, 2007.
11. Green L, Kreuter M. Health program planning: An educational and ecological approach. New York; McGraw-Hill, 2005.
12. Harwas – Napierała B, Trempała J. Psychologia rozwoju. Warszawa; PWN, 2002,
13. Herbert M. Rozwój społeczny ucznia. Poznanie potrzeb i problemów dzieci w okresie dorastania Gdańsk; GWP, 2004.
14. Obuchowska I. Drogi dorastania, Psychologia rozwojowa okresu dorastania dla rodziców i wychowawców. Warszawa; WSIP, 2001.
15. Stawarz B, Lewicka M, Sulima M, Brukwicka I, Wiktor H. Health locus of control as perceived by students in Podkarpacie province. JPHNMR 2013; (1):20-24.
16. Kopański Z, Balińska I, Lishchynskyy Y . The effectiveness of approved school youth rehabilitation. JPHNMR 2013; (1):25-29.
17. Kopański Z, Wojciechowska M,Uracz W, Machota M, Cichosz A, Beczek M. The level of the sense of coherence among the youth in approved schools. JPHNMR 2013;(3):23-27.
18. Mazur J. Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej na podstawie badań HBSC 2010. <https://www.ore.edu.pl/.../54-profilaktyka-uzalenie?...zachowania-zdrow>.
19. Redakcja. e-Cytaty.pl. <http://ecytaty.pl/zdrowie/poczucie-zdrowia-zdobywamy.html>
20. Chodkiewicz J.: Zmagając się ze światem - Znaczenie zasobów osobistych. [www.psychologia.net.pl]
21. Gniazdowski A.: Zachowania zdrowotne. Łódź; Wydawnictwo Instytutu Medycyny Pracy, 2006.
22. Heszen I, Sęk H. Psychologia zdrowia. Warszawa; Wyd. Naukowe PWN, 2007.
23. Woynarowska B. Edukacja zdrowotna. Warszawa; PZWL, 2007.
24. Dolata A.: Wpływ rodziny na kształtowanie się zachowań zdrowotnych dzieci i młodzieży. Poznań; Wydawnictwo Lider, 2004.
25. Stawarz B, Sulima M, Lewicka M, Brukwicka I, Wiktor H. Health and determinants of health - a review of literature, p.I. JPHNMR 2014; (2): 4-10.
26. Stawarz B, Sulima M, Lewicka M, Brukwicka I, Wiktor H. Health and determinants of health - a review of literature, p.II. JPHNMR 2014; (2): 11-16
27. Walasiuk – Skorupa J. Medycyna i Higiena Pracy. Warszawa; Centrum Kształcenia Podyplomowego, 2011.
28. Towarzystwo Krzewienie Kultury Fizycznej: Styl życia a zdrowie każdego człowieka. <http://www.tkkf.org.pl/artykuly/47.html>
29. Ratajczak Z. Psychologia pracy i organizacji. Warszawa; Wydawnictwo PWN, 2008.
30. Andruszkiewicz A, Banaszekiewicz M. Promocja Zdrowia. Lublin; PZWL, 2010.
31. Borowiec A.: Czy ideologia Healthismu jest cechą dystynktywną? file:///C:/Users/laptop/Downloads/05_Czy_Ideologia_Healthismu_Jest_Cecha_Dystynktywna.pdf