

Katarzyna Szalonka

Uniwersytet Wrocławski
e-mail: katarzyna.szalonka@uwr.edu.pl

Grażyna Światowy

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
e-mail: grazyna.swiatowy@ue.wroc.pl

Lucyna Witek

Politechnika Rzeszowska
e-mail: lgarbacz@prz.edu.pl

O DYLEMATACH POMIARU PROZDROWOTNEGO STYLU ŻYCIA W KONTEKŚCIE BADAŃ MARKETINGOWYCH

ABOUT DILEMMAS OF HEALTH MEASUREMENT OF LIFESTYLE IN THE CONTEXT OF MARKETING RESEARCH

DOI: 10.15611/pn.2016.460.02
JEL Classification: M3, I1, Q5

Streszczenie: Celem niniejszego artykułu jest identyfikacja metodyki i instrumentów do pomiaru prozdrowotnego stylu życia. Praca powstała w oparciu o źródła prawne, studia literaturowe oraz doświadczenia zgromadzone podczas przeprowadzonych badań pierwotnych ilościowych zrealizowanych w okresie marzec–maj 2015 roku na Dolnym Śląsku na próbie 415 respondentów – dzieci i młodzieży z zastosowaniem kwestionariusza ankietowego *face to face* (237 respondentów) i online (178 respondentów). Przedmiotem badań ilościowych była identyfikacja stanu wiedzy o uwarunkowaniach prozdrowotnych oraz implementacja tej wiedzy w życiu codziennym. Zrealizowane badania pozwoliły na sformułowanie wniosków dotyczących metodyki pomiaru stylu życia. Standaryzowane kwestionariusze do badania jakości życia (WHOQoL) są powszechnie stosowane w naukach medycznych. Nie uwzględniają one jednak szeregu problemów badawczych, które pozwoliłyby zidentyfikować wpływ stylu życia na stan zdrowia i zachowania konsumpcyjne.

Słowa kluczowe: badania, postawy prozdrowotne, jakość życia.

Summary: An identification of methodology and instruments of the measurement of pro-health lifestyle is a purpose of the article. The work came into existence based on legal resources, literature studies and the experience gathered during the quantitative primary research carried out in the period from March to May 2015 in Lower Silesia on a sample of 415 respondents – children and teenagers, applying a questionnaire having “face to face”

(237 respondents) and online (178 respondents) forms. With the subject of the quantitative research there was an identification of knowledge about pro-health conditioning and the implementation of this knowledge in everyday life. The examinations which were carried out allowed for expressing the conclusions concerning the methodology of the measurement of lifestyle. Standardized WHOQoL questionnaires are universally used in medical sciences. However, they do not take into account the number of research problems which would let identify the influence of lifestyle on medical condition and consumer behaviors.

Keywords: research, pro-health attitudes, quality of life.

1. Wstęp

Przyczyną 63% zgonów są niezakaźne choroby przewlekłe, do których WHO zalicza cukrzycę, choroby serca, udary mózgu, przewlekłe schorzenia płuc, nowotwory złośliwe. Co czwarty zgon na świecie dotyczy osób, które nie ukończyły 60. roku życia. Problem nasila się szczególnie w krajach ubogich i średnio zamożnych [Bloom i in. 2012]. Przedwczesny zgon to utrata cennego kapitału ludzkiego, który mogłby przyczyniać się do wytwarzania PKB. Dlatego Komisja Europejska przyjęła trzeci unijny program działań w dziedzinie zdrowia (2014-2020): „Zdrowie na rzecz wzrostu gospodarczego”. Jego celem jest wzmacnianie i podkreślanie powiązania między wzrostem gospodarczym i zdrowym społeczeństwem przez kreowanie zdrowego stylu życia. Choć w literaturze medycznej istnieje wiele prac poświęconych polityce prozdrowotnej, to jednak w polskiej literaturze ekonomicznej brak jest informacji o efektywności dotychczas wdrożonych programów zdrowotnych. Istnieje luka piśmiennicza dotycząca metodyki pomiaru stylów życia w aspekcie prozdrowotnym.

Celem artykułu jest identyfikacja metodyki i instrumentów do pomiaru prozdrowotnego stylu życia. Praca powstała w oparciu o źródła prawne, studia literaturowe oraz badania pierwotne ilościowe zrealizowane w okresie marzec–maj 2015 roku na Dolnym Śląsku na próbie 415 respondentów – dzieci i młodzieży z zastosowaniem kwestionariusza ankietowego *face to face* (237 respondentów) i *on-line* (178 respondentów). Przedmiotem badań ilościowych była identyfikacja stanu wiedzy o warunkowaniach prozdrowotnych oraz implementacja tej wiedzy w życiu codziennym. Zrealizowane badania pozwoliły na sformułowanie wniosków dotyczących metodyki pomiaru wpływu stylu życia człowieka na jego zdrowie.

2. Geneza polityki prozdrowotnej

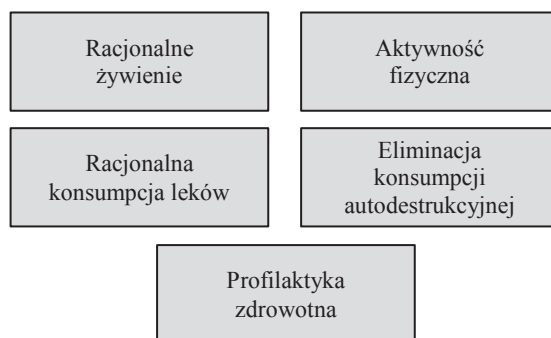
Z analiz statystyk dotyczących przyczyn zgonów wynika, że 63% wszystkich zgonów na całym świecie spowodowanych jest przewlekłymi chorobami niezakaźnymi (*noncommunicable diseases*) – głównie układu krążenia, nowotworów, przewlekłych chorób układu oddechowego i cukrzycy typu II. Co roku około 9 mln zgonów następuje poniżej 60. roku życia [Bloom i in. 2012]. Wzrost zachorowalności na

przewlekłe choroby niezakaźne przyczynia się do wzrostu nakładów na opiekę zdrowotną. Ponadto prognozuje się, że liczba osób dotkniętych tymi chorobami znacząco wzrośnie w najbliższych dziesięcioleciach. Przyczyną jest proces starzenia się społeczeństw oraz wzrost liczby populacji światowej. Mając to na uwadze, ONZ zorganizowała w dniach 19-20 września 2011 roku konferencję poświęconą zwalczaniu przewlekłych chorób niezakaźnych (PChN), oszacowaniu: globalnych wydatków na ochronę zdrowia oraz oddziaływania absencji w pracy z powodu choroby na wielkość PKB [Raport: *Zdrowie 2020 2012*]. Naukowcy z Harvard School of Public Health podjęli się próby oszacowania: średniego kosztu leczenia przeciętnego chorego, wpływu PCN na PKB, statystyczną wartość życia człowieka. Wstępne symulacje makroekonomiczne szacowane są na 47 bilionów USD w ciągu najbliższych dwóch dekad. Strata ta stanowi 75% światowego PKB w 2010 roku (63 biliony USD). Jest to równowartość eliminacji ubóstwa wśród 2,5 miliarda ludzi przez pół wieku [Bloom i in. 2012]. Sformułowano tezę, mówiącą o tym, że to głównie kraje o niskim i średnim poziomie rozwoju gospodarczego cierpią na PChN. W 2008 roku schorzenia niezakaźne, takie jak choroby układu krążenia (48%), nowotwory (21%), przewlekłe choroby układu oddechowego (12%) i cukrzyca (3%) były przyczyną 63% wszystkich zgonów. Z ich powodu zmarło na świecie 36,1 mln osób, z czego niemal 80% (29 mln) stanowili mieszkańcy krajów biednych i średnio zamożnych. Około 30% osób umierających z powodu schorzeń PChN nie ukończyła 60 lat, co oznacza, że były one w najbardziej produktywnym okresie życia [Alwan i in. 2011, s. 3]. Naukowcy i politycy podjęli się próby identyfikacji przyczyn zachorowalności na choroby cywilizacyjne, aby zapobiec wzrostowi zachorowalności na PChN, wydłużyć liczbę lat przeżytych w zdrowiu, zmniejszyć wydatki na ochronę zdrowia.

3. Koncepcje zdrowotne w teorii ekonomii

W 1972 roku Grossman wykorzystał teorię kapitału ludzkiego do wyjaśnienia popytu na zdrowie i opiekę zdrowotną. Wnioskował, że ludzie dążą do maksymalizacji swoich dochodów, inwestując w edukację oraz poprawę kondycji zdrowotnej [Grossman 1972]. Dlatego zdrowie można traktować jako kapitał, dobro konsumpcyjne (dobry stan zdrowia na co dzień gwarantuje satysfakcję z życia) oraz dobro inwestycyjne (umożliwia generowanie dochodów). W 2004 roku Grossman odniósł się retrospektywnie do tej teorii, twierdząc, że produkcja zdrowia wymaga zarówno nakładów dóbr i usług, jak i poświęconego osobiście czasu, m.in. na wypoczynek i relaks. W pierwszej dekadzie XX wieku naukowcy skupiali swoje badania nad zdrowiem głównie w zakresie wpływu opieki medycznej na stan zdrowia, z wyłączeniem innych czynników odpowiadających za zdrowie [Nosko 2005, s. 203]. Grossman postulował, aby badania w drugiej dekadzie XXI wieku dotyczyły oddziaływania konsumpcji dóbr i usług na produkcję zdrowia. Rozwój technologii informacyjnych powinien ułatwić promowanie czynników generujących zdrowie. Grossman, nawiązując do raportu M. Lalonde'a, akcentował konieczność kreowania

zdrowego stylu życia wśród dzieci celem kontynuowania wyuczonych nawyków w dorosłym życiu [Grossman 2004]. Zdrowy styl życia gwarantuje globalny wzrost produkcji zdrowia. Dlatego uznano, że pola Lalonde'a (żywienie, aktywność fizyczna, konsumpcja autodestrukcyjna, prawidłowa konsumpcja leków i profilaktyka zdrowotna) są modelem, który powinien być wzbogacony o elementy wyjaśniające, co determinuje np. styl życia w obszarze zachowań zdrowotnych, czyli zachowań zwykle wywołujących pozytywne lub negatywne skutki zdrowotne (rys. 1).



Rys. 1. Obszary zdrowotne charakteryzujące styl życia człowieka

Źródło: [Szalonka 2014, s. 201].

Zachowania zdrowotne kształtują się przez całe życie, tworzą się w dzieciństwie i młodości na skutek wzorców przekazywanych przez rodziców, szkołę, rówieśników, środki masowego przekazu oraz opiekę medyczną [Szalonka 2015]. Do zachowań związanych ze zdrowiem fizycznym należy: dbałość o higienę osobistą i najbliższe otoczenie, aktywność fizyczna, racjonalne żywienie, hartowanie się, sen – odpowiedni czas jego trwania i jakość [Ponczek, Olszowy 2012].

4. Polityka prewencyjna WHO

WHO z hasłem „Zdrowie zaczyna się w domu” podkreśla rolę rodziny w kształtowaniu zdrowego stylu życia dzieci i młodzieży. W rodzinie kształtują się wzory zachowań człowieka od najmłodszych lat [Zadworna-Cieśla, Ogińska-Bulik 2011, s. 65]. Klienci podejmują decyzje dotyczące sposobu odżywiania (ilość posiłków, dobór produktów żywnościowych z punktu widzenia ich jakości i wartościowości), spędzania czasu wolnego, sposobu zarządzania stresem i podejścia do konsumpcji autodestrukcyjnej (palenie tytoniu, spożywanie alkoholu, zażywanie narkotyków). Dokonują zakupów produktów zróżnicowanych jakościowo. Podejmują decyzję o konsumpcji dóbr ekologicznych lub ekonomicznych, których jakość i wpływ na zdrowie są diametralnie różne. Stan zdrowia ma ścisły związek z żywieniem i aktywnością fizyczną. Te czynniki odgrywają kluczową rolę w profilaktyce przewlekłych chorób niezakaźnych oraz ich czynników ryzyka. Dieta powinna być odpo-

wiednio zbilansowana pod względem energii, białka, tłuszczu i węglowodanów oraz składników mineralnych (w tym makro- i mikroelementów) i witamin. Ważne jest zapewnienie dostępności żywności o odpowiedniej jakości [Jarosz 2005]. Za prozdrowotną uznaje się żywność ekologiczną. Odsetek konsumujących żywność ekologiczną w Polsce i na świecie jest wciąż niski, przeprowadzono badania dotyczące motywów zakupu produktów ekologicznych. Wśród nich na pierwszym miejscu jest zdrowie własne i rodziny. Badania, które przeprowadzili R.K. Hutchins, L.A. Greenhalgh, wykazały, że 93% respondentów (wśród 100% nabywających produkty ekologiczne) kupuje je z powodu zdrowia swojego i dzieci [Hutchins, Greenhalgh 1997]. Skandynawskie badania wykazały, że 70% kupuje produkty ekologiczne z powodu cech jakościowych, 67% walorów środowiskowych, a 62% z powodów zdrowotnych [Torjusen i in. 2001]. W Polsce w 2012 roku 4% respondentów deklaroowało regularne zakupy żywności ekologicznej, a 26% nieregularne [<http://www.portalspozywczy.pl/handel/wiadomosci/30-proc-polakow-kupuje-zywnosc-ekologiczna,76566.html>]. Według raportu agencji badawczej Inquiry „Żywność ekologiczna w Polsce 2011” nastąpił 25% wzrost wydatków konsumentów na tę kategorię produktów w porównaniu z ubiegłym rokiem [Witek 2015, s. 282]. Oznacza to, że do pomiaru prozdrowotnego stylu życia podmiotem badań będą respondenci o zróżnicowanym sposobie żywienia, co należy uwzględnić podczas konstrukcji narzędzi pomiarowych.

5. Wybrane wskaźniki pomiaru stylu życia

Jakość życia jest definiowana przez WHO jako *indywidualne postrzeganie* przez jednostkę jej sytuacji życiowej w odniesieniu do kultury, w której ta jednostka żyje, jej systemu wartości, celów, oczekiwań, zainteresowań [WHO 1997]. Według A. Zawisłak pojęcie jakości życia, uznawane najczęściej za wielowariantowy konstrukt o charakterze holistycznym, rozpatrywane bywa w kontekście życia społecznego i z natury swej zawiera różnorodność różnych teoretycznych i metodologicznych podejść. Jakość życia traktowana jest zazwyczaj jako rezultat interakcji osoby z jej środowiskiem, chociaż stosunki te nie są jeszcze wyczerpująco wyjaśnione. Jak widać, wciąż trwa kształtowanie i negocjowanie tych zagadnień [Zawisłak 2007]. Można wyróżnić m.in. następujące metody pomiaru jakości życia [Zawisłak 2007]:

- ilościowe i jakościowe,
- obiektywne i subiektywne,
- bezpośrednie i pośrednie.

Do pomiaru jakości życia stosowane są wskaźniki sklasyfikowane w określone dziedziny. Zdrowie stanowi jedną z licznych dziedzin uwzględnianych wraz z następującymi wskaźnikami (o charakterze ilościowym, pośrednim, obiektywnym) [Rogała i in. 2012]:

- przeciętne dalsze trwanie życia w momencie narodzin dla kobiet i mężczyzn;
- wskaźnik umieralności osób w wieku poniżej 65. roku życia z powodu chorób serca i układu oddechowego – relacja liczby zgonów z powodu chorób serca

- i układu oddechowego osób w wieku poniżej 65. roku życia do liczby osób w wieku poniżej 65 lat;
- wskaźnik umieralności mężczyzn w wieku poniżej 65. roku życia z powodu chorób serca i układu oddechowego – relacja liczby zgonów z powodu chorób serca i układu oddechowego mężczyzn w wieku poniżej 65. roku życia do liczby mężczyzn w wieku poniżej 65 lat;
 - wskaźnik umieralności kobiet w wieku poniżej 65. roku życia z powodu chorób serca i układu oddechowego – relacja liczby zgonów z powodu chorób serca i układu oddechowego kobiet w wieku poniżej 65. roku życia do liczby kobiet w wieku poniżej 65 lat;
 - liczba łóżek szpitalnych na 1000 mieszkańców;
 - liczba lekarzy na 1000 mieszkańców;
 - liczba lekarzy dentystów na 1000 mieszkańców.

Przyjmuje się zróżnicowany zakres w badaniach nad jakością życia, w zależności od dziedziny naukowej i przedmiotu badań. Na przykład w naukach społecznych Cummins wyodrębnił stan materialny, zdrowie, produktywność, relacje z otoczeniem, bezpieczeństwo, miejsce we wspólnocie, stan emocjonalny [Cummins 1996]. W marketingu istotny będzie aspekt dotyczący decyzji konsumenckich zarówno na poziomie zakupu, jak i samej konsumpcji wraz z elementami dotyczącymi indywidualnego postępowania w zakresie sposobu spędzania wolnego czasu, profilaktyki zdrowotnej, higieny, zarządzania stresem. Do badania postaw zdrowotnych proponuje się stosować pomiary ilościowe i jakościowe, bezpośrednie, indywidualne.

6. Specyfika pomiaru zachowań prozdrowotnych

Przeprowadzone badania ankietowe, których celem była identyfikacja postaw prozdrowotnych wśród polskich dzieci i młodzieży, wskazują, że 93,5% przebadanych uczniów dolnośląskich szkół identyfikuje uwarunkowania zdrowotne. Wśród pożądanых zachowań wskazują na: zdrowe odżywianie (również regularne), aktywność fizyczną (w tym również na świeżym powietrzu), higienę osobistą, unikanie używek oraz stresu. Uzyskane wyniki wskazują, że 81% młodych respondentów deklaruje, że dba o swoje zdrowie. Nie koreluje się ta deklaracja z częstotliwością spożywania owoców i warzyw, ponieważ tylko 32% uczniów spożywa zarówno owoce (32%), jak i warzywa (32%) przynajmniej raz dziennie. Analiza wyników badań wskazuje, że tylko 9% badanych respondentów nie uprawia żadnego sportu i nie ćwiczy, natomiast 37% ćwiczy 3 razy w tygodniu, a aż 26% – codziennie.

Na podstawie zaprezentowanych wyników badań można wywnioskować, że w przypadku pomiaru prozdrowotnego stylu życia badania ilościowe identyfikują nie tyle rzeczywiste zachowania, ile stan wiedzy respondenta o uwarunkowaniach prozdrowotnych, respondent odpowiada na pytania zgodnie z wyuczonymi zasadami – jak powinien postępować. Wyniki badań zatem sugerują, że dzieci i młodzież wiedzę taką posiadają. Za pomocą pogłębionych wywiadów indywidualnych stwierdzono,

że respondenci nie rozumieją idei zdrowego odżywiania (np. dlaczego należy jeść owoce i warzywa co kilka godzin?). Dlatego pomiar prozdrowotnych zachowań dzieci, młodzieży i starszych powinien się odbywać częściowo w oparciu o deklaracje respondentów (badania ankietowe), ale konieczne wydaje się zastosowanie metody pogłębionych wywiadów indywidualnych, które zidentyfikują faktyczne zachowanie respondenta. Badania ilościowe mogą być oparte na kwestionariuszach ankietowych, składających się z pytań dotyczących problematyki sposobów odżywiania, aktywności fizycznej, konsumpcji autodestrukcyjnej, sposobów spędzania wolnego czasu, higieny osobistej, radzenia sobie ze stresem, konsumowanych leków. W kwestionariuszu ankietowym powinien być uwzględniony wątek postaw zakupowych dóbr konsumpcyjnych, dotyczący jakości dokonywanych zakupów oraz czynników decydujących o zakupie produktów, oczekiwaniach wobec produktu. Wątek dotyczący aktywności fizycznej w kwestionariuszu ankietowym powinien być połączony z rodzajem wykonywanej pracy zawodowej (osoba pracująca fizycznie powinna spędzać czas wolny inaczej niż osoba wykonująca stresującą pracę umysłową). Istotny jest również pomiar stanu zdrowia respondenta i jego rodziny, który może być zamieszczony w części metryczkowej (obok standardowych pytań dotyczących wieku, płci, wykształcenia, miejsca zamieszkania).

Należy podkreślić, że zdecydowanie trudniej przeprowadza się badania wśród dzieci i młodzieży, czyli respondentów niedecydujących o zakupach dóbr spożywczych¹. Badania zachowań prozdrowotnych mogą być swoistą formą edukacyjną, ankieterzy podczas gromadzenia danych (wypełniania ankiet) identyfikowali dodatkowe informacje podawane przez respondentów. Pełnili rolę eksperta, mentora, musieli wykazać się znajomością badanej problematyki, stąd wniosek, że badania dotyczące postaw prozdrowotnych nie powinny być realizowane metodą *on-line*. Zdecydowanie lepsza jakość badań realizowana jest techniką *face-to-face*. Oczywiście oznacza to konieczność uwzględnienia wyższych kosztów badań (w porównaniu z *on-line*)². Badania jakościowe z zastosowaniem techniki pogłębionego wywiadu indywidualnego (*Individual In-Depth Interviews* – IDI) pozwalają zidentyfikować rzeczywiste zachowania respondentów – ich nawyki żywieniowe, stan zdrowia i podejście do aktywności fizycznej. Badania jakościowe powinno się przeprowadzać na podstawie nieustrukturyzowanego kwestionariusza, po wypełnieniu kwestionariusza ankietowego przez respondenta, co pozwala na weryfikację wiarygodności udzielonych informacji. Taka forma badań obliuguje do starannego doboru indagatorów. Powinny być to osoby, które posiadają umiejętność nawiązywania kontaktów z dziećmi i młodzieżą, znają problematykę prozdrowotnych stylów życia. Pytania mogą mieć charakter otwarty i powinny dotyczyć sposobów odżywiania

¹ Młodzież i dzieci decydują o zakupach produktów, które lubią (słodycze, nabiał, słone przekąski). Rodzice decydują o miejscu realizacji zakupów i poziomie cenowym.

² Można zastosować badania audytoryjne (np. w szkołach podczas lekcji i zajęć poświęconych edukacji prozdrowotnej).

w domu i poza nim, podczas nieobecności rodziców, narzuconego i wymarzonego sposobu spędzania wolnego czasu oraz konsumpcji autodestrukcyjnej w odbiorze społecznym i indywidualnym, skłonności do zażywania leków oraz podejścia do profilaktyki zdrowotnej.

Istotny jest również wybór panelu do badań cyklicznych, aby można było dokonać analizy komparatywnej z uwzględnieniem dynamiki zmian w zachowaniach nabywców, stylach życia w kontekście wpływu wieku, programów edukacyjnych i innych bodźców (reklamy, otoczenia, stanu zdrowia). Może stanowić wyznaczoną grupę dzieci z klasy pierwszej szkoły podstawowej z uwzględnieniem rozkładu badanej populacji z punktu widzenia miejsca zamieszkania (z podziałem na małe, średnie i duże miasta). W każdym badaniu należy zidentyfikować stan zdrowia respondenta i członków jego rodziny z uwzględnieniem historii chorób przebytych wyleczonych i dolegliwości występujących trwale.

7. Zakończenie

Przedmiotem rozważań w niniejszym artykule była identyfikacja badań w zakresie postaw prozdrowotnych. Opisano w nim genezę rozwoju badań, kontekst jakości życia, który jest determinowany wieloma czynnikami (stan materialny, produktywność, bezpieczeństwo, miejsce we wspólnocie, stan emocjonalny), a stan zdrowia został uznany za priorytetowy, o czym świadczą podjęte działania przez WHO w ramach konieczności kształtowania postaw prozdrowotnych. Wysoka ranga problemu na świecie implikuje konieczność monitorowania szczególnie postaw prozdrowotnych. Na podstawie doświadczeń zgromadzonych podczas realizacji badań ilościowych (ankietowych) i jakościowych (wywiadów pogłębionych) w połowie 2015 roku autorki wywnioskowały, że wyższą jakość wyników badań dotyczących stylów życia można osiągnąć przeprowadzając w sposób łączony ilościowe badania ankietowe z jakościowymi wywiadami pogłębionymi w obszarze odżywiania, aktywności fizycznej, konsumpcji autodestrukcyjnej, sposobów spędzania wolnego czasu, higieny osobistej, radzenia sobie ze stresem, zażywania leków i postaw wobec profilaktyki zdrowotnej. Powinny mieć charakter cyklicznych badań z uwzględnieniem badań panelowych. Zgromadzone dane pozwolą w przyszłości zidentyfikować przyczyny zachorowalności na PChN.

Literatura

- Alwan A., Armstrong T., Cowan M., Riley L., 2011, *Report: Noncommunicable Diseases Country Profiles 2011*, http://www.who.int/nmh/publications/ncd_profiles_report.pdf (1.12.2015).
- Bloom D.E., Cafiero E.T., Jané-Llopis E., Abrahams-Gessel S., Bloom L.R., Fathima S., Feigl A.B., Gaziano T., Mowafi M., Pandya A., Prettner K., Rosenberg L., Seligman B., Stein A.Z., Weinstein C., 2012, *The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases*, http://www.hsph.harvard.edu/program-on-the-global-demography-of-aging/WorkingPapers/2012/PGDA_WP_87.pdf (1.12.2015).

- Cummins R.A., 1996, *The domains of life satisfaction: an attempt to order chaos*, Social Indicators Research, vol. 38, no. 3, s. 303-328.
- Grossman M., 1972, *On the concept of health capital and demand for health*, Journal of Political Economy, vol. 80(2), s. 223-255.
- Grossman M., 2004, *The demand for health, 30 years later: A very personal retrospective and prospective reflection*, Journal of Health Economics, vol. 23, s. 629-636.
<http://www.portalspozywczy.pl/handel/wiadomosci/30-proc-polakow-kupuje-zywnosc-ekologiczna,76566.html> (1.12.2015).
- Hutchins R.K., Greenhalgh L.A., 1997, *Organic confusion: sustaining competitive advantage*, British Food Journal, vol. 99, no. 9, s. 336-338.
- Jarosz M., 2005, *Projekt wdrażania w Polsce „Globalnej Strategii w sprawie Żywienia, Aktywności Fizycznej i Zdrowia”*, http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zal_4_zywnosc_zywienia.pdf (1.12.2015).
- Nosko J., 2005, *Zachowania zdrowotne i zdrowie publiczne. Aspekty historyczno-kulturowe*, Wyd. Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź.
- Ponczek D., Olszowy I., 2012, *Styl życia młodzieży i jego wpływ na zdrowie*, Problemy Higieny i Epidemiologii, nr 93(2), s. 260-268.
- Raport: *Zdrowie 2020*, 2012, *Europejska polityka wspierająca działania rządów i społeczeństw na rzecz zdrowia i dobrostanu człowieka*, http://www.wok.wroclaw.pl/wp-content/uploads/2012/03/siec_2013_Health-2020-PL.pdf (1.12.2015).
- Rogala P., Kusterka-Jefmańska M., Chojecka J., Koch-Mitka J., 2012, *Opis koncepcji, metodyki oraz narzędzi badań wskaźników jakości życia i wskaźników jakości usług publicznych dla jednostek samorządu terytorialnego na przykładzie Krakowa i Poznania* (5.12.2015).
- Szalonka K., 2014, *Pożądane zachowania zdrowotne polskich gospodarstw domowych*, Polityki Europejskie, Finanse i Marketing, nr 12(61).
- Szalonka K., 2015, *Polityka kreowania prozdrowotnego stylu życia wśród dzieci i młodzieży*, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego Problemy Zarządzania, Finansów i Marketingu, nr 865.
- Torjusen H., Lieblein G., Wandel M., 2001, *Food system orientation and quality perception among consumers and producers of organic food in Hedmark county, Norway*, Food Quality and Preference, no. 12/13, s.207-216.
- WHO, 1997, *WHOQOL. Measuring Quality of Life. Division of mental health and prevention of substance abuse*.
- Witek L., 2015, *Zachowania konsumentów na rynku produktów ekologicznych w Polsce i innych krajach Unii Europejskiej*, Handel Wewnętrzny, t. 61, nr 1, s. 281-290.
- Zadworna-Cieśla M., Ogińska-Bulik N., 2011, *Zachowania zdrowotne młodzieży – uwarunkowania podmiotowe i rodzinne*, Difin, Warszawa.
- Zawiślak A., 2007, *Pomiar jakości życia osób z niepełnosprawnością intelektualną*, Kwartalnik Pedagogiczno-Terapeutyczny „Nasze Forum”, nr 1-2(25-26), s. 50-57.