

Rola koordynowanej opieki zdrowotnej w kształtowaniu stylu życia i postaw prozdrowotnych pacjentów

mgr n. ekonom. **Sabina Karczmarz**¹, dr n. ekonom. **Magdalena Bogdan**²,
dr n. ekonom. **Anna Owczarczyk**³, lek. **Paweł Żuk**¹, lek. **Artur Prusaczyk**¹,
prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. **Aneta Nitsch-Osuch**², mgr n. o zdr. **Kamil Cołoś**²,
mgr farm. **Joanna Oberska**²

¹Centrum Medyczo-Diagnostyczne, Siedlce

²Zakład Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

³Instytut Organizacji i Zarządzania, Wojskowa Akademia Techniczna, Warszawa

Styl życia rozumiany jest jako sposób życia, który odzwierciedla codzienne radzenie sobie jednostek, społeczeństw ze środowiskiem fizycznym, psychologicznym, społecznym i ekonomicznym. Pojęcie stylu życia ma swoje korzenie w antropologii, socjologii i klinicznej psychologii, gdzie opisuje się go jako trwałe i powtarzalne wzory, które są kombinacją dziedziczenia kulturowego, społecznych interakcji, geograficznego i społeczno-ekonomicznego położenia oraz osobowości (1). Styl życia determinuje zdrowie ludzkie poprzez całokształt powiązanych ze sobą zachowań, zwyczajów i nawyków, które mogą mieć wpływ na poziom ryzyka przedwczesnego rozwoju określonych chorób (2).

Przybývá dowodów na to, jak czynniki związane ze stylem życia oddziałują na nasze zdrowie (3). Według *World Health Organization* (WHO) styl życia i zachowania zdrowotne składają się na jakość życia, stając się istotnymi moderatorami zdrowia fizycznego i psychicznego – mogą wpływać na zdrowie nawet w 60% (4).

Ocena stylu życia i jego wpływu na zdrowie człowieka coraz częściej jest przedmiotem multidyscyplinarnych badań (5). Badania prowadzi się w celu identyfikacji niezdrowych zachowań i możliwości zapobiegania ich konsekwencjom dla zdrowia fizycznego, psychicznego i/lub umysłowego (6). Istotną rolę w kształtowaniu postaw prozdrowotnych i właściwego stylu życia odgrywa także szerszy system ochrony zdrowia, a węższej – podstawowa opieka zdrowotna (POZ).

Styl życia przejawia się zachowaniami prozdrowotnymi lub antyzdrowotnymi (ryzykownymi), które ogólnie noszą nazwę zachowań zdrowotnych. Zachowanie prozdrowotne to każda aktywność człowieka, niezależnie od jego aktualnego i prognozowanego stanu zdrowia, podejmowana w celu promocji (wzmacniania), ochrony i utrzymania zdrowia (7). Zachowania

antyzdrowotne (ryzykowne) to natomiast zachowania, które zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń w stanie zdrowia. Prozdrowotne style życia obejmują określony sposób odżywiania, unikanie tytoniu i alkoholu, aktywność fizyczną i umiejętność zwalczania stresu (8). Niewątpliwie jednak i te selektywne elementy stylu życia są uwarunkowane społecznie, strukturalnie i kulturowo (9).

Prowadzenie kompleksowej oceny stylu życia jest niezbędne, aby wykrywać niezdrowe zachowania i móc zapobiegać ich konsekwencjom dla zdrowia. Obecnie brakuje narzędzi do kompleksowej i zwalidowanej oceny stylu życia dostosowanej do warunków klinicznych i badawczych. Często w badaniach stylu życia stosowane są narzędzia autorskie – ankiety. Zawierają one pytania dotyczące wpływu nawyków żywieniowych, aktywności fizycznej, stosowania substancji psychoaktywnych i odczuwania stresu zawodowego na oceniane aspekty stylu życia. Dlatego pożądane jest prowadzenie dalszych badań poświęconych stylowi życia i jego wpływowi na zdrowie, w tym związkowi z przebiegiem pandemii COVID-19, po to by budować skuteczne interwencje i polityki publiczne (10).

Cel i metodyka badawcza

Celem niniejszej pracy jest analiza i ocena roli koordynowanej opieki zdrowotnej w kształtowaniu stylu życia i postaw prozdrowotnych pacjentów, w szczególności w POZ, jak również analiza możliwości kształtowania postaw przez personel dzięki nowym rozwiązaniom, jakie przynosi systemowe wdrożenie opieki koordynowanej zgodnie z Zarządzeniem Nr 124/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Metodologia badawcza opiera się na analizie dostępnej literatury przedmiotu. Identyfikacja artykułów naukowych dotyczących niniejszej tematyki badawczej została przeprowa-

dzona z użyciem słów kluczowych: *coordinated care, life style, healthy attitude, health promotion, primary care* w 2 elektronicznych bazach danych (PubMed i Scopus). Data ostatniego wyszukiwania to 25.01.2023. Wykluczone zostały artykuły w językach innych niż polski i angielski. Ponadto dokonano przeglądu piśmiennictwa analizowanych artykułów w celu zidentyfikowania dodatkowych badań lub raportów, które nie zostały odnalezione w wyniku wstępnego wyszukiwania. Biorąc pod uwagę szeroki charakter tematu, a także wykorzystanie krajowych uwarunkowań, podczas analizy jako dodatkową strategię identyfikacji artykułów zastosowano wyszukiwanie w Google.

Styl życia jako czynnik warunkujący zdrowie

Od połowy lat 70. na Zachodzie, a od końca lat 80. w Polsce problem udziału jednostki w kształtowaniu własnego zdrowia jest przedmiotem licznych debat specjalistów. Bezpośrednio wywołały je wyniki badań epidemiologicznych kwestionujących tzw. wielkie równanie (dobra opieka medyczna = dobre zdrowie). Były to z jednej strony wyniki trwającego ponad 40 lat badania Framingham, dotyczącego związków elementów stylu życia z występowaniem chorób układu krążenia (11), z drugiej – prace McKoewna analizujące wpływ medycyny na podnoszenie zdrowotności społeczeństw. McKoewn przeanalizował procesy demograficzne i obrazy chorób mieszkańców Anglii i Walii w okresie 150 lat i wykazał, że od czasu wyraźnego obniżenia się współczynnika zgonów z powodu chorób zakaźnych i ostrych, związanego z odkryciem antybiotyków i szczepionek, postęp medycyny ma niewielki statystyczny wpływ na przeciętną długość życia ludzkiego (12). Obserwacje te potwierdzone zostały badaniami prowadzonymi w Stanach Zjednoczonych, porównującymi zbliżone dane dla okresu blisko 80 lat (13).

Uważa się, że przełomem w postrzeganiu czynników wpływających na zdrowie człowieka był raport „A New Perspective on the Health of Canadians”, przedstawiony przez ministra zdrowia i opieki społecznej Kanady Marca Lalonda. Zawarto w nim koncepcję pól zdrowia, obejmującą 4 podstawowe grupy czynników determinujących zdrowie człowieka: styl życia, zachowania zdrowotne (w 50–60% mają wpływ na zdrowie), środowisko fizyczne, kulturowe i psychospołeczne (20–25%), czynniki genetyczne, ochrona zdrowia (14). Doniosłość wspomnianych prac polegała nie tylko na ukazaniu nowych czynników ryzyka zagrażających zdrowiu i sposobów ich przezwyciężania, ale także na przeniesieniu ciężaru gatunkowego walki o zdrowie z instytucji medycyny na instytucje życia społecznego i indywidualne zachowania jednostek.

Gwałtowny rozwój cywilizacji i ciągłe zmiany wymagają nowego spojrzenia na modele czynników determinujących zdrowie, dlatego też zwrócono uwagę na „determinanty zdrowia na XXI wiek”. Uznano za nie niestabilny styl życia, przepływ ludności (migracje międzynarodowe, turystyka) oraz „wirus” pośpiechu, powodujący nasilenie stresu, napięć, lęku i przekładający się na sposób żywienia (15).

Warto także wspomnieć o badaniach prowadzonych w dziedzinie zdrowia, które pozwalają wyróżnić 9 kluczowych czynników dla zdrowego stylu życia. Są to: dieta i wskaźnik masy ciała (*body mass index*, BMI), sen, ćwiczenia fizyczne, zachowania seksualne, nadużywanie substancji psychoaktywnych oraz leków, zastosowanie nowoczesnych technologii, rekreacja, aktywność poznawcza – uczenie się (5).

Od czasu wybuchu pandemii COVID-19 rozpoczęto także badania nad rolą czynników stylu życia w funkcjonowaniu układu odpornościowego i zapobieganiu ciężkiemu przebiegowi COVID-19. Wyniki pokazują, że odpowiedni styl życia, przejawiający się w sposobie odżywiania, ćwiczeniach fizycznych, śnie, paleniu tytoniu i spożywaniu alkoholu, może przyczynić się zmniejszenia ryzyka zakażenia w populacji i zapobiec poważnym skutkom COVID-19 (10). Inne badania wskazują, że w związku z ograniczeniem aktywności fizycznej i trudnościami ze snem doświadczanymi w trakcie pandemii COVID-19 wzrósł odsetek osób zagrożonych depresją kliniczną, przy czym to zaburzenie aktywności fizycznej zostało wskazane jako determinanta ryzyka depresji podczas pandemii (16).

Dotychczasowe badania sygnalizują także silny związek stylu życia z zachorowalnością na choroby nowotworowe i metaboliczne. Z badań prowadzonych przez Instytut Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Yale wynika, że zwiększona masa ciała, ograniczona aktywność fizyczna i niezdrowa dieta przyczyniają się do zwiększonej zapadalności na choroby oraz śmiertelności. Czynniki związane ze stylem życia, takie jak używanie tytoniu i alkoholu, dieta i aktywność fizyczna, są ściśle powiązane z niezliczonymi przewlekłymi schorzeniami, takimi jak nowotwory, cukrzyca, otyłość i choroby układu krążenia (17).

W analizie uwzględniającej 142 badania u osób prowadzących najzdrowszy tryb życia w porównaniu z uczestnikami prowadzącymi najmniej zdrowy tryb życia występowało mniejsze ryzyko zgonu z jakiegokolwiek przyczyny (HR 0,45; 95% CI 0,41–0,48), umieralności z przyczyn sercowo-naczyniowych (HR 0,42, 95% CI 0,37–0,46), incydentów sercowo-naczyniowych (HR 0,38; 95% CI 0,29–0,51) i różnych chorób sercowo-naczyniowych (HR 0,29–0,45). Powiązania były w dużej mierze znaczące i spójne wśród osób z różnych kontynentów, grup rasowych i środowisk społeczno-ekonomicznych (18).

Podobne wyniki uzyskano w analizie wpływu trybu życia na cukrzycę, obejmującej badania z udziałem ok. 1 mln osób. U osób prowadzących zdrowy tryb życia ryzyko zachorowania na cukrzycę było o 75% mniejsze (HR 0,25 [95% CI 0,18; 0,35]) niż u osób prowadzących niezdrowy tryb życia (19).

Na zwiększoną śmiertelność ma wpływ także siedzący tryb życia – dłuższy czas spędzany na czynnościach siedzących wiąże się ze zwiększonym ryzykiem zgonu z jakiegokolwiek przyczyny u osób w podeszłym wieku (20).

Zachowania prozdrowotne Polaków

Według Ostrowskiej Polacy podejmują 2 rodzaje aktywności łączących się ze zdrowiem. Pierwsza grupa obejmuje zachowania związane z korzystaniem z usług ochrony zdrowia (częstość wizyt u lekarza czy częstość wykonywania badań profilaktycznych), druga – zachowania składające się na prozdrowotny styl życia, tj. aktywność ruchowa, zwalczanie stresu, niepalenie bądź ograniczenie liczby wypalanych papierosów. Te 2 rodzaje aktywności istnieją niezależnie od siebie (9).

W przeciwieństwie do osób „uzależnionych od medycyny” wyznawcy „prozdrowotnego stylu życia” stanowią kategorię silniej wyodrębnioną ze względu na pozycję społeczną. Są to osoby o relatywnie wyższym wykształceniu, wyższej pozycji społeczno-zawodowej, a także mieszkańcy większych miast. Prozdrowotny styl życia realizowany jest w równym stopniu przez kobiety i mężczyzn, choć nieco inne zachowania się na

niego składają. Kobiety palą rzadziej i wypalają mniej papierosów, mężczyźni są przeciętnie bardziej aktywni fizycznie. Zachowaniom tworzącym prozdrowotny styl życia sprzyja także nieco młodszy wiek i lepsza sytuacja materialna, choć zależność ta jest raczej niska (9).

Badania kobiet w wieku 18–35 lat pokazały, że czynniki socjodemograficzne, tj. miejsce zamieszkania, wiek, stan cywilny, wykształcenie oraz warunki socjoekonomiczne, mają wpływ na kształtowanie zachowań zdrowotnych. Kobiety mieszkające w miastach wojewódzkich w wyższym stopniu niż mieszkanki miast powiatowych przejawiają zachowania mające na celu utrzymanie odpowiedniego poziomu zdrowia psychospołecznego. Wraz z wiekiem kobiety bardziej dbają o własne zdrowie: sposób odżywiania, ciało i zachowanie bezpieczeństwa. Im wyższe wykształcenie kobiet, tym większa dbałość o sposób odżywiania, ciało, zachowanie bezpieczeństwa, zdrowie psychospołeczne oraz aktywność fizyczną. Wyższa ocena warunków socjoekonomicznych kobiet przekłada się na ich większą troskę o zdrowie psychospołeczne (21).

Badania realizowane w Polsce w 1995 roku pokazują, że 83,1% badanych uznaje wpływ decyzji jednostki na jej zdrowie i potrafi wymienić elementy składające się na prozdrowotny styl życia. Podobnie liczna grupa osób (80,2%) uważa, że zdrowie zależy w większym stopniu od sposobu życia człowieka niż od działalności medycyny (9). W badaniach przeprowadzonych w 2016 roku Polacy uznali, że najlepszym sposobem na polepszenie zdrowia jest właściwe odżywianie (48% respondentów). Jedna trzecia osób jako korzystne dla zdrowia wskazuje regularne wizyty u lekarza oraz unikanie sytuacji stresowych. Wśród innych wymienionych działań prozdrowotnych ważne są niepalenie papierosów i regularna aktywność fizyczna. Niestety, unikanie alkoholu nie jest dla Polaków priorytetem. Niemniej jednak aż 85% Polaków deklaruje troskę o swoje zdrowie, a tylko 14% nie angażuje się w działania na rzecz poprawy stanu zdrowia (22).

Badanie zrealizowane w 2023 roku pokazuje, że aż 32% z nas nie potrafi ocenić swojego stanu zdrowia, gdyż nie bada się regularnie. Podobna proporcja co w 2016 roku (16%) ocenia swoje zdrowie jako złe. 39% respondentów jest zdania, że Polacy chcieliby żyć zdrowiej, ale mają problemy z wdrażaniem i utrzymywaniem nawyków. Jako główne elementy niezdrowego stylu życia Polaków badani wymieniają zbyt małą aktywność fizyczną, małą ilość snu, niezdrową dietę i używki (papierosy i alkohol). Aż 37% badanych wskazuje, że nie dba o aktywność fizyczną z powodu braku czasu, a co 4. regularnie ćwiczy. Lepiej Polacy radzą sobie z dbaniem o zdrowie psychiczne: 45% stara się aktywnie wypoczywać, a co 3. uczy się radzić sobie ze stresem (23).

W Polsce istnieje znaczna grupa osób, ok. 1 na 5, które unikają zachowań prozdrowotnych oraz kontaktu z lekarzami. Te osoby pochodzą z różnych środowisk i mają zróżnicowane wykształcenie, jednak mężczyźni w wieku 30–50 lat są nieco bardziej skłonni do takiego stylu życia (9).

W pewnej sprzeczności z tymi stanowiskami stoją statystyki dotyczące zachowań i stanu zdrowia. Wyniki statystyk pokazują, że ponad połowa Polaków (59%) ma nadmierną masę ciała, a 1/5 cierpi na otyłość (21%). Co ciekawe, problemy te zwiększyły się od 2014 roku (24). Jedna czwarta dorosłych Polaków pali papierosy, co 5. robi to regularnie (25). Mimo to 57% Polaków jest zadowolonych ze swojego zdrowia (26).

Rola koordynowanej opieki zdrowotnej

Zgodnie z definicją Europejskiego Biura ds. Zintegrowanej Opieki Zdrowotnej, będącego częścią WHO, opieka koordynowana to „koncepcja świadczeń związanych z diagnozowaniem, leczeniem, opieką, rehabilitacją i promocją zdrowia w wymiarze nakładów, realizacji i organizacji świadczeń oraz zarządzania” (27). W praktyce koordynowana opieka zdrowotna prowadzi do poprawy wskaźników efektywnościowych systemu, do których zaliczyć można dostępność, jakość oraz efektywność opieki. Ma ona także wpływ na poprawę stanu zdrowia społeczeństwa poprzez działania edukacyjne, profilaktyczne i promocyjne, które oddziałują na kształtowanie się stylu życia i postaw prozdrowotnych pacjentów objętych opieką.

Do kompetencji personelu ochrony zdrowia pracującego w zespołach POZ należą wiedza i umiejętności w zakresie skutecznego zachęcania pacjentów do zmian zachowań zdrowotnych. Kompetencje te są istotne z perspektywy realizacji i osiągania celów terapeutycznych. Perspektywa pacjentów powinna być w centrum dyskusji, aby stosowane interwencje wspierały lepsze wyniki i doświadczenia. Równocześnie do systemów wdrażane jest podejście opieki skoncentrowanej na celu (*goal-oriented care*), jako bardziej adekwatne i mogące przynieść korzyści. Zrozumienie wzorców behawioralnych i psychologicznego podłoża wprowadzania zmian, warunkujących styl życia i postawy zdrowotne pacjentów, może pomóc pracownikom ochrony zdrowia w przeprowadzaniu interwencji z wyższym wskaźnikiem skuteczności. W rzeczywistości, dzięki zwiększonemu zaangażowaniu pacjentów, interwencje oparte na teorii są skuteczniejsze w zmianie zachowań niż interwencje nieoparte na teorii (28).

Warto także wspomnieć, że jedną z głównych zasad opieki koordynowanej jest aktywne zaangażowanie i wzmacnianie roli pacjenta, co przekłada się na efekty świadczonej opieki zdro-

Rycina 1. Zasady opieki koordynowanej. Opracowanie własne na podstawie: Mayne R.: Cerner’s Quadruple Global Value Aims: It’s the „WHY”. <https://www.cerner.com/ae/en/blog/cerners-quadruple-global-value-aims-its-the-why> [dostęp: 07.08.2023]



wotnej, satysfakcję pacjenta, personelu i świadczeniodawców oraz na efektywność kosztową (rycina 1) (29). Ważne jest przy tym holistyczne podejście do kształtowania postaw zdrowotnych, które powinno obejmować nie tylko samych pacjentów, ale także opiekunów czy społeczności lokalne (29).

Zapisy Ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej zobowiązują świadczeniodawców m.in. do zapewnienia profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz promocji zdrowia dostosowanych do potrzeb różnych grup społeczeństwa czy do zapewnienia edukacji świadczeniobiorcy w zakresie odpowiedzialności za własne zdrowie i kształtowania świadomości prozdrowotnej. Równocześnie POZ ma szeroki dostęp do pacjenta oraz dysponuje zespołem własnym, uprawnionym do realizacji świadczeń z zakresu edukacji (pielęgniarka, położna, lekarz rodzinny), jak również we współpracy w ramach opieki koordynowanej (porada dietetyczna). Od 1 lipca 2023 roku opieka koordynowana w POZ obejmuje również pacjentów poniżej 18. r.ż. Na porady edukacyjne i dietetyczne pacjent jest kierowany przez lekarza rodzinnego podczas wizyty kompleksowej (w ramach indywidualnego planu opieki medycznej [IPOM]).

Pielęgniarki i położne realizują zadania edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia na podstawie Ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. Edukacja, będąca obok szczepień ochronnych elementem profilaktyki pierwszorzędowej, w POZ styka się z realizacją profilaktyki drugorzędowej – programów profilaktycznych, jak również szczepień. Opieka koordynowana, wraz z komponentem programów profilaktycznych, w tym raka piersi (mammografia), szyjki macicy (cytologia), jelita grubego, chorób układu krążenia czy chorób odżywczych (w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc [POChP]), pozwala na stratyfikację i dyspanseryzację populacji pod opieką, dopasowanie interwencji klinicznych i edukacyjnych w ramach IPOM. Od 1 czerwca 2023 r. w ramach POZ jest realizowany program szczepień młodzieży przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (*human papilloma virus*, HPV).

Analizując uwarunkowania prawne, można potwierdzić, że POZ w Polsce może zabezpieczać potrzeby obywateli w zakresie zarządzania dostępnością (zabezpieczenie podstawowych problemów o charakterze nagłym), zarządzania chorobą (stabilizacja pacjentów z chorobą przewlekłą realizowana przez zespół POZ i współpraca ze specjalistami ambulatoryjnej opieki specjalistycznej [AOS]), w tym w szczególności zarządzania zdrowiem (realizacja badań profilaktycznych, edukacji zdrowotnej i wczesnej diagnostyki chorób). Warto dodać, że przedmiotem analizy są ramy prawne, które są niezbędne, ale niewystarczające do osiągnięcia wyników populacyjnych o istotnym znaczeniu. Konieczna jest profesjonalna operacjonalizacja zapisów samej ustawy (akty wykonawcze, cele populacyjne, mierzenie luki pomiędzy celem zakładanym i osiąganym wraz z motywatorami redukcji tej luki, praca nad jakością oraz adekwatne wynagradzanie), co w okresie średnio- i długoterminowym znacznie budować wartość systemową dla wszystkich interesariuszy.

Podsumowanie

Należy podkreślić istotną rolę koordynowanej opieki zdrowotnej w kształtowaniu stylu życia i postaw prozdrowotnych pacjentów. Model opieki zdrowotnej oparty na koordynacji

powinien być zogniskowany na celu pacjenta, wykorzystywać instrumenty profilaktyki oraz reagować na współczesne wyzwania w sektorze zdrowia. W docelowej perspektywie warto założyć nie tylko efekty w zakresie organizacji opieki, w tym jej integrację, lepszą dostępność czy efektywność udzielanych świadczeń, ale także – a może przede wszystkim – zmianę postaw zdrowotnych pacjentów i poprawę stylu życia społeczeństwa.

SUMMARY

The role of coordinated health care in shaping lifestyle and pro-health attitudes of patients

Lifestyle and health behaviors have a significant impact on the quality of life. Factors determining human health include lifestyle, health behaviors, physical, cultural and psychosocial environment, genetic factors, and health care. Healthy lifestyles are associated with a specific diet, avoidance of tobacco and alcohol, physical activity and the ability to combat stress. Analyses show that people who lead the healthiest lifestyle have a lower risk of death, cardiovascular events and cardiovascular diseases, and diabetes. Conducting a comprehensive lifestyle assessment is essential to identify unhealthy behaviors and prevent their consequences. Poles would like to live healthier, but they have problems with implementing and maintaining habits. 85% declare concern for their health, and only 14% are not involved in activities to improve their health. Statistics on behavior and health state somewhat contradict these positions. More than half of Poles suffer from weight problems, a quarter of adult Poles smoke cigarettes, and a third do not engage in physical activity regularly. Coordinated health care can have a positive impact on the health of the society. It leads to the improvement of the efficiency indicators of the system, which include the accessibility, quality and efficiency of care. It carries out educational, preventive and promotional activities that influence the development of the lifestyle and pro-health attitudes of patients under care. Primary health care in Poland can meet the needs of citizens in the field of accessibility management - securing basic emergency problems, disease management - stabilization of patients with a chronic disease carried out by the POZ team and cooperation with AOS specialists, including in particular health management - carrying out preventive examinations, health education and early diagnosis of diseases.

Keywords: lifestyle, pro-health attitudes, coordinated care, health behaviors, primary health care.

Słowa kluczowe: styl życia, zachowania zdrowotne, opieka koordynowana, postawy prozdrowotne, podstawowa opieka zdrowotna.

PIŚMIENNICTWO

1. Czupryna A., Poździoch S., Ryś A. i wsp.: Zdrowie publiczne: wybrane zagadnienia. Praca zbiorowa. Tom 1. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2000.
2. Drabik J., Wróblewska A.: Styl życia rodziców u progu szkoły podstawowej. W: Karski J.B. (red.): Promocja zdrowia. Wydawnictwo Ignis, Warszawa 1999: 70–81.
3. Golzarand M., Toolabi K., Ebrahimi-Mameghani M. i wsp.: Association between modifiable lifestyle factors and inflammatory

- markers in patients with metabolic syndrome. *East Mediterr Health J* 2012; 18(7): 735–741.
4. Rahimi Foroushani A., Estebarsari F., Mostafaei D. i wsp.: The effect of health promoting intervention on healthy lifestyle and social support in elders: a clinical trial study. *Iran Red Crescent Med J* 2014; 16(8): e18399.
 5. Farhud D.D.: Impact of Lifestyle on Health. *Iran J Public Health* 2015; 44(11): 1442–1444.
 6. Lopez-Fontana I., Perrot A., Krueger K.R. i wsp.: A global lifestyle assessment: Psychometric properties of the General Lifestyle Questionnaire. *Psychologie Française* 2020; 65(4): 311–323.
 7. Puchalski K.: Zachowania związane ze zdrowiem jako przedmiot nauk socjologicznych. W: Nosko J. (red.): *Zachowania zdrowotne*. Łódź: Wydawnictwo Instytutu Medycyny Pracy, Łódź 1990: 23–57.
 8. Woynarowska B., Długołęcka A.: *Edukacja zdrowotna: podręcznik akademicki*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
 9. Ostrowska A.: Prozdrowotne style życia. W: Domański H., Rycharz A. (red.): *Elementy nowego ładu*. IFiS PAN, Warszawa 1997: 209–222.
 10. Lange K.W., Nakamura Y.: Lifestyle factors in the prevention of COVID-19. *Global Health J* 2020; 4(4): 146–152.
 11. Kannel W.B., Gordan T.: Evaluation of cardiovascular risk in the elderly: the Framingham study. *Bull N Y Acad Med* 1978; 54(6): 573–591.
 12. McKeown T.: A Conceptual Background for Research and Development in Medicine. *Int J Health Serv* 1973; 3(1): 17–28.
 13. McKinlay J.B., McKinlay S.M.: The questionable contribution of medical measures to the decline of mortality in the United States in the twentieth century. *Milbank Mem Fund Q Health Soc* 1977; 55(3): 405–428.
 14. Syrek E., Borzucka-Sitkiewicz K.: *Edukacja zdrowotna*. Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2009.
 15. Kickbusch I.: 21st century determinants of health and wellbeing: a new challenge for health promotion. *Glob Health Promot* 2012; 19(3): 5–7.
 16. Giuntella O., Hyde K., Saccardo S. i wsp.: Lifestyle and mental health disruptions during COVID-19. *Proc Natl Acad Sci USA* 2021; 118(9): e2016632118.
 17. Yale School of Public Health: Lifestyle Factors: Tobacco and Alcohol, Obesity and Physical Activity, Nutrition and Diabetes. <https://ysph.yale.edu/public-health-research-and-practice/interdepartmental-foci/lifestyle-factors> [dostęp: 07.08.2023].
 18. Zhang Y.B., Pan X.F., Chen J. i wsp.: Combined lifestyle factors, all-cause mortality and cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *J Epidemiol Community Health* 2021; 75(1): 92–99.
 19. Zhang Y., Pan X.F., Chen J. i wsp.: Combined lifestyle factors and risk of incident type 2 diabetes and prognosis among individuals with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Diabetologia* 2020; 63(1): 21–33.
 20. Rezende L.F., Rey-López J.P., Matsudo V.K.R., Luiz O.D.C.: Sedentary behavior and health outcomes among older adults: a systematic review. *BMC Public Health* 2014; 14(1): 333.
 21. Bień A., Rzońca E., Krysa J. i wsp.: Socio-demographic determinants of health-related behaviours of women during the reproduction period. *Med Og Nauk Zdr* 2016; 22(3): 210–215.
 22. Centrum Badań Opinii Społecznej (CBOS): *Zdrowie i prozdrowotne zachowania Polaków*. https://cbos.pl/SPISKOM.POL/2016/K_138_16.PDF [dostęp: 07.08.2023].
 23. Prezent Marzeń: *Badanie sondażowe „Styl życia Polaków”*. <https://media.innovationpr.pl/clients/2635/attachment/2444003> [dostęp: 07.08.2023].
 24. Centrum Badań Opinii Społecznej (CBOS): *Czy Polacy mają problem z nadwagą?* https://cbos.pl/SPISKOM.POL/2019/K_103_19.PDF [dostęp: 07.08.2023].
 25. Centrum Badań Opinii Społecznej (CBOS): *Palenie papierosów*. https://cbos.pl/SPISKOM.POL/2019/K_104_19.PDF [dostęp: 07.08.2023].
 26. Centrum Badań Opinii Społecznej (CBOS): *Zadowolenie z życia*. https://cbos.pl/SPISKOM.POL/2022/K_008_22.PDF [dostęp: 07.08.2023].
 27. *Koordynowana Opieka Zdrowotna*. <https://koordynowana.nfz.gov.pl/> [dostęp: 07.08.2023].
 28. Painter J.E., Borba C.P.C., Hynes M. i wsp.: The Use of Theory in Health Behavior Research from 2000 to 2005: A Systematic Review. *Ann Behav Med* 2008; 35(3): 358–362.
 29. Stein K.V.: *Opieka koordynowana na świecie. Przykłady mające pomóc usprawnić (podstawową) opieką zdrowotną w Polsce*. Narodowy Fundusz Zdrowia, Warszawa 2016. <https://koordynowana.nfz.gov.pl/wp-content/uploads/2022/05/Opieka-koordynowana-na-swiecie.-Przyklady-majace-pomoc-usprawnic-podstawowa-opieke-zdrowotna-w-Polsce..pdf> [dostęp: 07.08.2023].

Nadesłano: 10.07.2023 r.

Przyjęto do druku: 17.07.2023 r.

Adres do korespondencji:

mgr farm. Joanna Oberska
Zakład Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego
Warszawski Uniwersytet Medyczny
ul. Oczki 3,
02-007 Warszawa
e-mail: joanna.oberska@wum.edu.pl