

# Spółeczna perspektywa interpretacyjna w promocji zdrowia i zdrowiu publicznym

## Social interpretive perspective on health promotion and public health

MICHAŁ SKRZYPEK, AGNIESZKA MARZEC

Zakład Dietetyki Klinicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Celem artykułu jest prezentacja założeń społecznego modelu promocji zdrowia, zwracającego uwagę na kontekstowe osadzenie behawioralnych korelatów zdrowia, a także przedstawienie argumentacji na rzecz takiego podejścia. W jej ramach wskazane zostanie znaczenie zmian środowiskowych w modelowaniu behawioralnych (zachowaniowych) uwarunkowań zdrowia, w tym zachowań żywieniowych w skali populacyjnej, na przykładzie makrosocjalnych uwarunkowań poprawy sytuacji zdrowotnej w Finlandii, osiągniętej w efekcie realizacji programu profilaktyki kardiologicznej (North-Karelia Project), a także na przykładzie zmian sytuacji epidemiologicznej w Polsce w okresie transformacji systemowej po 1991 r. Przywołana zostanie także argumentacja ekspertów międzynarodowej inicjatywy badawczej Statuskonferenz Psychokardiologie, zwracająca uwagę na kontekstowe osadzenie zachowań zdrowotnych generujących ryzyko wieńcowe. Artykuł ma zwrócić uwagę czytelników, że analizy zachowań zdrowotnych, realizowane z perspektywy indywidualistycznej, są poznawczo nieadekwatne i niewystarczające, pomijają bowiem ich złożone, psychospołeczne uwarunkowania. Reasumując, prezentowane w artykule podejście nauk społecznych do problemu uwarunkowań zdrowia zwraca uwagę nie tylko na bliskie, behawioralne uwarunkowania zdrowia (zachowania zdrowotne), ale także na zasadnicze przyczyny zachowań związanych ze zdrowiem ulokowane w szeroko rozumianym środowisku życia ludzi (dalsze, społeczne uwarunkowania zdrowia).

**Słowa kluczowe:** zachowania zdrowotne, zachowania żywieniowe, środowiskowy kontekst zachowań, społeczny model promocji zdrowia, nowe zdrowie publiczne

The aim of this paper is to present the plans for a social model of health promotion, drawing attention to the contextual deposition of behavioural health correlates, and presenting arguments favouring such an approach. The paper stresses the importance of environmental changes in the modelling of behavioural health determinants, including population-wide dietary behaviour, using as its example the macro-social determinants of health improvement in Finland achieved by the implementation of a cardiac disease prevention program (North-Karelia Project) and the example of changes in the epidemiological situation in Poland during the political transition period after 1991. Moreover, the paper cites the arguments of experts involved in the Statuskonferenz Psychokardiologie international research initiative, which draw attention to the contextual deposition of health-related behaviours generating risk of coronary diseases. The article aims to draw the reader's attention to the fact that analyses of health behaviours carried out from the individual perspective are cognitively inadequate and insufficient, as they omit their complex, psychosocial determinants. To sum up, the approach of social sciences to the problem of health determinants as presented in the article not only focuses on close, behavioural health determinants (health behaviours), but also on the root causes of health-related behaviours in the broadly termed human living environment (further, social determinants of health).

**Key words:** health behaviours, dietary behaviours, environmental context of behaviours, social model of health promotion, New Public Health

© Hygeia Public Health 2018, 53(3): 232-240

www.h-ph.pl

Nadesłano: 07.06.2018

Zakwalifikowano do druku: 20.07.2018

**Adres do korespondencji / Address for correspondence**

dr hab. Michał Skrzypek

Zakład Dietetyki Klinicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

ul. Chodźki 1, 20-093 Lublin

tel. +48 81 448 69 02, e-mail: [michal.skrzypek@umlub.pl](mailto:michal.skrzypek@umlub.pl)

## Wprowadzenie

Autorzy zwracają uwagę na możliwości i zasadność aplikowania perspektywy interpretacyjnej nauk społecznych w zdrowiu publicznym w obszarze problemowym dotyczącym zachowań zdrowotnych, w tym żywieniowych i ich modelowania na poziomie populacyjnym w ramach strategii prewencyjnych nakierowanych na niezakaźne choroby przewlekłe. Podejście nauk społecznych do problemu uwarunkowań zdrowia zwraca uwagę nie tylko na behawioralne uwarunkowania zdrowia (zachowania zdrowotne

– bliższe determinanty zdrowia), ale także na zasadnicze przyczyny zachowań związanych ze zdrowiem, ulokowane w szeroko rozumianym środowisku życia ludzi (dalsze, czy też: szersze uwarunkowania zdrowia, gdzie mamy na uwadze przyczyny przyczyn {causes of the causes}). Wskazane podejście jest reprezentowane we współczesnych reinterpretacjach założeń promocji zdrowia, np. w wytycznych *Committee on Capitalizing on Social Science and Behavioral Research to Improve the Public's Health, Division of Health Promotion and Disease Prevention* amerykańskiego *Institute of Medicine*,

gdzie podkreśla się, że interwencje promujące zdrowie powinny być ukierunkowane nie tylko na jednostkowe, zachowaniowe uwarunkowania zdrowia, ale także na społeczne determinanty zdrowia, tworzące kontekst, w którym podejmowane są zachowania sprzyjające lub zagrażające zdrowiu [1]. Podejście takie wskazuje się w cytowanym dokumencie jako warunek skuteczności programów promocji zdrowia.

Przywołane tezy w polskiej socjologii zdrowia i promocji zdrowia zostały wyartykułowane przez Zofię Słońską, która zwracała uwagę, że 'sfera zachowań ludzkich nie znajduje się w społecznej próżni, i tak jak zdrowie ma swoje uwarunkowania w sferze behawioralnej, tak sfera behawioralna ulega wpływom środowiskowym' [2]. Tezy te można postrzegać jako dążenie do rewitalizacji ontologicznych założeń promocji zdrowia wyrażonych w 1986 r. w Karcie Ottawskiej (*Ottawa Charter*) [3]. Pominiemy w tym miejscu szerszą analizę historycznego procesu kształtowania się tzw. 'nowego zdrowia publicznego' (*New Public Health*) i promocji zdrowia w jej ujęciu zdefiniowanym w Karcie Ottawskiej [4-6], zaznaczmy tylko, że jej genezę interpretuje się m.in. jako wyraz skutecznej recepcji tez dotyczących społecznej genezy zdrowia, które do momentu ukształtowania się poznawczej tożsamości promocji zdrowia nie stały się przedmiotem adekwatnej uwagi tzw. 'starego' zdrowia publicznego [5]. Zdaniem Doroty Cianciary kształtowanie się idei nowego zdrowia publicznego miało także aspekt pragmatyczny, związany z poszukiwaniem antidotum na małą efektywność działań o profilu biomedycznym i behawioralnym, typowych dla tzw. starego zdrowia publicznego, realizowanych w ramach sektora medycznego, nastawionych na zapobieganie niezakaźnym chorobom przewlekłym [5]. Pomijając w tym miejscu omawianie nowatorskich kwestii aksjologicznych oraz ideologicznych, związanych np. z rozumieniem zdrowia jako fenomenu pozytywnego, nowe podejście w zdrowiu publicznym odwoływało się do społecznego modelu zdrowia, dowartościowując tym samym czynniki pozamedyczne determinujące zdrowie i wskazywało wielosektorowość, jako szansę modelowania społecznej części pola etiologicznego współczesnych zagrożeń zdrowotnych [5]. Analiza zapisów Karty Ottawskiej pozwala stwierdzić, że tezy dotyczące społecznej genezy zdrowia zostały potraktowane w tym dokumencie jako konstytutywny element koncepcji promocji zdrowia. Problemem jest jednak to, że fakt ten nie ma nadal wystarczająco silnych implikacji na poziomie metodyki promocji zdrowia, co skutkuje obniżeniem efektywności działań o takim profilu [7].

W światowym piśmiennictwie propagatorem prezentowanego sposobu myślenia jest od lat Ana V. Diez-Roux, która w serii publikacji konsekwentnie zwraca

uwagę na mankamenty podejścia indywidualistycznego w zdrowiu publicznym, w którego ramach pojęcia 'styl życia' oraz 'zachowania zdrowotne' są traktowane jako kwestie indywidualnego wyboru, w niesłusznej separacji w stosunku do kontekstu społecznego, kształtującego oraz ograniczającego ludzkie zachowania [8], proponując zarazem rozwiązania metodologiczne możliwe do zastosowania w badaniach pozwalających uchwycić wpływy kontekstowe na zmienne mierzone na poziomie indywidualnym (*multilevel analysis; contextual analysis*) [8, 9]. Sugeruje się, że adekwatną reakcją na wiedzę dotyczącą społecznych uwarunkowań zdrowia powinno stanowić rozumienie promocji zdrowia jako połączenia działań edukacyjnych oraz interwencji środowiskowych, realizowanych na drodze kooperacji wielosektorowej [10], nakierowanych nie tylko na zwiększanie kompetencji jednostek w zakresie dbałości o zdrowie (cel taki spełnia edukacja zdrowotna), ale także na kreowanie i wzmacnianie ich mocy sprawczej (*agency*) w zakresie autokreacyjnej dbałości o zdrowie [2, 11]. Tezę taką odnajdujemy także w najnowszych publikacjach dotyczących efektywności zmiany behawioralnej w promocji zdrowia i prewencji niezakaźnych chorób przewlekłych. Na przykład w konkluzji metaanalizy dotyczącej efektywności interwencji nakierowanych na podnoszenie poziomu aktywności fizycznej JM Murraya i wsp., opublikowanej w 2017 r., wskazano uwzględnienie w przyszłych badaniach szerszych wpływów środowiskowych, społecznych i psychologicznych na zachowania będące przedmiotem interwencji jako wiodące wyzwanie działań interwencyjnych o takim profilu [12].

Celem artykułu jest prezentacja głównych tez modelu promocji zdrowia, budowanego w nawiązaniu do koncepcji społecznych, zwracającego uwagę na społeczne determinanty behawioralnych korelatów zdrowia, a także prezentacja argumentacji wspierającej założenia takiego podejścia. W jej ramach wskażemy na znaczenie środowiska społecznego w modelowaniu behawioralnych (zachowaniowych) uwarunkowań zdrowia (zachowania żywieniowe w skali populacyjnej) na przykładzie makrosocjalnych uwarunkowań zmian sytuacji zdrowotnej w Finlandii osiągniętych w związku z realizacją programu profilaktyki kardiologicznej (*North-Karelia Project*), a także na przykładzie zmian sytuacji epidemiologicznej w Polsce w okresie transformacji systemowej po 1991 r. Przywołana zostanie także argumentacja ekspertów międzynarodowej inicjatywy badawczej *Statuskonferenz Psychokardiologie*, zwracająca uwagę na kontekstowe osadzenie zachowań zdrowotnych powiązanych z ryzykiem choroby wieńcowej. Analiza zwracająca uwagę na kontekstowe uwarunkowania zmian zachowań żywieniowych populacji polskiej i fińskiej (w opracowaniu wykorzystano ustalenia badawcze zawarte we wcześniejszej publikacji

zamieszczonej w monografii z zakresu dietetyki praktycznej [13]), sprofilowana pod kątem odbiorców z zakresu zdrowia publicznego i epidemiologii, zwrócić ma uwagę czytelników, że analizy zachowań zdrowotnych, w tym zachowań żywieniowych, realizowane z perspektywy indywidualistycznej są poznawczo nieadekwatne i niewystarczające, pomijają bowiem ich złożone, psychospołeczne uwarunkowania.

### Indywidualistyczny model zachowań zdrowotnych w kanadyjskim Raporcie Marca Lalonde'a

W kontekście analiz genezy koncepcji promocji zdrowia zapisanej w Karcie Ottawskiej zwraca się uwagę na mankamenty też zawartych w raporcie Marca Lalonde'a z 1974 r., który powstał w kontekście dyskusji nad efektywnością systemu medycznego w Kanadzie [14] i stanowi jeden z ważniejszych dokumentów współczesnego zdrowia publicznego. Słabość interpretacyjna tego dokumentu wyraża się przede wszystkim tym, że mówi się tu co prawda o ryzyku zdrowotnym natury środowiskowej (*environmental risks*), a także o roli czynników behawioralnych w determinowaniu zdrowia (*behavioural risks*), konceptualizowanych w kategoriach stylu życia [15], jednak te 'pola zdrowia' zostały w treści raportu niesłusznie potraktowane rozłącznie. Zdaniem Lalonde'a warunkiem postępu w działaniach na rzecz poprawy zdrowia Kanadyjczyków jest uświadomienie sobie przez nich 'wysokiej rangi (*gravity*) środowiskowych i behawioralnych czynników ryzyka', a także podejmowanie działań nakierowanych na modyfikację obu tych 'pól zdrowia', jednak – co symptomatyczne dla raportu – zignorowano w jego treści społeczno-środowiskowe uwarunkowania zachowań zdrowotnych. 'Destrukcyjne style życia' (*destructive lifestyle habits*) zostały potraktowane jako 'dobrowolnie wybrane ryzyko' (*self-imposed risks*) i wskazano je w omawianym dokumencie jako czynnik determinujący zdrowie, oddziałujący jednak obok zagrożeń środowiskowych. Te jednak – co należy podkreślić – postrzegane są socjologicznie, mowa tu bowiem także o niekorzystnych zdrowotnych skutkach szybkich zmian społecznych, które powodują dezorientację, alienację, a także zaburzają dotychczasowe systemy wartości w społeczeństwie [15]. Te *stricte* socjologiczne uwagi rodzą oczekiwanie, że zasygnalizowane w ten sposób podejście analityczne będzie miało implikacje w zapisach raportu dotyczącego uwarunkowań zdrowia. Pozostają one sprofilowane indywidualistycznie i oczywistym mankamentem raportu jest niesłuszna z perspektywy nauk społecznych separacja środowiskowych i behawioralnych uwarunkowań zdrowia. Zwraca się uwagę, że w takim ujęciu odpowiedzialność za zachorowanie na chorobę z silną komponentą behawioralną może

być przerzucana na chorego, przy jednoczesnym zignorowaniu zasadniczych przyczyn jednostkowych antyzdrowotnych zachowań natury społecznej, psychicznej, ekonomicznej etc. [2, 11, 16].

### Społeczny model zachowań zdrowotnych

Wartościowe teoretyczne podstawy dla korekty indywidualistycznego podejścia zaproponowanego w raporcie Lalonde'a oferuje socjologia. Podstawowa teza tej dyscypliny głosi, że nie tylko jednostki tworzą (kształtują) społeczeństwo, ale także społeczeństwo kształtuje jednostki, wywierając znaczący wpływ na ludzkie zachowania, także w sytuacjach choroby i zdrowia, co oznacza, że ludzkie zachowania nie mogą być wyizolowane ze społecznego kontekstu życia ludzi [17]. Socjologiczne koncepcje stylu życia, zdaniem Martina O'Briena zwracają uwagę, że jest to 'proces, poprzez który konstruowane są społeczne tożsamości w oparciu o dostępne polityczne, ekonomiczne i kulturowe zasoby' [18]. Cytowany autor podkreśla, że 'pojęcie stylu życia implikuje wybór dokonywany w obrębie ograniczonego kontekstu...' [18]. Prezentowany sposób rozumienia stylu życia podkreśla zatem, że wybór dotyczący zachowania jest wypadkową indywidualnych preferencji oraz opcji realnie dostępnych dla jednostki. Odnosząc ten sposób myślenia do zachowań zdrowotnych, Cockerham i Ritchey definiują prozdrowotne style życia jako wzory zachowań związanych ze zdrowiem, opierające się na wyborach z opcji dostępnych dla jednostek w zależności od ich szans życiowych [19]. Oznacza to, że zachowania zdrowotne stanowią tylko jeden z elementów wielomodułowego łańcucha czynników determinujących zdrowie człowieka, powiązanego z szeregiem oddziaływań środowiskowych (otwiera się tu przestrzeń dla różnicowanych konceptualizacji pojęcia 'środowisko', które mogą kłaść nacisk na aspekty strukturalne, interakcyjne, kulturowe etc.), a zarazem efektywna zmiana ludzkich zachowań wymaga jednoczesnego modelowania kontekstu środowiskowego (strukturalnego etc.), w którym określone zachowania są podejmowane. Oczywiście nie jest intencją autorów dokonywanie nieuprawnionych generalizacji i prezentowanie poglądów nawiązujących do socjologizmu. Socjologia nie jest bowiem jedyną dziedziną nauki, proponującą uszczegółowienie podejścia analitycznego zwracającego uwagę na znaczenie kontekstu środowiskowego w determinowaniu zachowań zdrowotnych. Warto wspomnieć także o propozycjach z obszaru psychologii zdrowia, w których podejścia indywidualistyczne, zwracające uwagę na jednostkowe, intrapsychiczne determinanty zachowań zdrowotnych (w tej grupie podejść jako modelowy można potraktować model przekonań zdrowotnych {*health belief model*}, a także np. podejścia kładące

nacisk na umiejscowienie kontroli), uzupełniane są przez podejścia zwracające uwagę na czynniki mikrospołeczne, w tym na procesy diadyczne związane z inicjacją i podtrzymaniem zachowań zdrowotnych [20]. Badania diadyczne w psychologii zdrowia są reakcją na ograniczenia podejść indywidualistycznych, kładących nacisk na samoregulację jednostki, z pominięciem jej kontekstu społecznego. Zwraca się w nich uwagę, że także relacje w diadzie (np. pomiędzy współmałżonkami, matką a dzieckiem etc.) są istotnym czynnikiem regulacji zachowania lub inicjacji zachowań zdrowotnych (znaczenie mają m.in. jakość komunikacji, sposób planowania zmiany zachowania – planowanie diadyczne lub kolaboracyjne jest bardziej skuteczne – etc.). W badaniach o takim profilu jednostką analizy jest nie jednostka, ale diada. W ramach tej perspektywy analitycznej stawia się pytanie, w jaki sposób charakterystyki partnera A z uwzględnieniem charakterystyk partnera B przynoszą określony efekt behawioralny. Znaczenie praktyczne wskazanej psychologicznej strategii analitycznej polega na tym, że zrozumienie procesów diadycznych wpływających na zachowania prozdrowotne stanowi punkt wyjścia dla projektowania interwencji behawioralnych adresowanych do diad (*couple based interventions/dyad-based lifestyle interventions*), cechujących się wyższą efektywnością w porównaniu do standardowych podejść zorientowanych na jednostkę.

### **Fiński North-Karelia Project oraz zmiany sytuacji zdrowotnej w Polsce w latach 90. XX w. jako przykład środowiskowego modelowania zachowań zdrowotnych w skali populacyjnej**

Przedmiotem analizy zawartej w tym paragrafie będą doświadczenia Projektu Północnokarelskiego (*North-Karelia Project*), realizowanego w Finlandii od 1972 r. w odpowiedzi na wysokie wskaźniki umieralności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego w fińskiej prowincji Północna Karelia, a także uwarunkowania korzystnych zmian sytuacji zdrowotnej w Polsce po 1991 r., dotyczące umieralności z powodu chorób krążenia. W obu tych przypadkach, *notabene* analizowanych łącznie w literaturze przedmiotowej, poprawa wskaźników stanu zdrowia populacji była efektem zmiany środowiskowego kontekstu zachowań zdrowotnych, co w Finlandii było efektem zamierzonych, trafnych metodologicznie oddziaływań prewencyjnych [21, 22], a w Polsce stało się nieoczekiwanym efektem swoistego naturalnego eksperymentu, jakim była transformacja systemowa [23, 24].

Projekt Północnokarelski był pionierskim, dużym projektem prewencji chorób układu sercowo-naczyniowego, bazującym na współpracy ze społecznością lokalną (*community-based*) [22]. Zainspirowany został niekorzystnymi wskaźnikami sytuacji zdrowotnej

w fińskiej prowincji Północna Karelia w latach 60. XX w., dotyczącymi umieralności z powodu choroby wieńcowej. Celem strategicznym projektu była zmiana tej sytuacji na drodze modyfikacji klasycznych, uwarunkowanych behawioralnie czynników ryzyka choroby wieńcowej, z naciskiem na zmianę nawyków żywieniowych w populacji. Główny badacz (*principal investigator*) prof. Pekka Puska w ramach projektu przypomina o dramatycznie szerokim rozpowszechnieniu czynników ryzyka choroby wieńcowej w społeczności prowincji: w 1972 r. tytoń paliło 52% mężczyzn, natomiast spożycie warzyw i tłuszczów pochodzenia roślinnego było bardzo rzadkie (90% mieszkańców raportowało wówczas stosowanie masła do smarowania pieczywa) [22]. W latach 90. XX w. wskaźniki te kształtowały się zupełnie inaczej: odsetek palących mężczyzn obniżył się do 31%, natomiast stosowanie masła do smarowania pieczywa raportowało już tylko niespełna 7% populacji [22]. Te oraz inne korzystne zmiany w zakresie behawioralnych czynników ryzyka choroby wieńcowej, będące efektem działań realizowanych w ramach *North-Karelia Project* w populacji fińskiej Północnej Karelii skutkowały znaczącymi spadkami umieralności z powodu chorób układu krążenia w tej prowincji (o 73% w stosunku do sytuacji z lat 1967-1971 w populacji mężczyzn w średnim wieku, poniżej 65 lat; podobnie w grupie kobiet). Korzystne zmiany utrzymywały się także w dekadzie następującej po 1992 r. Pekka Puska wskazuje, że w Północnej Karelii notowano w tym czasie rocznie ok. 8% redukcję umieralności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego [22]. Korzystne zmiany sytuacji zdrowotnej dotyczyły także całej populacji fińskiej. Wyraziły się one obniżeniem do 1995 r. rocznej umieralności z powodu choroby wieńcowej (*annual CHD mortality*) o 65%. Odnotowano w efekcie wzrost oczekiwanej długości życia o 7 lat dla mężczyzn oraz o 6 lat dla kobiet [22]. W kontekście zasadniczej problematyki tego artykułu zwróćmy uwagę na uwarunkowania korzystnych zmian epidemiologicznych, jakie udało się osiągnąć w prowincji Północna Karelia oraz w całej Finlandii (w związku z implementacją projektu na terenie całego kraju w drugiej fazie jego realizacji). Otóż zmiana antyzdrowotnych obyczajów żywieniowych została przeprowadzona z uwzględnieniem specyficznych cech lokalnej społeczności oraz szerokiego kontekstu socjokulturowego (Północna Karelia była w momencie rozpoczęcia realizacji projektu prowincją o niskiej pozycji socjoekonomicznej, cechującą się tradycjonalistyczną kulturą, oporną na zmiany, a profil produkcji rolnej, ukierunkowanej na produkty pochodzenia zwierzęcego, sprzyjał antyzdrowotnym zachowaniom żywieniowym) [21, 22]. Projektując założenie *North-Karelia Project*, jako cel przyjęto transformację środowiskowych okoliczności zachowań zdrowotnych mieszkańców prowincji [25].

Twórca i inicjator projektu, prof. Pekka Puska w retrospektywnej ocenie uwarunkowań sukcesu *North-Karelia Project* upatruje w działaniach wielosektorowych, obejmujących nie tylko modyfikację i zaangażowanie sektora medycznego, ale także aktywną partycypację wielu innych sektorów (producenci żywności, przemysł spożywczy, sklepy, szkoły, lokalne media etc.) [22]. Przykładem takich działań jest tzw. 'projekt jagodowy', którego celem było przeprofilowanie produkcji rolnej przy wsparciu finansowym rządu z produkcji nabiału na produkcję warzyw i owoców [21]. Działania wielosektorowe dopełniały edukację zdrowotną, realizowaną – co należy podkreślić – przy wykorzystaniu wielu kanałów przepływu informacji. Profil podejmowanych działań dostosowany był do potrzeb lokalnej społeczności (*community diagnosis*), a ich realizacja wiązała się z aktywnym zaangażowaniem różnorodnych grup społecznych, organizacji działających na poziomie lokalnej społeczności, a także 'zwykłych Finów' – adresatów projektu. Wskazując implikacje dla późniejszych inicjatyw o podobnym profilu, prof. Pekka Puska kładzie nacisk na znaczenie zmian środowiskowych (w tym dotyczących społecznych aspektów środowiska), sprzyjających zdrowiu oraz realizacji prozdrowotnych stylów życia [22], chodzi tu zatem o społeczny kontekst zachowań zdrowotnych.

Stawiamy tezę, że analogiczna sytuacja miała miejsce w Polsce w latach 90. XX w., kiedy po kilku dziesięcioleciach trendu wzrostowego umieralności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego, od 1991 r. pojawił się nieoczekiwany przez ekspertów [24] korzystny trend spadkowy w tym zakresie, który skutkował wzrostem oczekiwanej długości życia Polaków. Warto dodać, że analogiczne, korzystne zmiany sytuacji zdrowotnej miały miejsce także w innych krajach dawnego 'bloku wschodniego', w tym w Czechach, Słowenii, na Węgrzech [26, 27], a także we wschodnich Niemczech [28]. Natomiast w większości krajów postsowieckich, w tym w Rosji, miała w tym okresie miejsce kontynuacja tendencji wzrostowej umieralności z powodu chorób układu krążenia (*an unprecedented increase in cardiovascular diseases/CVD/mortality in the years 1992-1994*) i kolejna faza pogarszania się sytuacji zdrowotnej ok. 1998 r. [29, 30]. Fenomen korzystnych zmian w populacji polskiej był przedmiotem szeregu analiz prof. Witolda Zatońskiego, których wyniki były wielokrotnie publikowane w obiegu międzynarodowym. Na łamach *British Medical Journal* Zatoński zasugerował, że spadek umieralności z powodu chorób układu krążenia w Polsce na początku lat 90. XX w. był spowodowany głównie korzystnymi, kardioprotekcyjnymi zmianami stylu życia Polaków, przede wszystkim dotyczącymi zachowań żywieniowych. Polegały one na wzroście

spożycia owoców (od 28,9 kg/rok na osobę w 1990 r. do 45,2 kg/rok na osobę w 1993 r.; przy czym chodzi tu zwłaszcza o owoce cytrusowe, które stały się wówczas relatywnie łatwo dostępne dla Polaków) oraz na zmianie struktury spożywanego tłuszczu (odejście od tłuszczów zwierzęcych na rzecz tłuszczów roślinnych). W efekcie zmiany zachowań żywieniowych zmieniła się proporcja tłuszczów wielonienasyconych do nasyconych w diecie Polaków – w latach 80. XX w. wynosiła ona poniżej 0,35; natomiast w 1994 r. odnotowano wzrost tego wskaźnika do 0,49 [23]. Kardioprotekcyjny efekt zmiany zachowań żywieniowych Zatoński przypisuje wzrostowi spożycia wielonienasyconych kwasów tłuszczowych, a zwłaszcza kwasu  $\alpha$ -linolenowego (*alpha-linolenic acid*) [27]. Analogiczne zmiany miały miejsce we wschodnich Niemczech, gdzie przyczyniły się do zmniejszenia różnic w zakresie oczekiwanej długości życia w stosunku do Niemiec zachodnich w okresie po 1990 r. [28]. W interpretacjach opisanego fenomenu w Polsce zwraca się także uwagę, że korzystne zmiany behawioralne miały miejsce w kontekście pozytywnych skutków transformacji systemowej, polegających na poprawie sytuacji gospodarczej kraju. Prof. A. Ostrowska wskazuje, że w latach 1991-1992 odnotowano początkowe symptomy korzystnych zmian sytuacji gospodarczej (pojawiły się wówczas wczesne sygnały wzrostu PKB, spadła inflacja i deficyt budżetowy), a w połowie lat 90. XX w. widoczne były już wyraźnie korzystne zmiany dotyczące wskaźników makroekonomicznych (wzrost PKB o 24,6% w ciągu czterech lat), a także symptomy ożywienia gospodarczego i poprawy warunków życia Polaków [24]. Poszukując kontekstowych interpretacji korzystnych zmian sytuacji zdrowotnej w Polsce, Ostrowska nie ogranicza się jednak tylko do zagadnień ekonomicznych, ale zwraca uwagę na szersze zmiany społeczne, powiązane z transformacją systemową, dotyczące dyfuzji zachodniego stylu życia w społeczeństwie polskim, połączonej z rosnącymi szansami na wdrażanie nowych wzorców behawioralnych, w większym niż dotychczas stopniu skoncentrowanych na zdrowiu i mających charakter prozdrowotny. Zdaniem Ostrowskiej 'zainicjowane w roku 1990 przemiany polityczne i ekonomiczne, a szczególnie wprowadzenie zasad gospodarki wolnorynkowej, otwarcie na Zachód i aspiracje do członkostwa we wspólnocie europejskiej stały się istotnym czynnikiem modyfikującym style życia Polaków. Postępujące zmiany społeczno-ekonomiczne dostarczają coraz nowych opcji wyboru i systematycznie zmieniają strukturę szans ich realizacji' [24]. Nie tylko zatem poszerza się zakres możliwych do wyboru opcji zachowań, ale także pojawiają się okoliczności sprzyjające wybieraniu opcji behawioralnych w większym stopniu sprzyjających zdrowiu. Podobną argumentację prezentuje Zatoński, którego zdaniem zmiany zachowań żywieniowych Polaków

były możliwe w kontekście skutków wprowadzenia gospodarki rynkowej. Istotne znaczenie miało zdaniem profesora zwłaszcza wycofanie dotacji państwowych dla produkcji wyrobów pochodzenia zwierzęcego i zagospodarowanie tej luki przez producentów tłuszczów roślinnych [27]. Zatoński zdecydowanie podkreśla, że dla analizowanego fenomenu nie miały istotnego znaczenia zmiany w zakresie funkcjonowania systemu medycznego w Polsce, ponieważ '...ani dostępność usług medycznych, ani ich efektywność nie uległy znaczącej poprawie po roku 1989' [27]. Zatoński podkreśla relatywnie słaby na początku lat 90. XX w. poziom wykorzystania zabiegów kardiologii interwencyjnej w Polsce – wykonywano wówczas w Polsce mniej niż 60 zabiegów przezskórnej angioplastyki wieńcowej (PCI) na 1 mln mieszkańców, podczas gdy w Europie zachodniej – ok. 900 zabiegów na 1 mln mieszkańców, a w USA – 1300 na 1 mln mieszkańców [23]. Dynamiczny rozwój kardiologii interwencyjnej w Polsce, skutkujący optymalizacją opieki medycznej w ostrych incydentach wieńcowych, odegra istotną rolę w podtrzymaniu spadkowego trendu umieralności z powodu choroby wieńcowej dopiero w kolejnej dekadzie, gdy powstało w Polsce ponad 100 ośrodków hemodynamicznych. Andrzej Pająk i wsp. wspierają przywołaną powyżej argumentację Zatońskiego, podkreślając, że 'ten znaczący wysiłek [rozwijania kardiologii zabiegowej w Polsce] nie objaśnia dynamicznego spadku umieralności z powodu chorób układu krążenia, ponieważ główna część tego spadku miała miejsce wcześniej, tj. pomiędzy rokiem 1991 i 1996' [29]. Dodajmy, że jeszcze w 1995 r. (a zatem 4 lata po rozpoczęciu korzystnego trendu zmian) poziom wykonywania badań koronarograficznych w Polsce był 10-krotnie niższy niż na Islandii, gdzie miało miejsce najszersze wykorzystanie tej procedury w skali Europy [29]. Także analiza Bandosza i wsp. [31] wspiera prezentowaną argumentację, zwraca bowiem uwagę, że za 54% spadku współczynnika umieralności z powodu choroby wieńcowej (*death rate from coronary artery disease*) w latach 1991-2005 (który w tym okresie obniżył się o połowę), odpowiadają korzystne zmiany dotyczące klasycznych czynników ryzyka wieńcowego, w tym przede wszystkim poziomu cholesterolu w surowicy krwi, a tylko 37% można przypisać zmianom dotyczącym leczenia medycznego.

A zatem interpretacje korzystnych zmian sytuacji zdrowotnej polskiego społeczeństwa w latach 90. XX w. zwracają uwagę przede wszystkim na istotne znaczenie bliższych uwarunkowań natury behawioralnej (zmiana zachowań żywieniowych), z jednoczesnym naciskiem na szeroki kontekst zmian będących efektem transformacji systemowej w Polsce, które skutkowały zarówno poszerzeniem opcji wyborów w zakresie zachowań zdrowotnych, jak i zwiększeniem szans na

dokonywanie wyborów sprzyjających zdrowiu. Podobnie, jak w przypadku zmian sytuacji zdrowotnej w Finlandii po 1972 r. 'słowo klucz' w próbach interpretacji opisanych zmian, to kontekst społeczny, którego przeobrażenia stworzyły realną szansę wdrażania prozdrowotnej zmiany behawioralnej, przynosząc korzystne zmiany sytuacji zdrowotnej.

### **Psychospołeczne uwarunkowania behawioralnych uwarunkowań zdrowia w świetle argumentacji ekspertów Statuskonferenz Psychokardiologie**

Silnych argumentów dla tezy zwracającej uwagę na kontekstowe osadzenie behawioralnych uwarunkowań zdrowia dostarczają ustalenia międzynarodowego zespołu badawczego *Statuskonferenz Psychokardiologie* (*Psychocardiology Status Conference*), powołanego w 1998 r. w celu weryfikacji i systematyzacji dorobku kardiologii behawioralnej (psychokardiologii), dotyczącego psychospołecznych aspektów etiopatogenezy, leczenia i rehabilitacji choroby wieńcowej, ze szczególnym uwzględnieniem wyników prospektywnych programów badawczych [32-34]. Efektem prac zespołu badawczego *Statuskonferenz Psychokardiologie* są przygotowane w oparciu o rygorystyczne kryteria metodologiczne metaanalizy dotyczące wiodących problemów badawczych w zakresie kardiologii behawioralnej, opublikowane w 2007 r. w USA w formie monografii naukowej [35]. Eksperti *Statuskonferenz Psychokardiologie* podkreślili, że czynniki psychospołeczne uczestniczące w etiopatogenezie choroby wieńcowej, oddziałujące zarówno na poziomie makrospołecznym (pozycja socjoekonomiczna), mezospołecznym (doświadczenie stresu, szczególnie w miejscu pracy, brak wsparcia społecznego), jak i jednostkowym (depresja, a także zachowania antyzdrowotne, determinujące poziom ryzyka wieńcowego w ujęciu *Framingham*), są ze sobą ściśle powiązane i wzajemnie od siebie zależne [36]. Można więc mówić o sieci lub też o 'łańcuchu' czynników psychospołecznych związanych z ryzykiem choroby wieńcowej, którego 'punktem końcowym' jest stan nasierdziowych tętnic wieńcowych. W praktyce oznacza to, że wyizolowanie efektów oddziaływania poszczególnych czynników jest bardzo trudne, a próby modyfikacji pojedynczych czynników bez zmiany całego ich łańcucha są niemożliwe. W świetle ustaleń *Statuskonferenz Psychokardiologie* jednostkowe zachowania zdrowotne determinujące poziom ryzyka wieńcowego w rozumieniu klinicznym są integralnym elementem 'sieci etiologicznej' choroby wieńcowej, w której ramach są uwarunkowane psychospołecznie. Eksperti przywoływanej inicjatywy badawczej zilustrowali tę zależność, wskazując na nierzadką w klinice kardiologicznej sytuację, gdy pacjenci napotykały trudności w zaprzestaniu palenia albo wręcz zwiększając spożycie

tytoniu po przebyciu ostrego incydentu wieńcowego, pomimo świadomości ekstremalnie wysokiego ryzyka zdrowotnego implikowanego takimi działaniami. W oparciu o metaanalizy dostępnych danych eksperci *Statuskonferenz Psychokardiologie* wyjaśniają to zjawisko, zwracając uwagę, że palenie pełni w tych sytuacjach określoną funkcję psychologiczną – jest swoistym regulatorem emocji i próbą poradzenia sobie przez chorych z depresją, będącą konsekwencją ostrego incydentu wieńcowego. Sugerują, że depresja jest jedną z fundamentalnych przyczyn palenia przez chorych kardiologicznych i powinna być diagnozowana i leczona w sytuacjach, gdy nie udaje się osiągnąć zaprzestania palenia w tej grupie chorych, zwłaszcza po zabiegach przezskórnej angioplastyki wieńcowej (PCI) lub po operacjach pomostowania tętnic wieńcowych (CABG). O efektywności prób zaprzestania palenia decydują także cechy środowiska społecznego: chorzy dysponujący większymi zasobami wsparcia społecznego lepiej radzą sobie z objawami abstynencyjnymi, a wsparcie oddziałuje pozytywnie zarówno na etapie budowania intencji zaprzestania palenia (*intention-building phase*), jak i na etapie jej realizacji (*withdrawal phase*). Eksperci *Statuskonferenz Psychokardiologie* stawiają także tezę, że czynniki psychospołeczne powiązane z etiopatogenezą choroby wieńcowej (w tym status socjoekonomiczny) wpływają na podejmowanie zachowań antyzdrowotnych, decydują o poziomie motywacji do zmiany zachowań i wpływają na podtrzymanie już zainicjowanych zmian w tym zakresie (*adherence*) [37]. Biorąc pod uwagę szeroki zasób danych dotyczących psychospołecznych uwarunkowań zachowań wysokiego ryzyka zdrowotnego, które powiązane są z nasileniem standardowych czynników ryzyka choroby wieńcowej, eksperci *Statuskonferenz Psychokardiologie* przyjmują stanowisko spójne z tezami prezentowanymi w niniejszym opracowaniu, że próby zmiany zachowań w ramach prewencji choroby wieńcowej muszą uwzględniać wpływ czynników społecznych, w tym zasoby społecznego wsparcia chorych, i socjoekonomiczne, w tym finansowe ograniczenia, którym poddani są chorzy, wymuszające zachowania ryzyka zdrowotnego, lub powodujące, że stają się one dla chorych funkcjonalne. Istotnym warunkiem efektywności działań prewencyjnych u chorych z chorobą wieńcową jest więc ich ukierunkowanie nie tylko na jednostkowe zachowania, ale także na ich psychospołeczne determinanty, w tym m.in. depresję, lęk, brak wsparcia społecznego czy wysoki poziom stresu. Eksperci *Statuskonferenz Psychokardiologie* prezentują stanowisko, że wdrażanie programów prewencji wtórnej choroby wieńcowej, które nie opierają się na wiedzy naukowej z zakresu nauk społecznych dotyczącej determinantów ludzkich zachowań, należy traktować jako działania nieprofesjonalne [38].

### Między teoretycznymi deklaracjami a wdrożeniami: możliwości i bariery podejścia kontekstowego w promocji zdrowia

Spojrzenie na problematykę współczesnego zdrowia publicznego z perspektywy nauk społecznych zwraca uwagę na socjokulturowy, kontekstowy wymiar ryzyka zdrowotnego, powiązanego z etiopatogenezą niezakaźnych chorób przewlekłych. Podejście społeczne pozwala dopełnić indywidualistyczne interpretacje genetyki zdrowia, w których priorytetowo (nie zawsze słusznie) traktowane są jednostkowe zachowania, rozpatrywane w oderwaniu od kontekstu społecznego. Perspektywa społeczna znajduje już wyraz w najnowszych dokumentach prewencji kardiologicznej. Wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego z 2016 r. zawierają stanowisko wiążące behawioralny sektor ryzyka wieńcowego w jego rozumieniu *Framingham Heart Study*, z szeregiem zmiennych psychospołecznych, które traktuje się w dokumencie jako ważną składową ryzyka wieńcowego, a także istotną klinicznie barierę zmian w zakresie stylu życia pożądanego w prewencji choroby wieńcowej. W dokumencie zaleca się dokonywanie oceny psychospołecznych czynników ryzyka choroby wieńcowej (z uwzględnieniem niskiej pozycji socjoekonomicznej, niskiego poziomu wsparcia społecznego, stresu, lęku, depresji, wrogości) za pomocą wywiadu klinicznego (wytyczne zawierają zestaw pytań, które mogą być wykorzystane w ramach wywiadu lekarskiego) lub standaryzowanych kwestionariuszy u pacjentów z wysokim ryzykiem chorób układu sercowo-naczyniowego (*Cardiovascular disease – CVD*) lub z rozpoznaną CVD, przy czym jako uzasadnienie zwraca się uwagę na ich rolę jako bariery dla wdrażania zmiany behawioralnej lub stosowania się do zaleceń terapeutycznych (klasa zalecenia IIa). Nie ma w dokumencie zalecenia screeningu populacyjnego odnośnie psychospołecznych czynników ryzyka choroby wieńcowej. W tej kwestii stwierdza się, że brakuje danych potwierdzających wpływ takich działań na zmniejszenie częstości zdarzeń wieńcowych [38]. Treść dokumentu w tych aspektach można potraktować jako wyraz skutecznej recepcji tez kardiologii behawioralnej, wyartykułowanych przez ekspertów *Statuskonferenz Psychokardiologie*. Stwierdza się w nim bowiem także, że deprywacja społeczna może generować wysoki poziom ryzyka wieńcowego jako jego wyjściowa przyczyna („*Social deprivation... is important as ‘cause of the cause’ of CVD, in that it may be associated with higher levels of conventional risk factors*” [39]). Tezy te odnosi się także w analizowanym dokumencie do kwestii szacowania poziomu ryzyka wieńcowego stwierdzając, że obecność psychospołecznych czynników ryzyka (niska pozycja socjoekonomiczna, izolacja społeczna, deficyty w zakresie wsparcia społecznego etc.) wymaga

reklasyfikacji w górę ryzyka oszacowanego skalą oceny ryzyka sercowo-naczyniowego (*Systematic COronary Risk Evaluation – SCORE*), co jest istotne zwłaszcza wówczas, gdy pacjent lokuje się na progu decyzyjnym co do włączenia farmakoterapii. Ponadto u pacjentów z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym zaleca się stosowanie poradnictwa dotyczącego psychospołecznych czynników ryzyka wieńcowego, jako strategii wspierającej zmianę behawioralną [39].

Stale aktualnym wyzwaniem pozostaje przełożenie też zaprezentowanych w niniejszym opracowaniu, dotyczących dalszych, społecznych uwarunkowań zachowań zdrowotnych i zdrowia, wyartykułowanych także w najnowszej zachodniej literaturze przedmiotu z zakresu społecznych nauk o zdrowiu [10, 12], na działania praktyczne, zarówno w indywidualnym poradnictwie z zakresu prewencji kardiologicznej, jak i w populacyjnych programach zdrowia publicznego. Nie ma wątpliwości, że budowanie wielospecjalistycznych zespołów terapeutycznych (w pierwszym

z wymienionych obszarów), a wielosektorowych sojuszy uprawdopodobniających zmianę behawioralną w skali populacyjnej (w obszarze działań zdrowia publicznego), obarczone jest znaczną pracą- i kosztochłonnością, znacznie wyższą, niż jest to przypadku tradycyjnie pojmowanej edukacji zdrowotnej, realizowanej tak na poziomie indywidualnym, jak i populacyjnym. Z pewnością izolowane działania edukacyjne nie mogą być jednak w świetle aktualnego stanu wiedzy traktowane jako wdrażanie idei promocji zdrowia, o ile przyjmujemy rozumienie tej koncepcji zapisane w Karcie Ottawskiej, tym bardziej, że nie dają one wymiernych szans na uzyskanie trwałej zmiany behawioralnej w skali populacyjnej [10, 16].

*Źródło finansowania:* Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

*Konflikt interesów:* Autorzy deklarują brak konfliktu interesów

## Piśmiennictwo / References

1. Introduction. [in:] Promoting health: intervention strategies from social and behavioral research. Smedley BD, Syme SL (eds). National Academy Press, Washington 2000: 3.
2. Słońska Z. Wkład polskiej socjologii w rozwój promocji zdrowia. Od socjologii medycyny do socjologii w promocji zdrowia. [w:] Socjologia medycyny w Polsce z perspektywy półwiecza. Nurty badawcze, najważniejsze osiągnięcia, perspektywy rozwoju. Ostrowska A, Skrzypek M (red). IFiS PAN, Warszawa 2015: 105-129.
3. WHO, HWC, CPHA. Ottawa charter for health promotion. An International Conference on Health Promotion – The move towards a new public health. Ottawa 1986. <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-chartre/pdf/charter.pdf> (25.01.2018).
4. Nettleton S. The Sociology of Health and Illness. Polity Press, Cambridge 2006.
5. Cianciara D. Nowe zdrowie publiczne z perspektywy ćwierćwiecza. [w:] Podstawy interdyscyplinarności w naukach o zdrowiu. Poznawcza tożsamość dyscyplin badających socjokulturowy wymiar zdrowia i choroby. Skrzypek M (red). KUL, Lublin 2014: 311-329.
6. Wysocki MJ, Miller M. Nowe zdrowie publiczne w perspektywie ostatnich 30 lat. Zdr Publ 2003, 113(1/2): 3-7.
7. Cianciara D. Trzy dekady promocji zdrowia – czas działać. Probl Hig Epidemiol 2011, 92(1): 7-13.
8. Diez-Roux AV. Bringing Context back into Epidemiology: Variables and Fallacies in Multilevel Analysis. Am J Public Health 1998, 88(2): 216-222.
9. Diez-Roux AV. Multilevel Analysis in Public Health Research. Annu Rev Public Health 2000, 21: 171-192.
10. Peters DTJM, Verweij S, Gréaux K, et al. Conditions for addressing environmental determinants of health behavior in intersectoral policy networks: A fuzzy set Qualitative Comparative Analysis. Soc Sci Med 2017, 195: 34-41.
11. Słońska Z. Rozwój i stan pojęcia „promocja zdrowia” w perspektywie socjologicznej. [w:] Zdrowie i choroba w kontekście psychospołecznym. Popielski K, Skrzypek M, Albińska E (red). KUL, Lublin 2010: 213-225.
12. Murray JM, Brennan SF, French DP, et al. Effectiveness of physical activity interventions in achieving behavior change maintenance in young and middle aged adults: A systematic review and meta-analysis. Soc Sci Med 2017, 192: 125-133.
13. Skrzypek M. Socjologia w zdrowiu publicznym: propozycja kontekstowej interpretacji behawioralnych uwarunkowań zdrowia i jej praktyczne implikacje. [w:] Dietetyka praktyczna w ujęciu interdyscyplinarnym. Skrzypek M, Kulik TB (red). KUL, Lublin 2016: 19-38.
14. Lalonde M. New perspective on the health of Canadians: 28 years later. Pan Am J Public Health 2002, 12(3): 149-152.
15. Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians. A Working Document, Government of Canada, Ottawa 1974 (Cat. No H31-1374). <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf> (25.01.2018).
16. Słońska Z. Rola promocji zdrowia w rozwoju edukacji zdrowotnej. Prom Zdr 1999, 17: 7-21.
17. Taylor S. Sociology, Social Research and Health. [in:] Sociology of Health and Health Care. Taylor S, Field D (eds). Blackwell Publishing, Oxford 2007: 3-24.
18. O'Brien M. Health and lifestyle. A critical mess? Notes on the dedifferentiation of health. [in:] The sociology of health promotion. Critical analyses of consumption, lifestyle and risk. Bunton R, Nettleton S, Burrows R (eds). Routledge, London and New York 1995: 191-205.
19. Cockerham WC, Ritchey FJ. Dictionary of Medical Sociology. Greenwood Press, Westport, Connecticut-London 1997.
20. Scholz U, Berli C. A Dyadic Action Control Trial in Overweight and Obese Couples (DYACTIC). BMC Public Health 2014, 14: 1321.



21. Lignowska I. Projekt północnokarelski – przykład modelowego projektu promocji zdrowia w społeczności lokalnej. *Prom Zdr* 2001, 20: 145-159.
22. Puska P. Successful prevention of non-communicable diseases: 25 year experiences with North Karelia Project in Finland. *Public Health Medicine* 2002, 4(1): 5-7. [http://www.who.int/chp/media/en/north\\_karelia\\_successful\\_ncd\\_prevention.pdf](http://www.who.int/chp/media/en/north_karelia_successful_ncd_prevention.pdf) (02.12.2015).
23. Zatonski WA, McMichael AJ, Powles JW. Ecological study of reasons for sharp decline in mortality from ischaemic heart disease in Poland since 1991. *BMJ* 1998, 316(7137): 1047-1051.
24. Ostrowska A. Styl życia a zdrowie – bilans dekady. [w:] *Jak żyją Polacy*. Domański H, Ostrowska A, Rychard A (red). IFiS PAN, Warszawa 2000: 101-120.
25. Puska P. The North Karelia Project: 30 years successfully preventing chronic diseases. *Diabetes Voice* 2008, 53: 26-29.
26. Cockerham WC. The Social Determinants of the Decline of Life Expectancy in Russia and Eastern Europe: A Lifestyle Explanation. *J Health Soc Behav* 1997, 38(2): 117-130.
27. Zatonski W. The East-West Health Gap in Europe – What Are the Causes? *Eur J Public Health* 2007, 17(2): 121.
28. Nolte E, Shkolnikov V, McKee M. Changing mortality patterns in east and west Germany and Poland: II. Short-term trends during transition and in the 1990s. *J Epidemiol Community Health* 2000, 54(12): 899-906.
29. Pająk A, Kozela M. Cardiovascular Disease in Central and East Europe. *Public Health Rev* 2011, 33(2): 416-435.
30. Levi F, Lucchini F, Negri E, La Vecchia C. Trends in mortality from cardiovascular and cerebrovascular diseases in Europe and other areas of the world. *Heart* 2002, 88(2): 119-124.
31. Bandosz P, O'Flaherty M, Drygas W, et al. Decline in mortality from coronary heart disease in Poland after socioeconomic transformation: modelling study. *BMJ* 2012, 344: d8136.
32. Jordan J, Bardé B, Zeiher AM. Psychokardiologie heute. *Herz* 2001, 26(5): 335-344.
33. Skrzypek M. Psychospołeczne uwarunkowania ryzyka choroby wieńcowej w świetle ustaleń grupy badawczej Statuskoferenz Psychokardiologie. W stronę kardiologii behawioralnej opartej na faktach. *Probl Hig Epidemiol* 2008, 89(3): 316-321.
34. Skrzypek M. Kardiologia behawioralna – zarys stanu wiedzy i aplikacje kliniczne w obszarze badań nad chorobą wieńcową. *Pol Prz Kardiol* 2008, 10(2): 144-149.
35. Jordan J, Bardé B, Zeiher AM (eds). *Contributions Towards Evidence-Based Psychocardiology: A Systematic Review of the Literature*. American Psychological Association, Washington 2007.
36. Rugulies R, Siegrist J. Sociological Aspects of the Development and Course of Coronary Heart Disease. Social Inequality and Chronic Emotional Distress at the Workplace. [in:] *Contributions Towards Evidence-Based Psychocardiology: A Systematic Review of the Literature*. Jordan J, Bardé B, Zeiher AM (eds). American Psychological Association, Washington 2007: 13-33.
37. Barth J, Bengel J. Smoking Cessation in Patients with Coronary Heart Disease: Risk Reduction and an Evaluation of the Efficacy of Interventions. [in:] *Contributions Towards Evidence-based Psychocardiology. A Systematic Review of the Literature*. Jordan J, Bardé B, Zeiher AM (eds). American Psychological Association, Washington 2007: 83-105.
38. Schlicht W, Kanning M, Bös K. Psychosocial Interventions to Influence Physical Inactivity as a Risk Factor: Theoretical Models and Practical Evidence. [in:] *Contributions Towards Evidence-Based Psychocardiology. A Systematic Review of the Literature*. Jordan J, Bardé B, Zeiher AM (eds). American Psychological Association, Washington 2007: 107-123.
39. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts). *Eur J Prev Cardiol* 2016, 23(11): NP1-NP96.