

# Czy awans społeczny może zmniejszyć ryzyko sercowo-naczyniowe?

**Autorka streszczenia:** Magdalena Kozela

Związek pomiędzy pozycją społeczno-ekonomiczną a stanem zdrowia jest dobrze udokumentowany od dekad. Jednak, zagłębienie się w szczegóły dotyczące tej zależności szybko pozwala się zorientować, że dostępne dowody naukowe (przynajmniej w kilku obszarach) ciągle pozostają niejednoznaczne. Dotyczy to choćby szacowania całkowitego ryzyka wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych, przy uwzględnieniu pozycji społeczno-ekonomicznej się obok cech takich jak ciśnienie tętnicze, stężenie cholesterolu czy palenie papierosów. I właśnie w tym obszarze, nawet w najnowszych [wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego](#) [1] wskazuje się, że aby wykorzystywać dane o pozycji społeczno-ekonomicznej do szacowania ryzyka tych chorób wymagana jest większa liczba badań, zwłaszcza z regionów gdzie to ryzyko jest wysokie.

Warunki społeczno-ekonomiczne (w przeciwieństwie do wielu innych czynników ryzyka, które musimy niejako nabyć) oddziałują na nas od urodzenia. Tymczasem w analizach dotyczących zdrowia, bardzo często koncentrujemy się na efekcie końcowym, czyli tym, że gorszy stan zdrowia obserwowany jest u osób o niższej pozycji społecznej. Relatywnie rzadko natomiast poruszana jest kwestia tzw. wertykalnej mobilności społecznej, czyli zjawiska polegającego na zmianie statusu społecznego w ciągu życia. Czy fakt, że ktoś doświadczył awansu społecznego może korzystnie wpływać na jego zdrowie? Albo odwrotnie, czy obniżenie pozycji społecznej będzie związane ze zwiększeniem ryzyka zachorowania? Te pytania pozostają ciągle częściowo otwarte.

Tymczasem mieszkając w regionie Europy Środkowej, żyjemy w miejscu, które stanowi wręcz idealne i unikalne miejsce do badań w tym zakresie. Głębokie zmiany społeczno-ekonomiczne, które miały miejsce w krajach naszego regionu tuż po transformacji ustrojowej przyczyniły się do tego, że bardzo dużo osób doświadczyło owej wertykalnej mobilności społecznej. Można nawet powiedzieć, że zmiany pozycji społecznej doświadczyła znaczna część populacji: zarówno awansując jak i ubożając. Co ciekawe, w tym samym okresie zaobserwowano istotne zmiany umieralności z powodu chorób układu krążenia. W 1992 roku doszło do odwrócenia trendu umieralności i od tamtego czasu umieralność ta systematycznie się obniża.

Dodatkową kwestią utrudniającą interpretację badań dotyczących pozycji społeczno-ekonomicznej jest czasem występujący brak porównywalności uzyskanych wyników. Nie ma, bowiem, wypracowanego jednego narzędzia do oceny pozycji społecznej w badaniach. Różne mierniki są stosowane przez różnych autorów. Najczęściej uwzględnia się w nich takie cechy jak: wykształcenie, dochód lub np. dzielnice zamieszkania. Sposób pomiaru często zależy od miejsca gdzie prowadzone są badania. W różnych społecznościach różne cechy mogą mieć większe lub mniejsze znaczenie dla całkowitej oceny pozycji społeczno-ekonomicznej. Są społeczeństwa, w których podział na warstwy czy klasy

społeczne jest jednoznaczny i utrwalony. W społeczeństwach Europy Centralnej ten podział choć zarysowuje się coraz wyraźniej, dalej nie jest w pełni jednoznaczny, bo dalej np. ani niskie zarobki ani konkretna dzielnica zamieszkania nie dają jasnej klasyfikacji do grupy o niskiej pozycji społecznej.

Mając to na uwadze nasz zespół badaczy z Katedry Epidemiologii i Badan Populacyjnych przeprowadził analizę, której celem było określenie zależności pomiędzy:

- pozycją socjoekonomiczną w dzieciństwie
- pozycją socjoekonomiczną w dorosłości
- zmianą pozycji społecznej w ciągu życia

a umieralnością i zapadalnością na choroby układu krążenia. Szczególną uwagę zwrócono na ocenę pozycji socjoekonomicznej, która miała być jak najdokładniejsza i uwzględniać wielowymiarowość tej charakterystyki.

Wykorzystaliśmy dane zebrane od ponad 10 000 uczestników badania, którzy odpowiedzieli i na pytania, które opisywały ich pozycję społeczną w dzieciństwie, takie jak: wykształcenie ojca, wykształcenie matki a także udogodnienia dostępne w gospodarstwie domowym w okresie gdy mieli 10 lat. Następnie, zebrano informacje o cechach, które opisywały pozycję społeczno-ekonomiczną badanych w życiu dorosłym: zdobyte wykształcenie, pozycja zawodowa, dostępność do dóbr luksusowych w codziennym życiu, sytuacja finansowa. Na podstawie tych informacji uczestników podzielono na 3 grupy osób o niskiej, średniej i wysokiej pozycji społeczno-ekonomicznej osobno w dzieciństwie i w dorosłości. Następnie utworzono kategorie zmiany pozycji społecznej w ciągu życia, które opisywały mobilność społeczną badanych.

Uczestników badania obserwowano przez 10 lat i w tym czasie odnotowywano informacje o zachorowaniach na choroby sercowo-naczyniowe oraz zbierano informacje o zgonach z powodu chorób układu krążenia u badanych osób.

Wyniki wskazywały, że w dzieciństwie około 1/4 badanych miała wysoką pozycję społeczną, a po ok. 36% miało średnią i niską pozycję społeczną. W tym okresie nie stwierdzono istotnych różnic w pomiędzy mężczyznami i kobietami. W dorosłości, blisko połowa badanych miała wysoką pozycję społeczną, 24% miało pozycję średnią a 27% – niską. W dorosłości uwidoczniły się też istotne różnice pomiędzy płciami, na korzyść mężczyzn. Tzn. wśród osób o wysokiej pozycji była wyraźna przewaga mężczyzn, natomiast w grupie o niskiej pozycji społecznej silniej reprezentowane były kobiety.

Obserwacje dotyczące związku pomiędzy zmianą pozycji społeczno-ekonomicznej w ciągu życia, a umieralnością z powodu chorób układu krążenia są jeszcze ciekawsze. Zależności – choć w zasadzie miały ten sam kierunek – manifestowały się nieco odmiennie u kobiet i u mężczyzn. W porównaniu do mężczyzn, którzy przez całe życie mieli niską pozycję, zarówno ci, którzy doświadczyli awansu jak i ci, którzy całe życie zajmowali wysoką pozycję mieli o 50% mniejsze ryzyko zgonu z powodu chorób układu krążenia. U kobiet, natomiast, uczestniczki, które doświadczyły obniżenia pozycji społeczno-ekonomicznej, miały cztery razy większe ryzyko zgonu z powodu chorób układu krążenia do tych, które przez całe

życie miały niską pozycję. Co ciekawe, u kobiet nie zaobserwowano ochronnego efektu ani stale wysokiej pozycji społecznej ani awansu społecznego.

W naszym badaniu sprawdziliśmy też jak skuteczny w przewidywaniu ryzyka zgonu jest utworzony w tym badaniu wielowymiarowy miernik do oceny pozycji socjoekonomicznej, zestawiając go z najprostszą i często używaną miarą pozycji socjoekonomicznej czyli wykształceniem. Okazało się, że w wielkomiejskiej populacji polskiej ta wielowymiarowa miara jest tylko nieznacznie lepsza od wykorzystania danych o samym wykształceniu. Zatem wydaje się, że w dużych badaniach gdzie nie są dostępne szczegółowe informacje dotyczące pozycji społeczno-ekonomicznej, wykorzystanie szeroko dostępnych danych o wykształceniu może być uzasadnione.

Nasze badanie stanowi ważny krok w pełniejszym zrozumieniu socjoekonomicznych determinantów zdrowia. W istotny sposób może wspomóc zarówno procesy indywidualnej oceny ryzyka wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych, ale zawiera też istotne przesłanki w konstruowaniu polityk zdrowia publicznego, jak i polityk gospodarczych. Jako, że awans społeczny przynosić może znaczące zmniejszenie ryzyka zdrowotnego tym istotniejsze jest zapewnienie sprawnego funkcjonowania tzw. windy awansu społecznego – windy, która wg [raportów OECD](#), uległa zepsuciu wraz z rosnącymi nierównościami dochodowymi i majątkowymi.

---

Po szczegóły zapraszamy do lektury całej publikacji:

Magdalena Kozela, Maciej Polak, Urszula Stepaniak, Martin Bobak i Andrzej Pająk, *Changes in Socioeconomic Status as Predictors of Cardiovascular Disease Incidence and Mortality: A 10-Year Follow-Up of a Polish-Population-Based HAPIEE Cohort*. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022, 19(22), 15411