

PRZYCZYNY ZGONÓW OSÓB SĘDZIWYCH W POLSCE W LATACH 1988-1999

1. WPROWADZENIE

Ostatnie półwiecze to okres dynamicznego wzrostu liczby i udziału populacji osób starych. W ramach samego procesu starzenia się wyraźnie widoczny jest jego podwójny przebieg, prowadzący do wzrostu udziału osób bardzo starych, osób sędziwych w populacji osób starych. Stosowane są różne cezurę wieku jako granice pozwalające wyróżnić „wiek trzeci” i „wiek czwarty”, przy czym podkreślić należy ich umowność i arbitralność. Jeśli uznać z punktu praktycznego widzenia, iż czwarty wiek wyodrębnia okres życia nacechowany koniecznością korzystania z pomocy innych dla wykonywania podstawowych czynności niezbędnych dla właściwego funkcjonowania jednostki „kamieniem milowym” pozwalającym zaliczyć daną jednostkę do grona „sędziwych starców” może być zarówno wiek 75 (propozycja ONZ sprzed 30 lat), 80 (granica najczęściej przyjmowana obecnie przez demografów), jak i 85 lat (coraz częstsza propozycja geriatrów). W niniejszym wystąpieniu za ową cezurę przyjmuję najniższy z podanych wieków.

Rozrost populacji „sędziwych starców” (posiłkuje się pięknym terminem używanym niegdyś przez E. Rosseta), zjawisko względnie nowe, występujące tak w Polsce [Szukalski, 2000b; 2001], jak i innych krajach rozwiniętych [Szukalski, 2000a], zmusza do podejmowania różnorodnych studiów koncentrujących swą uwagę na tej właśnie subpopulacji. W niniejszym opracowaniu skupić się chciałbym na relatywnie wąskim wątku związanym z rozrostem populacji osób w czwartym wieku, a mianowicie na przyczynach zgonów tychże osób w ostatnich latach. Czytelników zainteresowanych bardziej ogólnymi przemianami umieralności sędziwych starców w Polsce w ostatnich dekadach odsyłam do innego opracowania [Szukalski, 2000c].

2. CZWARTA FAZA PRZEJŚCIA EPIDEMIOLOGICZNEGO

Dotychczasowa analiza przyczyn umieralności ograniczała się do osób starych, sędziwi starcy pozostawali natomiast na marginesie zainteresowania demografów i epidemiologów (zob. np. dla ogółu krajów rozwiniętych [Myers, 1995], dla Polski [Kuropka, 2000]). Tymczasem w roku 2000 w Polsce, a zatem w kraju relatywnie słabo zaawansowanym jeśli idzie o proces podwójnego starzenia się ludności, 44% wszystkich zgonów to zejścia po 75. roku życia (wśród mężczyzn – 31,2%, zaś w populacji kobiet – 58,4%)¹. Wraz z

¹ W modelowych tablicach trwania życia opracowanych przez specjalistów z ONZ z dalszym trwaniem życia równych dla obu płci i wynoszącym 92,5 roku 95,4% mężczyzn i 93,3% kobiet umiera mając przynajmniej 75 lat.

dalszymi postęпами na drodze ograniczania umieralności coraz większego znaczenia nabiera walka z chorobami i przypadkościami wieku sędziwego, będącymi najważniejszymi przyczynami zgonów wśród osób w czwartym wieku. Oczywiście, w warunkach polskich, zważywszy na wciąż wysoką częstość zgonów w wieku średnim i wśród młodszych seniorów – powyższa uwaga dotyczy przede wszystkim mężczyzn – zdecydowanie większą wagę posiada ograniczanie umieralności w wieku aktywności zawodowej i pierwszych latach przebywania na emeryturze. Odnotowywane od roku 1993 pozytywne tendencje w tym zakresie przekładać się będą na konieczność – w przypadku chęci utrzymania wzrostu wartości dalszego trwania życia² – bardziej dogłębnego zapoznania się z „otoczką” umieralności osób bardzo starych, a zatem tłem epidemiologicznym i społecznym.

W przypadku analizy zmian w czasie przyczyn zgonów osób bardzo starych najbardziej pasującą w mej opinii ramą teoretyczną jest hipoteza czwartej fazy przejścia epidemiologicznego. Sam termin przejście epidemiologiczne używany jest na określenie zmian o charakterze zdrowotnościowym i technologicznym prowadzących do przemian przyczyn zgonów i chwili występowania zgonu w życia jednostki – od epidemii i chorób powiązanych z głodem i brakiem higieny dziesiątkujących ludność zwłaszcza w trakcie pierwszych dwóch dekad życia do chorób cywilizacyjnych i degeneratywnych, występujących powszechnie dopiero po 60., a nawet 70. roku życia. Warta zaznaczenia jest zwłaszcza ostatnia, czwarta faza przejścia epidemiologicznego, w trakcie której mamy do czynienia, z jednej strony, z powszechnym dożywaniem do wieku sędziwego, z drugiej zaś strony, z dominacją jako przyczyny zgonów chorób wywołanych przez działalność człowieka (wypadki, zatrucia, choroby układu krążenia, oddechowego, nowotwory – choroby, których etiologia związana jest bądź z wpływem człowieka na środowisko naturalne, bądź indywidualnym stylem życia) i chorób degeneratywnych (tj. będących naturalną konsekwencją dożywania sędziwego wieku, a tym samym „zużywania się” organizmu) [Bah, Rajulton, 1991]. Teoretycy koncepcji przejścia epidemiologicznego twierdzą wręcz, iż społeczeństwa krajów rozwiniętych skazane są na zgony z podanych powyżej przyczyn. Stąd też „roboczym” celem niniejszego wystąpienia będzie określenie, czy również i w Polsce w trakcie ostatnich kilkunastu lat mamy do czynienia z przemianami przyczyn zgonów w populacji osób sędziwych wskazującymi na osiągnięcie czwartej fazy przejścia epidemiologicznego. Pamiętać powinniśmy o tym, iż założenie czynione przez teoretyków o powszechnym dożywaniu do wieku sędziwego sprawia, iż należy niejako „rozcłunkować” ich koncepcję następująco: wśród zgonów osób młodszych dominują *man-made diseases*, zaś wśród osób starszych – choroby degeneratywne. Z praktycznego punktu widzenia zatem celem niniejszego opracowania jest sprawdzenie, czy z biegiem lat w Polsce mamy wśród sędziwych starców do czynienia z wzrostem odsetka zgonów z przyczyn degeneratywnych (w takim przypadku należałoby oczekiwać wzrostu udziału zgonów „naturalnych”, tj. z przyczyn niedokładnie określonych w przypadku występowania wielochorobowości) i *man-made diseases* (np. choroby układu krążenia – wynik spożywania używek, mało aktywnego, „siedzącego” stylu życia, itp.).

Bazować będą na danych statystycznych z lat 1988-1999 (niestety, od 1996 roku cykl gromadzenia danych o przyczynach zgonów przez GUS trwa ok. roku, co sprawia, iż dane dla roku 2000 dostępne będą dopiero pod koniec roku 2002), publikowanych w wydawa-

² Dalsze trwanie życia w wieku x lat to liczba lat, jakie przeżyłaby osoba w wieku x lat, przy założeniu utrzymywania się w trakcie jej całego życia panujących w danym roku prawdopodobieństw zgonów.

nych corocznie „Rocznikach Demograficznych” (wcześniej „Rocznikach Statystycznych Demografii”).

Zanim przejdę do meritum, zaznaczyć chciałbym, iż począwszy od roku 1996 w publikowanych przez GUS danych pojawia się jedna, nie notowana wcześniej kategoria, a mianowicie brak przyczyny zgonu. Dotyczyło to jedynie 0,4% wszystkich zgonów w roku 1996, lecz już nieco ponad 20% w roku 1997 i 1998 oraz ponownie jedynie 2,5% w roku 1999. Ów brak wpisywania na świadectwie zgonów przyczyny zejścia był przejawem protestów lekarzy, niezadowolonych z funkcjonowania służby zdrowia. Omawiając zatem przyczyny zgonów pamiętać musimy o tychże protestach. W niniejszym opracowaniu uwzględniono pojawienie się tej nowej kategorii, wszystkie podawane dalej obliczenia zostały dla lat 1996-1999 skorygowane. Zakładając, że brak informacji o przyczynie zgonu był niezależny względem przyczyny zejścia, obliczono udziały poszczególnych przyczyn zgonów wśród tych jedynie, odnośnie do których posiadano pełne informacje. Tym samym zapewniona została porównywalność danych w badanym okresie.

3. NAJWAŻNIEJSZE PRZYCZYNY ZGONÓW OSÓB SĘDZIWYCH

Mówiąc o przyczynach zgonów osób w czwartym wieku skoncentruję się tylko na kilku najważniejszych. Zgodnie z modelem przejścia epidemiologicznego w większości współczesnych rozwiniętych państw występują *big killers*, to jest kilka przyczyn odpowiadających za zdecydowaną większość wszystkich zejść. Należą do nich: choroby układu krążenia, oddychania (zapalenie płuc i zapalenie oskrzeli), nowotwory oraz wszelkiego rodzaju wypadki (tj. urazy i zatrucia). Oprócz wspomnianych powyżej przyczyn dodatkowo uwzględnię w analizie przyczyn zgonów cukrzycę, choroby wątroby i nerek oraz zgony z przyczyn nieokreślonych, wynikające z niemożności jednoznacznego ustalenia powodu zejścia.

Omawiając najważniejsze zagadnienia dotyczące przyczyn zgonów osób sędziwych bazować będę na informacjach w postaci tabelarycznej, zawierającej przetworzone dane GUS-u. Czytelnika zainteresowanego zagadnieniem w takim przypadku odsyłać będę do ich graficznej prezentacji w postaci sześciu załączonych do niniejszego opracowania wykresów.

Patrząc na dane dotyczące umieralności osób sędziwych stwierdzić należy, iż najważniejszą pojedynczą przyczyną są choroby układu krążenia, odpowiadające ogółem za ponad 60% wszystkich zgonów, w populacji kobiet w wieku 85 lat i więcej nawet w niektórych latach za 70% zejść. Generalnie wyższym udziałem zgonów z powodu chorób krążenia charakteryzują się kobiety oraz osoby najstarsze (tj. począwszy od 80. roku życia). Widoczna jest przy tym tendencja (wyjątkiem w tym względzie są kobiety w wieku 85 i więcej lat) do niewielkiego obniżania się odsetka zgonów spowodowanych tym rodzajem chorób, tendencja zdecydowanie bardziej widoczna w przypadku mężczyzn. Zaznaczyć wypada, iż początek lat dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku, charakteryzujący się bardzo niekorzystną sytuacją zdrowotną – a co za tym idzie wysokim poziomem umieralności – zaowocował wzrostem odsetka zgonów związanych z tymi właśnie chorobami. A zatem to schorzenia układu krążenia odpowiadają w znacznym stopniu za ówczesny poziom umieralności.

Kolejną co do ważności przyczyną zgonów osób sędziwych są nowotwory złośliwe. Odpowiadają one w poszczególnych grupach wieku za 4-18% wszystkich zgonów wśród kobiet i 6-24% wśród mężczyzn. Widoczna jest po pierwsze znacznie niższa częstość zgo-

nów z tej przyczyny w populacji kobiet w porównaniu z mężczyznami, po drugie zaś malejący wraz z wiekiem odsetek zgonów spowodowanych rakiem. W tym drugim przypadku przyczyny doszukiwać się należy najprawdopodobniej w znacznie większej wrażliwości osób sędziwych na skumulowane szkody odnoszące się do układu krążenia i innych układów i narządów niż na szkody powstałe wskutek kumulacji oddziaływań radiacji. Niepokojący jest odnotowywany wraz z upływem czasu wzrost odsetka zgonów spowodowanych nowotworami złośliwymi, choć w pewnym stopniu może być artefakt wynikający z obniżania się natężenia zgonów ogółem. Jeśli owe zmiany spowodowane są tylko redukcją umieralności z innych przyczyn, wówczas taka sama intensywność zgonów spowodowanych nowotworami przekładać się będzie na wyższy udział zgonów z tej przyczyny. Wspomniany wzrost odsetka zgonów spowodowanych nowotworem bardziej zauważalny był w populacji mężczyzn (wzrost o 30-50% początkowej wartości frakcji w poszczególnych grupach wieku) niż kobiet (25-40%) i przebiegał bardziej dynamicznie wśród najstarszych nestorów.

Urazy i zatrucia stanowią kolejną – jeśli idzie o wagę – przyczynę zgonów, odpowiadają jednakże tylko za 3-7% zejść w poszczególnych latach i grupach wieku. Udział tych zgonów charakteryzuje się znaczną labilnością, tym niemniej widoczny jest w analizowanym okresie wzrost odsetka zmarłych wskutek przyczyn zewnętrznych. Podkreślić należy duże wewnętrzne zróżnicowanie populacji nestorów, jeśli idzie o występowanie urazów i zatruc – stanowią one znacznie wyższy odsetek zgonów mężczyzn niż kobiet oraz posiadają malejące znaczenie wraz z przechodzeniem do coraz starszych grup wieku.

Następne co do ważności przyczyny zgonów to zapalenie płuc oraz przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych (zapalenie oskrzeli, rozedma płuc i dychawica oskrzelowa). Zapalenie płuc odpowiada za 1,5-4,5% zgonów, przy czym kolejne roczne odsetki znacznie się różnią między sobą, odzwierciedlając różne warunki pogodowe panujące w poszczególnych latach. Częściej ta przyczyna zgonów wymieniana jest wśród mężczyzn, przy czym niewielkie różnice między płciami w wieku 75-79 lat wraz z przechodzeniem do starszych grup wieku wzrastają. Przewlekłe choroby dróg oddechowych są w porównaniu do zapalenia płuc częstszą przyczyną zgonów wśród mężczyzn, rzadszą natomiast w populacji kobiet. Odpowiadały w badanym okresie za 0,5-5,4% zgonów. Jeśli idzie o ewolucję odsetka zgonów z tej przyczyny, wyglądała ona odmiennie w przypadku kobiet i mężczyzn. O ile wśród niosek zauważalna jest stabilna sytuacja, o tyle u mężczyzn zaobserwować można tendencję do obniżania się ich udziału, choć najniższe wartości odsetków ów przybrał w połowie lat dziewięćdziesiątych.

Pozostałe uwzględnione w naszej analizie przyczyny zgonów posiadają niewielkie znaczenie, każda z nich samodzielnie odpowiada za nie więcej niż 1% zgonów. Na osobne miejsce zasługuje jedynie kategoria „objawy i stany niedokładnie określone”. Obejmuje ona te przypadki, w których brak jest pewności co do głównej przyczyny zgonu, zejście spowodowane jest „starością”. Zwróćmy uwagę na fakt, iż zgony takie stanowią jedynie 4-6% zejść w wieku 75-79 lat, 6-11% w wieku 80-84 lata i aż 12-19% wśród najstarszych seniorów (nieco wyższy udział wśród kobiet, przy czym różnica narasta wraz z wiekiem). Tendencja taka jest w pełni zrozumiała – im dana jednostka jest starsza, tym trudniej znaleźć bezpośrednią przyczynę zgonu. Intrygująca jest ewolucja wartości tego odsetka w czasie. W latach 1988-1994 ta frakcja wzrastała, osiągając w połowie lat dziewięćdziesiątych wartości maksymalne, po czym poczęła gwałtownie się zmniejszać o 1/3-1/4 w trakcie czterech lat. Ewolucja taka świadczyć może o poprawie diagnostyki, bądź o wewnętrznych przeobrażeniach w służbie zdrowia zorientowanych na zmniejszenie obszaru „ziemi

nieznanej”, a w takim przypadku postawić można znak zapytania nad przydatnością gromadzonych przez GUS danych do potrzeb analizy przyczyn zgonów.

Wszystkie nieuwzględnione pozostałe przyczyny zgonów odpowiadały jedynie za 2,8-7,1%. Odsetek ten zmniejszał się wraz z przechodzeniem do grup coraz starszych i był niższy w przypadku kobiet. Wskazywałoby to na konieczność skoncentrowania uwagi w studiach demograficzno-epidemiologicznych ukierunkowanych na poprawę stanu zdrowia ludności i eliminację czynników ryzyka na kilku wcześniej wymienionych kluczowych przyczynach zgonów. Zaznaczyć jednakże należy, iż ów stosunkowo niewielki udział pozostałych chorób i przypadłości niebezpiecznych dla zdrowia wykazywał w analizowanym okresie tendencję do wzrostu, co nakazuje baczniejsze przypatrywanie się w przyszłości również i innym stanom chorobowym.

Dwie najważniejsze przyczyny – choroby układu krążenia i nowotwory – odpowiadają w każdym szczegółowym przypadku przynajmniej za 71% wszystkich zgonów. W populacji kobiet odsetek ten jest wyższy, zmniejsza się natomiast wraz z przechodzeniem do starszych grup wieku. Oprócz kobiet w wieku 75-84 lata, wśród których wspomniane dwie przyczyny z biegiem czasu traciły nieco na ważności, łączny odsetek zgonów nie ulegał zmianom – spadek frakcji zgonów spowodowanych chorobami krążenia rekompensowany był wzrostem udziału zgonów wynikłych z choroby nowotworowej. Pamiętać jednakże musimy, że poziom umieralności ogółem począwszy od roku 1993 stale się obniża, a zatem pozostającemu bez zmian skumulowanemu odsetkowi odpowiadała mniejsza intensywność zgonów.

4. PODSUMOWANIE

Przedstawione w niniejszym referacie zagadnienie zyskiwać będzie na znaczeniu wraz z eliminacją zgonów na wcześniejszych etapach ludzkiego życia. Zainteresowanie specjalistów w zakresie zdrowia publicznego i epidemiologii automatycznie – w przypadku chęci dalszego wydłużania trwania życia, co wydaje się ze względów społeczno-etycznych oczywiste – skoncentrowane zostanie na możliwości ograniczania umieralności sędziwych starców. Chcąc z kolei prowadzić skuteczną walkę ze zgonami osób w czwartym wieku, należy przede wszystkim posiadać rozeznanie w stanie zdrowia tych osób, w tym również mierzonym pośrednio za pomocą negatywnego miernika, jakim jest współczynnik zgonów, oraz o najważniejszych czynnikach chorobowych prowadzących do zejść.

W świetle przeprowadzonej w niniejszym wystąpieniu analizy stwierdzić można, że największy potencjał w zakresie redukcji poziomu umieralności sędziwych starców występuje w przypadku chorób układu krążenia, nowotworów oraz chorób układu oddechowego – zapalenia płuc i przewlekłych chorób dróg oddechowych. Na tych schorzeniach skoncentrowana powinna być uwaga specjalistów w zakresie zdrowia publicznego.

Jednocześnie zaznaczyć należy, iż w świetle przedstawionych danych brak jest przesłanek do jednoznacznego stwierdzenia, że przemiany umieralności osób sędziwych w Polsce wskazują na osiągnięcie czwartego etapu przejścia epidemiologicznego. Zapewne jest to przede wszystkim spowodowane drogą życia dzisiejszych sędziwych starców, którzy praktycznie przez całe swe życie doświadczali wielu ograniczeń (głównie czynnik dochodowy i braki rynkowe) utrudniających, a nawet uniemożliwiających praktykowanie zachowań prozdrowotnych, doświadczali niekorzystnego wpływu „industrializowanego” ponad miarę środowiska naturalnego, jak i charakteryzowali się niekorzystnymi dla zdrowia przyzwyczajeniami i zwyczajami (np. w zakresie odżywiania się, używek).

Widoczny w ostatnim dziesięcioleciu postęp w ograniczaniu umieralności w coraz większym stopniu uwidacznia się w poprawie parametrów tablicy trwania życia dotyczących osób sędziwych. Niestety, w przypadku sędziwych starców nie następuje tak szybkie jak w krajach wysoko rozwiniętych ograniczanie częstości zgonów. Wynika to po części ze specyfiki procesu wymierania, który choć posiada w skali makro charakter stochastyczny, w skali mikro jest w znacznym stopniu procesem deterministycznym. Oznacza to, że zachowania jednostek (zwłaszcza zachowania w sferze zachowań zdrowotnych, przyzwyczajzeń odżywczych, rekreacyjnych, korzystania z antystresorów, tj. wszelkiego typu używek) w trakcie ich całego życia pozostawiają swój niezatarty ślad na stanie zdrowia jednostki, zwiększając – bądź zmniejszając – prawdopodobieństwo wystąpienia zgonu. Z tego punktu widzenia osoby sędziwe mają relatywnie mały wpływ na swój stan zdrowia, zmieniająca się sytuacja polityczna i ekonomiczna – oceniana przez niektórych badaczy jako podstawowy czynnik wzmagający zachowania prozdrowotne (zob. np. [Zatoński, 2000]) – w niewielkim stopniu przełożyła się na poprawę ich stanu zdrowia. Sądzić jednakże można, iż z upływem czasu i dochodzeniem do interesującego nas w niniejszym opracowaniu wieku jednostek, które przez dłuższy czas żyły w nowych realiach ekonomiczno-społecznych, wpływ przemian obyczajowych i behawioralnych w coraz większym stopniu będzie widoczny tak w poziomie umieralności osób sędziwych, jak i w dominujących przyczynach zgonów tej populacji.

PIŚMIENNICTWO:

- B a h M. S., R a j u l t o n F., 1991, *Has Canadian mortality entered the fourth stage of the epidemiological transition?*, "Canadian Studies in Population", vol. 18, nr 1, 18-41.
- GUS (Główny Urząd Statystyczny), *Roczniki Demograficzne i Roczniki Statystyczne Demografii z różnych lat*.
- K u r o p k a I., 2000, *Umieralność osób starszych a trwanie życia mieszkańców Dolnego Śląska w latach 1980-1995*, [w:] Kowaleski J. T., Szukalski P. (red.), *Sytuacja zdrowotna osób starych w Polsce – aspekt medyczny i społeczno-demograficzny*, OW IMP, Łódź, 83-93.
- M y e r s G. C., 1995, *Mortality and health dynamics at older ages*, [w:] Ruzicka L., Wunsch G., Kane P. (eds.), *Differential mortality. Methodological issues and biosocial factors*, Clarendon Press, Oxford, 189-214.
- S z u k a l s k i P., 2000a, *Ludzie sędziwi w Europie*, „Wiadomości Statystyczne”, nr 6, 41-50.
- S z u k a l s k i P., 2000b, *Najstarsi Polacy: szkic demograficzny*, „Gerontologia Polska”, t. 8, nr 4, 3-8.
- S z u k a l s k i P., 2000c, *Umieralność osób bardzo starych w Polsce*, [w:] Kowaleski J.T., Szukalski P. (red.), *Sytuacja zdrowotna osób starych w Polsce – aspekt medyczny i społeczno-demograficzny*, OW IMP, Łódź, s. 75-82.
- S z u k a l s k i P., 2001, *Osoby najstarsze w Polsce*, „Polityka Społeczna”, nr 9, 30-34.
- Z a t o ń s k i W. A., 2000, *Demokracja jest zdrowsza. Cud zdrowotny nad Wisłą*, Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa, s. 19.