

Piotr Szukalski

Zakład Demografii i Gerontologii Społecznej Uniwersytetu Łódzkiego

Przyczyny zgonów osób sędziwych w Polsce w latach 1980–2004¹

Causes of death among the oldest old: Poland, 1980–2004

Abstract

The aim of the article is to determine if the changes in importance of causes of death among the Polish oldest-old (75+) are similar to tendencies observed in the other countries and to expectations built on the base of the health transition. In article data published in Demographic Yearbooks of the Polish Central Statistical Office were used. Evolution of the causes of death until early 1990s was not relevant to the evolution observed in the Western European societies due to high and stable proportions of deaths from cardiovascular diseases. The last dozen or so years are period when the changes are corresponding to expectations built on the basis of the health transition — the importance of deaths due to cardiovascular diseases diminished and proportion of deaths from cancer increased.

key words: mortality, causes of death, epidemiological transition, health transition, the oldest-old, Poland

Wstęp

Ostatnie półwiecze to okres dynamicznego wzrostu liczebności grupy osób w podeszłym wieku. W ramach samego procesu starzenia się wyraźnie widoczny jest jego podwójny przebieg, prowadzący do wzrostu udziału osób bardzo starych (osób sędziwych) w populacji określanej mianem osób starych. Stosuje się różne cezurę wieku jako granice pozwalające wyróżnić „wiek trzeci” i „wiek czwarty”, przy czym należy podkreślić ich umowność i arbitralność. Jeśli uznać z punktu praktycznego widzenia, że określenie „czwarty wiek” oznacza okres życia nacechowany koniecznością korzystania z pomocy innych osób w wykonywaniu podstawowych czynności niezbędnych dla właściwego funkcjonowania jednostki, „kamieniem milowym” — pozwalającym zaliczyć daną jednostkę do grona „sędziwych starców” — może być zarówno wiek 75 lat (proponycja Organizacji Naro-

dów Zjednoczonych sprzed 30 lat), 80 lat (granica najczęściej przyjmowana obecnie przez demografów), jak i 85 lat (coraz częstsza propozycja geriatrów). Autor niniejszej pracy za tę cezurę przyjmuje najniższy podany wiek.

Rozrost populacji „sędziwych starców” (to piękny termin używany niegdyś przez E. Rosseta), zjawisko względnie nowe, występujące zarówno w Polsce [1], jak i w innych krajach uprzemysłowionych [2], skłania naukowców do podejmowania różnorodnych studiów koncentrujących się na tej właśnie subpopulacji. Autor niniejszego opracowania skupia się na relatywnie wąskim wątku związanym z rozrostem liczebności populacji osób w „czwartym wieku”, a mianowicie na przyczynach zgonów tych osób w ostatnim ćwierćwieczu, odnośnie do którego dysponujemy dostępnymi, opublikowanymi danymi. Fakt, że w krajach uprzemysłowionych — a w tym przypadku Polska coraz mniej się różni od czołówki — ponad połowa wszystkich zgonów przypada na wiek ponad 75 lat, w przypadku kobiet osiągając 70%, wskazuje jednoznacznie, iż dalsze wydłużanie się trwania życia można osiągnąć tylko dzięki redukcji umieralności w populacji sędziwych starców. Tego

Adres do korespondencji:
dr Piotr Szukalski
Zakład Demografii i Gerontologii Społecznej UŁ
ul. POW 3/5, 90–213 Łódź
tel. (042) 635 48 31
e-mail: pies@uni.lodz.pl

zaś nie da się osiągnąć bez wcześniejszej diagnozy i analizy długookresowych trendów.

Przyczyny zgonów osób bardzo starych — kwestie metodologiczne

Stosowana powszechnie — uaktualniana i uszczegółowiana co jakiś czas — „Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów” pozwala na dokonanie zestawienia porównywalnych (przynajmniej w ramach szerszych grup) w czasie przyczyn zgonów². Jednak w przypadku osób najstarszych specyfika tej populacji przekłada się na problemy z wiarygodnym określeniem przyczyny zgonu. Trudności te wiążą się przede wszystkim z wielochorobowością sędziwych starców, a tym samym — z trudnością w określeniu podstawowej przyczyny zgonów [3–5]. Dodatkowo w większości krajów publikowane dane statystyczne dotyczące przyczyn zgonów łączą wszystkie osoby, które zmarły w wieku przynajmniej 85 lat, w jedną grupę (jest to np. podstawowa przyczyna, dla której w ten sposób uszeregowano bazę danych Światowej Organizacji Zdrowia). Zazwyczaj w statystykach zgonów figurują dane dotyczące tylko jednej przyczyny zgonów. Choć zgodnie z zaleceniami wspomnianej wcześniej „Międzynarodowej Klasyfikacji” powinna być to przyczyna wyjściowa — czyli taka, która uruchamia bieg wypadków chorobowych prowadzących do zgonu (zaś w przypadku urazu lub wypadku — typ tego zdarzenia) — w przypadku osób starszych, a zwłaszcza bardzo starych, niezmiernie trudno jest określić tę jedną przyczynę. Zdecydowana większość osób bardzo starych we wszelkich analizach — bazujących na samoocenie stanu zdrowia czy też na wynikach badania lekarskiego — cierpi na więcej niż jedną przypadłość, w wyjątkowych warunkach wymieniając ich po kilkanaście³. W takich okolicznościach ustalenie rzeczywistej przyczyny wyjściowej jest bardzo trudne. Jak wskazują bowiem wyniki badań prowadzonych we Francji i w Stanach Zjednoczonych, wśród osób bardzo starych dominują zgony spowodowane dwiema przyczynami, przy czym w przypadku Stanów Zjednoczonych w tej grupie wiekowej zgony spowodowane tylko jedną przyczyną stanowią najmniej liczną frakcję [5].

Zasadniczo istnieją dwa możliwe sposoby gromadzenia danych dotyczących przyczyn zgonów. Pierwszy bazuje na kartach zgonów, czyli przyczynach zgonów zapisywanych przez lekarza wystawiającego świadectwo zgonu. W tym przypadku lekarz musi mieć bardzo dobrą wiedzę na temat wszelkich dolegliwości sędziwego pacjenta i historii choroby, aby bezbłędnie określić przyczynę wyjściową.

Druga możliwość to przeprowadzenie sekcji zwłok. Choć to podejście dostarcza o wiele bardziej precyzyjnej informacji o przyczynie zgonu, z oczywistych względów stosuje się je rzadko. Jak pokazują doświadczenia innych krajów, sekcję wykonuje się przede wszystkim u młodych osób i w średnim wieku, a bardzo rzadko u seniorów i jedynie sporadycznie w przypadku nestorów [5]. Jednocześnie porównanie danych pochodzących z kart zgonów i sekcji wskazuje na mniejszą trafność diagnozy przyczyny zgonu u zmarłych w starszym wieku. Prawdopodobnie tę potwierdzają również porównania częstości zgonów określonych w kartach zgonów i danych pochodzących z rejestracji leczonych zachorowań na raka⁴ [5]. Jednocześnie wiele wskazuje, że stopień precyzji zależy od rodzaju przyczyny zgonu, zaś najmniejsze niedokładności rejestracji szczęśliwie występują w przypadkach najczęstszych — czyli chorobach układu sercowo-naczyniowego i nowotworów.

Do listy powyższych problemów z precyzyjnym określeniem przyczyny zgonu należy dołączyć jeszcze dwie. Po pierwsze, wraz z przechodzeniem do coraz starszych grup wieku dorosłego wyraźnie wzrasta znaczenie przyczyn zgrupowanych w XVII rozdziale Międzynarodowej Klasyfikacji („Objawy, cechy chorobowe i nieprawidłowe wyniki badań klinicznych i laboratoryjnych”), grupującym zgony z przyczyn nieokreślonych bądź błędnie określonych. Po drugie, w ramach rozdziałów grupujących choroby układu sercowo-naczyniowego i układu oddechowego wraz z przechodzeniem do coraz bardziej zaawansowanego wieku rośnie znaczenie trzynakowych kategorii, znajdujących się na końcu każdego rozdziału grupujących „inne” i „niewyspecyfikowane” przyczyny. O ile w przypadku pierwszego z powyższych zastrzeżeń jest widoczny wraz z przechodzeniem do bliższych nam chronologicznie czasów spadek częstości wyboru przez lekarzy XVII rozdziału w interesujących nas grupach wieku, o tyle poważniejszym problemem jest drugie zjawisko. Rozwiązaniem tego zagadnienia jest operowanie mniej rozbudowanymi kategoriami — a zatem posługiwanie się grupami chorób — niż ich dokładną, trzynakową kategorią.

Długookresowe zmiany umieralności osób sędziwych

Dotychczasowa analiza przyczyn umieralności ograniczała się do osób starych; sędziwi starcy pozostawali natomiast na marginesie zainteresowania demografów i epidemiologów (zob. np. dla ogółu krajów uprzemysłowionych [7], dla Polski [8, 9]). Tymczasem w 2005 roku w Polsce, a zatem w kraju relatywnie słabo za-

awansowanym, jeśli chodzi o proces podwójnego starzenia się ludności, 47,9% wszystkich zgonów to zejścia po 75. roku życia (wśród mężczyzn — 34,6%, zaś w populacji kobiet — 63,1%). Wraz z dalszymi postępami dotyczącymi ograniczania umieralności⁵ coraz większego znaczenia nabiera walka z chorobami i przypadłościami 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 większe znaczenie ma ograniczanie umieralności w wieku aktywności zawodowej i pierwszych latach przebywania na emeryturze. Odnotowywane od 1993 roku pozytywne tendencje w tym zakresie przekładają się na konieczność — w przypadku chęci utrzymania dalszego wzrostu długości trwania życia⁶ — bardziej dogłębnego zapoznania się z ogólnie postrzeganymi przyczynami umieralności osób bardzo starych, a zatem tłem epidemiologicznym i społecznym. W przypadku analizy zmian przyczyn zgonów osób bardzo starych najbardziej pasującą ramą teoretyczną jest hipoteza czwartej fazy przejścia epidemiologicznego. Sam termin „przejście epidemiologiczne” jest używany na określenie zmian o charakterze zdrowotnym i technologicznym, prowadzących do przemian w zakresie przyczyn i czasu zgonu w życiu jednostki — od epidemii oraz chorób powiązanych z głodem i brakiem higieny, dziesiątkujących ludność zwłaszcza w trakcie pierwszych 2 dekad życia, do chorób cywilizacyjnych i degeneratywnych, występujących powszechnie dopiero po 60., a nawet 70. roku życia. Warta zaznaczenia jest ostatnia, czwarta faza przejścia epidemiologicznego, która występuje w krajach uprzemysłowionych — wiąże się ona z jednej strony z powszechnym dożywianiem do wieku sędziwego, z drugiej zaś strony — z dominacją jako przyczyny zgonów chorób wywołanych działalnością człowieka (wypadki, zatrucia, choroby układu sercowo-naczyniowego, oddechowego, nowotwory — choroby, których etiologia jest związana bądź z wpływem człowieka na środowisko naturalne, bądź z indywidualnym stylem życia) i chorób degeneratywnych (tj. będących naturalną konsekwencją dożywiania sędziwego wieku, a tym samym „zużywania się” organizmu) [10]. Teoretycy koncepcji przejścia epidemiologicznego twierdzą wręcz, że społeczeństwa krajów uprzemysłowionych są skazane na zgony z podanych powyżej przyczyn, choć jednocześnie można znaleźć opinie — rozwijane przez zwolenników koncepcji przejścia zdrowotnego — że prozdrowotna świadomość i większa dbałość o eliminację różnorodnych

środowiskowych i behawioralnych (a w przyszłości zapewne również i genetycznych) czynników ryzyka będą się przyczyniać również w przyszłości do obniżania się częstości zgonów w każdym wieku, a także do spowalniania przebiegu starzenia się na poziomie indywidualnym [11, 12].

Z tych też względów też „roboczym” celem niniejszego artykułu jest określenie, czy również w Polsce w trakcie ostatniego ćwierćwiecza występują przemiany przyczyn zgonów w populacji osób sędziwych wskazujące na osiągnięcie czwartej fazy przejścia epidemiologicznego. Należy pamiętać o tym, że teoretyczne założenie o powszechnym dożywianiu do wieku sędziwego sprawia, iż należy niejako „rozcłunkować” tę koncepcję następująco: wśród przyczyn zgonów osób młodszych dominują choroby typu *man-made diseases* (ich przyczyna zależy od zachowań poszczególnej jednostki i wynika z prowadzenia szkodliwego trybu życia), zaś wśród osób starszych — schorzenia degeneratywne. Zatem z praktycznego punktu widzenia celem niniejszego opracowania jest sprawdzenie, czy z biegiem lat w Polsce wśród sędziwych starców następuje wzrost odsetka zgonów z przyczyn degeneratywnych (w takim przypadku należałoby się spodziewać wzrostu udziału zgonów „naturalnych”, czyli z przyczyn nieokreślonych w przypadku występowania wielochorobowości) i *man-made diseases* (np. choroby układu sercowo-naczyniowego — wynik spożywania używek, prowadzenia mało aktywnego, „siedzącego” stylu życia itp.).

Autor opiera się na danych statystycznych z lat 1980–2004 (niestety, od 1996 roku w efekcie wprowadzenia X Rewizji „Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych” cykl gromadzenia danych o przyczynach zgonów przez GUS trwa ok. roku), publikowanych w wydawanych corocznie *Rocznikach Demograficznych* (wcześniej *Rocznikach Statystycznych Demografii*).

Począwszy od 1996 roku, w danych publikowanych przez GUS pojawia się jedna, nienotowana wcześniej kategoria — 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 znikomego odsetka począwszy od roku 1999. Ten brak wpisywania na świadectwie zgonów przyczyny zejścia był przejawem protestów lekarzy, niezadowolonych z funkcjonowania służby zdrowia. Zatem omawiając przyczyny zgonów, należy uwzględnić tę sytuację. W niniejszym opracowaniu uwzględniono pojawienie się tej nowej kategorii, wszystkie podawane dalej obliczenia zostały skorygowane dla lat 1996–1999. Zakładając, że brak informacji o przyczynie zgonu był

niezależny w odniesieniu do przyczyny zejścia, obliczano udziały poszczególnych przyczyn zgonów jedynie wśród tych, co do których posiadano pełne informacje. Tym samym zapewniono porównywalność danych w badanym okresie.

Podstawowe dane dotyczące natężenia zgonów osób sędziwych w latach 1980–2005

Omawiając najważniejsze zagadnienia dotyczące umieralności i przyczyn zgonów osób sędziwych, autor opiera się na informacjach w postaci tabelarycznej, zawierającej przetworzone dane GUS-u. Czytelnik zainteresowany zagadnieniem z pewnością wykorzysta ich graficzną prezentację w postaci wykresów załączonych do niniejszego opracowania.

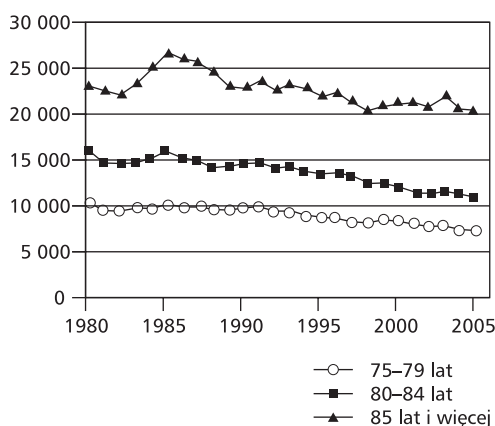
Zasadniczo interesujące nas w niniejszym tekście ćwierćwiecze można podzielić na dwa podokresy (ryc. 1, ryc. 2). Pierwszy podokres obejmuje czas do 1992 roku, kiedy w warunkach znacznej labilności nie było większych zmian poziomu umieralności. Podokres drugi, rozpoczynający się w 1993 roku, to czas stałego, choć niekiedy niewielkiego w stosunku rocznym spadku częstości zgonów. Występujące w tym podokresie sporadyczne wzrosty poziomu umieralności — tym bardziej widoczne, im starszej subpopulacji dotyczą — wiążą się przede wszystkim z niekorzystnymi warunkami pogodowymi (głównie surowymi zimami) i są zasadniczo ograniczone do jednego roku.

Najważniejsze przyczyny zgonów osób sędziwych

Mówiąc o przyczynach zgonów osób w „czwartym wieku”, autor skoncentruje się tylko na kilku naj-

ważniejszych. Zgodnie z modelem przejścia epidemiologicznego w większości współczesnych państw uprzemysłowionych występują *big killers*, czyli kilka przyczyn odpowiadających za zdecydowaną większość wszystkich zejść. Należą do nich choroby układu sercowo-naczyniowego, układu oddechowego (zapalenie płuc i zapalenie oskrzeli), nowotwory oraz wszelkiego rodzaju wypadki (tj. urazy i zatrucia). Oprócz wspomnianych powyżej przyczyn w analizie przyczyn zgonów dodatkowo zostaną uwzględnione te z przyczyn nieokreślonych, wynikające z niemożności jednoznacznego ustalenia powodu zejścia. Reszta przyczyn zostanie zgrupowana jako „pozostałe” przyczyny. Ponieważ według publikowanych danych górną grupę stanowią osoby w wieku 85 lat i więcej, możliwe jest jedynie analizowanie trzech subpopulacji najstarszych seniorów z grup wiekowych: 75–79, 80–84 i 85+ lat, z uwzględnieniem podziału na płeć (ryc. 3–8).

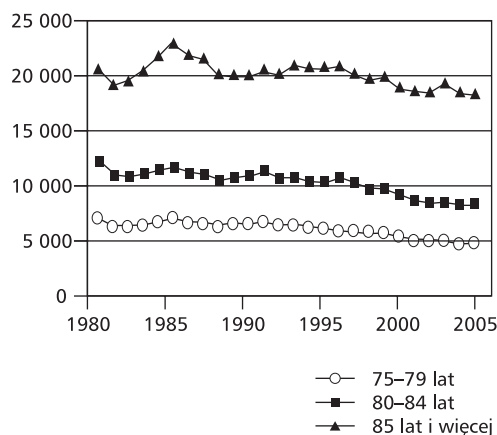
Analizując dane dotyczące umieralności osób sędziwych, można stwierdzić, że najważniejszą pojedynczą przyczyną są choroby układu sercowo-naczyniowego, odpowiadające ogółem za ponad 60% wszystkich zgonów (w populacji kobiet w wieku > 85 lat w niektórych latach przyczyny te były odpowiedzialne nawet za 70% zgonów). Ogólnie wyższy udział zgonów z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego stwierdza się wśród kobiet oraz osób najstarszych (tj. począwszy od 80. rż.). Widoczna jest przy tym tendencja (wyjątkiem w tym względzie są kobiety w wieku ≥ 85 lat) do stałego, choć niewielkiego obniżania się odsetka zgonów spowodowanych tym rodzajem chorób; tendencja ta jest zdecydowanie bardziej widoczna w przypadku mężczyzn. Warto podkreślić, że w początkowych latach 90.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z *Roczników Demograficznych* z różnych lat

Rycina 1. Współczynniki zgonów sędziwych mężczyzn w latach 1980–2005

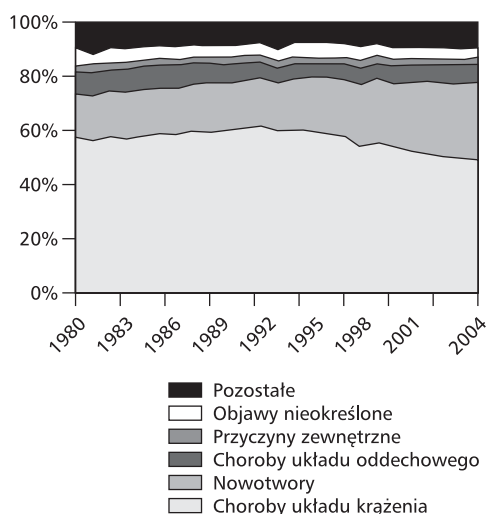
Figure 1. Factors of death among the oldest-old man during 1980–2005



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z *Roczników Demograficznych* z różnych lat

Rycina 2. Współczynniki zgonów sędziwych kobiet w latach 1980–2005

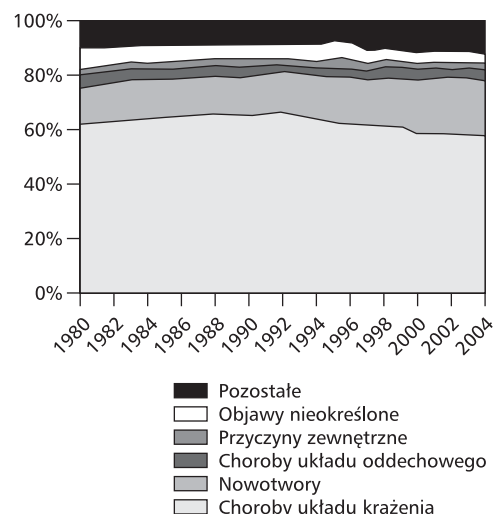
Figure 2. Factors of death among the oldest-old woman during 1980–2005



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Roczników Demograficznych z różnych lat

Rycina 3. Przyczyny zgonów mężczyzn w wieku 75–79 lat w latach 1980–2004

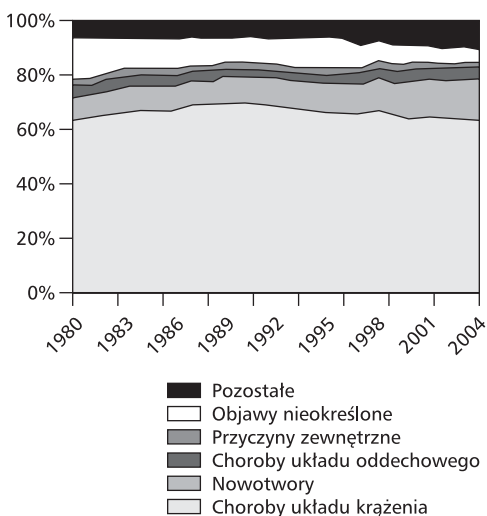
Figure 3. Causes of death among 75–79 years old man during 1980–2004



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Roczników Demograficznych z różnych lat

Rycina 4. Przyczyny zgonów kobiet w wieku 75–79 lat w latach 1980–2004

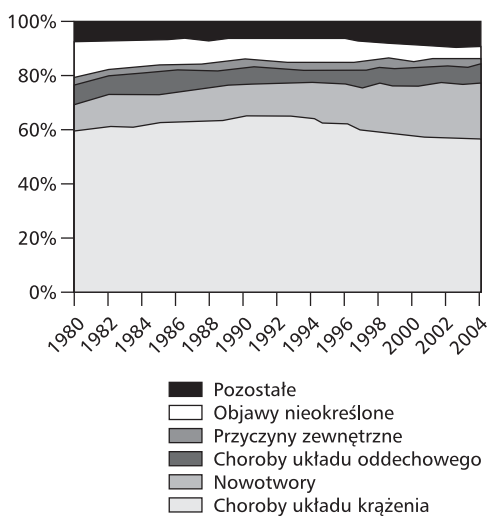
Figure 4. Causes of death among 75–79 years old woman during 1980–2004



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Roczników Demograficznych z różnych lat

Rycina 5. Przyczyny zgonów mężczyzn w wieku 80–84 lata w latach 1980–2004

Figure 5. Causes of death among 80–84 years old man during 1980–2004



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Roczników Demograficznych z różnych lat

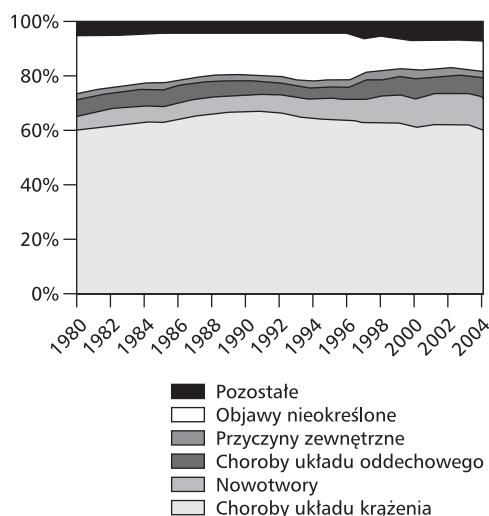
Rycina 6. Przyczyny zgonów kobiet w wieku 80–84 lata w latach 1980–2004

Figure 6. Causes of death among 80–84 years old woman during 1980–2004

ubiegłego wieku, charakteryzujących się bardzo niekorzystną sytuacją zdrowotną — a w związku z tym — wysokim poziomem umieralności — nastąpił wzrost odsetka zgonów związanych z tymi właśnie chorobami. A zatem to schorzenia układu sercowo-naczyniowego odpowiadają w znacznym stopniu za stwierdzany wówczas poziom umieralności.

Kolejną co do ważności przyczyną zgonów osób sędziwych są nowotwory złośliwe. Odpowiadają one

w poszczególnych grupach wieku za 4–21,6% wszystkich zgonów wśród kobiet i 5,3–28,5% wśród mężczyzn. Widoczne są dwie zależności: po pierwsze, znacznie niższa częstość zgonów 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 przyczyną jest najprawdopodobniej znacznie większa wrażliwość osób sędziwych na zaburzenia

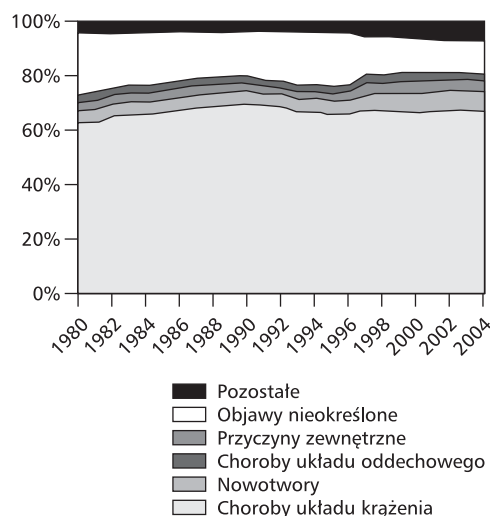


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z *Roczników Demograficznych* z różnych lat

Rycina 7. Przyczyny zgonów mężczyzn w wieku 85 lat i starszych w latach 1980–2004

Figure 7. Causes of death among 85 years and older man during 1980–2004

czynności układu sercowo-naczyniowego oraz innych układów i narządów niż zaburzenia będące konsekwencją szkodliwego promieniowania. Niepokojący jest odnotowywany z upływem czasu wzrost odsetka zgonów spowodowanych nowotworami złośliwymi, choć w pewnym stopniu może być artefakt wynikający z obniżania się ogólnej częstości zgonów. Jeśli zmiany te są spowodowane tylko redukcją umieralności z innych przyczyn, wówczas taka sama intensywność zgonów spowodowanych nowotworami będzie się przekładać na wyższy udział zgonów z tej przyczyny. Wspomniany wzrost odsetka zgonów spowodowanych nowotworem był bardziej zauważalny w populacji mężczyzn (wzrost nawet o 120% początkowej wartości frakcji w poszczególnych grupach wiekowych) niż kobiet (50–70%) i przebiegał bardziej dynamicznie wśród najstarszych nestorów. Urazy i zatrucia stanowią kolejną — jeśli chodzi o znaczenie — przyczynę zgonów; odpowiadają jednak tylko za 2–5% zejść w poszczególnych latach i grupach wiekowych. Udział tych zgonów charakteryzuje się znaczną labilnością, choć w relatywnie ograniczonym przedziale wartości. Należy podkreślić duże wewnętrzne zróżnicowanie populacji nestorów pod kątem występowania urazów i zatruc — przyczyny te stanowią znacznie wyższy odsetek zgonów u mężczyzn niż u kobiet oraz mają malejące znaczenie wraz z przechodzeniem do coraz starszych grup wiekowych. Następne co do ważności przyczyny zgonów to zapalenie płuc oraz przewlekłe schorzenia dolnych dróg oddechowych (zapalenie oskrzeli, rozedma płuc



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z *Roczników Demograficznych* z różnych lat

Rycina 8. Przyczyny zgonów kobiet w wieku 85 lat i starszych w latach 1980–2004

Figure 8. Causes of death among 85 years and older woman during 1980–2004

i astma oskrzelowa). Choroby te odpowiadały w omawianym okresie za 2,3–4,8% zgonów kobiet i 4,1–8,8% zgonów mężczyzn. Ewolucja odsetka zgonów z tej przyczyny wyglądała odmiennie w przypadku kobiet i mężczyzn. O ile wśród nesterek zauważalna jest sytuacja stabilna, o tyle u mężczyzn można zaobserwować tendencję do obniżania się ich udziału, choć najniższe wartości odseteków przybrał w połowie lat 90. ubiegłego stulecia. Należy przy tym zaznaczyć, że frakcja zgonów z tych właśnie przyczyn odznacza się dużą zmiennością i, mówiąc o tendencjach, należy pamiętać o wyraźnym wpływie czynnika pogodowego na zachodzące co 2–3 lata skoki wskaźników struktury informujących o istotności chorób układu oddechowego.

Pozostałe szczegółowe przyczyny zgonów mają 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 nie ma pewności co do głównej przyczyny zgonu, a zejście jest spowodowane „starością”. Należy zwrócić uwagę na fakt, że zgony takie stanowią jedynie 4–8% zejść w wieku 75–79 lat, 5–16% w wieku 80–84 lata i aż 10–23% wśród najstarszych seniorów (nieco wyższy udział wśród kobiet, przy czym różnica zwiększa się z wiekiem). Tendencja taka jest w pełni zrozumiała — im starsza jest dana jednostka, 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 90. maksymalne wartości, po czym zaczęła gwałtownie się zmniejszać o 1/3–1/4 w ostatnich latach. Ewolucja taka może świadczyć o poprawie diagnostyki bądź o wewnętrznych przeobrażeniach w służbie zdrowia. W takim przypadku można zakwestionować przydatność danych gromadzonych przez GUS na potrzeby analizy przyczyn zgonów.

Wszystkie nieuwzględnione pozostałe przyczyny odpowiadały jedynie za 7–11% zgonów. 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. Należy jednak zaznaczyć, że ten stosunkowo niewielki udział pozostałych chorób i przypadłości niebezpiecznych dla zdrowia wykazywał w analizowanym okresie tendencję do wzrostu, co nakazuje dokładniejszą analizę w przyszłości również innych stanów chorobowych.

Dwie najważniejsze przyczyny — choroby układu sercowo-naczyniowego 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 wiekowych. Oprócz kobiet w wieku 75–84 lat, wśród których wspomniane dwie przyczyny z biegiem czasu traciły nieco na ważności, łączny odsetek zgonów się nie zmieniał — spadek frakcji zgonów spowodowanych chorobami układu sercowo-naczyniowego był rekompensowany wzrostem udziału zgonów wskutek choroby nowotworowej. Należy jednak pamiętać, że poziom umieralności ogólnej, począwszy od 1993 roku, stale się obniża, a zatem pozostającemu bez zmian skumulowanemu odsetkowi odpowiadała mniejsza intensywność zgonów.

Podsumowanie

Dopiero pełne rozpoznanie przyczyn zgonów osób sędziwych prowadzi do stwierdzenia, że w większości przypadków przyczyny te są znane i uleczalne. Jak pokazuje doświadczenie krajów Europy Zachodniej, bez występowania takiego przekonania nie można zmienić stosunku lekarzy do osób bardzo starych, która jest wstępnym i niezbędnym warunkiem długookresowej redukcji częstości zgonów w „czwartym wieku”.

Przedstawione w niniejszym artykule zagadnienie będzie miało coraz większe znaczenie wraz z eliminacją

zgonów na wcześniejszych etapach ludzkiego życia. Specjaliści w zakresie zdrowia publicznego i epidemiologii — w przypadku chęci dalszego wydłużania trwania życia, co wydaje się ze względów społeczno-etycznych oczywiste — będą się koncentrować na możliwości ograniczania umieralności sędziwych starców. Chcąc z kolei skutecznie zapobiegać zgonom osób w „czwartym wieku”, należy przede wszystkim mieć świadomość dotyczącą stanu zdrowia tych osób, w tym mierzonego pośrednio za pomocą negatywnego miernika, jakim jest współczynnik zgonów, oraz świadomość najważniejszych czynników chorobowych prowadzących do zgonów.

Największy potencjał w zakresie redukcji poziomu umieralności sędziwych starców występuje w przypadku chorób układu sercowo-naczyniowego, nowotworów oraz chorób układu oddechowego — zapalenia płuc i przewlekłych chorób dróg oddechowych. Specjaliści z zakresu zdrowia publicznego powinni się koncentrować na tych schorzeniach. Jednocześnie należy zaznaczyć, że w odniesieniu do przedstawionych danych nie ma bezspornych przesłanek do jednoznacznego stwierdzenia, iż przemiany w zakresie przyczyn umieralności osób sędziwych w Polsce w trakcie ostatniego ćwierćwiecza wskazują na osiąganie czwartego etapu przejścia epidemiologicznego. Zapewne jest to spowodowane przede wszystkim stylem życia dzisiejszych sędziwych starców, którzy praktycznie przez całe swoje życie doświadczali wielu ograniczeń (głównie czynnik dochodowy i braki rynkowe) utrudniających, a nawet uniemożliwiających praktykowanie zachowań prozdrowotnych, doświadczali również niekorzystnego wpływu „industrializowanego” ponad miarę środowiska naturalnego, a także charakteryzowali się niekorzystnymi dla zdrowia przyzwyczajeniami i zwyczajami (np. w zakresie odżywiania się, stosowania używek). Jednakże coraz bardziej widoczne są symptomy wskazujące, że ostatnie dziesięciolecie jest okresem, w którym zmiany przyczyn zgonów (przede wszystkim wzrost znaczenia chorób nowotworowych kosztem redukcji umieralności z powodu chorób sercowo-naczyniowego) w połączeniu z obniżającą się częstością zgonów wśród starszych Polaków wpisują się w ramy oczekiwań formułowanych na bazie koncepcji przejścia zdrowotnego.

Zauważalny 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 ograniczanie częstości zgonów jak w krajach uprzemysłowionych. Wynika to częściowo ze specy-

fiki procesu wymierania, który choć ma w skali makro charakter stochastyczny, w skali mikro jest w znacznym stopniu procesem deterministycznym. Oznacza to, że działania jednostek (zwłaszcza dotyczące zachowań zdrowotnych, nawyków żywieniowych, 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 poli-

tyczna i ekonomiczna — oceniana przez niektórych badaczy jako podstawowy czynnik wzmagający zachowania prozdrowotne (zob. np. [13]) — w niewielkim stopniu przełożyła się na poprawę ich stanu zdrowia. Można jednak sądzić, że z upływem czasu i osiąganiem interesującego w niniejszym opracowaniu wieku jednostek, które przez dłuższy czas żyły w nowych realiach ekonomiczno-społecznych, wpływ przemian obyczajowych i behawioralnych coraz bardziej będzie widoczny zarówno w odniesieniu do poziomu umieralności osób sędziwych, jak i do dominujących przyczyn zgonów w tej populacji.

Streszczenie

Celem niniejszej pracy jest prześledzenie zmian dotyczących najważniejszych przyczyn zgonów wśród osób w wieku 75 lat i starszych w Polsce z punktu widzenia ich zgodności z oczekiwaniami sformułowanymi na podstawie obserwacji krajów cechujących się niższym poziomem umieralności w postaci koncepcji przejścia zdrowotnego. Cel ten osiągnięto poprzez analizę publikowanych w Rocznikach Demograficznych GUS danych o przyczynach zgonów osób sędziwych. O ile ewolucja przyczyn zgonów najstarszych Polaków do początku lat 90. XX wieku była niezgodna z ewolucją odnotowaną w krajach uprzemysłowionych, o tyle okres ostatnich kilkunastu lat jest czasem występowania prawidłowości znanych również gdzie indziej — spadku znaczenia chorób układu sercowo-naczyniowego i wzrostu roli chorób nowotworowych. Zmniejsza się również częstość wyboru przez lekarza orzekającego o przyczynie zgonu opcji przyczyna nieokreślona.

słowa kluczowe: umieralność, przyczyny zgonów, przejście epidemiologiczne, przejście zdrowotne, ludzie bardzo starzy, Polska

Przypisy

1. Opracowanie przygotowane w ramach badań własnych realizowanych w latach 2006–2008 dzięki grantowi MNiSW. *Ludzie bardzo starzy. Studium demograficzno-epidemiologiczne* (grant N118 01 031/1711).
2. W okresie, którego dotyczy niniejszy tekst, w Polsce stosowano IX (1980–1996) i X (od 1997) rewizję tejże klasyfikacji. Nosi ona obecnie nazwę Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych.
3. Przykładowo w Berlin Aging Study spośród osób w wieku 70 lat i starszych aż 88% badanych klinicznie cierpiało na wielochorobowość definiowaną jako współwystępowanie przynajmniej 5 fizycznych przypadłości, z czego 30% miało przynajmniej

- 5 chorób określonych pod względem ciężkości jako umiarkowane lub średnie, zaś 21% przynajmniej 5 chorób wymagających jednocześnie leczenia środkami farmakologicznymi [6].
4. W przeglądzie dokonany przez Mesle [5] można znaleźć tylko jedno norweskie badanie, z którego wynika, że wraz z przechodzeniem do coraz starszej grupy wiekowej dokładność określania przyczyny zgonu wzrasta.
5. W modelowych tablicach trwania życia opracowanych przez specjalistów z ONZ z dalszym trwaniem życia równym dla obu płci i wynoszącym 92,5 roku 95,4% mężczyzn i 93,3% kobiet umiera, mając przynajmniej 75 lat.
6. 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.

PIŚMIENICTWO

1. Szukalski P.: *Populacja osób bardzo starych w społeczeństwie polskim — stan obecny i perspektywy*. W: Kowaleski J.T. (red.). *Ludzie starzy w polskim społeczeństwie w pierwszych dekadach XXI wieku*. Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2006; 115–150.
2. Szukalski P.: *Osoby bardzo stare w Polsce i w krajach Unii Europejskiej — przeszłość, teraźniejszość, przyszłość*. Prace Instytutu Ekonometrii i Statystyki UŁ 2004; 142: 33.
3. Hadley E.C.: *Causes of death among the oldest old*. W: Suzman R.M., Willis D.P., Manton K.G. (red.). *The oldest old*. Oxford University Press, New York, Oxford 1992; 183–196.
4. Horiouchi S.: *Causes of death among the oldest old: age-related changes in the cause-of death distribution*. W: Robine J.-M., Crimmins E.M., Horiouchi Sh., Yi Z. (red.). *Human longevity, individuals life duration, and the growth of the oldest old popu-*

- lation. Springer, Dordrecht 2006; 215–235.
5. Meslé F.: *Causes of death among the oldest old: validity and comparability*. W: Robine J.-M., Crimmins E.M., Horiouchi Sh., Yi Z. (red.). *Human longevity, individuals life duration, and the growth of the oldest old population*. Springer, Dordrecht 2006; 191–214.
6. Steinhagen-Thiessen E., Borchelt M.: *Morbidity, medication, and functional limitation in very old age*. W: Baltes P.B., Mayer K.U. (red.). *The Berlin Aging Study. Aging from 70 to 100*. Cambridge University Press, Cambridge, New York 1999; 131–166.
7. Myers G.C.: *Mortality and health dynamics at older ages*. W: Ruzicka L., Wunsch G., Kane P. (red.). *Differential mortality. Methodological issues and biosocial factors*. Clarendon Press, Oxford 1995; 189–214.
8. Kurokpa I.: *Umieralność osób starszych a trwanie życia mieszkańców Dolnego Śląska w latach 1980–1995*. W: Kowaleski J.T., Szukalski P. (red.). *Demografia i zdrowie w starości*. Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2006; 115–150.

- ski P. (red.). *Sytuacja zdrowotna osób starych w Polsce — aspekt medyczny i społeczno-demograficzny*. OW IMP, Łódź 2000; 83–93.
9. Stępień C.: *Przemiany umieralności i przeciętnego trwania życia osób w starszym wieku w Polsce*. W: Kowaleski J.T. (red.). *Ludzie w starszym wieku w polskim społeczeństwie w pierwszych dekadach XXI wieku*. Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2006; 203–228.
10. Bah M.S., Rajulton F.: *Has Canadian mortality entered the fourth stage of the epidemiological transition?* *Canadian Studies in Population* 1991; 1: 18–41.
11. Meslé F., Vallin J.: *Évolution de la mortalité aux âges élevés en France depuis 1950*. W: *La santé aux grands âges*. Les Cahiers de l'INED 2002; 147: 5–48.
12. Meslé F., Vallin J.: *Convergence and divergence: an analytical framework of national and sub-national trends in life expectancy*. *Genus* 2005; 1: 83–124.
13. Zatoński W.A.: *Demokracja jest zdrowsza. Cud zdrowotny nad Wisłą*. Centrum Onkologii — Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2000.