

Romana Chmara-Pawlińska

Zależność struktury wewnętrznej populacji opolskiej od przyczyn zgonów wynikających z chorób sercowo-naczyniowego

Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie. Kultura Fizyczna 6, 161-169

2005

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Romana Chmara-Pawlińska

Zależność struktury wewnętrznej populacji opolskiej od przyczyn zgonów wynikających z chorób sercowo-naczyniowego

Słowa kluczowe: choroby układu sercowo-naczyniowego, epidemiologia

Abstract

Correlation between in the internal structure of Opole population and the fatality caused by cardiovascular diseases

Key words: epidemiology, male and female population of Opole, deaths, cardiovascular diseases

The purpose of this paper is to determine the causes of deaths of men and women in the Opole region caused by cardiovascular diseases most frequently affecting the internal structure of the Opole region population as well as the evaluation of this structure compared to the national Polish population. An attempt was made to analyze the correlation between deaths caused by cardiovascular diseases and sex and age, marital status and location of residence. The epidemiological situation related to the said diseases in the decade 1988 -1998 was also compared for the Opole region and Poland.

Wstęp

Choroby sercowo-naczyniowe, mimo znacznych postępów w ich wykrywaniu i leczeniu, są nadal przyczyną około 50% zgonów w Polsce (Rywik, 1995). Fakt tak dużego ich udziału w strukturze umieralności świadczy, że mają one zasadnicze znaczenie zdrowotne i społeczne. Z danych Rocznika Statystycznego

z lat 1989 i 1999 wynika, iż umieralność w populacji polskiej narasta wśród kobiet i mężczyzn zarówno w mieście jak i na wsi (Tab. 1).

Tab. 1. Umieralność w Polsce z powodu chorób sercowo-naczyniowych w zależności od płci i miejsca zamieszkania (na 100 tys. mieszkańców) (Rocznik Statystyczny 1989, 1999)

Rok	Mężczyźni	Kobiety	Miasto	Wieś
1988	202,8	269,1	217,7	265,7
1998	373,3	386,0	335,8	450,4

Przeprowadzona analiza wykazała, że śmiertelność z powodu chorób jest znacznie większa na Opolszczyźnie niż w całej populacji (Tab. 2).

Tab. 2. Zgony z powodu chorób sercowo-naczyniowych w populacji opolskiej (na 100 tys. mieszkańców) (Rocznik Statystyczny Opolszczyzny 1989, 1999)

Rok	Mężczyźni	Kobiety	Miasto	Wieś
1988	346,4	353,9	313,0	391,7
1998	436,2	492,1	397,3	542,0

Raporty Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wskazują, że wśród różnych chorób sercowo-naczyniowych szczególnie zachorowalność na chorobę niedokrwinną serca (ch.n.s.) osiągnęła wysoki, niespotykany dotąd poziom w Polsce (Tab. 3).

Tab. 3. Zgony z powodu chorób niedokrwiennej serca w Polsce (na 100 tys. mieszkańców) (Rocznik Statystyczny Polski 1989, 1999)

Rok	Mężczyźni	Kobiety	Miasto	Wieś
1988	137,6	61,1	105,0	88,5
1998	137,9	95,7	112,7	121,8

Można powiedzieć, że jest to największa długofalowa epidemia, jaka zdarzyła się w historii ludzkości. W Polsce nie ma obowiązku zgłaszania zachorowań na chorobę niedokrwinną serca, stąd też brak jest pełnej informacji o liczbie zachorowań, ich przebiegu, jak również o ich zróżnicowaniu regionalnym oraz o trendach czasowych (Tab. 3). Jednocześnie dostępne dane zgonów dla populacji opolskiej są alarmujące. Mimo coraz szerzej stosowanej promocji i profilaktyki (Cedro, 1994; Ceremużyński, 1994) odnotowujemy wysoki poziom umieralności dla Opolan, zwłaszcza na wsi (Tab. 4).

Tab. 4. Zgony z powodu choroby niedokrwiennej serca populacji opolskiej (na 100 tys. mieszkańców) (Rocznik Statystyczny Opolszczyzny 1989, 1999)

Rok	Mężczyźni	Kobiety	Miasto	Wieś
1988	152,3	64,8	104,6	110,9
1998	140,1	77,2	100,5	115,5

Cel pracy

Celem pracy jest określenie przyczyn zgonów mężczyzn i kobiet Opolszczyzny wynikających z chorób sercowo-naczyniowych.

Material i metody

Material stanowią dane statystyczne o zgonach według przyczyn wśród mieszkańców Polski i Opolszczyzny.

Zakres zebranych danych dotyczy Polski oraz Opolszczyzny w podziale na płeć oraz ludność wiejską i miejską. Podstawą analizy były choroby układu sercowo-naczyniowego. Analizą objęto dziesięcioletni okres od roku 1988 do roku 1998 dla Opolszczyzny i Polski.

Informacje o zgonach zebrano w Urzędzie Stanu Cywilnego dla miasta Opola, gdzie na podstawie archiwizowanych aktów zgonu można było ustalić następujące indywidualne dane:

- 1) datę urodzenia i zgonu,
- 2) płeć,
- 3) stan cywilny,
- 4) miejsce ostatniego zamieszkania
- 5) przyczynę zgonu.

Ze względu na podjęty temat nie zaistniała konieczność stosowania odpowiednich metod.

Dane indywidualne podane zostały w liczbach bezwzględnych oraz prze-liczone na odsetki zgodnie ze wzorem:

$$P = [(Z \times 100) / W]$$

gdzie: P = odsetek zgonów

Z = liczba zgonów

W = całkowita liczba zgonów

Analiza materialu

1. Charakterystyka i porównanie zgonów z powodu chorób układu krążenia w populacji opolskiej i ogólnopolskiej

Dostępne dane statystyczne dowodzą, że w Polsce choroby układu sercowo-naczyniowego stają się wiodącym problemem zdrowotnym, a zgony z powodu tych schorzeń wykazują tendencję wzrostową. Analizując dane (Tab. 1 i 2),

zauważyć można, że liczba zgonów wzrosła w okresie 10 lat zarówno wśród ludności zamieszkującej Opolszczyznę, jak i w populacji polskiej.

Tendencja wzrostowa przejawia się zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet mieszkających w miastach oraz na wsi. Wyraźnie jednak zaznacza się znaczny wzrost liczby zgonów na wsi, prawdopodobnie spowodowany zbyt późną reakcją na zagrożenie.

Porównując zatem dane w regionie opolskim i w kraju, można stwierdzić bardzo podobne charakterystyki zgonów. Niemniej jednak w populacji opolskiej śmiertelność jest wyższa niż w kraju.

Analizując dane (Tab. 3 i 4), można dowiedzieć, że w latach 1988 – 1998 nastąpił wzrost liczby zgonów wśród ludności polskiej obu płci, zarówno w miastach, jak i na wsiach.

Podobnie jest na Opolszczyźnie, gdzie liczba zgonów z powodu choroby niedokrwiennej serca nie odbiega w sposób znaczący od populacji polskiej, choć wartości i w tym przypadku są nieco wyższe. Dane (Tab. 2 i 4) dotyczące Opolszczyzny mogą być zatem pewnym obrazem sytuacji ogólnopolskiej.

2. Zależność zgonów z powodu chorób układu krążenia od płci i wieku ludności opolskiej

Zmienna jest zależność między umieralnością z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego u mężczyzn i kobiet w klasach wieku 20 – 60 > lat, w latach 1988 – 1998 (Tab. 5).

Tab. 5. Liczebność i odsetki zgonów z powodu chorób układu sercowo - naczyniowego mężczyzn i kobiet w latach 1988 i 1998 (GUS 1988, 1998)

Wiek	1988				1998			
	Mężczyźni		Kobiety		Mężczyźni		Kobiety	
	n	%	n	%	n	%	n	%
20 – 30	11	13	12	16	6	7	10	14
40 – 59	29	34	21	28	22	27	19	26
60 >	44	53	43	56	54	66	43	60
Razem	84	100	76	100	82	100	72	100

W badanych latach (1988 i 1998), zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet, obserwuje się wzrastanie z wiekiem częstości zgonów; u mężczyzn do 59 roku, a zwłaszcza po 60 roku życia, u kobiet przy nieco mniejszej tendencji wzrostowej, w wieku 20 – 59 lat, nasilenie zgonów występuje po 60 roku życia, a więc podobnie jak u mężczyzn. Nasilenie zgonów jest wyższe u mężczyzn, natomiast u kobiet więcej zgonów występuje w wieku 20 – 39 lat.

3. Zależność zgonów z powodu chorób układu sercowo-naczyniowych od miejsca zamieszkania w województwie opolskim

Tab. 6. Liczebność i odsetki zgonów z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego od miejsca zamieszkania obojga płci w latach 1988 i 1998 (GUS 1988,1998)

Płeć	1988				1998			
	Miasto		Wieś		Miasto		Wieś	
	n	%	n	%	n	%	n	%
mężczyźni	52	52	32	53	75	76	7	13
kobiety	48	48	28	77	24	24	48	87
Razem	100	100	60	100	99	100	55	100

Nasilenie zgonów jest zależne od miejsca zamieszkania zmarłych (Tab. 6), gdyż najczęściej zgonów występuje wśród mężczyzn mieszkających w mieście, podobnie wśród kobiet, ale tylko w 1988 roku.

4. Zależność zgonów z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego od stanu cywilnego w województwie opolskim

Tab. 7. Liczebność i odsetki zgonów z powodu chorób układu krążenia w zależności od stanu cywilnego mężczyzn i kobiet w latach 1988 i 1998 (GUS 1988, 1998)

Stan cywilny	1988				1998			
	Mężczyźni		Kobiety		Mężczyźni		Kobiet	
	n	%	n	%	n	%	n	%
kawaler/panna	11	13	15	20	7	8	16	22
żonaty/zamężna	60	71	35	46	53	65	23	32
rozwódziona/-a	3	3	3	4	10	12	5	7
wdowiec/-a	10	12	23	30	12	15	28	39
Razem	84	100	76	100	82	100	72	100

Odsetek zgonów jest najwyższy wśród zamężnych, a także wśród owdowiałych bez względu na płeć. Najmniejszy odsetek zgonów obserwuje się wśród rozwódzionych obojga płci.

5. Zgony z powodu choroby niedokrwiennej serca w zależności od płci, wieku, miejsca zamieszkania i stanu cywilnego zmarłych

Dodatkowo dokonano analizy innych zależności związanych z chorobą niedokrwinną serca (Tab. 8, 9 i 10).

Tab. 8. Liczebność i odsetek zgonów z powodu choroby niedokrwiennej serca obojga płci w zależności od wieku

Wiek	1988				1998			
	Mężczyźni		Kobiety		Mężczyźni		Kobiety	
	n	%	n	%	n	%	n	%
20 – 30	3	50	3	21	—	—	1	5
40 – 59	2	33	2	14	2	25	5	28
60 >	1	17	9	64	6	75	12	67
Razem	6	100	14	100	8	100	18	100

Tab. 9. Liczebność i odsetki zgonów z powodu choroby niedokrwiennej serca w zależności od miejsca zamieszkania obojga płci

Płeć	1988				1998			
	Miasto		Wieś		Miasto		Wieś	
	n	%	n	%	n	%	n	%
mężczyźni	2	15	4	57	3	33	5	29
kobiety	11	85	3	43	6	67	12	70
Razem	13	100	7	100	9	100	17	100

Tab. 10. Liczebność i odsetki zgonów z powodu choroby niedokrwiennej serca w zależności od stanu cywilnego

Stan cywilny	1988				1998			
	Mężczyźni		Kobiety		Mężczyźni		Kobiet	
	n	%	n	%	n	%	n	%
kawaler/panna	3	50	3	21	3	37	5	28
żonaty/zamężna	3	50	5	36	5	62	5	28
rozwódziona/-a	—	—	—	—	—	—	1	5
wdowiec/-a	—	—	6	43	—	—	7	39
Razem	6	100	14	100	8	100	18	100

6. Porównanie sytuacji epidemiologicznej w latach 1988 i 1998 w zakresie chorób układu sercowo-naczyniowych i choroby niedokrwiennej serca w województwie opolskim

Tab. 11. Liczebność i odsetki zgonów z powodu chorób układu sercowo-naczyniowych oraz choroby niedokrwiennej serca mężczyzn i kobiet z miast i wsi w latach 1988 i 1998

(Przyczyna zgonu) Z powodu chorób	1988								1998							
	Mężczyźni		Kobiety		Miasto		Wieś		Mężczyźni		Kobiety		Miasto		Wieś	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
układu sercowo-naczyniowego	84	93	76	84	100	88	60	89	82	91	72	80	99	92	55	76
niedokrwiennej serca	6	6	14	15	13	11	7	10	8	8	18	20	9	8	17	24
Razem	90	100	90	100	113	100	67	100	90	100	90	100	108	100	72	100

Z danych (Tab. 11) wynika, że główną przyczyną zgonów zarówno mężczyzn, jak i kobiet w miastach i na wsiach Opolszczyzny, są choroby układu sercowo-naczyniowego. W 10-letnim okresie nieznacznie zmienia się liczba zgonów z przyczyn związanych z układem krążenia oraz niewielki wzrost liczby zgonów z powodu choroby niedokrwiennej serca.

Dyskusja wyników

Przeciętne dalsze trwanie życia jest określonym miernikiem zdrowia populacji. W Polsce wynosiło ono w 1999 roku dla mężczyzn w wieku 65 lat 13,3 roku, a dla kobiet 17,6 (Goryński 1995).

Liczba zgonów z powodu chorób układu sercowo-naczyniowych, mimo znacznych postępów w ich terapii jest nadal bardzo wysoka, w 1988 roku zarejestrowano około 200 tys. zgonów, w tym z powodu przewlekłej choroby niedokrwiennej serca około 40 tys.

W piśmiennictwie polskim podkreśla się, że wzrasta nie tylko śmiertelność, ale również liczba osób hospitalizowanych z przyczyn związanych z układem krążenia (Rywik i wsp., 1988). Z opracowanych danych wynika, że nasilenie zgonów jest większe u mężczyzn; różnice te są zwłaszcza wyraźne po 40 roku życia (Tab. 5), dotyczy to zarówno populacji opolskiej, jak i ogólnopolskiej.

Statystyki epidemiologiczne informujące o umieralności i zachorowalności obu płci stwierdzają, że kobiety częściej chorują od mężczyzn, ale mężczyźni umierają wcześniej (Rogucka, 1995).

Janeczko (1987) wykazała, że w okresie 10-letniej obserwacji ludności Warszawy współczynnik zgonów z powodu chorób układu krążenia był prawie 2-krotnie wyższy wśród mężczyzn. Najmniejszą liczbę zgonów notuje się w najmłodszych klasach wieku (20 – 39). Nasilenie częstości zgonów wzrasta dość regularnie z wiekiem (Rogucka, 1995).

Potwierdzają te spostrzeżenia wyniki badań Instytutu Kardiologii AM w Warszawie. Badania (1978) ludności Płocka i Sochaczewa wykazały, że liczebność zgonów z przyczyn związanych z układem krążenia wzrastała w wieku 35 – 54 lat, zaś wyraźny wzrost, podobnie jak w moich badaniach, wystąpił w wieku powyżej 60 lat (Rywik 1978).

Podobnie jak w przypadku choroby niedokrwiennej serca, liczba zgonów wyraźnie wzrasta z wiekiem (Magdoń 1985). Potwierdzeniem tego faktu są zaprezentowane badania (Tab. 8).

Zgonem bardziej zagrożone są kobiety zarówno populacji opolskiej, jak i ogólnopolskiej. W latach 1976 – 1985 odsetek zgonów z ww. przyczyny w wieku 45 – 54 lat wzrósł o 27% u mężczyzn i 39% u kobiet (Rywik i wsp. 1988).

W wyniku wielu badań okazało się, że niska sprawność jest głównym czynnikiem ryzyka wystąpienia chorób związanych z układem sercowo-na-

czyniowym (Ziółkowski 1988). Ponadto bardzo ważnym czynnikiem ryzyka są wszelkiego rodzaju używki, w tym palenie papierosów (Rogucka 1995).

Niekorzystna sytuacja zdrowotna ludności Polski i wzrost liczby zgonów z przyczyn sercowo-naczyniowych zależy również od miejsca zamieszkania (Tab. 6). Rywik (1978) wykazał, że chorobowość i liczba zgonów wykazują tendencję wzrostową w rejonach uprzemysłowionych. Przyczyną tak dużej liczby zgonów w miastach jest z pewnością stres związany z sytuacją społeczno-ekonomiczną, większe tempo życia, złe nawyki żywieniowe, a także bardzo mała aktywność fizyczna.

Choć wyniki badań epidemiologicznych wskazują wyższą śmiertelność w aglomeracjach miejskich, to nie bez znaczenia jest, że liczba zgonów wzrasta także na wsiach, są to zgony głównie nagłe — do godziny od pojawienia się pierwszych objawów, stanowią one około 30% wszystkich zgonów w populacji.

Badania nad wpływem środowiska społecznego wykazują, że rolę ochronną odgrywają więzi społeczne oraz stopień zintegrowania człowieka z grupą, a przede wszystkim z rodziną.

Mężczyźni reagują silniej na obecność lub brak społecznego wsparcia, czego dowodzą wyniki badań nad umieralnością mężczyzn i kobiet przeprowadzone wśród mieszkańców Belgii, wśród których większość żyła na danym terenie od urodzenia i wskaźnik integracji był bardzo wysoki. Liczba zgonów wśród mieszkańców owego regionu z różnych przyczyn była niska (Rogucka 1995).

Wyniki wielu badań wskazują, że osoby żyjące w związku małżeńskim żyją dłużej. Ważne jest, że rodzina wymusza niejako prozdrowotny styl życia, a także, że kondycja zdrowotna osób pozostających w związkach małżeńskich jest rezultatem pewnej „buforowej” jego roli.

Tendencja ta przejawia się wśród osób w wieku 35 – 44 lat; wyjątkiem są osoby w młodszym wieku, gdzie wpływ rodziny jest ograniczony w stosunku do stanu zdrowia i umieralności (Gaca 1991).

Wyniki badań prowadzonych przeze mnie wykazały jednakże tendencję odwrotną, prawdopodobnie przyczyn należy upatrywać w zbyt małej liczebności osób badanych (Tab. 7), która nie odzwierciedla w pełni sytuacji epidemiologicznej populacji.

Prowadzenie dalszych, obejmujących szerszy zakres badań w regionie opolskim być może potwierdzi spostrzeżenia.

Wnioski

Liczebność zgonów z przyczyn związanych z układem sercowo-naczyniowym wśród populacji opolskiej i ogólnopolskiej pozwalają na sformułowanie następujących wniosków:

1. Największa liczebność zgonów z ww. przyczyn mężczyzn i kobiet występuje po 60 roku życia, z tym, że między 20 i 60 > rokiem życia jest ona wyższa u mężczyzn (Tab. 5 i 8).
2. Zgony zależne są od miejsca zamieszkania; w większym odsetku występują w mieście (Tab. 6 i 9).
3. Znacznie częściej z powodu chorób układu krążenia umierają osobnicy będący w związkach małżeńskich, czego nie potwierdzają wyniki badań innych autorów (Tab. 7 i 10).
4. Choroby niedokrwiennej serca częściej występują u kobiet wiejskich (Tab. 9).

Piśmiennictwo

1. Cedro K., 1994, *Co lekarz powinien wiedzieć o chorobie niedokrwiennej serca*, Fundacja „Dla serca”, Warszawa.
2. Ceremużyński L., 1994, *Zawał serca, mechanizmy choroby, współczesne leczenie*, Agencja Wyd. MAKO, Warszawa.
3. Gaca M., 1991, *Wpływ różnych sposobów postępowania okołoperacyjnego na powikłania ze strony układu krążenia*, Instytut Kardiologii, Warszawa.
4. Goryński P., 1995, *Niektóre elementy sytuacji zdrowotnej osób w wieku starszym w Polsce i wybranych krajach europejskich*, PZH, Warszawa.
5. Janeczko D., 1987, *10-letnia obserwacja prospektywna umieralności chorych na cukrzycę z uwzględnieniem czynników ryzyka zgonów z przyczyn sercowo-naczyniowych*, Akademia Medyczna, Warszawa.
6. Magdoń M., 1985, *Czynniki ryzyka a rozwój choroby niedokrwiennej serca w czasie 6-letniej obserwacji populacji mężczyzn*, „Przegląd Lekarski” 42 nr 5, AM Kraków.
7. Rocznik Statystyczny 1989, 1999, Główny Urząd Statystyczny ZWS, Warszawa.
8. Rogucka E., 1995, *Umiarkowania społeczne nadumieralności mężczyzn w Polsce*, PAN, Wrocław.
9. Rywik S., 1995, *Zapobieganie chorobom krążenia*, [w:] *Choroby wewnętrzne*, wydanie II, tom 1, (red.): A. Wojtczak, Wyd. Lek., PZWL, Warszawa.
10. Rywik S., 1978, *Krajowy program prewencji chorób układu krążenia*, „Analizy i Opinie” 42, MziOS, Warszawa.
11. Rywik S., H. Wągrowaska, 1988, *Zagrożenie chorobami serca i nagłym zgonem w Polsce*, „Kardiologia Polska” 31 nr 6, Instytut Kardiologii, Warszawa.
12. Ziółkowski L., 1988, *Reakcja układu krążenia na wysiłek fizyczny w zależności od stopnia niewydolności wieńcowej u chorych po zawale serca*, „Kardiologia Polska” 31 nr 6, PAN, Warszawa.