

---

## "Περί Ιστορίας"

---

Τόμ. 5 (2007)

---

Η εξέλιξη της θνησιμότητας στην περιφέρεια της  
πρωτεύουσας κατά τα έτη 1945-1970

Χαρά Ζαπανιώτη

doi: [10.12681/p.i.24849](https://doi.org/10.12681/p.i.24849)

---

### Βιβλιογραφική αναφορά:

Ζαπανιώτη Χ. (2020). Η εξέλιξη της θνησιμότητας στην περιφέρεια της πρωτεύουσας κατά τα έτη 1945-1970. "Περί Ιστορίας", 5, 125-128. <https://doi.org/10.12681/p.i.24849>

# Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΤΗΣ ΠΡΩΤΕΥΟΥΣΑΣ ΚΑΤΑ ΤΑ ΕΤΗ 1945-1970

*Χαρά Ζαπανιώτη*

Τις τελευταίες δεκαετίες γίνεται συχνά θέμα συζητήσεων το λεγόμενο δημογραφικό πρόβλημα που αντιμετωπίζει η Ελλάδα καθώς, τα πρόσφατα στατιστικά στοιχεία αποδεικνύουν ότι μειώνεται σταδιακά ο αριθμός των γεννήσεων και αυξάνεται ο αριθμός του γεροντικού πληθυσμού της χώρας μας. Στην κατανόηση και αντιμετώπιση του εν λόγω προβλήματος η συνεισφορά της επιστήμης της ιστορικής δημογραφίας είναι καταλυτική καθώς μελετά τους παράγοντες που επιδρούν στην ανανέωση ή φθορά του πληθυσμού (γεννητικότητα, γαμηλιότητα, θνησιμότητα και αποδημία), αναλύοντας με ιδιαίτερη προσοχή τα στοιχεία που προκύπτουν από τις γεννήσεις, τους γάμους, τους θανάτους και τις πληθυσμιακές μετακινήσεις.

Μέσα στα πλαίσια της διδακτορικής μου διατριβής, που φέρει τον τίτλο *Δημογραφικές και κοινωνικές μεταβολές του πληθυσμιακού δυναμικού των Αθηνών και πιο συγκεκριμένα των δήμων Αργυρούπολης, Αλίμου, Ελληνικού, Γλυφάδας και Βούλας*, από το έτος 1945 ως το έτος 1970, άντλησα στοιχεία από τις ληξιαρχικές εγγραφές των πέντε δήμων για τη διεξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων. Έτσι σήμερα θα αναφερθώ εν συντομία, καθώς βρίσκομαι στο στάδιο συγγραφής της μελέτης μου, για την εξέλιξη της θνησιμότητας όπως την κατέγραψα σε αυτό το κομμάτι της ευρύτερης περιοχής των Αθηνών.

Τι εννοούμε όμως με τον όρο θνησιμότητα; Εννοούμε τη συχνότητα των θανάτων στον πληθυσμό. Ο υπολογισμός του ποσοστού θνησιμότητας επιτυγχάνεται με την αναγωγή των θανάτων που επήλθαν σε μια συγκεκριμένη ηλικία στο μέσο αριθμό ατόμων αυτών των ηλικιών, διαχωρίζοντας τους άντρες από τις γυναίκες. Η θνησιμότητα διακρίνεται σε βρεφική (περιγεννη-

τική, νεογνική, μετανεογνική), παιδική, εφηβική, μητρική, γεροντική.

Ειδικότερα μπορούμε να τη διακρίνουμε σε ενδομήτριο θνησιμότητα (αφορά τους θανάτους κατά τη διάρκεια της κύησης), σε νεογνική θνησιμότητα (εννοούμε τους θανάτους κατά τη διάρκεια των 28 πρώτων ημερών της ζωής των νεογνών) και σε μετανεογνική (θανάτους μετά τις 28 πρώτες μέρες και μέχρι την πρώτη επέτειο των γενεθλίων τους). Το ποσοστό της βρεφικής θνησιμότητας έχει ιδιαίτερη σημασία καθώς είναι η σχέση, για μια δεδομένη χρονιά, των θανάτων των παιδιών μικρότερων του ενός έτους προς τις γεννήσεις του ίδιου έτους.

Η ανάλυση της θνησιμότητας αμέσως πριν ή μετά τη γέννηση αποτελεί αντι-κείμενο ιδιαίτερης προσοχής δυστυχώς όμως οι ληξιαρχικές πράξεις από τις οποίες άντλησα το υλικό μου δεν παρέχουν όλες τις απαραίτητες πληροφορίες, καθώς για να βγάλουμε ασφαλή συμπεράσματα για τη βρεφική θνησιμότητα θα πρέπει τα δεδομένα να μας επιτρέπουν να διαχωρίσουμε τους θανάτους που προκλήθηκαν από ενδογενείς αιτίες, δηλαδή βιολογικές, και τους θανάτους που προκλήθηκαν από εξωγενείς αιτίες, που έχουν δηλαδή σχέση με το εξωτερικό περιβάλλον.

Βασιζόμενη στις ληξιαρχικές πράξεις θανάτων των αναφερθέντων περιοχών για τη διάρκεια των ετών 1945-1970, με εξαίρεση την κοινότητα της Αργυρούπολης για την οποία οι ληξιαρχικές εγγραφές ξεκινούν από το 1949, επιχείρησα τον υπολογισμό των θανάτων ανά φύλο, ηλικία, τόπο, χρόνο αλλά και αιτία θανάτου.

Πιο αναλυτικά καταγράφηκαν συνολικά 2.771 θάνατοι εκ των οποίων 1.495 αφορούν θανάτους ανδρών (53,95%) και 1.276 γυναικών (46,05%). Όπως ήταν αναμενόμενο, ακριβώς επειδή οι δήμοι που επιλέχθηκαν ιδρύθηκαν και εξελίχθηκαν ραγδαία την εξεταζόμενη περίοδο, παρατηρείται παράλληλα με την αύξηση του πληθυσμού των συγκεκριμένων περιοχών, κατά αναλογία αύξηση και των καταχωρίσεων θανάτων στα αντίστοιχα ληξιαρχεία. Ενδεικτικά αναφέρω ότι το 1945 έχουμε συνολικά 71 εγγραφές, το 1960 124 με αποκορύφωμα το 1970 όπου σημειώθηκαν συνολικά 239 (8,63% των συνολικών καταχωρίσεων).

Η ανδρική θνησιμότητα παρουσιάζεται αυξημένη σε σχέση με τη γυναικεία σε όλες τις ηλικίες, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό θανάτων σημειώνεται σε άνδρες μέσης ηλικίας. Εντυπωσιακό εμφανίζεται από την άλλη πλευρά το ποσοστό των γυναικών που ξεπερνούν το όριο των 80 ετών συγκριτικά με το αντίστοιχο των ανδρών που δεν υπερβαίνουν στην πλειοψηφία τους το 80ο έτος. Όσον αφορά τη βρεφική θνησιμότητα τα αποτελέσματα της έρευνας στο σύνολο των 2.771 θανάτων έδειξαν ότι τα αγόρια είναι πιο ευάλωτα ση-

μειώθηκαν 92 θάνατοι σε μωρά μέχρι ενός έτους (3,32 %) ενώ στα κορίτσια για την ίδια ηλικία 58 (2,09%).

Στατιστικά στοιχεία αποδεικνύουν ότι κατά τους χειμερινούς μήνες και κυρίως το μήνα Δεκέμβριο σημειώνεται αύξηση της θνησιμότητας τόσο της ανδρικής όσο και της γυναικείας και ακολουθούν οι καλοκαιρινοί μήνες με τον Ιούνιο να κατέχει εξέχουσα θέση. Όσον αφορά τον τόπο θανάτου, οι περισσότεροι θάνατοι σημειώθηκαν στο σπίτι, παρά το γεγονός ότι στην καταγραφή περιλαμβάνονται και θάνατοι που σημειώθηκαν στο Ασκληπιείο της Βούλας, σε νοσοκομεία και κλινικές χωρίς να λείπουν και περιστατικά τροχαίων ατυχημάτων ή πνιγμών σε μικρότερα πάντα ποσοστά.

Στην εργασία μου έχω προχωρήσει σε κατάταξη των θανάτων ανάλογα με την αιτία θανάτου, δηλαδή την οργανική αιτία θανάτου, όπως έχει διαπιστωθεί από το γιατρό. Έτσι οι θάνατοι από παθήσεις της καρδιάς (20,28%), οι θάνατοι από καρκίνο (16,53%), τα πνευμονικά νοσήματα (10,68%) και τα εγκεφαλικά τραύματα αποτελούν σαφώς, σε απόλυτες τιμές, την πλειοψηφία των θανάτων. Σε καρδιαγγειακά προβλήματα οφείλονται οι θάνατοι των περισσότερων ανδρών αλλά και γυναικών. Οι εγκεφαλοπάθειες βρήκαν πιο ευάλωτες τις γυναίκες ενώ σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία η φυματίωση προσέβαλε το 1,62% του ποσοστού των ανδρών και μόνο το 0,82% των γυναικών. Για τα βρέφη αλλά και για τα παιδιά κύρια αιτία θανάτου καταγράφεται η βρογχοπνευμονία και η μηνιγγίτιδα, ενώ αρκετά βρέφη γεννιούνται πρόωρα και δεν καταφέρνουν να επιζήσουν. Το 5% των θανάτων αφορά παιδιά που δεν έκλεισαν το πρώτο έτος ζωής, ενώ από ενός έτους μέχρι και 5 ετών παρατηρείται ένα ποσοστό 1,4 %.

Με τη μελέτη, ωστόσο, της θνησιμότητας επιχειρούνται δυο τύπων προσεγγίσεις: από τη μια καθαρά ιστορικοδημογραφική και από την άλλη κοινωνικοιστορική προσέγγιση, καθώς στοχεύουμε στην εκμαίευση όσο το δυνατόν περισσότερων πληροφοριών από το συνολικό αριθμό των θανάτων, όπως και τη διάκρισή τους κατά φύλο, ηλικία, από το χρονικό και χωρικό εντοπισμό τους, ενώ παράλληλα επιχειρούμε και την κάλυψη στο κοινωνικό επίπεδο.

Προσπαθώντας να υπολογίσουμε τη συχνότητα των θανάτων που συνδέονται με μια ορισμένη αιτία επί του συνόλου των θανάτων, αλλά και με τους υπολογισμούς κατά φύλο και ηλικία, παρατηρούμε ότι μεταξύ των παραγόντων που επηρεάζουν τη θνησιμότητα υπάρχει αρχικά αυτός που οφείλεται στη βιολογία. Υπάρχουν και κοινωνικοί, οικονομικοί παράγοντες και τέλος τα στοιχεία της συμπεριφοράς που φανερώνουν τις ατομικές επιλογές και είναι δύσκολο να τις ξεχωρίσουμε από τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες.

Η κοινωνικοοικονομική ομάδα στην οποία ανήκει κάποιος δεν είναι και δεν μπορεί να θεωρηθεί ως ο μόνος παράγοντας διαφοροποιημένης θνησιμότητας, ενώ η επαγγελματική δραστηριότητα δεν φαίνεται να είναι ένας από τους καθοριστικούς παράγοντες. Υπάρχει για παράδειγμα μια υπερθνησιμότητα των ανδρών κατά τη διάρκεια της εξεταζόμενης χρονικής περιόδου και πραγματικά είναι δύσκολο να ξεχωρίσει κανείς αν οφείλεται σε γενετική ή κοινωνική συμπεριφορά.

Πέραν του βιολογικού παράγοντα, η κακή διατροφή είτε πρόκειται για στέρηση είτε για κατάχρηση επιδρά αρνητικά, αλλά και η απότομη αλλαγή του τρόπου ζωής που σημειώθηκε τη δεδομένη χρονική περίοδο, με τη ραγδαία βελτίωση του βιοτικού επιπέδου.

Θα πρέπει σίγουρα να λάβουμε υπόψη ότι αμέσως μετά τον πόλεμο η ιατροφαρμακευτική περιθαλψη του πληθυσμού ήταν εξαιρετικά άσχημη και οι υγειονομικές υπηρεσίες του κράτους ανύπαρκτες ή σε υποτυπώδη κατάσταση. Με την ανάπτυξη της ιατρικής σημειώθηκε αξιόλογη βελτίωση στους τομείς της πρόληψης και καταπολέμησης ασθενειών, ενώ το εκπαιδευμένο μαιευτικό προσωπικό συνέβαλε στη μείωση της βρεφικής και παιδικής θνησιμότητας.

Η βελτίωση, από την άλλη πλευρά, των ληξιαρχικών εγγραφών (καθώς συχνά δεν καταγράφονταν στο παρελθόν ο θάνατος των νεογνών ή καταγράφονταν οι θάνατοι σε άλλη περιοχή από τον τόπο κατοικίας του αποθανόντος) τις τελευταίες δεκαετίες μας δίνει τη δυνατότητα να επεξεργαστούμε ακριβή στοιχεία και να αποκτήσουμε μια πιο σφαιρική άποψη για τη θνησιμότητα του πληθυσμού των συγκεκριμένων δήμων που εξετάστηκαν και της χώρας γενικότερα.

Καταλήγοντας, έπειτα από μια σύντομη αναφορά στην εξέλιξη της θνησιμότητας όπως αυτή καταγράφηκε, πρέπει να επισημανθεί πως ύστερα από την επεξεργασία του πρωτογενούς υλικού, που συγκεντρώθηκε με μεγάλη δυσκολία, παρατηρήθηκε μείωση σημαντική της βρεφικής και μητρικής θνησιμότητας παράλληλα με την παιδική και εφηβική από τις αρχές του 1945 ως το 1970, γεγονός που συνέβαλε στην ανανέωση του πληθυσμού. Παράλληλα, βάσει των στατιστικών στοιχείων, μειώθηκε και το ποσοστό της γεροντικής θνησιμότητας, γεγονός που προκαλεί ωστόσο και θα συνεχίσει να προκαλεί τη γήρανση του πληθυσμού, που είναι πλέον αναμενόμενη, αν και έχει αυξηθεί τις τελευταίες δεκαετίες αισθητά το όριο της προσδοκώμενης ζωής, εφόσον δεν αυξηθεί παράλληλα και η γεννητικότητα.