

ОСОБЕНОСТИ МОРТАЛИТЕТА СТАНОВНИШТВА ЈУГОИСТОЧНЕ СРБИЈЕ

Резиме

У раду се истражују тенденције у кретању mortalитета становништва југоисточне Србије. Трага се за одговором на питање у којој мери је присутна диференцираност између mortalитета становништва југоисточне Србије и Републике Србије? Компаративном анализом је утврђена позиција овог региона на mortalитетној карти Србије са посебним освртом на процес кардиоваскуларне транзиције. За потребе ове анализе приступило се следећим релевантним показатељима: стандардизована стопа mortalитета, очекивано трајање живота и mortalитет одојчади. У циљу побољшања тренутне ситуације неопходно је свеобухватно деловање (превенција, здравствена едукација, стил живота) које би садржало кооперацију на глобалном и локалном нивоу. Управо је зато детаљно демографско истраживање mortalитета на административним јединицама нижим од републике од критичног значаја за даљи развој политика и усмеравања напора ка смањењу високог mortalитета у специфичним старосним групама.

Кључне речи: mortalитет, југоисточна Србија, старење, кардиоваскуларна транзиција.

Увод

У овом раду се истражују тенденције у кретању mortalитета становништва јужне и источне Србије. Трага се за специфичностима које су условиле високе вредности mortalитета, као и за одговором на питање у којој мери је присутна диференцираност између mortalитета становништва посматраног региона и Србије? Откривање узрока који су иницирали разлику у смртности становништва представља занимљив изазов, али и указује у ком правцу би требало усмерити напоре ка обарању mortalитета у јужној и источној Србији. Аналогно наведеним циљевима фундамент рада представља истраживање сличности и разлика у погледу смртности становништва Региона јужне и источне Србије и Републике Србије. Компаративном анализом биће сагледана позиција овог региона у погледу смртности на mortalитетној карти Србије. Боље познавање остварених промена у

старосном моделу смртности становништва у региону било би од несумњивог значаја за разумевање евидентних диспропорција. Међутим, у оваквим детаљним анализама ограничавајући фактор су извори података и ниво за који су они публиковани. Зато се у сврху једне детаљније анализе приступило примени различитих метода и низа релевантних индикатора: стандардизованих стопа mortalитета, очекиваног трајања живота, mortalитет-тета одојчади. Метод индиректне стандардизације mortalитета требало би ближе да расветли утицај старосне структуре у односу на дејство социо-економских фактора. Такође, у раду је утврђен стадијум кардиоваскуларне транзиције у јужној и источној Србији јукстапозициониран оним у Републици.

Имајући у виду актуелну административно територијалну поделу Србије, за потребе овог рада mortalитетна анализа је акцентирана на Статистички регион јужне и источне Србије (RS22). Међутим, сагледавање тенденција у домену смртности базира се на два нивоа. На првом нивоу карактеристике mortalитета целог региона су компарирани са републичким. С обзиром на то да у оквиру самог региона постоје диспропорције у mortalитетним одликама, анализа смртности такође је спроведена на нивоу индикативно одабраних области и општина. Издвојене су општине и области са карактеристичним патернима mortalитета.

Компаративном анализом покривен је временски период од краја 20. века до данас. Два момента иницирају потребу да се пажња посвети овом дводеценијском раздобљу. Први је тај што је од кључног интереса спознати тренутну mortalитетну ситуацију. Други разлог се односи на ограниченост неопходних података о mortalитету према узроцима смрти, који су све мање доступни и поуздани што се даље иде у прошлост.

Поређењем са европским земљама које су постигле импресивне резултате у погледу обарања смртности становништва, евидентно је да у Србији постоји доста простора за реализацију позитивних промена и даље, интензивније смањење смртности. Неопходно је свеобухватно деловање (превентива, здравствена едукација, стил живота) које би садржало кооперацију на глобалном и локалном нивоу. Управо је зато детаљно демографско истраживање mortalитета на административним јединицама нижим од републичког нивоа од критичног значаја за даљи развој политика и усмеравање напора ка смањењу високог mortalитета у специфичним старосним групама.

Тенденције у кретању mortalитета

Снижавање смртности одојчади – Mortалитет одојчади је један од најрепрезентативнијих индикатора смртности становништва, али и одраз социо-економске развијености и општег система јавног здравља. Закључци стечени анализом овог показатеља могу послужити у постављању

претпоставки када је у питању морталитет целокупне популације. У том погледу, приликом анализе морталитета становништва југоисточне Србије од посебне важности је сагледати у току последње деценије интензитет и правац промена у нивоу смртности деце млађе од годину дана.

Евидентно је неколико важних констатација када се пореди ниво смртности одојчади Региона јужне и источне Србије (Табела I), не само са просечном вредношћу на нивоу Републике, већ и са нивоом у осталим статистичким регионима³⁵.

Према подацима, на почетку 21. века (2002) биле су присутне умерене разлике између приказаних територија у погледу нивоа смртности одојчади. Вредност показатеља у југоисточној Србији (10,5‰) незнатно је била изнад републичког просека, али нижа од највеће регистрованог нивоа у Београдском региону (11,0‰). Различитост у корист Региона јужне и источне Србије може се окарактерисати као неуобичајена, имајући у виду економске карактеристике Београдског, уједно и најурбанијег региона Србије. Током последње деценије, неуједначен интензитет промена у нивоу смртности одојчади елиминисао је релативну хомогеност с почетка посматраног периода. Тако су 2010. године на нивоу статистичких региона уочљивије диспропорције у вредностима смртности деце млађе од годину дана. Компарирање индикатора упућује да се морталитетна ситуација у Региону јужне и источне Србије може оценити као неповољнија и са израженијом разликом него 2002. године. У актуелном тренутку овај регион има највишу вредност морталитета одојчади и то је заправо једини регион који није забележио значајније смањење у периоду 2002–2010.

Табела I – Смртност одојчади у Републици Србији 2002. и 2010. год. по регионима

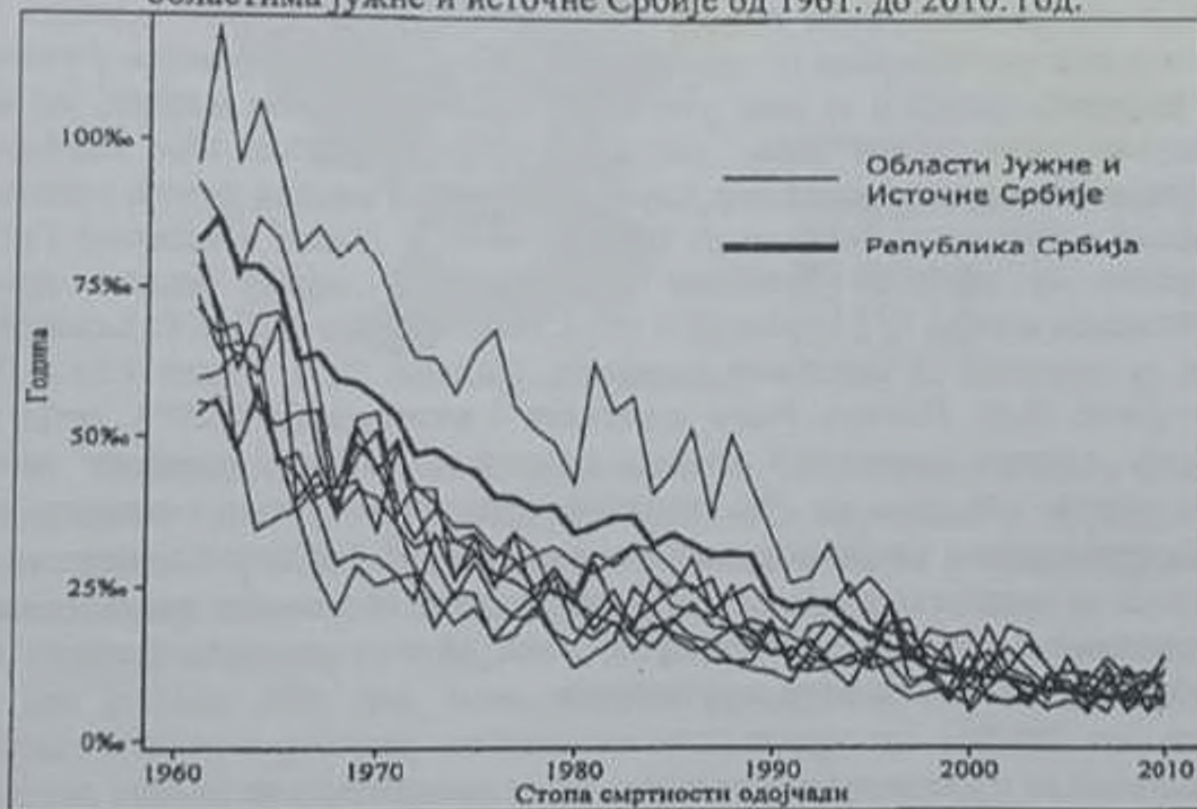
Регион	2002.		2010.	
	Умрла одојчад/ Живорођени	Стопа смртности одојчади	Умрла одојчад/ Живорођени	Стопа смртности одојчади
Србија	790/ 78 101	10,1‰	460/ 68 304	6,7‰
Београдски регион	179/ 16 342	11,0‰	108/ 18 262	5,9‰
Регион Војводине	188/ 20 030	9,4‰	94/ 18 145	5,2‰
Регион Ш. и з. Србије	224/ 22 794	9,8‰	129/ 18 305	7,0‰
Регион ј. и и. Србије	199/ 18 935	10,5‰	129/ 13 592	9,5‰

Извор: (РЗС, 2012).

³⁵ Према административно-територијалној организацији Србија се дели на пет статистичких региона (ниво НУТС-2), али имајући у виду да РЗС након 1998. године не располаже са подацима за АП Косово и Метохија, и да се анализа смртности базира не периоду 2002–2010, проучавање не обухвата регион Косово и Метохија.

Овај податак мора се сагледати у контексту варијације коришћеног показатеља од године до године. Варијација стопе mortalитета одојчади у областима (НУТС-3) које припадају Региону јужне и источне Србије је велика, док су варијације на нивоу Србије значајно мање (Графикон I и Табела II). Изражене годишње осцилације су нарочито видљиве код мањих административних јединица, али је занимљиво да су све области, изузев Пчињске, до средине 1990-их имале стопе mortalитета одојчади испод републичког просека, а да је након тога дошло до преокрета. Графички приказ тенденција у кретању смртности одојчади јасно илуструје да је у првој деценији 21. века, у већини случајева, стопа mortalитета одојчади била виша у областима јужне и источне Србије у односу на просечне вредности за Србију. Иако је смртност одојчади у посматраном региону последњих 50 година спуштена на ниво испод 10‰, остварени ниво у другим регионима Србије, и посебно европска искуства³⁶, јасно показују да постоји простора за даљи напредак.

Графикон II – Кретање стопе смртности одојчади у Републици Србији и областима јужне и источне Србије од 1961. до 2010. год.



Извор: (РЗС, 2012)

³⁶Стопа смртности у државама Европске уније има тренд конвергенције ка нивоу од испод 3‰ (MacDormann MF, Mathews, Mohangoo, Zeitlin, 2014).

Почетком посматраног периода највиша стопа смртност деце млађе од годину дана забележена је у пиротској области (15,6‰), а значајније нижа, уједно и најмања вредност регистрована је у Подунавској области (6,4‰). Поред Подунавске, још три области (Браничевска, Борска и Типличка) су у том периоду имале вредности индикатора испод републичког просека.

Најновији подаци показују да промене у кретању морталитета одојчади по областима нису биле истог смера, да је у три од девет области региона чак дошло до повећања морталитета најмлађих. Мада је распон вредности значајно сужен: између 6,1‰ у Подунавској и 11,2‰ у Борској области, само је Подунавска област имала вредност морталитета одојчади испод републичког просека. Актуелни ниво морталитета одојчади, у Региону јужне и источне Србије, као и у областима које су регистровале смањење током раздобља 2002–2010, упућује да постоји доста простора за даље снижавање морталитета најмлађих.

Табела III – Смртност одојчади у областима јужне и источне Србије

Области	Стопа смртности одојчади	
	2001-2003.	2008-2010.
Регион јужне и источне Србије	10,5‰	9,5‰
Борска област	8,7‰	11,2‰
Браничевска област	6,5‰	8,4‰
Зајечарска област	10,4‰	7,7‰
Јабланичка област	15,3‰	9,6‰
Нишавска област	12,9‰	8,9‰
Пиротска област	15,6‰	8,2‰
Подунавска област	6,4‰	6,1‰
Пчињска област	9,3‰	10,1‰
Топличка област	9,9‰	6,3‰

Извор: (РЗС, 2012)

Продужење очекиваног трајања живота – С обзиром на чињеницу да старење популације има одлучујућу улогу у погледу висине општих стопа морталитета, у циљу стицања праве слике о морталитетним условима у јужној и источној Србији, осврнућемо се на тренд промене очекиваног трајања живота, као синтезног показатеља морталитета. Очекивано трајање живота на дан рођења је показатељ помоћу кога може да се сагледа

целокупна морталитетна ситуација у некој популацији, јер је то показатељ који инкорпорира смртност свих старости. Као и у случају вредности за морталитет одојчади, вредности овог показатеља непосредно упућују на друштвено-економски развој неког подручја и здравствени ниво популације. Неоспорно, вишедеценијски позитивне тенденције у кретању смртности по старости, евидентне кроз смањење смртности деце млађе од годину дана, али и пад морталитета у осталим старосним групама, условиле су пораст ОТЖ-а, који у посттранзиционом добу представља један од важнијих фактора пораста удела старих (65 и више) у укупном становништву.

Динамика очекиваног трајања живота по полу била је позитивног карактера и истоветна, с обзиром да су приказане области забележиле пораст индикатора на крају посматраног периода у односу на 2001–2003. годину (Табела IV). Највишу вредност ОТЖ-а мушког становништва 2001–2003. бележио је регион Шумадије и западне Србије (70, 33), а код женске популације Београдски регион (75, 52). Вредности у југоисточној Србији (69, 96 односно 74, 82) биле су сличне регистрованим вредностима у Републици, и једино веће него у региону Војводине (68, 23 односно 74, 13).

Табела V – Очекивано трајање живота за одабране године по регионима Републике Србије

Региони	2001–2003.		2010–2012.	
	Мушкарци	Жене	Мушкарци	Жене
Србија	69,60	74,95	71,96	77,12
Београдски регион	70,04	75,52	73,03	78,13
Регион Војводине	68,23	74,13	70,78	76,50
Регион Ш. и з. Србије	70,33	75,43	72,45	77,23
Регион ј. и и. Србије	69,96	74,82	71,67	76,73

Извор: (РЗС, 2013) и (РЗС, 2009).

У представљеним регионима нешто веће повећање ОТЖ-а регистровано је код мушког становништва, а изузетак у том погледу представља Регион јужне и источне Србије, с обзиром да га карактеризује незнатно веће повећање код женске популације (1,91 на према 1,71 године). Очигледно је да су се промене у смртности по полу одвијале спорије у Региону јужне и источне Србије, с обзиром на то да у току последње деценије овај регион региструје најмање продужење ОТЖ-а и то код оба пола. Разлика је евидентна када се компарирају вредности за Београдски регион (за мушко – 2,99, за женско – 2,61 године) са забележеним вредностима у југоисточној Србији (за мушко – 1,71, за женско – 1,91 године).

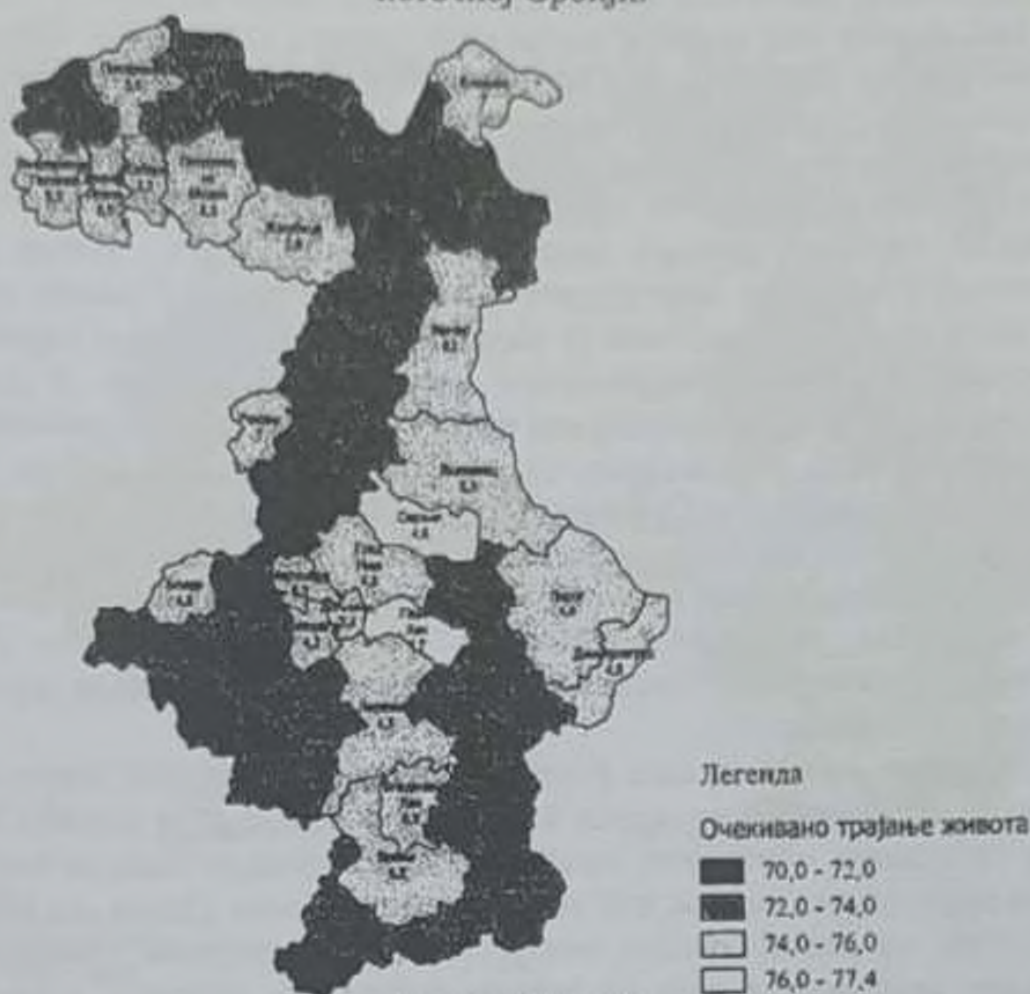
Према најновијим расположивим подацима (2010–2012.) најдуже очекивано трајање живота, и то код оба пола, региструје Београдски регион (73,03 односно 78,13), а најкраће регион Војводине (70,78 односно 76,5). Актуелна вредност ОТЖ-а по полу у јужној и источној Србији (71,67 односно 76,73) указује на неопходност и могућност даљег продужења, што би имплицирало приближавање подручјима, земљама³⁷ са најбољим оствареним резултатима.

Приметно је да не постоји јасна диференцијација у дужини очекиваног трајања живота међу различитим деловима овог региона (Карта I). Разлика у ОТЖ-а између суседних општина Алексинца и Сврљига је чак 7,7 година. Са друге стране, ипак је приметно да општине са великим градским центрима претежно имају дуже очекивано трајање живота од руралнијих општина. Најниже вредности ОТЖ карактеришу општине Кучево, Алексинац и Прешево. Највише вредности забележене су у Нишавској области са изузетком Алексинца.

Једна од важних одлика mortalитета, а самим тим и очекиваног трајања, у свим људским популацијама јесте полна диференцијација тј. чињеница да жене живе дуже од мушкараца. Било да је биолошки или културолошки условљена (а најчешће је комбинација ових фактора у питању) та диференцијација и те како утиче на очекивано трајање живота, јер неке општине имају веома ниско очекивано трајање живота због повишеног mortalитета мушке популације. Када би мушкарци живели дуже и очекивано трајање живота целе популације би било веће. У јужној и источној Србији општине са највећом разликом у очекиваном трајању живота између мушкараца и жена су Голубац (9,8 год.), Мало Црниће (9,4) и Бољевац (9,1), док су општине са најмањом разликом: Медвеђа (1,1), Гацин Хан (1,7) и Жагубица (2,6). Постоји блага негативна корелација ($r = -0,2908$, $p = 0,0178$) између дужине очекиваног трајања живота и краћег очекиваног живота мушкараца, али само се 7% варијације очекиваног трајања живота може објаснити краћим животним веком мушкараца ($R^2 = 0,0703$). То значи да ова разлика не представља најважнији фактор дужине очекиваног трајања живота у општинама јужне и источне Србије, већ да постоје други фактори који утичу на mortalитет и жена и мушкараца.

³⁷ Посматрано с међународног аспекта, најдуже ОТЖ-а за мушкарце у 2011. је у Катару (83), а за жене у Јапану (86), (Детаљне таблице mortalитета за Републику Србију).

Карта I – Очекивано трајање живота за укупну популацију и разлика у очекиваном трајању живота између жена и мушкараца³⁸ 2013. год. у јужној и источној Србији.



Извор: (РЗС, 2014).

Стандардизована стопа морталитета – Прецизнију анализу разлика у морталитету омогућавају стандардизоване стопе морталитета. За разлику од опште стопе морталитета, стандардизована стопа узима у обзир структуру становништва, па нам даје реалнију слику морталитетних услова.

Други показатељ, који је већ коришћен, је очекивано трајање живота на дан рођења који има мане, јер се конструише на основу таблица морталитета које узимају имагинарну популацију од 100.000 као корен таблице, тако да се специфичне стопе морталитета примењују на имагинарне старосне категорије формиране на основу стопе доживљења из једне

³⁸ Показатељ разлике на Карти I, означен на карти бројем испод имена општина, представља разлику између очекиваног трајања живота жена и мушкараца. Пошто је у готово свим људским популацијама ова разлика у корист жена, тј. жене живе дужи, подразумева се да су све вредности позитивне. разлика = $e_{0,f} - e_{0,m}$

посматране године, а не реалне структуре становништва, која је резултат целокупног демографског развитка.

Према овом показатељу (Табела IV), који од свих доступних индикатора најбоље³⁹ рефлектује стање у погледу морталитетне ситуације у различитим територијалним јединицама, Регион јужне и источне Србије је у лошијој ситуацији од просека у Републици. Изненађује чињеница да је то случај чак и у Нишавској области за коју би се могло очекивати да има бољу морталитетну ситуацију од републичког просека, због великог градског центра и значајних потенцијала да пружи напредне здравствене услуге целој области, па и региону.

Табела VI – Стандардизована стопа морталитета за области јужне и источне Србије 2002. и 2011. године

	2002.		2011.	
	<i>m</i>	<i>m</i> '	<i>m</i>	<i>m</i> '
Србија	13,7‰	13,7‰	14,2‰	14,2‰
Борска област	15,0‰	15,11‰	18,18‰	16,75‰
Браничевска област	16,4‰	17,53‰	18,76‰	18,08‰
Зајечарска област	18,7‰	20,04‰	20,97‰	20,28‰
Јабланичка област	14,1‰	13,65‰	16,25‰	14,49‰
Нишавска област	13,9‰	14,82‰	14,5‰	15,48‰
Пиротска област	16,7‰	17,96‰	17,15‰	18,62‰
Подунавска област	13,5‰	13,29‰	13,82‰	13,92‰
Пчињска област*	11,4‰	10,88‰	15,44‰	12,71‰
Топличка област	16,4‰	15,35‰	15,06‰	15,8‰

Извор: За структуру (РЗС, 2003) и (РЗС, 2012), за специфичне стопе смртности (The WHO Regional Office for Europe, 2014)

Према стандардизованим стопама морталитета, једина област, ако се изузме Пчињска⁴⁰, са бољом морталитетном ситуацијом у односу на просек Србије је Подунавска област која, *de facto*, ни по једном другом критеријуму осим статистичког и не припада Региону јужне и источне Србије. Јабланичка

³⁹ Још бољи показатељ за поређење ефикасности здравственог система била би стандардизована стопа предупредивог морталитета (Galjak, 2014). Републички завод за статистику, међутим, не објављује податке виталне статистике потребне за израчунавање овог показатеља за ниво нижи од републичког.

⁴⁰ При анализи важно је напоменути да демографске показатеље који се односе на Пчињску област треба посматрати у контексту непоуздане статистике, тј. непотпуног прикупљања података на територијама општина Прешево и Бујановац. Подаци о структури становништва преузети су из пописа 2002. и 2011. Пописи су делимично бојкотовани на територијама општина Бујановац и Прешево. Према процени РЗС, на основу пописа пољопривреде 2012. год., број становника 2011. у Бујановцу је био 38230, у Прешеву 27140, док је попис становништва показивао да је те године Бујановац имао 18067, а Прешево 3080 становника.

област је 2002. године имала нешто нижу стандардизовану стопу морталитета од оног на нивоу Републике, али таква ситуација није истрајала до 2011. године. Најнеповољнија ситуација је у Зајечарској области, где ова стопа прелази 20%. Занимљива је велика дискрепанција између стандардизоване стопе морталитета и очекиваног трајања живота у случају Зајечарске области⁴¹, и она се може објаснити само методолошким разлозима. Због поменутог начина на који се рачуна ОТЖ, смртност млађих категорија више утиче на висину овог показатеља од смртности старијих. Зајечарска област, већ је установљено, има, за услове у Србији, релативно нижу стопу смртности одојчади. Можемо само да претпоставимо да је смртност младих у Зајечарској области такође нижа у односу на смртност старих у поређењу са осталим областима⁴².

Структура морталитета према категоријама узрока смрти

Када је анализа структуре морталитета према узроку смрти у питању, увек се као главно намеће питање кардиоваскуларних болести. Термин кардиоваскуларна транзиција се односи на прелазак са високог на низак ниво морталитета од кардиоваскуларних болести. Та транзиција, за разлику од прве епидемиолошке⁴³, још увек није завршена. Најразвијеније државе и даље воде борбу и постепено смањују морталитет изазван овим болестима. Најдаље у тој борби отишла је Француска у којој је удео умрлих од кардиоваскуларних болести најмањи (испод 30%). У Србији је удео знатно виши (преко 53%)⁴⁴. Карта II је конструисана тако да нам прикаже напредак који је у последњих 16 година направљен у јужној и источној Србији у домену ове транзиције. Тај напредак, иако значајан, не може да се пореди са напретком који су за исти временски период направиле друге европске државе, али може да се пореди са напретком оствареним у остатку

⁴¹ Види Табелу II и Карту I за очекивано трајање живота.

⁴² Ову претпоставку за сада није могуће потврдити, јер Републички завод за статистику не објављује податке о специфичном морталитету на нивоу нижем од региона. Ипак, осим наведених индиција, требало би имати у виду и чињеницу да ова област има веома ниску стопу морталитета од екстерних узрока смрти, који су карактеристични за млађу популацију.

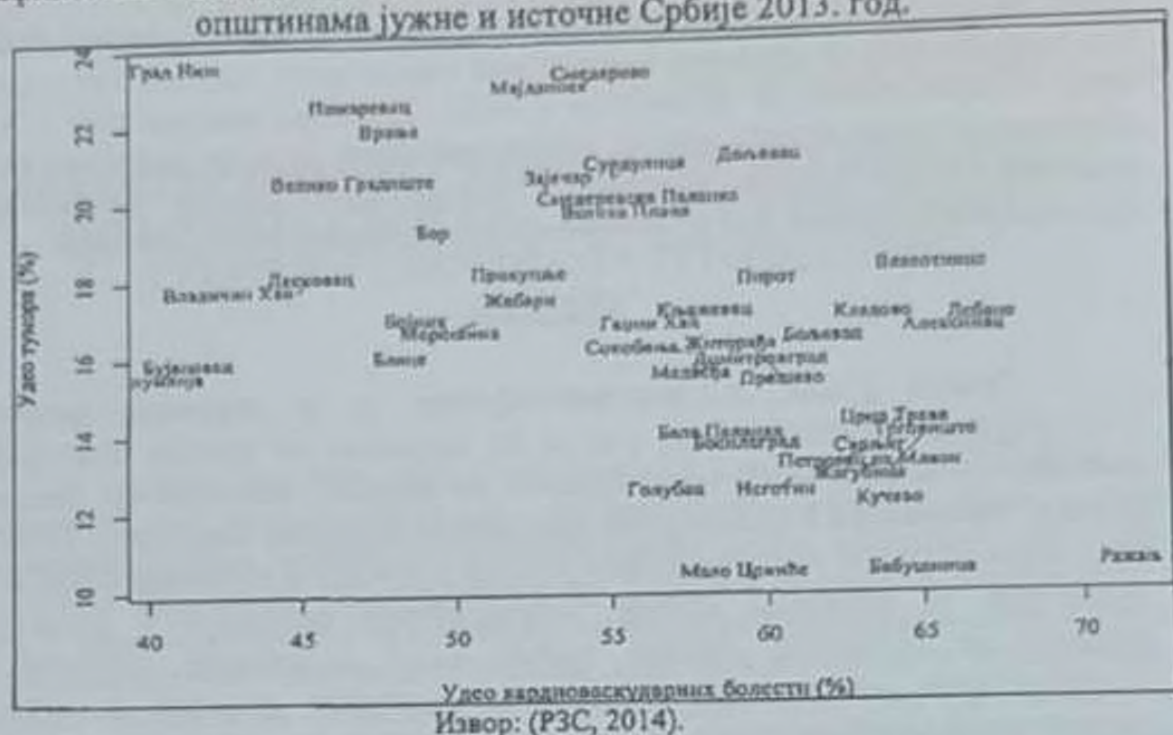
⁴³ Још седамдесетих година прошлог века Омран (1970) је формулисао своју теорију епидемиолошке транзиције. Она се односила на, тада рапидно, обарање морталитета од инфективних и паразитарних болести. Данас је број умрлих од тих болести у развијеним земљама занемарљив. Од краја двадесетог века до данас у развијеним земљама примећен је и тренд обарања морталитета од кардиоваскуларних болести.

⁴⁴ Постоје државе у Европи у којима је стопа морталитета од кардиоваскуларних болести знатно виша од оне у Србији (нпр. Бугарска, Румунија и сл.). Између Србије и Француске је ипак много држава Европске уније. Од бивших република Југославије најдаље је отишла Словенија, која може да се пореди са државама као што је Данска када је у питању кардиоваскуларна транзиција.

Републике. Регион као целина остварио је напредак од око 3% током 16 година, али на карти су приметни примери општина које су направиле значајне помаке, као што су Блаце, Куршумлија, Владичин Хан и Бабушница, мада има и оних код којих је тренд ретроградан, као што су Петровац на Млави и Лебане. Град Ниш, као макрорегионални центар, који је много боље опремљен од остатка региона, има ниске стопе смртности од кардионаваскуларних болести и најдаље је одмакао у поменутој транзицији (40,9%). Хроничност многих кардионаваскуларних узрока смрти сугерише да ургентност третмана акутних здравствених проблема није једина значајна компонента у обарању морталитета у овој категорији. Редовни прегледи, доступност лекара специјалиста (у овом случају кардиолога) је веома важна. Стратегија за обарање морталитета уопште, а нарочито у руралним срединама мора да буде фокусирана на „демократизацију“ здравствене неге. Помаци постигнути у последњих 16 година нису довољни. Србија, а према изнетим подацима, и овај регион, касне у кардионаваскуларној транзицији. Ефикаснији систем здравствене заштите, као и промена свести о примарној, секундарној превенцији и промени стила живота су неопходне како би се даље наставило обарање морталитета од кардионаваскуларних болести. Поређење са развијеним земљама указује да постоји велики простор за његово даље обарање.

С друге стране, пракса у државама које су у великој мери смањиле морталитет од кардионаваскуларних болести показала је да је следећа баријера на коју се наилази морталитет од неоплазми, тј. тумора. Када се морталитет од једне врсте узрока смањи, као по принципу спојених судова, он мора да се манифестује на неком другом месту. Кардионаваскуларном транзицијом се објашњава раст морталитета од тумора последњих деценија у развијеним државама. Удео тумора у укупној смртности у посматраном региону (18,46%) је нижи од оног на нивоу Републике (21,58%). Једно од тумачења за разлике је број непознатих узрока смрти који је виши у јужној и источној Србији (6,94%), од оног у целокупној Србији (4,42%), као и мисатрибуција другим категоријама, нарочито кардионаваскуларним болестима. То је свакако један од фактора који утичу на поменуту разлику. Такав исти начин размишљања може да се примени и на поједине мале руралне општине, код којих витална статистика није на нивоу оне у великим градовима попут Ниша.

Графикон III – Однос mortalитета од кардиоваскуларних болести и тумора у општинама јужне и источне Србије 2013. год.



Извор: (РЗС, 2014).

Смртност од тумора је у порасту у целој Србији (Maginković, 2012), што се само делимично може објаснити кардиоваскуларном транзицијом и бољом дијагнозом и статистиком. Старењем популације се свакако повећава број умрлих од тумора. Бејби бум генерација је у протекле две деценије дошла у године (50+) када тумори повезани са понашањем почињу масовно да се манифестују. Ово се пре свега односи на пушење. Србија је према преваленцији пушења у самом светском врху, а према броју попушених цигарета по становнику друга у свету, после Грчке (WHO, 2008). Ово је нарочито значајно с обзиром на то да је инциденција свих тумора веома снажно позитивно корелирана са бројем попушених цигарета. Тумори бронхија и плућа су најзаступљенија локализација тумора у Србији. Интересантна је чињеница да је смртност од тумора за које постоје скрининг методе много виша у Србији него у развијеним државама Европске уније. За разлику од кардиоваскуларног mortalитета, mortalитет изазван туморима није тако лако спустити. Зато тренутно и представља баријеру коју су некада представљале инфективне

углавном комунистичке државе чија је централистичка организација била сјајна за сузбијање инфективних болести, али да је таква организација лоша код болести које су изазване понашањем током целог живота, где појединац треба континуирано да брине сам о себи. Промена менталитета у смислу патерналистичког односа државе према грађанима била би пожељна, али не и довољна. Само велика улагања у здравствени систем, по угледу на најразвијеније државе, могу значајно оборити морталитет од тумора.

Закључак

Регион јужне и источне Србије је у изразито неповољној демографској ситуацији. Овај рад се не задржава на другим демографским показатељима који сведоче у прилог ове тврдње, као што су: недовољно рађање, емиграција и резултујућа неповољна старосна структура. Поље овог рада била је оцена морталитетних услова у јужној и источној Србији. Иако упоредива са остатком Србије, морталитетна ситуација у посматраном региону је приметно лошија према свим испитаним критеријумима. Компаративна анализа је указала на присутне разлике у актуелним вредностима морталитетних индикатора, не само између региона и Србије, већ и у оквиру самог региона (девет области) у коме постоје изразите диспропорције. Тенденције у кретању морталитета југоисточне Србије, током последње деценије, имале су исти смер републичких токова у погледу смањења смртности одојчади и продужења ОТЖ-а. Аспекти у којима југоисточна Србија "касни" у односу на Републику, и остале регионе (ниво НУТС-2) односи се на спорији интензитет промена морталитетних трендова. У периоду 2002–2010., једини регион, који није регистровао значајније смањење нивоа смртности одојчади, и који карактеризује најмање продужење ОТЖ-а и то код оба пола, је управо Регион јужне и источне Србије. Имајући у виду сигнификантност наведених индикатора, особености морталитета становништва југоисточне Србије могу се оценити као незадовољавајуће. Посматрано по областима (НУТС-3) диференцираност је најевидентнија у нивоу смртности деце млађе од годину дана, као и у општој и стандардизованој стопи морталитета. Највеће разлике детектоване су баш помоћу стандардизоване стопе морталитета. Област која се истиче по високој стандардизованој стопи смртности је Зајечарска област. Детаљнија анализа ове области је стога упутна, иако је тренутно, због недостатка података тешко остварива. Анализа смртности према узроцима смрти издвојила је општину Алексинач према висини морталитета од кардиоваскуларних болести, много вишој од осталих општина Нишавске области.

Приказана анализа указује да се морталитетна ситуација становништва јужне и источне Србије може окарактерисати као неповољна, и да постоји доста простора за реализацију позитивних промена у домену

смртности становништва, с посебним акцентом на њихово интензивније одвијање. То се једино може постићи већим улагањем у здравство, демократизацијом здравствених услуга и променом свести о сопственом здрављу у циљу примарне превенције.

Литература

- Devedžić, M. (2006). *O prirodnom kretanju stanovništva*. Београд: Zavod za udžbenike.
- Galjak, M. (2014). Preduprediv mortalitet u Srbiji i Evropskoj uniji – komparativna analiza. *Demografija*, 135–145.
- MacDorman MF, Mathews, T., Mohangoo, A., & Zeitlin, J. (2014). International comparisons of infant mortality and related factors: United States and Europe, 2010. *National Vital Statistics Reports*, 63.
- Marinković, I. (2012). Uzroci smrti u Srbiji od sredine 20. veka. *Stanovništvo*, 89–106.
- Meslé, F. (2004). Mortality in Central and Eastern Europe: long-term trends and recent upturns. *Demographic Research*, 45–70.
- Omran, A. (1971). The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. *Milbank Quarterly*, 83, 731–757.
- The WHO Regional Office for Europe. (2014, February 25). *WHO/Europe |Offline version*. Преузето са WHO/Europe: <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-detailed-mortality-database-dmdb2/offline-version>.
- Vallin, J., Meslé, F. (2004). Convergences and divergences in mortality. A new approach to health transition. *Demographic Research*, 11–44.
- WHO. (2008). *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic*. Geneva: World Health Organization.
- РЗС. (1999). *Општине у Републици Србији, 1998*. Београд: Републички завод за статистику.
- РЗС. (2003). *СТАНОВНИШТВО: попис становништва, домаћинства и станова у 2002. 2, Пол и старост: подаци по насељима*. Београд: Републички завод за статистику.
- РЗС. (2009). *Скраћене апроксимативне таблице морталитета за Републику Србију 2002–2008*. Београд: Републички завод за статистику.
- РЗС. (2012). *Природно кретање становништва у Републици Србији, 1961–2010*. Београд: Републички завод за статистику.
- РЗС. (2012). *Старост и пол*. Београд: Републички завод за статистику.
- РЗС. (2013). *Скраћене апроксимативне таблице морталитета за Републику Србију 2009–2012*. Београд: Републички завод за статистику.
- РЗС. (2014). *Општине и региони у Републици Србији, 2014*. Београд: Републички завод за статистику.

Marko Galjak,
Ivana Magdalenić,
Gordana Vojković

PARTICULARS MORTALITY POPULATION OF SOUTHEAST SERBIAN

Abstract

The main goal of this paper is to further research mortality trends of the population of Southeastern Serbia. The question arises: is distinctiveness of the region reflected in differentiation of mortality from that in the republic as a whole? Comparative analysis places this region on the "mortality map" of Serbia with the accent on the process of cardiovascular transition. For this analyses the following indicators were used: standardized mortality rate, life expectancy at birth and infant mortality rate. A comprehensive effort is needed (prevention, health education, lifestyle change) on all levels in order to improve the existing situation. That is exactly why detailed demographic research of lower levels of administrative units is crucial to for further development of policies and directing of effort to bring down the mortality of specific age groups.

Key words: mortality, Southeastern Serbia, aging, cardiovascular transition.