

Демографски преглед

Београд

Година XIX

Број 71/2019

ЗАШТО ЖЕНЕ ЖИВЕ ДУЖЕ ОД МУШКАРАЦА?

Теза о дуговечности жена у односу на мушкарце се већ дуго не доводи у питање. Познато је да готово нема земље на свету у којој просечно дуже живе мушкарци од жена. Кроз историју дешавало се да у појединим годинама смртност жена у фертилном периоду подигне укупни морталитет те популације условљавајући ниже очекивано трајање живота у односу на мушкарце, али су такве појаве краткорочне. Државе у којима се данас спорадично јави већа смртност женске популације су у најнеразвијенијем делу Африке и Азије, где је положај жена изузетно неповољан. Процене за читав свет показују да жене просечно дуже живе око две године. Наравно не постоји јединствен образац смртности по земљама и разлика у морталитету по полу се значајно разликује. Европа као мали, али по овој теми сложен и изузетно хетероген континент, је добар пример. Разлике међу државама у диференцијалној смртности по полу се крећу од 12 година у Русији и Литванији до свега 2 године у Албанији.

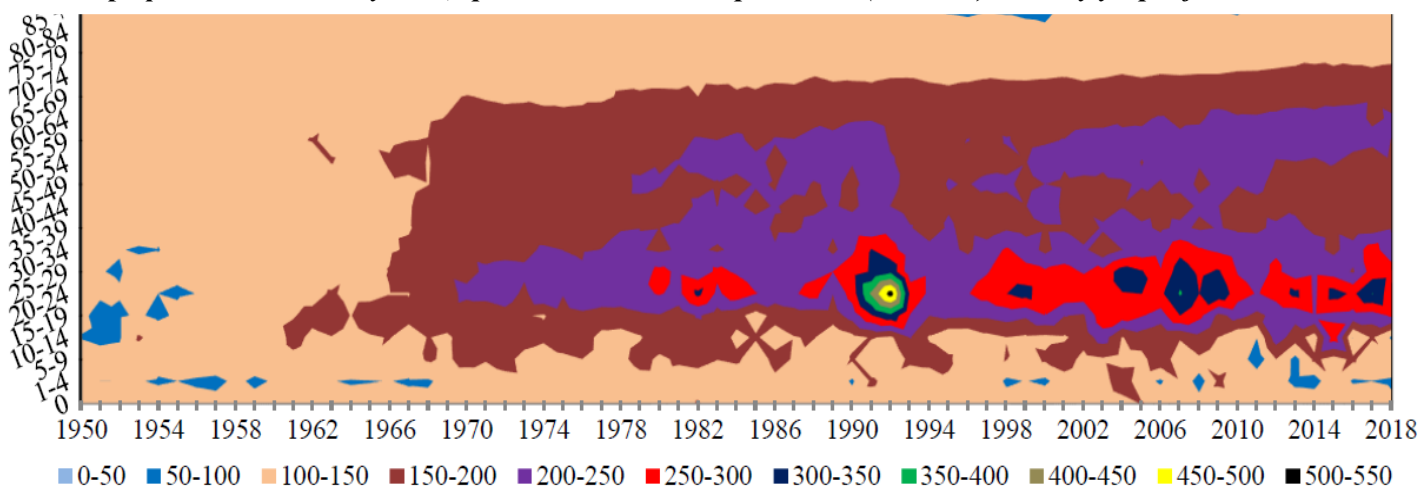
Жене у Србији дуговечније од мушкараца

Са великом поузданошћу података статистика смртности у Србији¹ може да се прати од средине 1950-их и она несумњиво показује вишу смртност мушкараца. Апсолутна разлика је континуирано

расла од 3 до 6 година почетком деведесетих, да би се потом стабилизовала и износи око 5 година. При актуелним специфичним стопама смртности новорођенче женског пола очекује 78, а мушког 73 године живота. Посматрано у европским оквирима очекивано трајање живота при живорођењу код оба пола је релативно ниско, а разлика умерена. Поређењем са другим државама, посебно су жене у Србији у неповољном положају, односно налазе се на самом дну европске лествице.

Анализа смртности по полу показује (графикон 1) да је све до средине 1960-их разлика у морталитету код готово свих старосних кохорти умерена (до 50% је виша смртност мушког становништва). У ретким случајевима, и то нарочито код младих и деце, евидентирају се године у којима је смртност женског становништва виша. Тренд повећања разлике у смртности јавља се почетком 1970-их и обухвата све петогодишње старосне групе из интервала 20-64 године. Посебно се код младих 20-29 година разлика интензивира током 1970-их и 1980-их (бележи се 2,5 пута виша смртност код мушкараца). Кулминација разлике је забележена почетком последње деценије 20. века, када су ратови на просторима бивше Југославије условили највећу релативну разлику у смртности по полу. Код младих 20-24 године, морталитет мушкараца је

Графикон 1. Разлика у специфичним стопама смртности (индекси) по полу у Србији, 1950-2018.



Извор: Припремљено од стране аутора на основу података РЗС-а.

¹ Истраживање на територији Србије ограничеће се на подручје централне Србије и Војводине. Подаци за АП Косово и Метохија неће бити анализирани због непоузданости и у периоду после 1997. недоступности за ниво који је потребан у анализи.

(1990-1992) имао четири пута више вредности од женског ($mm/mf = 4,03$). Следећа највећа евидентирана разлика је у истом периоду, код старих 25-29 ($mm/mf = 3,08$). Код осталих кохорти (30-64 године) вредности диференцијалне смртности по полу су знатно ниже ($mm/mf = 2,00-2,50$). Појединачно посматрано најекстремнија година је 1992. са преко пет пута вишом смртношћу младића у односу на девојке (узраст 20-24 године). Почетком 21. века млађе средовечно мушко становништво има око 2,5 до 3 пута вишу смртност него женско.

Становништво у Србији има високе стопе смртности од болести срца и крвотока. Оне су у највећој мери одговорне за релативно ниске вредности очекиваног трајања живота код оба пола. Поред болести циркулаторног система велики удео у укупној смртности имају и неоплазме. Док кардиоваскуларна обољења имају тренд смањивања удела у укупној смртности, тумори из године у годину бележе пораст. Смртност од болести крвотока и тумора се разликује међу половима. Код кардиоваскуларних обољења општа стопа је већа код жена (јер су оне просечно старије), док је код тумора стопа већа код мушког становништва. У оба случаја специфичне стопе смртности су више у мушкој популацији. Мушкарци имају и знатно више стопе смртности од насилних узрока смрти (три пута је виша смртност).

О факторима различите смртности по полу

Феномен више смртности мушкараца дуго заокупља пажњу истраживача, а комплексност фактора који условљавају ову појаву доводи до тога да и данас није у потпуности јасно како и због чега су мушкарци вулнерабилнији пол. Старосни модел диференцијалне смртности по полу показује да се разлика у смртности јавља већ код одојчади и деце до 5 година, где дечаки имају знатно вишу стопу смртности. Разлика у смртности се смањује у узрасту 5-14 година, да би поново расла достижући врхунац код средовечног становништва. Нарочито код млађег средовечног 20-34 године, где су стопе смртности мушкараца 3-5 пута више. Затим се разлика постепено смањује код старих 60 или више година и практично се губи код најстаријег становништва. Посебна истраживања су показала да чак и у време епидемија и глади, жене и даље имају нижу смртност од мушкараца (Zarulli et al., 2018).

Хипотезе о факторима који условљавају вишу смртност мушкараца у суштини се свODE на три групе: биолошке, индивидуално понашање и културолошки контекст. Код анализе биолошких фактора разматра се генетски и хормонски утицај на вишу смртност. Различито понашање мушкараца и жена у контексту различите смртности се дефинише као

индивидуално понашање, док културолошки образац треба да објасни хетерогеност међу државама.

Много је истраживања која се баве овом тематиком и у којима су покушаји идентификовања и квантификовања узрока више смртности мушкараца. У радовима одређене групе аутора наглашава се предност биолошких фактора, а у прилог томе се наводе истраживања међу одређеним релативно затвореним заједницама, какве су неке религијске групе или калуђери и калуђерице у манастирима, где упркос релативно сличном начину живота постоји разлика у смртности по полу (Luu, 2003). Такође, виша смртност мушкараца присутна је и код најмлађих – одојчади, где нема пуно простора за разлику у понашању. Ипак, највећи број истраживача је мишљења да је утицај биолошких фактора лимитиран у односу на индивидуално понашање и да у комбинацији са друштвеним и другим утицајем средине ови узроци значајније доприносе разлици у дужини животног века мушкараца и жене.

Често се као појединачно најјачи фактор смртности, за који је одговорно индивидуално понашање, истиче пушење (Lopez, et al., 1994). Дуван је у широкој употреби од почетка 20. века, а нарочито је у првој половини века био заступљен код мушкараца, што се поклапа са периодом раста разлике у смртности по полу код већине развијених земаља (DesMeules et al., 2004). Велики број истраживача је указао на везу пушења и разлике у смртности по полу почетком 1980-их када долази до конвергенције у трендовима, а као један од најважнијих разлога за то се види шира распрострањеност дувана међу женском популацијом (Pampel, 2002). Веза алкохолизма и више смртности мушкараца такође је обрађена у многим радовима. Добро је познато да интензивно конзумирање алкохола спада у најзначајније факторе ризика за здравље становништва (Rehm et al., 2004). Употреба алкохола поред пушења и високог притиска је трећи најзначајнији фактор преране смртности (Mokdad et al., 2004). Штетна употреба алкохола представља озбиљан здравствени, економски и социјални проблем, али су присутни и ставови да је умерено конзумирање алкохола повезано са бенефитом за здравље (Mukamal, Rimm, 2001).

Поред алкохолизма и пушења, брига за сопствено здравље и други социо-економски фактори значајно могу утицати на разлику у смртности по полу. Жене чешће иду код лекара и на превентивне прегледе, а своје здравље оцењују лошије од мушкараца (Bertakis et al., 2000). Образовање је важније за здравље жена него мушкараца (Ross, Mirowsky, 2011). Брачни статус има значајнију улогу код мушког него код женског морталитета. Нежењени мушкарци наспрам ожењених просечно више пију и пуше, имају више саобраћајних незгода и ређе иду код доктора (Martikainen et al., 2005). Нижи матери-

јални и социјални статус више утиче на здравље и морталитет мушкараца (Schumacher, Vilpert, 2011).

Недостатак физичке активности и лоша исхрана су на путу да постану основни фактори превремене смртности код оних фактора на које човек може да делује (Mokdad et al., 2004). Редовном физичком активношћу постиже се контрола телесне масе, а значајно се смањују ризици оболевања од кардиоваскуларних болести, дијабетеса, рака дојки и дебелог црева (Maksimović et al., 2013). Такође, правилна исхрана је кључна за успостављање унутрашње равнотеже организма, што доводи до продужења животног века и година у добром здрављу.

Један од значајнијих фактора који условљавају вишу просечну смртност мушкараца, често помињан у литератури, је кохортни ефекат (енг. cohort effects). Генерације рођених крајем 19. и почетком 20. века имале су за време Првог светског рата, снажан диференцијални морталитет по полу креиран кроз процес ратне селекције (Caselli et al., 1987). Мушкарци који су регрутовани за војску су здравствено и психички били у предности у односу на осталу популацију. Многи су погинули, а они који су преживели често су имали велика здравствена ограничења. Све то касније током живота условило је знатно више стопе морбидитета и морталитета мушкараца у тим генерацијама.

Утицај појединих фактора на различиту смртност по полу у Србији

Анализа одређених фактора који утичу на разлику у очекиваном трајању живота по полу у Србији, показала је да се пушење издваја као појединачно најзначајнији узрок више смртности мушкараца. Елиминисањем пушења постиже се значајна промена у смртности мушкараца и жена, а разлика у очекиваном трајању живота тада би износила свега половину тренутне разлике (Маринковић, 2017). Мушкарци у Србији имају сличан образац, када се посматра пушење и утицај на смртност, као и мушкарци у источном делу Европе. Вредности спадају међу највише у Европи. Жене у Србији, такође, имају високе вредности, када је у питању конзумација дувана и по томе се значајно разликују од осталих бивших комунистичких земаља. Подаци су тек нешто испод оних које имају жене у скандинавским земљама. На овај начин може да се објасни зашто разлика у смртности по полу у Србији није виша и сличнија земљама Источне Европе. Уколико се наставе постојеће тенденције, висок удео мушкараца пушача у старости 35-69 година и релативно високе вредности код жена, разлика у смртности по полу ће стагнирати и у наредном периоду. Повећање разлике биће извесно једино ако женска популација у мањој мери настави да прихвата ризичан образац понашања мушкараца,

док до смањење може доћи искључиво из два дијагностички супротна разлога. Прва претпоставка је да жене, када је у питању конзумација дувана, интензивније повећају удео у смртности за коју је одговорно пушење, као што је случај у скандинавским земљама (где су жене у већем проценту пушачи од мушкараца), док друга претпоставка подразумева да мушкарци усвоје здравије навике и да смање удео оних који пуше. Постоје извесне тенденције да се скандинавски модел понашања све више прихвата и то нарочито код девојака. У категорији младих 15-19 година по први пут већи је проценат пушача у женској популацији него у мушкој (ИЗЈЗС-Батут, 2014).

Алкохол је у широкој употреби у Србији, а према истраживањима преко половине становништва конзумира алкохол. Мушкарци значајно чешће пију у односу на жене и према количини попијеног алкохола сврставају се у 10 најугроженијих популација у Европи (Маринковић, 2016). Посебан ризик представља ексцесивно пијење алкохола, а овакву навик, макар једном у току недеље, има 8% мушкараца и 1% жена (ИЗЈЗС-Батут, 2014).

У Србији су стопе смртности код становништва које је у браку значајно ниже него код оних ван брака (Маринковић, Радивојевић, 2018). То се нарочито односи на мушкарце, па ожењени просечно за 6-7 година дуже живе од оних ван брака. Код жена разлика није тако очигледна, али је свакако присутна. Повољнији положај мушкараца у браку се види у свим старосним групама, док је код жена предност пре свега код релативно млађих категорија, док код старих 65 или више година, нема статистички значајне разлике.

На основу разлике у стопама смртности по полу и образовању може се констатовати да ниво образовања има већи значај у морталитету жена у Србији, односно да се са већим степеном образовања и разлика у смртности по полу повећава на штету мушкараца (Маринковић, 2016). Да би се сагледала веза између појединих занимања која становништво обавља и његове смртности, потребно је располагати подацима о занимању за сва умрла лица (без категорије пензионера). Ти подаци нису доступни што у многоме ограничава анализу. Такође, тешко је изоловати утицај професије на здравствено стање појединца када је она у великој мери условљена степеном образовања, животним стандардом и другим обележјима. Треба напоменути да доступни подаци представљају свега 5% укупне смртности и да се репрезентативност може лако оспорити. Ипак на основу података који су доступни, може се констатовати да је разлика у смртности по полу, у свим професијама, виша код мушког становништва. Најмања разлика у смртности је у категорији службеника, а највећа код пољопривредника (Radivojević, Marinković, 2014).

Закључак

Жене и мушкарци не деле јединствен образац смртности нигде у свету, а мушки пол је, здравствено посматрано, слабији. Феномен више смртности мушкараца није примећен само у људској популацији, код већина сисара женке дуже живе. Фактори који утичу на диференцијалну смртност по полу су различити и најчешће их је немогуће изоловано посматрати. Поред биолошке условљености, разлика се још значајније формира услед различитог понашања мушкараца и жена. Мушка популација у просеку више конзумира дуван и алкохол, лошије се храни, мање води рачуна о сопственом здрављу и ређе иде код доктора. Такође, насилни узроци су значајнији у смртности мушкараца. Тренд здравствено ризичног понашања, који је типичан за мушки пол, у последње време се све више усваја од стране женске популације. У перспективи то значи смањивање разлике у смртности по полу. Ипак, свест о потреби да се брине за сопствено здравље глобално расте, па треба очекивати и тренутак када ће разлика постајати мања и услед позитивних трендова.

Литература

- Bertakis, K. D., Azari, R., Helms, L. J., Callahan, E. J. & Robbins, J. A. (2000). Gender differences in the utilization of health care services. *The Journal of Family Practice*, 49(2), 147–152.
- Caselli, G., Vallin, J., Vaupel, J. W. & Yashin, A. (1987). Age-specific mortality trends in France and Italy since 1900-period and cohorts effects. *European Journal of Population*, 3, 33–60. <http://www.springerlink.com/index/M746056413P227M8.pdf>
- DesMeules, M., Manuel, D. & Cho, R. (2004). Mortality: life and health expectancy of Canadian women. *BMC Women's Health*, 4, S9. doi:10.1186/1472-6874-4-S1-S9
- ИЗЈЗС-Батут (2014). *Резултати истраживања здравља становништва Србије: 2013. година*. Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”.
- Lopez, A. D., Collishaw, N. E. & Piha, T. (1994). A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control*, 3(3), 242–247. doi:10.1136/tc.3.3.242
- Luy, M. (2003). Causes of Male Excess Mortality: Insights from Cloistered Populations. *Population and Development Review*, 29(4), 647–676. doi:10.2307/1519702
- Maksimović, M., Vlajinac, H., Radak, D., Marinković, J., Maksimović, J. & Jorga, J. (2013). Relationship between abdominal obesity and other cardiovascular risk factors: cross sectional study of patients with symptomatic carotid disease. *Srpski Arhiv Za Celokupno Lekarstvo*, 141, 460–465. doi:10.2298/SARH1312758M
- Маринковић, И. (2016). Разлике у смртности становништва Србије по полу. Докторска дисертација.
- Маринковић, И. (2017). Пушење као основни фактор превентабилне смртности у Србији. *Становништво*, 55,1, 87–106. DOI: 10.2298/STNV170610001M
- Маринковић, И. (2018). Демографска анализа разлике у смртности мушког и женског становништва. *Демографија*, 15, 1–17. DOI:10.5937/demografija1815001M
- Маринковић, И., Б. Радивојевић (2018). Утицај брачности на смртност становништва у Републици Србији. *Зборник Матице српске за друштвене науке*, 167, 3, 597–606. DOI: 10.2298/ZMSDN1867597M
- Martikainen, P., Martelin, T., Nihtilä, E., Majamaa, K., & Koskinen, S. (2005). Differences in Mortality by Marital Status in Finland from 1976 to 2000: Analyses of Changes in Marital-Status Distributions, Socio-Demographic and Household Composition, and Cause of Death. *Population Studies*, 59,1, 99–115. <http://www.jstor.org.proxy.kobson.nb.rs:2048/stable/i30040431>
- Mokdad, A. H., Marks, J. S., Stroup, D. F. & Gerberding, J. L. (2004). Actual causes of death in the United States (2000). *Journal of the American Medical Association*, 291, 1238–1245.
- Mokdad, A. H., Marks, J. S., Stroup, D. F. & Gerberding, J. L. (2004). Actual causes of death in the United States (2000). *Journal of the American Medical Association*, 291, 1238–1245.
- Mukamal, K. J. & Rimm, E. B. (2001). Alcohol's effects on the risk for coronary heart disease. *Alcohol Research & Health: The Journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 25,4, 255–61. <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh25-4/255-261.htm>
- Pampel, F. C. (2002). Cigarette use and the narrowing sex differential in mortality. *Population and Development Review*, 28(1), 77–104.
- Радивојевић, Б., И. Маринковић (2014). "Differential mortality in Vojvodina according to the economic activity and occupation", *Zbornik Matice Srpske za druustvene nauke*, 148, 665–676.
- Rehm, J., Room, R., Monteiro, M., Gmel, G., Graham, K., Rehn, N., ... Frick, U. (2004). Alcohol use. *Alcohol*, 102, 959–1108. doi:10.1542/peds.102.5.e54
- Ross, C. E., & Mirowsky, J. (2011). The interaction of personal and parental education on health. *Social Science and Medicine*, 72,4,591–599. doi:10.1016/j.socscimed.2010.11.028
- Schumacher, R., & Vilpert, S. (2011). Gender differences in social mortality differentials in Switzerland (1990–2005). *Demographic Research*, 25, 285–310. doi:10.4054/DemRes.2011.25.8
- Zarulli, V., Barthold Jones, J. A., Oksuzyan, A., Lindahl-Jacobsen, R., Christensen, K. & Vaupel, J. W. (2018). Women live longer than men even during severe famines and epidemics. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 115(4), E832–E840. <https://doi.org/10.1073/pnas.1701535115>

Др Иван Маринковић