

10. ÚMRTNOST

Cílem československé populační politiky bylo mimo jiné vytvářet vysoké přírůstky počtu obyvatel a dosahovat rychlejšího populačního růstu. Přesto byla kladena nedostatečná pozornost na vývoj úmrtnosti a naděje dožití. Úmrtnost se zlepšovala až do šedesátých let. Projevilo se to prodloužením naděje dožití. Od poloviny šedesátých let však začal vývoj úmrtnosti stagnovat. Úroveň kojenecké i novorozenecké úmrtnosti zůstávala za evropským průměrem. Velmi nepříznivá byla úmrtnost především mužské části obyvatelstva ve věku 45 až 70 let. Ke stagnaci vývoje úmrtnosti přispívalo zhoršující se životní prostředí, zaostávání zdravotnických zařízení po technické stránce a nevhodný způsob života obyvatelstva. Na konci sedmdesátých let je patrný zřetelný pokles kojenecké a novorozenecké úmrtnosti.

V průběhu devadesátých let se výrazně změnila úmrtnostní podmínky v celé České republice. Rychle se začala zlepšovat zdravotní a sociální péče, péče o starší a nemohoucí občany, zlepšila se úroveň zdravotnické techniky, mnoho lidí změnilo svůj způsob života, stát začal vnímat potřebu věnovat pozornost péči o životní prostředí. Došlo k viditelnému snížení kojenecké úmrtnosti a současně došlo k zřetelnému poklesu úmrtnosti osob ve středním věku. Úroveň kojenecké úmrtnosti dosáhla v roce 2000 hodnoty 4,9 ‰ a v roce 2004 dokonce 3,9 ‰, která je srovnatelná s vyspělými státy. Z vývoje kojenecké i novorozenecké úmrtnosti je patrné, že se její pokles v posledních pár letech na konci devadesátých let zpomalil. Otázka jejího dalšího snižování je velmi diskutabilní. Je velmi těžké polemizovat na téma, jestli je správné a etické se pokoušet udržovat při životě všechny narozené děti, i když vyhlídky na jejich budoucí život nejsou nejpříznivější.

Vývoj úmrtnosti a velikost některých ukazatelů úmrtnosti jsou ovlivněny věkovou strukturou obyvatelstva a různou pravděpodobností úmrtí v jednotlivých věkových skupinách. Biologicky jsou dány různé pravděpodobnosti úmrtí pro muže a ženy v jednotlivých věkových skupinách. Poměr pohlaví při narození je biologicky dán na přibližně 106 chlapců na 100 dívek. V průběhu života mají však muži stále vyšší pravděpodobnost úmrtí než ženy. Pravděpodobnost úmrtí je vysoká při narození dítěte a od tohoto dne se snižuje, na začátku puberty začíná tato pravděpodobnost opět růst a stoupá až do nejvyšších věkových skupin. Biologická odlišnost v úmrtnostních poměrech mužů a žen je příčinou vyšší naděje dožití žen. Střední délka života, tzn. naděje dožití při narození dosahovala v průměru v letech 1999 – 2000 v Libereckém kraji u mužů 70,9 a u žen 77,4 let v letech 2003 – 2004 dokonce 72,4 let pro muže a 78,3 let pro ženy.

Na stále se zvyšující naději dožití má příznivý vliv snížení kojenecké úmrtnosti, snížení úmrtnosti obyvatelstva ve středním věku a současně zlepšení péče o staré občany. Současně však stále se snižující úroveň úmrtnosti provázená prudkým poklesem plodnosti s sebou čím dál tím důrazněji přináší nový společenský jev, kterým je stárnutí obyvatelstva. Důsledkem tohoto vývoje je i zvyšování průměrného věku populace Libereckého kraje a nárůst podílu zemřelých ve vyšším věku ze všech zemřelých v kraji. Do roku 2004 průměrný věk všech mužů v kraji vzrostl na 37,6 let a průměrný věk žen na 40,6 let. V roce 1992 tvořil podíl zemřelých ve věku nad 70 let 57,9 %, v roce 2000 již 64,4 % a do roku 2004 se zvýšil na 65,6 %.

Ukazatele naděje dožití a kojenecká úmrtnost jsou často používány jako možné charakteristiky životní úrovně daného regionu. Dalším ukazatelem životní úrovně je úmrtnost podle příčin úmrtí. Příčiny jsou vymezeny podle desáté revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů.

Nejčastější příčinou úmrtí jsou v dnešní společnosti nemoci oběhové soustavy. Z 4 349 zemřelých v Libereckém kraji v roce 2004 na tuto příčinu zemřelo 49,7 % osob (v České republice 51,4 %). Z toho infarkt myokardu byl příčinou 425 úmrtí, ostatní formy ischemické choroby srdeční zapříčinily 525 úmrtí a na cévní nemoci mozku zemřelo 469 osob. Ve srovnání s minulými roky došlo k mírnému poklesu podílu zemřelých na příčinu nemoci oběhové soustavy (mezi roky 2000 a 2004 o 5,5 %). Na toto snížení měl vliv především nižší počet zemřelých na následky infarktu myokardu (21,7 %) a na cévní nemoci mozku (25,9 %).

Zhoubné novotvary jsou po nemocech oběhové soustavy druhou nejčastější příčinou úmrtí v České republice a rovněž v Libereckém kraji. V roce 2004 zemřelo na novotvary v kraji 1 233 osob. Podrobněji specifikované příčiny úmrtí na novotvary vypovídají o tom, že nejčastěji se jedná o úmrtí na zhoubné novotvary průdušky a plic (6,0 % všech zemřelých), zhoubné novotvary tlustého střeva (2,4 % zemřelých), prsu (2,3 % zemřelých) a mízní, krvotvorné a příbuzné tkáně (2,0 % zemřelých). Nejsou to však jenom nemoci, na které se umírá, ale i poranění, otravy a úmyslné sebeпоškození (sebevraždy). Tak ukončilo život v roce 2004 v Libereckém kraji 64 osob.

K obecným metodám ve statistice patří mimo jiné standardizace, která se používá tam, kde relativní ukazatel přímo závisí na určité struktuře, to znamená, je-li výskyt určitého jevu nerovnoměrně rozložen. Úroveň úmrtnosti je výrazně ovlivněna věkovou strukturou, a proto je využití ukazatele standardizovaná míra úmrtnosti přínosné.

Standardizovaná míra úmrtnosti přepočítává stavy skutečně zemřelých na daném území na věkovou strukturu standardního územního celku. Použili jsme nepřímou standardizaci, kdy za standard byly zvoleny míry úmrtnosti podle věku v České republice. Zjednodušeně řečeno, vypočítali jsme, jaká by byla úmrtnost v nižším územním celku, kdyby zde byla stejná věková skladba obyvatel jako v celé republice. Tradičněji používaným ukazatelem popisujícím proces úmrtnosti je počet zemřelých na tisíc obyvatel, který je v demografii označován jako hrubá míra úmrtnosti. Tento ukazatel je často používán, nebere však v úvahu věkovou strukturu sledované populace, která se v průběhu let mění a při porovnávání jednotlivých územních celků může právě věková struktura obyvatelstva jeho výslednou hodnotu výrazně ovlivnit. Rozdíly mezi oběma ukazateli lze názorně pozorovat na výsledných hodnotách. V roce 2004 hodnota ukazatele počet zemřelých na 1 000 obyvatel v Libereckém kraji dosáhla 10,2 ‰ a standardizované míry úmrtnosti 10,8 ‰. Úmrtnostní poměry zjištěné výpočtem standardizované míry úmrtnosti v Libereckém kraji jsou horší, než se jeví při použití skutečných počtů zemřelých.

Základní trendy vývoje úmrtnosti v Libereckém kraji po roce 1990:

- snížení kojenecké a novorozenecké úmrtnosti na úroveň srovnatelnou s vyspělými evropskými státy,
- snížení úmrtnosti v poproduktivním věku,
- prodlužování naděje dožití,
- zvyšování průměrného věku obyvatel,
- nárůst procentuálního zastoupení osob zemřelých ve vyšších věkových skupinách.