

SLOVENSKÁ ŠTATISTIKA a DEMOGRAFIA

SLOVAK STATISTICS
and DEMOGRAPHY

3/2015

ročník/volume 25

Recenzovaný vedecký časopis so zameraním na prezentáciu moderných štatistických a demografických metód a postupov.

Scientific peer-reviewed journal focusing on the presentation of modern statistical and demographic methods and procedures.

Článok/Article: 3

Typ článku/Type of article: vedecký článok/scientific article

Strany/Pages: 22 – 43

Dátum vydania/Publication date: 15. júl 2015/July 15, 2015



Magdalena PISCOVÁ, Robert KLOBUCKÝ, Miloslav BAHNA
Sociologický ústav Slovenskej akadémie vied

STARŠÍ ĽUDIA V SPOLOČNOSTI A V RODINE.
Niekoľko pohľadov na starších ľudí v štatistikách a komparatívnych
výskumoch

ELDERLY PEOPLE IN SOCIETY AND IN FAMILY.
Several Views on Elderly People in Statistics and Comparative Surveys Data

ABSTRAKT

Predĺžovanie ľudského života predstavuje jeden z najúspešnejších príbehov ľudstva, na druhej strane však prináša mnohé výzvy a problémy, ktoré doteraz spoločnosť nepoznala a nemusela riešiť. Pri hľadaní nástrojov a riešení je potrebné poznať okrem kvantitatívnych ukazovateľov a vývojových trendov aj údaje o kvalite života starších ľudí, o ich prežívaní každodennosti. Štúdia približuje niektoré dimenzie kvality života starších ľudí na Slovensku a porovnáva ich s komparatívnymi údajmi za viaceré krajiny Európy.

ABSTRACT

There is no doubt that prolongation of human age is one of the mankind's success stories but on the other hand, this process has brought about many previously unknown problems and challenges. When searching for measures and instruments of population ageing, it is important to know - besides the quantitative indicators and development trends - also data on the quality of life of the elderly and their experiencing of everyday life. The article presents some dimensions of quality of life of elderly people in Slovakia and compares them with available data from several European countries.

KLÚČOVÉ SLOVÁ

starnutie, perspektíva životnej dráhy, bývanie seniorov, zdravotný stav seniorov, veková diskriminácia, starostlivosť o starších

KEY WORDS

ageing, life course perspective, elderly housing, elderly health situation, age discrimination, elderly care

Motto:

Každý si praje dlho žiť, ale nik nechce byť starý.

Jonathan Swift

1. ÚVOD

Starnutie a časová ohraničenosť života sú univerzálne sociálne faktory, ktoré sú súčasťou našej každodennosti. Predĺžovanie ľudského veku nepochybne patrí medzi najúspešnejšie „succes stories“ 20. a 21. storočia. Na druhej strane sa však starnutie stáva vážnym problémom či dokonca môže predstavovať hrozbu pre mnohé vyspelé spoločnosti v dôsledku zvyšovania tlaku na verejné výdavky v oblasti dôchodkov a sociálnych služieb. Narastajúci počet starších ľudí prináša veľké množstvo nových, doteraz neznámych výziev a problémov, ktorých riešenie sa postupne iba hľadá.

Približne od 70. rokov minulého storočia sa objavujú úvahy a koncepty, v ktorých začal postupne rezonovať prvok aktivity ľudí v neskoršom období života. Vo verejnom diskurze sa v tejto súvislosti objavilo označenie „tretí vek“, ktorého autorstvo sa pripisuje britskému historikovi P. Lasletovi. [[17] in [5]] Tretí vek predstavoval obdobie po detstve (prvý vek) a dospelosti (druhý vek), pričom za ním nasledoval ešte štvrtý vek (staroba v tradičnom chápaní). Koncept tretieho veku implicitne obsahoval v sebe predstavu aktívneho, mladého starého človeka, zbaveného kľúčových pracovných a rodinných povinností (spojených s druhým vekom), ktorý môže dosahovať svoje vlastné ciele a životné naplnenie. Úvahy o predĺžovaní tohto obdobia života sa spájali nielen s predlžujúcim sa ľudským vekom, ale i so znižovaním dôchodkového veku. Najmä v poňatí P. Lasletta bolo zjavné presvedčenie o tom, že pri správne prežitom treťom veku bude možné štvrtý vek čo najviac oddialiť a minimalizovať negatívne javy. [7] Dnes vieme, že vzhľadom na reálne možnosti a podmienky je táto predstava viac optimistická ako reálna. Posúvanie konca života má svoje limity a prináša do každodenného života veľa negatívnych okolností, ako sú strata autonómnosti, rozpad osobnej integrity či deficit sociálnych väzieb. Ide však o to, ako sa im dokážeme vyhnúť či aspoň ich oddialiť.

2. TEORETICKÉ PERSPEKTÍVY

História sociológie starnutia nesiahá do ďalekej minulosti a patrí skôr k novším sociologickým disciplinám. Analýza sociologického, resp. gerontosociologického diskurzu odhaľuje jeho pomerne silnú dobovú zakotvenosť. V tejto súvislosti možno s prípustnou mierou zjednodušenia vystopovať dva základné prístupy z hľadiska konceptualizácie vzťahu jednotlivca a spoločnosti – normatívny a interpretatívny. Prvý prístup bol rozšírený najmä do 60. rokov minulého storočia a pravdepodobne jeho najvýznamnejším teoretickým konceptom bola teória disengagementu, ktorá vychádzala z funkcionalistickej (normatívnej) paradigmy. Centrálnou myšlienkou teórie disengagementu bolo, že jednotlivec je plne zapojený (engaged) do spoločnosti prostredníctvom veľkého množstva rol a starnutie znamená jeho postupné uvoľňovanie, miznutie, ústup (disengagement) z týchto rol. Hlavné posolstvo teórie disengagementu, že biologický, psychologický a sociálny ústup sú univerzálne, nezvratné a sú prípravou na eventúálnu smrť, narazilo na odpor a znamenalo zrážku s prívržencami teórie aktivity, ktorá sa začala objavovať neskôr a ktorá vychádzala z interpretatívneho prístupu. Teória aktivity vychádzala zo symbolicko-interakcionistickej paradigmy, v rámci ktorej vek, resp. veková identita znamená akceptovanie „symbolicko-interakcionistickej predstavy vytvárania roly ako nepretržitého vyjednávania normatívnych požiadaviek aktérom v procese sociálnych interakcií..., prostredníctvom vyjednávania s druhými sa realizuje Ja, druhí identitu priamo či nepriamo potvrdzujú“¹. [26] Teória úspešného starnutia „keep active“ bola „omnoho viac konzistentná s americkými hodnotami individualizmu a autonómie ako perspektíva disengagementu.“² [18] Teória aktivity znamenala posun vo vnímaní staroby ako niečoho, čo je spojené s osamelosťou, nečinnosťou, nízkou spoločenskou prestížou, a iniciovala získavanie poznatkov o sociálnych aktivitách seniorov vo vzťahu k hľadaniu modelov aktívneho starnutia. Pozornosť začala venovať aj aktivitám starších ľudí vo vzťahu k ekonomickým a spotrebiteľským aktivitám (strieborná ekonomika, new leisure class a pod.).

¹ Pozri [26], s. 150.

² Pozri [18], s. 18.

Teória aktivity sa postupne rozvíjala viacerými smermi a tvorila akúsi východiskovú bázu pre koncept aktívneho starnutia, ktorý otvoril aj politický diskurz o starnutí a politike starnutia. Aktívne starnutie našlo svoj definičný rámec v mnohých významných medzinárodných inštitúciách, ako je Organizácia Spojených národov (OSN), Európska únia (ďalej aj „EÚ“), Organizácia pre ekonomickú spoluprácu a rozvoj (OECD) či Svetová zdravotnícka organizácia (WHO). Posledná menovaná aktívne starnutie definuje ako „proces optimalizácie príležitostí s cieľom zvýšiť kvalitu zdravia, participáciu a bezpečnosť v procese starnutia“ („the process of optimising opportunities for health, participation and security in order to enhance quality of life as people age“).³ [28] Ako možno vidieť, v tejto definícii sa aktivnosť spája nielen s pokračujúcou participáciou v sociálnom, ekonomickom a občianskom priestore, ale implicitne sa tu poukazuje aj na dimenziu životnej dráhy, ktorá v sebe spája individuálnu a inštitucionálnu dynamiku priebehu života. [16]

Práve perspektíva životnej dráhy sa v súčasnosti presadila ako jeden z kľúčových prístupov pri skúmaní veku a starnutia. V rámci tohto prístupu sa individuálne životy začali vnímať v ich celistvosti ako dynamické prvky sociálnej štruktúry, čo prinieslo posun od vekového statusu k vekovo stratifikačnej perspektíve. [6] Vnímanie veku sa posunulo od schémy kategorického statusu ku schéme životného obdobia, ktoré predstavuje jednu z dôležitých štruktúrnych charakteristík. Hlavné východiská tohto prístupu spočívali na troch premisách, ktoré predstavovali aj jadro teórie životnej dráhy: 1. vývojová zmena a starnutie predstavujú kontinuálny proces, 2. zmeny sú vzájomne prepojené v sociálnej, psychologickú a biologickej oblasti, 3. vývoj životnej dráhy je multideterminovaný. [[1] in [18]] Inými slovami, vzájomné interakcie významne súvisia so sociálnym a chronologickým vekom. Individuálna životná dráha sa z perspektívy životnej dráhy začala vnímať ako výslednica vzájomných interakcií medzi jedincom a spoločnosťou, ktorú reprezentujú individuálne sociálne siete, ako aj celospoločenský inštitucionálny rámec.

Spomínaný koncept zatiaľ na Slovensku nenašiel širšie uplatnenie. Fenomén starnutia nateraz zostáva viac doménou demografov ako sociológov a sú to práve demografi, ktorí volajú po širšej, multidisciplinárnej spolupráci. [3] Doteraz málo početné sociologické príspevky o starnutí sa pohybujú viac v rovine riešenia konkrétnych problémov starostlivosti a pomoci starším, prípadne interpretácie demografických ukazovateľov. Biele miesta v rozpracovaní teoretických prístupov k starnutiu sa zaplňajú iba veľmi pomaly, pričom v poslednom období je viditeľný príklon ku konceptu aktívneho starnutia a rozpracúvaniu pojmu tretí vek. [5] Tento trend do veľkej miery súvisí aj s tvorbou a prijímaním strategických dokumentov v oblasti starnutia.

Práve rozdielnosť celospoločenského kontextu považujeme za významný činiteľ názorovej a postojovej distribúcie v oblasti postavenia a vzťahu k starším ľuďom a ich prežívania každodennosti. Pri analýzach starnutia sa väčšinou používajú tzv. tvrdé dáta, ktoré vypovedajú o kvantitatívnych pohyboch a zmenách. Aj keď sa im ani my celkom nevyhneme, v nasledujúcich častiach budeme pracovať prevažne s „mäkkými“ údajmi, ktoré načrtnú niektoré dimenzie postavenia starších ľudí v spoločnosti. Poznatky o tom, ako starší ľudia vnímajú svoju situáciu v spoločnosti, o tom, ako je spoločnosť nastavená voči staršej populácii, môžu prispieť k poznaniu

³ Pozri [27], s. 12.

predpokladov a faktorov spokojnej a aktívnej staroby. V jednej z častí upozorníme aj na problematiku často používaného štatistického ukazovateľa, ktorým je stredná dĺžka života.

V prvej časti štúdie sa dotkneme *typu bývania starších ľudí*, ktoré predstavuje jeden z hlavných atribútov kvality života. U starších ľudí to platí o to viac, lebo bývanie nielen významne ovplyvňuje ich sociálno-ekonomickú situáciu, ale ovplyvňuje tiež možnosti, typy a spôsoby poskytovania sociálnych služieb. Druhá oblasť, ktorej sa budeme venovať, je *oblasť zdravia*, subjektívneho vnímania zdravotného stavu a poskytovania zdravotných služieb. Zdravie predstavuje jeden z najdôležitejších parametrov aktívnej staroby a od neho sa odvíja celá oblasť sociálnych služieb a starostlivosti o starších. So zdravím ide ruka v ruku i *spokojnosť a pocit šťastia*, čomu sa budeme venovať v ďalšej časti. V závere budeme prezentovať postoje a názory na *starostlivosť o starších ľudí*. Táto oblasť bude čoraz viac naberať na dôležitosť, pričom kapacitné a finančné možnosti spoločnosti budú čím ďalej, tým viac limitované. V prípade dostupných údajov porovnáme situáciu na Slovensku so situáciou v niektorých krajinách Európy, ktoré sú nám historicky a kultúrne blízke. Referenčnou skupinou populácie starších ľudí bude veková skupina 65+.

3. KDE A AKO BÝVAJÚ STARŠÍ ĽUDIA?

Proces starnutia nadobúda mnohoraké podoby a súvislosti. Jednou z nich je aj miesto a typ bývania. Na základe údajov zo sčítania 2001 a 2011 možno konštatovať, že kým v roku 2001 na Slovensku žilo vo veľkých mestách menej ľudí vo veku 65+ než v celkovej populácii, v roku 2011 už bol podiel tejto vekovej skupiny väčší ako celoslovenský podiel ľudí žijúcich v mestách. Nárast podielu starších ľudí vo veľkých sídlach s viac ako 50-tisíc obyvateľmi bol veľmi výrazný. Tento posun je okrem starnutia akcelerovaný aj prebiehajúcou suburbanizáciou, ktorá je spojená so sťahovaním prevažne mladých rodín von z mesta. [12] Je to dôležitá zmena, pretože na rozdiel od roku 2001 už neplatí, že väčšina ľudí vo veku 65+ žije na Slovensku v malých sídlach do 5 000 obyvateľov.

Tabuľka č. 1: Počet ľudí vo veku 65+ žijúcich vo veľkých mestách v porovnaní s celkovou populáciou (v %)

	2001		2011	
	Celková populácia	Populácia 65+	Celková populácia	Populácia 65+
Nad 50 000 obyvateľov	15,5	13,3	22,5	23,6
5 000 – 49 999 obyvateľov	39,4	33,6	32,1	29,2
Menej ako 5 000 obyvateľov	45,1	53,2	45,4	47,2
Spolu	100	100	100	100

Zdroj: Štatistický úrad SR, Sčítanie obyvateľov, domov a bytov 2001, 2011

So zmenou miesta bývania súvisí aj posun v type bývania populácie vo veku 65+. Stále platí, že starší ľudia v porovnaní s celkovou populáciou bývajú častejšie v rodinných domoch, ale za obdobie 2001 – 2011 sa tento rozdiel zmenšil. Na tomto vývoji sa mohli podieľať predovšetkým dve okolnosti. Prvou je skutočnosť, že do vekovej kategórie 65+ sa dostávajú predovšetkým ľudia v mestách bývajúci v bytoch. Druhou je skutočnosť, že väčšiu časť novej výstavby tvoria rodinné domy a narastá tak podiel zväčša mladších ľudí, ktorí v nich bývajú.

Dôležitým parametrom je vzťah k obývanému bytu a veľkosť bytu. Ako je známe, Slovensko patrí ku krajinám s najvyšším podielom vlastníckeho bývania. Rovnako relevantný je vysoký podiel jednočlenných domácností starších ľudí. V roku 2001 len 6 % obyvateľov Slovenska bývalo v jednočlenných domácnostiach (v roku 2011 6,8 %). Ľudia vo veku 65+ bývali v takýchto domácnostiach oveľa častejšie. V roku 2001 až 25,8 % obyvateľov Slovenska vo veku 65+ bývalo v jednočlenných domácnostiach (v roku 2011 23,8 %). Informácia, že približne štvrtina starších ľudí na Slovensku žije sama, spolu s údajom o priemernom počte izieb a rozlohe bytu môže byť jedným z vysvetlení, prečo vynakladajú domácnosti starých ľudí na Slovensku až 28,2 % svojich čistých príjmov na náklady spojené s bývaním. [21], [22] To je viac ako v Česku, Maďarsku alebo Poľsku. Táto skutočnosť podporuje tézu, že v prípade starších ľudí môže ísť často o skupinu „príjmom chudobných, ale vlastníctvom bohatých“⁴, pričom bohatstvo sa jednoznačne viaže na vlastníctvo bytu či nehnuteľnosti. Práve skupina samostatne bývajúcich starších osôb môže byť potenciálne najohrozenejšou skupinou starších ľudí. Jedným z riešení sú tzv. reverzné hypotéky, ktoré sa však na Slovensku zatiaľ z rôznych dôvodov stretávajú s odmietavým postojom.

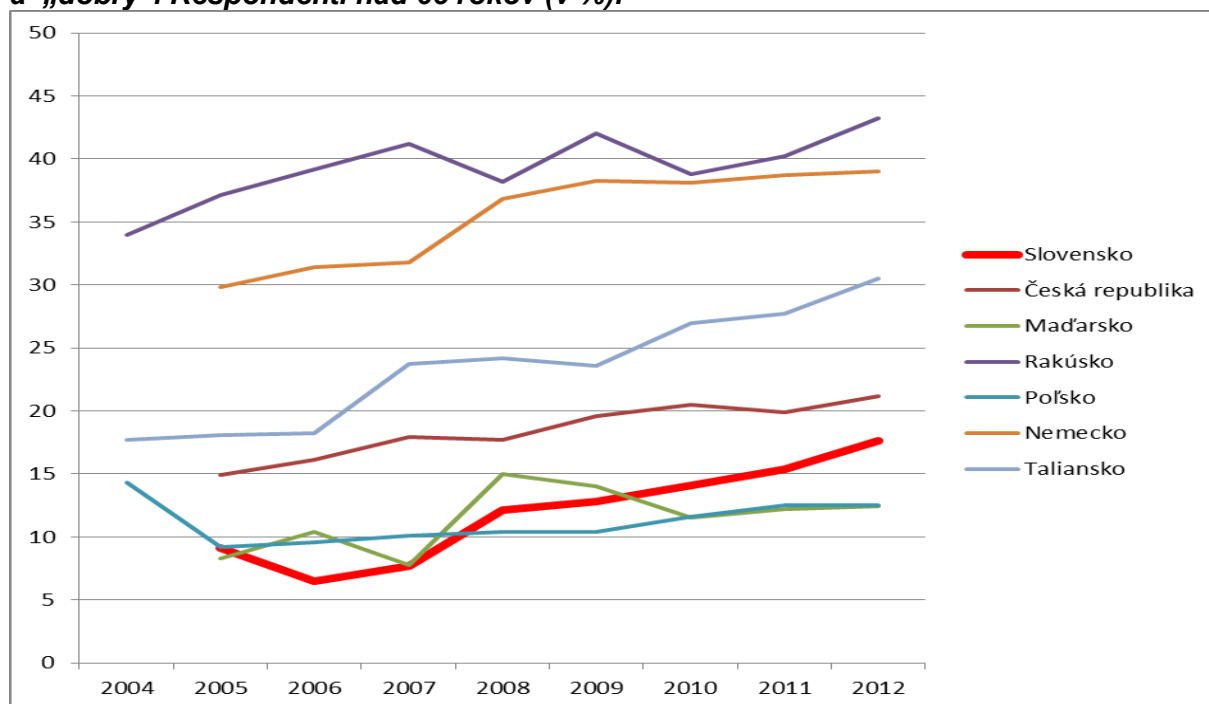
Na Slovensku sa nateraz problém bývania starších ľudí systematicky nerieši, aj keď v Európe sú už odskúšané viaceré inovatívne riešenia, ako napr. tzv. spoločné bývanie, cohousing, využitie informačno-komunikačných technológií (IKT) a pod. Tieto riešenia môžu potenciálne priniesť racionalizáciu nákladov spojených s bývaním, ale predovšetkým zvýšenie a predĺženie autonómnosti starších ľudí, čo samo predstavuje vysokú hodnotu na individuálnej i celospoločenskej úrovni. Nezastupiteľnú úlohu v týchto procesoch bude zohrávať komunita a lokálne štruktúry. Vzhľadom na doterajšie poznatky a predpokladanú ďalšiu urbanizáciu starnutia na Slovensku to bude znamenať výzvu najmä pre lokálne orgány vo väčších mestách Slovenska.

4. SUBJEKTÍVNE POCIŤOVANÝ ZDRAVOTNÝ STAV

Mimoriadne dôležitým kontextom, ktorý zásadne ovplyvňuje každodenný život, je zdravotný stav. O starších ľuďoch to platí dvojnásobne. Zdravie je nepochybne predpokladom nielen aktívneho starnutia, ale znamená i nižšie výdavky na zdravotné a sociálne služby. Zdravotný stav má mnoho dimenzií a rovnako tiež existuje mnoho spôsobov jeho merania. [19] My sa najprv zameriame na subjektívne vnímanie zdravotného stavu. Subjektívne meranie zdravotného stavu je predmetom viacerých meraní ako na národnej, tak i na medzinárodnej úrovni. Dlhodobu sa mu venuje aj štatistické zisťovanie EU SILC. Graf č. 1 porovnáva odpovede na otázku *Aký je podľa vás váš zdravotný stav?* v niektorých vybraných krajinách v období rokov 2004 – 2012. Táto otázka teda nesmerovala k akútnym zdravotným problémom, ale zisťovalo sa ňou skôr zdravie vo všeobecnosti. Otázka zahŕňala rozličné dimenzie zdravia, teda fyzické i psychické zdravie, ako i všeobecný emocionálny a sociálny stav súvisiaci so zdravím. V grafe sú zlúčené odpovede „veľmi dobrý“ a „dobrý“. Ďalšie možné odpovede na túto otázku boli „prijateľný“, „zlý“ a „veľmi zlý“. Tieto odpovede v grafe neuvádzame.

⁴ HELPS, Newsletter č. 2, september 2013, dostupné na: http://www.sociologia.sav.sk/cms/uploaded/1456_attach_newsletter_2sk.pdf, navštívené 22. 1. 2015

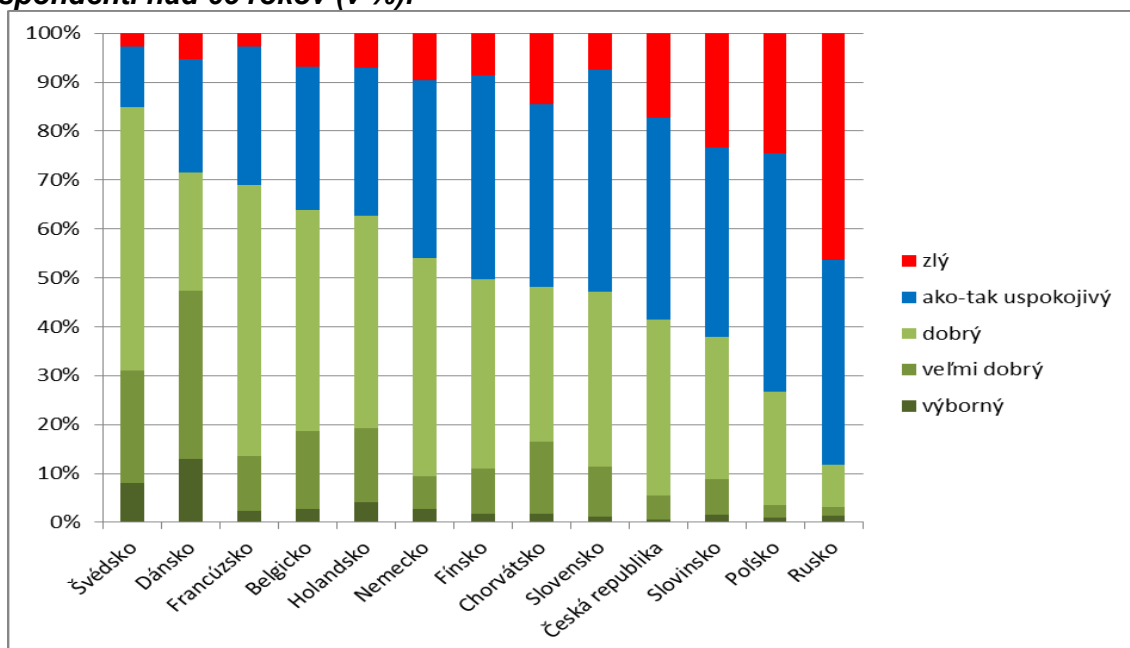
Graf č. 1: Aký je podľa vás váš zdravotný stav? Zlúčené odpovede „veľmi dobrý“ a „dobrý“. Respondenti nad 65 rokov (v %).



Zdroj: EU SILC 2004 – 2012, Eurostat

Z grafu je zrejmé, že výsledky hodnotenia vlastného zdravotného stavu sú dlhodobo nepriaznivejšie v postsocialistických krajinách. Tieto rozdiely potvrdzuje i medzinárodný komparatívny výskum International Social Survey Programme (ďalej „ISSP“), modul Health, r. 2011 – 2013 (ISSP Research Group 2013). V tomto výskume znala otázka pre respondentov: *Povedali by ste, že váš zdravotný stav je celkovo...*, pričom respondenti sa mohli rozhodnúť medzi možnosťami „výborný“, „veľmi dobrý“, „dobrý“, „ako-tak uspokojivý“ alebo „zlý“. Respondenti boli podobne ako v predchádzajúcom výskume upozornení, že otázka sa týka tak fyzického, ako i psychického zdravia. V tomto výskume pravdepodobne aj kvôli iným variantom odpovedí (až tri stupne pozitívneho hodnotenia zdravia, iba jeden negatívny variant odpovede) boli odpovede respondentov, ktorí hodnotili svoj subjektívny zdravotný stav, pozitívnejšie. Na Slovensku pozitívne (zlúčené odpovede „výborný“, „veľmi dobrý“ a „dobrý“) hodnotilo svoj zdravotný stav 47,1 % ľudí starších ako 65 rokov, pričom napríklad vo Švédsku to bolo až 84,9 %, v Dánsku 71,5 % a, naopak, v Rusku iba 11,7 % (pozri graf č. 2).

Graf č. 2: Povedali by ste, že váš zdravotný stav je celkovo... Iba tí, čo odpovedali, respondenti nad 65 rokov (v %).

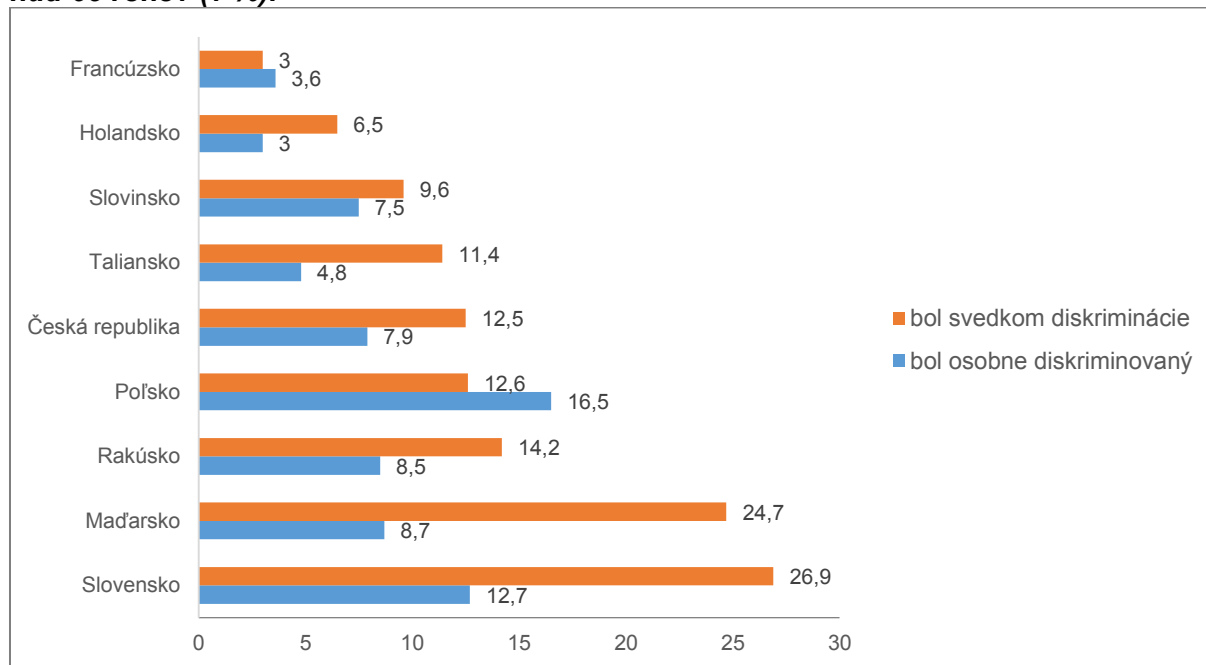


Zdroj: ISSP Research Group 2013, vlastný prepočet autorov

Možno predpokladať, že horšie subjektívne hodnotenie zdravotného stavu súvisí aj s hodnotením zdravotníckeho systému. Ukazuje sa však, že tento vzťah veľmi neplatí. Vo všeobecnosti možno povedať, že takmer vo všetkých krajinách hodnotia starší ľudia nad 65 rokov zdravotnícky systém ako celok, prípadne kompetentnosť či prácu lekárov, lepšie ako celá populácia. Tak napríklad vo výskume ISSP Health (ISSP Research Group 2013) bolo spokojných so systémom zdravotníctva na Slovensku (zlučené odpovede „úplne spokojný“, „veľmi spokojný“ a „skôr spokojný“) 41,7 % respondentov starších ako 65 rokov, ale iba 33 % respondentov z celej populácie. Miera spokojnosti na Slovensku však výrazne zaostáva za západoeurópskymi krajinami, keď napríklad vo Francúzsku je so systémom zdravotníctva spokojných až 81 % seniorov (spokojnosť celej populácie je 72,2 %) a v Nemecku 69,4 % (spokojnosť celej populácie je 60,5 %).

Iným aspektom hodnotenia zdravotníckeho systému je skúsenosť s diskrimináciou z dôvodu veku pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Otázkou skúmajúcu túto problematiku obsahoval výskum Eurostatu (European Commission 2014). Z výsledkov znázornených v grafe č. 3 vyplýva, že na Slovensku bolo svedkom diskriminácie z dôvodu vyššiemu veku v oblasti zdravotnej starostlivosti až 26,9 % respondentov starších ako 65 rokov a ďalších 12,7 % uvádza, že takúto diskrimináciu zažili na vlastnej koži. Tieto čísla sú v porovnaní s inými európskymi krajinami pomerne vysoké a naznačujú zlé skúsenosti seniorov so zdravotníckym systémom na Slovensku.

Graf č. 3: Veková diskriminácia môže postihnúť osoby v každom veku. Avšak pre túto otázku by som chcel/-a, keby ste sa zamysleli iba nad tými situáciami, keď boli ľudia diskriminovaní len preto, že boli vnímaní ako príliš starí. Boli ste vy sám/sama v posledných dvoch rokoch obeťou takejto diskriminácie v zdravotnej starostlivosti z dôvodu svojho veku alebo boli ste svedkom vekovej diskriminácie? Respondenti nad 65 rokov (v %).



Zdroj: European Commision 2014, vlastný prepočet autorov

Je pravdepodobné, že negatívna skúsenosť s diskrimináciou na Slovensku sa odrazila na postoji v inej otázke, ktorá znela: *Predstavte si, že dvaja ľudia s tou istou chorobou potrebujú rovnakú operáciu srdca. Jeden z nich má 30 rokov, druhý má 70 rokov. Ktorý z nich by podľa vás mal byť operovaný ako prvý?* (ISSP Research Group 2013). Na Slovensku bol najvýraznejšie ako väčšinový deklarovaný názor, že vek by nemal hrať úlohu. Tento názor prevládala tak v celej výskumnej vzorke (66,5 %), ako aj v skupine 65+ (67,6 %). Zaujímavosťou je, že výrazne menšinový bol tento názor o rovnakom prístupe vo Švajčiarsku (iba 42 % respondentov, resp. 41,9 % v skupine 65+).

Horšie výsledky postsocialistických krajín pri subjektívnom hodnotení zdravia sú pravdepodobne aspoň sčasti dôsledkom vývoja socialistických režimov v predchádzajúcom období, keď v týchto krajinách v porovnaní so západnou Európou očakávaná dĺžka života pri narodení stagnovala. Na začiatku 90. rokov napríklad na Slovensku bola 71 rokov, pričom v Rakúsku a Nemecku sa pohybovala o 4 až 5 rokov vyššie. Paradoxne však ešte na začiatku 60. rokov 20. storočia očakávaná dĺžka života na Slovensku bola približne o rok vyššia ako v Nemecku či Rakúsku. Tento vývoj pravdepodobne úzko súvisí i s rozdielnym rastom životnej úrovne, ale najmä so životným štýlom, životným prostredím a úrovňou zdravotníctva. Tieto faktory doteraz ovplyvňujú negatívnejší zdravotný stav seniorov v postsocialistických krajinách.

5. DLHŠÍ ŽIVOT = ZDRAVŠÍ ŽIVOT?

5.1. Problém merania

Pri medzinárodných komparáciách sa v súvislosti so zdravím a dĺžkou života často používa indikátor „zdravé roky života“ (Healthy Life Years, ďalej „HLY“). Tento indikátor sa často cituje a využíva ako východisko pri rôznych analýzach a porovnávaní. Na Slovensku tento ukazovateľ dlhodobo vykazuje veľmi nízke hodnoty a dokonca má negatívnu tendenciu vývoja. Tieto dôvody nás viedli k tomu, aby sme sa naň pozreli bližšie.

Očakávaný vek dožitia na Slovensku rastie – od roku 2004 do roku 2012 narástol o niečo viac ako o dva roky, resp. o 2,8 %, ale zdá sa, že ide o Pyrrhovo víťazstvo. Podľa spomínaného indikátora HLY totiž žijeme zdravý život najkratšie v EÚ. Viaceré štúdie s týmto údajom pracujú⁵ alebo odporúčajú zvýšiť očakávané roky zdravého života.⁶

Možno si preto položiť otázku, či na Slovensku ide predlžovanie priemerného veku dožitia ruka v ruku so skracovaním rokov prežitých v zdraví. Ak vezmeme do úvahy indikátor HLY, ktorý sa konštruje z úmrtnostných tabuliek, a otázku o zdravotnom stave položenú v štatistickom zisťovaní EU SILC, odpoveď je áno. Podľa tohto indikátora sa od roku 2005 do roku 2012 skrátili roky prežité v zdraví o 2,65 roka. V roku 2012 boli očakávané zdravé roky života obyvateľov Slovenska (53,25 roka) takmer o 10 rokov kratšie ako zdravé roky života obyvateľov Českej republiky (63,2 roka). Rozdiel medzi očakávanou dĺžkou dožitia obyvateľov krajín bývalého Československa predstavoval však v roku 2012 len 1,95 roka.

Okrem indikátora HLY existuje ešte alternatívny indikátor Healthy Life Expectancy (ďalej „HALE“) Svetovej zdravotníckej organizácie. Tento indikátor tiež predstavuje odhad rokov života, ktoré človeka čakajú v plnom zdraví. Podľa tohto indikátora je relatívna pozícia Slovenska rovnaká ako pri strednej dĺžke života. Posledné miesto v Európe podľa indikátora HLY je preto stále pomerne prekvapujúce.

Tabuľka č. 2: Pozícia Slovenska a Českej republiky v indikátoroch stredná dĺžka života pri narodení, zdravé roky života (HLY) a Healthy life expectancy (HALE)⁷

Stredná dĺžka života 2012			HLY 2012			HALE 2013		
22	Česká republika	78,15	15	Česká republika	63,20	22	Česká republika	68,50
26	Slovensko	76,20	31	Slovensko	53,25	26	Slovensko	66,15

Pozn.: Údaje v rokoch sú vypočítané ako priemer hodnôt za mužov a ženy.

Zdroj: Eurostat, World Health Organisation

Pozrime sa, ako indikátor HLY vzniká. Je postavený na dvoch zdrojoch. Prvým sú úmrtnostné tabuľky, ktoré sa opierajú o tvrdé dáta a považujú sa za veľmi spoľahlivé a medzinárodne porovnateľné. Druhá informácia, ktorá do výpočtu HLY vstupuje, je tzv. GALI (Global Activity Limitation Instrument). Ide o otázku kladenú každý rok

⁵ Ministerstvo financií SR aj na základe tohto indikátora identifikovalo neefektivitu slovenského zdravotníctva (Haluš, 2015).

⁶ Napr. Active Ageing Index 2014 – UNECE/European Commission (2015).

⁷ Kvôli úspornosti uvádzame poradie iba za Českú republiku a Slovensko. Indikátory zahŕňajú 31 krajín Európy.

v štatistickom zisťovaní EU SILC s cieľom zistiť podiel ľudí v populácii, ktorí trpia zdravotným problémom pretrvávajúcim minimálne počas obdobia posledných 6 mesiacov, a ktorý ich obmedzuje v bežných aktivitách. Otázka je teda pomerne zložitá a citlivá na preklad. Aj podľa dokumentácie k otázke je zrejmé, že Eurostat si jej zložitost' a ťažkú medzinárodnú porovnatelnosť uvedomuje a tento problém opakovane riešil.⁸

Podľa čísel z prvého štatistického zisťovania EU SILC v našich krajinách v roku 2005 čakal mužov a ženy na Slovensku zdravý život asi o tri roky kratší než v Česku. Tak slovenská, ako aj česká verzia otázky nebola však porovnateľná s anglickým vzorom aj preto, lebo zisťovala obmedzenie **počas posledných šiestich mesiacov** a nie **obmedzenie pretrvávajúce minimálne 6 mesiacov**. Výskumníci v oboch krajinách si však zrejme boli problému vedomí, a preto v nasledujúcich rokoch použili iné preklady. V Česku zmenili v roku 2007 znenie otázky tak, že sa ňou už nepýtali na **obmedzenie**, ale na **dlhodobé obmedzenie**. Respondenti zareagovali okamžite a podiel ľudí, ktorí sa necítia nijako obmedzovaní, narástol približne o 5 p. b. a vypočítaných priemerných rokov zdravého života bolo v Česku zrazu o 3,5 roka viac. Rozdiel medzi Slovenskom a Českom tak narástol na viac ako šesť rokov. O rok neskôr sa českým štatistikom podarilo dopracovať k finálnemu zneniu otázky, ktoré však výsledky neovplyvnilo tak ako predchádzajúca zmena.

Cesta slovenského dotazníka k správne prekladu otázky podľa anglickej predlohy bola podobne trnistá a trvá dodnes. Možno ju dokumentovať variantmi použitých prekladov. Zdá sa, že odpovede respondentov najviac „zamiešala“ tretia verzia otázky z roku 2008. Otázka začala zisťovať **obmedzenia v bežných činnostiach** respondenta a nie **nutnosť obmedziť svoje aktivity**. Navyše zdravotné **dôvody** sa zmenili na zdravotné **problémy**. Iné boli aj ponúknuté odpovede. Od roku 2008 musel respondent odpovedať, že nebol „vôbec obmedzovaný“, roky predtým svoje aktivity „nemusel obmedziť“. Niektorí by mohli povedať, že ide o detaily. Ale ak z roka na rok klesol na Slovensku počet ľudí bez zdravotných obmedzení zo 72 % na 66,2 %, čo malo za následok, že sa naše vyhladky na roky v zdraví zhoršili z 55,9 na 52,4 roka, je oveľa pravdepodobnejšie vysvetlenie, že išlo o efekt položenej otázky než o zásadné zhoršenie zdravotného stavu populácie.⁹ (Treba ešte pripomenúť, že na účely výpočtu indikátora HLY sa kategórie výrazného a mierneho obmedzenia zlučujú.)

Po tejto zmene rozdiel v zdravých rokoch života medzi krajinami bývalého Československa bol už celých desať rokov. Aký by bol rozdiel v zdravých rokoch života medzi Českom a Slovenskom, ak by boli otázky porovnateľné, povedať nevieme. Vieme však, že v slovenskom dotazníku sa zatiaľ nepodarilo otázku formulovať tak, aby zisťovala obmedzenie, ktoré trvá najmenej počas šiestich mesiacov. **Aj aktuálne znenie otázky z roku 2013** *Do akej miery ste boli v priebehu minimálne posledných 6 mesiacov obmedzovaný kvôli zdravotnému problému v činnostiach, ktoré ľudia bežne vykonávajú? umožňuje dve interpretácie*. Slovné spojenie „v priebehu minimálne posledných 6 mesiacov“ je totiž možné interpretovať aj tak, že sa pýtame na zdravotný problém, ktorý sa vyskytol v období posledných šiestich mesiacov (alebo dlhšom), no nemusel nutne pretrvávať počas celého tohto

⁸ http://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/DE/hlth_hlye_esms.htm, navštívené 14. 5. 2015.

⁹ Druhý údaj – priemerný vek dožitia – na Slovensku medzi rokmi 2007 a 2008 pritom vzrástol.

obdobia. Je teda možné, že časť respondentov odpovedala o obmedzeniach spôsobených aj kratšie trvajúcimi zdravotnými problémami.

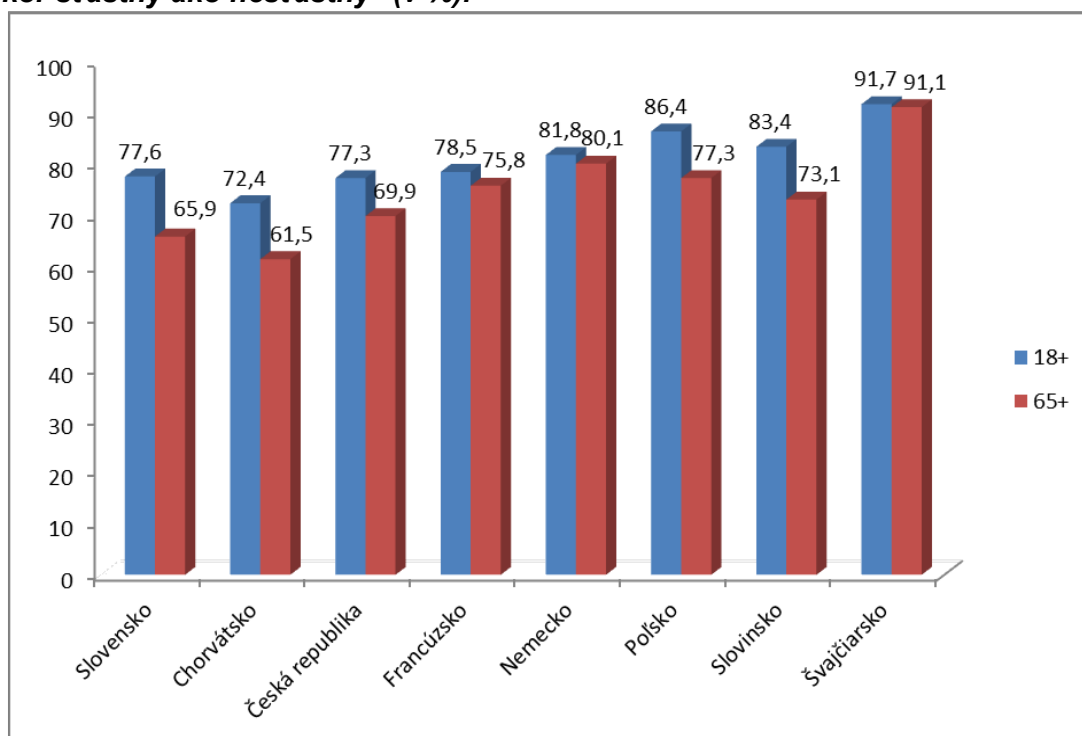
Problém formulácie otázky však nie je iba slovenskou záležitosťou. Podobne, hoci nie tak vypuklo sa tento problém objavil aj v nemeckých či anglických verziách otázky. Ukazuje sa teda, že porovnateľnosť indikátora HLY medzi krajinami je problematická a mala by sa jej venovať osobitná pozornosť. Minimálne preto, že zvýšenie počtu zdravých rokov života HLY o dva roky je jedným z cieľov stratégie Európa 2020.

Vzhľadom na potenciálnu nejednoznačnosť v otázke HLY a tým aj problematickú medzinárodnú ekvivalenciu sme s týmto indikátorom nepracovali a celkovo odporúčame skôr rezervovaný prístup k analýzám postaveným na tomto indikátore. Rovnako opatrne treba pristupovať aj k rebríčkom konštruovaným pomocou tohto indikátora. Aj keď nepriaznivému postaveniu Slovenska do značnej miery zodpovedajú aj výsledky zisťovania o subjektívnom hodnotení zdravotného stavu, je len vysoko pravdepodobné, že poslednému miestu Slovenska v indikátore zdravých rokov života v EÚ prispel aj efekt (zle) položenej otázky.

5.2. Pocit šťastia

Integrálnou súčasťou štúdia starnutia ako sociokultúrneho fenoménu je aj skúmanie toho, ako starší ľudia konštruujú svoj vlastný svet. [15] Táto konštrukcia je do veľkej miery výsledkom individuálnej voľby a spoločenských možností či obmedzení. Výsledok tohto kontinuálneho procesu sa premieta o. i. aj v pocite spokojnosti či šťastia. Výsledky z výskumu ISSP nám umožnili porovnávať pociťovanie šťastia v skupine starších ľudí vo viacerých krajinách.

Graf č. 4: Ak by ste mali zhodnotiť svoj život vo všeobecnosti, povedali by ste, že ste vcelku šťastný/-á alebo nešťastný/-á? Zlúčené odpovede „úplne šťastný“, „šťastný“ a „skôr šťastný ako nešťastný“ (v %).



Zdroj: ISSP Research Group 2013, vlastný prepočet autorov

Vo výsledkoch nás zaujal menší rozdiel v pociťovaní šťastia vo všeobecnosti medzi seniormi a celou populáciou v západoeurópskych krajinách a väčší rozdiel v postsocialistických krajinách. Preto sme porovnali skupinu západoeurópskych štátov (Belgicko, Dánsko, Fínsko, Francúzsko, Nemecko, Holandsko, Nórsko, Portugalsko, Švédsko, Švajčiarsko, Veľká Británia) so skupinou postsocialistických krajín (Bulharsko, Česká republika, Litva, Poľsko, Slovensko, Slovinsko).¹⁰ Je zrejmé, že obyvatelia západnej Európy sú v priemere šťastnejší ako obyvatelia postsocialistických krajín.¹¹ Ešte zaujímavejšie sú však rozdiely v miere pociťovaného šťastia medzi staršími ľuďmi (65+) a celou populáciou v týchto dvoch skupinách krajín. Starší ľudia sú v západnej Európe i v postsocialistických krajinách štatisticky významne menej šťastní ako veková kohorta 18 – 65 rokov, ale rozdiel je v západoeurópskych krajinách v priemere oveľa nižší. Kým v postsocialistických krajinách je takto meraná miera šťastia medzi seniormi až o 12,5 % nižšia oproti celej populácii, v západnej Európe je to v priemere iba o 2,6 %. Môžeme teda konštatovať, že seniory vo vybraných postsocialistických krajinách sú v priemere výrazne menej šťastní (rozdiel 18,1 %) ako seniory vo vybraných západoeurópskych krajinách.

Na vysvetlenie tohto rozdielu môžeme použiť koncept životnej dráhy, ktorý rozlišuje biografický, sociálny a historický čas pri formovaní, načasovaní a priebehu jednotlivých životných udalostí a prechodov. *Biografický čas* spája jednotlivé udalosti v živote jednotlivca s udalosťami, ktoré im v jeho živote predchádzali a mohli mať vplyv na jeho rozhodovanie a názory. *Sociálny čas* predstavujú vekovo špecifické normy a očakávania. *Historický čas* spája udalosti v individuálnom živote s významnými štrukturálnymi a kultúrno-inštitucionálnymi zmenami a umožňuje porovnanie medzi rôznymi generáciami, ktoré zmenu prežívali v rôznych životných obdobiach. [14] V našom prípade považujeme za takúto historickú zmenu rok 1989. Veľká väčšina súčasných seniorov (vo veku 65 rokov a viac) v postsocialistických krajinách zažila zmenu spoločenského systému a následný hospodársky pokles v prvej polovici 90. rokov 20. storočia v zrelom produktívnom pred dôchodkovom veku. Pre väčšinu týchto ľudí ekonomická a spoločenská transformácia znamenala viac negatív a záťaž a, naopak, menej príležitostí (v porovnaní napríklad s mladšou generáciou). Azda by sa dalo i tvrdiť, že podstatnú časť nákladov transformačného procesu niesla práve generácia dnešných seniorov, pričom z neskoršieho hospodárskeho oživenia a stabilizácie spoločenských pomerov už táto generácia prichádzajúca do postproduktívneho veku nezískala také benefity ako väčšina populácie.

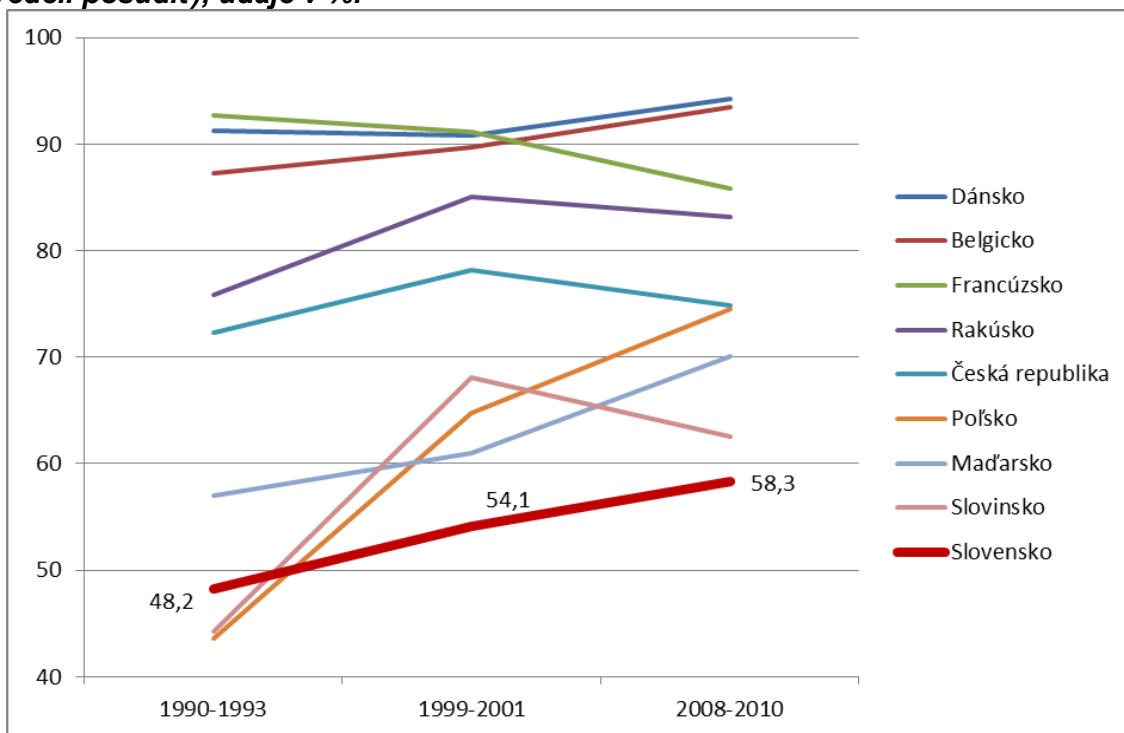
Túto našu hypotézu potvrdzuje i skúmanie trendu vo vývoji pocitu šťastia seniorov. Na takúto analýzu sme použili výsledky troch vln medzinárodného komparatívneho výskumu European Values Study (EVS 2011). Ide o prieskumy z rokov 1990 – 1993 (prvá vlna, na Slovensku prebehol prieskum v roku 1991), 1999 – 2001 (druhá vlna, na Slovensku v roku 1999) a 2008 – 2010 (tretia vlna, na Slovensku v roku 2008). Výsledky znázorňuje graf č. 5, pričom je zrejmý pozitívny trend. V porovnaní so začiatkom 90. rokov na Slovensku v roku 2009 narástol podiel šťastných seniorov až o viac ako 10 %. I napriek tomu však boli slovenskí seniory aj v roku 2009 v nami porovnávaných krajinách najmenej šťastní.

¹⁰ Zloženie krajín v skupinách bolo dané dostupnosťou údajov z výskumu ISSP.

¹¹ Tieto výsledky korešpondujú s výsledkami z iných medzinárodných komparatívnych výskumov ako napr. European Value Study.

Toto zistenie o pozitívnom trende potvrdzujú i ďalšie údaje z programu ISSP. Ako sa ukázalo, v priebehu desiatich rokov nastal významný nárast pocitu šťastia u populácie nad 65 rokov. V roku 2002 sa deklarovalo ako „úplne šťastných“, „šťastných“ a „skôr šťastných“ iba 56,7 % respondentov nad 65 rokov, v roku 2012 ich podiel dosiahol už 65,9 %. Pri všetkej opatrnosti s interpretáciou takéhoto subtilného ukazovateľa, pri ktorom môže pôsobiť aj efekt „spoločensky očakávanej odpovede“, však možno hovoriť o pozitívnom vývoji a smerovaní. Pri uvažovaní o našej hypotéze to môže znamenať, že transformáciou najpostihnutejšia generácia seniorov už pomaly odchádza a, naopak, nastupuje ďalšia generácia, ktorá už dokázala zo zmeny spoločenských pomerov viac profitovať.

Graf č. 5: Keď posúдите všetky okolnosti, môžete o sebe povedať, že ste: (65+, spočítané odpovede) „veľmi šťastný“ a „celkom šťastný“ (iba tí, ktorí odpovedali a vedeli posúdiť), údaje v %.



Zdroj: (EVS 2011), vlastný prepočet autorov

Ak by sme údaje z predchádzajúceho grafu o populácii 65+ porovnali s trendom vývoja za celú populáciu na Slovensku, tak podiel veľmi šťastných a celkom šťastných respondentov stúpol z hodnoty 60,1 % v roku 1991 až na 82,4 % v roku 2009, čo znamená viac ako dvojnásobný nárast v porovnaní s populáciou nad 65 rokov. Zatiaľ čo v populácii do 65 rokov už nie je medzi Slovákmi a Západoeurópanmi v pociťovaní šťastia významnejší rozdiel, slovenskí seniori sú síce šťastnejší ako pred dvadsiatimi rokmi, ale v porovnaní so seniormi na západe sú ešte stále výrazne menej šťastní, čo potvrdzuje našu hypotézu o senioroch ako o tej subpopulácii, ktorá pociťuje najmenej benefitov zo spoločenskej transformácie. Môže to však byť do značnej miery iba subjektívne hodnotenie, ktoré viac ako objektívne ukazovatele (miera chudoby, priemerný vek dožitia a pod.) odráža spoločenskú atmosféru a celkové postavenie seniorov v spoločnosti. Tieto aspekty môžeme ilustrovať výsledkami z výskumu Eurobarometer 76.2 (Zamestnanosť, sociálna politika a aktívne starnutie) z roku 2011 (European Commission 2014). Na otázku: *Počet rokov, koľko človek predpokladá, že bude žiť, sa nazýva „očakávaná dĺžka*

života". Myslíte si, že za posledných 30 rokov očakávaná dĺžka života vo vašej krajine...? odpovedalo až takmer 50 % slovenských respondentov nad 65 rokov, že zostala rovnaká alebo sa znížila. V skutočnosti sa na Slovensku v tomto období zvýšila priemerná dĺžka dožitia o 5,5 roka. Na porovnanie v Rakúsku bol za posledných 30 rokov prírastok priemernej dĺžky dožitia 7,9 roka a podľa výskumu si iba 13,5 % rakúskych seniorov myslí, že zostala rovnaká alebo sa znížila. Ešte výraznejší rozdiel je v porovnaní iba tých respondentov nad 65 rokov, ktorí si myslia, že za posledných 30 rokov sa očakávaná dĺžka života znížila: na Slovensku ich je až 21,5 % a v Rakúsku iba 1,4 %. Táto ilustrácia rozporov naznačuje vysokú mieru pesimizmu, ako aj určitú nekonzistenciu postojov starších ľudí.

6. STARŠÍ ĽUDIA A OPATERA

6.1. Kto sa o nich postará?

Jedným z najakútnejších problémov spojených so starnutím je poskytovanie starostlivosti ľuďom vo vyššom veku. Tento problém rezonuje na viacerých úrovniach. V politickom diskurze je to predovšetkým problém mechanizmov na zabezpečenie adekvátnej starostlivosti o starších ľudí, ale najmä udržateľnosti finančných nákladov, ktoré sú s ňou spojené. V sociologickom diskurze sa tento problém „deficitu starostlivosti“ spája najmä s demografickými zmenami, keď ľudia majú menej detí a viac ľudí sa dožíva vysokého veku. V dôsledku toho sa čoraz viac ľudí ocitá v situácii, keď sú závislí od ostatných a pritom nemajú vlastné deti, ktoré by im potrebnú starostlivosť poskytovali alebo mohli poskytnúť. Deti starnúcich rodičov zasa pociťujú čoraz väčšie zaťaženie povinnosťou starostlivosti a nemajú sa s kým o ňu podeliť. [7] Narastá tak podiel ľudí, ktorí starostlivosť potrebujú, a znižuje sa podiel tých, ktorí by ju mohli poskytovať. Potreba starostlivosti o rodičov sa v budúcnosti bude týkať čoraz väčšej časti populácie v mladšom seniorskom veku a ľudia budú musieť brať túto skutočnosť do úvahy aj pri plánovaní vlastnej životnej dráhy. Vzhľadom na to, že starostlivosť ovplyvní individuálny osud jednotlivca zásadným spôsobom a bude dominovať jeho životnému štýlu, možno hovoriť o novej fáze života, ktorá bude súčasťou ranej staroby. [[2] in [23]] V tejto súvislosti niektorí autori hovoria o fenoméne „obsadenia prázdneho hniezda“. [[4] in [23]] V niektorých krajinách sa táto etapa života dokonca stáva súčasťou oficiálnej vládnej stratégie a politiky, čím nadobúda normatívny obsah.

Súčasný trend posilňovania deiinštitucionalizácie sociálnych služieb je dlhodobý proces, ktorý prinesie nové výzvy a nároky na členov rodiny i na systém podporných služieb. Výskum ISSP (modul Family and Changing Gender Roles) z roku 2012 zisťoval názor verejnosti na to, kto by mal starším ľuďom poskytovať starostlivosť. Výskum obsahoval otázku: *Predstavte si starších ľudí, ktorí potrebujú pomoc pri každodenných aktivitách, ako je napríklad nakupovanie, upratovanie, pranie a iné. Kto by mal podľa vás primárne poskytovať túto pomoc?* (zdroj: ISSP Research Group 2013). Respondenti si pri odpovediach mohli vybrať zo štyroch možností odpovedí: „členovia rodiny“, „verejné (štátne, obecné) zariadenia“, „neziskové organizácie (charitatívne organizácie, cirkvi a cirkevné organizácie)“ a „súkromní poskytovatelia“, pričom bolo možné označiť iba jednu odpoveď. Uvádzame údaje za viaceré krajiny, ktoré sme mali k dispozícii, aby sme ilustrovali výraznú rôznosť distribúcie odpovedí.

Tabuľka č. 3: Kto by mal podľa vášho názoru poskytovať starším ľuďom každodennú pomoc?

Krajina	Členovia rodiny (%)	Štátne inštitúcie (%)	Neziskové organizácie (%)	Súkromní poskytovatelia (%)	Spolu, ktorí odpovedali na otázku (abs.)
Poľsko	83,1	10,9	3,1	2,9	1 095
Bulharsko	70,7	22,3	5,2	2,1	947
Chorvátsko	78,5	16,3	2,3	2,9	980
Írsko	65,1	28,3	3,2	3,4	1 092
Česká republika	64,3	25,8	5,7	4,2	1 735
Lotyšsko	63,4	32,5	2,3	1,8	983
Švajčiarsko	63,0	19,6	7,9	9,4	1 198
Slovensko	59,4	36,3	4,2	0,1	1 090
Rusko	59,1	39,3	1,2	0,5	1 480
Nemecko záp. časť	58,9	19,7	16,5	4,8	1 094
Litva	56,8	26,0	11,4	5,8	1 112
Veľká Británia	53,2	37,3	4,8	4,8	859
Rakúsko	53,0	30,2	11,8	5,0	1 101
Slovinsko	49,7	40,3	6,2	3,7	979
Nemecko vých. časť	49,2	31,2	13,8	5,8	520
Izrael	39,0	50,0	5,8	5,2	1 109
Francúzsko	34,1	35,7	7,2	23,0	2 207
Fínsko	26,2	64,3	4,4	5,1	1 085
Nórsko	24,4	65,9	1,8	7,9	1 350
Island	17,9	67,9	1,9	12,4	1 109
Švédsko	9,9	84,1	0,6	5,4	999
Dánsko	7,2	77,3	1,3	14,3	1 353

Zdroj: <http://www.gesis.org/en/issp/overview/> (vlastné prepočty autorov nezahŕňajú tých, ktorí na otázku neodpovedali).

Ako vidieť z tabuľky č. 3, výsledky naznačujú pomerne priepastné rozdiely medzi krajinami, ktoré deklarovali „prorodinné“ zabezpečovanie pomoci, a krajinami s inštitucionálnym zabezpečovaním pomoci starším. Členom rodiny bola pri poskytovaní pomoci starším prisudzovaná dominantná rola takmer vo všetkých krajinách s výnimkou škandinávskych. V krajinách, v ktorých sa názory na starostlivosť najviac prikláňali na stranu rodiny, opýtaní pomerne často pripisovali rolu aj štátnym inštitúciám, avšak veľmi málo neziskovým organizáciám a súkromným poskytovateľom. V krajinách, v ktorých bol menej rozšírený postoj, že členovia rodiny majú poskytovať starostlivosť, sa rola štátnych inštitúcií uvádzala veľmi často, pričom však prekvapujúco málo bol uvádzaný neziskový sektor a súkromní poskytovatelia (výnimkou je Francúzsko). Možno povedať, že sa tu potvrdzuje poznatok, že čím väčší priestor sa prisudzuje fungujúcim (!) verejným inštitúciám, tým menší priestor verejnosť prisudzuje neziskovému sektoru a súkromnému sektoru. Slovensko sa ocitlo približne v strede rebríčka krajín, pričom takmer 2/3 opýtaných prisudzovalo túto úlohu členom rodiny a viac ako tretina štátnym inštitúciám. Možno očakávať, že vzhľadom na neutešený zdravotný stav staršej populácie dôjde pravdepodobne v budúcnosti k posilneniu roly neziskového a súkromného sektora v tejto oblasti. Taktiež bude potrebné prehodnotiť možnosti zosúladenia pracovných povinností so starostlivosťou o staršieho člena rodiny, ako i podmienok poskytovania neformálnej starostlivosti v rodine staršiemu členovi.

V odpovediach na otázku poskytovania starostlivosti o starších sa prejavila značná rozkolísanosť po línii bývalých socialistických a západoeurópskych krajín. V tejto

otázke nejestuje medzi nimi deliaca línia, ako to bolo v predchádzajúcich otázkach. Opodstatnene sa možno domnievať, že názorovú hladinu ovplyvňuje nielen hodnotové nastavenie danej spoločnosti, ale aj kvalitatívna úroveň a teritoriálna a finančná dostupnosť služieb pre starších ľudí. V tejto súvislosti možno doplniť, že mnohé štúdie a analýzy potvrdzujú hlbokú rodovú segregáciu v oblasti starostlivosti o starších ľudí. [24] Ženy sa tradične považujú za subjekty vykonávajúce starostlivosť, a to najmä neplatenú starostlivosť v rámci rodiny, čo im spôsobuje komplikácie na pracovnom trhu.

Otázka financovania patrí vo všeobecnosti k veľmi citlivým a osobitne to platí v prípade nákladov na pomoc starším. Finančná udržateľnosť systému starostlivosti patrí aj vo verejnosti k najfrekventovanejším. Viackrát citovaný výskum ISSP obsahoval otázku o úhrade nákladov pri poskytovaní pomoci starším ľuďom. Výskum ISSP (modul Family and Changing Gender Roles) z roku 2012 obsahoval aj otázku *Kto by mal primárne hradiť náklady na pomoc starším ľuďom pri každodenných aktivitách?* Výsledky ukázali nasledujúcu distribúciu odpovedí, ktorá do určitej miery kopírovala rozloženie v predchádzajúcej otázke.

Tabuľka č. 4: Kto by mal primárne hradiť náklady na pomoc starším ľuďom pri každodenných aktivitách?

Krajina	Starší ľudia samotní alebo ich rodinní príslušníci (%)	Štátne/verejné zdroje (%)	Spolu, ktorí odpovedali na otázku (abs.)
<i>1. skupina</i>			
Bulharsko	62,8	37,2	947
Chorvátsko	58,7	41,3	968
Poľsko	52,2	47,8	1 125
Švajčiarsko	61,0	39,0	1 146
<i>2. skupina</i>			
Česká republika	49,8	50,2	1 645
Dánsko	17,8	82,2	1 318
Fínsko	28,1	71,9	1 034
Francúzsko	35,4	64,6	2 007
Island	11,9	88,1	1 099
Izrael	16,7	83,3	1 076
Lotyšsko	44,4	55,6	958
Litva	37,8	62,2	1 030
Nórsko	28,4	71,6	1 287
Rakúsko	28,5	71,5	1 014
Rusko	36,6	63,4	1 422
Slovensko	35,9	64,1	1 071
Slovinsko	44,8	55,2	943
Švédsko	13,2	86,8	979
Nemecko (záp. časť)	40,1	59,9	1 029
Nemecko (vých. časť)	26,9	73,1	484
Veľká Británia	37,1	62,9	813

Zdroj: <http://www.gesis.org/en/issp/overview/> (vlastné prepočty autorov nezahrňajú tých, ktorí na otázku neodpovedali).

Pre lepšiu názornosť sme výsledky v tabuľke č. 4 rozdelili do dvoch skupín. V prvej, menšej skupine sú krajiny, v ktorých je väčšinový (t. j. nad 50 %) názor, že náklady na starostlivosť by si mali ľudia platiť sami alebo ich rodinní príslušníci. V prvej skupine sa ocitli okrem Švajčiarska pomerne rovnorodé krajiny z hľadiska úrovne rozvinutosti sektora sociálnych služieb. Výsledok nám však nenapovedá, či dominancia názoru, že starostlivosť by si mal platiť každý sám, resp. rodinní

príslušníci, je v týchto krajinách dôsledkom nedostupnosti a reálnej nedostatočnosti štátnych zdrojov, alebo svedčí o určitom odklone od paternalistického štátu. V druhej skupine krajín je účasť štátu dominantná, pričom najviac sa to prejavuje v už spomínaných škandinávskych krajinách, ku ktorým sa pridružili Island, Izrael a paradoxne i východná časť Nemecka. V princípe ide všetko o krajiny s tradične silným sociálnym štátom. Druhú, pomerne kompaktnú podskupinu tvorili postsocialistické krajiny vrátane Slovenska, v ktorých bola miera priznanej finančnej participácie jednotlivcov už vyššia a finančná participácia štátu o niečo nižšia. K postsocialistickým krajinám sa pridružili krajiny so zmiešanými sociálnymi modelmi, ako sú Francúzsko, západná časť Nemecka, čiastočne Rakúsko. Výsledky naznačujú, že v postsocialistických krajinách v tejto oblasti prestáva pôsobiť sentiment po období socializmu a že ľudia už tak neočakávajú, že je povinnosťou štátu sa o nich v staršom veku postarať. Naopak, sú to škandinávske krajiny, v ktorých vďaka silnému sociálnemu štátu najsilnejšie dominuje názor o delegovaní povinnosti financovať služby pre starších zo štátnych a verejných zdrojov. A nielen financovať, ale ako ukázali výsledky v tabuľke č. 3, aj poskytovať. Všeobecne konsenzuálna zhoda sa ukázala v tom, že názor na financovanie pomoci z vlastných a rodinných zdrojov koreloval s názorom na poskytovanie starostlivosti samotnými členmi rodiny. A názor na financovanie starostlivosti zo štátnych/verejných zdrojov koreloval s názorom, že starostlivosť by mali poskytovať štátne inštitúcie. [22]

Uvádzané výsledky sú zjednodušujúce v tom, že nepoukazujú na vnútorné rozloženie odpovedí, ktoré štatisticky významne korelovalo s vekom opýtaných. Napríklad hradenie nákladov z verejných zdrojov najčastejšie preferovali respondenti vo veku 25 – 34 a 35 – 44 rokov, u ktorých možno predpokladať, že sú najčastejšími poskytovateľmi pomoci svojim rodičom a musia najviac znášať tieto náklady. Podobne aj nastavenie legislatívnych nástrojov, a to nielen v oblasti služieb pre starších, ale i v oblasti pracovnej legislatívy, spoluurčuje nastavenie spoločnosti na zabezpečovanie adekvátnej starostlivosti o starších ľudí.

7. ZÁVER

Predlžovanie ľudského života je bezprecedentný jav a spolu s nízkou pôrodnosťou môže v nie takej vzdialenej budúcnosti viesť k situácii, že starší ľudia budú v spoločnosti prevažovať nad deťmi. Tento vývoj významnou mierou akceleroval vedecký a technologický pokrok. Podľa odhadov historických demografov od roku 1840 sa v rozvinutých častiach sveta každým rokom predlžil ľudský život približne o 3 mesiace. [20]

Problematika starnutia zasahuje do takmer všetkých oblastí života a s väčšou či menšou intenzitou zasahuje každého z nás. Prebiehajúci proces starnutia nastoľuje požiadavky na nové poznatky týkajúce sa veku, poznatky o faktoroch a súvislostiach utvárania životných prechodov, poznatky o podobách starnutia a staroby.

Úloha veku pri definovaní sociálnych rol jednotlivca je predmetom obsiahleho sociologického diskurzu. Transformácia k modernite priniesla novodefinovanú životnú dráhu, v ktorej sa posilnil ich flexibilný a individualizačný charakter. V závere životnej dráhy sa narušil tradičný model staroba = neaktivita = dôchodok. Záver životnej dráhy sa stal omnoho variabilnejší a flexibilnejší, populácia starších ľudí sa stala omnoho heterogénnejšia a starnutie prestalo byť synonymom pasivity a odkázanosti.

Zdá sa, že starnutie populácie v podmienkach Slovenska predstavuje nezvratný proces. K dôležitým parametrom starnutia patrí typ a miesto bývania starších ľudí. Vývoj ukazovateľov vekovej štruktúry obyvateľov sídiel naznačuje, že na Slovensku naštartoval proces urbanizácie staroby. Z hľadiska sociálnych štandardov možno očakávať, že potenciálne najohrozenejšou skupinou bude v budúcnosti skupina samostatne bývajúcich starších ľudí v mestách.

Koncept aktívnej staroby predstavuje jeden z prístupov, ako sa vyrovnáť so situáciou narastajúceho počtu starších ľudí a znižujúceho sa počtu detí. Jedným z jeho najdôležitejších predpokladov je dobrý zdravotný stav, a to nielen objektívny zdravotný stav, ale i subjektívne pociťovaný zdravotný stav. Ukázalo sa, že v subjektívne pociťovanom zdravotnom stave existuje výrazná deliaca línia medzi rozvinutými západnými a postsocialistickými krajinami. Tá sa prejavila aj v otázkach týkajúcich sa celkovej spokojnosti, resp. šťastia. Získané poznatky tiež nasvedčujú, že na Slovensku je prítomný aj problém vekovej diskriminácie pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

Osobitne významným problémom bude v budúcnosti oblasť poskytovania starostlivosti o starších ľudí. Tento problém sa stane akútnejší, o to viac, že počet užívateľov starostlivosti bude narastať, zatiaľ čo počet potenciálnych poskytovateľov bude klesať. Názory na to, kto by mal starostlivosť poskytovať a kto by ju mal platiť, sa ukázali ako veľmi diferencované v jednotlivých krajinách, avšak už nie po línii západná Európa vs. postsocialistické krajiny. V tejto oblasti spomínaný vzťah neplatí. Jednoznačne sa však ukázalo, že v prípade krajín s tradične silným sociálnym štátom je zjavný silný príklon k postoju o delegovaní funkcie opateru i úhrady nákladov o starších ľudí na štát. Úloha rodiny pri plnení tejto funkcie je v týchto krajinách silne potlačená. Na Slovensku je úloha rodiny v oblasti starostlivosti o starších deklarovaná pomerne výrazne. Takmer dve tretiny opýtaných deklarovali povinnosť rodiny postarať sa o starších členov a polovica z nich uvádzala i povinnosť rodiny starostlivosť hradiť. Treba začať počítať s tým, že potreba poskytnúť starostlivosť starším členom rodiny bude vstupovať aj do plánovania a utvárania životnej dráhy generácie mladších členov rodiny.

Prezentované výsledky medzinárodných komparatívnych výskumov naznačujú isté špecifiká, ktoré sprevádzajú starnutie populácie na Slovensku a ktoré nesvedčia o tom, že by sme boli spoločnosťou priateľsky naklonenou starším ľuďom. Je totiž rozdiel, či sa starnúca európska populácia cíti relatívne šťastne a zdravo ako v krajinách západnej Európy, alebo, naopak, nie veľmi šťastne a choro ako na Slovensku. Takéto subjektívne vnímanie svojho stavu je nielen významnou prekážkou aktívneho starnutia, ale má svoj výrazný vplyv aj na možnosti ďalšieho rozvoja napríklad striedanej ekonomiky (predovšetkým oblasť služieb spojená s cestovaním). Pri perspektíve ďalšieho zvyšovania veku odchodu do dôchodku sa tiež vynárajú problémy s participáciou starších ľudí na pracovnom trhu a ich pracovnou produktivitou. V neposlednom rade je tiež zrejmé, že subjektívne pociťovaný diskomfort starších ľudí v oblasti zdravia a šťastia má priamy dosah aj na štátny sociálny a zdravotný systém, ktorého úloha a zaťaženie bude narastať.

Štúdiá je výstupom projektu APVV 0309-11 Slovenská spoločnosť v medzinárodných komparatívnych výskumoch: pred krízou a počas krízy.

LITERATÚRA

- [1] Abeles, R. P. – Riley, M. W.: A Life – Course Perspective on the Later Years of Life: Some Implications for Research. Social Science Research Council Annual Report 1976-77. (Reprinted pamphlet in author's files) 1977.
- [2] Atchley, R. C.: Social Forces and Ageing. An Introduction to Social Gerontology. Belmont: Wadsworth, 1999.
- [3] Bleha, B.: Lokálny demografický vývoj na Slovensku: percepcia, spoločenské implikácie a interdisciplinárne výzvy. In: Sociológia, 2011, č. 4, s. 362 – 390.
- [4] Brody, E. M.: Parent Care as a Normative Family Stress. In: The Gerontologist 25, 1985. (1):19 – 29.
- [5] Bútorová, Z. et al.: Štvrtý rozmer tretieho veku: Desať kapitol o aktívnom starnutí. Bratislava: Inštitút pre verejné otázky, 2013. 366s. ISBN 80-89048-06-4.
- [6] Cain, L. D.: Alternative Perspectives on the Phenomena of Human Ageing: Age stratification and Age Status. In: Journal of Applied Behavioral Science, May 1987, vol. 23, (2), s. 277 – 294.
- [7] Dudová, R.: Péče o stárnoucí rodiče. In: Hašková, H.: Vlastní cestou? Životní dráhy v pozdně moderní společnosti. Praha: SLON, 2014, s. 30 – 334. ISBN 978-80-7419-178-7.
- [8] European Commission (2014): Eurobarometer 76.2 [6] (2011). TNS OPINION & SOCIAL, Brussels [Producer]. GESIS Data Archive, Cologne. ZA5566 Data file Version 2.0.1, doi:10.4232/1.12006.
- [9] ISSP Research Group (2013): International Social Survey Programme: Health and Health Care - ISSP 2011. GESIS Data Archive, Cologne. ZA5800 Data file Version 2.0.0, doi:10.4232/1.11759.
- [10] EU SILC (2004 – 2012): EUROSTAT, European Union Survey on Income and Living Conditions, <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do> Data extracted on 29NOV 2014 12:50 UTC (GMT) from Eurostat.
- [11] EVS (2011): European Values Study 1981-2008 Longitudinal Data File. GESIS Data Archive, Cologne, Germany, ZA4804 Data File Version 1.0.0 (2011-04-30) DOI:10.4232/1.4804.
- [12] Gajdoš, P.: Mestá – vidiek – regióny. In: Ako sa mení slovenská spoločnosť. Bratislava: Sociologický ústav SAV, 2013, s. 133 – 186. ISBN 978-80-85544-82-4.
- [13] Haluš, M.: Tri výzvy slovenskej ekonomiky: Metodika identifikácie priorít Slovenska. Bratislava: Inštitút finančnej politiky, Ministerstvo financií SR, 2015. Dostupné na: <http://www.finance.gov.sk/Default.aspx?CatID=10131>.
- [14] Hašková, H. – Uhde, Z.: Životní dráhy v kontextu sociálních změn. In: Hašková, H.: Vlastní cestou? Životní dráhy v pozdně moderní společnosti. Praha: SLON, s. 17 – 58. ISBN 978-80-7419-178-7.
- [15] Hazan, H.: Old age: Constructions and Decostructions. Cambridge University Press, 1994. 126 s.
- [16] Heinz, W. R. – Krüger, H.: Life course: Innovations and Challenges for Social Research. Current Sociology, vol. 49, (2), 2001, s. 29 – 45.
- [17] Laslett, P.: A Fresh Map of Life: The Emergence of the Third Age. Cambridge: Harvard UP, 1991.
- [18] Marshall, V. W. – Bengtson, V. L.: Theoretical Perspectives on the Sociology of Ageing. In: Settersten, R. A. jr., Angel, J. L. (eds): Handbook of Sociology of Aging, Springer, 2011. 672 s.
- [19] Mészáros, J.: Ako dlho žije populácia Slovenskej republiky v zdraví? In: Slovenská štatistika a demografia, 2007, č. 1 – 2. Bratislava: Štatistický úrad SR, s. 133 – 140.

- [20] Oeppen, J. – Vaupel, J. W. (2002): Broken Limits to Life Expectancy. *Science* 296:1029:31.
- [21] Pfeiferová, Š. – Lux, M. – Dvořák, T. – Havlíková, J. – Mikeszová, M. – Sunega, P. (eds.): *Housing and Social Care for the Elderly in Central Europe: WP3 Main Findings Report*, Institute of Sociology, Academy of Sciences of the Czech Republic, Prague 2013. 165 s. ISBN 978-80-7330-233-7.
- [22] Piscová, M. – Klobucký, R. – Zeman, M. – Bahna, M.: *Starnutie na Slovensku a v medzinárodnom kontexte*. In: Piscová, M. (ed): *Starnutie a starší ľudia: podmienky a súvislosti*. Bratislava: Sociologický ústav SAV, 2014. 131 s. ISBN 978-80-855544-86-2.
- [23] Přidalová, M.: *Pečující dcery a pečující synové (rozhodnutí, se kterým můžu žít)*. Ivris Working Papers 07/04. Brno: FSS MU, 2007.
- [24] Strak, A.: *Warm Hands in Cold Age: On the Need of a New World Order of Care*. *Feminist Economics* 11 (2), 2005, s. 7 – 36.
- [25] Sýkorová, D.: *Bezdětnost ve stáří*. In: *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*, 2008, č. 1, s. 113 – 138.
- [26] Sýkorová, D.: *Věková identita*. In: *Sociológia*, 2009, č. 2, s. 149 – 167.
- [27] UNECE/European Commission (2015): *Active Ageing Index 2014: Analytical Report*, Report prepared by Asghar Zaidi of Centre for Research on Ageing, University of Southampton and David Stanton, under contract with United Nations Economic Commission for Europe (Geneva), co-funded by European Commission's Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion, Brussels.
- [28] World Health Organisation: *Active Ageing. A Policy Framework*. Geneva: WHO, 2001.

RESUMÉ

Starnutie sa stáva frekventovanou témou súčasnosti. Tento proces má vplyv na takmer všetky oblasti spoločenského života, a preto sa stáva predmetom záujmu mnohých vedných disciplín vrátane sociológie. V teoretickej konceptualizácii starnutia sa ako jeden z kľúčových prístupov presadila perspektíva životnej dráhy, na ktorú nadväzuje koncept aktívneho starnutia. Aj v slovenskej sociológii je viditeľný príklon ku konceptu aktívneho starnutia, čo do veľkej miery súvisí s tvorbou a prijímaním strategických dokumentov v tejto oblasti v posledných rokoch. Koncept aktívnej staroby predstavuje jeden z prístupov, ako sa vyrovnáť so situáciou narastajúceho počtu starších ľudí a znižujúceho sa počtu detí. Jedným z najdôležitejších predpokladov kvality života starších ľudí je dobrý zdravotný stav. Nielen objektívny zdravotný stav, ale i subjektívne pociťovaný zdravotný stav a rovnako pocit spokojnosti či šťastia. Na základe analýzy viacerých komparatívnych sociologických výskumov možno konštatovať, že v týchto charakteristikách existuje výrazná deliaca línia medzi rozvinutými západnými a postsocialistickými krajinami. Na túto skutočnosť môže na Slovensku vplývať aj prítomnosť pociťovanej vekovej diskriminácie pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Podobne i štatistické zisťovanie zdravých rokov života ukazuje, že Slovensko je dlhodobo na nelichotivom poslednom mieste v rámci krajín EÚ. V tejto súvislosti je užitočné poukázať na metodologický problém možnosti vplyvu nejednoznačného pochopenia otázky kladenej respondentom pri štatistickom zisťovaní EU SILC.

Počet starších ľudí potrebných starostlivosť bude narastať, čo spôsobí i tlak a nárast financovania takýchto služieb zo strany štátu a samospráv. Na základe výsledkov z výskumov možno konštatovať, že na Slovensku sa úloha rodiny v tejto oblasti ukazuje ako relatívne silná na rozdiel od krajín s rozvinutým sociálnym

systémom. Podobne to platí aj o financovaní starostlivosti o starších. V blízkej budúcnosti treba počítať s tým, že potreba poskytnúť starostlivosť starším členom rodiny bude vstupovať aj do plánovania a utvárania životnej dráhy generačne mladších členov rodiny.

RESUME

Ageing has currently become a frequent topic. The ageing process influences nearly all areas of social life and therefore it is a topic of many scientific disciplines including sociology. In the theoretical frameworks of ageing, the life course perspective related to active ageing has become established. The tendency to adopt the active ageing conceptualisation remains to be seen also in Slovak sociology. It is mainly related to the production and acceptance of several strategic documents in this field over the last years. The Active Ageing- concept is one of the approaches dealing with the situation of an increasing number of older people and the decreasing number of children. One of the main preconditions of life quality of the older people a good health status, not only the objective health status but also the subjective perception of health together with happiness and life satisfaction. Based on the analysis of several comparative sociological surveys it can be concluded that there is a considerable dividing line between the western developed countries and post - socialist countries. This fact can influence the perception of an existing age discrimination in health care among the elderly population. Similarly, the value of the „healthy life years“ indicator is very unfavourable in Slovakia and the country has been ranked last within the EU. In this context it might be worth mentioning that this position is possibly influenced by an ambiguous understanding of the survey question.

The number of elderly health care users will increase in the future and the number of providers will decrease. Apart from countries with a developed social system, in Slovakia, the role of the family turns out to be relatively large in this field. The same applies for the funding of elderly health care. In the near future, providing care to older family members will enter into planning and generating younger family members' career.

PROFESIJNÝ ŽIVOTOPIS

PhDr. Magdalena Piscová, CSc., je dlhoročná vedecká pracovníčka Sociologického ústavu SAV. Vo svojej práci sa zaoberá problematikou rodiny, demografického vývoja, rodových vzťahov, identity a starnutia. Je autorkou a editorkou viacerých publikácií, ako *Ženy vo vede, Slovensko na ceste k rodovej rovnosti, Podoby ženy atd.* Pôsobí tiež v skupine expertov pri Európskej komisii pre oblasť zamestnanosti žien a rodovej rovnosti, je národná delegátka Helsinskej skupiny o rode vo výskume a v inováciách (Helsinki group on gender in research and innovation) pri Európskej komisii.

Mgr. Robert Klobucký, PhD., vyštudoval sociológiu na Katedre sociológie Filozofickej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave, kde získal doktorát. Zaoberá sa dejinami slovenského sociologického myslenia, sociológiou poznania a sociálnou patológiou. Je autorom monografie *Hlasistické hnutie – národ a sociológia a mnohých ďalších štúdií z rôznych oblastí.* Od roku 1996 pôsobí v Sociologickom ústave SAV v Bratislave. Od roku 2014 prednáša dejiny sociológie na Trnavskej univerzite v Trnave.

Ing. Mgr. Miloslav Bahna, PhD., je vedecký pracovník Sociologického ústavu SAV. Vyštudoval softvérové inžinierstvo na Fakulte elektrotechniky a informatiky Slovenskej technickej univerzity a sociológiu na Filozofickej fakulte Univerzity Komenského. Je autorom

monografie Migrácia zo Slovenska po vstupe do Európskej únie (VEDA, 2011). Publikoval v časopisoch International Migration Review, European Societies, Journal of Contemporary European Studies a iných. Je členom tímu, ktorý zastupuje Slovensko v programe International Social Survey Programme (ISSP), a spoluzakladateľom Slovenského archívu sociálnych dát (SASD). Je redaktorom časopisu Sociológia – Slovak Sociological Review.

KONTAKT

magdalena.piscova@savba.sk

robert.klobucky@savba.sk

miloslav.bahna@savba.sk