

# Rizikové faktory zraniteľnosti

L. Hegyi  
Slovenská zdravotnícka univerzita

## Súhrn

*Zraniteľné komunity* sú skupiny obyvateľstva, ktoré z rôznych objektívnych a subjektívnych príčin nemajú rovnaký prístup k vzdelaniu, zdravotnej starostlivosti, zamestnanosti a k ďalším oblastiam spoločenského života. Medzi znevýhodnené skupiny obyvateľov zaradujeme napr. zdravotne postihnutých, nezamestnaných, bezdomovcov, deti a mládež zo sociálne slabých a neúplných rodín, seniorov a rómsku komunitu, žijúcu v separovaných a segregovaných osídleniach.

Rizikové faktory zraniteľnosti môžeme rozdeliť na neovplyvniteľné (etnická príslušnosť, vek, pohlavie) a ovplyvniteľné (chudoba, zdravie, vzdelanie). Nepriaznivé RF sa navzájom potenciujú a prehlbujú zraniteľnosť nositeľa.

**Kľúčové slová:** zraniteľnosť, rizikové faktory zraniteľnosti, chudoba, zdravie, vzdelanie.

Znevýhodnené, vulnerabilné, marginalizované alebo *zraniteľné komunity* sú skupiny obyvateľstva, ktoré z rôznych objektívnych a subjektívnych príčin nemajú rovnaký prístup k vzdelaniu, zdravotnej starostlivosti, zamestnanosti a k ďalším oblastiam spoločenského života. Medzi znevýhodnené skupiny obyvateľov zaradujeme napr. zdravotne postihnutých, nezamestnaných, bezdomovcov, deti a mládež zo sociálne slabých a neúplných rodín, seniorov a rómsku komunitu, žijúcu v separovaných a segregovaných osídleniach. (MORICOVÁ, BARTOŠOVIČ, HEGYI, 2013). Byť súčasťou znevýhodnenej skupiny obyvateľstva znamená predovšetkým žiť v chudobe.

Z pohľadu Verejného zdravotníctva je významný nielen súčasný stav, ale aj odhadovaný vývoj. Kým u bezdomovcov sa očakáva len mierny nárast ich počtu, *Vaňo* odhaduje počet Rómov v roku 2020 na 515 000, t.j. 9,5 % populácie. S tým súvisí aj vývoj počtu nezamestnaných, pretože s nárastom počtu Rómov sa zvýši aj počet dlhodobo nezamestnaných. Zvlášť významný je ale očakávaný nárast podielu seniorov na celej populácii. Podľa údajov MZ SR (2011) bude podiel seniorov (vek 65+) v roku 2020 16,7 % celej populácie.

Rizikové faktory (RF) vulnerability môžeme rozdeliť na neovplyviteľné a ovplyviteľné.

*Tbl. 1: RF vulnerability*

<b>Neovplyviteľné RF</b>	<b>Ovplyviteľné RF</b>
Etnická príslušnosť	Chudoba
Vek	Zdravie
Pohlavie	Vzdelanie

## 1. Neovplyviteľné RF

### a. *Etnická príslušnosť*.

**Rómovia** je súhrnné meno pre viacero etnických skupín a národností, ktoré majú spoločný pôvod, jazyk, spôsob života a kultúrne črty (Bartošovič, 2013). Problémovou skupinou obyvateľstva v SR ale i v Európskej únii sa stávajú pre chudobu, narušené zdravie a nízke vzdelanie.

**Stredná dĺžka života** Rómov je kratšia ako u ostatného obyvateľstva. U mužov je rozdiel 7,5 rokov v neprospech rómskych mužov (stredná dĺžka života – ďalej SDŽ pri narodení u majoritných mužov je 69,9 rokov, u rómskych mužov 62,4 rokov). U žien je rozdiel 6,6 rokov v neprospech rómskych žien (SDŽ pri narodení u majoritných žien je 78,2 rokov, u Rómok 71,6 rokov).

**Zdravotný stav** rómskej minority v SR, podobne ako v susedných krajinách je veľmi zlý. Rómovia predstavujú vysoko rizikovú skupinu obyvateľstva SR, ktorú ohrozuje obezita, diabetes, poruchy kardiovaskulárneho systému a niektoré druhy nádorov napr. karcinóm pľúc (Bartošovič, 2013).

#### **b. Vek**

Za seniorský vek považujeme vek nad 65 rokov. Starnutie populácie môžeme dokladovať na jej rastúcom podiele na celej populácii, na zvyšujúcom sa indexe starnutia (index starnutia = počet osôb 65+ na 100 detí vo veku 0 – 14 rokov) a narastajúcim priemernom veku obyvateľstva.

*Tbl. 2: Veková štruktúra obyvateľov podľa ekonomických vekových skupín v SR - 2012*

<b>vek</b>	<b>počet</b>	<b>Podiel v %</b>
0 - 14	830 576	15,35
15 - 64	3 870 038	71,52
65+	710 222	13,13
spolu	5 410 836	100,00

*Zdroj: ŠÚ SR, 2013*

*Tbl. 3: Index starnutia v SR v rokoch 2002 - 2012*

	<b>2002</b>	<b>2012</b>
Muži	46,50	63,16
Ženy	80,80	109,07
spolu	63,20	85,51

*Zdroj: ŠÚ SR, 2013*

*Tbl. 4: Priemerný vek obyvateľov SR v rokoch 2002 - 2012*

	<b>2002</b>	<b>2012</b>
Muži	34,90	37,68
Ženy	38,00	40,87
spolu	36,50	39,32

*Zdroj: ŠÚ SR, 2013*

Nárast indexu starnutia a priemerného veku obyvateľstva spolu s očakávaným rastom nákladov na sociálnu a zdravotnú starostlivosť je veľkou výzvou pre súčasnú spoločnosť.

Perspektívne najzávažnejšou marginalizovanou, znevýhodnenou, resp. zraniteľnou skupinou sú jednoznačne seniori. Otázkou je, aká bude úroveň zdravotných a sociálnych

služieb pre túto skupinu obyvateľstva v nasledujúcom desaťročí, keď už dnes badáme najmä v zdravotných službách zreteľný pokles rozsahu, úrovne a ochote ich seniorom poskytovať oproti minulým rokom. (HEGYI, 2013).

Zraniteľnosť seniorov spočíva v prítomnosti deficitu zdravotného a/alebo sociálneho na jednej strane a nedostatočnej, neprimeranej alebo nesprávnej reakcie spoločnosti na tento stav. K znevýhodneniu seniorov v spoločnosti prispievajú zvláštnosti ochorení vo vyššom veku, chronické ochorenia, chudoba a malá tolerancia spoločnosti voči seniorom (HEGYI, 2013).

### *c. Pohlavie*

V programe WHO „Zdravie 21“ sa hovorí, že ženy žijú dlhšie ako muži, ale tieto roky navyše sú často spojené s chronickými chorobami, neschopnosťou a ťažkosťami nezávisle existovať najmä vo vekovej skupine najstarších starých ( t.j. ľudí vo veku 80 a viac rokov ). Závislosť má fyzickú, ekonomickú, psychologickú a sociálnu dimenziu, čo má silný negatívny dopad na kvalitu života veľmi starých ľudí. V tejto vekovej skupine ženy reprezentujú v súčasnosti 60 % - 64 %. Jednou z príčin rozdielov vo funkčnej schopnosti podľa pohlavia môže byť skutočnosť, že s úbytkom svalovej hmoty ženy padnú pod „kritický prah“ skôr ako muži. Ženy majú nižší príjem a úspory ako muži, čo bude počas nasledujúcej dekády pravdepodobne pokračovať s dopadom na verejné výdavky a zdravie a kvalitu života žien (BADALÍK, HEGYI, 2000).

Počet žien v populácii je vyšší než počet mužov, ženy sa dožívajú vyššieho veku. Taktiež očakávaná dĺžka života žien je vyššia než u mužov.

*Tbl. 5: Stredná dĺžka života pri narodení SR, 2002 – 2012*

	<b>2002</b>	<b>2012</b>
Muži	69,77	72,47
Ženy	77,57	79,45

*Zdroj: ŠÚ SR, 2013*

Tab.6: Porovnanie očakávanej dĺžky života vo veku 60 rokov v období 2002-2005 v rôznych európskych štátoch

Štát	Muži	Ženy
Dánsko	19	24
Nórsko	20	24
Švédsko	21	25
Spojené kráľovstvo	19	23
Nemecko	19	24
SR	16	21
ČR	17	21
Poľsko	17	21
Maďarsko	16	20

Zdroj: WHO

Stále pretrváva rozdiel v zamestnanosti žien a mužov. V roku 2004 bola zamestnanosť mužov 63,2 %, žien 50,9%. Miera zamestnanosti žien sa zvyšovala iba vo vekovej skupine 55-64 rokov pri pretrvávaní rodového rozdielu: v roku 2004 bola v tejto vekovej skupine zamestnanosť žien 12,6 %, mužov 43,8%. Vo všetkých odvetviach národného hospodárstva zaostávajú mzdy žien za mzdami mužov. V rokoch 2001 až 2005 bola hodinová mzda žien o 26 % nižšia oproti mužom. O niekoľko % menšie rozdiely v ohodnotení oproti mužom sú u vysokoškolsky vzdelaných žien. Predlžovanie veku odchodu do dôchodku a postupné zblížovanie dôchodkového veku mužov a žien sa v budúcnosti premietne do rastu zamestnanosti tejto vekovej skupiny (FILADELFIOVÁ, 2007).

Miera rizika chudoby je vyššia u žien než u mužov. Podľa jednotlivých vekových skupín sa rodová disparita najvýraznejšie prejavila u 75-ročných a starších seniorov. Ženy vo veku 75 rokov a viac boli v niektorých rokoch zisťovania vystavené riziku chudoby troj- až štvornásobne častejšie ako muži v tom istom veku.

Nižšia zamestnanosť a nižšie príjmy znamenajú pre ženy aj nižšie dôchodky.

## 2. **Ovplyvňiteľné RF**

### a. **Chudoba**

Chudoba je mnohodimenzionálny jav. Ide o vynútený nedostatok aspoň v 3, resp. v 4 z celkovo deviatich deprivačných položiek (1. nedoplatky, spojené s hypotékou alebo

nájomným, úhradou za energiu alebo splácaním nákupov, 2. schopnosť dovoliť si raz za 1 rok ísť na týždeň dovolenky mimo domu, 3. schopnosť dovoliť si jesť jedlo s mäsom, kuracím, rybou každý druhý deň, 4. schopnosť čeliť neočakávaným výdavkom vo výške sumy stanovenej ako mesačná národná hranica rizika chudoby za obdobie predchádzajúceho roka, 5. domácnosť si nemôže dovoliť telefón vrátane mobilného telefónu, 6. domácnosť si nemôže dovoliť farebný televízor, 7. domácnosť si nemôže dovoliť práčku, 8. domácnosť si nemôže dovoliť automobil, 9. schopnosť domácnosti si finančne dovoliť udržiavať doma primerané teplo (VLAČUHA, ŠKÁPIK, 2012).

Dnes (2013) je hranica chudoby 315 € na osobu a mesiac, minimálna mzda 337 € a priemerný dôchodok 389 €. Pritom 50 % dôchodkov je hlboko pod týmto priemerom.

Tab.7: Priemerná mesačná výška starobných sólo dôchodkov (v EUR)

rok	2007	2008	2009	2010	2011
Dôchodok v EUR	294,9	313,1	339,7	352,5	362,1

Zdroj: Štatistický úrad SR, 2012

Pre rozpočet domácnosti majú pre seniora pomerne veľký význam platby za zdravotnú starostlivosť. Nápadný je vzostup týchto výdavkov za 10 rokov: trojnásobný v skupine 60-74 ročných a štvornásobný v skupine nad 75 rokov v absolútnych hodnotách ale i takmer dvojnásobný vzostup v percentuálnom podiele čistých peňažných výdavkov (ŠÚ SR, 2012). Pozitívnym javom je, že príjmy sú vyššie než výdavky.

Mladšie vekové skupiny boli rizikom chudoby ohrozené viac ako staršie ročníky (celkovo najohrozenejšou vekovou skupinou z hľadiska príjmovej chudoby boli osoby do 18 rokov a nezamestnaní).

Tab.8: Výdavky súhrnných domácností na zdravie v členení podľa veku prednostu domácnosti

	Obdobie/vek	do 44 rokov	45-59 rokov	60-74 rokov	75+ rokov
<b>výdavky na osobu a rok (EUR)</b>	2011	80	101	182	232
	2006	58	82	157	161
	2001	30	42	60	53

<b>Podiel na čistých peňažných výdavkoch v %</b>	2011	2,2	2,6	4,3	6,1
	2006	1,8	2,4	4,5	5,0
	2001	1,3	1,5	2,3	2,5

*Zdroj: Štatistický úrad SR, štatistika rodinných účtov 2001, 2006, 2011*

Ak v roku 2013 žije na pokraji spoločnosti (rozumej v chudobe) 28 % obyvateľstva, v roku 2020 to bude najmenej 35 % celého obyvateľstva.

Chudoba súvisí s nezamestnanosťou a nízkym vzdelaním, ktoré znižuje možnosť nájsť si zamestnanie. Vzťah k rómskemu etniku je tu zrejímavý. Chudoba zároveň úzko súvisí so zdravím.

#### **b. Zdravie**

Vzťah medzi chorobami, resp. úmrtnosťou a chudobou existuje vo všetkých krajinách, či už rozvojových, alebo vyspelých. V roku 1982 bol v USA uskutočnený jedinečný multifaktorový rizikový intervenčný experiment (MR – FIT), na ktorom sa zúčastnilo viac ako 300 000 mužov. Boli rozdelení do 12 tried podľa príjmu. Čím nižší bol príjem, tým vyššia bola štandardizovaná úmrtnosť. Úmrtnosť v skupine s najnižším príjmom bola dvakrát vyššia, než v skupine najbohatších (81 a 41 na 10 000)( SYME, 1996).

Ak porovnáme zraniteľné skupiny v našich podmienkach, nachádzame zreteľné rozdiely medzi majoritnou populáciou a zraniteľnými skupinami. Kým stredná dĺžka života pri narodení činí u majoritnej populácie 72,47 rokov pre mužov a 79,47 rokov pre ženy (2012), u Rómov je to len 62,4 rokov u mužov a 71,6 rokov u žien. Priemerné dožitie bezdomovcov sa udáva na 41 – 47 rokov.

Zdravie, akokoľvek patrí medzi ovplyvniteľné RF, úzko súvisí s chudobou, vzdelaním, ale i s etnickou príslušnosťou, vekom a pohlavím.

### *c. Vzdelanie*

Vzdelanie je súhrn znalostí, vedomostí, poznávacích spôsobilostí a schopností, ktoré nadobudol jednotlivec na základe školského vzdelania, učenia, rozumovej výchovy, životných a pracovných skúseností a zámerného vlastného sebvzdelávania (Wikipedia).

Za desať rokov od sčítania v roku 2001 sa na Slovensku výrazne zmenila vzdelanostná úroveň spoločnosti v prospech obyvateľov s ukončeným vysokoškolským vzdelaním. Potvrdzujú to údaje Štatistického úradu SR, prezentujúce výsledky Sčítania obyvateľov, domov a bytov 2011 o obyvateľstve podľa najvyššieho dosiahnutého vzdelania. Vyplýva z nich, že podiel trvalo bývajúcich obyvateľov s najvyšším ukončeným vysokoškolským vzdelaním bakalárskym, magisterským, inžinierskym, doktorským a doktorandským spolu sa zvýšil zo 7,8 % (423 324) v roku 2001 na 13,8 % (747 968) v roku 2011. V medzicenzovom období 2001 - 2011 pribudli vysokoškolsky vzdelaní ľudia vo všetkých krajoch SR. Najvyššie podiely obyvateľov s ukončeným bakalárskym, magisterským, inžinierskym, doktorským a doktorandským vzdelaním spolu boli k 21. máju 2011, k rozhodujúcemu okamihu sčítania, zaznamenané v Bratislavskom kraji (26,2 %, t. j. 157 678), v okrese Bratislava V (35,3 %, t. j. 39 257) a v obci Bratislava - Petržalka (35,9 %, t. j. 38 036). V šiestich obciach od 14 do 514 obyvateľov v okresoch Rimavská Sobota, Veľký Krtíš a Medzilaborce si k rozhodujúcemu okamihu sčítania nikto z trvalo bývajúcich obyvateľov neuviedol, že má ukončené vysokoškolské vzdelanie (SODB 2011).

Podľa sčítania obyvateľstva z roku 1991 je vzdelanostná štruktúra Rómov nepriaznivá: 76,7 % má základné vzdelanie (vrátane nedokončeného); 8 % učňovské vzdelanie bez maturity; 0,84 % úplné stredné vzdelanie; 0,13 % VŠ. Ale prieskum z roku 1990 zistil, že 56 % mužov a 59 % žien nemá ukončené základné vzdelanie (triedy 1 – 9). Takmer žiadni Rómovia zo segregovaných osád nemajú ukončenú strednú školu (SODB 2011).



Nízky stupeň vzdelania nachádzame u Rómov žijúcich v osadách a u časti bezdomovcov a nezamestnaných. Nedostatočné vzdelanie má teda súvislosť s etnikom, ale i s chudobou a chatrným zdravím. Nepriaznivé rizikové faktory sa navzájom potencujú a prehlbujú zraniteľnosť nositeľa.

### Literatúra

1. BADALÍK, L.- HEGYI, L.: Zdravé starnutie v Európe 21. storočia. Geriatria, 2000, č.1., s. 37-41
2. BARTOŠOVIČ, I.: Zdravotné a sociálne problémy rómskeho etnika. In: Š. MORICOVÁ, I. BARTOŠOVIČ, L. HEGYI: Zraniteľné skupiny vo verejnom zdravotníctve. Bratislava: Veda (SAV), 2013, v tlači
3. FILADELFIOVÁ, J.: Ženy, muži a vek v štatistikách trhu práce. Ed. Zora Bútorová. Bratislava: Inštitút pre verejné otázky, 2007, s. 116, ISBN 978-80-88935-9
4. HEGYI, L.: Seniori. In: Š. MORICOVÁ, I. BARTOŠOVIČ, L. HEGYI: Zraniteľné skupiny vo verejnom zdravotníctve. Bratislava: Veda (SAV), 2013, v tlači
5. HEGYI, L.: Kto dnes žije na okraji spoločnosti. Geriatria, 19, 2013, č.2, (v tlači)
6. SYME, S.L.: To prevent disease: the need for a new approach. In: Health and social organization (Ed.: D. Blane et al.), London: Routledge, 1996.).
7. Štatistický úrad SR: Obyvateľstvo SR v kontexte Európskeho roku aktívneho starnutia. Bratislava: ŠÚ SR, 2012, s. 94, ISBN 978-80-8121-144-7
8. ŠÚ SR: Výsledky SODB 2011
9. VLAČUHA, R., ŠKÁPIK, P.: EU SILC 2011, Indikátory chudoby a sociálneho vylúčenia. Bratislava: ŠÚ SR, 2012, s. 26, ISBN 978-80-8121-135-5
10. Wikipedia

Adresa autora

Prof. MUDr. L.H., DrSc.

Fakulta verejného zdravotníctva SZU v Bratislave

833 03 Bratislava, Limbová 14

e-mail: [ladislav@hegyi.eu](mailto:ladislav@hegyi.eu)

