

LADISLAV KÁŽMÉR, EVA GREGOROVÁ

SUBJEKTIVNÍ ZDRAVÍ A JEHO SOCIÁLNĚ- PROSTOROVÁ PODMÍNĚNOST: PŘÍPADOVÁ STUDIE BYDLENÍ SENIORSKÉ POPULACE MĚSTA BRNA

KÁŽMÉR, L., GREGOROVÁ, E. (2015): Self-rated Health and its Socio-spatial Conditionality: Housing Case Study of the Senior Population of Brno. *Geografie*, 120, No. 4, pp. 603–629. – The processes of population ageing are of major importance in the present-day social and economic research. Regarding the elderly population and its specific needs, the concept of active and healthy ageing as a comprehensive strategy has gained large attention. In this paper we focused on the current health status of the 65+ population, applying the data on self-rated health of the seniors living in the city of Brno. We analysed the level of self-rated health and identified its geographical conditionality within the whole Czech elderly population as well. Additionally, we identified key social and environmental factors underlying the reported self-rated health status, using a set of demographic, socioeconomic and senior housing condition variables.

KEY WORDS: self-rated health – elderly population – social and environmental determinants.

Príspevek vznikl za finanční podpory projektu GAČR P404/12/1446 Využití sociologických metod pro analýzu nerovnováhy na trhu bydlení – kritická a kontextuální metodologie ve výzkumu bydlení.

1. Úvod

Procesy demografického stárnutí a jejich sociálně-ekonomické dopady patří v posledních desetiletích k nejvíce frekventovaným tématům v sociálních i ekonomických vědách. Změny, které tyto procesy s sebou nesou na různých měřítkových úrovních a patřičně vyrovnání se s nimi, patří k hlavním výzvám současných postindustriálních zemí, snažících se o progresivní, udržitelný a inkluzivní rozvoj své společnosti.

Jedním z průvodních jevů demografického stárnutí obyvatelstva je kromě nárůstu podílu poproduktivní složky obyvatelstva i vyšší naděje na dožití seniorské populace, výsledkem čehož je i celkově prodlužující se doba strávená v důchodu. V souladu se zvyšováním celkové životní úrovně a zlepšující se kvalitou zdravotní a sociální péče zároveň platí, že většina současných seniorů vstupuje do důchodového věku v relativně lepším zdraví než předešlé generace (Avramov 2003). Dalším specifikem je i fakt, že tyto generace postupně disponují relativně vyšším vzděláním, samostatností, nezávislostí, vyšší mírou flexibility či technickou gramotností, což souvisí i s tím, že již poměrně velkou část svého života prožili v podmínkách transformující se společnosti po roce

1989 (Vohralíková, Rabušic 2004). Z těchto důvodů proto vysoká kvalita života jak současných, tak budoucích seniorů představuje (kolektivní) hodnotu, která má celospolečenský význam – především také s ohledem na využití v současné době spíše podceňovaných možností seniorů ve smyslu zdrojů moudrosti, celoživotních zkušeností, odbornosti či příslušného know-how.

V souvislosti s celkovou kvalitou života v seniorském věku zdůrazňují autoři především roli celkového zdraví – tedy jak fyzického, tak i mentálního a sociálního blaha jedince (WHO 1946), jež hraje v této etapě života ústřední roli. Některé studie dokonce poukazují na fakt, že subjektivně hodnocené zdraví je v seniorském věku silnějším prediktorem celkové vnímané kvality života (*subjective well-being*), než je tomu v případě některých jiných objektivních ukazatelů (cit. viz níže). Poznání základních faktorů stojících v pozadí (vnímaného) zdraví seniorské populace proto patří k hlavním východiskům strategií zaměřených na zvyšování kvality života v seniorském věku, a to v přímé návaznosti na koncepty aktivního a úspěšného stárnutí, jak je definovala Světová zdravotní organizace (WHO 2009).

V zahraničí i pro populaci Česka obecně platí, že procesy stárnutí obyvatelstva probíhají nejvýrazněji v urbanizovaných oblastech.¹ Seniori žijící ve městech proto představují v tomto ohledu hlavní cílovou skupinu jak současných, tak i budoucích rozvojových strategií. Zároveň však platí, že různé skupiny obyvatelstva, žijící v odlišných podmínkách, můžou být různou měrou citlivé na ty samé podněty ze svého okolí. Typickým příkladem můžou být právě rozdíly mezi městskou a venkovskou populací. Takovéto rozdíly se však v praxi mohou vyskytovat jak v geograficky „velikostním“, tak „horizontálním“ směru (problém potenciální prostorové nestacionarity jeví² – viz např. Brunson, Fotheringham, Charlton 1996; Fotheringham, Brunson, Charlton 2002; Spurná 2008). Z těchto důvodů představuje výzkum brněnských seniorů, jako explicitně lokální populace v poproduktivním věku, žijící v kompaktně ohraničeném urbanizovaném prostředí, vhodný výzkumný objekt pro potřeby návrhu efektivní, sociálně i prostorově zacílené politiky aktivního a úspěšného stárnutí.

Výzkum sociálně-prostorových determinant na zdraví seniorské populace získává v zahraniční literatuře stále více na oblibě – např. Freedman a kol. 2008; Wight a kol. 2008; Kerr, Rosenberg, Frank 2012; pro komplexní rešeršní práci viz Clarke, Nieuwenhuijsen 2009), a to nejen v celonárodním měřítku, nýbrž i z pohledu specifických potřeb konkrétní (městské) populace (např. Smith 2001 v Berlíně; Maniecka-Bryła a kol. 2011 v Lodži; Dujardin Lorant, Thomas 2014 ve městě Brusel apod.), což je právě případ i námi předkládaného brněnského výzkumu. V domácí odborné literatuře se komplexní zhodnocení vlivu sociálního a fyzického prostředí na kvalitu života seniorů, jak z měřítka obecního, tak specifického (odlišujícího „obecné“ požadavky a potřeby cílové populace na celostátní úrovni a potřeby konkrétní městské populace) dostalo do popředí zájmu teprve v nedávné době³. Důležitost takto „lokálně“ zacíleného (ve

¹ Hodnoceno jak ukazatelem index stáří, tak podílem „městských seniorů“ na jejich celkové početnosti ve státě.

² Tedy to, co platí obecně, ještě nemusí vždy platit lokálně; a to jak ve vztahu město vs. venkov („velikostní“ pohled), tak z pohledu město vs. ostatní sídla v konkrétním regionu („horizontální“ pohled).

své podstatě epidemiologického) výzkumu vyzdvihuje kromě toho i skutečnost, že jsou to právě města, kde se na jedné straně proces populačního stárnutí (z hlediska kvantity) především odehrává, a která jsou na druhé straně místem ekonomického růstu společnosti a motorem inovací (včetně inovací, které se vážou k sociálnímu či sociálně-ekonomickému kontextu). Města (ve své samosprávné roli) po celém světě již rozpoznala, že udržitelný rozvoj není jen o ekonomickém rozvoji či environmentálních opatřeních, ale že jejich klíčové politiky musí směřovat k řešení otázek spojených s demografickým stárnutím (OECD 2014). Zároveň se již neočekává, že lze každou „dobrou praxi“ přenést „odkudkoliv kamkoliv“ a tudíž je před každou intervencí/politikou nutné znát specifický kontext daného města/místa.

Předkládaný článek si proto klade za cíl: (1) zhodnocení prostorové diference subjektivního zdraví seniorské populace, jako ústředního předpokladu kvality života v poproduktivním věku; (2) odhalení hlavních, empiricky podložených (sociálních i prostorových) determinant, působících na subjektivní zdraví seniorů, a to ve dvou prostorových úrovních – celonárodní „české“ vs. lokální/resp. subregionální „brněnské“; (3) vzájemnou konfrontaci obdržených výsledků jednak ve „velikostním“ prostorovém aspektu (tj. městské vs. venkovské prostředí), tak i ve směru „horizontálním“ (Brno vs. ostatní čeští seniori) a (4) odvození implikací pro potřeby sociálně i prostorově koncipované samosprávné praxe v oblasti politiky aktivního a úspěšného stárnutí („*evidence-based*“ přístup).

V článku se po teoretickém úvodu zaměřujeme nejprve na prostorovou diferenciaci stárnutí české populace a její vývoj z hlediska různých měřítkových úrovních se specifickým zaměřením na město Brno. V kontextu stárnutí populace se tu z prostorového hlediska snažíme poukázat i na potřebu jisté „rozdvojenosti“ ve směřování rozvojových strategií hlavních cílových skupin seniorů: (1) seniorů žijících ve městech na „prvním“ místě; (2) seniorů žijících v nejmenších a populačně nejexponovanějších venkovských obcích na místě „druhém“. V další části analyzujeme subjektivně hodnocené zdraví seniorské populace z pohledu jeho velikostní prostorové diference. Geografická dimenze subjektivního zdraví je tu hodnocená jak pomocí nástrojů víceúrovňového modelování (*multilevel modelling*), tak i prostřednictvím komparativní analýzy speciálně sestrojeného indikátoru zdravé délky života v příslušném (seniorském) věku. Následně jsou analyzované základní faktory subjektivního zdraví seniorů, a to ve dvou měřítkových úrovních – celonárodní „české“ a lokální „brněnské“ – a to jak faktory sociálně-strukturální, tak prostorové/environmentální. Ze získaných výsledků formulujeme v závěru příslušné implikace a doporučení pro další (především sociální) plánovací praxi a rozvojové strategie.

Předkládaná studie využívá primárně data z výběrového šetření „Bytová situace a preference bydlení brněnské populace 65+ (2013)“. Pro účely komparativních analýz ohledně subjektivního zdraví byla sekundárně využita

³ Výjimkou je v tomto ohledu výzkum Vidovičové a kol. (2013) realizovaný ve 14 největších městech Česka („*QinCity*“). Autorky však svůj výzkum zaměřily pouze na seniory žijící v centrálních částech měst, tedy především v tradiční blokové domovní zástavbě. Na případné rozdíly v kvalitě života či v (subjektivním) zdraví s ohledem na typ bydlení tak daný výzkum nemůže poukázat.

i data z posledně dostupného evropského panelového šetření *EU-SILC (2012)*. Přínosem článku je kromě explicitně prostorového přístupu, vzájemné komparace „obecného“ se „specifickým“, a z toho odvozených empiricky podložených implikací pro plánovací praxi, taktéž metodická povaha prezentovaných analýz. Přístupy (komplexního) víceúrovňového modelování (s fixním i náhodným efektem) a jejich vhodná aplikace na problémy sociálně-prostorového charakteru má v domácí geografické literatuře zatím pouze minimální zastoupení. Příslušné principy přitom získávají v zahraničí stále více na oblibě, a to jednak v demografických, ekonometrických i epidemiologických studiích. Zároveň pokus o aplikaci mezinárodně respektovaného ukazatele zdravé délky života (resp. délky života vážené zdravotním stavem) na lokální populační úroveň není dosud autorům v jiných obdobných studiích známá.

2. Teorie stáří, subjektivní zdraví a environmentální gerontologie

Stárnutí jako zákonitý proces nemá dosud v literatuře jednoznačnou definici a neexistuje ani obecně přijímaná věková hranice či znak, který by daného jedince klasifikoval jako „seniora“. Na stárnutí je však potřebné dívat se alespoň dvěma aspekty – jednak jako na proces individuální a nevyhnutelný, který je biologicky podmíněn, a který danému jedinci vnáší do jeho každodenního života specifické potřeby a omezení; na straně druhé jako na proces společenský, nesoucí s sebou nové výzvy, a to jak na úrovni strategické, tak i v rovině konkrétních opatření.

Na individuální úrovni se od kategorií kalendářního a biologického věku odlišuje i věk sociální, vycházející z očekávaných společenských rolí vážících se k danému (kalendářnímu) věku jedince. Typickým odrazem takového přístupu je dělení populace na obyvatelstvo ve věku předproduktivním (0–14), produktivním (15–59, příp. 64) a poproduktivním (60, resp. 65+). Stáří, jakožto i samotná věková struktura obyvatelstva, tedy představuje formu sociálního konstruktů, dělícího život člověka na etapy s určitými připsanými významy, společenskými rolami a funkcemi, včetně správného rolového jednání a alokace zdrojů (Powell 2006, s. 44).

Navzdory tomu, že postoje společnosti k seniorskému věku se v průběhu historického vývoje výrazně měnily, v současnosti stále platí, že je na něj nahlíženo spíše negativně, a to jako na období života, kdy daný jedinec představuje pro společnost spíše vyšší náklady než přínos a užitek.⁴ Překlenutí právě takovýchto postojů je jedním z hlavních cílů politiky aktivního a úspěšného stárnutí⁵ (*active ageing*, resp. *successful ageing*). Koncept aktivního stárnutí přitom nahradil předešlý koncept zdravého stárnutí (*healthy ageing*), a to za účelem vyzdvihnutí i dalších faktorů působících na kvalitu života starších lidí, čímž

⁴ Otázkami ageismu a věkové diskriminace v soudobé české společnosti se zabývala již Vidovičová (2008).

⁵ WHO (2002) definuje aktivní stárnutí jako „proces optimalizace příležitostí na podporu zdraví, občanské participace a bezpečí, za účelem zvýšení kvality života v průběhu stárnutí“.

poukázal na holistickou povahu samotného procesu stárnutí. Aktivní stárnutí je tedy taktéž sociálním konstruktem, aplikovatelným jak na občany v důchodovém věku, tak na osoby nemocné nebo zdravotně postižené. V souvislosti se stářím a kvalitou života v seniorském věku proto otázka zdraví hraje nadále centrální roli.

V souvislosti se zdravím a hlavními determinanty působícími na jeho celkovou úroveň bylo v epidemiologické literatuře odvozeno hned několik základních modelů zdraví – od biomedicínského modelu, zdůrazňujícího především patofyziologické vlivy; přes environmentální modely, beroucí v úvahu jak přírodní, tak sociálně-ekonomické faktory; modely behaviorální, vycházející především z individuálních rizik jedince spojených s jeho životním stylem; až k modelům multifaktoriálním a holistickým, akcentujícím multidimenzionalitu, víceúrovňovost a vývojovou dynamiku příslušných faktorů. Právě zmiňovaná multifaktoriálnost a víceúrovňovost hraje přitom v našem výzkumu ústřední koncept.⁶ V souvislosti se stárnutím populace v nadcházejících desetiletích pak Rychtaříková (2002) odkazuje na tři základní teoretické koncepce týkající se (celopopulačního) vývoje zdravotního stavu obyvatelstva. První dvě lze považovat za navzájem protichůdné (teorie komprese morbidity vs. teorie pandemie mentálních poruch a přidružených chronických nemocí), třetí za jistý jejich vzájemný kompromis (koncepce dynamické rovnováhy). Ať už platí kterákoliv z těchto třech koncepcí, očekávaný nárůst střední délky života (nejen) seniorské populace by měl být v budoucnosti spojen i s nárůstem celkové kvality prožitých let v příslušné věkové skupině.⁷

V souvislosti s kvalitou života a zdravím v seniorském věku početné studie poukazují na fakt, že subjektivně hodnocené zdraví je v seniorském věku silnějším prediktorem celkové vnímané kvality života/pohody (*well-being*), než je tomu v případě některých objektivních ukazatelů (Palmore, Luikart 1972; Larson 1978; Zautra, Hempel 1984; George, Landerman 1984; Bowling, Farquhar 1996; Smith a kol. 2002; Berg a kol. 2006; Borg a kol. 2008). Vnímaný pocit osobní pohody seniorů je tedy nejsilněji ovlivněn subjektivním zdravím, které je vzápětí výrazně podmíněno „objektivním“ zdravotním stavem jedince na straně jedné⁸ (např. zdravotním omezením, přítomností závažného chronického onemocnění apod.) a psychosociálními vlivy na straně druhé (Kjvinen a kol. 1998, s. 41).

Za indikátor zdravotního stavu bylo tedy v naší studii zvoleno subjektivně hodnocené zdraví, jehož prediktivní síla pro využívání zdravotní péče i pro úmrtí se prokázala v řadě prací; a to i po kontrole na různé fyzické,

⁶ V kontextu českého výzkumu potvrzuje mnohorozměrnost konceptu zdraví a jeho spojitost s kvalitou životního prostředí seniora i Vidovičová a kol. (2013), která použila subjektivní hodnocení zdraví vedle dalších subjektivních ukazatelů k měření kvality života seniorů žijících ve velkých městech Česka.

⁷ Nestačí tedy jenom „přidávat roky“ ke strávenému životu, je nutno zaměřit se i na jeho kvalitativní stránky, ve kterých má otázka celkového zdraví ústřednou roli – a to jak v souvislosti s jeho fyzickým, psychologickým, tak i sociálním rozměrem.

⁸ Přímá provázanost fyzického a vnímaného zdraví však není podle diskuzí v odborné literatuře tak jednoduchá, jak by se na první pohled mohlo zdát, a to především v seniorském věku. Ukazuje se, že jedinec při subjektivním hodnocení svého zdraví bere do úvahy jiné a podstatně širší okolnosti, než jenom svůj fyzický stav.

sociodemografické a psychosociální faktory jedince (Eriksson, Undén, Elofsson 2001; Šolcová, Kebza 2006). Jak uvádějí Jylhä a kol. (1998), subjektivní, resp. sebehodnocené zdraví je jednou z nejčastěji používaných proměnných v gerontologickém i epidemiologickém výzkumu, a to již přibližně od poloviny 20. století. Oblíbenost tohoto konceptu spočívá jednak v jeho relativně snadné konstrukci, ale také především v tom, že se snaží překonat základní rozdílnosti mezi (biologickým) fyzickým zdravím a (osobnostně a sociálně podmíněným) „vnitřním“ rozpořením člověka. Subjektivně hodnocené zdraví tak zprostředkovává jeden ucelený a komplexní pohled na celkové zdraví jedince. Koncept subjektivního zdraví tedy reflektuje podstatně širší souvislosti než pouhá diagnostika onemocnění. V kontextu zranitelných skupin obyvatelstva, jakým je i seniorská populace, pak takový celostní přístup nabývá ještě více na významu (Smith a kol. 2002).⁹

Navzdory zmíněnému širokému a obecně oblíbenému využívání ukazatele je nutné zdůraznit, že ani v tomto případě neexistuje v odborné literatuře jeho jednotná a ucelená definice. Obecně se však příslušný koncept charakterizuje jako celkové zhodnocení zdraví daného jedince sebou samým, integrující vlastní představy a informace o biologickém, mentálním, funkčním a duševním rozměru svého zdravotního stavu (Björner a kol. 1996). V souvislosti se seniorským věkem zdůrazňuje Ocampo (2010) především jeho subjektivní a integrální charakter. Jelikož se jedná o mnohorozměrnou výslednici všech uvedených dimenzí, je nutné přihlížet na tyto jeho atributy ještě více, než je tomu u mladších věkových skupin.

Jak upozorňují i Hamplová, Chaloupková, Kurtinová (2014), na jedné straně početný zahraniční výzkum dokládá, že subjektivní hodnocení zdraví poměrně dobře zachycuje zdravotní stav respondenta. Na druhou stranu, empirický výzkum také naznačuje, že hodnocení vlastního zdravotního stavu je i poměrně nestabilní a úzce souvisí s kontextem, v němž k dotazování dochází. V případě seniorské populace je přitom takováto proměnlivost ještě výraznější (viz Crossley, Kennedy 2002; Zajacova, Dowd 2011, cit. Hamplová a kol. 2014, s. 16). Na prostorově vyšší, především mezinárodní úrovni přitom rovněž platí, že vnímání subjektivního zdraví je podmíněno i kulturním kontextem konkrétní populace, jejími vlastními představy o zdraví a chápáním nemoci¹⁰ (viz Jylhä a kol. 1998).

Přes početné teoretické a metodologické problémy týkající se subjektivně hodnoceného zdraví (seniorské) populace se však odborníci obecně shodují v přesvědčení, že subjektivní stránka a vlastní vnímání zdravotního stavu představuje dostatečně validní a spolehlivý ukazatel celkového zdraví populace, aplikovatelný především pro potřeby komparativně zaměřeného výzkumu.¹¹ Skutečnost, že určitá skupina jedinců v porovnání s ostatními hodnotí své subjektivní zdraví v průměru lépe, však ještě nutně neznamená, že z pohledu

⁹ Na výrazné rozdíly a nesoulad mezi „objektivním“ zdravím hodnoceným lékaři a úrovní vnímaného zdravotního stavu u seniorů, a z toho vyplývající specifickou důležitostí právě subjektivního přístupu, poukázali v tomto kontextu již početné předešlé studie (např. Maddox, Douglas 1973; LaRue a kol. 1979; Linn, Linn 1980; Kjvinen a kol. 1998).

¹⁰ Někdy se však takovéto rozdíly mohou vyskytnout i na odlišné úrovni – například ve vztahu k rozdílům mezi pohlavími.

objektivního fyzického zdraví tomu tak skutečně je. Především je toto konstatování nutno chápat tak, že se tito lidé takto obecně cítí, a tudíž se celkově těší lepšímu zdraví než ti ostatní (viz i Hamplová kol. 2014, s. 18; komplexní metodologické pojednání o subjektivním hodnocení zdraví v kontextu seniorské populace podává ve své dizertační práci Vuorisalmi 2007).

V praxi se subjektivní zdraví může měřit několika způsoby. Nejčastěji se však jedná o odpověď na širěji koncipovanou otázku typu: „Svůj celkový zdravotní stav byste zhodnotil/a jako...“ s odpovědi na (nejčastěji na čtyř- nebo pětibodové) Likertově škále. Přesné znění této otázky, jako i forma a šíře možných odpovědí, se však v praxi mohou měnit. Ve vztahu k přesné formulaci otázky se obecně odlišují její 3 hlavní skupiny: (1) nekomparativní (formulace otázky analogická její formě v předešle uvedeném znění); (2) věkově komparativní (respondenti jsou požádáni o zhodnocení svého zdraví ve vztahu ke svým vrstevníkům) a (3) časově komparativní (respondenti mají zhodnotit změnu v úrovni svého zdraví oproti danému období v minulosti; Eriksson, Undén, Elofsson, s. 327). V našem výzkumu byla použita první, tedy nekomparativní verze příslušné otázky¹².

Co se týče *faktorů* subjektivního zdraví seniorské populace, zahraniční autoři uvádějí především „tradiční“ proměnné, používané i v ostatní (sociálně)epidemiologické literatuře. Patří k nim typické biologické (věk, pohlaví), sociodemografické (rodinný stav, vzdělání) a socioekonomické indikátory (zaměstnání, příjem), používané především za účelem zhodnocení (a kontroly) celkového socioekonomického statusu respondenta. K dalším prediktorům subjektivního zdraví patří též (samotný) fyzický stav a funkční omezení (disabilita) jedince, faktory behaviorální (kouření, konzumace alkoholu, způsob stravování, fyzická aktivita), jakožto i různé psychosociální (duševní pohoda, spokojenost s vlastním životem, kvalita sociálních kontaktů, stres) a kulturní vlivy. Znovu však platí, že přítomnost vlivu příslušného faktoru na subjektivní zdraví nemusí být u seniorské populace vždy jednoznačná. Už jenom co se týče základních prediktorů, některé studie poukazují na to, že rostoucí věk nemusí být nutně spojován jenom s poklesem vnímaného zdraví seniora. Rovněž v případě pohlaví se např. jeví, že starší muži častokrát hodnotí své zdraví obecně lépe než ženy¹³, ačkoli byly v tomto ohledu publikovány i výzkumy s opačnými výsledky (Vuorisalmi 2007, s. 31–36).

Otázce vztahu vnějších podmínek na zdraví (tvorených jak fyzickým, tak sociálním prostředím obklopujícím jedince) a celkovou kvalitu života seniorské populace se věnovali četné publikace, a to nejen v explicitně gerontologické literatuře (v jejich subdisciplínách jako jsou environmentální gerontologie, sociální

¹¹ Právě komparativní přístup je po „technické“ stránce v epidemiologické literatuře tradičně implementován skrze nástroje (vícenásobné) regresní analýzy a (komplexního) zobecněného lineárního modelování.

¹² V některých výzkumech se ještě kromě otázky subjektivního zdraví používá i doplňující otázka týkající se přítomnosti chronických onemocnění nebo zdravotních omezení. Takovýto (objektivní) přístup má přitom odrážet především biologickou stránku (fyzického) zdraví jedince (Miilunpalo a kol. 1997, cit. Hamplová a kol. 2014).

¹³ Benyamini, Leventhal, Leventhal (2000) v tomto ohledu vyslovují předpoklad, že muži při hodnocení svého stavu reflektují hlavně závažnější a život ohrožující onemocnění, přičemž ženy berou v potaz i méně závažné problémy a širší okolnosti.

gerontologie či geropsychologie), nýbrž i v širěji koncipovaných výzkumných směrech (sociologie stáří, environmentální psychologie, sociální geografie apod.). Ucelený přehled o vývoji základních teoretických a metodologických milnicích v příslušné problematice za posledních více než 50 let podává v české odborné literatuře Vidovičová a kol. (2013).

V předkládaném článku jsme se z environmentálních faktorů zaměřili primárně na vztah zdraví a bydlení seniorů v užším smyslu, jakožto i na vliv celkového geografického prostředí v širším konceptuálním pohledu (rozdíly mezi městským a venkovským prostředím). Otázce vztahu mezi bydlením a zdravím v seniorském věku se systematicky věnovali především Oswald a Wahl (2004).¹⁴ Autoři ve své práci zdůrazňují, že samotné bydlení není jenom kombinace domu/resp. bytu, domova, bezprostředního okolí a komunity, nýbrž musí být chápáno i jako proces kontinuální interakce mezi daným jedincem a jeho/resp. jejím okamžitým objektivním i vnímaným (subjektivním) sociálním a fyzickým rozpořádáním. Obecně je proto nutné rozlišovat jak objektivní aspekty bydlení, dané jeho fyzickými parametry, které jsou „objektivně měřitelné“, tak jeho subjektivní stránku, pokrývající personální významy a funkční důležitost pro jedince, odhalitelné pouze hloubkovým a individuálním přístupem (Lawton 1999, in Oswald, Wahl 2004). V souvislosti se stářím je přitom obzvlášť důležité na tyto dva aspekty pohlížet současně.¹⁵ K objektivním aspektům bydlení patří tzv. (1) mikro-environmentální indikátory (např. hluk, vytápění, vybavenost domu/bytu, atd.); (2) indikátory mezo-environmentální (typ bydlení, jednotky speciální institucionalizované péče, právní vztah k bydlení, kvalita sousedství, přístup ke službám apod.), jakožto i obecné rozdíly v příslušných podmínkách na nejvyšší (3) makro-úrovni – tj. urbánní vs. rurální prostředí. K subjektivním aspektům potom patří tzv. měkké faktory, jako jsou pocity bezpečí, soukromí a sounáležitosti, vzpomínky a připoutanost k místu – tedy různé kognitivní, emocionální a sociální aspekty domova, sloužící jako reprezentace různých významů a identit jedince vztahujících se na daný prostor (Oswald, Wahl 2004, s. 226–232). Jelikož těmto měkkým faktorům se primárně věnovaly už před námi jiné české studie (Vidovičová a kol. 2013), námi předkládaný výzkum se zaměřil na aspekty objektivní povahy.

3. Metody a data

V úvodní části analýz, zaměřené na zhodnocení prostorové diferenciaci stárnutí české populace a její srovnání s brněnským regionem, byly využity volně dostupná data z průběžné statistiky ČSÚ o struktuře obyvatelstva podle

¹⁴ Autoři ve své rešeršní práci hodnotí více než 150 odborných publikací vydaných mezi lety 1990 až 2004, věnujících se vztahu mezi aspekty bydlení (celkové podmínky, specifické potřeby, vybavenost, dostupnost služeb, fyzické bariéry, osobní připoutanost k domovu atd.) a indikátory zdravotního stavu seniora (přítomnost nemoci, disabilita, celková pohoda, soběstačnost, mentální funkce, depresivní symptomy apod.).

¹⁵ Na podmínky bydlení v seniorském věku se je tedy důležité dívat nejenom ve smyslu jejich rizikové stránky, nýbrž i jako na zdroj zdravotně protektivních faktorů, pomáhajících zachovávat individuální kompetence a osobní pohodu („*well-being*“) i v době charakterizované dramatickým úbytkem přístupu ke zdrojům a úbytkem (fyzických) sil jedince.

věku. Vycházíme z toho, že procesy demografického stárnutí nejsou prostorově homogenní. Právě naopak, vykazují výraznou prostorovou strukturaci, přičemž jejich dopady a z nich vyplývající implikace pro plánovací praxi jsou nejvýraznější právě na lokální/resp. subregionální úrovni.

V další části se zaměřujeme na zhodnocení subjektivního zdraví populace brněnských seniorů a jeho komparaci s ostatními seniory v republice. V příslušných analýzách byla primárně využita data z datového archivu Sociologického ústavu AV ČR, v. v. i. sesbíraná v rámci výzkumu *Bytová situace a preference bydlení brněnské populace 65+ (2013)*. Detailní informace týkající se příslušného výzkumu jsou obsaženy v příslušné výzkumné zprávě¹⁶ (viz Gibas, Kázmér 2013). Pro účely komparativních analýz brněnské populace oproti celkové populaci seniorů v republice byly využity i data z posledně dostupného výběrového šetření *EU-SILC (European Union Statistics on Income and Living Conditions, 2012)*. Navzdory skutečnosti, že mezi oběma aplikovanými šetřeními byl časový rozdíl sběru dat téměř jeden rok, pro účely příslušné analýzy považujeme obě šetření za dostatečně výstižná a navzájem srovnatelná.

V analýzách byla jako výchozí použita otázka týkající se celkového zdravotního stavu respondenta (tj. jak fyzického, tak mentálního), hodnocená subjektivním přístupem na ordinální škále 1 až 10. Příslušné znění otázky korespondovalo s mezinárodní metodikou obsaženou v evropském panelovém zkoumání *EU-SILC*, a mělo následující formu: „Když zvážíte všechny okolnosti, jak byste ohodnotil/a svůj současný zdravotní stav?“ V porovnání s *EU-SILC* se však v našem případě jednalo o širší rozsah škály (v příslušném evropském panelu se udává pouze škála pětistupňová¹⁷). Z tohoto důvodu byly odpovědi respondentů sekundárně rekódovány do formy odpovídající *EU-SILC*¹⁸. Takto upravená data následně vstupovala do regresních analýz. Pro účely výpočtu střední délky života vážené zdravotním stavem byly dle konvence WHO u obou datových souborů ještě škály sdruženy jen do tří základních kategorií subjektivního zdraví: 1. *very good + good* = „dobré“; 2. *fair* = „příjemné“; 3. *bad + very bad* = „špatné“.

V tomto bodě je nutno poznamenat, jak uvádějí zahraniční studie, že odpovědi respondentů jsou častokrát citlivé na specifické znění otázky, či formulaci odpovědi (Eriksson, Undén, Elofsson 2001; Jürges, Avendano, Mackenbach 2008). Příslušní autoři se však zároveň shodují v názoru, že i navzdory různým statistickým zkrácením v takto získaných prevalencích subjektivního zdraví, odlišné škálování v konečném důsledku (jenom) odráží odlišnou kategorizaci té samé (latentní) proměnné – v tomto případě celkového subjektivního zdraví, díky čemu si i různé verze otázky uchovávají stejné asociační vztahy s příslušnými kovariáty. Uvedení autoři proto v tomto ohledu doporučují především využití ordinální/příp. i binární logistické regrese, která byla aplikována i v našem výzkumu. Vzhledem k tomu, že se však jednotlivé prevalence subjektivního

¹⁶ Výběrové šetření proběhlo ve formě standardizovaných osobních rozhovorů v domácnostech s respondenty ve věku 65 a více let, a to na vzorku o celkové velikosti 1 537 respondentů. Velikost a struktura vzorku byla stanovena kvótním výběrem na základě dat ze SLDB 2011 za město Brno. Parametry na sestavení kvóty byly pohlaví, věk a trvalý pobyt respondenta.

¹⁷ Ve formě „*very good*“ – „*good*“ – „*fair*“ – „*bad*“ – „*very bad*“.

¹⁸ 1–2 jako „*very good*“, 3–4 „*good*“, 5–6 „*fair*“, 7–8 „*bad*“, 9–10 „*very bad*“

zdraví statistickému zkreslení nevyhnou, byly výsledky komparativních analýz (Brno vs. Česko) dodatečně podloženy právě i nezávislou analýzou na datech z *EU-SILC* (2012).

Jelikož mezi nejsilnějšími prediktory subjektivního zdraví byla v obou souborech dat kromě věku identifikována i přítomnost zdravotního omezení, rozhodli jsme se příslušný efekt v regresních analýzách dodatečně kontrolovat. V brněnském výzkumu se jednalo o otázku ohledně zdravotních omezení, vycházející z mezinárodní metodiky *IADL (Instrumental Activities of Daily Living Scale)*,¹⁹ Lawton, Brody 1969). V *EU-SILC* to byla otázka týkající se přítomnosti zdravotního problému/omezení v aktivitách s odpověďmi na čtyřbodové škále: (1) nemá; (2) má, ale neomezuje (nečiní potíže); (3) má, (do jisté míry) omezuje; (4) má, velmi omezuje.

Všechny statistické výpočty týkající se víceúrovňových modelování byly provedeny v softwarovém prostředí programu *IBM SPSS Statistics 22*, aplikováním procedury *GENLINMIXED*.

4. Demografické stárnutí a jeho (časovo-) prostorová strukturace

Procesy populačního stárnutí, chápané z pohledu kvantitativního na jedné straně, jakož i z perspektivy sociálně-ekonomických dopadů a změn, které jsou s nimi asociovány, neprobíhají v čase a prostoru jednoduše. Naopak, vykazují jistou prostorovou diferenciaci a vývojovou dynamiku. Empirickým dokladem takových rozdílů jsou četné publikace domácích i světových autorů z demografického a sociálněgeografického výzkumného prostředí, i teoretické koncepce týkající se demografického přechodu (*demographic transition*), jeho stádií, mechanismů a faktorů, které jej formují a ovlivňují (např. Kirk 1996; Livi-Bacci 2001; Caldwell 2007 apod.). Příslušné koncepce explicitně pracují s dimenzí časovou, prostorová diferenciaci je zde však pojata spíše implicitně, a to buď ve smyslu „opoždění se“ příslušného regionu za vývojovými fázemi, které ho „ještě čekají“, nebo ve smyslu působení dalších (především migračních) faktorů a sil, které negativní efekty stárnutí (zčásti) kompenzují. Procesy demografického stárnutí přitom zvyšují celkové společenské a ekonomické nároky na péči o poproduktivní složku obyvatelstva. Jelikož se tedy v budoucnu očekává další nárůst seniorské složky populace, očekává se, že růst budou i náklady na uspokojení jejich specifických potřeb. Z důvodů geografické strukturace příslušných procesů hraje tedy explicitně prostorově zacílený přístup důležitou roli²⁰.

V kontextu obyvatelstva Česka jsou procesy demografického stárnutí prostorově nejvýrazněji koncentrovány v depopulačních oblastech vnitřní periferie, pohraničních oblastech, jakož i v prostředí populačně velkých měst (viz

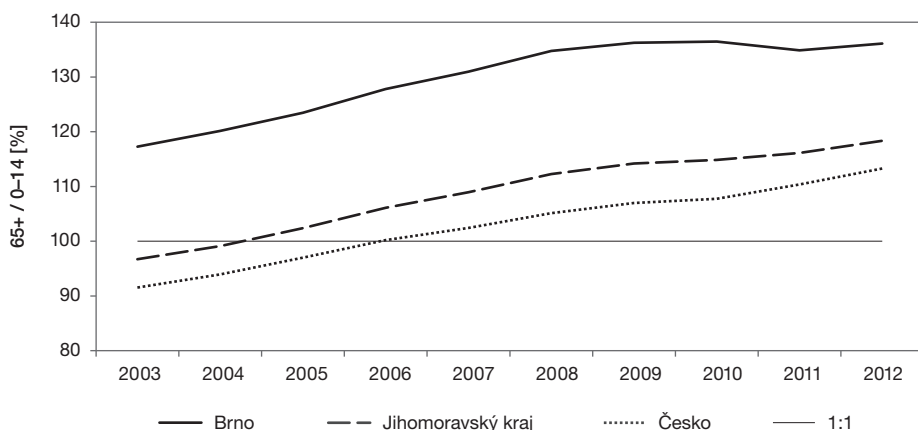
¹⁹ Z původních 8 položek *IADL* byla vypuštěna otázka týkající se nejčastější formy dopravy. Z příslušných sedmi použitých, binárně koncipovaných otázek, bylo následně pro každého respondenta vypočteno ordinální skóre v rozsahu 0 až 7 (0 – bez zdravotních omezení; 7 – úplné zdravotní omezení).

²⁰ Nejinak je tomu v případě Brna, druhého největšího města Česka, které již od roku 1996 aktivně působí v mezinárodní síti zdravých měst Světové zdravotní organizace (WHO) v rámci pracovní skupiny pro zdravé stárnutí, přičemž se v rámci „přípravy na stárnutí“ usiluje o komplexní přístup (Plán aktivního stárnutí ve městě Brně, 2012).

Tab. 1 – Index stáří dle populační velikosti obcí, Česko, 2007–2011

Populační velikost	Index stáří (%)					
	2007			2011		
	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy
– 199	122,5	97,4	148,7	124,7	103,5	146,7
200 – 499	97,1	76,3	119,1	100,3	82,9	118,5
500 – 999	91,6	71,2	113,1	95,4	77,1	114,8
1 000 – 1 999	88,7	68,1	110,9	93,7	75,0	113,7
2 000 – 4 999	91,8	70,7	114,3	99,8	79,3	121,4
5 000 – 9 999	96,9	74,5	120,7	107,8	85,0	131,8
10 000 – 19 999	98,4	75,3	122,8	110,8	87,0	135,8
20 000 – 49 999	99,4	76,0	124,0	113,7	88,6	140,3
50 000 – 99 999	109,8	84,2	136,8	122,6	95,2	151,4
100 000 +	124,9	96,3	154,7	128,5	101,2	157,1
Česko	102,4	78,9	127,2	110,4	87,4	134,6

Zdroj: ČSÚ, vlastní výpočty



Obr. 1 – Index stáří na různých měřítkových úrovních prostorové hierarchie, vývoj v letech 2003–2012. Zdroj: Demografická ročenka, ČSÚ.

Ouředníček, Temelová, Pospíšilová, eds. 2011; ČSÚ 2013). Přehled o velikostní prostorové diferenciaci demografického stárnutí obyvatelstva Česka podává tabulka 1, ze které je názorně vidět, že věkově nejstarší obyvatelstvo je nejvíce koncentrováno (1) ve velkých *městech* s nejvyšším počtem obyvatel na jedné straně, a (2) v populačně nejmenších obcích na straně druhé. Z hlediska celkové kvantity však stárnutí můžeme považovat především za proces odehrávající se právě ve městském prostředí²¹, které se následně snaží (více či méně úspěšně) na tuto svoji výzvu patřičně reagovat.

²¹ Dle údajů ČSÚ (SLDB 2011) žije 75 % seniorské populace ve věku nad 65 let v urbánním prostředí a téměř čtvrtina (23 %) z nich bydlí ve velkých městech nad 100 000 obyvatel.

Vývoj stárnutí obyvatelstva v kontextu města Brna za období posledních 10 dostupných let pak ve třech prostorových úrovních (lokální – regionální/ krajské – národní) prezentuje obrázek 1. Názorně je v něm vidět, že příslušnými procesy demografického stárnutí jsou nejvíce zasaženy populace v lokálním/ resp. subregionálním prostorovém měřítku.

5. Subjektivně hodnocené zdraví seniorské populace a jeho sociálně-prostorová podmíněnost

5.1. Subjektivní zdraví a zdravá délka života seniorů – Brno vs. Česko

Tabulka 2 sumarizuje prevalence subjektivně hodnoceného zdraví populace seniorů města Brna a Česka, a to jak celkově, tak odděleně dle pohlaví a věku. Ve věkové skupině 65–69 let hodnotí svůj zdravotní stav jako *velmi dobrý* nebo *dobry* 54,5 % brněnských seniorů, zatímco v celé republice to bylo jenom 31,3 %. Příslušné prevalence klesají s rostoucím věkem, ale i navzdory tomu je v nejstarší věkové skupině (80 a více let) podíl brněnských seniorů, kteří hodnotí svůj stav jako *dobry*, stále téměř dvakrát vyšší, než je tomu v celé republice. Obdobné vztahy platí i pro jednotlivá pohlaví odděleně.

Skutečnost, že střední délka života v daném věku je u obyvatelstva žijícího v městském prostředí vyšší než celostátní průměr, je obecně známá. V odborné literatuře se však v posledním období prosadil výpočet i tzv. střední délky života vážené zdravotním stavem (Rychtaříková 2000; Jagger a kol. 2006). Příslušnou metodiku jsme se pokusili aplikovat na data za brněnskou populaci a analýzu rozšířit i o vzájemné srovnání výsledků s oficiálními údaji za celé Česko.²² Výsledky komparativní analýzy prezentuje obrázek 2. Z výstupů je názorně vidět, že střední délka života ve věku 65 let prožitá v *dobřem zdraví* je v Brně výrazně vyšší, než je tomu souhrnně za celé Česko. V případě zahrnutí i *přijatelného zdraví* se příslušné (očekávané) roky mají tendenci vyrovnávat, a to především u mužů. U žen je však jistý rozdíl v příslušném parametru nadále patrný a statisticky signifikantní. Parametry vypočtené střední délky života vážené příslušným (subjektivním) zdravím v ostatních věkových skupinách pak sumarizuje tabulka 6.

Kvůli výše uvedeným metodologickým problémům a možným statistickým zkreslením jsme se předchozí výsledky rozhodli porovnat i s nezávislou analýzou (celonárodní) prostorové diferenciaci subjektivního zdraví seniorů – jedná se o oficiální data *EU-SILC* (2012). Tabulka 3 prezentuje výstupy (ordinální) regresní analýzy v rozsahu, jaký nabízí příslušná evropská databáze za Česko. Prostorový rozměr je zde hodnocen třemi ukazateli²³, a to:

²² Pro metodickou diskusi ohledně výpočtu střední délky života ve zdraví pomocí tzv. Sullivanovy metody, viz Jagger a kol. (2006) nebo www.eurohex.eu.

²³ Uvedené proměnné byly v databázovém souboru disponibilní za jednotlivé domácnosti, přičemž údaje o zdravotním stavu byly sbírány u každého respondenta zvlášť. Za účelem kontroly vzájemné autokorelace v odpovědích modelované proměnné (potenciálně přítomné zejména na úrovni domácností) byl v programu *SPSS* aplikovaný hierarchický zobecněný

Tab. 2 – Subjektivní zdraví dle pohlaví a věku, populace 65+, Brno (2013) vs. Česko (2012)

Pohlaví/Věk		Brno, 2013					Česko, 2012				
		Subjektivní zdraví (%)			N	Subjektivní zdraví (%)			N		
		dobré	příjatečné	špatné		dobré	příjatečné	špatné			
Muži	věk	65–69	55,4	26,1	18,5	222	33,4	50,5	16,1	533	
		70–79	38,4	32,3	29,3	229	18,2	56,0	25,9	638	
		80+	21,7	29,5	48,8	166	13,8	42,0	44,2	276	
		celkem	40,0	29,3	30,6	617	22,9	51,3	25,8	1 447	
Ženy	věk	65–69	53,8	28,8	17,5	292	29,9	53,5	16,6	793	
		70–79	36,5	34,7	28,8	403	16,2	51,5	32,3	946	
		80+	19,4	32,9	47,7	222	8,9	39,7	51,4	481	
		celkem	37,8	32,4	29,8	917	19,5	49,6	30,9	2 220	
Spolu	věk	65–69	54,5	27,6	17,9	514	31,3	52,3	16,4	1 326	
		70–79	37,2	33,9	29,0	632	17,0	53,3	29,7	1 584	
		80+	20,4	31,4	48,2	388	10,7	40,6	48,7	757	
		celkem	38,7	31,2	30,1	1 534	20,9	50,3	28,9	3 667	

Pozn.: N – velikost vzorku

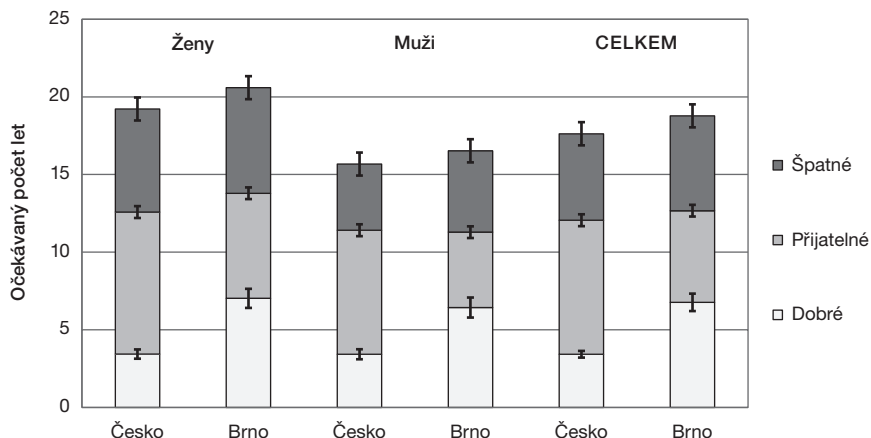
Zdroj: Bytová situace a preference bydlení brněnské populace 65+, EU-SILC (2012), vlastní výpočty

- typ obce – (1) hl. m. Praha; (2) krajská města; (3) městské obce; (4) venkovské obce,
- oblast (stupeň urbanizace) – (1) hustě obydlená (hustota alespoň 500 km⁻² a 50 tis. obyvatel), (2) středně obydlená (hustota alespoň 100 km⁻² a 50 tis. obyvatel anebo oblast sousedící s hustě obydlenou oblastí), (3) řídko obydlená (souvislá oblast území nespádající ani do jedné z předešlých dvou skupin),
- velikost obce – 9 velikostních kategorií sídel podle populační velikosti (od nejmenších obcí s počtem do 200 obyvatel až k největším městům se 100 tisíce a více obyvateli).

Z výsledků regresních analýz v tabulce 3 opětovně vyplývá, že subjektivní zdraví vykazuje u seniorů výraznou prostorovou diferenciaci. Všechny tři použité indikátory souhlasně poukazují na fakt, že senioři žijící v populačně malých (Model 1), řídko osídlených (Model 2) venkovských obcích (Model 3), deklarovali v roce 2012 obecně horší známky svého zdraví než jejich vrstevníci pocházející z hustě obydlených oblastí populačně velkých měst.²⁴ Příslušná data jsou přitom kontrolována na efekt věku i pohlaví respondenta, přičemž je vidět, že s rostoucím věkem se úroveň vnímaného zdraví zhoršuje a mužští senioři mají tendenci hodnotit své zdraví o něco lépe než ženy stejného věku. Obdržené výsledky tedy potvrzují předešlé pozorování, že senioři žijící v populačně

lineární model, kontrolující potenciální autokorelaci na 3 úrovních: (1) respondent → (2) domácnost → (3) příslušná prostorová složka (typ obce/oblast/velikost obce).

²⁴ Kladné hodnoty regresního koeficientu indikují sklon hodnotit své zdraví na horší úrovni, než je referenční kategorie příslušné (prostorové) proměnné.



Obr. 2 – Střední délka života a očekávaný počet let prožitých v dobrém, přijatelném a špatném subjektivním zdraví ve věku 65 let, Brno (2012/2013) vs. populace Česka (2012). Parametry brněnské populace seniorů byly vypočteny z věkově specifických měr úmrtnosti příslušného pohlaví v roce 2012. Zdroj: Bytová situace a preference bydlení brněnské populace 65+, ČSÚ.

největších městech (jakým je i město Brno) skutečně vnímají svůj zdravotní stav lépe než jejich vrstevníci z jiných oblastí Česka (viz především kontinuální nárůst parametru v Modelu 1).²⁵ Zahraníční autoři se v tomto kontextu obecně shodují v názoru, že v uvedeném případě se jedná především o efekt vyplývající z výrazně lepší (především časové) dostupnosti zdravotních a sociálních služeb a z jejich diverzifikovanější nabídky v urbánním prostředí (Oswald, Wahl 2004; Weeks a kol. 2004; Lucchetti, Corsonello, Gattaceca 2008; Wallace a kol. 2010). Na straně druhé, obdržené výsledky upozorňují na nutnost dostatečně pozorného přístupu i k potřebám seniorů žijících ve venkovských oblastech, či v populačně malých městech.

5.2. Faktory subjektivně hodnoceného zdraví seniorů

Za účelem odhalení hlavních faktorů stojících za subjektivně hodnoceným zdravím seniorské populace bylo sestrojeno hned několik navzájem na sebe navazujících statistických modelů. V příslušných analýzách byly použity jak proměnné sociálně-strukturální, tak prediktory environmentální, ze kterých jsme se zaměřili především na vliv podmínek bydlení. Celková analýza byla rozdělena na (1) identifikaci hlavních faktorů v (globálním) celonárodním pohledu (databáze EU-SILC); (2) komparaci obdržených výsledků s analýzou (explicitně lokální) brněnské populace seniorů (Bytová situace a preference bydlení brněnské populace 65+). V návaznosti na výsledky obdržené v předešlých modelech

²⁵ Předpoklad o tom, že rozdíly v obdržených prevalencích subjektivního zdraví v tabulce 3 jsou pouze výsledkem odlišné formulace v položené otázce (a její škály), tak můžeme s dostatečnou věrohodností zamítnout (viz i argumentaci výše).

Tab. 3 – Výstupy z ordinální logistické regrese. Závisle proměnná – subjektivní zdravotní stav, populace 65+, Česko (N=3 666)

Faktor/kovariát		Model 1 (B)	Model 2 (B)	Model 3 (B)
Práh	1 = velmi dobrý	2,81***	2,91***	2,94***
	2 = dobrý	4,48***	4,58***	4,61***
	3 = přijatelný	6,74***	6,84***	6,87***
	4 = špatný	8,21***	8,31***	8,35***
Věk		0,08***	0,08***	0,08***
Pohlaví	ženské	0,17**	0,17**	0,17**
	mužské	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>
Velikost obce	- 199	0,41*	.	.
	200 – 499	0,29*	.	.
	500 – 999	0,29*	.	.
	1 000 – 1 999	0,22*	.	.
	2 000 – 4 999	0,16	.	.
	5 000 – 9 999	0,07	.	.
	10 000 – 49 999	0,06	.	.
	50 000 – 99 999	0,09	.	.
	100 000 +	<i>ref.</i>	.	.
Oblast	řídce obydlená	.	0,18*	.
	středně obydlená	.	0,00	.
	<i>hustě obydlená</i>	.	<i>ref.</i>	.
Typ obce	venkovské obce	.	.	0,19*
	městské obce	.	.	0,03
	krajská města	.	.	-0,11
	<i>hl. m. Praha</i>	.	.	<i>ref.</i>

Zdroj: EU-SILC (2012), vlastní výpočty

v tabulce 3 byla data z EU-SILC (2012) modelované odděleně pro městskou a venkovskou populaci (binární klasifikace dle kategorií výše uvedené proměnné „typ obce“: (1) + (2) + (3) = „Města“; (4) = „Venkovské obce“).²⁶ Vycházejí z povahy závisle proměnné byl ve všech případech opětovně aplikován ordinální logistický model s (dvouúrovňovou) hierarchickou strukturou v datech: (1) respondent → (2) domácnost.

Ze zmíněných sociálně-strukturálních proměnných byly ve všech modelech použity (1) věk; (2) pohlaví; (3) vzdělání²⁷ a (4) ekonomická aktivita respondenta. Proměnnou týkající se relativního příjmu domácnosti, reprezentovanou

²⁶ Důvodem byl předpoklad, že senioři žijící na venkově se jako nejvíc znevýhodněná skupina seniorů budou v některých svých hlavních prediktorech subjektivního zdraví odlišovat od populace žijící v urbanizovaném prostředí, který se následně ukázal jako správný.

²⁷ Příslušné proměnné jsou do modelu zahrnuty za účelem explicitní kontroly respondentova socioekonomického statusu. V případě seniorské populace je však takovéto hodnocení výrazně limitující, protože nebere v potaz širší vlivy působící na respondentovo zdraví v průběhu celého jeho předešlého života. Nicméně autoři věnující se příslušné problematice doporučují právě tyto indikátory (Grundy, Holt 2001; Galobardes a kol. 2004).

Tab. 4 – Výstupy z ordinální logistické regrese. Závisle proměnná – subjektivní zdravotní stav, populace 65+ dle typu obce, Česko (N = 3 666)

Faktor/kovariát	(A) Města (N = 2 297)				(B) Venkovské obce (N = 1 369)			
	Model A1 (B)	Model A2 (B)	Model A3 (B)	Model A4 (B)	Model B1 (B)	Model B2 (B)	Model B3 (B)	Model B4 (B)
Práh								
1 = velmi dobrý	3,18***	0,79***	3,59***	1,19***	2,93**	1,42*	3,15***	1,56*
2 = dobrý	6,25***	4,04***	6,70***	4,46***	5,92***	4,61***	6,16***	4,78***
3 = přijatelný	8,71***	7,63***	9,26***	8,12***	8,46***	8,45***	8,78***	8,68***
4 = špatný	10,79***	10,64***	11,40***	11,17***	10,44***	11,45***	10,81***	11,73***
Věk	0,09***	0,05***	0,09***	0,05***	0,09***	0,05***	0,08***	0,05***
Pohlaví								
ženské	0,06	0,08	-0,001	0,04	0,05	0,08	0,02	0,06
mužské	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
Vzdělání								
ZŠ	0,79***	0,30*	0,62***	0,22	1,12***	1,10***	1,05***	1,09***
SŠ bez maturity	0,62***	0,41**	0,45**	0,32*	0,82**	0,89***	0,76**	0,84***
SŠ s maturitou	0,05	-0,13	0,00	-0,16	0,31	0,46	0,30	0,46
VŠ	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
Rodinný stav								
rozvedený/rozvedená	0,02	-0,07	0,08	-0,03	-0,15	-0,20	-0,23	-0,23
vdovec/vdova	-0,02	-0,06	-0,15	-0,18	-0,74	-0,35	-0,73	-0,30
ženatý/vdaná	-0,17	-0,14	0,02	-0,01	-0,04	0,07	0,03	0,13
svobodný / svobodná	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
Ekonomická aktivita								
pracovně neaktivní, důchodce	0,97***	0,87***	0,82***	0,75**	0,65	0,36	0,44	0,17
pracovně aktivní	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
Zdravotní omezení								
velmi omezuje	.	4,99***	.	4,90***	.	5,34***	.	5,33***
do jisté míry omezuje	.	2,74***	.	2,67***	.	2,86***	.	2,83***
má, ale neomezuje	.	0,94***	.	0,97***	.	1,39***	.	1,34***
nemá	.	ref.	.	ref.	.	ref.	.	ref.
Domácnost vycházela s příjmy								
s obtížemi až s velkými obtížemi	.	.	1,12***	0,77***	.	.	1,07***	0,86***
s menšími obtížemi	.	.	0,55***	0,34**	.	.	0,44*	0,37*
docela snadno	.	.	0,08	0,02	.	.	0,17	0,19
snadno až velmi snadno	.	.	ref.	ref.	.	.	ref.	ref.

Faktor/kovariát	(A) Města (N = 2 297)				(B) Venkovské obce (N = 1 369)			
	Model A1	Model A2	Model A3	Model A4	Model B1	Model B2	Model B3	Model B4
	(B)	(B)	(B)	(B)	(B)	(B)	(B)	(B)
Typ bydlení	.	.	-0,80	-0,91	.	.	1,45	0,54
jiná budova, nezjištěno	.	.	0,24*	0,21*	.	.	0,26	0,01
bytový dům s 10 a více byty	.	.	-0,03	0,002	.	.	0,01	-0,40
bytový dům s méně než 10 byty	.	.	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	.	.	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>
<i>rodinný dům</i>	.	.	0,17	0,04	.	.	0,39*	-0,09
Právní důvod k užívání domu, bytu	.	.	0,25*	0,14	.	.	-0,25	-0,02
ostatní bezplatné užívání (bydlení u příbuzných)	.	.	-0,01	-0,01	.	.	0,12	0,07
nájem/pronájem	.	.	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	.	.	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>
družstevní		
<i>ve vlastnictví</i>		

Poznámka: * p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001

Zdroj: EU-SILC (2012), vlastní výpočty

odpovědí na otázku „Jak Vaše domácnost vychází s celkovými příjmy?“, je možné pokládat jak za sociálně-strukturální, tak zčásti i za proměnnou týkající se bydlení/resp. domácnosti.²⁸ Prediktory vztahující se k podmínkám bydlení byly následující: (1) typ bydlení; (2) právní vztah k užívání domu/bytu. Na příslušné proměnné a jejich vztah ke zdraví seniorů explicitně odkazuje i již zmíněná rešerše Oswalda a Wahla (2004), ve které je její autoři řadí mezi objektivní (mezo)environmentální indikátory podmínek bydlení.

Tabulka 4 prezentuje výsledky regresních analýz na populaci seniorů celé republiky (*EU-SILC 2012*), a to odděleně dle typu sídla/obce, ve kterém respondent bydlí (městské vs. venkovské prostředí). Příslušné čtyři modely v rámci daného typu obce na sebe navzájem navazují. Nejdřív jsou hodnoceny jenom sociálně-strukturální proměnné (modely A1; B1), které jsou následně kontrolovány na přítomnost zdravotního omezení (modely A2; B2). Pak jsou k socio-strukturálním prediktorům přidány proměnné vztahující se k podmínkám bydlení (modely A3; B3), které jsou v dalším kroku opětovně kontrolovány i na přítomnost zdravotního omezení respondenta (modely A4; B4). Analogický postup je potom aplikován i na seniorskou populaci města Brna samotného v tabulce 5 (modely C1 až C4).

Z příslušných analýz (v tabulkách 4 a 5) vyplývá, že subjektivní zdraví seniorů a seniorek je podmíněno jak strukturálně, tj. jejich postavením v rámci společnosti, tak i environmentálními vlivy/resp. podmínkami bydlení. Přítomnost vlivu některých faktorů na vnímané zdraví má tendenci záviset i na typu geografického prostředí (typu sídla/obce), v kterém senior bydlí (prostorová nestacionarita jevu).

Co se týče vlivu rodinnému stavu na subjektivní zdraví seniorů, sestavené modely poskytují poněkud rozdílné výsledky. V datech EU-SILC (2012) nebyl efekt rodinného stavu přítomen ani u městské ani u venkovské populace (modely A1; A2; B1; B2). Naproti tomu brněnské vdovy a vdovci hodnotili své zdraví výrazně hůř než ostatní (především vdaní/ženatí) senioři (modely C1 a C2). Komplexní diskusi ohledně (i subjektivního) zdraví a rodinného stavu v české populaci podává Hamplová (2012) a Hamplová, Chaloupková, Kurtinová (2014).

Naopak nižší vzdělání se jako významný prediktor horšího subjektivního zdraví projevovalo shodně v obou datových souborech.

Ekonomicky aktivní senioři bydlící ve městech (a rovněž i v Brně)²⁹ deklarovali výrazně lepší známky svého subjektivního zdraví než jejich vrstevníci pobírající ať už starobní nebo invalidní důchod (případně i dávky

²⁸ Za účelem zřehlednění analýz bylo v případě brněnského výzkumu původních 6 odpovědí na tuto otázku sekundárně re kódováno do následovných 4 kategorií s příslušnými pracovními názvy: (1) Peníze mi/nám stačí na všechno, nijak se nemusím/e omezovat → „Bez problémů“; (2) Peníze mi/nám stačí na všechno, ale musím/e dobře hospodařit → „Nutnost dobře hospodařit“; (3) Musím/e velmi šetřit, abych/om si mohl/a/i koupit dražší věci → „Nutnost výrazně šetřit“; (4) Mám/e dost peněz jen na nákup nejlevnějších věcí + (5) Mám/e dost peněz jen na nákup nejlevnějších potravin + (6) Často nemám/e dost peněz ani na levný potraviny → „Ohroženost relativní chudobou“.

²⁹ Dle údajů ČSÚ (SLDB 2011) představují takovýto ekonomicky aktivní senioři v celé republice 6,1 % populace ve věku nad 65 let. V městském prostředí je jich však víc (6,9 %), ve venkovských sídlech zas podstatně méně (jenom 3,8 %). Ve městě Brno jich v roce 2011 bylo až 9,1 %.

Tab. 5 – Výstupy z ordinální logistické regrese. Závisle proměnná – subjektivní zdravotní stav, seniorská populace Brna nad 65 let (N = 1 438)

		Model C1 (B)	Model C2 (B)	Model C3 (B)	Model C4 (B)
Práh	1 = velmi dobrý	-0,55***	-0,50**	-0,14	-0,01
	2 = dobrý	0,94***	1,01***	1,39***	1,54***
	3 = přijatelný	2,38***	2,51***	2,84***	3,05***
	4 = špatný	4,06***	4,30***	4,59***	4,90***
Věk	80+	1,20***	0,74***	1,23***	0,78***
	70–79	0,49***	0,36**	0,55***	0,42***
	65–69	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>
Pohlaví	ženské	-0,13	0,00	-0,13	-0,01
	mužské	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>
Vzdělání	ZŠ	0,29	0,10	0,28	0,11
	SŠ bez maturity	0,41**	0,27*	0,34*	0,23
	SŠ s maturitou	0,27	0,18	0,26	0,17
	VŠ	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>
Rodinný stav	nikdy neženatý/nevdaná	0,04	0,08	-0,15	-0,12
	rozvedený/rozvedená	0,22	0,19	0,09	0,11
	vdovec/vdova	0,39***	0,37**	0,33**	0,34**
	nesezdané soužití	-0,03	-0,16	-0,06	-0,15
	ženatý/vdaná	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>
Ekonomická aktivita	pracovně neaktivní, důchodce	0,70***	0,75***	0,68***	0,74***
	<i>pracovně aktivní</i>	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>
Zdravotní omezení (IADL skóre)	veliké až úplné omezení	.	1,39***	.	1,31***
	4–5	.	1,46***	.	1,45***
	2–3	.	1,00***	.	0,99***
	<i>žádné nebo malé omezení</i>	.	<i>ref.</i>	.	<i>ref.</i>
Jak domácnost vycházela s příjmy	ohroženost relativní chudobou	.	.	0,53**	0,38*
	nutnost výrazně šetřit	.	.	0,36*	0,34*
	nutnost dobře hospodařit	.	.	0,32*	0,36**
	<i>bez problémů</i>	.	.	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>
Typ bydlení	bytový dům s 8 a více byty	.	.	0,29*	0,40***
	bytový dům s < 8 byty	.	.	-0,04	-0,04
	<i>rodinný dům</i>	.	.	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>
Právní důvod k užívání domu, bytu	nájem/pronájem	.	.	0,00	-0,04
	družstevní	.	.	-0,08	-0,15
	<i>ve vlastnictví</i>	.	.	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>

Pozn.: * p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001

Zdroj: Bytová situace a preference bydlení brněnské populace 65+, vlastní výpočty

v nezaměstnanosti), a to i v případě kontroly na další strukturální proměnné, jakožto i přítomnost zdravotního omezení (modely A2 a C2; příp. i A4 a C4). Je tedy patrné, že pracovní aktivita v seniorském věku je podmíněná nejen (vysokým) věkem a celkovým fyzickým stavem jedince (efekt selekce), nýbrž má i dodatečný (psychologický) efekt na úroveň subjektivního zdraví a tudíž

Tab. 6 – Střední délka života vážená subjektivním zdravím, seniorská populace 65+, Brno, 2012/2013

Věk	Střední délka života								
	Celková	V daném zdravotním stavu						špatný	(95% CI)
		dobrý nebo přijatelný	(95% CI)	dobrý	(95% CI)	přija- telný	(95% CI)		
Muži									
65	16,5	11,3	(10,6–11,9)	6,4	(5,8–7,1)	4,9	(4,2–5,5)	5,2	(4,6–5,9)
70	13,4	8,5	(7,8–9,1)	4,3	(3,7–5,0)	4,1	(3,5–4,7)	5,0	(4,3–5,6)
75	10,2	5,9	(5,3–6,6)	3,0	(2,4–3,6)	3,0	(2,4–3,5)	4,2	(3,6–4,9)
80	7,6	3,8	(3,2–4,4)	1,7	(1,2–2,2)	2,1	(1,6–2,7)	3,8	(3,2–4,4)
85	5,7	2,6	(1,8–3,4)	1,3	(0,7–2,0)	1,3	(0,7–2,0)	3,1	(2,3–3,8)
Ženy									
65	20,6	13,8	(13,6–14,0)	7,0	(6,4–7,6)	6,8	(6,1–7,4)	6,8	(6,1–7,5)
70	16,6	10,3	(10,1–10,5)	4,6	(4,1–5,2)	5,7	(5,0–6,3)	6,3	(5,6–6,9)
75	12,8	7,1	(6,9–7,4)	2,9	(2,4–3,4)	4,2	(3,6–4,9)	5,6	(5,0–6,3)
80	9,4	4,9	(4,7–5,1)	1,7	(1,2–2,2)	3,2	(2,6–3,8)	4,5	(3,9–5,2)
85	6,6	3,4	(3,1–3,6)	1,0	(0,5–1,5)	2,4	(1,7–3,1)	3,2	(2,5–3,9)
Celkem									
65	18,8	12,7	(12,2–13,1)	6,8	(6,2–7,3)	5,9	(5,4–6,4)	6,1	(5,6–6,6)
70	15,2	9,5	(9,0–10,0)	4,5	(4,0–5,0)	5,0	(4,5–5,4)	5,7	(5,2–6,2)
75	11,7	6,6	(6,2–7,1)	2,9	(2,5–3,4)	3,7	(3,3–4,1)	5,1	(4,6–5,6)
80	8,8	4,5	(4,0–5,0)	1,7	(1,3–2,1)	2,8	(2,3–3,2)	4,3	(3,8–4,7)
85	6,3	3,1	(2,6–3,6)	1,1	(0,7–1,6)	2,0	(1,5–2,5)	3,2	(2,7–3,7)

Poznámka: Střední délky života vypočítané z věkově specifických měr úmrtnosti brněnské populace v roce 2012. Metodika výpočtu podle European Health Expectancy Monitoring Unit (eurohex.eu).

Zdroj: Bytová situace a preference bydlení brněnské populace 65+, ČSÚ, vlastní výpočty

i na celkovou vnímanou kvalitu života (efekt kauzální). Naproti tomu u seniorů byvajících na venkově se příslušný efekt jeví jako podstatně slabší (resp. až ne-signifikantní) a vysvětlitelný především fyzickým zdravím, jako i širším sociálním postavením (venkovského) respondenta (viz kontinuální pokles statisticky nevýznamného parametru v modelech B1, B2 a B4). Zahraniční literatura však v otázce vlivu odchodu do důchodku na zdraví seniorské populace není jednotná. Někteří autoři dokládají jeho negativní dopady (Dhaval, Inas, Spasojevic 2008; Behncke 2012; Pino a kol. 2013; Sahlgren 2013; Stenholm a kol. 2014), jiné studie zase poukazují na zanedbatelné nebo žádné účinky (Mein a kol. 2003; Bound, Waidmann 2007; Westerlund a kol. 2010), další dokonce na účinky pozitivní (Neuman 2008; Bloemen, Hochguertel, Zweerink 2013). Moen (1996) spolu s Dhaval, Inas, Spasojevic (2008) v tomto směru uzavírají, že vztah mezi odchodem do důchodu a zdravím je vysoce komplexní a multidimenzionální, přičemž při jeho interpretaci je nutné brát v úvahu individuální životní dráhu jedince (*life-course perspective*). Pro účely vědecky silnější argumentace námi obdržených výsledků by tedy bylo nutné provést další, především longitudinálně sestavený výzkum.

V souvislosti s relativním příjmem domácnosti se ve všech třech případech souhlasně ukázalo (tj. jak v případě brněnského, tak obecně městského i venkovského obyvatelstva), že členové domácností potýkající se s finančními problémy hodnotí své zdraví podstatně horšími známkami, a to i po kontrole na zdravotní omezení. Ukazuje se tak, že sociální a ekonomická deprivace má na vnímané zdraví a kvalitu života výrazně negativní vliv, přičemž v seniorském věku můžou být příslušné dopady ještě silnější než v mladších věkových skupinách.

Ve vztahu k bezprostředním podmínkám bydlení, definovanými jak typem bydlení, tak i právním vztahem k němu, výsledky regresních analýz ukázaly, že z příslušných faktorů má na subjektivní zdraví vliv především druh domu/bytu, ve kterém respondent bydlí. Městští senioři bydlící ve velkých bytových domech (s 8, resp. 10 a více byty u brněnských seniorů) hodnotili své zdraví jako obecně horší než ostatní jejich vrstevníci, žijící buďto v rodinných domech nebo v relativně menších bytových domech (s méně než 8, resp. 10 byty; modely A4 a C4). Opět platí, že příslušný vztah byl obdržen i po explicitní kontrole na zdravotní omezení respondenta. Obdobné výsledky ohledně vztahu bydlení a zdraví prezentují na seniorské populaci i jiné zahraniční studie (např. Evans, Kantrowitz, Eshelman 2002; Oswald, Wahl 2004; WHO 2007; Donald 2009; Howden-Chapman a kol. 2011; Santarelli, De Pascale 2012). Naproti tomu jako nevýznamný faktor zůstal právní vztah k obývanému domu, resp. bytu. Ve vztahu k subjektivně hodnocenému zdraví nebyl tedy pozorován rozdíl mezi seniory bydlícími v podnájmu, vlastnickém či družstevním bydlení.³⁰

Znovu však platí, že efekt typu bydlení (rodinné domy vs. velké bytové domy) byl přítomen jenom v případě městské populace; a to jak obecné české (modely A3 a A4), tak explicitně lokální brněnské (modely C3 a C4). V případě venkovských seniorů již bezprostřední podmínky bydlení nehráli na vnímané zdraví žádnou významnou roli (ani typ ani právní důvod k bydlení). Lze předpokládat jednoduché vysvětlení – v městských velkých bytových domech žijí senioři a seniorky ve více anonymním prostředí a jsou více ohroženi samotou a sociální izolací. Tento předpoklad se v brněnském výzkumu potvrdil i dodatečnou analýzou prediktorů „pocitů osamocení“, ve které hrál druh domu/bytu jako faktor významnější úlohu než jenom právní vztah k bydlení.³¹ I v rámci této problematiky by však bylo nutné provést další, hlouběji zaměřený výzkum.

6. Silné stránky a limitace případové studie

Za silné stránky studie můžeme považovat zejména: (1) zaměření se na konkrétní populaci v lokálním měřítku; (2) podložení získaných výsledků ohledně prostorové diference zdraví i dalšími (evropskými) daty.

³⁰ V případě zvláštní signifikantnosti skupiny venkovských seniorů bývajících u svých příbuzných v modelu B3 poznamenáváme, že příslušný (negativní) efekt na vnímané zdraví oproti vlastnickému bydlení se vzápětí ihned vysvětlil přítomností disability (model B4). Vidět tedy, že v uvedeném případě se jednalo právě o ty seniorské respondenty, který trpí výrazným zdravotním omezením a (pravděpodobně i právě proto) žijí se svými příbuznými v bezplatných právních podmínkách.

³¹ Kvůli omezenému rozsahu článku jsme si už však příslušnou regresní analýzu dovolili z prezentovaných výsledků vypustit.

Za slabé stránky považujeme následující: (1) průřezové studie (*cross-sectional studies*) primárně odrážejí asociační vztahy na rozdíl od vztahů kauzálních; (2) prevalenční studie zaměřené na seniorskou populaci častokrát neberou v potaz osoby žijící v institucionalizované péči, což je i případ brněnské studie; (3) absence explicitní kontroly výsledků na individuální osobnostní (neurotizmus, sangvinizmus, apod.) a behaviorální faktory (nutriční návyky, pohybová aktivita, rizikové chování apod.), jakožto i faktory (rizikového) pracovního prostředí v předešlé produktivní etapě života respondenta (např. náročná průmyslová povolání v období socialismu), působící na jeho aktuální zdravotní stav (příslušné faktory jsou v studii kontrolovány implicitně ve formě *proxy* indikátorů – vzdělání, stupeň disability); (4) subjektivně hodnocené proměnné mohou být ovlivněny aktuálním rozpoštěním respondenta, jeho paměti apod.

7. Implikace a závěry

Procesy demografického stárnutí jsou prostorově výrazně strukturovány s nejmýraznějšími dopady na populaci v lokálním měřítku. Vedle obyvatelstva žijícího v depopulačních periferních regíonech jsou v tomto ohledu nejviditelnější i populace bydlící ve velkých městech. V souvislosti s aktuální situací a očekávaným demografickým vývojem má proto problematika kvality života seniorské populace z prostorového hlediska zásadní význam. Koncepce aktivního a zdravého stárnutí hraje přitom v daném kontextu centrální roli. Výsledky analýz celkového subjektivního zdraví (jak fyzického, tak mentálního) poukazují v příslušném ohledu na několik zásadních empirických zjištění.

Senioři žijící v Brně, jakož i v městském prostředí obecně, hodnotí svůj zdravotní stav jako lepší než je celonárodní průměr. V kombinaci s vyšší nadějí na dožití příslušné městské populace tak městští senioři žijí v průměru déle i zdravěji než senioři z ostatních, především rurálních částí republiky. Subjektivní zdraví seniorské populace je přitom strukturálně i environmentálně podmíněno. Jako primární prediktory subjektivního zdraví byly po kontrole na stupeň disability identifikovány kromě klasických strukturálních faktorů (věk, pohlaví, relativní příjem domácnosti) i ekonomická aktivita a druh domu, resp. bytu, ve kterém senior bydlí.

Naše výsledky tedy potvrzují oprávněnost důrazu na kvalitní životní podmínky seniorů v sociálním i fyzickém slova smyslu. Je proto zcela namístě, že strategické dokumenty přijaté na místní úrovni (v kontextu Brna například *Plán aktivního stárnutí*, *Strategie bydlení*, *Komunitní plán sociálních služeb*), kladou vedle aktivizace seniorů a komplexní péči o ně (zejména ve smyslu systematicky poskytovaných sociálních a zdravotních služeb a jejich propojování, podpory informovanosti seniorů atd.) důraz i na fyzické prostředí města (bezbariérovost a fyzická dostupnost, „*age-friendly design*“ a vybavení veřejných prostranství apod.). Pro města je do budoucna velkou výzvou tyto svoje vize systematicky naplňovat a vytvářet tak pro všechny své obyvatele inkluzivní podmínky.

Při vytváření politik a přijímání opatření se však nesmí opomíjet ani venkovská populace, u které by bylo vhodné přemýšlet ve smyslu „vnesení kvality města do venkovských domovů“. Relativně nižší dostupnost sociálních

a zdravotních služeb ve venkovských obcích se totiž jeví jako základní faktor celkově horší úrovně subjektivního zdraví zde bydlících seniorů, což se dá řešit i koordinovanou spoluprací na úrovni celého regionu (nejen např. na úrovni obce s rozšířenou působností). Další možností je i vytváření různých alternativních forem seniorského bydlení než jsou jen tradiční Domovy pro seniory nebo Domy s pečovatelskou službou (např. sdílené seniorské bydlení / seniorský *co-housing*), neboť právě diverzifikace forem seniorského bydlení je jedna ze základních podmínek pro tvorbu seniorům přátelského prostředí.

Literatura:

- AVRAMOV, D. (2003): Active ageing: setting the stage. *Population Studies*, 41, č. 1, s. 13–26.
- BEHNCKE, S. (2012): Does retirement trigger ill health? *Health Economics*, 21, č. 3, s. 282–300.
- BENYAMINI, Y., LEVENTHAL, E. A., LEVENTHAL, H. (2000): Gender differences in processing information for making self-assessments of health. *Psychosomatic Medicine*, 62, č. 3, s. 354–64.
- BERG, A. I., HASSING, L. B., MC CLEARN, G. E., JOHANSSON, B. (2006): What matters for life satisfaction in the oldest-old? *Aging and Mental Health*, 10, č. 3, s. 257–264.
- BJÖRNER, J. B., SONDERGAARD KRISTENSEN, T., ORTH-GOMER, K., TIBBLIN, G., SULLIVAN, M., WESTERHOLM, P. (1996): Self-rated health: a useful concept in research, prevention and clinical medicine. Swedish Council for Planning and Coordination of Research. Stockholm, 144 s.
- BLOEMEN, H., HOCHGUERTEL, S., ZWEERINK, J. (2013): The causal effect of retirement on mortality: evidence from targeted incentives to retire early. Health, Econometrics and Data Group (HEDG) Working Papers, 13, č. 22, 36 s.
- BORG, C., FAGERSTRÖM, C., BALDUCCI, C., BURHOLT, V., FERRING, D., WEBER, G., WENGER, C., HOLST, G., HALLBERG, I. R. (2008): Life satisfaction in 6 European countries: the relationship to health, self-esteem, and social and financial resources among people (aged 65–89) with reduced functional capacity. *Geriatric Nursing*, 29, č. 1, s. 48–57.
- BOUND, J., WAIDMANN, T. (2007): Estimating the health effects of retirement. Michigan Retirement Research Center Research, 168, Michigan, 36 s.
- BOWLING, A., FARQUHAR, M. (1996): Associations with changes in life satisfaction among three samples of elderly people living at home. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, s. 1077–1087.
- BRUNSDON, C., FOTHERINGHAM, A. S., CHARLTON, M. E. (1996): Geographically weighted regression: a method for exploring spatial nonstationarity. *Geographical Analysis*, 28, č. 4, s. 281–298.
- CALDWELL, J. C. (2007): *Demographic Transition Theory*. Springer, Dordrecht, 426 s.
- CLARKE, P., NIEUWENHUIJSEN, E. R. (2009): Environments for healthy ageing: a critical review. *Maturitas*, 64, č. 1, s. 14–19.
- DHAVAL, D., INAS, R., SPASOJEVIC, J. (2008): The effects of retirement on physical and mental health outcomes. *Southern Economic Journal*, 75, č. 2, s. 497–523.
- DONALD, I. P. (2009): Housing and health care for older people. *Age and Ageing*, 38, s. 364–367.
- DUJARDIN, C., LORANT, V., THOMAS, I. (2014): Self-assessed health of elderly people in Brussels: does the built environment matter? *Health & Place*, 27, s. 59–64.
- ERIKSSON, I., UNDÉN, A. L., ELOFSSON, S. (2001): Self-rated health. Comparisons between three different measures. Results from a population study. *International Journal of Epidemiology*, 30, s. 326–333.
- EVANS, G. W., KANTROWITZ, E., ESHELMAN, P. (2002): Housing quality and psychological well-being among the elderly population. *The Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57B, č. 4, s. 381–383.

- FOTHERINGHAM, A. S., BRUNSDON, C., CHARLTON, M. (2002): Geographically weighted regression – the analysis of spatially varying relationships. John Wiley & Sons, London, 284 s.
- FREEDMAN, V. A., GRAFOVA, I. B., SCHOENI, R. F., ROGOWSKI, J. (2008): Neighborhoods and disability in later life. *Social Science & Medicine*, 66, č. 11, s. 2253–2267.
- GALOBARDES, B., SHAW, M., LAWLOR, A. D., LYNCH, J. W., SMITH, G. D. (2004): Indicators of socioeconomic position. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, s. 7–12.
- GEORGE, L. K., LANDERMAN, R. (1984): Health and subjective well-being: a replicated secondary data analysis. *The International Journal of Aging and Human Development*, 19, s. 2, s. 133–156.
- GIBAS, P., KÁŽMĚR, L. (2013): Bytová situace a preference bydlení brněnské populace 65+ let. Sociologický ústav AV ČR, Praha, 80 s.
- GRUNDY, E., HOLT, G. (2001): The socioeconomic status of older adults: how should we measure it in studies of health inequalities? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, s. 895–904.
- HAMPLOVÁ, D. (2012): Zdraví a rodinný stav: dvě strany jedné mince? *Sociologický časopis*, 48, č. 4, s. 737–755.
- HAMPLOVÁ, D., CHALOUPOKOVÁ, J., KURTINOVÁ, O. (2014): Rodina a zdraví – jejich vzájemné souvislosti. Sociologické nakladatelství, Praha, 147 s.
- HOWDEN-CHAPMAN, P. L., CHANDOLA, T., STAFFORD, M., MARMOT, M. (2011): The effect of housing on the mental health of older people: the impact of lifetime housing history in Whitehall II. *BMC Public Health*, 11, č. 682, s. 1–8.
- JAGGER, C., COX, B., LE ROY, S., EHEMU (2006): Health expectancy calculation by the Sullivan method. European Health Expectancy Monitoring Unit (EHEMU) Technical Report, Montpellier, 37 s.
- JÜRGES, H., AVENDANO, M., MACKENBACH, J. P. (2008): Are different measures of self-rated health comparable? An assessment in five European countries. *European Journal of Epidemiology*, 23, č. 12, s. 773–781.
- JYLHÄ, M., GURALNIK, J. M., FERRUCCI, L., JOKELA, J., HEIKKINEN, E. (1998). Is self-rated health comparable across cultures and genders? *The Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 53B, s. 144–152.
- KERR, J., ROSENBERG, D., FRANK, L. (2012): The role of the built environment in healthy aging: community design, physical activity, and health among older adults. *Journal of Planning Literature*, 27, č. 1, s. 43–60.
- KIRK, D. (1996): Demographic transition theory. *Population Studies*, 50, s. 361–387.
- KJVINEN, P., HALONEN, P., ERONEN, M., NISSINEN, A. (1998): Self-rated health, physician-rated health and associated factors among elderly men: the Finnish cohorts of the Seven Countries Study. *Age and Ageing*, 27, s. 41–47.
- LARSON, R. (1978): Thirty years of research on the subjective wellbeing of older Americans. *Journal of Gerontology*, 33, s. 109–125.
- LARUE, A., BANK, L., JARVIK, L., HETLAND, M. (1979): Health in old age: how do physicians' ratings and self-ratings compare? *Journal of Gerontology*, 34, č. 5, s. 687–691.
- LAWTON, M. P., BRODY, E. M. (1969): Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9, č. 3, s. 179–186.
- LINN B. S., LINN M. W. (1980): Objective and self-assessed health in the old and very old. *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*, 14A, č. 4, s. 311–315.
- LIVI-BACCI, M. (2001): A concise history of world population. Wiley, Chichester, 251 s.
- LUCCHETTI, M., CORSONELLO, A., GATTACECA R. (2008): Environmental and social determinants of aging perception in metropolitan and rural areas of Southern Italy. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 46, č. 3, s. 349–357.
- MADDOX, G. L., DOUGLAS, E. (1973): Self-assessment of health: a longitudinal study of elderly subjects. *Journal of Health and Social Behavior*, 14, s. 87–93.
- MANIECKA-BRYŁA, I., DRYGAS, W., BRYŁA, M., DZIANKOWSKA-ZABORSZCZYK, E. (2011): Determinants of self-rated health among the elderly living in a big city environment. *Polish Journal of Environmental Studies*, 20, č. 3, s. 691–699.

- MEIN, G., MARTIKAINEN, P., HEMINGWAY, H., STANSFELD, S., MARMOT, M. (2003): Is retirement good or bad for mental and physical health functioning? Whitehall II longitudinal study of civil servants. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, č. 1, s. 46–49.
- MOEN P. (1996): A life course perspective on retirement, gender, and well-being. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, č. 2, s. 131–144.
- NEUMAN, K. (2008): Quit your job and get healthier? The Effect of Retirement on Health. *Journal of Labor Research*, 29, č. 2, s. 177–201.
- OCAMPO, J. M. (2010): Self-rated health: importance of use in elderly adults. *Colombia Médica*, 41, č. 3, s. 275–289.
- OSWALD, F., WAHL, H. W. (2004): Housing and health in later life. *Reviews on Environmental Health*, 19, č. 3–4, s. 223–252.
- OUŘEDNÍČEK, M., TEMELOVÁ, J., POSPÍŠILOVÁ, L., eds. (2011): Atlas sociálně prostorové diferenciacie České republiky, Karolinum Press, 137 s.
- PALMORE E, LUIKART C. (1972): Health and social factors related to life satisfaction. *Journal of Health and Social Behavior*, 13, s. 68–80.
- PINO, L., GONZÁLEZ-VÉLEZ, A. E., PRIETO-FLORES, M. E., AYALA, A., FERNANDEZ-MAYORALAS, G., ROJO-PÉREZ, F., MARTINEZ-MARTIN, P., FORJAZ, M. J. (2013): Self-perceived health and quality of life by activity status in community-dwelling older adults. *Geriatrics and Gerontology International*, 7, s. 1–10.
- POWELL, J. L. (2006): Social theory and aging. Rowman & Littlefield, 160 s.
- RYCHTAŘÍKOVÁ, J. (2000): Naděje dožití ve zdraví. *Demografie*, 42, č. 1, s. 41–48.
- RYCHTAŘÍKOVÁ, J. (2002): Úspěšné stárnutí – leitmotiv 21. století. *Demografie*, 44, č. 1, s. 43–46.
- SAHLGREN G. H. (2013): Work longer, live healthier: the relationship between economic activity, health and government policy. Institute of Economic Affairs (IEA) Discussion Paper, 46, 50 s.
- SANTARELLI, E., DE PASCALE, A. (2012): Economic, housing conditions and health of old people in Italy: evidence from EU-SILC. MEMOTEF working paper, č. 99, Sapienza University of Rome, http://eprints.bice.rm.cnr.it/4254/1/WP_Memotef_Santarelli_Depascale.pdf (1. 3. 2015).
- SMITH, J. (2001). Well-being and health from age 70 to 100: findings from the Berlin Aging Study. *European Review*, 9, č. 4, s. 461–477.
- SMITH, J., BORCHELT, M., MAIER, H., JOPP, D. (2002): Health and well-being in the young old and oldest old. *Journal of Social Issues*, 58, č. 4, s. 715–732.
- SPURNÁ, P. (2008): Geograficky vážená regrese – metoda analýzy prostorové nestacionarity geografických jevů. *Geografie*, 113, č. 2, s. 125–139.
- STENHOLM, S., WESTERLUND, H., SALO, P., HYDE, M., PENTTI, J., HEAD, J., KIVIMÄKI, M., VAHTERA, J. (2014): Age-related trajectories of physical functioning in work and retirement: the role of sociodemographic factors, lifestyle and disease. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 68, č. 6, s. 503–509.
- ŠOLCOVÁ, I., KEBZA, V. (2006): Subjektivní zdraví: současný stav poznatků a výsledky dvou českých studií. *Československá psychologie*. 50, č. 1, s. 1–15.
- VIDOVIČOVÁ, L. (2008): Stárnutí, věk a diskriminace – nové souvislosti. Mezinárodní politologický ústav Masarykovy univerzity, Brno, 233 s.
- VIDOVIČOVÁ, L., GALČANOVÁ, L., PETROVÁ KAFKOVÁ, M., SÝKOROVÁ, D. (2013): Stáří ve městě, město v životě seniorů. Sociologické nakladatelství, Brno, 371 s.
- VOHRALÍKOVÁ, L., RABUŠIC, L. (2004): Čeští senioři včera, dnes a zítra. VÚPSV, Brno, 90 s.
- VUORISALMI, M. (2007): Examining self-rated health in old age – a methodological study of survey questions. *Doktorská dizertační práce*, Faculty of Medicine, University of Tampere, 96 s.
- WALLACE, A. E., LEE, R., MACKENZIE, T. A., WEST, A. N., WRIGHT, S., BOOTH, B. M., HAWTHORNE, K., WEEKS, W. B. (2010): A longitudinal analysis of rural and urban veterans' health-related quality of life. *The Journal of Rural Health*, 26, č. 2, s. 156–163.
- WEEKS, W. B., KAZIS, L. E., SHEN, Y., CONG, Z., REN, X. S., MILLER, D., LEE, A., PERLIN, J. B. (2004): Differences in health-related quality of life in rural and urban veterans. *American Journal of Public Health*, 94, č. 10, s. 1762–1767.

- WESTERLUND, H., VAHTERA, J., FERRIE, J. E., SINGH-MANOUX, A., PENTT, I. J., MELCHIOR, M., LEINEWEBER, C., JOKELA, M., SIEGRIST, J., GOLDBERG, M., ZINS, M., KIVIMÄKI, M. (2010): Effect of retirement on major chronic conditions and fatigue: French GAZEL occupational cohort study. *BMJ: British Medical Journal*, 341, c6149.
- WHO (2002): Active ageing – a policy framework. *Noncommunicable Disease Prevention and Health Promotion, Ageing and Life Course*, Geneva, 59 s.
- WHO (2007): Large analysis and review of European housing and health status. Copenhagen, Denmark, 44 s.
- WHO (2009): Globální města přátelská seniorům: průvodce. Překlad anglického originálu publikace „Global age-friendly cities: a guide“, MPSV, 76 s.
- WIGHT, R. G., CUMMINGS, J. R., MILLER-MARTINEZ, D., KARLAMANGLA, A. S., SEEMAN, T. E., ANESHENSEL, C. S. (2008): A multilevel analysis of urban neighborhood socioeconomic disadvantage and health in late life. *Social Science & Medicine*, 66, č. 4, s. 862–872.
- ZAUTRA, A., HEMPEL, A. (1984): Subjective well-being and physical health: a narrative literature review with suggestions for future research. *International Journal of Aging and Human Development.*, 19, č. 2, s. 91–110.

Statistické materiály a podklady:

- ČSÚ (2013): Sčítání lidu, domů a bytů 2011 – Pramenné dílo. 461 s.
- Demografická příručka 2012. Český statistický úřad, Praha.
- Demografická ročenka krajů (2003 až 2012). Český statistický úřad, Praha.
- Demografická ročenka okresů (2003 až 2012). Český statistický úřad, Praha.
- Komunitní plán sociálních služeb města Brna pro období 2013–2015. Magistrát města Brna, Odbor sociální péče, Oddělení koncepce a plánování služeb. 114 s.
- OECD (2014): Sustainable urban development policies in ageing societies. OECD Publishing, Paris.
- Plán aktivního stárnutí ve městě Brně. Magistrát města Brna, GaREP s. r. o., leden 2012, www.brno.cz/sprava-mesta/dokumenty-mesta/koncepcni-dokumenty/rozvojove-dokumenty-strategie-pro-brno/
- Strategie bydlení. Magistrát města Brna, Bytový obor, listopad 2009, www.brno.cz/fileadmin/user_upload/sprava_mesta/magistrat_mesta_brna/BO/strategie_2009.pdf

S u m m a r y

SELF-RATED HEALTH AND ITS SOCIO-SPATIAL CONDITIONALITY: HOUSING CASE STUDY OF THE SENIOR POPULATION OF BRNO

The processes of demographic aging are strongly spatially structured, with the largest impact on population being on the local scale. In addition to the population living in peripheral and depopulating areas, that living in large towns is the most pronounced one in this respect. As a result, when it comes to the current and future demographic development, the issue of the overall quality of life of seniors in the specific spatial aspect is essential. In this context, the concept of active and healthy aging plays a central role.

This study focused on an assessment and structural determinants of the general self-rated health status (i.e. physical as well as mental). This holistic, though easily obtainable indicator is considered one of the key factors for both general health and well-being in the senior age. It was analysed on two separate spatial scales: (i) overall Czech senior population (macro level), distinguishing between those living in urban and rural settlements; (ii) seniors living in the town of Brno (local level).

Empirical results have offered several important findings. The seniors living in Brno as well as those in the Czech urban environment generally assess their health as better than the national average. Thus, in combination with a higher life expectancy of the urban population, they live longer and healthier lives on average than seniors of other, mostly rural areas of the country. Self-rated health of the elderly is also influenced by the structure and environment.

Along with classical structural factors (age, sex and household relative income), economic activity and seniors' housing conditions were identified as primary factors of subjective health (both unadjusted and adjusted to the degree of disability). These findings were also confirmed by an analysis of independent survey data on both the macro (overall Czech urban population) and local scales (seniors living in Brno).

Our results confirm the need for a complex and integrative emphasis on high quality living conditions for the elderly, in the social, physical as well as spatial contexts. As a result, it is entirely appropriate that strategic documents adopted in Brno on the local level (e.g. Plan for Active Aging, Housing Strategy, Community Plan of Social Services) emphasize both comprehensive social care and the physical environment of the town (e.g. wheelchair accessibility and physical availability of the town, age-friendly design of public facilities, specific information support for seniors, etc.). For future Czech towns, it is a big challenge to systematically fulfill these visions and to help to create socially inclusive urban space (and place) for their residents. When drafting a policy, however, no one can ignore specific needs of rural elderlies. Relatively lower availability of social and health services in rural communities seems to be an underlying factor for generally poorer self-rated health of seniors living there. This can be addressed by a coordinated action on both regional and local administrative levels. Another alternative is the creation of various alternative forms of senior housing (in addition to the usual Homes for the elderly and Nursing homes, there are also other opportunities like, e.g., senior co-housing). The diversification of senior housing forms can be one of the basic factors for the creation of friendly environment for seniors.

Fig. 1 – Index of ageing on three levels of spatial hierarchy, period of 2003–2012. Source: Demographic Yearbook, Czech Statistical Office, own calculations.

Fig. 2 – Life expectancy and expected years in good, fair and bad self-rated health at the age of 65 by region and gender, Brno (2012/2013) and Czechia (2012). Y axis – expected years, in legend: bad, fair, good. Columns: left – females, middle – males, right – both genders. Source: Brno 65+ 2013, Czech Statistical Office, own calculations

Pracoviště autorů: L. Kázměr: Sociologický ústav AV ČR, v. v. i., oddělení Socioekonomie bydlení, Jilská 1, 110 00 Praha 1; Univerzita Karlova v Praze, Přírodovědecká fakulta, katedra sociální geografie a regionálního rozvoje, Albertov 6, 128 43 Praha 2; e-mail: ladislav.kazmer@soc.cas.cz. E. Gregorová: Magistrát města Brna, kancelář strategie města, Husova 12, 601 67 Brno; e-mail: gregorova.eva@brno.cz.

Do redakce došlo 1. 4. 2014; do tisku bylo přijato 21. 8. 2015.

Citační vzor:

KÁŽMĚR, L., GREGOROVÁ, E. (2015): Subjektivní zdraví a jeho sociálně-prostorová podmíněnost: případová studie bydlení seniorské populace města Brna. *Geografie*, 120, č. 4, s. 603–629.