

STARANJE PREBIVALSTVA: OSKRBA, BLAGINJA IN SOLIDARNOST

Maša Filipovič Hrast
Valentina Hlebec

UNIVERZITETNI UČBENIK

Maša Filipovič Hrast in Valentina Hlebec
STARANJE PREBIVALSTVA: OSKRBA, BLAGINJA IN SOLIDARNOST
UNIVERZITETNI UČBENIK

Izdajatelj in založnik: Fakulteta za družbene vede, Založba FDV
Za založbo: Hermina Krajnc

Copyright © FDV, 2015
Fotokopiranje in razmnoževanje po delih in v celoti je prepovedano.
Vse pravice pridržane.

Recenzenta: red. prof. dr. Sonja Kump, doc. dr. Jana Mali
Jezikovni pregled: Majda Degan
Naslovnica: Darinka Knapič
Prelom: Leon Beton

Ljubljana 2015

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

316.346.32-053.9(075.8)(0.034.2)
364.4-053.9(075.8)(0.034.2)

FILIPOVIČ Hrast, Maša, 1977-

Staranje prebivalstva [Elektronski vir] : oskrba, blaginja in solidarnost : učbenik / Maša Filipovič Hrast in
Valentina Hlebec. - El. knjiga. - Ljubljana : Fakulteta za družbene vede, 2015

ISBN 978-961-235-733-7 (pdf)
1. Hlebec, Valentina
280215040

KAZALO

PREDGOVOR	5
1. STARANJE PREBIVALSTVA	7
Demografske spremembe	7
Staranje in družine	10
Staranje na individualni ravni	12
2. SOCIOLOŠKE TEORIJE STARANJA	19
Makro teorije	20
Mikro teorije	22
Povezujoče teorije	23
Staranje in predsodki in stereotipi	26
3. DRŽAVA BLAGINJE IN STAREJŠI	29
Opredelitve	29
Spremembe sistema blaginje v obdobju slovenske tranzicije	31
Storitve in programi za starejše	34
4. OSKRBA STAREJŠIH	39
Izvajalci oskrbe	42
Modeli odnosa med formalnimi in neformalnimi oskrbovalci	44
Oskrba v Sloveniji	47
a. Formalni izvajalci oskrbe v Sloveniji	48
b. Neformalni izvajalci oskrbe	54
5. SOCIALNA OMREŽJA IN SOCIALNA OPORA STAREJŠIH	59
Teoretični pristopi	59
Omrežja socialne opore starejših v Sloveniji	65

6.	MEDGENERACIJSKA SOLIDARNOST	73
	Teorije medgeneracijske solidarnosti	73
	Medgeneracijski odnosi v Sloveniji	84
7.	SOCIALNA IZKLJUČENOST IN STAREJŠI	95
	Opredelitve socialne izključenosti	95
	Analiza socialne izključenosti – umestitev Slovenije v Evropsko unijo	101
8.	LITERATURA	109
	PRILOGA	121
	STVARNO IN IMENSKO KAZALO	129

PREGOVOR

V učbeniku bova predstavili staranje kot kompleksen družbeni pojav. Ilustrirava, kakšne so posledice staranja prebivalstva za različne družbene strukture in odnose, in tako obravnavava posamezne vidike staranja prebivalstva, kot so oskrba starejših, medgeneracijski odnosi in solidarnost ter tudi vprašanja socialne izključenosti. Ob razpravah o različnih vidikih staranja prebivalstva sva želeli starejše opredeliti kot enega pomembnih družbenih akterjev in ne kot družbeni problem. Kot pravijo nekateri avtorji, se namreč staranje pogosto obravnava in proučuje kot družbeni problem (Victor, 2005), in sicer problem staranja za delovanje družbe kot celote, problem za delovanje posameznih družbenih sistemov – sedaj na primer zelo aktualne razprave o obremenjenosti zdravstvenega in pokojninskega sistema –, problem zagotovitve oskrbe za starajočo populacijo ter problem vsakega posameznika, ki se stara in se mora soočiti z različnimi spremembami, ki jih starost prinese, na primer z slabšim zdravjem, spremembami odnosov, vlog idr. V učbeniku sva želeli preseči takšne razprave in prikazati izzive, ki predstavljajo družbi spremembe, ki jih prinaša staranje, predvsem na področju oskrbe starejših ter medosebnih odnosov. Pri tem pa sva želeli tudi poudariti, da so starejši pomembni aktivni člani družbe tudi še v tretjem ali četrtem življenjskem obdobju. Kot kažejo rezultati tako tujih kot domačih raziskav, so namreč starejši pomemben vir opore in skrbi tako v okviru družinskih odnosov (za partnerje, otroke ali vnuke) kot tudi širše v okviru širše skupnosti, kjer lahko delujejo kot prostovoljci in pomagajo starejšim (npr. projekt Starejši za starejše) in drugim članom skupnosti (npr. pri različnih medgeneracijskih projektih).

V učbeniku so torej izpostavljeni izbrani sociološki vidiki staranja. To tudi pomeni, da so le občasno oziroma sploh niso obravnavani drugi, enako pomembni vidiki staranja, kot so zdravstveni, psihosocialni, fiziološki in biološki vidik. Vendar pa je učbenik namenjen predvsem študentom družboslovja (npr. sociologije in socialnega dela) in se zato posveča sociološkim vidikom. Seveda

pa so za celovito razumevanje staranja kot procesa tako na individualni ravni kot na družbeni ravni, tu imamo predvsem v mislih vpliv družbenega staranja na spremembe družine, skupnosti ter različnih sistemov in struktur na makro ravni pomembni interdisciplinarni pristopi k temu pojavu.

Učbenik temelji na večletnem raziskovalnem delu obeh avtoric na tem področju, in sicer predvsem na naslednjih temeljnih raziskovalnih projektih, ki jih je financirala Agencije za raziskovalno dejavnost RS: Socialna integracija starostnikov v Sloveniji, Medgeneracijska solidarnost in Oskrba starejših v skupnosti, katerih vodja je bila V. Hlebec. V okviru teh projektov smo skupaj s številnimi člani raziskovalnih skupin obravnavali različne družbene vidike staranja prebivalstva, in svoje izsledke objavili v znanstvenih monografijah in zbornikih, kot so »Samo da bo denar in zdravje : življenje starih revnih ljudi« (Hlebec idr. 2010), »Blaginja pod pritiski demografskih sprememb« (Mandič in Filipovič Hrast 2011), »Medgeneracijska solidarnost v Sloveniji« (Hlebec idr. 2012) in »Oskrba starejših v skupnosti: dejavnosti, akterji in predstave« (Filipovič Hrast idr. 2014). Objavljeni so bili tudi številni znanstveni članki na te teme v domačih in tujih revijah. Delo obeh avtoric na projektih in njuno objavljeno znanstveno delo predstavlja podlago za pričujoči učbenik, v katerem sva želeli različne teorije in rezultate raziskav zbrati in predstaviti na enem mestu.

Struktura učbenika je naslednja. V prvem poglavju so predstavljeni osnovni demografski pojmi in podatki glede staranja prebivalstva. V drugem poglavju so nato predstavljene izbrane sociološke teorije staranja, ki z različnih vidikov in z različnimi poudarki obravnavajo staranje tako na individualni kot na družbeni ravni. Tretje poglavje obravnava vlogo države blaginje pri skrbi za starejše. S tem se navezuje na naslednje poglavje, ki predstavlja načine in sisteme oskrbe starejših. Peto in šesto poglavje pa bolj podrobno predstavlja pomen solidarnosti in medsebojne pomoči med generacijami, kjer poudari vlogo starejših kot prejemnikov pomoči kakor tudi pomembnih ponudnikov opore in pomoči. Zadnje poglavje v monografiji pa opozori na pomemben problem kakovosti življenja v starosti in na izključevanje starejših ljudi. Podatki namreč kažejo, da delež starejših ljudi v družbeno življenje ni vključen in da trpijo različne oblike pomanjkanja in revščino. Zato smo v monografiji želeli tudi opozoriti na odgovornost vseh družbenih akterjev, od države do posameznikov, da v starosti ne bi prihajalo do izključevanja in da bi bilo življenje v starosti čim bolj kakovostno.

Maša Filipovič Hrast in Valentina Hlebec
Ljubljana, 1. 6. 2015

STARANJE PREBIVALSTVA

Zaradi podaljševanja življenjske dobe in zmanjševanja natalitete se celotno prebivalstvo na nacionalni ravni stara. To prinaša pomembne družbene posledice na individualni ravni, na ravni družine in skupnosti ter na ravni države, zato prepogosto o staranju prebivalstva govorimo z nekoliko negativnim prizvokom. Dejstvo je, da je staranje prebivalstva pomemben pojav družbe, saj se v veliki meri povezuje z njenim zdravstvenim napredkom in kakovostnejšim življenjem, ki zmanjšujeta umrljivost posameznikov in podaljšujeta življenjsko dobo. Zagotovo pa spreminjanje strukture prebivalstva vpliva na družbo kot celoto in tudi na posameznika, ko se sooča s staranjem svojih bližnjih in svojim lastnim staranjem.

O staranju prebivalstva v grobem lahko govorimo iz dveh vidikov. Prvi se navezuje na demografski vidik staranja prebivalstva neke nacionalne države, drugi pa na posameznika in na kronološke procese staranja, biološke spremembe ter sociopsihološke spremembe staranja na individualni ravni. Ta dva vidika bomo predstavili v nadaljevanju.

Demografske spremembe

»Z izrazom staranje prebivalstva ali demografsko staranje poimenujemo proces, v katerem se spreminja starostna sestava prebivalstva, in sicer tako, da se povečuje delež starih« (Šircelj, 2009, 15). Gre za demografski prehod, ki ga opazujemo v obdobjih desetletij ali stoletij in je torej dolgoročnejši proces. Vzroki staranja prebivalstva so najprej zniževanje rodnosti, nato zmanjšanje umrljivosti in tudi selitve (priseljevanje ali odseljevanje prebivalstva) (Šircelj 2009, 19).

Za opisovanje procesa staranja prebivalstva so na voljo različni indikatorji. Prvi je *starostna piramida*, ki prikazuje razporeditev prebivalstva po spolu in starosti in tako omogoča vizualno predstavitev demografske slike v populaciji. Zelo pogosto uporabljen kazalec je tudi *delež starejših nad 65 let*. V preteklosti so demografi

uporabljali različne starostne meje, pogosto je bila v uporabi meja 60 let. V primeru, da je starejša skupina podrobneje proučevana, se pogosto oblikuje še ena skupina t. i. zelo starih, kjer je meja običajno postavljena na 80 ali 85 let (Šircelj 2009).

V Sloveniji se soočamo z intenzivnim staranjem prebivalstva. Delež starejših od 65 let v zadnjih desetih letih tako počasi narašča, in sicer od 12,9 % v letu 1997 na 15,9 % v letu 2007 in 17,1 % v letu 2013. Čeprav je v Sloveniji ta delež sicer pod evropskim povprečjem, pa napovedi kažejo na intenzivnejše staranje v prihodnosti.

Tabela 1: Delež populacije nad 65 let

	Slovenija	EU (28 držav)
2002	14,5	16
2003	14,8	16,2
2004	15	16,4
2005	15,3	16,6
2006	15,6	16,8
2007	15,9	17
2008	16,3	17,1
2009	16,4	17,3
2010	16,5	17,5
2011	16,5	17,6
2012	16,8	17,9
2013	17,1	18,2

Vir: Eurostat 2014 (www.eurostat.eu).

Tretji kazalec demografskih sprememb, ki ga želimo predstaviti, je *koeficient starostne odvisnosti starih*. Koeficient starostne odvisnosti kaže razmerje med dvema skupinama prebivalstva, in sicer skupino, ki je obravnavana kot delovno sposobna (starost 15–64 let), ter skupino, ki je obravnavana kot delovno nesposobno prebivalstvo (starost 65 let in več).¹ Koeficient starostne odvisnosti se v Sloveniji povečuje, vendar pa razmerje ostaja še vedno nekoliko ugodnejše, kot

¹ Gre za Eurostatovo opredelitev starostne odvisnosti. Pri tem je treba opozoriti še na podoben indikator – koeficient skupne starostne odvisnosti, ki opazuje razmerje med skupino aktivnega prebivalstva in skupinama neaktivnega prebivalstva (in sicer tako mlajših od 15 let kot starejših od 65 let).

velja za povprečje Evropske unije. Bolj zaskrbljujoči pa so trendi hitrega večanja koeficienta starostne odvisnosti, ki kaže na to, da bo v Sloveniji to razmerje v prihodnosti postalo manj ugodno, kot bo v povprečju v Evropski uniji.

Tabela 2: Koeficient starostne odvisnosti starih

	EU (27 držav)	Slovenija
1990	20,6	15,5
1991	20,8	15,8
1992	21,1	16,1
1993	21,4	16,5
1994	21,6	17
1995	21,9	17,4
1996	22,3	18
1997	22,5	18,5
1998	22,7	19
1999	23	19,4
2000	23,2	19,8
2001	23,5	20,2
2002	23,9	20,6
2003	24,1	21
2004	24,4	21,4
2005	24,7	21,8
2006	25	22,2
2007	25,3	22,7
2008	25,5	23,3
2009	25,7	23,6
2010	26,1	23,8
2011	26,3	23,9
2012	26,9	24,4
2013	27,5	25

Vir: Eurostat (www.eurostat.eu).

Tabela 3: Projekcije starostne odvisnosti starih

	EU (28 držav)	Slovenija
2013	27,48	25
2020	31,82	31,68
2030	39,01	40,58
2040	45,91	47,37
2050	49,43	53,92
2060	50,16	52,77
2070	49,35	48,06
2080	51	49,67

Vir: Eurostat (www.eurostat.eu).

Intenzivnost demografskih sprememb je postavila starejšo populacijo in naš odnos do nje tako v raziskovalno kot politično ospredje. Na nacionalni ravni demografske spremembe vplivajo na strukturna razmerja med starostnimi skupinami, kar ima pomembne posledice na trgu delovne sile (zmanjševanje delovno aktivnega prebivalstva in večanje deleža delavno neaktivnega prebivalstva) in s tem posledično vpliva na številne sisteme, na npr. pokojninske sisteme in njihovo vzdržnost, na potrebe po prilagoditvi zdravstvenih sistemov in sisteme socialne varnosti, ter na številne druge družbene sisteme (posredno ali neposredno). Prehajamo v t. i. dolgoživo družbo, kjer so razmerja med starostnimi skupinami drugačna kot doslej, kar vpliva tudi na odnose med posameznimi skupinami oziroma na vprašanje medgeneracijske solidarnosti kot vrednote.

Staranje in družine

Staranje prebivalstva ima pomembne vplive na ravni gospodinjstev in družin. Danes so namreč gospodinjstva vse manjša in v njih živi vse več starih ljudi. Večanje števila gospodinjstev se s hkratnim zmanjševanjem njihovih članov največkrat povezuje z naraščanjem nestabilnosti zakonskih in zunajzakonskih partnerskih zvez ter s staranjem prebivalstva, hkrati pa tudi s spreminjajočimi načini prehajanja iz mladosti v odraslost (Šircelj 2011, 27, 39).

V Sloveniji narašča delež enočlanskih gospodinjstev, saj je bil ta leta 1991 le 18-odstoten, leta 2002 22-odstoten (Šircelj 2011, 40), leta 2011 pa že 33-odstoten. Povprečna velikost gospodinjstev se torej zmanjšuje, vendar pa Slovenija še ne izstopa v negativno smer od evropskega povprečja, saj sodi med države z nadpovprečno velikimi gospodinjstvi, skupaj z državami, kot so Poljska, Romunija,

Bolgarija), medtem ko so imajo manjša gospodinjstva države, kot so Švedska, Norveška, Finska, Danska, Nemčija. Države s povprečno manjšimi gospodinjstvi so tudi države, kjer je nekoliko nadpovprečen delež samskih starejših gospodinjstev (starost nad 65 let), to so Švedska, Finska, Danska pa tudi Velika Britanija in Estonija. Najmanjše deleže samskih starejših gospodinjstev lahko najdemo v Španiji, na Irskem, v Grčiji, Portugalski in tudi Sloveniji (Šircelj 2011, 42).

Tabela 4: Gospodinjstva po številu članov, 2011

Gospodinjstva SKUPAJ	813.531	
1 član	266.489	33 %
2 člana	199.875	25 %
3 člani	149.144	18 %
4 člani	127.376	16 %
5 članov	44.320	5 %
6 članov	17.658	2 %
7 članov	5689	1 %
8 + članov	2980	0 %

Vir: SURS 2011. Demografski podatki. www.stat.si.

Po podatkih popisa prebivalstva (2002) je bilo med vsemi gospodinjstvi kar tretjina (32 %) takih, da je bil v njih vsaj en član star 65 let ali več (Vertot 2010). Pri tem v samskih gospodinjstvih precej pogosteje bivajo ženske kot moški (kar je delno povezano tudi z njihovo daljšo življenjsko dobo).

Na ravni družine staranje prebivalstva prinaša pomemben spremembe v strukturi družin. V sodobni družbi namreč prihaja do pluralizacije družinskih oblik, in sicer se zmanjšuje število nuklearnih družin, narašča število reorganiziranih družin in enostarševskih družin, narašča število istospolnih družin ter enočlanskih gospodinjstev (Švab 2001, 59). Povečuje se število večgeneracijskih družin. Možnost, da ima posameznik pri petdesetih letih še žive starše, se je izrazito povečala od 4 % do več kot 25 % (Hooyman in Kiyak 2002, 279). Zaradi daljše življenjske dobe se vse pogosteje dogaja, da sočasno bivajo ne le tri generacije, ampak tudi štiri generacije, tj. otroci, njihovi starši, stari starši ter prastarši. Brennan (2003) je te družine poimenovala »beanpole family«. Gre za družinske oblike z majhnim številom družinskih članov v eni generaciji in več zaporednih generacij živečih istočasno, saj je v vsaki generaciji le malo bratov in sester, zato so medgeneracijski odnosi v primerjavi z znotrajgeneracijskimi odnosi pomembnejši.

Medgeneracijski odnosi so tudi vse pomembnejši del vsakdanjega življenja in tudi pomemben vir opore znotraj družin (poglavje o medgeneracijski solidarnosti). Vendar pa geografska mobilnost sodobnih družin s seboj prinese tudi prostorsko dislokacijo, ki otežuje vezi med generacijami, hkrati pa naraščajoča raznolikost družinskih oblik medgeneracijske vezi naredi še kompleksnejše (Švab 2001, 173). Tako ločitve in ponovne poroke lahko vodijo v večje število starih staršev, ki imajo npr. stike z vnuki.

Podaljševanje življenjske dobe hkrati spreminja skrbstvene vzorce družine. Podaljšuje se namreč obdobje skrbi za ostarele člane družine, kar težko primerjamo s preteklostjo, ko je precej manjši delež ljudi doživel visoko starost. Hkrati pa se dogaja tudi obratno, skrbstvena vloga starih staršev postaja vse bolj raznolika, saj starši postajajo stari starši ob različnih starostih in torej različnih obdobjih v življenju (Švab 2001, 174). Skrbstveno vlogo družine podrobneje obravnava poglavje o oskrbi in medgeneracijski solidarnosti.

Spreminjajo se tudi bivalni vzorci. V preteklosti običajna večgeneracijska gospodinjstva danes niso več tako pogosta. Starejši pogosteje živijo sami, kar pa ni le izraz želja mlajše generacije (o tem so pogosto razpravljali v kontekstu zmanjševanja moralne obligacije otrok glede skrbi za njihove starejše), ampak tudi ali celo predvsem odraz želje starejših po samostojnosti in neodvisnosti (Tartler 1963/2009, 66).

Staranje na individualni ravni

Z zdravstvenim napredkom se podaljšuje življenjska doba in tudi zdrava življenjska doba, kar pomeni, da posamezniki v primerjavi s preteklostjo dalj časa ostanejo zdravi. To nam omogoča, da smo dlje delovno aktivni in dejavni tudi v starosti. Spreminja se torej naš odnos do staranja in naše doživljanje staranja.

Tako je eden pomembnih kazalnikov danes kazalnik "Zdrava leta življenja", ki meri število let, za katera lahko oseba pričakuje preživetje brez oviranosti pri običajnih aktivnostih. Za ženske so ob rojstvu pričakovana zdrava leta življenja 55,6 let (za leto 2012, Eurostat), za moške pa 56,5 let. Pričakovana življenjska doba je ob rojstvu za ženske 83,3 leta in za moške 77,1 let (Eurostat, 2013).

Staranje posameznika je proces, ki se začne že ob rojstvu. Staranje na individualni ravni je torej kronološki in tudi fiziološki proces, kateremu je podvržen vsak posameznik od rojstva do smrti. Označuje spremembe, ki se dogajajo v organizmu v celotnem življenju, pri čemer v mladosti temu procesu rečemo razvoj oziroma odraščanje (Hooyman in Kiyak 2002).

Ko govorimo o starosti v laičnem jeziku, običajno govorimo o kronološki

starosti. Kronološka starost je opredeljena glede na letnico rojstva in torej na število rojstnih dni, ki jih je posameznik doživel. Po tem vidiku starost merimo z leti in postavimo v družbi tudi običajno mejo, po kateri nekoga opredelimo kot starega. Kot smo že opredelili v prejšnjem poglavju, je danes ta meja najobičajnejše določena pri starosti 65 let. Vendar pa je kronološka starost zaradi bioloških in drugih razlik med posamezniki precejšen približek.

Staranje posameznika teoretsko lahko opredelimo kot (Birren in Cunningham, 1985):

- biološko starost,
- psihološko starost,
- družbenokulturno starost.

Biološka starost je starost, povezana z biološkim delovanjem telesa, s telesnimi funkcijami in celičnimi procesi. Pove nam, kje se posameznik relativno nahaja glede na maksimalno število let, ki jih lahko doživi. Povežemo jo lahko deloma tudi z zdravjem in torej »pričakovanim«¹ pešanjem telesnih funkcij in psihofizičnih sposobnosti v starosti. Meri se z opazovanjem delovanja različnih vitalnih organskih sistemov, kot je npr. kardiovaskularni sistem. S staranjem ti sistemi izgubljajo sposobnost samoregulacije in adaptacije ter sposobnost samoregulacije in adaptacije.

Psihološka starost se nanaša na delovanje psiholoških sposobnosti, ki jih ljudje uporabljajo pri prilagajanju spreminjajočim se zahtevam okolja. To so spomin, inteligenca, čustva, motivacije in veščine, ki vzdržujejo samozavest in samonadzor. Veliko predstav o upadanju psiholoških funkcij je zmotnih in izražajo bolj laične predstave kot pa dejanske spremembe.

Biološka in psihološka starost se povezujeta tudi s stopnjo samostojnosti pri opravljanju temeljnih življenjskih opravil. Pri tem prihaja tako do fizičnih sprememb, torej sprememb v telesu, kot tudi do kognitivnih sprememb (pešanje kognitivnih funkcij). Seveda se biološka in kronološka starost ne ujemata povsem in posameznikovo zdravje in psihofizične aktivnosti se lahko začnejo spreminjati ali pešati že pred 65 letom, ali pa, kot je bolj običajno v sodobni dolgoživi družbi, precej kasneje.

Družbenokulturna starost izraža nenapisana pričakovanja glede tega, kako naj bi se obnašali ljudje določene kronološke starosti. To je torej specifičen skupek vlog, ki jih posameznik zavzame v odnosu do drugih članov lastne družbe in kulture.

Družbenokulturna starost se ocenjuje glede na številna vedenja in navade, kot so način oblačenja, navade, jezik ali osebni stil. Merimo jo tako, da opazujemo, do kakšne mere posameznik kaže navade, ki so pričakovane za njegovo starost v družbi, v kateri živi.

Drugi avtorji (Hojnik Zupanc 1997, Lah 2007) govorijo tudi o doživljajski starosti. Ta naj bi pokazala, kako posameznik sam doživlja in občuti svojo starost. Gre torej za to, kako star se počuti posameznik, torej subjektivno starostno identiteto posameznika. Posamezniki se običajno »čutijo« mlajši, kot pa je njihova kronološka starost (Victor, 2005, 161).

Predvsem glede na kronološko in biološko starost se starejše ljudi razvršča v manjše skupine (Lah 2007, Hojnik Zupanc 1999, Ramovš 2003). Tako nekateri govorijo o tretjem in četrtem starostnem obdobju (Lah 2007, Hojnik Zupanc 1999). Tretje starostno obdobje naj bi se navezovalo na starost od 65 do 75 (oz. 85) let, ko so starejši ljudje še vitalni in zdravi (fizično in mentalno) ter imajo načeloma zaradi upokojitve in pojava »praznega gnezda« (tj. odhod otrok od doma) veliko časa zase in za svoje konjičke. Četrto starostno obdobje pa naj bi bilo povezano že z večjimi zdravstvenimi težavami, manjšo mobilnostjo, zmanjšanjem aktivnosti in večanjem potrebe po negi.

Nekateri avtorji govorijo o staranju kot procesu, ki ga sestavljajo najmanj trije procesi – primarno, sekundarno in terciarno staranje (Birren in Cunningham 1985).

1. *Primarno staranje*: primarni, nebolezenski razvoj v odrasli dobi. Biološke, psihološke, družbenokulturne spremembe in spremembe v življenjskem ciklu, ki so povezane s primernim staranjem, so normalni del razvojnih sprememb (npr. menopavza, podaljševanje reakcijskega časa, izguba družinskih članov in prijateljev).
2. *Sekundarno staranje*: razvojne spremembe, ki so povezane s spremembami, ki niso nujne, in so posledica bolezni, življenjskega stila in podobno (npr. progresivna izguba intelektualnih sposobnosti pri Alzheimerjevi bolezni).
3. *Terciarno staranje*: hitra izguba funkcij pri večini organskih in bioloških sistemov malo pred smrtjo.

Čedalje več raziskovalcev tudi opozarja, da so individualne razlike v procesu staranja prej pravilo kot izjema. Seveda večina ljudi kaže običajne ali tipične spremembe, ki so povezane s staranjem, vendar pa se nekateri starajo »uspešneje«, tj. ne zbolijo za tipičnimi kroničnimi boleznimi.

Vsaka družba je torej starostno razdeljena in pripisuje različne vloge, pričakovanja in status ljudem različnih starosti. (Hooyman in Kiyak 2002, 5). Starost

lahko opredelimo tudi kot obdobje v življenjskem poteku oziroma življenjskem ciklu. Obravnavamo ga običajno kot sosledje faz od otroštva do starosti, ko biološki in sociokulturni dejavniki določajo meje med posameznimi fazami. Vendar pa tudi ti prehodi niso tako univerzalni, da bi vsi posamezniki prehajali iz določenega nabora vlog v drugega (Victor 2005, 7).

Staranje moramo torej razumeti znotraj konteksta, v katerem se pojavlja. Človeški razvoj je namreč rezultat več vzajemno delujočih razvojnih dejavnikov ali sil (Cavanaugh in Withbourne 1997). To so:

- *biološki dejavniki* (biological forces): genetski, fiziološki in dejavniki, povezani z zdravjem (npr. nastanek gub, menopavza ali spremembe v notranjih organih);
- *psihološki (behavioralni) dejavniki* (behavioral forces): notranji dejavniki, kot so percepcija, kognitivni, emocionalni ali osebnostni dejavniki (npr. individualne značilnosti, ki jih opazimo pri ljudeh);
- *družbenokulturni dejavniki* (sociocultural forces): medosebni, družbeni, kulturni, etnični dejavniki (ti dejavniki vplivajo na raznovrstnost in omrežje ljudi, s katerimi smo v interakciji ter vplivajo na strukturo in delovanje družbe;
- *dejavniki življenjskega cikla* (life-cycle forces): odsevajo razlike v načinu, kako isti dogodek ali preplet bioloških, psiholoških in družbenokulturnih dejavnikov vplivajo na ljudi v različnih točkah v življenju. Dejavniki življenjskega cikla so tisti kontekst, znotraj katerega opazujemo razvojne spremembe odraslih in procese staranja.

Vsak od nas je rezultat delovanja edinstvenega prepleta zgoraj opredeljenih razvojnih sil. Eden od načinov opazovanja, kako kombinacija razvojnih sil deluje, je ugotavljanje, koliko so razvojne sile skupne vsem in koliko so edinstvene. Baltes (1979) je definiral tri skupine vplivov, ki z medsebojno interakcijo producirajo razvojne spremembe v celotnem življenjskem obdobju:

1. *normativne spremembe, povezane s starostjo* (normative age-graded influences): to so izkušnje, ki jih povzročijo biološki, psihološki in družbenokulturni dejavniki in so tesno povezane s kronološko starostjo (biološki – menopavza, psihološki – socializacija otrok, družbenokulturni – starost ob upokojitvi in rituali, ki so s tem povezani);
2. *normativne spremembe, povezane z zgodovino* (normative history-graded influences): dogodki, ki jih večina ljudi, živečih v določeni kulturi, v določenem obdobju izkusi (biološki – epidemije, psihološki – stereotipi, družbenokulturni – spremembe odnosa do spolnosti). Te izkušnje pogosto oblikujejo značilnosti posamezne generacije npr. generacija x, »baby boom« generacija;

3. *nenormativni vplivi* (nonnormative influences): so naključni ali redki dogodki, ki so lahko pomembni za posameznika, se pa ne zgodijo večini ljudi (zadelek na loteriji, izvolitev v parlament, prometna nesreča, izguba službe). To so dogodki, ki nam čez noč popolnoma spremenijo življenje.

NALOGE ZA ŠTUDENTE

1. Študenti se razdelijo v skupine (3–5 udeležencev na skupino) in prejmejo enake naloge. Po vsaki opravljeni nalogi posamezne skupine predstavijo svoja mnenja drugim in skupaj razpravljajo o različnih vidikih pojava/pojma. Na koncu je tudi zaključna razprava.

• Kaj je starost in kdaj je nekdo star?

Zamislite si, kako čas beži in postajate čedalje starejši. Dopolnili ste 80 let. Kateri pomembno dogodki so zaznamovali vaše življenje? Kaj delate, s čim se ukvarjate pri 80. letih? Kakšni ste vizualno, fizično, emocionalno? Kje živite (doma, v instituciji, pri otrocih)? S kom živite? Kako poteka vaše življenje pri 80. letih? Kako se boste razlikovali od tega, kar ste danes?

Pogovorite se s kolegi o naslednjih vprašanjih:

- Kako si predstavljate življenje v starosti?
- Katere so podobnosti in razlike z vašim/njihovim trenutnim življenjem?
- Kakšen je dober scenarij vašega staranja? (Kako želite živeti pri 80. letih?)
- Kakšen je slab scenarij vašega staranja? (Česa si ne želite pri 80. letih?)

2. Študenti se razdelijo v skupine (3–5 udeležencev na skupino) in prejmejo enake naloge. Po vsaki opravljeni nalogi posamezne skupine predstavijo svoja mnenja drugim in skupaj razpravljajo o različnih vidikih pojava/pojma. Na koncu sledi zaključna razprava.

• Kakšne spremembe za družbo prinaša staranje prebivalstva?

Pogovorite se o teh vidikih:

- spremembe zdravstvenega sistema,
- spremembe trga dela,
- spremembe v sistemu dolgotrajnega varstva,
- spremembe v družini,
- spremembe v družbenem odnosu do staranja in starejših ljudi.

DODATNO BRANJE

- Šircelj, M. 2009. Staranje prebivalstva v Sloveniji. V Hlebec V. (ur.). *Starejši ljudje v družbi sprememb*. Maribor: Aristej.
- Brennen, J 2003. 'Towards a Typology of Intergenerational Relations: Continuities and Change in Families' *Sociological Research Online*, vol. 8, no. 2.
- Vertot, N. 2010. *Starejše prebivalstvo v Sloveniji*. Ljubljana: SURS.

SOCIOLOŠKE TEORIJE STARANJA

O staranju obstaja več pristopov in teorij, ki jih lahko ločimo na sociološke, biološke in psihološke. Biološke teorije staranja proučujejo vpliv časa na fiziologijo². Staranje je normalen proces, je univerzalno in progresivno. Psihološki pristopi poudarjajo spremembe na ravni posameznika (obnašanje, kognicije), do katerih prihaja s staranjem. Sociološke perspektive pa staranje opazujejo tako na družbeni ravni kot tudi na individualni (Victor, 2005, 1–6). Raznovrstnost teh teorij kaže na kompleksnost staranja, ki ga je mogoče dobro pojasnjevati kvečjemu z multidisciplinarnimi pristopi. Hkrati pa se znotraj posameznih disciplin ni izoblikovala neka prevladujoča teorija. Po drugi strani se teoretsko s staranjem ukvarjamo relativno malo časa, zato je le malo kompleksnih podatkov, ki bi omogočali empirično preverjanje hipotez.

V nasprotju s teorijami v bioloških znanostih in psihologiji se družboslovne znanosti ukvarjajo z medsebojnimi odnosi ter medsebojnim vplivom družbe in kulture ter posameznikov, ki se starajo. Večina opisanih teorij izhaja iz sociologije, nekaj novejših pa tudi iz ekonomije, kulturne antropologije in feministične teorije.

V sociološki literaturi lahko najdemo veliko teorij staranja (npr. Hooyman in Kiyak 2002, Victor 2005); na tem mestu jih le kratko povzemamo. V spodnji klasifikacijski shemi, ki jo je v izvirniku oblikoval Marshall (1996), so teorije razvrščene glede na dve razsežnosti – nivo analize in predpostavke o odnosu med posameznikom in družbo, ki jih kasneje tudi bolj podrobno predstavimo (pri čemer povzemamo po Cavanaugh in Withbourne 1999).

² Določene fiziološke spremembe, ki jih povezujemo s staranjem (npr. gube), niso vedno le posledica staranja, ampak tudi okoljskih in drugih dejavnikov (npr. življenjskega stila).

Tabela 5: Klasifikacija teorij o staranju v družboslovnih znanostih

Nivo analize	Predpostavke o odnosu med posameznikom in družbo		
	Normativne	povezujoče	interpretativne
makro	Strukturalizem teorija modernizacije	teorija interesnih skupin	politična ekonomija
povezujoča	teorija aktivnosti Teorija umika Pristop starostne stratifikacije	življenjski potek feministične teorije	kritična teorija fenomenologija
mikro	teorija vlog razvojna teorija	teorija izmenjave	teorija kontinuitete

Vir: Cavanaugh in Withbourne (1999:19).

Makro teorije

Znotraj normativistične perspektive so makro teorije usmerjene na demografske in antropološke pristope, pri katerih so posamezniki obravnavani kot pasivni osebki; nanje delujeta družba in kultura. Novejše makro teorije, še posebej interpretativni pristop, obravnavajo posameznike ali skupine kot akterje (po Cavanaugh in Withbourne 1999).

Strukturalizem

Pri tej teoriji je poudarek na univerzalnih zgodovinskostrukturnih aspektih družbe in ne na posamezniku. Na področju preučevanja staranja se strukturalizem kaže v raziskovanju staranja kot demografskem pojavu. Glavne teme so na primer, ali so demografski trendi univerzalni ali specifični, kakšni so odnosi med rastjo populacije, spremembe v indeksu staranja (število starih glede na število mladih) in ekonomsko rastjo. Novejše teme, ki jih obravnavajo (ZDA), so »baby boom« generacija ter vloga sistemov socialnega in zdravstvenega varstva, naraščajoče število starostnikov v različnih etničnih skupinah je spodbudila preverjanje spoznanj, ki so bila obravnavana zgolj pri pripadnikih ene etnične manjšine. Znova se postavljajo tudi vprašanja, kot so norme povezane s starostjo in tipično starost, v kateri posameznik doseže določene mejnike (npr. upokožitev).

Teorija modernizacije

Teorija modernizacije trdi, da je status starejših ljudi v družbi obratnosorazmeren s stopnjo industrializacije. V predindustrijskih družbah naj bi starejše v družbi

zelo cenili zaradi njihovega nadzora nad redkimi dobrinami in njihovega poznavanja kulturne tradicije. Cowgill (1974) izpostavi štiri vidike modernizacije, ki so povzročili slabši status starejših: zdravstvena tehnologija, ekonomska tehnologija, urbanizacija in masovno izobraževanje. Njegove ideje temeljijo na predpostavki, da so današnje predindustrijske družbe ustrezna podoba preteklih predindustrijskih družb. Kritike te teorije pa pravijo, da pred industrijsko revolucijo najbrž ni obstajala družba, v kateri bi vse starejše enako spoštovali ali cenili. Res je, da družbeni in kulturni kontekst sooblikujeta položaj starejših ljudi v družbi, ga pa ne sooblikujeta za vse enako.

Teorija interesnih skupin

Teorija je nastala v začetku 20. stoletja v ZDA in je opisovala ameriško družbo z močjo elit in množic, kjer interesne skupine tekmujejo med seboj, da bo pridobile pozornost struktur, ki odločajo o porazdelitvi moči in bogastva. Starejši odrasli so tako interesna skupina, katere cilj je oblikovanje javne politike. Številne organizacije v ZDA, ki združujejo starejše, kažejo, da imajo starejši v ZDA pomemben vpliv na oblikovanje politik. Avtorji v okviru tega pristopa poudarjajo pomen države in njenih mehanizmov ter vpliv kapitalizma na položaj, ki ga imajo starejši ljudje v družbi.

Politična ekonomija staranja

Teorija trdi, da je obravnavanje starejših ljudi in izkušnja staranja v družbi pod vplivom ekonomskih faktorjev. Ta pristop uporablja socialno konstrukcijo realnosti, da bi pojasnil vlogo ideologije v sistemih dominacije, socialno marginalizacijo starejših in marksistični poudarek povezave med starostjo in produkcijskimi sredstvi. Glavni prispevek je pojasnjevanje podpore, ki jo sistemu pokojnin daje delovna sila in tako omogoča upokojevanje, ter pomen družbeno konstruirane in politično motivirane moralne ekonomije, ki pojasnjuje, kako je mogoče, da si starejši tako pomemben del politične ekonomije, a so hkrati tako marginalizirani pri sodelovanju v tem procesu. Ta teorija pomaga kritično ovrednotiti dejanske interese, ki vodijo k pomoči, starejšim. Pomanjkljivost pa je, da precenjuje stopnjo marginalizacije in ne zazna, kako osebne izkušnje starejše osebe same vplivajo na oblikovanje smisla in pomena življenja.

Mikro teorije

Pri mikro teorijah je fokus na posamezniku (po Cavanaugh in Withbourne 1999).

Teorija vlog

Teorija vlog je poskušala staranje in način, kako ga posamezniki doživljajo in se mu prilagajajo, razložiti z vlogami, ki jih imajo človek v življenju, npr. kot študent, mož ali žena, babica, poslovnež idr. Te vloge so običajno zaporedne, zato je določeno življenjsko obdobje povezano z določeno vlogo. Posameznik naj bi se torej bolje prilagodil staranju, če sprejme spremembe v svojih vlogah. Katere vloge so primerne za določeno življenjsko obdobje, je povezano tudi s pričakovanji (npr. pri kateri starosti je primerno zaključiti šolanje, pri kateri stopiti v zakon ipd.).

Rosow (1985) je uporabil izraza *status* (položaj, formalni položaj v družbi, ki ga lahko jasno in nedvoumno opredelimo ter vsebuje tudi določene pravice, privilegije, prestiž in dolžnosti) in *vloge* (vedenje, ki je primerno za določeno skupino pravic ali dolžnosti) za pojasnjevanje položaja starejših. Ta perspektiva pomembno prispeva k pojasnjevanju načinov, kako družbene strukture vplivajo na življenje posameznikov. Moen (1996) analizira, kako imajo družbeno konstruirane spolne vloge pomembno vlogo pri tranziciji posameznikov v različnih vlogah v starosti. Novejše kritike pa poudarjajo, da so vloge deloma tudi samodefinirane, da so individualne razlike zelo velike in da so pomembni tudi družbeni razred, etničnost in spol.

Razvojna teorija

Skupina teorij s skupnim imenom razvojne teorije opisuje v glavnem psihološke teorije. Skupno jim je, da vidijo človeško življenje kot zaporedje stopenj, prek katerih se premikamo h koncu življenja.

Teorija izmenjave

Teorija izmenjave izhaja iz ekonomskih teorij, v katerih je vztrajanje v interakcijah in izhajanje iz interakcij utemeljeno z nagradami in stroški. V tem smislu imajo starejši v družbenih interakcijah manj moči, ker imajo manj virov v primerjavi s potrebami (več potrebujejo, kot lahko dajejo). Vendar tak racionalen, utilitariistični in »profit-motivated«¹ pogled ne pojasnjuje vseh družbenih interakcij. Najpogosteje so teorijo izmenjave uporabili za raziskave družinske dinamike (odvisnost in dolgotrajna nega).

Teorija kontinuitete

Ta teorija pravi, da je samopodoba predstava o lastnih interakcijah s svetom. Posameznik jo ob staranju vse pogosteje preverja, zato je vse bolj stabilna ali kontinuirana. Ločimo notranjo in zunanjo kontinuiteto. Notranja kontinuiteta nastane, ko posameznik želi ohraniti katerega od aspektov svoje osebnosti, tako da preteklost podpira in vzdržuje novo samopodobo. Zunanja kontinuiteta vključuje vzdrževanje družbenih odnosov, vlog in okolja. Če sta obe kontinuiteti visoki, je tudi stopnja zadovoljstva z življenjem visoka. Teorija kontinuitete torej predvideva, da s starostjo posamezniki ohranijo stare vzorce obnašanja ter tako izgubljene vloge nadomeščajo s podobnimi novimi vlogami. Osebnostne značilnosti posameznika so v okviru te teorije bolj poudarjene. Posameznikov življenjski stil in preference kot tudi strukturni dejavniki (dohodek, zdravje) bodo vplivali na to, katere vloge bo posameznik opustil in katere nove vloge bo prevzel.

Povezujoče teorije

Ker tako makro kot mikro teorije ne uspejo ustrezno pojasnjevati staranja (ker se osredotočijo le na strukturo ali pa le na posameznika), so se pojavile tudi teorije, ki povezujejo strukturo in posameznika ter upoštevajo oba vidika hkrati (Cavanaugh in Withbourne 1999).

Teorija aktivnosti

Teorija aktivnosti vidi staranje kot nadaljevanje srednjih let, torej kot obdobje, v katerem starejši ljudje poskušajo ohranjati svoj status. Tako naj bi tudi v starosti starejši ohranjali čim večje število produktivnih vlog (npr. prostovoljne aktivnosti). Za vloge, ki se jim starejši torej (morajo) odreči, naj bi našli različne nadomestke. Ta pristop izhaja iz funkcionalistične paradigme in poskuša razložiti staranje z ravnovesjem družbenih sistemov. Teorija aktivnosti je uspešno staranje pogojevala z velikim številom in raznovrstnostjo produktivnih vlog, kot so prostovoljstvo in hobiji. Posameznik se uspešno stara, če najde neko nišo v družbi in se družbi prilagodi – uspešno staranje je torej stvar posameznika. Kritiki so opozorili, da vrednostne naravnosti lahko vplivajo na željo in potrebo po aktivnostih v starosti, pa tudi na dohodek in druge življenjske okoliščine. Vendar različne vloge v družbi nimajo enakega pomena in statusa, zato je vprašljivo, kako in koliko lahko delujejo kot medsebojni substituti.

Teorija umika

Teorija, ki sta jo postavila Cumming in Henry (1961), je poskušala prenesti fokus proučevanja staranja iz posameznika na družbo. Družbeni sistemi upravljajo staranje posameznikov prek institucionaliziranih mehanizmov njihovega ločevanja od družbe. Starejši tako zmanjšajo svoje aktivnosti, iščejo bolj pasivne vloge, se redkeje družijo z drugimi. Šlo naj bi torej za naraven prenos moči s starejših na mlajše. Umik torej zagotavlja družbeno ravnovesje, omogoča boljše delovanje družbenih sistemov (npr. podjetjem načrtovati spremembe delovne sile). Pri tem naj bi bil ta umik pozitiven ne le za družbo, ampak tudi za posameznika, saj je na ta način zmanjšal stres, manjša so družbena pričakovanja (po produktivnosti, uspehu idr.). Čeprav nekatere raziskave kažejo, da s starostjo prihaja do izgube nekaterih vlog, pa jih starejši lahko tudi zamenjajo. Zmanjšanje določenih omrežij (npr. s sodelavci) lahko starejši nadomestijo z npr. intenzivnejšimi stiki s sosedi. Tako raziskave v večini niso potrdile teorije umika.

Pristop starostne stratifikacije

Pristop starostne stratifikacije predvideva, da obstajajo razlike med starostnimi skupinami v družbi. Te so povezane tako z njihovo starostjo kot tudi zgodovinskimi izkušnjami. Zato se posameznikovo ravnanje, obnašanje in razmišljanje povezujejo z življenjskim potekom in tudi s specifičnimi zgodovinskimi izkušnjami. Zgodovinske izkušnje namreč pomembno opredelijo posameznike, zaradi česar se starejši ljudje danes razlikujejo od starejših ljudi v preteklosti (in prihodnosti). Tudi družbeni odnos do staranja je v različnih družbenih obdobjih drugačen, pri čemer prihaja do strukturnega zamika, saj družbene institucije zaostajajo pri odzivanju na večje družbene spremembe (kot je na primer dolgotrajno obdobje upokojitve, s katerim se sooča večina starejših danes). Riley (1972) opisuje načine, s katerimi družba oblikuje razlike v družbenih vlogah na podlagi starosti, in tako ustvarja plasti, ki jih lahko interpretiramo tudi kot družbene razrede. V tem pristopu raziskujemo gibanje zaporednih skupin ali ljudi, ki so rojeni približno istega leta oziroma imajo podobne izkušnje. Ta pristop torej povezuje aspekte demografije in stratifikacije, poudarja generacijske razlike, opisuje odnos skupin znotraj družbene strukture ter poudarja pomen zgodovinskega časa in razumevanja procesa staranja. Kritiki dajejo prevelik poudarek kronološki starosti in premajhen poudarek individualnim razlikam znotraj družbenih skupin.

Perspektiva življenjskega poteka

S perspektivo življenjskega poteka poskušajo raziskovalci združiti tako sociološko kot psihološko perspektivo. Ta pristop prepozna dejstvo, da se posameznik

začne starati že ob rojstvu, vključuje tako biološke, psihološke kot družbene procese in vključuje tudi kohortno-zgodovinske dejavnike. Raziskovanje izpostavlja tri sklope: študije časovnega umeščanja tranzicij po vlogah pri odraslih, študije starostnih razredov in z njimi povezanih skupin norm, študije percepcije starosti. Vanje je zaobjeto mnoštvo vlog, ki jih imamo v svojem življenju ter njihove spremembe v času. Pri tem so pri preučevanju vključena številna življenjska področja, kot so izobraževanje, zaposlitev, družinsko življenje. Življenjski poteki so tudi zgodovinsko in kulturno specifični, kar pomeni da se v določenem času in prostoru posameznikove vloge lahko razlikujejo (kdaj na primer je opredeljen prehod v odraslost, kdaj običajno sledi konec izobraževanja, kdaj poroka ipd.). Ta pristop je zelo odprt in je tudi v družboslovnih znanostih pogosta izbira za študijo staranja. Povezavo mikro–makro je v obravnavi institucij, kot so delovno okolje ali družina. Družbeno strukturo interpretiramo kot strukturo vlog, življenjski potek pa kot zaporedje sprememb v vlogah, vstopov in izstopov iz vlog. Vendar tudi ta perspektiva preveč zanemarja individualne razlike znotraj posameznih kohort.

Feministični pristopi

Feministične teorije poudarjajo pomen spola pri razumevanju starejših ljudi in staranja, še posebej, ker velik delež starejše populacije predstavljajo ženske. In ker spol pomembno vpliva na življenjski potek in vloge posameznikov, tudi starost doživljamo različno glede na spol. Feministični pristopi kritizirajo moško usmerjenost ostalih teorij in trdijo, da imajo starejše ženske inferiorni položaj v družbi kot posledico bivanja v družbi, ki je v veliki meri patriarhalno urejena. Ekonomske težave starejših žensk pripisujejo dolgotrajnemu podrejenemu položaju na trgu delovne sile, ki je segregiran na podlagi spola in etnične pripadnosti. Prave feministične teorije staranja pa še ni.

Kritična teorija

Temeljna teza kritične teorije je, da napovedovanje in obvladovanje vedenja nista prava cilja znanja. Socialna gerontologija naj bi oblikovala pozitivno vizijo tega, kako naj bi bile stvari drugačne oziroma kaj je racionalno podprta vizija dobrega oz. kakovostnega staranja. Uporaba kritične teorije se je izkazala za plodno predvsem v kulturoloških študijah in študijah politične ekonomije (teme, kot so družbena konstrukcija in odvisnost).

Fenomenologija in simbolični interakcionizem

Teoretske predpostavke, iz katerih izhajajo so, da se družbena realnost konstruira v neprestanem pogajanju in definicijah, v katerih se pomen starosti iz trenutka v

trenutek spreminja. Ta konstrukcija realnosti ni arbitrarna, ampak jo pogojujejo obstoječe kategorije za pripisovanje pomena določenim izkušnjam. Pri proučevanju staranja ta ideja poudarja odnos med starejšo osebo in njenim okoljem, ki ni fiksni ampak fluidni. Tako se posamezniki prilagajajo okoliščinam in (novim) okoljem, kar posredno vpliva tudi na njihovo sprejemanje staranja in »način« staranja (npr. bolj aktivno ali bolj pasivno staranje). Na tem mestu je pomembna teorija označevanja, ki poudarja pomen okolja in kategorizacije drugih na lastno percepcijo staranja in obnašanje. Pomemben prispevek tega pristopa je spraševanje, ali se raziskovalni rezultati ujemajo z vsakodnevno realnostjo starejših odraslih. Ena od kritik tega pristopa je, da podcenjuje vpliv družbenih struktur na življenje posameznika.

Staranje in predsodki in stereotipi

Kot za večino družbenih skupino tudi pri starejših obstajajo različni stereotipi in predsodki. Predsodek je običajno opredeljen kot vrsta stališč, ki niso upravičena, argumentirana in preverjena, a jih spremljajo intenzivne emocije in so odporna na spremembe (Rot 1977 v Ule 1994, 101). Zanje je značilna tako kognitivna kot tudi emotivna ter konativna (dinamična) komponenta. O stereotipih pa govorimo, če neke sodbe temeljijo samo na kognitivni komponenti, tj. na nepreverjenih dejstvih ali govoricah in so tako neke vrste predstopnja predsodkov (Ule 1994, 103).

Stereotipi so torej izkrivljene predstavitve določene družbene skupine, ki so lahko pozitivne ali negativne. Pri proučevanju se običajno osredotočamo na negativne predsodke, saj imajo slednji negativne učinke na družbene odnose. Za negativne predsodke so značilni (Blumer v Ule 1994, 101):

- občutek superiornosti (dominantne skupine);
- občutek, da je druga skupina manjvredna;
- prepričanje o pravici večinske skupine do privilegijev, moči, statusa;
- strah in sum, da manjšinska skupina ogroža moč, status in privilegije manjšinske skupine.

Za predsodke in stereotipe je tako značilna kompleksnost (tj. zajemanje več lastnosti, značilnosti), strukturiranost (tj. razlikovanje in združevanje kategorizacij) ter skupinska specifičnost (tj. več ljudi ima iste predsodke) (Bergler v Ule 1994, 106).

Omenjene elemente bi delno lahko prenesli tudi na odnos do starejših. Ocenjevanje in vrednotenje namreč nujno spremljata predsodke in ti vodijo našo percepcijo zunanjega sveta ter največkrat povzročajo negativno popačenje podobe

(Ule 1994, 103). Podobe starejših in starosti se pogosto povezujejo z negativnimi podobami odvisnosti, pozabljenosti, bolezni, pasivnosti. Prihaja do infantilizacije starejših, torej primerjanje starejših z otroki, ki niso sposobni sami voditi svojega življenja, se odločati ipd. (Victor 2005, 155). Infantilizacija se splošno povezuje z marginalizacijo, saj so infantilizacijo marginalnih skupin potrdili v različnih študijah (vidna je npr. tudi pri stereotipih o ženskah in pripisovanjem ženskih lastnosti) (Ule 1994, 119).

Predsodki se lahko izražajo na različne načine, ki jih je Allport (Ule 1994) razdelil v stopnje. Prva stopnja je ogovarjanje (npr. izražanje antipatije s šalami), izogibanje (tj. ustvarjanje socialne distance do pripadnikov drugih skupin, izogibanje kontaktom in odnosom z njimi) ter diskriminacija³. Starizem označuje skupek negativnih predsodkov, ki jih imamo do starejših. Gre torej za sistematično stereotipiziranje te družbene skupine in njeno diskriminacijo. Legitimira izključevanje in marginalizacijo starejših, ki jo lahko opazimo na primer v zdravstvenem sistemu, kjer so lahko npr. starejši izvzeti iz določenih preventivnih in drugih programov. Avtorji poleg starizma poudarjajo, da se ženske soočajo še dodatno s seksizmom, kar pomeni da so »dvojno« diskriminirane. Staranje se zdi nekoliko bolj družbeno sprejemljivo za moške, ki tako le pridobivajo pomembne »moške kvalitete«, kot so avtonomija, kompetentnost, medtem ko ženske s starostjo izgubljajo nekatere »pomembne« ženske lastnosti, kot sta lepota in možnost imeti otroke. Razlike so tudi v vlogah, ki so glede na spol v starosti boljše ali slabše sprejete, kot je na primer pozno starševstvo (Victor 2005).

Predsodki in stereotipi imajo pomembne posledice na družbeni ravni, saj lahko vplivajo na organizacijo družbenih sistemov, oblikovanje politik ipd. Vplivajo tudi na podobo, ki jo imajo starejši sami o sebi. »Oseba, ki je objekt diskriminacije, nosi težko psihološko breme« (Ule 1994, 115). Pogosto se namreč pri žrtvah diskriminacije razvijejo občutki manjvrednosti in nezadostnosti. Samopodoba je odvisna od mnogih dejavnikov, tako osebnih lastnosti kot fizičnih značilnosti, nanjo pa vpliva interakcija z drugimi in torej širše družbeno okolje. Če je to pretežno negativno, vpliva na to, kako starejši delujejo, razmišljajo in čutijo o sebi.

Zaradi številnih negativnih posledic je torej pomembno zmanjševanje predsodkov in stereotipov. Različne strategije spreminjanja predsodkov segajo od zakonskih sprememb (proti diskriminaciji) do sistematičnega informiranja in neposrednih stikov s skupino, ki je tarča predsodkov (Ule 1994, 119).

³ Poleg naštetih Allport dodaja še dve stopnji, in sicer nasilje in genocid.

NALOGE ZA ŠTUDENTE

Študenti naj naštejejo lastnosti starejših. Te lastnosti naj potem ocenijo glede na njihovo zaželenost.

Identificirajo naj stereotipe – kateri so pozitivni, kateri negativni stereotipi? Razpravljajo naj o predsodkih in stereotipih o starejših.

Diskriminacija starejših: študentje naj naštejejo primere diskriminacije – na katerih področjih se najpogosteje pojavlja in v kakšnih oblikah?

DODATNO BRANJE

Ule, M. 1994. Temelji socialne psihologije. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.

Cananaugh, J.C. and Withbourne, S.K. (1999) (ur) Gerontology: An interdisciplinary Prespective. New York: Oxford University Press.

DRŽAVA BLAGINJE IN STAREJŠI

Opredelitve

Sistem blaginje definira nekatere dele družbene realnosti, ki vplivajo na družbena razmerja, odnose med posameznimi skupinami in splošno vsakdanje življenje ljudi. Ti sistemi so naravnani tako, da vključujejo princip solidarnosti mladih s starejšimi, bolnih z zdravimi, bogatejših z revnejšimi.

Ključen avtor za razumevanje države blaginje je Esping Andersen, ki je z delom *The three worlds of welfare capitalism* (1990) postavil temelje klasifikacije držav blaginje v posamezne tipologije. Pri tem države blaginje ne smemo razumeti le ozko – z vlogo države pri prerazporejanju sredstev, predvsem z različnimi socialnimi sistemi, ampak širše, tudi z delovanjem ekonomije, trga delovne sile. Avtor poudari, da so za razumevanje države blaginje ključne stopnja dekomodifikacije, družbene stratifikacije ter zaposlitev. Značilnosti države blaginje tako vplivajo na družbeno solidarnost ter družbeno neenakost.

Stopnja dekomodifikacije je pri tem osrednji koncept, saj ta določa, ali država blaginje omogoča posamezniku določeno stopnjo neodvisnosti od trga dela, tj. do katere stopnje je poskrbljeno za temeljne potrebe posameznika, tudi ko ta ni vključen v trg delovne sile. Ugotavlja, da obstajajo trije distinktivni tipi držav blaginje, in sicer (1) socialdemokratski tip, značilen za skandinavske države, kjer je visoka stopnja dekomodifikacije posameznikov (neodvisnost od trga), država blaginje je zelo močna in ima razvejane storitve ter visoke transferje; (2) konservativno-korporativistični tip, značilen na primer za Nemčijo, kjer je posameznik v veliki meri odvisen od trga (zaposlitev nudi temelj socialne varnosti in blaginje, pogoji so relativno restriktivni), ter (3) liberalni tip, značilen za ZDA, kjer je vloga države zelo majhna, posameznikova blaginja pa odvisna predvsem od trga.

Esping Andersen torej vidi socialne pravice posameznika v luči njihove moči, da omogočijo posamezniku višjo stopnjo dekomodifikacije (neodvisnosti od trga). Nadalje naj bi država blaginje do neke mere tudi zmanjševala družbene neenakosti (prek socialne in drugih politik). Za blaginjo posameznika tako skrbi tako trg (prek zaposlitve, nudenja storitev itd.) kot država (prek transferjev in storitev). Številni avtorji poudarjajo za razumevanje koncepta blaginje in države blaginje t. i. koncept »blaginjskega trikotnika« (Evers in Laville 2004). Za blaginjo posameznika so namreč pomembni trije ključni akterji, in sicer: trg, država in civilna družba. Civilna družba, v katero vključujemo neprofitne organizacije kot pomembne ponudnice različnih storitev in tudi družino kot temeljni vir pomoči in solidarnosti, je pomemben del zagotavljanja blaginje. Te posamezne sfere so komplementarne in/ali se nadomeščajo pri zagotavljanju blaginje posameznika ter predstavljajo temeljne elemente sistema blaginje (Kolarič idr. 2002). Različni sistemi blaginje se tako razlikujejo v tem, katera sfera je najpomembnejša za zagotavljanje blaginje posameznika – ali trg, ali država ali civilna družba in družina.

Kasneje so se tipologije držav blaginje z širjenjem tako teoretskih pristopov, kot je upoštevanje več vidikov/akterjev nudenja blaginje, kot tudi z analizo večjega števila držav spreminjale in dopolnjevale. Tako v sodobni literaturi o režimih držav blaginje najpogosteje zasledimo delitev na naslednje tipologije, vezane na evropski prostor (prirejeno po Kleinman 2002, Kolaric idr. 2002):

1. *Liberalni model*. V Evropi se povezuje predvsem z Veliko Britanijo, zunaj Evrope pa z ZDA kot njegovim tipičnim predstavnikom. Velika Britanija naj ne bi bila popoln predstavnik tega modela, saj je temeljila na Beveridgovem univerzalističnem modelu (univerzalizem kot značilnost socialnodemokratskega modela), naj pa bi imela nekatere njegove pomembne elemente. Najpomembnejšo vlogo za zagotavljanje blaginje v tem modelu ima trg, na katerem naj bi si posamezniki zagotovili blaginjo. Pomembno vlogo imajo civilnodružbene organizacije. Vloga države je relativno majhna v vlogi nizkih socialnih transferjev. Vendar pa univerzalistični zdravstveni sistem zagotavlja pomembne storitve (tudi) za starejše. Pokojninski sistem v veliki meri temelji na trgu, tj. privatnih zavarovalnih shemah.
2. *Konservativno-korporativistični model*. Tipična predstavnica tega modela je Nemčija, pa tudi Francija in Belgija. Izhodišče tega modela je zavarovalniški princip (temelječ na Bismarkovi tradiciji). Socialne pravice v največji meri temeljijo na statusu zaposlitve (tako za posameznika kot za družinske člane). Varna starost torej primarno temelji na stabilni zaposlitveni karieri, pri čemer se jasno kažejo razlike med različnimi poklici in statusi ter različnimi dohodki (redistribucija blaginjskega sistema je tako bolj horizontalna kot pa vertikalna).

Država na podlagi obveznih sistemov socialnih zavarovanj poskrbi za blaginjo posameznika in ima torej pomembno vlogo, takoj za trgom. Pomembno podpora posamezniku za zagotovitev blaginje naj bi nudili tudi družinski člani, skupnost in civilna družba.

3. *Socialdemokratski model.* Tipične predstavnice tega modela so skandinavske države. Zanje je značilna zelo močna vloga države pri zagotavljanju blaginje posameznika. Pri tem je ključen princip univerzalizma in razumevanje socialnih pravic kot temeljnih državljanskih pravic. To pomeni, da je velik del storitev in transferjev, ki jih nudi država blaginje, dostopen vsem. Sistem omogoča oziroma promovira vključevanje žensk na trg delovne sile in s tem viša njihovo varnost in blaginjo tudi v starosti. Država je glavni ponudnik velikega dela storitev (tudi za starejše).
4. *Mediteranski model ali tudi južnoevropski model.* Značilen naj bi bil za Španijo, Italijo in Portugalsko. Za ta model je značilna manjša vloga države pri zagotavljanju blaginje, ključna pa so neformalna omrežja in neprofitne organizacije. Družina je ključna za zagotavljanje blaginje. Država nudi precej nizke transferje, ki pogosto ne zagotavljajo primerne blaginje posamezniku. Značilne naj bi bile tudi velike razlike v varnosti in blaginji, torej precejšnja polarizacija. Tako naj bi obstajala kategorija relativno visoko zaščitenih delavcev (s tudi dobrimi pokojninami) ter kategorija slabo zaščitenih, ki prejemajo le minimalne transferje. Država ob tem nima dobro razvitega storitvenega sektorja.

Seveda pa je zaradi demografskih pritiskov na različne blaginjske sisteme in tudi zaradi ekonomskih pritiskov (gospodarska kriza) prišlo v posameznih državah do številnih reform sistemov socialnega varstva, pokojninskih sistemov ter drugih, zaradi česar njihova razvrstitev v posamezni model lahko pokaže tudi nekoliko drugačno sliko.

V naslednjem delu se osredotočimo predvsem na storitve in transferje, ki jih v okviru slovenske države blaginje zagotavlja država starejšim ljudem v Sloveniji. Pomembno vloge družine ter civilne družbe izpostavljamo v drugih poglavjih (socialna opora, medgeneracijska solidarnost in oskrba starih ljudi).

Spremembe sistema blaginje v obdobju slovenske tranzicije

Pred letom 1990 je v Sloveniji obstajal tridelni sistem blaginje (Kolarič 1992), za katerega je bila značilna dobro razvita in prostorsko razpršena mreža javnih institucij – temeljila je na prispevkih zaposlenih in podjetij (za primer invalidnosti, starosti, bolezni, brezposelnosti; za šolstvo, otroško varstvo, varstvo starejših

idr.). Ob tem pa sta imeli samopomoč in vzajemna medsebojna pomoč v družini (ki jima država ni namenjala posebne socialne in politične pozornosti) zelo velik pomen. Pomembna je bila tudi siva produkcija storitev v javnem sektorju ter prostovoljne organizacije in društva, kot dopolnilo neformalnim mrežam. V obdobju tranzicije se je v devetdesetih letih slovenski sistem blaginje preoblikoval v dualni model, sestavljen iz elementov konservativno-korporativističnega (obvezni sistemi socialnih zavarovanj, ki temeljijo na socialnem partnerstvu) in »socialnodemokratskega« sistema blaginje (močan javni/državni sektor kot dominantni proizvajalec storitev, do katerih imajo vsi dostop pod enakimi pogoji) (Kolarič idr. 2009).

Po posameznih socialnopolitičnih področjih je po 90. letih prišlo do postopnih reform, ki jih podrobno opisujejo Kolarič, Rakar in Kopač (2009). Na primer: na področju zaposlovanja in zagotavljanja socialne varnosti brezposelnim je opazen premik od pasivne k aktivni politiki zaposlovanja, ki ga označujejo jasna povezava med pravicami in obveznostmi brezposelnih, pravica in dolžnost sodelovanja v programih aktivne politike zaposlovanja ter pogojevanje socialne varnosti z dolžnostjo do dela. Na področju izobraževanja je bilo manj reform – še vedno temelji na principu univerzalnosti in zaščiti javnega sektorja, dodatna pa je bila uvedba zasebnih izobraževalnih institucij. Tudi reforma zdravstvenega sistema v 90. letih je uvedla korenite spremembe, in sicer je poleg obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki pokriva skoraj 100 odstotkov populacije, bila pomembna uvedba prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja ter dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja za storitve višjega standarda. Večina institucij in organizacij (zdravstveni domovi, bolnišnice) je javnih, vendar pa narašča privatizacija zdravstvenih storitev. Na področju stanovanjske politike so bile spremembe najbolj radikalne, in sicer privatizacija stanovanj, ki je prinesla izrazit porast deleža lastnikov in pustila ohromljen neprofitni najemni sektor, hkrati pa tudi šibek profitni najemni sektor (Mandič 2005).

Po osamosvojitvi je bilo veliko sprememb na pokojninskem področju. Najprej so bile te spremembe v smeri omogočanja zgodnjega upokojevanja, s čimer so želeli rešiti problem brezposelnosti (posebej starejše delovne sile v dejavnostih, ki so se zapirale). Glavna je uvedba t. i. tristebnega sistema. (več v Kolarič idr. 2009). Ostale spremembe sousmerjene k podaljševanju delovne dobe, s čimer naj bi zagotovili večjo vzdržnost pokojninskega sistema, ki se nanaša prav na razmerje med generacijami, tj. med mladimi (zaposlenimi) in starejšimi (upokojenimi). Glavne spremembe pokojninskega sistema so bile višanje upokojitvene starosti (61 let za ženske in 63 za moške), sistem bonusov in malusov (za spodbujanje daljše delovne dobe), zmanjševanje razlik pri pogojih za upokojitev med moškimi

in ženskami, okrepitev povezave med pravicami in prispevki (obračunsko obdobje se je podaljšalo iz najugodnejših 10 na 18 let) ter uvedba državne pokojnine – ki ni vezana na predhodno zavarovanje in je oblika socialne pomoči. V kasnejših letih je zaradi demografskih pritiskov, ekonomske krize ter preteklih reform (kot je zgodnje upokojevanje) vzdržnost pokojninskega sistema v Sloveniji terjala še nove spremembe. Zadnje spremembe na tem področju so bile v letu 2012 (Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju, UL 96/2012), ki so izenačile upokojitveno starost za ženske in moške na 65 let, ter še dodatna okrepitev povezave med pravicami in prispevki, saj se je obračunsko obdobje podaljšalo na 24 let, ter višji bonusi (za daljšo delovno dobo) in malusi za zgodnje upokojevanje. Ukinjena je bila tudi državna pokojnina.

Mnoge od reform so šle v smeri umika država v zagotavljanju storitev, s čimer se breme prenaša na druge sektorje (trg, civilna družba in družina), in sicer predvsem na zasebne neprofitno-volonterske organizacije in družino. Glavne spremembe na področju skrbi za starejše v tranzicijskem obdobju kažejo nekatere pozitivne in tudi negativne razvojne trende; povzamemo jih lahko v naslednjih točkah.

1. Jasnejša podpora družini pri skrbi za starejše, npr. utemeljitev vloge družinskega pomočnika v primerih invalidnih oseb (družinski oskrbovalci se lahko registrirajo kot družinski pomočniki, ki imajo pravico do delnega plačila za izgubljeni dohodek v višini minimalne plače oz. sorazmerni del plačila v primeru skrajšanega delovnega časa, Dodatek k Zakonu o socialnem varstvu 2004).
2. Krčenje zdravstvene pomoči na domu – npr. zdravstvenih storitev (zmanjšanje zdravniških obiskov na domu zaradi kadrovskih omejitev, rehabilitacija na domu je neenakomerno in težko dostopna, hkrati pa se krajšajo ležalne dobe v bolnišnicah, zmanjšanje patronažne nege (Ramovš 2003, Hvalič Touzery 2007c).
3. Razširitev ponudbe različnih bivalnih možnosti, predvsem z oskrbovanimi stanovanji (Hvalič Touzery 2007c), povečevanje kapacitet domov za starejše.
4. Razvoj socialne oskrbe na domu⁴, in sicer količinska rast ter večja strokovna usposobljenost socialnih oskrbovalk. Organizacijska oblika te storitve variira med občinami – lahko je javna služba ali pa oddana koncesijsko zasebnikom (Hvalič Touzery 2007c).

⁴ V prvi polovici leta 2007 je bilo povprečno mesečno 5595 oskrbovancev pomoči na domu, kar je v primerjavi z letom 2005 za 11 odstotkov več oskrbovancev (NSR 2008).

V Sloveniji so bile morda začetne tranzicijske okoliščine nekoliko bolj naklonjene starejšim kot mladim. Mladi so se namreč v tem času soočili s številnimi tveganji, kot so spremembe na trgu delovne sile (brezposelnost, rastoča začasnost in fleksibilnost delovnih pogodb idr.), ki jim sistemi socialne varnosti niso takoj sledili, spremenjene storitve in težavni pogoji na stanovanjskem trgu (Črnak Meglič 2005, Kolarič idr. 2009). Po drugi strani pa se tudi starejši soočajo s spremenjenimi družbenimi razmerami, kot so spremembe pokojninskega in zdravstvenega sistema, večanje revščine (Hlebec 2009), kar v trenutnem obdobju gospodarske krize še posebej negativno vpliva na njihov položaj.

Storitve in programi za starejše

Do sedaj smo opisali nekaj splošnih sprememb sistema blaginje in načine, kako se te spremembe povezujejo z vprašanji medgeneracijske solidarnosti. V nadaljevanju se podrobneje posvečamo vprašanju skrbi za starejše. Sistem socialne varnosti, kot eden ključnih instrumentov države blaginje, je namreč ključen pri zagotavljanju kakovostne skrbi za starejše. Pri tem so pomembni predvsem različni socialnovarstveni programi in storitve, ki obstajajo v državi in so namenjeni ali specifično starejšim ali posameznim ranljivim skupinam, med katerimi pogosto najdemo starejše ljudi (npr. revni, hendikepirani).

V Sloveniji so ključni za urejanje področij, ki se nanašajo na starejše, Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju, Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, ki opredeljuje med drugim dostopnost zdravstvenega varstva za starejše ter možnosti oskrbe starejšega obolelega družinskega člana, Zakon o socialnem varstvu, ki opredeljuje ključne storitve in transferje za starejše, kot so socialna oskrba na domu, institucionalno varstvo in denarno socialno pomoč, pa tudi Zakon o socialnovarstvenih prejemkih in Zakon o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev.

Poleg tega se velika pozornost, ki jo država namenja starejšim osebam, kaže tudi v precejšnjem številu strateških nacionalnih dokumentov, ki obravnavajo življenjske razmere te populacije, npr. Program razvoja varstva starejših oseb na področju socialnega varstva v Sloveniji do leta 2005 (1997), Strategija varstva starejših do leta 2010. Skrb in zaščita starostnikov izražajo tudi številni drugi dokumenti, kot so Nacionalni program socialnega varstva do leta 2005 (2000), Nacionalni program zdravstvenega varstva RS – zdravje vse do leta 2004, Program boja proti revščini in socialni izključenosti (2000), Nacionalni akcijski načrt o socialnem vključevanju 2004–2006 (2004), Nacionalni program socialnega

varstva za obdobje 2006–2010 (2006) ter Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020 (2013).

Programi in politike, namenjene starejšim, lahko opazujemo glede na naslednje dimenzije (po Hooyman in Kiyak 2002):

1. *Upravičenost*. Upravičenost do pomoči ali storitev se namreč lahko določa na podlagi starosti (starostna meja) ali pa na podlagi ocenjene potrebe⁵.
2. *Oblike pomoči*. Starejši na primer lahko dobijo pomoč v obliki denarja, v obliki različnih olajšav (npr. davčnih) ali pa v nedenarni obliki (npr. plačilo stroškov zdravljenja, zdravil, vaučerji).
3. *Način financiranja*. Oblikovan je lahko na podlagi prispevkov (zavarovalniški princip), torej na podlagi kontributivnosti ali pa brez kontributivnosti (tj. neodvisno od predhodnega vplačevanja v sistem).
4. *Stopnja selektivnosti*. Programi so lahko univerzalni, in torej namenjen celotni starejši populaciji, ali pa selektivni, npr. določeni na podlagi potreb in značilnosti posameznika.

V spodnji tabeli so navedeni glavni sistemi v okviru sistema socialnega varstva, ki so namenjeni starejšim. Kažejo na velik pomen razvejane institucionalne mreže, vendar pa hkrati izražajo vse bolj samostojno življenje starejših v svoji skupnosti ter s tem tudi skupnostne storitve ter pomoč družini pri oskrbi za starejšo osebo. V naslednjem poglavju so posamezne storitve (npr. socialna oskrba na domu, institucionalno varstvo) ter izbrani prejemki podrobneje predstavljeni. V spodnji tabeli je ponujen kratek pregled obstoječih storitev in prejemkov ter političnih ciljev (na podlagi Resolucije o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020 (2013)). Navajamo storitve in programe ter denarne prejemke, ki so specifično usmerjeni na starejšo populacijo. Pri tem je pri večini dostop do storitev/prejemkov omejen na podlagi potrebe (kot to velja za storitev socialne oskrbe na domu, družinskega pomočnika, dodatka za pomoč in postrežbo idr.), lahko pa tudi na podlagi dohodka (npr. varstveni dodatek).

⁵ Pri tem lahko nanizamo argumente za prednosti in slabosti obeh pristopov. Nekateri trdijo, da programi na podlagi potrebe stigmatizirajo in da so kriteriji na podlagi starosti bolj univerzalni in na učinkovit način postavljajo minimum potrebnega zavarovanja starejših. Po drugi strani pa nasprotniki menijo, da so programi, ki upravičenost opredeljujejo na podlagi starosti, problematični, saj stigmatizirajo starost (kot težavo) in na podlagi tega doprinašajo k segregaciji.

Tabela 6: Denarni prejemki in (javne) storitve za starejše***

Vrsta	Pokritost in cilji**
STORITVE OSKRBE NA DOMU	
Socialna oskrba na domu	Stanje: konec leta 2011 je bilo 5834 uporabnikov pomoči na domu, starejših od 65 let. Cilji: 3,5 odstotka ciljne populacije oziroma okoli 14.000 oseb, dnevno vključenih v obravnavo v različne (tudi nove) oblike pomoči na domu, vključno z oskrbo v oskrbovanih stanovanjih.
Patronažno varstvo	
Družinski pomočnik	Stanje: konec leta 2011 je bilo 779 družinskih pomočnikov. – Cilj: približno 1500 družinskih pomočnikov.
STORITVE INSTITUCIONALNEGA VARSTVA STAREJŠIH OSEB	
Organizirano varstvo v dnevnih centrih	Stanje: 350 mest v dnevnih oblikah varstva. Cilj: zagotoviti približno 3000 mest v dnevnih oblikah varstva starejših od 65 let in približno 500 mest za specializirane oblike dnevnega varstva za posebne skupine uporabnikov, starejših od 55 let.
Varstvo in oskrba v domovih za starejše osebe	Stanje: v letu 2011 v celodnevno institucionalno varstvo vključiti približno pet odstotkov populacije, starejše od 65 let, oziroma približno 17.000 oseb; – Cilji: v letu 2010 v celodnevno institucionalno varstvo vključiti približno 4,8 odstotka populacije, starejše od 65 let, oziroma zagotoviti približno 20.000 mest.
Institucionalno varstvo oseb z duševno motnjo ter odraslih oseb s težjimi senzornimi ter gibalnimi ovirami in motnjami	Stanje: v letu 2011 je bilo 800 mest za osebe z duševno motnjo in približno 150 mest za osebe s težjimi senzornimi in gibalnimi ovirami in motnjami. Cilj: povečati obstoječe število vključitev na približno 1000 mest za osebe z duševno motnjo, od tega 60 odstotkov vključenih v različne oblike organiziranih nastanitev v skupnosti. Za osebe s težjimi senzornimi in gibalnimi ovirami in motnjami približno 210 vključenih, od tega približno 80 odstotkov v skupnostnih oblikah
Oskrba v drugi družini	Opredeljeno v okviru razvoja celodnevnega institucionalnega varstva. Cilj: namestitve in varstvo starejših od 55 let z različnimi oblikami invalidnosti, ki niso nastale v starosti, v dopolnilnih (alternativnih) oblikah (oskrba v drugi družini, bivalne skupine, posebni oddelki): zagotovitev okvirno 6000 mest.
Oskrba v oskrbovanih stanovanjih za starejše osebe	Glej prvo točko.
Kratkotrajne institucionalne namestitve	Stanje: storitev ni razvita. Cilji: približno 1100 mest za starostnike, starejše od 65 let.
DRUGE STORITVE/PROGRAMI	
Mreža programov za starejše, ki so ogroženi s socialno izključenostjo ali potrebujejo podporo in pomoč v vsakodnevem življenju	Stanje (vključuje javne verificirane, razvojne in eksperimentalne ter dopolnilne programe): 1000 skupin za samopomoč; tri medgeneracijska središča. Cilj: povečanje števila skupin za samopomoč in njihov prenos na lokalno raven; okvirno 15 medgeneracijskih regijskih središč s preventivnimi programi, programi koordinacije in izvajanja pomoči ter samopomoči za starejše, vključno s telefonskim svetovanjem za starejše.

Vrsta	Pokritost in cilji**
DENARNI PREJEMKI	
Dodatek za pomoč in postrežbo	Pravico do dodatka za pomoč in postrežbo imajo predvsem upokoјenci, ki jim je za osnovne življenjske potrebe nujna stalna pomoč in postrežba drugega (na podlagi mnenja invalidske komisije).
Dodatek za tujo nego in pomoč	Pravico imajo osebe s statusom invalida (po Zakonu o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih oseb). Višina dodatka je vezana na potreben obseg pomoči (pomoč pri opravljanju vseh ali le pri večini osnovnih življenjskih potreb).
Varstveni dodatek	Prejemek je namenjen tistim posameznikom, ki si materialne varnosti ne morejo zagotoviti zaradi okoliščin, na katere sami ne morejo vplivati. Zagotavlja sredstva za kritje življenjskih stroškov, ki nastanejo v daljšem časovnem obdobju (stroški z vzdrževanjem stanovanja, nadomeščanjem trajnih potrošnih dobrin ipd.) in niso stroški za zadovoljevanje minimalnih življenjskih potreb. Upravičene so osebe, ki so trajno nezaposljive ali trajno nezmožne za delo ali so starejše od 63 let (ženske) oziroma od 65 let (moški).

** Kot so opredeljeni v Resoluciji o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020 (2013).

*** Navajamo prejemke in storitve, ki se specifično navezujejo na starejše osebe, ne opisujemo pa tudi drugih prejemkov, kot so denarna socialna pomoč, ali pomoč družini ipd.

Spremembe na področju skrbi za starejše so relativno počasne, saj nekateri zakoni niso sprejeti kljub prepoznavanju potrebe po njihovi uvedbi. Primer je Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo. Slednji je bil oblikovan že leta 2006, a še vedno ni sprejet. Podobno je opaziti zelo počasen razvoj paliativne oskrbe.

NALOGE ZA ŠTUDENTE

Razmislite, kako je za starejše ljudi poskrbljeno v Sloveniji – katere inštrumente ima država, katere storitve in programi obstajajo?

Razpravljajte, kako je v drugih državah – kakšne so razlike in kakšne so podobnosti?

Poglejte novejšo zakonodajo, ki je povezana s staranjem prebivalstva, predvsem:

- Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju,
- Zakon o socialnem varstvu,
- Zakon o socialnovarstvenih prejemkih,
- nacionalne programe na tem področju.

DODATNO BRANJE

Esping-Andresen, G. 1990. *The three worlds of welfare capitalism*. Princeton, New Jersey: Polity press.

Evers, A., in Laville, J. L. (ur.). 2004. *The Third Sector in Europe*. Cheltenham and Northampton: Edward Elgar.

Hlebec, V. 2010b. The post-socialist transition and care for older people in Slovenia. *European papers on the new Welfare*. No. 15, str. 141–152.

Kolarič, Z., Črnak Meglič, A. in Vojnovič, M. 2002. *Zasebne neprofitno-volonterske organizacije v mednarodni perspektivi*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

OSKRBA STAREJŠIH⁶

V literaturi je skupnostna oskrba opredeljena predvsem kot formalna pomoč starejšim, in sicer organizacij, ki so locirane v neki skupnosti – angl. *Home and Community Based Services* (npr. Karner 1998, Muramatsu in Campbell 2002). Skupnostna skrb označuje predvsem krepitev različnih storitev v skupnosti, ki bi na primer starejšim omogočila čim daljše in kakovostno bivanje doma (Alcock idr 2002). Oskrba v skupnosti običajno zajema tako storitve pomoči na domu kot tudi različne storitve, namenjene starejšim, ki živijo v skupnosti. Nekateri avtorji to dvoje še posebej ločijo. Timonen (2008, 142) loči med skupnostno oskrbo in oskrbo na domu (*home and community care*), pri čemer socialna oskrba na domu (*home or domiciliary care*) obsega storitve osebne nege, gospodinjsko pomoč. Natančneje jih lahko delimo na praktične storitve (npr. čiščenje hiše, nakup); osebne storitve (npr. umivanje, oblačenje); nadzor (*monitoring/supervision*, npr. pri bolnikih z demenco); in upravljanje (npr. opora pri koordiniranju zdravstvenih in drugih delavcev) (Cullen idr. 2004 v Timonen 2008, 143). Skupnostna oskrba pa obsega storitve, kot so dnevni centri, zdravstvene storitve v skupnosti ipd.

Običajneje pa je oskrba v skupnosti opredeljena širše. Iechovich (2014) navaja ključen razvoj naslednjih storitev v skupnosti, ki jih lahko razumemo kot del oskrbe starejših v skupnosti: socialna oskrba na domu, zdravstvena socialna oskrba na domu (patronaža), paliativna socialna oskrba na domu, dnevni centri, začasno varstvo (*respite service*), društva starejših, zdravstveni in prehranski programi, podporne službe za družinske oskrbovalce. Poleg tega pa je razvoj tehnologije omogočil številne tehnološke podporne storitve, kot je telemedicina, *telehomecare* in

⁶ Poglavje je bilo predhodno objavljeno v nekoliko drugačni obliki v monografiji *Oskrba starejših v skupnosti* (Filipovič Hrast idr. 2014).

druge tehnološke rešitve (ibid.). Podobno je Hojnik Zupanc (1999) kot ključno mrežo storitev v skupnosti navajala alternativne institucionalne ureditve (kot so dnevni centri), prilagojena stanovanja, mobilne storitve, socialno oskrbo na domu in telestoritve. Tudi Ramovš idr. (2012) poudari, da v oskrbovalno mrežo v krajevni skupnosti sodijo: preventivni programi za aktivno staranje, oskrba in nega na domu, pomoč družini, varstvo za oddih, oskrbovana stanovanja ter sodobni domovi za stare. Wacker in Roberto (2008) pa storitve (in programe) v skupnosti zajameta še nekoliko širše, in sicer: informacijski programi, prostovoljstvo in medgeneracijski programi, izobraževalni programi, rekreacijski centri, zaposlitveni programi, programi, povezani s prehranjevanjem in nizkim dohodkom starejših, zdravstvo in programi za mentalno zdravje, programi pravne pomoči, transport, stanovanjski programi, programi pomoči na domu, programi dolgotrajne oskrbe. Te opredelitve in storitve bi torej vse lahko razumeli kot dele skupnostne oskrbe.

Pogosto se skupnostna oskrba razume kot nekaj nasprotnega institucionalni oskrbi. Vendar nekateri avtorji slednjih ne ločujejo tako strogo. Timonen (2008, 136) meni, da je meja med institucionalno oskrbo in oskrbo v skupnosti nejasna – primer so različne upokojske skupnosti, oskrbovana stanovanja ipd., kjer posameznik živi v stanovanju/hiši kot lastnem domu, ki je hkrati lahko oblika institucionalizirane oskrbe starejših (kjer posameznik stopnjo storitev oskrbe prilagaja svojim potrebam). Obstoje te vmesnih oblik ter hkrati vse večja vloga domov kot ponudnikov različnih oblik oskrbe v skupnosti (npr. dnevnega centra, oskrbe na domu) je še dodaten argument, ki kaže, da teh oblik oskrbe ne moremo popolnoma ločiti.

Oskrba starejših v skupnosti lahko razumemo tudi kot del dolgotrajne oskrbe starejših. Dolgotrajna oskrba je odziv na povečane potrebe po oskrbi, ki sovpadajo z demografskimi spremembami. Vendar pa koncept ni namenjen le starim ljudem, temveč zajema – tako kot oskrba v skupnosti – širšo skupino ljudi, potrebnih pomoči. Kot pravi Mali (2013), prinaša dolgotrajna oskrba paradigmatski premik v oskrbi, saj poskuša presežati sektorske delitve (na zdravstveno in socialno oskrbo), kombiniranje različnih tipov oskrbovalcev (formalnih in neformalnih), večanje moči uporabnikov, ki niso več pasivni prejemniki, ampak vstopijo v partnerski odnos s ponudniki pomoči, postanejo soustvarjalci storitev.

Trend pri oskrbi starejših je omogočati starejšim čim daljše bivanje v njihovem domu in njihovi skupnosti, saj naj bi po raziskavah večina starih ljudi želela postarati se doma, v svoji skupnosti (Iecovich 2013). To se povezuje tudi s trendom dezinstitutionalizacije, torej zapiranjem ustanov in preoblikovanjem oblik pomoči in reševanja stisk ljudi ter pravico ljudi do življenja zunaj ustanov (Mali 2013, Flaker idr. 2008).

Raziskave kažejo, da je za starejše skupnost pomembnejša kot za ostale starostne skupine. Njihova večja navezanost na skupnost je posledica običajno daljšega bivanja v tej skupnosti, ki jim ponuja več prostega časa za preživljanje v njej, ter manjše mobilnosti. Zato ne preseneča, da se večina starejših želi postarati v svoji skupnosti. To je povezano s fizičnim poznavanjem lokalnega prostora in privajenostjo nanj (zaradi večkratne uporabe prostora in storitev v njem), v katerem lahko starejši tudi v času, ko njihove moči pešajo, dobro obvladujejo svoje okolje (Smith 2009: 14). Večjo navezanost starejših na skupnost raziskovalci povezujejo tudi s tem, da ta poznani prostor omogoča obujanje spominov, reinterpretacijo življenjskih dogodkov in je nekakšen »album«, v katerem so dokumentirani življenjski dosežki posameznika (Evans 2009: 23, Smith 2009: 16, Ekstrom 1994). Predstavlja torej pomemben del identitete posameznika. To se navezuje na t. i. avtobiografske pomene prostora za starejše, kot to poimenuje Rowles (1983 v Smith 2009), ki so povezani z osebno zgodovino posameznika v povezavi s prostorom. Drugi pomen prostora pa je socialni (ibid.) in poudarja povezanost oz. odnose v skupnosti (družina in sosedje).⁷

V nekaterih primerih pa starejši ne želijo ostati v poznani skupnosti, ampak se selijo v skupnosti, ki so posebej prilagojene njihovim potrebam in nudijo širši nabor storitev, kot ga najdemo v »običajnih« skupnostih. Nastajajo t. i. upokojske skupnosti, ki naj bi bile bolj prilagojene potrebam starejše populacije (npr. Evans 2009, Smith 2009). Staranje v poznani skupnosti namreč lahko nosi s seboj tudi določene negativne značilnosti, zlasti v primeru, kadar so skupnosti neprilagojene potrebam starega človeka in lahko postanejo vir nezadovoljstva, nižje kakovosti življenja (npr. če v njej ne obstajajo storitve za starejše, če so arhitekturno neprilagojene ipd.). Prepoznamo lahko tudi trend, da se skupnosti prilagajajo potrebam starejših, zato različni programi in iniciative težijo k temu, da se prostor prilagodi potrebam starejših (primer je npr. iniciativa »Starosti prijazno mesto« oz. *»Age-friendly city«*, Svetovna zdravstvena organizacija).

Ekološka teorija staranja (Lawton in Nahemow 1973) poudarja prav odnos med domom in širšim okoljem ter starejšo osebo in način, kako okolje okrepi starejšo osebo (v Iecovich 2013). Za kakovostno staranje v skupnosti je torej pomemben odnos/ujemanje med posameznikom in njegovim okoljem oziroma

⁷ Iecovich (2013) govori o naslednjih dimenzijah prostora, v katerem živijo starejši ljudje: fizična dimenzija (dom in soseska), socialna dimenzija (odnosi z drugimi), emocionalna in psihološka dimenzija (občutek pripadnosti, navezanosti) ter kulturna dimenzija (povezana z vrednotami starejše osebe, njegovimi normami, prepričanji, etnično pripadnostjo in simbolnimi pomeni).

interakcija med posameznikovimi kompetencami ter družbenimi in fizičnimi značilnostmi okolja, ki determinirajo, kako uspešno bo lahko star človek živel v skupnosti⁸ (ibid.).

Izvajalci oskrbe

Gerontološka literatura izvajalce oskrbe v glavnem deli v dve veliki skupini, in sicer na *formalne izvajalce* oskrbe ter *neformalne izvajalce* oskrbe starejših. Formalni izvajalci oskrbe ali tudi plačani oskrbovalci opravljajo storitve, ki so organizirane v skupnostih, katerih namen je podpora starejši osebi pri bivanju v skupnosti, ali pa izvajajo oskrbo v institucionalnem kontekstu, medtem ko so neformalni izvajalci oskrbe ali neplačani oskrbovalci najpogosteje družinski člani, prijatelji in sosedje, ki običajno izvajajo oskrbo na domu starega človeka (Timonen 2008, 111). Pri tem se formalni izvajalci lahko razlikujejo med javnimi in zasebnimi ponudniki storitev. V Sloveniji zagotovo pri ponudbi storitev oskrbe starejših prevladujejo javni ponudniki teh storitev.

Tabela 7: Razlika med formalnimi in neformalnimi oskrbovalci

	Neformalni oskrbovalci	Formalni oskrbovalci
Lokacija izvajanja oskrbe	običajno na domu prejemnika oskrbe	na domu prejemnika oskrbe, v skupnostnih prostorih (npr. dnevni centri), v instituciji
Izvajalec oskrbe	družinski član, prijatelj, sosed	oskrbovalec, zaposlen v enem od sektorjev (javni, zasebni, neprofitni)
Financiranje oskrbe	običajno neplačano delo, v nekaterih primerih (so)financirano (primer družinski pomočnik)	na kontinuumu uporabnik – občina – država
Profesionalizacija	običajno neprofesionalni oskrbovalci (brez znanja oskrbe)	običajno profesionalni oskrbovalci (trening, izobrazba na področju oskrbe)

Vir: Prirejeno po Timonen 2008 (112); dodana zadnja vrstica (MFH).

⁸ Gre za model kompetence in v okviru pristiskov okolja, ki sta ga razvila Lawton in Nahmow (1973).

Veliko avtorjev pa opozarja, da meja med formalnimi in neformalnimi izvajalci vse bolj zabrisana. Tako na primer tudi neformalni izvajalci v nekaterih primerih dobijo finančno kompenzacijo za izvajanje skrbstvene storitve (npr. v Sloveniji je primer tega institut družinskega pomočnika), hkrati pa tudi t. i. formalna ali plačljiva oskrba lahko obstaja v okviru družinske oskrbe (primer je oskrba starejšega človeka v rejniški družini, ki pa je sicer v Sloveniji zelo redka). Prav tako je meja vse bolj zabrisana med zasebnimi in javnimi izvajalci (Timonen 2008). Razlike med formalnimi in neformalnimi oskrbovalci so prikazane v tabeli 7.

Formalni izvajalci torej izvajajo profesionalno oskrbo, so zanje plačani, pri čemer to skrb lahko izvajajo tako na domu oskrbovanca (npr. v primeru pomoči na domu), v skupnosti (primer dnevni centri) ali pa v instituciji. Neformalni oskrbovalci pa so običajno neplačani in neprofesionalni, in sicer gre za družinske člane, prijatelje, sosede. Družinski oskrbovalci so najpogostejši in tako najpomembnejši izvajalci oskrbe starejših. Po nekaterih ocenah naj bi bilo družinskih oskrbovalcev še enkrat toliko kot formalnih, po nekaterih ocenah pa celo desetkrat več (OECD 2011, 44). Pri tem so opredelitve družinskih oskrbovalcev različne. Lahko jih opredelimo strogo glede na določeno količino ur izvedene oskrbe starejšega človeka (ponekod postavljajo mejo 20 ali 35 ur na teden), drugi kriterij je lahko tip opravljenih storitev (kjer so lahko opredelitve širše ali ožje) ter različne opredelitve dolžine izvajanja oskrbe (OECD 2011, 43).

Kljub temu da običajno govorimo splošno o družinskih oskrbovalcih, je treba biti pozoren, da vsi družinski člani niso enako obremenjeni z oskrbovanjem družinskega člana. Timonen (2008) poudari, da še vedno velja, da so oskrbovalke večinoma ženske, vsaj ko gre za intenzivnejšo in bolj osebno oskrbo; da je mnogo izvajalk intenzivnejše oskrbe nezaposlenih in s tem pogostejše revnih, socialno izključenih ter da je veliko oskrbovalk (in oskrbovalcev) dvojno obremenjenih z zaposlitvijo in oskrbo starejših (Timonen 2008).

Na spreminjanje vloge družinskih oskrbovalcev v sodobnih družbah pomembno vplivajo spremenjene delovne obveznosti (in daljšanje delovne dobe), spremenjena mobilnost (več selitev, družine so redkeje večgeneracijske, pogostejše so večje geografske razdalje med družinskimi člani) ter spremenjene družinske strukture (večje število samskih, brez otrok, pogostejše ločitve), ki lahko vplivajo na zmožnosti družine, da izvaja oskrbo starejšega družinskega člana oziroma na številčnost virov pomoči in izvajalcev oskrbe (npr. Timonen 2008, Leichsenring 2013, Hvalič Touzery 2007a). Hkrati pa z daljšanjem življenjske dobe oskrbovalna vloga lahko traja dalj časa, zaradi česar se lahko večja potreba po formalni oskrbi. Vendar pa ima vloga oskrbovalca za družinske člane tudi pomembne pozitivne učinke, ki sta jih Grant in Nolan (1993, v Victor

2005, 289) razvrstila v tri skupine: (1) zadovoljstvo, ki izhaja iz odnosa med oskrbovalcem in starejšim človekom ter se navezuje na altruizem, vzajemnost; (2) zadovoljstvo, ki izhaja iz pozitivne vloge, ki jo prevzamejo kot oskrbovalci in jo prepozna tudi okolica, ter ob tem občutek koristnosti; (3) zadovoljstvo, ki temelji na uspešnosti izogibanja negativnim posledicam, ki bi starejšega človeka lahko doletele – povezano je z izogibanjem institucionalizacije, percepcijo nudenja bolj kakovostne oskrbe.

Modeli odnosa med formalnimi in neformalnimi oskrbovalci

Skupnostna oskrba se dogaja v razmerju med opisanimi akterji, torej neformalnimi oskrbovalci (predvsem družina, pa tudi prijatelji, sosedje), ter med formalnimi oskrbovalci (predvsem javne storitve, kot so socialna oskrba na domu in druge oblike oskrbe starejših). Kako je skrb porazdeljena med formalnimi in neformalnimi oskrbovalci, je odvisno od želja starih ljudi (in njihovih družin); razlikuje se med državami ter tudi med posameznimi družinami.

Družina je ključni izvajalec oskrbe starejšega človeka in tudi preferenčni izvajalec oskrbe, čeprav nekatere evropske države (npr. Nizozemska, Danska, Finska, Švedska) poudarjajo potrebo tudi po formalnih oskrbovalcih (Alber in Kohler 2004, 75). Vloga družinskih oskrbovalcev naj bi se po mnenju nekaterih raziskovalcev ne bi zmanjševala, ampak prej razširjala tudi na storitve, ki so bile nekoč domena zdravstvenih delavcev, kot je na primer skrb za jemanje zdravil, pomoč pri uporabi pripomočkov, skrb za rane, upravljanje tudi medicinske opreme idr. (Reinhard Levine & Samis 2012 v Iecovich 2013). Pri tem naj bi bil v državah CEE pomen družine kot oskrbovalca še močnejši kot v preostalih delih Evrope (Alber in Kohler 2004), saj naj bi bile družinske vrednote močnejše razvite (storitve pa šibkeje).

Razlike glede družinskih povezav med državami je proučeval Hank (2007), ki meni, da so se na podlagi zgodovinskega razvoja razvila v Evropi različna kulturna območja, za katere je značilen poseben tip družinskih struktur in povezanosti. Tako loči med: (1) severozahodno in centralno Evropo, kjer naj bi družinski člani pogostejše živeli bolj oddaljeno; (2) vzhodno in jugovzhodno Evropo, za katere so bolj značilne kompleksne družinske strukture, vključno s trigeneracijskimi gospodinjstvi ter (3) južno Evropo, za katere so značilne zelo močne vezi, čeprav razširjeni družinski vzorci niso pogosti. Podobno je raziskava Alberja in Kohlerja (2004) pokazala na veliko razliko med državami srednje in vzhodne Evrope ter delno južноеvropskih držav, kjer je pogostejše izvajanje neformalne oskrbe v okviru lastnega gospodinjstva, medtem ko je v severni in kontinentalni Evropi

pogostejša skrb za starejše izven njihovega gospodinjstva⁹. To je povezano tudi s tem, kako razvite so storitve, predvsem storitve, ki jih nudi država.

Sodobna država blaginje s širjenjem svojih storitev za starejše omogoča slednjim bolj kakovostno staranje, hkrati pa s tem vpliva tudi na potrebe po oskrbi, ki jo izvajajo drugi, predvsem družina. O odnosu med državo blaginje in družino obstajata dve nasprotujoči hipotezi. Prva je hipoteza izrivanja (*crowding out*), ki predpostavlja, da je velikodušna država blaginje (z dobrim sistemom pokojnin in zdravstvom) izrinila družinsko pomoč starejšim, saj posameznike pasivizira in zmanjšuje potrebo po družinski pomoči. Druga, njej nasprotna, pa je hipoteza vrinjanja (*crowding-in*), ki predpostavlja, da država in njeni sistemi ne vplivajo negativno na meddružinske transferje, temveč nasprotno, lahko jih celo okrepijo. Pokojninski sistemi na primer omogočajo starejšim, da finančno in praktično pomagajo svojim otrokom, hkrati pa naj bi možnost povrnitve (prejete pomoči) povečala pripravljenost sprejeti pomoč otrok (Saraceno 2008, Albertini idr. 2007).

Kot povzema raziskave in različne argumente Kunemund (2008), je več dokazov za t. i. hipotezo vrivanja kot pa izrivanja. Tako je na primer v skandinavskih državah, za katere je značilna velikodušna država blaginje medgeneracijska opora (v smislu transferjev časa in denarja), bolj pogosta, vendar manj intenzivna kot v južnoevropskih državah (Albertini idr. 2007, Kholi in Albertini 2008, Kunemund 2008). Podobno Igel idr. (2009) ugotavljajo, da kulturne norme ter institucionalne strukture oskrbe za starejše (izhajajoč iz države blaginje) oblikujejo vzorce oskrbe in medgeneracijskih odnosov. Tako je v državah z močno razvitimi socialnimi servisi manj pogosta intenzivna oskrba, pogostejša pa občasna pomoč. Pri tem se družine razlikujejo v tem, kako pristopajo do vloge oskrbovanja družinskega člana ter kako močne so »družinske« norme, ki vplivajo na pripravljenost otrok, da ponudijo oporo staršem (Silverstein idr. 2006).

Glede odnosa ter razmerja med družinskimi in formalnimi oskrbovalci so različni raziskovalci razvili več različnih modelov, ki jih želimo na kratko predstaviti. Razumevanje odnosa med temi akterji je namreč ključno, če želimo vzpostaviti oskrbo, ki bi starejšemu človeku lahko zagotavljala optimalno kakovost življenja.

⁹ Razlike v tem, kako je organizirana oskrba za starejše, pa niso samo med državami, ampak naj bi bile tudi med družinami. Pyke in Bengston (1996) sta analizirala različne normativne pristope do oskrbe in ugotovila, da obstajata dve družinski tipologiji oskrbe, in sicer t. i. individualistične družine ter t. i. kolektivistične družine. Pri individualističnih družinah naj bi bila oskrba minimalizirana in predvsem v okviru formalnih storitev. Nasprotno pa je v kolektivističnih družinah oskrba porazdeljena med družinske člane in je oblika vzpostavljanja družinskih vezi in solidarnosti.

Slednje povzemamo po Patsios in Davey (2005), ki predstavita naslednje modele:

- hierarhični kompenzacijski model (*hierarchical compensatory model*, Cantor 1975),
- substitucijski model/model zamenjave (*substitution model*, Green 1983)
- model delitev nalog (*task specific model*, Litwak 1985),
- model dopolnitve (*supplementation model*),
- komplementarni model (*complementarity model*).

Hierarhični kompenzacijski model predpostavlja, da pri stari osebi obstajajo preference glede oskrbovalca, in sicer naj bi najraje prejemali pomoč partnerja, nato otrok, sledijo drugi družinski člani in na koncu so formalni oskrbovalci. Če preferenčni oskrbovalec ne obstaja oziroma ne more zagotavljati oskrbe, oskrbo prevzame naslednji oskrbovalec. Predpostavljamo, da je med formalno in neformalno oskrbo negativna povezanost, vendar raziskave tega modela niso potrdile.

Substitucijski model predpostavlja, da formalna oskrba lahko nadomesti neformalno oskrbo, in sicer da v primeru, ko so dostopne formalne storitve, neformalni oskrbovalci (družina, prijatelji) lahko zmanjšajo svoj delež skrbi. Med formalno in neformalno oskrbo verjetno obstaja negativna povezanost. Tudi tega modela raziskave niso potrdile, saj se je pokazalo, da je učinek take substitucije zelo majhen in pogosto le začasen.

Model delitev nalog predpostavlja, da se formalna in neformalna oskrba med seboj dopolnjujeta, in sicer tako, da se vsak oskrbovalec specializira za določene naloge oskrbe starejše osebe. Predpostavljamo torej, da med formalno in neformalno oskrbo ni povezanosti. Vendar tudi tega modela študije niso popolnoma potrdile.

Model dopolnitve predpostavlja, da formalna oskrba predvsem dopolnjuje neformalno oskrbo, še posebej v primerih, ko so potrebe stare osebe velike in presegajo vire in zmožnosti neformalnega omrežja. Model predpostavlja pozitivno povezanost med formalno in neformalno oskrbo.

Komplementarni model povezuje predpostavke tako kompenzacijskega modela kot modela dopolnitve in predpostavlja, da se formalna oskrba mobilizira, ko ne obstaja neformalna mreža ali ko se pojavi velika potreba. Tudi ta model predpostavlja pozitivno povezanost med formalno in neformalno oskrbo.

Ti modeli torej predpostavljajo različne odnose med formalnimi in neformalnimi oskrbovalci, pri čemer bi lahko rekli, da je razumevanje tega odnosa vse bolj usmerjeno k prepričanju o komplementarnosti različnih oskrbovalcev pri

izvajanju oskrbe starejšega človeka. Formalni in neformalni oskrbovalci – ne glede na to, na kakšen način sodelujejo, – predstavljajo preplet akterjev, ki zagotavljajo oskrbo staremu človeku in omogočajo kakovostno življenje v skupnosti. Zato je pomembno, da obstaja čim širši nabor teh oskrbovalcev, da je tako staremu človeku omogočena čim širša izbira in samostojna možnost odločanja.

Kakšno pa je stanje v Sloveniji – kakšna je ponudba formalnih oskrbovalcev v skupnosti in vloga neformalnih naslavljam v nadaljevanju? Predstavimo akterje, ki delujejo v Sloveniji na področju oskrbe starejših, in preplet specifičnih formalnih akterjev v posameznih občinah (socialna oskrba na domu ter institucionalna oskrba).

Oskrba v Sloveniji

Na področju oskrbe v skupnosti je v Sloveniji s tranzicijo prišlo do pomembnih sprememb. V preteklosti (Kolarič 1994) je bila oskrba starih ljudi porazdeljena med dva sektorja, in sicer med javni sektor ter neformalni sektor (skrb za stare v družini), delno podprt še s sivo produkcijo storitev v javnem sektorju za neposredno plačilo. V okviru javnega sektorja so bile zagotovljene zdravstvene in socialnovarstvene storitve, najpogostejše v obliki institucionalnega varstva – domov za stare (Nagode idr. 2004). Drugih storitev za stare, ki bi delovali v skupnosti, pa v tistem obdobju v okviru javnih služb ni bilo. Redke storitve za starejše, ki bivajo v domačem okolju, so zagotavljali nekateri domovi za starejše ali centri za socialno delo, ki so začeli že sredi osemdesetih ponujati razvažanje kosil na dom starejše osebe (Hlebec idr. 2010a). Ker je torej le manjšina starejših dobivala podporo javnih služb, je bila večina bremena skrbi za stare na njihovih družinskih članih (predvsem ženskah) in širšem socialnem omrežju starejših.

V devetdesetih je prišlo do korenitih sprememb na pokojninskem, zdravstvenem, izobraževalnem, stanovanjskem, zaposlitvenem in drugih področjih (podrobneje Kolarič idr. 2009). Za starejše so bili najpomembnejši zdravstvena in pokojninska reforma ter vrsta dokumentov, ki so opredeljevali skrb za stare ljudi (npr. Zakon o socialnem varstvu 1992, Nacionalni program socialnega varstva za obdobje 2006–2010, Program razvoja varstva starejših oseb na področju socialnega varstva v Sloveniji do leta 2005 (MDDSZ, 1997), Strategija varstva starejših do leta 2010 (MDDSZ, 2006)). Ena najpomembnejših sprememb je povečanje oskrbe v skupnosti, in sicer razvoj pomoči družini na domu, pa tudi razvoj dnevno-varstvenih centrov, oskrbovanih stanovanj, varovanja na daljavo, začasnega varstva idr. Pomembna je tudi dodatna podpora družinam, ki skrbijo za starejšo

osebo, in sicer z možnostjo, da tak družinski član postane družinski oskrbovalec¹⁰.

V nadaljevanju podrobneje predstavljamo razvoj storitev oskrbe v skupnosti v Sloveniji, pri čemer sledimo v teoretičnem delu predstavljeni delitvi med formalnimi in neformalnimi akterji oskrbe v skupnosti.

a. Formalni izvajalci oskrbe v Sloveniji

Za slovenski prostor menimo, da so ključne predvsem institucionalna oskrba in socialna oskrba na domu ter zdravstvena nega v skupnosti. Institucije, kot so domovi za stare, so ponudnik celovite dolgotrajne oskrbe starejših v okviru institucionalnega varstva ter vse bolj tudi ponudnik različnih storitev za oskrbo starejših na njihovem domu (dostava kosil na dom, socialna oskrba na domu). Zato razvoj institucionalne oskrbe v nadaljevanju nekoliko podrobneje predstavimo (za obširnejši prikaz še Mali 2008ab, 2009, 2010a). Drugi ključni storitvi za kakovostno bivanje starejših v skupnosti pri nas sta patronažno varstvo in pomoč na domu, ki bo tudi na kratko predstavljena v nadaljevanju. Za slednjo menimo, da bo postala eden ključnih programov dolgotrajne oskrbe.

Zagotovo so pomembne tudi druge storitve, ki se počasi razvijajo v Sloveniji, vendar jim na tem mestu ne bomo namenili posebne pozornosti, saj še vedno predstavljajo manjši del storitev za stare v Sloveniji – to so dnevni centri, začasno varstvo, bivanje v družini, ki ni izvorna družina starega človeka, rdeči gumb ali SOS telefon in drugo.

Institucionalna oskrba

Razvoj institucionalne oskrbe sta podrobno predstavila Mali (2007) in tudi Filipovič Hrast idr. (2014), kar na kratko povzemamo v tem delu. Od leta 2009 v domovih za stare ljudi, ki predstavljajo institucionalno obliko bivanja, živi pet odstotkov starostnikov, starejših od 65 let, kar je cilj socialno političnih usmeritev zadnjih deset let (Hlebec in Mali 2013). Večina domov za stare ljudi je v Sloveniji v državni lasti, manjši delež pa je zasebnih domov s koncesijo.

Na splošno lahko trdimo, da ima pri nas institucionalna oskrba starejših že daljšo tradicijo, in sicer že od druge svetovne vojne. Pri tem naši strokovnjaki (Mali 2009) govorijo o treh obdobjih razvoja te institucije, in sicer socialnogerontološki

¹⁰ Z možnostjo delnega nadomestila za izgubljeni dohodek v višini minimalne plače oziroma proporcionalno nadomestilo, če je šlo za zaposlitev za krajši delovni čas; v veljavi od leta 2004 (glej Zakon o socialnem varstvu).

model (1965–1990) in bolnišnični model (1991–2000), po katerem je bila izpostavljena predvsem zdravstvena oskrba in torej medicinska pomoč, od leta 2000 pa naj bi prehajali v socialni model, po katerem se povečuje pomen socialnega dela s starimi ljudmi.

Vendar v Sloveniji prevladujejo predvsem večje in s tem morda nekoliko bolj toge oblike institucionalne oskrbe, medtem ko se nekatere novejšje oblike, kot so na primer manjši domovi v obliki majhnih gospodinjstev, šele počasi uveljavljajo. Problem je tudi pretirana institucionalizacija in torej pomanjkljiva razvitost oskrbe v skupnosti, pa tudi neenako razviti institucionalna oskrba in oskrba na domu v posameznih občinah. Vendar pa se pri tem domovi kažejo kot pomemben dejavnik razvoja, saj so vedno pogostejši ponudniki različnih oblik oskrbe v skupnosti in torej pomemben instrument celostne oskrbe starih ljudi (Mali 2011b, 2012b).

Socialna oskrba na domu

Socialna oskrba na domu je ključna storitev, ki omogoča ljudem daljše življenje v svojem domu in domači skupnosti. Običajno so njeni uporabniki mlajši kot uporabniki institucionalne oskrbe (OECD 2011) in je torej namenjena starejšim z manj zdravstvenimi in drugimi potrebami po pomoči, kot to velja za osebe v institucionalnem varstvu.

Pri tem države oskrbo na domu različno opredeljujejo, saj ponekod vključujejo tudi zdravstveno nego na domu, ki jo zagotavljajo sestre in splošni zdravniki, medtem ko druge države vključujejo predvsem pomoč pri gospodinjstvih in drugih opravilih (Larsson, Silverstein in Thorslund 2005). V Sloveniji sta zdravstvena in socialna storitev ločeni, in ko govorimo o oskrbi na domu, vanjo ni vključena zdravstvena socialna oskrba na domu.

Socialno oskrbo na domu pri nas opredeljuje Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev in je namenjena osebam z zagotovljenimi bivalnimi in drugimi pogoji, ki se zaradi starosti ali hude invalidnosti ne morejo oskrbovati sami. Socialna oskrba na domu je opredeljena kot socialna storitev in obsega gospodinjstvo pomoč (npr. nakup živil, priprava obroka, pomivanje posode, osnovno čiščenje ter vzdrževanje bivalnih in spalnih prostorov, odnašanje smeti, postiljanje), pomoč pri vzdrževanju osebne higiene (pomoč pri oblačenju ali slačenju, pomoč pri umivanju, hranjenju, opravljanju osnovnih življenjskih potreb, vzdrževanje in nega osebnih ortopedskih pripomočkov) in pomoč pri ohranjanju socialnih stikov (vzpostavlanje socialne mreže, spremljanje upravičenca pri opravljanju nujnih obveznosti, obveščanje ustanov o stanju in potrebah uporabnika ter priprava na institucionalno varstvo) (po Smolej idr. 2008a; 2008b).

Posameznik ima pravico do največ štiri ur oskrbe na dan ali do 20 ur na teden. Glavno finančno breme za storitev naj bi nosila občina, ki je po zakonu dolžna zagotavljati (min.) 50 odstotkov stroškov storitve. Ceno storitve za uporabnika je do leta 2012 dodatno zmanjševala država s subvencijo, ki je bila del politike aktivnega zaposlovanja – država je deloma pokrivala stroške delovne sile, ki izvaja storitve. V letu 2012 se je ta vir močno znižal (predstavljal je le še 17,5 odstotkov vrednosti iz preteklega leta) (Nagode in Lebar 2013). To pomeni povečanje finančnega bremena oskrbe za uporabnike in občine.

Prvi izvajalci oskrbe na domu so se pojavili v prvi polovici devetdesetih. Na začetku so oskrbo na domu začeli izvajati predvsem Centri za socialno delo, z razvojem pa so to vlogo vse bolj prevzemali tudi domovi za stare, pa tudi različni zasebni izvajalci, vendar ostajajo Centri za socialno delo najpogostejši izvajalci te storitve (Nagode in Lebar 2013). V Ljubljani in Mariboru sta bila ustanovljena specializirana javna zavoda za oskrbo na domu. Občine so po zakonu obvezane, da poskrbijo za izvajanje oskrbe v občini, vendar pa še leta 2008 nekatere občine niso imele organizirane oskrbe – skupaj devet občin (Smolej idr. 2008b). Tudi v letu 2013 oskrbe niso izvajali v osmih občinah (ker ni bilo uporabnikov ali pa občine niso imele izvajalca storitve) (Nagode in Lebar 2013).

Število uporabnikov je z leti konstantno naraščalo. Decembra 2003 jih je bilo 2875, do leta 2005 se je število uporabnikov skoraj podvojilo (4732), potem pa začelo počasneje naraščati; tako se je v letu 2008 povzpelo na 5780 in je v letu 2012 prvič bilo nekoliko nižje kot leto poprej, in sicer 6583 uporabnikov (v letu 2011 6624). Povprečna cena storitve za uporabnika je bila 5,42 evrov na uro v letu 2003 in je nato nekoliko padla, tako da je v letu 2008 bila 4,2 evrov na uro. Leta 2012 je bila povprečna cena na uporabnika 5,27 evra. (Smolej idr. 2008a; 2008b, Nagode, 2009, Nagode 2013, Nagode in Lebar 2013). Kljub naraščanju števila uporabnikov oskrbe na domu pa je delež ljudi, starejših od 65 let, ki prejema pomoč na domu, le 1,7-odstoten, kar je še vedno precej pod ciljem 3 odstotkov, ki je bil naveden v Resoluciji o nacionalnem programu socialnega varstva 2006–2010, oziroma 3,5 odstotka v novi Resoluciji o nacionalnem programu socialnega varstva 2013–2020 (Nagode in Lebar 2013).

Številne izvedene analize programa oskrbe na domu (Smolej idr. 2008a; 2008b, Nagode 2009, Nagode 2013, Hlebec 2012) ugotavljajo velike razlike med občinami, in sicer tako v ceni storitve, učinkovitosti izvedbe storitve, dostopnosti in kakovosti storitev. To pomeni, da imajo starejši v Sloveniji lahko zelo različno možnost dostopa do te storitve, kar vpliva na njihovo različno kakovost bivanja v skupnosti.

Zdravstvena nega v skupnosti

Eden od formalnih ponudnikov skrbi za stare, ki ga v nekaterih državah in sistemih vodijo enotno s pomočjo na domu, v Sloveniji pa nastopa ločeno, je patronažna služba, ki zagotavlja zdravstveno nego na domu. Patronažna medicinska sestra izvaja zdravstveno-socialno obravnavo posameznika v skupnosti, in sicer ugotavlja potrebe po zdravstveni pomoči pacienta, načrtuje in izvaja intervencije zdravstvene nege ter tudi svetuje o zdravem načinu življenja. Izvaja tako preventivne storitve kot po nalogu zdravnika (terapije, skrb za rane idr.) (Milavec Kapun 2011, 50, 51). Organizirana je kot samostojna služba ali organizacijska enota osnovnega zdravstvenega varstva v zdravstvenih domovih in deluje 24 ur na dan vse dni v letu. Nosilka nege je medicinska sestra, ki koordinira po potrebi delo s službami v zdravstvenem domu in zunaj njega (tudi z drugimi službami v skupnosti, kot je pomoč na domu ter širše lokalno skupnostjo) ter tudi po potrebi vključuje v zdravstveni tim še druge strokovnjake in sodelavce. (Šušteršič idr. 2006).

To področje je v Sloveniji sicer tradicionalno dobro razvito, vendar so nekateri avtorji mnenja, da je po tranziciji na zdravstveni negi v skupnosti prišlo do krčenja (zmanjšanje zdravniških obiskov na domu, rehabilitacija na domu je neenakomerno in težko dostopna, zmanjševanje patronažne nege) (po Hvalič Touzery 2007c, Ramovš 2003). Na željo po večji prisotnosti patronažne sestre kaže raziskava med družinskimi oskrbovalci starejših, saj precejšen delež družinskih oskrbovalcev želi več obiskov patronažne sestre na domu (Hvalič Touzery 2009).

Seveda so pomemben del skupnostne oskrbe tudi zdravstveni domovi, ki naj bi delovali kot skupnostni zdravstveni centri. Slednji imajo namreč pomembno vlogo pri opravljanju ne le kurativnih, ampak tudi preventivnih dejavnosti ter promociji zdravega načina življenja, zato organizirajo različne zdravstveno vzgojne dejavnosti, delavnice, preventivne preglede za različne skupine, tudi za starejše (Milavec Kapun 2011, 50). Vendar pa se zdi ta njihova vloga z vidika starejših še vedno relativno šibka. Pomemben razvoj tega področja so zagotovo t. i. referenčne ambulate, tj. zdravstvene ambulate v skupnosti, namenjene predvsem pomoči starejšim in kroničnim bolnikom. Referenčna ambulanta je naziv za ambulanto družinske medicine z razširjenim timom zdravstvenega osebja: poleg zdravnika in medicinske sestre bo paciente referenčne ambulate spremljala tudi diplomirana medicinska sestra. Določene aktivnosti zdravstvene nege bo tako izvajala diplomirana medicinska sestra; gre za npr. svetovanje pri

preventivnih dejavnostih, spremljanje kroničnih in drugih bolnikov¹¹. Prve referenčne ambulate so z delom po vsej Sloveniji začele aprila 2011 in v letu 2013 deluje že 313 tovrstnih ambulant.

Civilna družba

Nekateri avtorji neprofitne in volonterske organizacije uvrščajo med formalne oskrbovalce (npr. Timonen 2008), saj so lahko tudi slednji profesionalizirani ponudniki storitve, le da slednja ni profitna (kot to velja za profitni sektor) in ni del javne storitve. Vendar pa jih lahko uvrstimo tudi med neformalne oskrbovalce, ker pogosto zagotavljajo neplačane storitve v okviru prostovoljnega dela, saj je ena od definicij neformalnih oskrbovalcev tudi neplačani oskrbovalci oz. odsotnost finančne kompenzacije za opravljene storitve (Timonen 2008, 111). Gre torej za nekakšno sivo območje med neformalnimi in formalnimi izvajalci oskrbe.

V številnih evropskih državah so prostovoljske organizacije pomemben vir pomoči starim ljudem in družinskim oskrbovalcem; tovrstna pomoč v mnogih državah predstavlja le en odstotek vse oskrbe. Izjema so južnoevropske države (npr. Španija in Portugalska), kjer imajo prostovoljci zelo majhno vlogo, saj zagotavljajo 0,1 odstotka oskrbe starih ljudi (Mestheneos, Triantafillou 2005 v Hvalič Touzery 2007b). Raziskovalci civilne družbe pri nas so opozorili, da sicer civilnodružbeni sektor raste (število organizacij se večja), vendar pa še vedno ne moremo govoriti o njegovem razvoju, saj imajo organizacije malo družbene moči, nizko stopnjo profesionaliziranosti, pogosto je neredno financiranje in težave pri pridobivanju financiranja (nizka stopnja financiranja z javnimi sredstvi v mednarodno primerjalnem kontekstu). Med civilnodružbenimi organizacijami so organizacije, namenjene starejšim, uvrstili med organizacije z manj družbene moči (Rakar idr. 2010).

Vendar pa zagotovo lahko rečemo, da je v zadnjih dveh desetletjih opaziti razmah različnih društev, dejavnosti in programov za starejše, ki se izvajajo v skupnostih. Za izvajanje kakovostne oskrbe v skupnosti Ramovš idr. (2012) poudari preventivne programe za aktivno in zdravo staranje. Sem sodijo številne organizirane športne, rekreacijske in kulture dejavnosti upokojenskih organizacij, izobraževalni programi (npr. univerze za tretje življenjsko obdobje), tečaji za preprečevanje padcev v starosti, za kakovostno življenje po upokojitvi, za boljše sožitje in sodelovanje med mlajšimi in starejšimi idr. Pretežni del teh programov poteka v okviru civilne organiziranosti in samoorganizacije na principu samopomoči in prostovoljstva.

¹¹ http://www.mz.gov.si/si/mz_za_vas/zdravstveno_varstvo/referencne_ambulate/;
<http://www.referencna-ambulanta.si/>.

V Sloveniji je za starejše velikega pomena Zveza društev upokojencev Slovenije, ki ima zelo dolgo tradicijo in je dejavna na več področjih – izobraževalne in kulturne aktivnosti, športne aktivnosti in drugo. Eden od pomembnih in obširnih projektov društva je »Starejši za višjo kakovost življenja doma (starejši za starejše)«, s katerim želi društvo identificirati ranljive stare ljudi v posamezni skupnosti in jim po potrebi omogočiti pomoč, zmanjšati njihovo osamljenost, jih povezati s javnimi službami ali drugimi društvi – glede na njihove potrebe. Po podatkih iz leta 2012 se je v osmih letih vanj vključilo 71 odstotkov vseh starostnikov, starejših od 69 let v Sloveniji, to je približno 150 tisoč oseb, opravljenih je bilo več kot 356 tisoč obiskov prostovoljcev in v projektu sodeluje že 280 društev upokojencev (ZDUS 2012, 3). Seveda pa obstajajo še številni drugi projekti in društva za pomoč starejšim (npr. projekt Helps).

V Sloveniji ima na tem področju pomembno vlogo tudi Inštitut Antona Trstenjaka. Na Inštitutu izvajajo in razvijajo Socialno mrežo medgeneracijskih programov za kakovostno staranje in solidarno sožitje med generacijami. S svojimi programi usposablja prostovoljce za delo s starimi ljudmi ter želijo v ustanovah in skupnostih ozaveščati o kakovostnem, zdravem in aktivnem staranju in medgeneracijskem sožitju¹² (Inštitut Antona Trstenjaka 2013). Nadalje so pomembni akterji še Zveza medgeneracijskih društev za kakovostno starost, ki združuje lokalna društva katerih poslanstvo je ustvarjanje možnosti za kakovostno starost na podlagi različnih programov (osebno medgeneracijsko družabništvo, medgeneracijske skupine itd.); Gerontološko društvo, ki razvija različne oblike pomoči (npr. telefonska svetovalnica); Zveza društev za pomoč pri demenci Spominčica (Miklavc Kapun 2011, 66). Nadvse pomembne za starejše so tudi številne aktivnosti Rdečega križa in Karitasa, ki izvajajo različne aktivnosti, specifično namenjene starejšim. Organizacija, ki je pomembna za starejše in ima v Sloveniji tudi že dolgo tradicijo, je zagotovo tudi Univerza za tretje življenjsko obdobje. Slednji so ključni nosilec izobraževalnih programov za starejše v skupnosti, ki pomembno povečujejo kakovost življenja starejših in tako delujejo kot del storitev oskrbe starejše osebe v širšem smislu.

¹² Na Inštitutu so tako razvili številne programe, namenjene usposabljanju prostovoljcev za delo s starimi ljudmi (npr. usposabljanje za prostovoljsko družabništvo s starim človekom, usposabljanje za prostovoljskega voditelja medgeneracijske skupine za kakovostno starost), programi in tečaji podpore starejšim (npr. tečaj priprave na kakovostno starost ob upokojitvi, predavanje kakovostna starost danes in jutri) ter podpore družinskim oskrbovalcem (npr. tečaj za lepo sožitje s starejšim družinskim članom).

V lokalnih skupnostih lahko najdemo tudi številne primere programov, ki obstajajo v skupnosti, namenjenih starejšim oziroma povezovanju med mladimi in starimi ter s tem večanju kakovosti življenja starejših v skupnosti in izboljševanju povezanosti skupnosti. V lokalnih okoljih je tako razvito sodelovanje vrtcev in šol z domovi za stare, razvijajo se medgeneracijska središča, tudi različni nacionalni projekti (npr. Projekt Simbioz@ e-pisma Slovenija, kjer mladi prostovoljci na brezplačnih delavnicah po vsej Sloveniji predstavnike starejše generacije učili osnov uporabe računalnika in interneta), dnevni centri aktivnosti (v Ljubljani) in številni drugi.

b. Neformalni izvajalci oskrbe

Do sedaj smo opisovali formalne oblike oskrbe v skupnosti. Zagotovo pa so za izvajanje oskrbe starejših v skupnosti ključni neformalni oskrbovalci, kot so družinski člani, prijatelji in sosedje ter drugi člani omrežja starejše osebe. Neformalni oskrbovalci izvajajo večino oskrbe za starejše, in kot pravita Kane in Kane (2005), neformalni oskrbovalci zagotavljajo 90 odstotkov dolgotrajne oskrbe.

Družina

V Sloveniji kot državi, ki spada v skupino držav CEE, lahko – podobno kot to velja za to skupino držav – predvidimo močno vlogo družine pri oskrbi starejših, izhajajoč tudi iz pogostejših večgeneracijskih gospodinjstev in bližine bivanja. Raziskava (Ramovš idr. 2012) kaže, da ima vsak peti prebivalec Slovenije, ki je star 50 let in več, poleg drugih svojih vlog tudi vlogo družinskega oskrbovalca; med njimi je dve tretjini žensk.

Pri tem je treba vedeti, da so družinski oskrbovalci starih ljudi heterogena skupina z različnimi značilnostmi. Tako je Hvalič Touzery (2007a) v svoji raziskavi družinskih oskrbovalcev v Sloveniji ugotovila, da so bili otroci glavni oskrbovalci starih ljudi (50 %); med njimi je bilo večina hčera (87 %), nato partnerji (19 %); ter snahe (19 %). Družinski oskrbovalci oskrbo izvajajo tudi zelo dolgo, in sicer nad pet let skoraj polovica anketiranih družinskih oskrbovalcev, nad deset let pa petina.

Oskrba starejšega družinskega člana lahko opazujemo tudi v okviru širših izmenjav znotraj družine, skozi analizo omrežij socialne opore. Tu so pomembne teorije medgeneracijske solidarnosti (Bengston in Roberts 1991).¹³ V okviru

¹³ Medgeneracijsko družinsko solidarnost definirana kot več nivojski, večrazsežen koncept, katerega sestavlja šest elementov odnosa med staršem in otrokom: (1) naklonjenost oz.

teorije medgeneracijske solidarnosti ter na podlagi omrežij socialne opore lahko opazujemo izmenjave opore med družinskimi člani¹⁴, ki kažejo na pomen otrok pri skrbi za starše, ko postanejo starejši¹⁵ (npr. Silversten idr 1996). Raziskave socialne opore kažejo, da se v kritičnih situacijah (npr. huda bolezen) in ob povečani potrebi po pomoči starejši ljudje najprej obrnejo na svoje otroke (Connidis 1989), saj imajo občutek, da je za tolikšno količino pomoči neprimerno prositi koga drugega. Neuravnotežene izmenjave z otroki naj bi tako povzročale starejšim ljudem manj težav kot neuravnotežene izmenjave s prijatelji (Norris in Tindale 1994).

V Sloveniji je analiza pokazala, da so za starejše (nad 70 let) njihovi otroci pomemben vir pomoči. Tako so ključni kot vir opore v primeru bolezni (predstavljajo 40 % njihovega omrežja socialne opore), vir finančne opore (44 % omrežja predstavljajo otroci), zelo pomembni pa so tudi kot vir velike materialne opore (predstavljajo 34 % omrežja) ter emocionalne opore (29 % omrežja) (Hlebec idr. 2012). Glede razmerja med številom danih in prejetih opor (po tipu socialne opore) je sicer najstarejša generacija (nad 70) neto prejemnica opore, vendar še vedno tudi slednji zagotavljajo oporo svojim otrokom. Za generacijo od 50 do 70 let pa velja, da zagotavljajo skoraj enako število opor svojim otrokom, kot jih prejmejo (ibidem). Ugotovitve omenjene raziskave torej kažejo, da v Sloveniji obstaja močna družinska solidarnost in da je družina pomemben vir opore za vse generacije.

emocionalna povezanost; (2) povezanost oz. stiki; (3) konsenz oziroma podobnost v vrednotah in prepričanjih; (4) funkcionalnost oziroma delitev virov; (5) jakost družinskih norm; (6) struktura priložnosti, da se medgeneracijske izmenjave vzdržujejo (Bengston in Roberts 1997).

¹⁴ Skrb za starše pa ne pomeni, da gre zgolj za solidarne odnose brez konfliktov, ampak nasprotno, konflikti in tudi ambivalentnost so stalen del odnosov med odraslimi otroki in starši (glej Szydlik 2008, Luescher in Pillemer 1998, Connidis in McMullin 2002, Luescher 2002). Tako na primer Szydlik (2008) opisuje medgeneracijske odnose kot nekaj, kar poteka na kontinuumu med solidarnostjo in konfliktom. Za odrasle otroke pomoč, ki jo zagotavljajo staršem, kljub njihovi navezanosti nanje lahko pomeni stres in breme, na drugi strani pa tudi starši, ki prejemajo pomoč, lahko čutijo negativna čustva zaradi izgube avtonomnosti (glej na primer van Gaalen in dr. 2009, Szydlik 2008).

¹⁵ Vendar pa raziskave o denarnih transferih med generacijami kažejo, da vsaj nekateri starejši ljudje zagotavljajo svojim otrokom več, kot od njih dobijo v zameno. Freedman in njegovi sodelavci (1991) navajajo, da je število starejših odraslih oseb, ki dajejo denar svojim odraslim otrokom, skoraj dvakrat večje od števila starejših odraslih oseb, ki prejemajo finančno oporo od svojih otrok (Krause 1999).

Ker so družinski oskrbovalci ključni za izvajanje oskrbe starejših, so pomembne različne storitve, ki obstajajo v skupnosti in lahko pomagajo družinskim oskrbovalcem pri izvajanju oskrbe starejše osebe. Poleg že opisane pomoči na domu je pri nas pomemben tudi že omenjeni institut družinskega pomočnika, ki družinskega oskrbovalca finančno kompenzira za določen čas, ko izvaja oskrbo družinskega člana.

Velika vpetost žensk v delo in povečevanje delovnih obremenitev vpliva na vedno večjo obremenjenost družinskih oskrbovalcev, zato bi potrebovala posebno (politično) podporo. Za Slovenijo je tako Hvalič Touzery (2007a) ugotavljala, da se družinskim oskrbovalcem namenja premalo politične pozornosti ter da dobijo premalo podpore (dnevna in začasna varstva, pomoč na domu in drugi programi), izobraževanj (večinoma prostovoljsko izvajanje in zato ne povsod dostopni), vse to pa lahko vodi v preobremenjenost in izgorevanje oskrbovalcev ter tudi v manjšo kakovost oskrbe starejših in možnost zlorabe. Najslabša naj bi bila podpora predvsem partnerjem – oskrbovalcem, saj imajo redkeje podporo in pomoč pri oskrbovanju, kot pa to velja za hčere in snahe, zanje pa je delo tudi fizično bolj naporno (ker so običajno sami že starejši) (Hvalič Touzery 2007a, 18).

Prijatelji in sosedje

Poleg družine so pomembni neformalni oskrbovalci lahko tudi ljudje, ki niso v družinskem odnosu, ampak so starejši osebi še vedno blizu, kot so to prijatelji in sosedje. Wenger (1994) meni, da obstaja hierarhija odnosov glede na pričakovanja, ki so povezana z njimi. Na vrhu hierarhične lestvice so bližnji družinski člani (partner, otroci in bratje/sestre), sledijo jim prijatelji in sosedje, tem pa razširjena družina, tj. bolj oddaljeni sorodniki. Pri sosedih so pričakovanja in normativna odgovornost, ki se vežejo na ta odnos, predvsem praktične narave (pomoč v nujnih primerih, izvajanje nadzora ipd.).

Prijatelji in sosedje običajno ne predstavljajo primarne oskrbovalce starejših ljudi, vendar pa v določenih primerih lahko postanejo pomembnejši, še posebej v primeru, ko starejši človek nima družinskih članov ali slednji ne živijo v bližini. Barkerjeva (2002) na primer ugotavlja, da približno 5–10 % starejših, ki živijo v skupnosti, redno prejema neformalno obliko pomoči od neplačanih oseb, ki niso v sorodstveni povezavi s starejšim (kot so prijatelji in sosedje). Posameznikova osebna omrežja, predvsem prijatelji in znanci, ki niso družinski člani, imajo lahko pomembno vlogo za določeno skupine starejših, in njihov pomen bo potencialno v prihodnosti naraščal, predvsem pri starejših osebah brez otrok, ki si bodo tako med življenjem oblikovali »družine izbire« (*families of choice*) (Timonen 2008, 28). Tako na primer raziskava o oskrbi, ki jo je izvedel Inštitut Antona Trstenjaka

leta 2010, kaže, da veliko ljudi, starejših od 50 let, oskrbuje svoje sosede. Tako naj bi pomoči sosedu bila na tretjem mestu, takoj za pomočjo materi in zakonskemu partnerju (Ramovš idr. 2012). To kaže, da je medsosedska pomoč prisotna in lahko zelo pomembna kot vir pomoči in oskrbe v skupnosti.

Redna pomoč se lahko razvije med starejšim človekom in sosedom, zlasti če ima starejši še nizek prag odvisnosti in nima pomoči družinskih članov ter v primeru da odnos preide v prijateljstvo¹⁶. Meja med opornim odnosom oz. izvajanjem oskrbe starejšega ter t. i. dobrososedskim odnosom je lahko torej precej nejasna (Barker 2002), in ti odnosi so lahko povsem vsakdanji kjer ni intimnosti in pomoč je pri instrumentalnih nalogah, lahko pa prerastejo tudi v močnejše odnose z večjo intimnostjo in večjim obsegom pomoči (Barker 2002). Barkerjeva (2002) je tako identificirala štiri tipe odnosov med starejšim in nesorodnikom, ki segajo od bolj površnih odnosov z manj opore do bolj povezanih odnosov z nudenjem kompleksnejše oskrbe. Površinski odnos (*casual*) je nekako najbližji »običajnemu« dobremu odnosu med sosedi in je tudi najpogostejši. Tak odnos ni emocionalen oz. intimen, sosed/prijatelj zagotavlja starejši osebi predvsem druženje ter pomoč pri nekaterih neosebnih instrumentalnih nalogah. Intenzivnejši odnos je potem t. i. zamejen odnos (*bounded*), saj je zanj značilna večja emocionalna povezanost, medtem ko opora ostaja predvsem instrumentalna. Druga dva identificirana tipa odnosov pa že intenzivneje vključujeta nudenje opore. Za zavezan odnos (*committed*) je značilno daljše trajanje in še večja intimnost. Opора je kompleksnejša in jo sestavljajo različne materialne izmenjave in instrumentalna pomoč. Zadnji tip je vključevalni odnos (*incorporative*), v katerem je intimnost največja, dolžina trajanja odnosa je najdaljša in vključuje tudi osebno skrb za starejšo osebo.

Tako na primer domače raziskave kažejo, da so sosedje pomembnejši del omrežja opore starejših, kadar gre za večjo in manjšo materialno pomoč ter tudi za druženje, niso pa pomemben del omrežja za finančno pomoč ali pomoč v primeru bolezni (Filipovič Hrast idr. 2005, Filipovič Hrast 2007).

¹⁶ Poleg normativnih pričakovanj glede odnosov so pomembne tudi osebne in druge značilnosti prejemnika in ponudnika oskrbe (Wenger 1994), pa tudi značilnosti same skupnosti (glej npr. Campbell in Lee 1992, Dwyer in drugi 2000). Tako na primer se v soseskah z majhno stopnjo stabilnosti prebivalstva dolgotrajne vezi težje vzpostavijo in so sosedje manj pogosto vir opore. Poleg tega je v soseskah z večjim deležem starejših obremenitev posameznikov prevelika in zato ti zagotavljajo manjšo količino pomoči.

NALOGE ZA ŠTUDENTE

- **Kaj je oskrba in kdo so oskrbovalci?**

Po skupinah razpravljajte, katere so asociacije ob besedi oskrba, skrb za stare. Kakšna je povezanost skrbi in oskrbe s sožitjem?

Opišite za vas idealno kombinacijo oskrbe, ko boste starejši. Kakšna je vloga družine? Kakšna je vloga drugih ponudnikov storitev?

Razpravam po posameznih skupinah sledi skupna razprava, iskanje skupnih točk in razlik.

DODATNO BRANJE

Flaker, V., idr. 2008. *Dolgotrajna oskrba: očrt potreb in odgovorov nanje*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Mali, J. 2008a. *Od hiralnic do domov za stare ljudi*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Hvalič Touzery, S. (2007 a): Tukaj smo! Opazite naše delo! Pomagajte nam! Raziskava o oskrbi starega človeka v družini. *Kakovostna starost*, 10 (2): 4–27.

Timonen, V. 2008. *Ageing societies: a comparative introduction*. Maidenhead: McGraw-Hill: Open University Press.

SOCIALNA OMREŽJA IN SOCIALNA OPORA STAREJŠIH¹⁷

Teoretični pristopi

Kot smo že opozorili v prejšnjem poglavju, so za starejše neformalna omrežja pomemben vir pomoči.

Neformalno, lokalno ali osebno (imenujemo ga tudi egocentrično) omrežje so ljudje, ki so za starejšo osebo kakorkoli pomembni. To so lahko npr. ožja ali širša družina, prijatelji ali sosedje. Opazujemo starejšega človeka z njegovimi značilnostmi in značilnostmi njegovega/njenega lokalnega omrežja. Običajno ga opredeljujejo naslednje značilnosti:

1. velikost osebnega omrežja – na koliko ljudi se starejša oseba lahko obrne za pomoč, če sploh lahko na koga;
2. struktura lokalnega omrežja – kako močno in na kakšne načine so člani lokalnega omrežja med seboj povezani; npr. ali se odrasli otroci družijo med seboj le ob družinskih srečanjih ali so njihovi odnosi pogostejši in podporni;
3. prevladujoča sestava omrežja – ali ima starejša oseba v omrežju le partnerja ali morda le otroke, ali ohranja stike s prijatelji in neguje dobre sosedske odnose, ali se družijo le s starejšimi ljudmi (npr. če nima otrok), ali večina članov omrežja živi v neposredni bližini starejše osebe, ali so stiki pogosti in redni, ali je odnos starejše osebe s člani osebnega omrežja dober in izpolnjuječ, so izmenjave uslug uravnotežene, so starejši ljudje z osebnim omrežjem zadovoljni, ali se sploh lahko na koga obrnejo, ko so v stiski, in podobno.

¹⁷ Poglavje delno temeljni na člankih Hlebec (2003) ter Hlebec, Kogovšek, Domanjko in Pahor (2009).

Večinoma so omrežja socialne opore relativno trajna in stabilna, spreminjajo se le, ko gre posameznik skozi večje življenjske prehode, kot so npr. poroka, upokožitev, huda bolezen v družini ali izguba partnerja. Socialna opora je pomoč (v zelo različnih oblikah), ki si jo starejša oseba izmenjuje s svojim lokalnim omrežjem, ki mu sedaj rečemo omrežje socialne opore (Hlebec in Kogovšek 2006; Hlebec in Mandič 2005). Avtorji, ki so se prvi konceptualno ukvarjali s socialno oporo, so Cassel, Caplan in Cobb (po Hlebec in Kogovšek 2004). Cassel socialno oporo povezuje s stresom in boleznijo. Meni, da stresno okolje rahlja osebne odnose in moti sprejemanje povratnih informacij iz okolja. Informacije iz okolja so ključni element socialne opore jih posamezniku dajejo najbližji drugi. Caplan tudi izhaja iz prepričanja, da socialne vezi pomembno vplivajo na poteke in izide življenjskih prehodov in kriz. Vendar se avtor ne omeji na najbližje odnose, ampak blagodejen vpliv pripisuje tudi bolj oddaljenim vezem (npr. skupine za samopomoč ali sosedski odnosi). Poseben pomen pripisuje vzajemnosti in trajnosti odnosov. Caplan tudi prvi klasificira socialno oporo, in sicer na emocionalno, materialno in informacijsko. Cobb posebej poudarja socialno oporo kot zaščito pred stresom. Zanj je to informacija, ki posamezniku omogoča, da se zaveda, da je ljubljen, sprejet in spoštovan. Vzajemnost je tudi zanj ključni dejavnik kakovosti socialne opore. Thoits (1985) sicer poudarja primarni pomen emocionalne opore, vendar je njen ključni element kakovost odnosov, v katerih se izmenjuje opora. Ni namreč vsak odnos, tudi če je zelo bližnji in močan, samodejno dobrodejen. Zakaj ne? Družbene vloge nam zagotovijo vrsto identitet in odgovarjajo na ključna vprašanja življenjskega smisla, dajejo nam občutek varnosti in nas varujejo pred prevelikimi občutki strahu in negotovosti. Občutek pripadnosti je npr. ena od ključnih značilnosti emocionalne opore. Družbene vloge so tudi pomemben vir samospoštovanja, ki se oblikuje tudi v interakcijah z drugimi ljudmi, ki nam dajejo vedeti, da nas pozitivno ocenjujejo in nam izkazujejo ljubezen, skrb in spoštovanje. Hkrati nam tudi dajo vedeti, kake vrste ravnanj in obnašanj od nas pričakujejo v različnih situacijah. Če teh pričakovanj ne izpolnjujemo, lahko ti odnosi postanejo vir stresa in konfliktov, če najbližji tega ne sprejemajo.

Med novejšimi opredelitvami socialne opore je v empiričnih raziskavah najpogostejše omenjana Vauxova (1988) opredelitev socialne opore kot kompleksnega pojma. Socialno oporo opredeljujejo trije elementi: viri socialne opore, oblike socialne opore in vrednotenje ali subjektivno ocenjevanje kakovosti socialne opore. Posameznik si torej izmenjuje socialno oporo s svojim socialnim okoljem in izmenjavo tudi vrednoti. Viri socialne opore so omrežja socialne opore ali lokalna omrežja, oblike socialne opore so konkretna oporna vedenja. Vrednotenje ali subjektivna zaznava socialne opore je opredeljevanje prisotnosti (ali se lahko na

koga obrnem, ko sem v stiski), zadostnosti (ali mi opora zadostuje) in kakovosti opornih dejanj (kakšna je stopnja zadovoljstva).

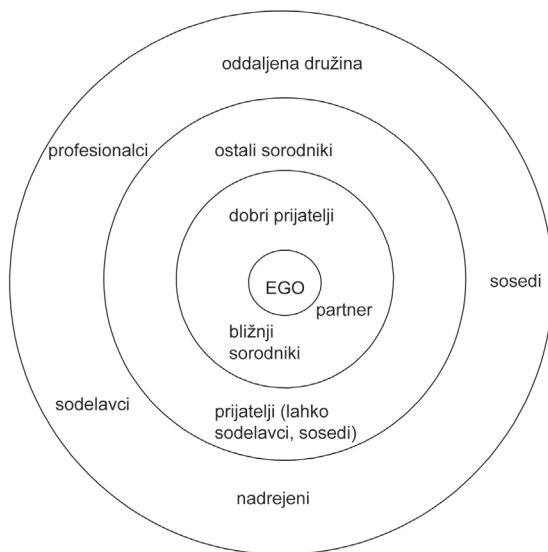
Čeprav je več klasifikacij socialne opore, se v empiričnih raziskavah najpogosteje razlikuje naslednje vrste socialne opore:

1. *instrumentalna* (tudi materialna) *opora* ali praktična pomoč se nanaša na pomoč v materialnem smislu (posojanje denarja, orodja, pomoč pri hišnih opravilih ipd.);
2. *informacijska opora* so informacije, ki jih anketiranec po navadi potrebuje ob kaki večji življenjski spremembi (npr. ob selitvi, iskanju nove službe);
3. *emocionalna opora* je pomoč ob večjih ali manjših življenjskih krizah (smrti bližnjega, ločitvi, težavah v družini ali na delovnem mestu ipd.) in
4. *druženje* (izleti, obiskovanje, kino idr.).

Družboslovci že kakih trideset let natančneje raziskujejo značilnosti omrežij socialne opore in to, kako vplivajo na vsakdanje življenje posameznikov. Kljub uporabi različnih raziskovalnih pristopov se vse bolj kaže, da je mogoče različne vrste osebnih ali lokalnih omrežij razvrstiti v štiri tipe omrežij (intimno ali emocionalno omrežje, omrežje socialne opore, informacijsko ter globalno omrežje), od katerih so tri del t. i. *globalnega omrežja* (to so vsi ljudje, ki jih posameznik pozna). Prvo omrežje, ki je posamezniku najbližje, se imenuje *intimno ali emocionalno omrežje*. Drugo omrežje se pogosto imenuje *socialno omrežje*. Tretje omrežje je t. i. *informacijsko-instrumentalno omrežje*, v katerem so vezi med posameznikom in člani tega omrežja relativno šibke. Dobro je, da ima vsak posameznik v vsakem od omrežij vsaj enega člana, ni pa vedno tako. Omrežja socialne opore in opora, ki se izmenjuje med posameznikom in njegovim omrežjem, naj bi delovala na kakovost življenja na dva različna načina (npr. Franks in Stephens 1996) – imela naj bi dobrodejen učinek na psihično in fizično zdravje in dobro počutje ne glede na morebitne krizne ali stresne procese ter ščitila pred vplivi stresnih ali kriznih situacij.

Empirične raziskave se glede ugotovitev o tipih omrežij skladajo s konceptom, ki ga je razvila T. Antonucci (1986), in njenim merskim instrumentom, ki smo ga uporabili pri raziskavi.

Slika 1: Osebnega omrežja, kot ga je zasnovala T. Antonucci (Kahn in Antonucci 1980)



Antonucci je predpostavljala, da bodo imeli posamezni krogi omrežja tipične značilnosti:

1. *Prvi krog* (prvo omrežje ali intimno/emocionalno omrežje): to so zelo tesne in stabilne vezi. Znotraj intimnega omrežja se člani pri odraslem posamezniku redko zamenjajo. Osebe v tem omrežju imajo več različnih vlog hkrati (npr. nudijo različne vrste opore); to so po navadi partner, najbližja družina in tesni prijatelji.
2. *Drugi krog* (drugo omrežje ali omrežje socialne opore): ljudje znotraj omrežja socialne opore se hitreje zamenjajo (npr. ob zamenjavi službe ali ko se preselimo). Posamezniki imajo tu eno ali več vlog (lahko so že specializirani za eno vrsto opore). Ljudje v drugem omrežju so po navadi razširjena družina, prijatelji na delovnem mestu, sosedi ipd.
3. *Tretji krog* (tretje omrežje ali informacijsko omrežje): člani informacijskega omrežja se hitreje zamenjujejo. Najpogostejše so vloge specializirane, npr. oddaljena družina, profesionalci (npr. zdravniki, odvetniki, nepremičninski posredniki ipd.), sodelavci, sosedi ipd.

Kot pravi Victor (2005), so družinska in širša socialna omrežja eno najpomembnejših družbenih domen, ki oblikujejo izkušnje staranja in torej življenje starejših ljudi. Dostopnost socialnih omrežij ter njihova kakovost neposredno sooblikujejo izkušnjo starosti, ki jo imajo ljudje ter kakšna je njihova kakovost življenja v starosti. Socialna omrežja torej opisujejo mrežo odnosov, ki jih ima posameznik, pri čemer člani omrežja lahko nudijo različno socialno oporo. Člani omrežja lahko nudijo različne opore ali več opor hkrati. Manj verjetno pa je, da bi se posameznik obrnil po pomoč na osebe zunaj omrežja, zaradi česar posameznikovo socialno omrežje predstavlja neko mejo dostopne opore (Victor, 2005, 205).

Pri družinskih odnosih so ključni naslednji trije elementi, ki vplivajo na nudenje/prejemanje opore: vzajemnost, odvisnost/neodvisnost in dolžnost. »Dolžnost in vzajemnost delujeta v normativnem kontekstu ohranjanja posameznikove neodvisnosti in avtonomije« (Victor 2005, 219). Nekateri ključni dejavniki in procesi, ki so vplivali na družinske odnose in možnost družine pri nudenju opore, so (Victor 2005):

- Zaradi demografskih sprememb prihaja do sprememb v »oddaljenosti med družinskimi člani, saj se velikost družin in starostna distribucija spreminja (starost, pri kateri posameznik postane eden od staršev ali starih staršev).
- Spremembe na področju zaposlovanja so vplivale na spremembe v odnosih med spoloma v družinskem kontekstu.
- Odločujoče so tudi spremembe stabilnosti družin in novi družinski vzorci (npr. porast razvez).
- Pomembne so tudi ideološke spremembe (predstave in vrednote glede načina oskrbe in odgovornosti za skrb za starejše)

Prav tako kot ostali segmenti populacije se za izmenjavo socialne opore tudi stari ljudje v veliki meri obračajo na neformalna socialna omrežja¹⁸. Njihova sestava je ključna za zadovoljevanje potreb starejšega človeka po različnih razsežnostih socialne opore. Wengerjeva (1994) je iz podatkov longitudinalne raziskave, ki je potekala od 1987 do 1994 v severnem Walesu¹⁹, s kvalitativnim pristopom prikazala pet tipov socialnih omrežij starejših ljudi, ki se razlikujejo glede na oddaljenost najbližjih sorodnikov, stopnjo sodelovanja z družino, prijatelji in sosedi

¹⁸ Neformalno socialno omrežje definira kot vse posameznike, ki so s starejši človekom pomembno povezani: člani gospodinjstva, osebe, s katerimi se družijo, si izmenjuje čustveno ali instrumentalno oporo, nasvete, ali osebno nego.

¹⁹ Njen pristop so uporabili tudi v drugih študijah v Belfastu, Cumbrii, Liverpoolu, Londonu in na Nizozemskem.

ter vključenosti v lokalno skupnost in prostovoljne skupine. Med dejavniki, ki vplivajo na oblikovanje in vzdrževanje socialnega omrežja, izpostavi tri dejavnike (ibid. 9–10). Prvi dejavnik je neodvisen od posameznika, gre za družinske značilnosti, kot so poroke in rodnost predhodnih generacij, zaporedje rojstev (najstarejši otrok ima prednost, saj lahko pričakuje, da ga/jo bodo mlajši otroci preživel, podobno velja za ženske – starejši moški torej lahko z večjo verjetnostjo pričakuje, da bo poročen in imel tudi še živeče sestre). Poroka razširi krog sorodnikov od katerih lahko posameznik išče socialno oporo. Pri drugem dejavniku, to so selitve, ima posameznik večjo možnost izbire (ne more pa regulirati selitev sorodnikov), tretji dejavnik pa je posameznikova osebnost in temperament. Tipično omrežje socialne opore starejšega človeka je 5–7 oseb, med katerimi so najprej člani družine, drugi sorodniki, nekateri prijatelji in sosedje.

Značilnosti prvega tipa (Wenger, 1994: 3, 25; Hojnik, 1999: 134) omrežja, tj. **sorodstvenega oziroma družinskega omrežja** (*local family dependent*), so skupno bivanje z otrokom (najpogosteje hči, ki biva v istem gospodinjstvu ali v neposredni bližini), družina skrbi za večino potreb starejšega človeka, nekaj prijateljev in sosedov pa ima obrobno vlogo. Omrežja so majhna (do štirje člani), bolj verjetno gre za ovdovele, starejše (čez 80), ki so slabšega zdravja.

Značilnosti drugega tipa omrežja, tj. **omrežja, integriranega v bivalno okolje** (ibid.) (*locally integrated*), so tesna povezanost z družino, prijatelji in sosedmi (majhna geografska oddaljenost). Razvoj takega omrežja temelji na dolgotrajnem bivanju v isti skupnosti in aktivnim vključevanjem v to skupnosti (tudi religiozne ali prostovoljne organizacije). Omrežja so večja in starejši ljudje mlajši (65–74 let). Omrežja so večja (do 8 članov).

Značilnosti (ibid.) **samostojnega, samozadostnega opornega omrežja** (*local self-contained*) je povezanost z enim sorodnikom, ki je lahko tudi geografsko oddaljen, otrok običajno ni. Še najbolj se zanesejo na sosede, vendar je življenje prvenstveno omejeno na gospodinjstvo in precej izolirano. Omrežja so običajno majhna, gre za samske osebe, ki večinoma živijo same in nimajo otrok.

Pri **opornem omrežju širšega bivalnega okolja** (*wider community focused*) gre za aktivno povezanost z oddaljenimi sorodniki (običajno z otroki) in bližnjimi prijatelji in sosedmi (ibid.). Tak tip omrežja se pogosteje razvije pri selitvi ob upokojitvi. Je bolj pogosto za osebe iz srednjega sloja. Tipična je odsotnost sorodnikov, ki so geografsko blizu. Taka omrežja so spet večja.

Pri osebah z **zaprto zasebnostjo** gre za omrežja, ki jih razvijejo neodvisni pari (*private restricted*) ali odvisne stare osebe, ki živijo zelo izolirano (ibid.). Sorodniki (če so) so geografsko oddaljeni, stikov s sosedi ni, je nekaj prijateljev, ki živijo v bližini. Gre za majhna omrežja.

Kot kaže zgornja analiza, nam razumevanje oz. poznavanje omrežij socialne opore lahko pove, katere skupine posameznikov so bolj ranljive, imajo manj možnosti opore, kar pomembno vpliva na njihovo kvaliteto življenja ter tudi na oblikovanje politike dolgotrajne oskrbe starejših. Še posebej relevantno je razumevanje sprememb v času glede omrežij, ki bi lahko pokazale tudi na spremenjene družinske vzorce opore.

Med tipi omrežij socialne opore po Wenger (1994) sta najbolj izpostavljena tretji in peti tip, saj v primeru bolezni ali povečanih potrebah po socialni opori zaradi starostnih sprememb – ob odsotnosti partnerja – starejši ljudje nujno potrebujejo institucionalno bivanje in nego. Ob pregledovanju tipov socialnih omrežij starejših ljudi pa ne smemo pozabiti pogostosti oziroma porazdelitve teh tipov v populaciji. Najpogostejše naj bi se v večini skupnosti pojavljala sorodstveno omrežje in omrežje integrirano v bivalno okolje (več kot polovica, *ibid.* 27–28), ki sta vezana na kraje z dolgotrajnostjo bivanja (manj migracij). Na področjih s hitrimi spremembami (rast področja ali selitve) je pričakovati večje število zadnjih dve tipov socialnih omrežij starejših ljudi. Na področjih z nizko stopnjo poseljenosti ali pri starejših ljudeh, ki so na takih področjih rojeni, pa je pričakovati samozadostno omrežje. Izkaže se, da velikih sprememb v sestavi omrežja socialne opore ni mogoče pričakovati z naraščajočo starostjo. Nekatere spremembe pa se pojavijo in jih je mogoče tudi napovedati (*ibid.* 26).

Omrežja socialne opore starejših v Sloveniji

Pri opazovanju značilnosti socialnih omrežij se običajno loči dva nivoja analize, in sicer: (1) značilnosti vezi, ki povezujejo posameznika z njegovimi izbranimi drugimi (oziroma alterji) in značilnosti opornih omrežij v celoti (Jackson *idr.* 1977; Wellman 1981; Marsden 1987; Vaux 1988; Igljč 1988; Wellman and Wortley 1990; Goodenow *idr.* 1990; Wenger²⁰ 1994;).

²⁰ Intenzivna študija Wengerjeve (1994) pri določanju tipa omrežij upošteva osem značilnosti, ki niso povsem primerljive z raziskovalnim načrtom kvantitativne raziskave. Te značilnosti so: geografska oddaljenost otroka ali drugega najbližjega sorodnika, geografska oddaljenost otroka, geografska oddaljenost sestre ali brata, pogostost stikov (osebnih ali telefonskih) s sorodniki, pogostost stikov s prijatelji in sosedmi, udeleževanje religioznih obredov in skupin v lokalni skupnosti. Nekaterih podatkov nimamo – npr. o udeleževanju religioznih obredov ali dogajanja v lokalni skupnosti, drugi pa se nanašajo na omrežje v celoti – npr. pogostost stikov, nekatere značilnost pa so dodane – npr. vrednotenje prejete socialne opore.

Hlebec (2003) je v svoji študiji uporabila številne indikatorje značilnosti vezi med anketiranci in člani socialnega (frekvenca stikov, trajanje vezi, geografska oddaljenost, moč vezi, multipleksnost vezi) ter značilnosti omrežij socialne opore (velikost celotnega omrežja, sestava omrežja, povprečna starost alterjev, število članov gospodinjstva in število otrok v gospodinjstvu). Ugotavlja, da obstaja šest skupin.

Skupine so predstavljene v spodnji preglednici (Tabela 8), glede na demografske značilnosti anketirancev ter glede na značilnosti omrežij (Tabela 9), pri čemer so dobljene skupine primerjane s tipologijo Wengerjeve (1994).

Prva skupina je značilno mestna skupina saj je v njej kar 64 % mestnega prebivalstva (v celotnem vzorcu le 39 %). Je edina taka skupina. Gre za starejše ljudi z najvišjo izobrazbo – le 34 % ima manj kot štiriletno srednjo šolo. So najpremožnejši – le 34 % ima dohodek gospodinjstva manjši kot 130.000 sit, če upoštevamo, da gre v povprečju za dvočlanska gospodinjstva. Imamo najmanjši odstotek starejših ljudi, ki živi v stanovanjski hiši (57 %). Odstotek žensk in odstotek poročenih in ovdovelih sta blizu povprečja. Tudi po značilnosti omrežja socialne opore je ta skupina nekaj posebnega, saj je pretežno orientirana k prijateljem (37 %) in šele nato k sorodnikom (skupaj 35 %), kjer so enakovredno zastopani otroci in drugi sorodniki. Sosedov skoraj ni. Ta skupina je specifična tudi zaradi geografske oddaljenosti alterjev; sicer je več kot polovica alterjev (56 %) oddaljena do 15 minut vožnje z avtomobilom, ima pa ta skupina najvišji odstotek oddaljenih 15–30 minut (18 %) ali več kot 30 minut (29 %) vožnje z avtomobilom. Omrežje socialne opore te skupine je geografsko najbolj razpršeno. Omrežje je večje, v povprečju vključuje sedem članov. V tej skupini je največji odstotek alterjev, s katerimi imajo starejši redke stike (30 %). Če skušamo skupino uvrstiti v tipologijo Wengerjeve (1994), je še najbolj podobna omrežju širšega bivalnega okolja, ni pa povezanosti s sosedi, prisotni so tudi sorodniki kot drugi najpomembnejši vir socialne opore.

Pri Wengerjevi (1994) se pojavijo trije tipi omrežij, kjer so sorodniki (zelo) oddaljeni. Temu sledi navezava na prijateljsko ali sosedsko omrežje ali pa socialna izolacija. Če pogledamo odstotke alterjev, oddaljenih do 15 minut vožnje z avtomobilom, je očitno, da je v vseh skupinah ta odstotek blizu ali večji od 50 %. Prav veliko zelo oddaljenih alterjev ni. Omrežja socialne opore starejših ljudi so v Sloveniji večinoma tudi lokalna omrežja.

Nadaljujmo s tretjo in peto skupino, ki sta tudi nekaj posebnega. Pri obeh skupinah gre pretežno za ženske (tretja skupina 71 %, peta skupina 62 %). Obakrat gre v povprečju za enočlanska gospodinjstva. Odstotek ovdovelih je najvišji med vsemi skupinami (tretja 48 % in peta 45 %). Izobrazba je nižja (52 % pri tretji

skupini in 56 % pri peti skupini ima manj kot štiriletno srednjo šolo). Pri obeh skupinah imamo največji delež gospodinjstev z osebnim dohodkom, nižjim od 130.000 (53 % in 54 %). Glede načina bivanja skupini ne odstopata od skupnega vzorca. Glede demografskih značilnosti sta si skupini precej podobni, razlikujeta pa se pri sestavi omrežja. Tretja skupina ima tudi največja omrežja, velikost je sedem. Sorodniki predstavljajo 70 % celotnega omrežja (pri čemer otroci predstavljajo le 21 % omrežja, drugi sorodniki pa kar 45 %). Kot dodaten vir se pojavijo tudi sosedi, vendar ne v velikem obsegu (12 %). Večina (66 %) alterjev živi v oddaljenosti do pet minut vožnje z avtomobilom. Po tipologiji Wengerjeve bi tako omrežje socialne opore lahko uvrstili med omrežje integrirano v bivalno okolje ali v družinsko omrežje, morda celo bolj med družinsko omrežje, saj omrežje sestavljajo predvsem sorodniki. Gre torej večinoma za vdove, ki živijo same in se za socialno oporo zanašajo predvsem na širše sorodstvo, v manjši meri tudi na sosede, omrežje pa je veliko.

Peto skupino pa lahko opisali s tipom omrežja, integriranega v bivalno okolje (Wenger, 1994). Omrežje je sicer manjše – v povprečju imamo le štiri člane, so pa najpomembnejši prijatelji (45 % – kar je največji odstotek med vsemi skupinami), sledijo jim sosede (27 % – kar je tudi največji odstotek med vsemi skupinami) in sorodniki (21 %). Poleg prve skupine je ta skupina edina, ki je primarno usmerjena na nesorodniške vire socialne opore. Skoraj vsi člani omrežja pa živijo v bližini.

Ostale tri skupine – druga, četrta in šesta imajo nekaj skupnih značilnosti, se pa tudi med seboj razlikujejo glede na demografske značilnosti starejših ljudi. V drugi in četrti skupini imamo največji odstotek poročenih (72 % druga skupina in 68 % četrta skupina). Glede izobrazbe je v četrti skupini največji odstotek oseb z manj kot štiriletno srednjo šolo (62 %), podobno tudi šesta skupina – 59 % in druga skupina – 52 %. Velike razlike med temi skupinami pa imamo v dohodku gospodinjstva, v četrtki skupini imamo le 25 % gospodinjstev z dohodkom, nižjim kot 130.000, v drugi skupini le 38 % in v šesti kar 48 %. Vse tri skupine v večini bivajo v hiši (četrta skupina 85 %, druga skupina 74 % in šesta skupina 72 %). Izkaže se, da je četrta skupina edina s pravim razširjenim gospodinjstvom, saj gre v povprečju za štiričlanska gospodinjstva. To je tudi edina skupina starejših ljudi, ki je svoje bivalno okolje opisala večinoma kot vaško (kar 62 %). Drugi dve skupini ne odstopata od povprečja v načinu bivanja.

Poglejmo si značilnosti omrežij socialne opore, kjer tudi najdemo zanimive podobnosti in razlike. Vse tri skupine bi lahko uvrstili med družinska omrežja – tip po Wengerjevi (1994), saj je sorodstvo najpomembnejši vir socialne opore in zaznaven odstotek jih živi kar v gospodinjstvu starejšega človeka; v sestavi omrežja pa vseeno najdemo precej razlik.

Tabela 8: Demografske značilnosti anketirancev pri razvrstitvi v šest skupin

Starost	N	Ž	ŠČG	ŠO	Zakonski stan	Izobrazba	Dohodek gosp.	Hiša	Bivanje
(1) 72	138	54 %	2	0	poročeni 47 % ovdoveli 38 %	34 %	34 %	hiša 57 %	vaško 25 % mestno 64 %
(2) 72	134	49 %	2	0	poročeni 72 %, ovdoveli 16 %	52 %	38 %	hiša 74 %	vaško 37 % mestno 37 %
(3) 73	128	71 %	2*	0	poročeni 41 %, ovdoveli 48 %	52 %	53 %	hiša 66 %	vaško 38 % mestno 38 %
(4) 70	94	45 %	4	1	poročeni 68 %, ovdoveli 28 %	62 %	25 %	hiša 85 %	vaško 62 % mestno 19 %
(5) 72	96	62 %	1	0	poročeni 41 %, ovdoveli 45 %	56 %	54 %	hiša 66 %	vaško 42 % mestno 42 %
(6) 73	72	69 %	2	0	poročeni 53 %, ovdoveli 38 %	59 %	48 %	hiša 72 %	vaško 40 % mestno 33 %

Vir: Hlebec 2003

* Mediana za to skupino se ne ujema z aritmetično sredino, je 1.

Opomba: ŠČG –število članov gospodinjstva, ŠO – število otrok anketiranca, ki živijo v gospodinjstvu. Pri spremenljivki zakonski stan sta vpisana le odstotek poročenih in ovdovelih. Pri spremenljivki izobrazba je prikazan odstotek anketirancev s poklicno srednjo šolo ali manj. Pri spremenljivki dohodek je prikazan odstotek anketirancev, kjer je dohodek gospodinjstva manjši od 130.000 tolarjev (cca 540 €)

V drugi skupini sorodniki predstavljajo 51 % omrežja (19 % otroci, 19 % sestre ali bratje in 13 % drugo sorodstvo). Porazdelitev sorodniškega omrežja je najbolj enakomerna med vsemi skupinami. Prijatelji predstavljajo 14 % omrežja. Večina članov omrežja biva v oddaljenosti do 15 minut vožnje z avtomobilom, kar 20 % pa jih biva v gospodinjstvu. Omrežje je srednje veliko – pet oseb (s 70 % alterjev so stiki pogosti). Alterji so v povprečju najstarejši – 60 let. Najbrž gre starost alterje pripisati deležu bratov in sester v omrežju (19 % kar je največ med vsemi skupinami), odstotki drugih sorodnikov – 13 % in prijateljev²¹ – 14 %.

Četrta skupina je edina skupina, ki bi jo lahko opisali kot tradicionalno skupino starejših ljudi. Vaško okolje, bivanje v razširjeni družini (dve generaciji skupaj) in večja gospodinjstva. Najmočnejši vir socialne opore so sorodniki (skupaj 54 %), med katerimi so najpomembnejši vir otroci (27 %) in drugi sorodniki – 19 %. Omrežja so večja – šest članov v povprečju. Največji odstotek omrežja, če primerjamo z ostalimi skupinami, živi kar v istem gospodinjstvu (32 %), malo manj kot polovico (48 %) pa jih živi v oddaljenosti do 15 minut vožnje z avtomobilom. Z večino članov omrežja so stiki redni in pogosti (70 %).

²¹ Tudi pri dveh drugih skupinah, v katerih so prijatelji pomemben vir socialne opore (prva in peta skupina), je povprečna starost alterjev višja (58 in 57 let).

Tabela 9: Značilnosti omrežij socialne opore in vezi med anketiranci in alterji

Skupine	1	2	3	4	5	6
Velikost	7	5	7	6	4	3
Povprečno število opor	1	2	2	2	2	3
Odstotek specialistov	66	56	51	54	30	8
Odstotek z 3+ funkcijami	11	16	20	18	36	73
Odstotek otrok	13	19	21	27	14	56
Odstotek bratov ali sester	6	19	4	8	2	3
Odstotek drugih sorodnikov	16	13	45	19	5	9
Odstotek prijateljev	37	14	8	16	45	6
Odstotek sosedov	9	11	12	13	27	8
Odstotek pogostih stikov	37	70	67	70	73	87
Odstotek redkih stikov	30	7	5	8	2	3
Povprečna pomembnost	4,0	4,4	4,6	4,5	4,3	4,8
Povprečno trajanje odnosa	35	44	33	38	32	42
Povprečna starost	58	60	46	51	57	51
Odstotek žensk v omrežju	53	53	50	50	53	50
Odstotek v istem gospodinjstvu	6	20	5	32	4	23
Odstotek oddaljenih do 15 minut Vožnje	56	58	66	48	84	59
Odstotek oddaljenih za več kot 30 minut vožnje	20	10	15	9	3	11

Vir: Hlebec 2003

Skupina šest izstopa po velikosti omrežja socialne opore. Ta omrežja so izredno majhna – v povprečju 3 osebe. Gre predvsem za ženske – 69 %, ki so manj izobražene (59 % ima manj kot štiriletno srednjo šolo) in revnejše – skoraj polovica ima dohodke gospodinjstva manjše od 130.000 sit. Izrazita je usmerjenost na otroke, saj ti predstavljajo kar 56 % omrežja. Vsi ostali viri predstavljajo manj kot 10 % omrežja. Stiki so z večino omrežja redni in pogosti (84 %) in kar 23 % omrežja je v istem gospodinjstvu, kar 59 % pa živi v oddaljenosti do 15 minut vožnje z avtomobilom. Osebe v omrežju so v povprečju ocenjene kot zelo pomembne – 4,8 in so v povprečju zadolžene za največje število opor – tri. Specializiranih oseb (oseb z eno samo vrsto opore) skoraj ni. To zadnjo skupino bi morda lahko uvrstili tudi v samozadostno omrežje ali omrežje z zaprto zasebnostjo, vendar Wengerjeva poudarja, da gre za skupine starejših ljudi brez otrok. Še najbolj bi skupino lahko primerjali z omrežjem z zaprto zasebnostjo, saj ni nobene povezanosti s sosedi ali prijatelji.

Pri nas tako ločimo šest tipov omrežij:

1. **Omrežje širšega urbanega bivalnega okolja** predstavlja petino vzorca. Hkrati je to edini urbani tip starejših ljudi. Po značilnosti omrežja socialne opore je ta skupina nekaj posebnega, saj je pretežno orientirana k prijateljem in šele nato k sorodnikom, kjer so enakovredno zastopani otroci in drugi sorodniki. Omrežje socialne opore te skupine je geografsko najbolj razpršeno. Omrežje je večje.
2. **Heterogeno družinsko omrežje** enakomerne obremenjenosti. Večinoma gre za poročene pare. Sorodstvo je najpomembnejši vir socialne opore, porazdelitev sorodniškega omrežja pa je najbolj enakomerna med vsemi skupinami. Omrežje je srednje veliko in tesno povezano. Alterji so v povprečju najstarejši.
3. **Omrežje, integrirano v bivalno okolje.** Gre za skupino, ki jo pretežno predstavljajo ženske (enočlanska gospodinjstva). Skupina ima tudi največja omrežja. Sorodniki predstavljajo 70 % celotnega omrežja (pri čemer so otroci le manjši del tega omrežja). Kot dodaten vir so tudi sosedji, vendar ne v velikem obsegu. Večina alterjev živi v bližini (oddaljenosti do pet minut vožnje z avtomobilom).
4. **Heterogeno družinsko omrežje z razširjenim gospodinjstvom.** Najmočnejši vir socialne opore so sorodniki, med katerimi so najpomembnejši vir otroci in nato drugi sorodniki. Omrežja so večja. Največji odstotek omrežja, če primerjamo z ostalimi skupinami, živi kar v istem gospodinjstvu.
5. **Omrežje, integrirano v bivalno okolje** – gre v povprečju za enočlanska gospodinjstva (samske ženske). Omrežje je sicer manjše, so pa najpomembnejši prijatelji in sosedje (največ med vsemi skupinami). Skoraj vsi člani omrežja živijo v bližini.
6. **Homogeno družinska omrežja.** Izrazita je usmerjenost na otroke, saj ti predstavljajo kar 56 % omrežja. Stiki so z večino omrežja redni in pogosti; precejšen del omrežja je v istem gospodinjstvu.

Če poskušamo razmišljati o zadovoljevanju potreb starejših ljudi in potrebah po dodatni formalni pomoči v primeru večjih potreb po socialni opori, lahko ugotovimo, da čistih, najbolj ogroženih tipov po Wengerjevi (1994) v Sloveniji nimamo zaradi geografske bližine sorodnikov. Prevladuje družinski oziroma sorodniški tip omrežja socialne opore, kar pomeni dobro opremljenost z neformalnimi viri. Po drugi strani pa to pomeni večjo obremenitev (predvsem) žensk v družinskem omrežju starejših. V primeru, da bi tipična skrbnica bila izpostavljena tekmujočim zahtevam po oskrbi (skrb za otroke ali partnerja) ali zelo velikim zahtevam po oskrbi (npr. v primeru duševne obolenosti starejšega človeka), lahko

pride do prehude obremenjenosti in hitro povečanih potreb po dodatni formalni pomoči (Wenger, 1994: 13). Najbolj opremljeni z viri socialne opore (sicer primarno sorodniškimi) so starejši, ki bivajo v vaškem okolju v razširjeni družini. Najbolj občutljiva v smislu ranljivosti pa je zadnja skupina (večinoma ženske), saj imajo zelo majhna omrežja, ki so primarno orientirana na otroke. V primeru povečanih potreb po socialni opori imajo te starostnice na voljo zelo malo alternativnih neformalnih virov. Tudi tu lahko pričakujemo povečano potrebo po formalnih storitvah.

NALOGE ZA ŠTUDENTE

Razmislite, kdo so člani omrežja vaših staršev in starih staršev. Primerjajte s svojim socialnim omrežjem.

Kako pomembni so ti člani omrežja? Kakšne vrste oporo nudijo? Ali nudijo več vrst opore ali le eno?

Pri katerih opravilih pomagajo?

Kako pogosti so njihovi stiki?

DODATNO BRANJE

Šadl, Z. in Hlebec, V. 2007. Emocionalna opora v omrežjih srednje in starejše generacije v časovni perspektivi. *Teorija in praksa*, letn. 44, št. 1/2, str. 226–253.

Nagode, M., Dremelj, P. in Hlebec, V. 2006. Ponudniki socialne opore starostnikom v ruralnem in urbanem okolju. *Teorija in praksa*, let. 43, št. 5–6, str. 814–827.

Filipovič Hrast, M., Kogovšek, T., in Hlebec, V. 2005. Starejši človeki in njihova vpetost v sosedstva omrežja. *Družboslovne razprave* 21 (49/50): 205–221.

Hlebec, V. 2004. Socialna opora starejših ljudi v perspektivi spolov. *Teorija in praksa* 41 (5/6): 992–1007.

MEDGENERACIJSKA SOLIDARNOST²²

Medgeneracijsko solidarnost lahko opredelimo kot socialno povezanost med generacijami (Bengston in Oyama 2007). Nanaša se na odnose med ljudmi in na preiskovanje vezi, ki povezujejo posameznike s skupinami in skupine med seboj. Solidarnost se navezuje na pozitivne vidike povezovanja med ljudmi (toplina, naklonjenost, privlačnost, interakcija, nudenje pomoči, ko je potrebna). Pri tem pa lahko generacije razumemo na dva načina. Najprej kot skupino v družbi, ki je definirana s starostjo, tj. mladi in stari. Gre torej za starostne kohorte, in torej ne (nujno) osebe, ki bi bile sorodstveno povezane. Drugo razumevanje solidarnosti med generacijami pa opisuje odnose med družinskimi člani, tj. med starimi starši, starši in otroki.

Ti dve razumevanji generacij se vežeta tudi na različne nivoje opazovanja medgeneracijske solidarnosti. Slednjo namreč lahko opazujemo in analiziramo na treh nivojih: na makro nivoju, srednjem ali mikro nivoju. Na prvih dveh nivojih se medgeneracijska solidarnost nanaša na opazovanje odnosov med generacijami kot odnosov med starostnimi kohortami. Nasprotno pa se na mikro nivoju medgeneracijska solidarnost opazuje na ravni družine in odnosov med družinskimi člani. Tem se posvečamo v nadaljevanju.

Teorije medgeneracijske solidarnosti

Makro nivo opazovanja medgeneracijske solidarnosti je javni, sistemski nivo in se povezuje z delovanjem sistemov blaginje na ravni držav. Medgeneracijska solidarnost je namreč vgrajena v mnoge sisteme, ki jih pozna sodobna država blaginje.

²² Poglavje temelji na poglavjih, predhodno objavljenih v monografiji *Medgeneracijska solidarnost v Sloveniji* (Hlebec in dr. 2012).

Takšen primer je pokojninski sistem, kjer na podlagi medgeneracijske solidarnosti finančni transfer potuje od mladih in aktivnih k starejšim, neaktivnim, s predpostavko, da bodo ko bodo sami prišli v obdobje neaktivnosti, bodo ravno tako upravičeni do denarnih transferjev novih mladih in aktivnih generacij. Podobno velja tudi za zdravstveni sistem in izobraževalni sistem. Državo blaginje lahko razumemo kot obliko družbene pogodbe med generacijami, ki obstaja vzporedno z medgeneracijskimi odnosi v okviru družine in sorodstva, saj regulira odnose med generacijami (prek pokojninskih in izobraževalnih sistemov), hkrati pa regulira tudi medgeneracijske odnose v okviru družine (prek družinske politike, opredelitve dolžnosti idr., Saraceno 2008, 2). Kot pravijo Albertini idr. (2007, 319) »je medgeneracijska pogodba najpomembnejši in hkrati najbolj sporen del sodobnih sistemov blaginje«. Podobno meni Mandič (2009, 144), namreč, da je vprašanje razmerja med generacijami eno ključnih za državo blaginje, saj velik del njenih programov pravzaprav prerazporeja denarne in druge vire med generacije (npr. otroške dodatke, porodniški dopust, otroško varstvo, pokojninsko zavarovanje, dolgotrajno oskrbo). Ob demografskih pritiskih in spremenjenih razmerjih med generacijami (naraščajoče število starih z vse daljšo življenjsko dobo in upadajoče število mladih) te razporeditve lahko postanejo problematične z vidika pravične delitve virov ter predvsem finančne vzdržnosti finančnih sistemov. V celotni Evropi, ki se sooča z intenzivnim staranjem prebivalstva, se zato posamezne države in Evropska unija ukvarjajo z (načrtovanimi ali že izpeljanimi) reformami, kar je vidno tudi v Sloveniji v zadnjem času (npr. pokojninska in zdravstvena reforma).

Seveda pa makro nivoja ne moremo oz. ne bi smeli opazovati ločeno, torej brez upoštevanja transferjev in medgeneracijske solidarnosti na srednjem in mikro nivoju, na kar opozarjajo številni avtorji (npr. Albertini idr. 2007).

Teoretski model, ki ga je razvila skupina raziskovalcev (Albertini idr. 2007), ki raziskuje medgeneracijsko solidarnost s podatki raziskave SHARE in ki v veliki meri temelji na Bengstonovem modelu medgeneracijske solidarnosti, poskuša zajeti medgeneracijsko solidarnost na makro in na mikro nivoju. Upošteva torej makro nivo, v katerem se različni strukturni, institucionalni in kulturni faktorji povezujejo tudi s specifičnimi sistemi blaginje, ter mikro faktorji, tj. značilnostmi družine (na primer Albertini idr. 2007). Makro nivo opredelijo kot vse, kar je nad družino, medtem ko mikro nivo predstavlja nivo družine, posameznikov in diad. Na medgeneracijsko solidarnost v družini pa vplivajo strukturni, institucionalni in kulturni dejavniki, ki se izražajo tako na mikro kot na makro nivoju.

Tabela 10: Teoretski model medgeneracijske solidarnosti in dejavnikov, ki nanjo vplivajo

	Makro nivo	Mikro nivo
Strukturni dejavniki	demografska struktura družin in gospodinjstev, struktura trga dela, porazdelitev dohodka in bogastva	sestava družine in gospodinjstva, izobrazbene in poklicne značilnosti staršev in otrok, dohodek in premoženje oseb
Institucionalni dejavniki	z zakonom določene dolžnosti med generacijami, obdavčevanje daril in dedovanja, družinske politike, politike socialnega varstva	zakonski stan, kohabitacija, delitev dela v gospodinjstvu
Kulturni dejavniki	verske tradicije, družinske vrednote, odnos do spolnih (ne)enakosti, vrednote, povezane s staranjem in generacijami	vrednote, prepričanja in kulturne prakse družin, staršev in otrok

Vir: Albertini idr. (2007: 321)

Mikro nivo medgeneracijske solidarnosti običajno zajema odnose med generacijami v okviru ene družine. Opazujemo odnos med odraslimi otroci in njihovimi starši. Na mikro nivoju torej lahko medgeneracijsko solidarnost opredelimo kot vedenjsko in emocionalno dimenzijo interakcije, povezanosti, čustvovanja in podpore med starši in otroki, starimi starši in vnuki (Bengston in Oyama 2007, 9). Ta nivo opazovanja medgeneracijske solidarnosti ima daljšo teoretično in raziskovalno zgodovino, ki je doživela še intenzivnejši razmah v zadnjem času.

Za opazovanje medgeneracijske solidarnosti na mikro nivoju, tj. predvsem v okviru družine, je ključen model/teorija medgeneracijske solidarnosti, ki so ga razvili Bengston in kolegi. Ta teorija poskuša zajeti različne vzorce solidarnosti med generacijami, oz. bolj neposredno med (odraslimi) otroki in njihovimi starši. Pri tem izhaja iz različnih teoretskih tradicij, kot so klasične teorije družbene organiziranosti, socialna psihologija skupinske dinamike in razvojna perspektiva v okviru družinske teorije (Bengston in Roberts 1991).

Medgeneracijska družinska solidarnost je v okviru tega modela definirana kot večnivojski, večrazsežen koncept; sestavlja ga šest elementov odnosa med staršem in otrokom:

- naklonjenost oz. emocionalna povezanost (*affection*),
- povezanost oz. stiki (*association*),
- konsenz oziroma podobnost v vrednotah in prepričanjih (*consensus*),
- funkcionalnost oz. delitev virov (*resource sharing*),
- jakost družinskih norm (*strength of familism norms*),
- struktura priložnosti, da se medgeneracijske izmenjave vzdržujejo (*opportunity structure*).

Ti elementi torej predstavljajo odnosno, emocionalno in kognitivno orientacijo, značilno za diado starši–odrasli otroci. V spodnji tabeli predstavljamo definicijo posamezne razsežnosti ali elementa medgeneracijske solidarnosti ter empirične indikatorje, kot sta jih opredelila Bengston in Roberts (1991). O načinih merjenja medgeneracijske solidarnosti v raziskavah več v naslednjem poglavju.

Tabela 11: Razsežnosti medgeneracijske solidarnosti

Razsežnost solidarnosti	Definicija	Empirični kazalci
Povezanost/ interakcijska solidarnost	Pogostost in vzorci interakcije med družinskimi člani	• pogostost medgeneracijskih interakcij ali stikov (npr. osebnih, telefonskih, elektronska pošta, idr.) • vrste skupnih aktivnosti ali druženj (rekreacija, posebne priložnosti idr.)
Emocionalna solidarnost	vrsta in stopnja pozitivnih čustev o družinskih članih ter stopnja vzajemnosti teh čustev	• izražanje naklonjenosti, topline, bližine, razumevanja, zaupanja, spoštovanja ipd. do članov družine • percipirana vzajemnosti pozitivnih čustev med člani družine
Konsenzualna solidarnost	stopnja ujemanja vrednot, stališč, prepričanj med družinskimi člani	• skladnost družinskih članov glede specifičnih vrednot, stališč in prepričanj • percipirane podobnost z drugimi družinskimi člani v vrednotah, stališčih in prepričanjih
Funkcionalna solidarnost	stopnja pomoči in izmenjave virov	• pogostost medgeneracijskih izmenjav pomoči (npr. finančne, fizične, emocionalne) • percepcije vzajemnosti medgeneracijskih izmenjav pomoči
Normativna solidarnost	stopnja zavezanosti družinskim normam in družinskim obvezam, opravljanju družinskih vlog in izpolnjevanju družinskih dolžnosti	• percepcija pomembnosti družine in medgeneracijskih vezi • percepcija moči družinskih dolžnosti, ki jih imajo otroci do svojih staršev
Strukturna solidarnost	tip, število in geografska bližina družinskih članov	• geografska bližina bivališč družinskih članov • število članov družine; • zdravje družinskih članov.

Vir: Bengston in Roberts (1991: 857).

Ta model je bil precej kritiziran predvsem z vidika, da ne upošteva negativne strani odnosov in ambivalentnosti med starši in njihovimi odraslimi otroki (več o kritikah in ambivalentnosti teh odnosov v nadaljevanju). Solidarnost namreč ne pomeni odsotnost konflikta (Szydlik 2008). Na podlagi teh kritik je bil model dopolnjen, tako da je vključeval negativne odnose med starši in odraslimi otroki kot pomemben dejavnik medgeneracijske solidarnosti (Parrot in Bengston 1999).

Njuna empirična raziskava pa je pokazala, da konflikti v preteklosti niso vplivali na sedanjo funkcionalno solidarnost med starši in otroki.

Kakšna pa je povezava med posameznimi razsežnostmi oziroma komponentami medgeneracijske solidarnosti? Bengston in Roberts (1991) sta ugotovila povezanost med normativno solidarnostjo ter naklonjenostjo. Slednja pozitivno vpliva na povezanost oz. pogostost stikov med starši in otroki. Nadalje strukturna solidarnost, kot sta geografska bližina staršev in njihovo dobro zdravje, tudi povečuje intenzivnost stikov med starši in odraslimi otroki. Tudi številni drugi raziskovalci so podrobneje analizirali kako »deluje« medgeneracijska solidarnost in kateri dejavniki pomembno vplivajo na odnose med starejšimi in njihovimi odraslimi otroki (pri čemer so pogosto opazovali posamezne dimenzije medgeneracijske solidarnosti). Tako so na primer Lawton idr. (1994) potrdili, da je povezava med emocionalno bližino in pogostostjo stikov (vendar le pri materi in njenih odraslih otrocih).

Na podlagi posameznih dimenzij medgeneracijske solidarnosti (strukturne, funkcionalne, konsenzualne, emocionalne ter stikov) sta Silverstein in Bengston (1997) oblikovala tipologijo medgeneracijskih odnosov. Identificirala sta namreč pet tipov odnosov med otroci in starši, in sicer:

1. *Tesno povezani odnosi (tight-knit relations)*: zanje je značilna močna medgeneracijska solidarnost na vseh opazovanih razsežnostih (strukturni, emocionalni, funkcionalni, konsenzualni solidarnosti in povezanosti). Ta tip odnosov naj bi bil značilen za tradicionalne razširjene družine (*traditional extended family*).
2. *Izolirani odnosi (detached relations)*: zanje je značilno, da ni močne solidarnosti na nobeni od opazovanih razsežnosti in torej predstavljajo odsotnost solidarnosti. Ti odnosi so značilni za »izolirane razširjene družine« (*isolated extended family*).
3. *Družabni odnosi (sociable relations)*: gre za mešani tip, saj je solidarnost različno intenzivna glede na posamezne razsežnosti – tako za te odnose ni značilna funkcionalna solidarnost (prejemanje ali nudenje pomoči), so pa vse ostale oblike solidarnosti, tj. emocionalna solidarnost, stiki, konsenz in živijo v bližini. Takšni odnosi naj bi bili značilni za »spremenjene razširjene družine« (*modified extended family*).
4. *Intimni in oddaljeni odnosi (intimate but distant relations)*: tudi tu gre za mešan tip odnosa, saj je solidarnost različno intenzivna po posameznih razsežnostih. Za te odnose je značilna močna emocionalna in konsenzualna solidarnost, ni pa močne solidarnosti glede na druge razsežnosti (torej ni pogostih stikov ali geografske bližine in tudi ni nudenja ali prejemanja pomoči).

5. *Odnos dolžnosti (obligatory relations)*: za te odnose je značilna povprečna raven funkcionalne solidarnosti, torej relativno pogosta je praktična pomoč in strukturna solidarnost, bližina in stiki, ni pa emocionalne bližine oziroma pozitivnih čustev in konsenzualne solidarnosti.

Pri tem sta avtorja ugotavljala, da nobeden od teh odnosov ne predstavlja »tipičnega« odnosa med otrokom in starši. Za odnose med materjo in otrokom je na primer najpogostejši tip odnosa močno povezan odnos, vendar tudi ta predstavlja manj kot tretjino vseh odnosov. Nasprotno je najbolj pogost tip odnosa med očetom in otrokom t. i. nepovezan odnos, ki pa zajema le četrtno vseh odnosov. Odnosi s starši se torej precej razlikujejo glede na njihov spol, medtem ko so po ugotovitvah avtorjev razlike glede na spol otrok manjše.

Dejavniki, ki vplivajo na medgeneracijsko solidarnost

Na medgeneracijsko solidarnost vplivajo številni dejavniki. Szydlík (2008) jih razvrsti v štiri kategorije²³:

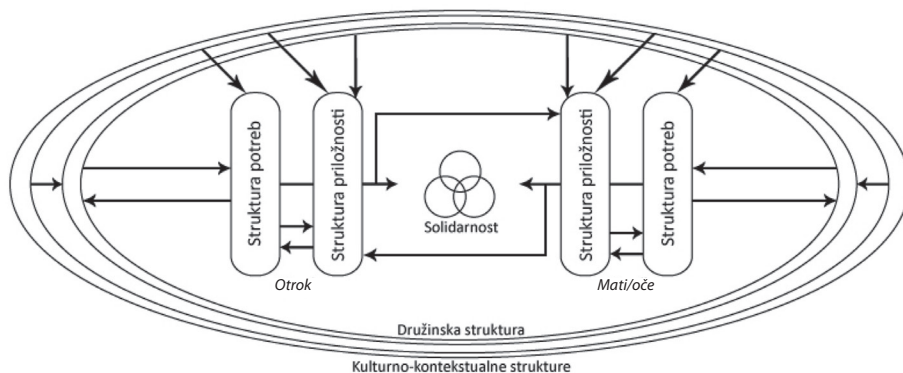
- struktura priložnosti (*opportunity structure*): priložnosti ali viri medgeneracijske solidarnosti (npr. geografska bližina);
- struktura potreb (*needs structure*): na primer finančne potrebe, zdravstvene, emocionalne potrebe;
- družinska struktura (*family structure*): sestava družine, zgodovina druženja;
- kulturno-kontekstualne strukture (*cultural-contextual structures*): družbeni, ekonomski in davčni sistem, država blaginje, stanovanjski trg, trg dela in podobno.

Slikovni prikaz njegovega modela je prikazan v nadaljevanju (Slika 2).

Szydlík (ibid.) tako ugotavlja, da na emocionalno solidarnost izrazito pozitivno vpliva večja geografska bližina. Nadalje, transferji v družini so odvisni od priložnosti (npr. ali starši imajo denar, da ga lahko dajo svojim odraslim otrokom) ter potreb (brezposelni ali šolajoči otroci dobijo več finančnih transferjev). Socioekonomski status se torej kaže kot pomemben del priložnosti za medgeneracijsko solidarnost. Kot kažejo nekatere raziskave, naj bi imeli starši z nižjim socioekonomskim statusom manj stikov z odraslimi otroki in naj bi živeli dlje od njih (Greenwell in Bengston 1997 v Bengston idr. 2002).

²³ Pri tem je treba poudariti, da avtor razlikuje tri razsežnosti medgeneracijske solidarnosti; to so funkcionalna solidarnost, emocionalna ter povezanost ali interakcijska solidarnost.

Slika 2: Teoretični model medgeneracijske solidarnosti



Vir: Szydlik (2008)

Sestava družine je naslednji pomemben dejavnik. Raziskave so pokazale številne razlike v medgeneracijski solidarnosti glede na spol staršev in glede na spol odraslih otrok ter tudi glede na status staršev – ločeni ali poročeni (Lawton idr. 1994, Silverstein idr. 1995). Tako so na primer motivacije za pomoč ostarelim staršem različne med hčerami in sinovi – hčere nudijo več opore v primeru močnejše emocionalne navezanosti, sinovi pa v primeru večje količine stikov (Silverstein idr. 1995). Pomemben je tudi spol staršev, saj so odrasli otroci pogostejše povezani z materami kot z očetmi (Silverstein in Bengtson 1997). Kot ugotavlja Szydlik (2008), je močna povezovalna vloga žensk, saj so odnosi med materami in hčerami običajno močnejši in bolj stabilni v času. Tudi zgodovina odnosov v družini vpliva na medgeneracijsko solidarnost. In sicer naj bi odnosi, kjer so bili starši in otroci močno emocionalno povezani v preteklosti, pogostejše tudi kasneje vzajemni in obstaja večja verjetnost prejetja in dajanja različnih oblik opore in pomoči (Parrot in Bengtson 1999).

Nadalje naj bi na medgeneracijsko solidarnost pomembno vplivale tudi norme – tj. občutki obligacije, zavezanost družini. Vendar pa empirične raziskave te povezave niso jasno potrdile. V nekateri je bil tako vpliv norm viden le v odnosu z očetom, ne pa materjo (Parrot in Bengtson 1999). Silverstein idr. (2006) pa so ugotovili, da ob pešanju zdravja staršev norme vplivajo na večjo pripravljenost odraslih otrok pri nujenju opore. Pyke in Bengtson (1996) opozorita tudi na različne normativne pristope do skrbniške vloge. Identificirala sta namreč obstoj dveh različnih družinskih tipologij skrbi, in sicer t.i. individualistične

družine ter t.i. kolektivistične družine²⁴. Pri individualističnih družinah naj bi bila skrb minimalizirana in predvsem v okviru formalnih storitev. Nasprotno pa je v kolektivističnih družinah skrb porazdeljena med družinske člane in je oblika vzpostavljanja družinskih vezi in solidarnosti. Pri tem avtorja ugotavljata, da je običajno razumljena tradicionalna kolektivistična družinska ureditev povezana z večjo vlogo moških pri skrbi za starejše in omogoča večjo vpetost žensk v trg delovne sile.

Raziskave kažejo tudi na povezave med medgeneracijsko solidarnostjo in kulturno-strukturnim kontekstom ter celo družbenimi spremembami. Nekatere raziskave so pokazale na povezanost medgeneracijske opore z normami, ki se lahko navezujejo na poseben kontekst in tudi državo blaginje – tako na primer na Švedskem ljudje ne pričakujejo finančne opore v okviru družine, razen v zelo izjemnih okoliščinah (Bjornberg in Ekbrand 2008). Hank (2007) govori o obstoju širših kulturnih območij v evropskem prostoru (nastalih na podlagi zgodovinskega razvoja), za katere je značilen poseben tip družinskih struktur in povezanosti. Tako razlikuje: (1) severozahodno in centralno Evropo, kjer naj bi družinski člani pogosteje živeli bolj oddaljeno; (2) vzhodno in jugovzhodno Evropo, za katere so bolj značilne kompleksne družinske strukture, vključno s trigeneracijskimi gospodinjstvi ter (3) južno Evropo, za katere so značilne zelo močne vezi, čeprav razširjeni družinski vzorci niso pogosti. Učinki globalizacije naj bi vodili v manjšo skrb za starše in šibkejšo normativno solidarnost, hkrati pa tudi v večjo empatijo in emocionalno povezanost (Koyano 1996) (citirano v Bengston idr. 2002).

Nadalje je pomemben del raziskovanja medgeneracijske solidarnosti ugotavljanje njenih učinkov. Vplivala naj bi namreč na psihološko dobrobit, zdravje in celotno življenjsko dobo ter prispevala k blagostanju posameznikov in višji kakovosti življenja (Lowenstein 2007, Antonucci idr. 2007). Vendar pa – kot povzemajo raziskave Lowenstein idr. (2007) – učinki opore na kakovost življenja starejših niso enoznačni, ampak so pozitivni le do določene mere oziroma lahko imajo v preveliki meri negativen učinek (Silverstein idr. 1996), nekateri raziskovalci (Ingersoll-Dayton 2001, Lee idr. 1994) pa naj bi ugotavljali, da celo povečuje žalost in stres. Kot so v okviru mednarodne raziskave ugotovili Lowenstein idr. (ibid), je za zadovoljstvo z življenjem ključna vzajemnost medgeneracijskih odnosov. Tako so imeli najvišje zadovoljstvo z življenjem starejši, ki so pomagali

²⁴ Raziskava je bila narejena v ZDA in je bolj eksploratorne narave; njena posplošljivost je zelo omejena.

svojim otrokom, medtem ko so tisti, ki so prejeli pomoč, bili manj zadovoljni. Najpomembnejši vpliv na zadovoljstvo z življenjem pa ima emocionalna solidarnost.

Medgeneracijska solidarnost, konflikti in ambivalentnost

Ko govorimo o medgeneracijski solidarnosti se ne moremo izogniti tudi konceptom, ki so s to povezani, a kažejo bolj negativni pol odnosov med generacijami, kot so konflikt, nesoglasja in ambivalentnost. Slednje predstavlja tudi eno ključnih kritik t. i. Bengstonovega modela medgeneracijske solidarnosti – namreč usmerjenost le na pozitivne vidike odnosov med starši in odraslimi otroki ter zanemarjanje konfliktov. Bengstonov dopolnjeni model vključuje tudi konflikte kot pomemben dejavnik medgeneracijske solidarnosti (Parrot in Bengston 1999). Dopolnjeni model upošteva tudi potencialne negativne učinke (prevelike) solidarnosti ter predvideva solidarnost in konflikt kot stalen in dinamičen del družinskih odnosov (in ne le kot kontinuum, kjer so na eni strani visoko konfliktni odnosi in na drugi strani intenzivna solidarnost) (Lowenstein 2007 za pregled razvoja modela). Podobno meni tudi Szydlik (2008) – solidarnost in konflikt nista nasprotujoča, ampak se medgeneracijski odnosi razvijajo na kontinuumu med njima. Tako konflikt ne pomeni odsotnost solidarnosti (saj lahko na primer izvira iz solidarnosti, na primer skrbi za starejšega) in obratno, solidarnost ne pomeni odsotnost konflikta. Tako na primer za odrasle otroke pomoč, ki jo nudijo ostarelim staršem, kljub njihovi navezanosti nanje lahko pomeni stres in breme, na drugi strani pa tudi starši, ki prejema pomoč, lahko čutijo negativna čustva zaradi izgube avtonomnosti (na primer Szydlik 2008).

Szydlik (ibid.) opredeli konflikte glede na njihov učinek in glede na pogostost in rednost. Najprej jih deli na (1) konstruktivne in destruktivne, potem pa še na (2) naredke, občasne ali redne. Ugotavlja²⁵, da pogostejše konflikte spremlja manjša emocionalna povezanost med generacijami ter redkejši stiki. Najverjetnejša razlaga je, da intenzivni konflikti vodijo k šibkejšim odnosom. Nadalje je ugotovljeno, da so konflikti pogostejši, kadar so otroci v večjih finančnih težavah, ter da je finančna odvisnost od staršev sporna (lahko povzroča konflikte). Na konflikte vpliva tudi spol odraslega otroka, saj naj bi imele hčere pogostejše konflikte s svojimi starši kot sinovi, kar najverjetneje izhaja iz njihove večje vpetosti v te odnose.

²⁵ Raziskava je narejena na nemški populaciji.

Van Gaalen in Dykstra (2006) sta na podlagi razsežnosti solidarnosti in konfliktnosti v odnosih med starši in otroci oblikovala tipologijo teh odnosov, ki pa se ne gibljejo na enostavnem kontinuumu med solidarnimi in bolj konfliktnimi. Kot kaže analiza, določeni tipi solidarnosti niso vedno med seboj povezani, ravno tako pa tudi ne različni tipi in razlogi konfliktnosti – slednji se namreč med seboj povezujejo na specifične načine. In sicer odnose razvrstita v pet tipov:

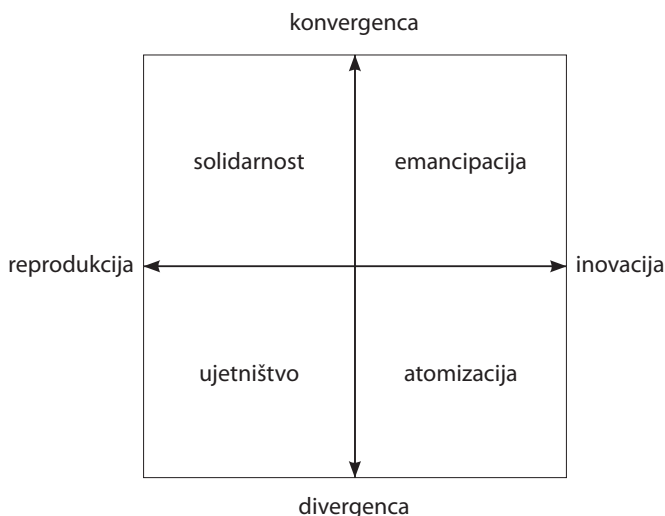
1. *harmonični odnosi (harmonious)*: zelo majhna verjetnost konfliktov, podobni odnosom s prijatelji);
2. *ambivalentni odnosi (ambivalent)*: intenzivna izmenjava materialne opore, ki pa jo spremlja obremenjenost, večja prisotnost konfliktov;
3. *odnosi obveze (obligatory)*: ne izstopa po opori ali konfliktnosti, je predvsem tip odnosa, kjer se stiki ohranjajo;
4. *naklonjeni odnosi (affective)*: emocionalna opora je prisotna, malo pa je drugih oblik izmenjave;
5. *disharmonični odnosi (discordant)*: prevladujejo negativni odnosi.

Vendar pa tudi osredotočanje na konflikte naj ne bi zajemalo odnosov med generacijami v celoti. Tako jih novejši modeli (Luescher in Pillemer 1998, Connidis in McMullin 2002, Luescher 2002), ki poskušajo koncipirati družinske in medgeneracijske odnose, opisujejo v okviru modela ambivalence, po katerem se predpostavlja stalno sociološko in psihološko nasprotje in iskanje ravnotežja med solidarnostjo in konfliktom v vsakodnevem življenju. Gre torej za dve paradigmi odnosov med starši in otroki v odrasli dobi. Medgeneracijski odnosi v okviru drugega modela naj bi bili zaznamovani s stalnimi nasprotji, ki se ne morejo zmanjšati (Lowenstein 2007). Ambivalentnost se torej v pojmovanju razlikuje od konfliktov, saj so ti (lahko) razrešeni (Luescher 2002).

Luescher (2002: 587) opredeli v okviru sociološkega raziskovanja medgeneracijskih odnosov ambivalenco kot polarizirane, simultane (sočasne) emocije, misli, odnose in strukture, ki so pomembni za vzpostavljanje posameznikov ali kolektivne identitete in ki so začasno ali celo za stalno (permanentno) neusklajeni oziroma nepomirljivi (*irreconcilable*). Avtor (ibid.) nadalje predlaga model ambivalentnosti, kjer razlikuje dve glavni razsežnosti: (1) osebna razsežnost (*personal*) izhaja iz posameznika kot subjekta in opisuje posameznikovo ambivalentnost, ki izhaja iz njegovih osebnih značilnosti, tj. iz podobnosti in razlik; (2) strukturna ali institucionalna razsežnost pa izhaja iz družine kot institucije in torej umeščenosti odnosa v to institucijo ter predpostavlja napetost, ambivalentnost med ohranjanjem prejšnjega odnosa in njegovo spremembo. Posameznik se mora torej z ambivalentnostjo soočiti v vsakodnevem življenju. Pri tem Luescher (ibid.) razlikuje štiri načine /odzive na ambivalentnost v odnosu med staršem in otrokom:

1. solidarnost – pripravljenost obeh generacij za vzajemno pomoč;
2. emancipacija – odnos, v katerem prevladujejo dejanja, ki podpirajo medsebojno emocionalno navezanost ter hkrati pripravljenost na institucionalno spremembo;
3. atomizacija – povezanost družine ni več zagotovljena z institucionalnimi vezmi, ampak se družina fragmentira, dejanja pa sledijo predvsem konflikt-nemu ločevanju, ob vzporednem zavedanju medgeneracijskih vezi;
4. ujetništvo – odnos, v katerem je sklicevanje na institucijo (medgeneracijskih družinskih vezi) način za vzpostavljanje zahtev enega družinskega člana do drugega (običajno staršev do otrok); odnos lahko opišemo kot nadrejeni/ podrejeni, pritisk in moč se vzpostavljata na podlagi moralnih obvez.

Slika 3: Načini spopadanja z ambivalentnostjo



Vir: Luescher (2002: 590).

Proučevanje ambivalentnosti se kaže kot primeren način opazovanja medgeneracijskih odnosov. Raziskave namreč potrjujejo obstoj ambivalence. Tako na primer Pillemer idr. (2007) ugotavljajo, da njihova raziskava potrjuje ambivalentnost staršev, ki je vidna v konfliktnosti med normam solidarnosti z odraslimi otroki in pričakovanji, da bodo odrasli otroci postali samostojni. Fingerman idr. (2004) pa so v svoji raziskavi socialnih omrežij ugotovili, da so bližnji odnosi (kot so odnosi

med partnerjema, otroci, starši) bolj ambivalentni, kot pa na primer odnosi z bolj oddaljenimi družinskimi člani, prijatelji ali znanci. Pri tem se je pokazala tudi razlika glede na starost, saj so starejši odrasli manj pogosto svoje odnose v primerjavi z mlajšimi odraslimi označili kot ambivalentne.

Konflikti in makro nivo medgeneracijske solidarnosti

Medgeneracijska solidarnost je povezana s konflikti in ambivalentnostjo tudi na makro in srednjih nivojih in ne le na mikro nivoju. Tako na primer na makro nivoju, ko govorimo o odnosih med generacijami, povezujemo medgeneracijsko solidarnost kot pomemben način preprečevanja konfliktov med generacijami. Konflikti med generacijami pa so lahko rezultat demografskih sprememb, saj te vplivajo na blaginjske sisteme, delitev moči v družbi idr. Mnogi avtorji namreč opozarjajo na nujnost spremembe sistemov, kot sta zdravstveni in pokojninski sistem, da bi zagotovili pravičnost in enakomerno obremenjenost generacij ter s tem preprečili konflikte med generacijami. Pomembno vprašanje na nivoju države je na primer to, kako ob demografskih (in gospodarskih) spremembah ohraniti finančno vzdržnost pokojninskih in zdravstvenih sistemov ter hkrati ohraniti vlaganje v mlade – na primer v izobraževalni sistem (na primer Albertini idr. 2007, Saraceno 2008).

Kot pravita Bengtson in Oyama (2007), so štirje globalni trendi vplivali na spremembo medgeneracijske pogodbe, in sicer na podaljševanje življenjske dobe, spremenjene starostne strukture narodov, spremenjene družinske strukture in spremembe v odgovornostih vlad. Posledice teh sprememb so bile razprave o spremembah politik, ki naj bi imele za cilj pravičnejšo distribucijo ekonomskih prednosti med starostnimi kohortami. Zaradi spremenjene demografske strukture (večjega števila starejših in dolgoživečih ljudi in vse manjšega števila mladih) naj bi bil tako velik del javnih sredstev sedaj namenjen starejšim, manj pa mlajšim starostnim kohortam, predvsem otrokom. Takšna neenakost naj bi torej potencialno vodila v konflikte med generacijami. Vendar, kot opozarjata avtorja, raziskave ne kažejo večje podpore tezi o obstoju konflikta med generacijami.

Medgeneracijski odnosi v Sloveniji

Družina je temeljni vir opore za vse generacije. To so potrdile dosedanje raziskave pri nas in v tujini. Družina namreč predstavlja dobro polovico omrežja socialne opore. Kot kaže spodnja tabela, so medgeneracijske vezi izredno velik del omrežja socialne opore, saj predstavljajo četrtno vsega omrežja. Pri tem so medgene-

racijske vezi v okviru ožje družine prevladujoče – predstavljajo namreč petino celotnega omrežja socialne opore.

Tabela 12: Sestava omrežja socialne opore

Sestava omrežja	%
Partner	10,49
MGV – ožja družina	19,61
ZGV – ožja družina	8,82
MGV – razširjena družina	4,21
ZGV – razširjena družina	8,7
Medgeneracijske vezi v družini skupaj	23,82
Družina skupaj	51,83

Opomba: Niso prikazani deleži članov opornega omrežja, ki niso del družine (in predstavljajo torej preostanek omrežja). Vir: Hlebec in dr. 2012

V tem delu nas zanima predvsem medgeneracijska solidarnost v okviru ožje družine, torej med starši in otroki. Kot kaže spodnja tabela, je medgeneracijska solidarnost značilna za vsako starostno obdobje, pri čemer predstavljajo medgeneracijske vezi nekoliko večji delež omrežja pri najmlajši starostni skupini (tj. do 29 let) ter pri najstarejših starostnih skupinah (nad 50 let). Največji pomen pa imajo medgeneracijske vezi za najstarejšo skupino, kjer predstavljajo 26 % celotnega omrežja.

Tabela 13: Delež medgeneracijskih vezi (ožja družina) glede na starost po posameznih tipih opore.

Starost	Celotno omrežje	Druženje	Finančna opora	Majhna materialna opora	Velika materialna opora	Emocionalna opora	Opora v primeru bolezni
– 29	20,9	6,93	50,28	26,69	37,97	17,09	46,31
30–39	16,39	10,08	27,52	14,71	14,24	8,99	21,97
40–49	16,3	10,55	16,55	8,1	11,84	8,87	29,43
50–59	19,68	15,61	21,3	14,49	19,01	15,83	36,51
60–69	20,42	17,45	28,36	20,72	26,35	19,5	38,33
70 +	25,97	20,55	43,83	23,2	33,95	28,51	39,53
Skupaj	19,61	12,23	33,25	18,38	24,24	15,44	35,83

Vir: Hlebec in dr. 2012

Pri tem lahko zaznamo tudi razlike v tem, kako pomembne so medgeneracijske vezi – glede na posamezne tipe opore. Rastoč pomen medgeneracijskih vezi in torej njihovega deleža v omrežju socialne opore s starostjo je opazen pri vseh tipih opore, vendar pri nekaterih izraziteje kot pri drugih. Najmanjši pomen medgeneracijskih vezi je v primeru družjenja, saj predstavljajo le 12 % omrežja in imajo najmanjši pomen za mlade. S starostjo ta delež naraste – v najstarejši skupini predstavlja 20 % omrežja, in je torej že njegov pomemben del.

Medgeneracijske vezi so najpomembnejše kot vir opore v primeru bolezni. Predstavljajo namreč več kot tretjino opornega omrežja. Pri tem so izrazito pomembne za mlade (do 29 let), saj jim predstavljajo skoraj polovico omrežja (46 %), le nekoliko manj pomembne pa so medgeneracijske vezi za najstarejšo skupino (70 let in več), v kateri zavzemajo 40 % omrežja. Najmanj pomembne so za starostno skupino od 30 do 39 let, vendar tudi zanjo pomenijo precejšen vir pomoči (22 % omrežja).

Takoj za oporo v primeru bolezni so medgeneracijske vezi pomembne kot vir finančne opore. Tu je največji delež medgeneracijskih vezi najti med najmlajšimi (tj. starost do 29 let). Za mlade so torej starši ključen vir finančne opore in predstavljajo polovico njihovega opornega omrežja. Potem se ta delež s starostjo nekoliko zmanjša, v višji starosti (nad 60 let) pa zopet precej poveča in pri starostni skupini nad 70 let doseže 44 %. Za najstarejše je torej finančna opora otrok zopet ključna, čeprav v nekoliko manjši meri, kot velja za mlade in za pomoč njihovih staršev. To seveda postavlja v zelo težek položaj prav srednjo generacijo, ki je pomemben vir finančne opore tako svojim otrokom kot svojim staršem.

Podoben vzorec lahko opazimo tudi v primeru majhne in velike materialne opore. Tako je največji delež medgeneracijskih vezi pri manjši materialni opori med najmlajšo starostno skupino (tj. 27 %), ki se v starostni skupini od 40 do 49 let zmanjšuje na le 8 % ter nato zopet začne s starostjo naraščati in pri najstarejši starostni skupini doseže 23 %. Enak U trend lahko opazimo tudi pri večji materialni opori, ko so medgeneracijske vezi še pomembnejše, saj med najmlajšimi in najstarejšimi predstavljajo več kot tretjino omrežja.

Podobno kot pri druženju medgeneracijske vezi niso zelo velik vir emocionalne opore, saj predstavljajo le 15 % omrežja. Izraziteje so pomembne le za najstarejšo starostno skupino, tj. 70 let in več, kjer pa obsegajo skoraj 29 % omrežja. Za najstarejše torej postanejo otroci izredno pomemben vir tudi emocionalne opore, kar je verjetno delno povezano s potencialno izgubo partnerja v tej starosti, ki je pomembna emocionalna opora, ter potencialno izgubo drugih znotrajgeneracijskih vezi.

Povzamemo lahko, da starši izrazito v veliki meri pomagajo svojim mladim otrokom, tj. do starosti 29 let, hkrati pa odrasli otroci v veliki meri nudijo različne tipe opore svojim ostarelim staršem. Srednja generacija je medgeneracijske solidarnosti, tj. opore svojih otrok ali staršev, deležna v manjši meri. Pri tem so še posebej ključne medgeneracijska izmenjava finančne pomoči, opora v primeru bolezni ter materialna opora.

Funkcionalna solidarnost

V tem delu podrobneje predstavljamo dimenzijo medgeneracijske solidarnosti, ki jo Bengston in Roberts (1991) imenujeta funkcionalna solidarnost. Funkcionalna solidarnost označuje izmenjavo različne vrste opore med starši in otroki. V nadaljevanju naprej prikažemo, kako pogosto katerega od tipov opore prejemajo starši od otrok in otroci od staršev.

Otroci v največji večji meri prejmejo od staršev finančno oporo in oporo v primeru bolezni. V teh primerih je bil v skoraj polovici primerov opazovanih diad med otrokom in starši imenovan eden (ali oba) od staršev kot član opornega omrežja. Tudi pri drugih tipih opore so starši pomembni, vendar v nekoliko manjši meri. Nekoliko drugačno sliko dajejo druge opazovane diade staršev in otrok (tj. diade, kje poročajo o tipih opore starši). Najpogosteje prejmejo starši od otroka oporo v primeru bolezni (59 % staršev je poročalo, da jim jo nudi otrok) ter druženje (57 %). Posebej pomembni se zdijo otroci še kot vir emocionalne opore staršem (33 %).

Tabela 14: Prejeta opora od staršev in otrok

	Druženje	Finančna opora	Manjša materialna opora	Večja materialna opora	Emocionalna opora	Opora v primeru bolezni
Prejeta opora otrok od staršev	29,6	53,5	33,2	32,2	24,0	49,8
Prejeta opora starša od otroka	57,2	23,6	21,5	27,8	32,7	58,7

Opomba: v tabeli so deleži, ko so bili starši/otrok imenovan. Vir: Hlebec in dr. 2012

V nadaljevanju bomo predstavili izmenjave različnih zgoraj opisanih opor in kako uravnotežene so te izmenjave med generacijami. Zanima nas predvsem, koliko različnih vrst opore si med seboj izmenjujejo starši in otroci. Pri tem opazujemo že predstavljenih šest tipov opore, tj. opora v primeru bolezni, druženje, večja in manjša materialna pomoč, emocionalna opora in finančna pomoč. Pri

tem moramo opozoriti, da izmenjava večjega števila različnih opor ne pomeni tudi nujno večjo intenzivnost izmenjave, kaže pa na mnogoplastnost in večjo kompleksnost odnosa med starši in otrokom.

Kot kaže tabela, je število izmenjanih opor med starši in otroki običajno večje, kot to velja za ostale diade (torej med drugimi člani opornega omrežja). Med ostalimi diadami je namreč najpogostejša izmenjava le ene vrste opore (52 %) ali dveh (26 %), medtem ko le približno tretjina izmenjav med starši in otroki pomeni izmenjavo le ene vrste opore (tj. 37 % in 34 %). V večini primerov si starši in otroci izmenjujejo vsaj dva ali več tipov opore, torej v dveh tretjinah diad. V desetini diad (11 %, če je odgovarjal kdo od staršev, in 12 %, če je odgovarjal otrok) si starši in otroci izmenjajo celo štiri različne vrste opore. Delež, ko si starši in otroci izmenjajo več kot štiri vrste opore, je zelo majhen. V povprečju si tako starši in otroci nudijo nekaj več kot dva tipa opore.

Tabela 15: Število opor med starši in otroci

Število opor	Ego = starši	Ego = otrok	Ostale diade
1	37,00	34,44	52,15
2	28,86	30,31	26,42
3	16,85	19,12	13,08
4	10,96	11,53	5,83
5	5,48	3,82	1,90
6	0,86	0,78	0,62
Skupaj	100	100	100
Povprečje	2,22	2,22	1,81
St. odklon	1,25	1,19	1,06

Vir: Hlebec in dr. 2012

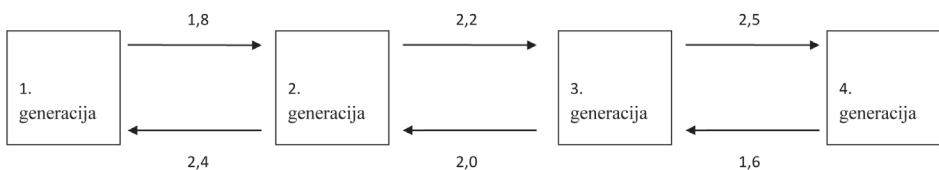
Do sedaj smo govorili na splošno o izmenjavi opore med starši in otroki. Seveda pa se, kot smo prikazali že na začetku, te opore spreminjajo v skladu z življenjskim obdobjem. Tako je izmenjava med mladimi in njihovimi starši drugačna kot pa je izmenjava med odraslimi otroki in njihovimi ostarelimi starši. Spodnja shema prikazuje, kako potekajo izmenjave opor med različnimi generacijami (starostmi) staršev in otrok.

Shema omogoča tudi opazovanje uravnoteženosti izmenjav, torej kdaj je katera generacija neto prejemnik in kdaj neto dajalec opore. Vendar moramo pri tem opozoriti, da to uravnoteženost izmenjav opazujemo na omejen način, torej le

ob različnem številu nujenih oziroma prejetih opor. Če bi želeli opazovati uravnoteženost v vsej kompleksnosti, bi zagotovo potrebovali še druge podatke glede izmenjanih opor, na primer pogostost teh izmenjav, intenzivnost idr. Zato torej, ko govorimo o uravnoteženosti, lahko govorimo le v tem omejenem pomenu, glede na kompleksnost odnosa, ki se veže na nudenje različnih vrst opore. Dejansko pa seveda uravnoteženost odnosa ni nujno povezana s samim številom prejete ali dane opore, ampak tudi s kakovostjo odnosa in drugimi dejavniki ter je stvar ocene ponudnikov in dajalcev različnih vrst socialne opore. Tako lahko na primer ponudnik le ene opore – na primer finančne (ki pa je zelo velika) »uravnoteži« prejemanje različnih drugih socialne opore, na primer občasnega druženja in emocionalne opore, materialne pomoči idr.

Slika prikazuje izmenjavo različnih vrst opor med različnimi generacijami staršev in otrok. Otroci (stari od 18 do 30 let) so običajno neto prejemniki opore, saj prejmejo od svojih staršev v povprečju 2,4 vrst socialne opore, medtem ko sami v povprečju nudijo 1,8 vrst opore. Izmenjava med starši in otroki se kasneje v življenju nekoliko uravnovesi, tako da »otroci«, stari od 31 do 50 let, nudijo svojim staršem (starim od 51 do 70) let v povprečju 2,2 vrst opore, prejmejo pa v povprečju dva tipa opore. V še višji starosti postane izmenjava med starši in otroki zopet bolj neuravnotežena, pri čemer so starši neto prejemniki socialne opore. Odrasli otroci (starost od 51 do 70 let) namreč svojim staršem (nad 70 let) nudijo v povprečju 2,5 vrst opore, medtem ko prejmejo 1,6 vrst opore.

Slika 5: razmerje med številom prejete in dane opore med generacijami



Opomba: Prikazano število vrst opore je število, kontrolirano po demografskih spremenljivkah, kot so spol alterja in spol ega, ter oddaljenost bivanja in pogostost stikov. Prikazuje torej čisti vpliv starosti (na podlagi MCA analiz).

V nekako »najtežji« situaciji so osebe, stare od 31 do 50 let, saj v povprečju nudijo več vrst opore tako svojim otrokom (2,5 dane opore in 1,8 prejete) ter svojim staršem (dane 2,2 opore in 2 opori prejeti). So torej nekakšni »neto ponudniki opore«. Precej obremenjena pa je tudi starejša generacija otrok (starih od 51 do 70 let), saj nudijo izrazito veliko število različnih vrst opore svojim ostarelim staršem

(nudijo 2,5 opore, prejmejo le 1,6), vendar pa to morda nekoliko izravna prejeta opora njihovih odraslih otrok (prejmejo namreč 2,2, nudijo 2 tipa opore).

Emocionalna, strukturna solidarnost in povezanost

V tem delu želimo predstaviti še tri pomembne dimenzije medgeneracijske solidarnosti, ki dodatno opisujejo odnose med (odraslimi) otroki in njihovimi starši. To so emocionalna solidarnost, strukturna solidarnost in povezanost.

Emocionalna solidarnost označuje tip in stopnjo pozitivnih čustev o družinskih članih in se običajno opazuje na podlagi ocene naklonjenosti, bližine, razumevanja, zaupanja, spoštovanja ter ocene zaznane recipročnosti pozitivnih čustev (Bengston in Roberts 1991). Tu jo bomo opazovali na podlagi ocene pomembnosti oseb ter ocene negativnih čustev (kako pogosto ta oseba spravi v slabo voljo svojega bližnjega).

Kot kaže tabela, tako otroci kot starši ocenjujejo druge kot izredno pomembne osebe. Kar 89 % staršev namreč meni, da so otroci zelo pomembni, enako pa meni 81 % otrok o svojih starših. Večje razhajanje je opaziti pri tem, kako pogoste so negativne vsebine v odnosu. Namreč, 37 % staršev njihovi otroci nikoli ne spravijo v slabo voljo, medtem ko je ta delež med otroki manjši, tj. 19 %.

Tabela 16: Emotivni vidiki medgeneracijske solidarnosti.

Pomembnost osebe	Ego = starši	Ego = otrok
1 – ni pomembna	0,2	0,2
2	0,5	0,4
3	1,9	4,0
4	8,7	14,6
5 – zelo pomembna	88,7	80,7
Skupaj	100	100
Kako pogosto vas spravi v slabo voljo		
pogosto	5,2	10,3
včasih	26,8	36,2
redko	31,5	34,3
nikoli	36,5	19,2
Skupaj	100	100

Nadalje želimo predstaviti še dve drugi dimenziji medgeneracijske solidarnosti, kot ju opredeljuje teorija (podrobneje v prvem poglavju): strukturno solidarnost, ki označuje strukturo priložnosti za druženje in stike med starši in otroki in se običajno opazuje na podlagi tipa gospodinjstva, števila družinskih članov in geografske bližine družinskih članov ter ter povezanost, ki označuje pogostost in vzorce družinske interakcije, tj. predvsem na podlagi pogostosti stikov med starši in otroki.

Strukturna solidarnost je v Sloveniji precejšnja, saj kar tretjina staršev (34 %), ki smo jih zajeli v raziskavi, živi v istem gospodinjstvu z otroki ter več kot polovica anketiranih »otrok« (57 %) živi v istem gospodinjstvu s svojimi starši. Tudi v primeru, da otroci in starši ne živijo v skupnem gospodinjstvu, je njihova geografska oddaljenost majhna – 40 % staršev živi v oddaljenosti od otroka le 15 minut vožnje ali manj, medtem ko je med otroci 27 % takih, ki živijo v takšni razdalji od svojih staršev.

Tudi intenzivnost stikov je med starši in otroki visoka. Večina staršev poroča, da ima stike s svojimi otroki vsak dan (63 %), medtem ko je otrok, ki poročajo o vsakodnevnih stikih s svojimi starši, še nekoliko več (72 %).

Tabela 17: Strukturna in povezovalna solidarnosti.

Oddaljenost od otroka/staršev	Ego = starši	Ego = otrok
stanuje v istem gospodinjstvu	34,3	57,4
15 minut ali manj	40,1	27,3
15 do 30 minut	12,6	6,0
30 do 60 minut	5,3	3,3
ena ura ali več	7,7	5,9
Skupaj	100,0	100,0
Pogostost stikov z otrokom		
vsak dan	62,5	72,0
nekajkrat na teden	22,8	19,0
približno enkrat na teden	9,1	5,7
nekajkrat na mesec	3,4	2,2
približno enkrat na mesec	1,0	0,9
nekajkrat na leto	0,9	0,2
enkrat na leto ali manj	0,1	0,0
Skupaj	100,0	100,0

Povezanost med posameznimi dimenzijami solidarnosti

V tem delu želimo predstaviti, kaj vpliva na število prejetih opor, tj. kateri dejavniki pomembno vplivajo na funkcionalno solidarnost v Sloveniji. Opazovali bomo osnovne sociodemografske dejavnike, kot je spol alterja in ega (torej otroka oz. staršev), starost, izobrazbo in tudi tip kraja bivanja. Nadalje nas bo zanimala tudi povezanost med posameznimi zgoraj opisanimi dimenzijami solidarnosti, tj. med strukturno, emocionalno solidarnostjo in povezanostjo ter funkcionalno solidarnostjo.

Če najprej na kratko povzamemo že predstavljen vpliv starosti na prejeta število različnih vrst opore. Z naraščanjem starosti staršev narašča število prejetih vrst opore, ki jih prejmejo od svojih otrok, medtem ko se z višanjem starosti otroka število prejetih vrst opore zmanjšuje. Starši torej svojim mlajšim otrokom nudijo več opore, potem pa se slednji bolj »osamosvojijo« oziroma dobijo še druge vire opore, in ko se ti starši postarajo (in morda tudi izgubijo nekatere svoje druge vire opore), jim začnejo nuditi več opore.

Na to, koliko vrst opore je prejetih, vpliva spol, saj jih moški običajno prejmejo manj kot ženske, in to ne glede na to, ali gre za otroka ali starša. Tako moški (ego je otrok) prejmejo od staršev v povprečju 1,8 vrst opore, ženske pa 2,4 vrst opore, podobno pa tudi moški (ego so starši) prejmejo od otrok v povprečju 2,1 vrste opore, medtem ko ženske 2,3 (razlike so statistično značilne).

Zanimivo je, da tip kraja bivanja ni imel statistično značilnega vpliva na funkcionalno solidarnost, tj. število prejetih vrst opore. Tudi vpliv izobrazbe je omejen. Izobrazba staršev ne vpliva na to, koliko opore prejme, zaznati pa je vpliv izobrazbe na prejeta oporo otroka od staršev. Otroci z nižjo izobrazbo namreč prejmejo nekoliko manjšo oporo od svojih staršev, kot je to značilno za otroke z višjo izobrazbo (2,1 proti 2,3). Tu gre morda za večjo potrebo tistih otrok, ki se dalj časa šolajo (in potencialno kasneje osamosvajajo), po opori staršev.

Kot kažejo naše analize, je pogostost stikov povezana z funkcionalno solidarnostjo – pogostejši stiki med otroki in starši pomenijo tudi večje število različnih vrst opore, ki si jih izmenjajo. To velja ne glede na to, ali so poročal o tem odnosu otroci ali starši.

Nadalje, tudi emocionalna in funkcionalna solidarnost sta povezani. Emocionalno solidarnost smo opazovali z dvema kazalcema, in sicer pomembnostjo osebe ter pogostost negativnih vsebin odnosov. Izkazalo se je, da to, kako pomembna je oseba, vpliva le pri dvojicah, kjer poroča otrok. Pomembnejša kot je oseba (torej v tem primeru starši), več vrst socialne opore prejme otrok od staršev. Nasprotno pa pri starših pomembnost osebe (torej otroka) ne vpliva na število prejete opore. Drugi kazalec emocionalne solidarnosti je statistično značilno vplival na število

različnih vrst prejete socialne opore pri vseh raziskanih dvojicah. Pri tem je zanimivo, da je več vrst opore povezano s tem, da nas oseba redkeje spravi v slabo voljo. Nasprotno sta oba druga ekstrema, torej da nas oseba nikoli ali pogosto spravi v slabo voljo, povezana z manjšim številom prejete opore. To velja pri dvojicah otrok–starš in obratno, starš–otrok. Manjša emocionalna bližina oziroma slabši odnos zmanjša funkcionalno solidarnost.

Nazadnje pogledimo še povezanost med t.i. strukturno in funkcionalno solidarnostjo. Kot kazalec strukturne solidarnosti smo opazovali oddaljenost bivanja (v istem gospodinjstvu, 15 minut ali manj oz. več kot 15 minut). Med slednjima smo ugotovili statistično značilno povezanost. Vendar pa je zopet opaziti razlike med dvojicami glede na to, ali opazujemo dvojico otrok (ego)–starši ali obratno. Pri starših, ki so poročali o prejeti opori svojih otrok, jo največ dobijo v primerih, ko bivajo v gospodinjstvu, oddaljenem do 15 minut (manj pa v primerih, ko bivajo v istem gospodinjstvu oz. ko bivajo več kot 15 minut stran od svojih otrok). Nasprotno pa otroci dobijo največ opore v primeru, ko bivajo v istem gospodinjstvu s svojimi starši, z večanjem oddaljenosti pa upada tudi število različnih vrst prejete opore. To je najverjetneje povezano s tipom gospodinjstva oziroma starostjo. Namreč, mlajši otroci bivajo v istem gospodinjstvu s starši in takrat prejemajo tudi največ opore, potem pa se osamosvojijo (odselijo) in opor prejemajo vedno manj. Nasprotno pa starši prejemajo največ opore, kadar so v bližini svojih otrok. Ne prejemajo pa jo tako veliko, ko živijo skupaj s svojimi otroki, saj gre v večini teh primerov najverjetneje za mlajše starše in njihove mlajše otroke, zato so manj verjetno prejemniki opore svojih otrok.

V medgeneracijskih izmenjavah so v ospredju torej predvsem opora v primeru bolezni in finančna pomoč, vendar so v teh odnosih pomembni tudi emocionalna opora in druženje (predvsem za starše). Analize so tudi pokazale, da je večina odnosov med starši in otroki kompleksnih in da si slednji izmenjujejo večje število različnih vrst opore. Močna pa ni le funkcionalna solidarnost med starši in otroki, ampak tudi emocionalna in strukturna solidarnost ter povezanost. Stiki med otroci in starši so namreč v večji meri vsakodnevni (v približno dveh tretjinah primerov), pogosto je skupno bivanje oziroma bivanje v neposredni bližini, tako starši kot otroci pa zelo visoko ocenjujejo pomembnost drugega.

NALOGE ZA ŠTUDENTE

Medgeneracijski odnosi – Izpolnite vprašalnik (v prilogi) o medgeneracijskih odnosih v vaši družini. Sledite spodnjim navodilom:

1. Vprašalnik o medgeneracijskih odnosih izpolnite najprej **sami**.
2. Nato kot anketarji izpeljite **anketo z dvema osebama** (lahko v vaši družini), in sicer naj bosta ti dve osebi ali različne starosti (npr. mama in babica) ali spola (npr. mama in oče).
3. Na podlagi rešenih anket razmišljajte o naslednjih točkah:
 - a. katere dimenzije medgeneracijske solidarnosti so zajete z vprašalnikom;
 - b. katere težave so se pokazale pri izvajanju ankete (npr. katera vprašanja so težje razumljiva);
 - c. katere so ključne ugotovitve, ki izhajajo iz vprašalnikov (kaj se vam zdi zanimivo);
 - d. katere so razlike med anketiranci po spolu, starosti idr.

DODATNO BRANJE

Hlebec idr. 2012. *Medgeneracijska solidarnost v Sloveniji*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Albertini, M., Kohli M., Vogel C. 2007. Intergenerational transfers of time and money in European families: common patterns – different regimes? *Journal of European social policy* 17, 319.

Bengtson, V. L., in Roberts, R. E. L. 1991. Intergenerational Solidarity in Aging Families: An Example of Formal Theory Construction. *Journal of Marriage & Family* 53 (4): 856–870.

SOCIALNA IZKLJUČENOST IN STAREJŠI

Ko govorimo o socialni vključenosti starejših, govorimo o vključenosti v različne sfere družbe, kot so sociala, trg dela, izobraževanje, družina in skupnost. Njen »nasprotni pol« je socialna izključenost oz. socialno izključevanje, kjer je poudarek na proučevanju ranljivosti posameznikov in skupin v družbi, torej njihove izključenosti iz posameznih področij. Socialna izključenost je tako eden od konceptov, s katerim lahko opazujemo in primerjamo skupine v družbi, primerjamo pa lahko tudi stanje posameznih skupin med državami. Pri tem je socialna izključenost kompleksen koncept, ki omogoča opazovanje položaja posameznika ali skupine na različnih področjih hkrati. Kot koncept se je izrazito uveljavil v (evropskem) političnem prostoru, saj s svojo širino omogoča opozarjanje na različne težave v družbi. Starejši so v literaturi pogosto označeni kot ena ranljivejših družbenih skupin, ki se pogosteje sooča s tveganjem socialne izključenosti (Tsakoglou in Papadopoulos 2002).

Opredelitve socialne izključenosti

Obstaja veliko različnih definicij socialne izključenosti, hkrati pa je konceptualno povezana z drugimi sociološkimi koncepti, kot so družbena kohezija, revščina, prikrajšanost, »zmožnosti«, kakovost življenja idr. Za nekoliko obširnejšo razpravo je ponujena literatura – Filipovič Hrast 2011, Hlebec idr. 2010a, na tem mestu pa obravnavane teme le na kratko povzemamo. Širina in kompleksnost socialne izključenosti lahko pomenita oviro (za analizo, jasne razmejitve do drugih konceptov), hkrati pa v nekaterih primerih ponuja dobro uporabnost koncepta, saj pojem omogoča opazovanje ranljivosti oz. prikrajšanosti na več različnih področjih življenja hkrati, ne da bi kateremu od področij dajali prednost. Hkrati poudarja dinamičen vidik izključevanja, tj. procese, ki pripeljejo do končnega stanja (in ne le končno stanje). Kljub nejasnim razmejitvam in sorodnosti z drugimi

koncepti lahko na podlagi obstoječe literature (Trbanc 1996; Hlebec idr. 2010a; Vlemenickx in Berghman 2001; Tsakoglou in Papadopoulos 2002; Room 1995) povzamemo ključne značilnosti koncepta socialne izključenosti. To so:

- večdimenzionalnost: posamezne dimenzije izključenosti se med seboj povezujejo in lahko vodijo ena k drugi; izključenost se opazuje v odnosu do različnih družbenih sfer, pri čemer posamezne sfere nimajo prednosti druga pred drugo;
- dinamičnost koncepta, tj. usmerjenost na procese izključevanja (nasproti proučevanju samega stanja izključenosti) in potenciala za prihodnost (ne gre torej za trenutno stanje izključenosti, ampak možnosti, da v prihodnosti posameznik/skupina ne bo (več) izključen/-a);
- umeščenost in relativnost koncepta v času in prostoru: povezana je s tem, kaj je običajno v neki družbi v določenem času in prostoru; proučevanje običajno poteka ob primerjavi z drugimi družbenimi skupinami;
- pomemben je relacijski vidik, in sicer je poudarek na participaciji, interakciji, povezovanju ljudi;
- izključenost ima tudi prostorsko dimenzijo: povezana je ne le s stanjem osebe ali skupine, ampak celotne skupnosti oz. soseske.

Vlemenickx in Berghman (2001: 37) socialno izključenost definirata kot večdimenzionalno prikrajšanost, torej prikrajšanosti na različnih področjih, ki se med seboj povezujejo in krepijo. Povezano je z umikom od socialnega okolja, katerega rezultat je izolacija posameznikov in skupin ter izpust temeljnih priložnosti, ki jih nudi družba. Socialno izključevanje torej pomeni nezmožnost vključevanja posameznika v glavne družbene sisteme. Raziskovalci so najprej poudarili:

- demokratični in pravni sistem, ki spodbuja civilno integracijo;
- trg dela, ki spodbuja ekonomsko integracijo;
- sistem blaginje, ki spodbuja socialno integracijo;
- družino in skupnost, ki spodbujata medosebno integracijo (Vlemenickx in Berghman 2001: 33).

Kot smo omenili, je socialna izključenost oz. socialno izključevanje koncept, ki se pogosto uporablja v političnem diskurzu, predvsem v okviru Evropske unije. V razširjeni obliki pa zajema naslednje elemente in področja:

- dohodek (stopnja tveganja revščine, neenakost dohodka idr.);
- materialna prikrajšanost (nezmožnost nakupa določenih materialnih dobrin, ki se v družbi obravnavajo kot nujne/običajne za dostojno življenje);
- dostopnost finančnih storitev;
- zaposlenost (stopnja brezposelnosti idr.);

- dostopnost socialnih storitev (tj. varstvo otrok, dolgotrajna oskrba);
- stanovanjske razmere (prenaseljenost, stroški, stanovanjska »prikrajšanost«) in kakovost okolja;
- izobraževanje (stopnja izobrazbe, pismenost, udeležba v formalnem in neformalnem izobraževanju);
- zdravje (samoocenjeno zdravje, dostopnost zdravstvenih storitev, življenjska doba, umrljivost);
- medosebni odnosi.

Neposredno povezavo ima socialna izključenost tudi s konceptom kakovost življenja. Povezave med življenjskimi razmerami in socialno izključenostjo je opaziti v mnogih analizah socialne izključenosti (na primer Tsakoglou in Papadopoulos 2002; Muffels in Fourage 2002). Koncept kakovosti življenja je bil namenjen operacionalizaciji in merjenju družbene blaginje na ravni posameznika. Razvoj koncepta pregledno predstavi Mandič (2005), ki kot ključna avtorja navaja Titmussa in Ericssona, ki kakovost življenja opredelita s posameznikovim nadzorom nad viri v obliki denarja, lastnine, znanja, duševne in fizične energije, varnosti, družbenih razmerij in omrežij idr. Prek teh lahko posameznik nadzoruje in zavestno usmerja svoje življenjske razmere. Tako se za definicijo posameznih področij izključenosti lahko opremo tudi na področja, na katerih se opazuje kakovost življenja. Novejše različice (pristop Evropske fundacije za izboljšanje delovnih in življenjskih razmer) pa kakovost življenja opazujejo na 12 področjih: zdravje in dostop do zdravstva; zaposlovanje in delovne razmere; ekonomski viri; znanje, izobrazba in usposabljanje; družina; stanovanje; družba in skupnost, udeležba; lokalno okolje in pritikline; prevoz; javna varnost in kriminal; kultura in identiteta; rekreacija in prosti čas; politični viri in človekove pravice (Eurofound 2009) (tudi Mandič 1999, 2005).

Starejši kot ranljiva skupina

Čeprav v splošnih analizah starejši niso vedno med bolj prikrajšanimi skupinami v populaciji, pa so zagotovo skupina, ki je potrebna posebne pozornosti. Starejši se vedno pogosteje pojavljajo v raziskovalnem fokusu, in sicer zaradi demografskih sprememb, tj. večanja deleža starejše populacije, kar hkrati pomeni večanje številna ranljive starejše populacije. Vzporedno s temi procesi pa določene spremembe v Evropi vodijo k večanju ranljivosti starejše populacije, predvsem krčenje države blaginje (umik države iz ponudbe določenih socialnih storitev), pa tudi reforme pokojninskega sistema (Kolarič idr. 2009; Filipovič Hrast in Hlebec 2009; Hlebec idr. 2010a). Na večjo ranljivost starejših ne opozarjajo le v Evropi, ampak tudi drugod po svetu, kjer je zaradi slabše razvitih mrež zagotavljanja socialne varnosti

te populacije njihova ranljivost lahko še veliko večja.²⁶ Ključno vlogo za zmanjšanje revščine med starejšim prebivalstvom ima zagotovo pokojninski sistem ter širše sistem socialne varnosti (poglavje o državi blaginje). Dohodek starejših je v veliki meri torej vezan na transferje, ki jih ponuja država, in kot druge skupine, ki so vezane na te transferje (npr. brezposelni), je dohodek starejših pogosto zelo nizek v primerjavi z preostalo populacijo. Starost se torej pogosto povezuje kot obdobje nizkih dohodkov, manjših možnosti potrošnje.

Vendar pa nizki dohodki in revščina niso univerzalna izkušnja v starosti, ampak so seveda povezani z različnimi drugimi dejavniki. Tako so med starejšimi bolj ranljive ženske, in to nižjega razreda ter pripadniki etničnih manjšin (Victor 2005, 265).

Tsakoglou in Papadopoulos (2002) sta v svoji primerjalni analizi socialne izključenosti v 12 evropskih državah ugotovila, da starejši predstavljajo ranljivo skupino le v nekaterih državah, in sicer južnoevropskih (Portugalska in Grčija). To kaže, da položaj starejših v nekaterih državah ni nujno slabši, kot je položaj preostale populacije. Starejši tudi niso enotna skupina, ampak so med njimi najbolj ranljivi zelo stari, tisti z nizkimi dohodki, šibkim socialnim omrežjem in zgodovino šibkega socialnega omrežja ter tisti, ki imajo šibke možnosti za avtonomijo (Grundy 2006). Njihova prikrajšanost je lahko povezana tudi s specifičnimi področji. Raziskave opozarjajo na procese izključevanja starejših s trga dela in dostopa do zdravstvenih storitev (Simms 2004), povezanost slabega zdravja starejših s socialno izključenostjo (Siegrist 2000; Dalstra idr. 2006) ter povezanost šibkih socialnih omrežij in ranljivosti starejših (Grundy 2006; Wenger 1994).

Starejše osebe je Trbanc (1996) že pred 20 leti identificirala kot eno najbolj ranljivih skupin v Sloveniji. Kump in Stanovnik (2006) opozarjata na poslabšanje dohodkovnega položaja upokojencev na začetku tega stoletja. Novejša raziskava o revščini in materialni prikrajšanosti starejših (Stropnik idr. 2010; Hlebec idr. 2010a) to problematiko podrobneje analizira in predstavi. Tu niso več v ospredju le finančni položaj starejših, ampak tudi kakovost življenja (tj. materialne dobrine, kakovost bivanja) in strategije shajanja s pomanjkanjem. Raziskovalci ugotavljajo, da se s starostjo povečuje tveganje revščine, prav tako je večje med manj izobraženimi ter tistimi, ki živijo v manjših gospodinjstvih in v upokojenskih gospodinjstvih. Zelo ranljive so samske starejše ženske, pri čemer pa gre predvsem za vpliv značilnosti gospodinjstva, izobrazbe in starosti (ženske pogosteje bivajo same, so starejše in imajo nižjo izobrazbo) (Stropnik idr. 2010: 46–49).

²⁶ Glej na primer posebno izdajo Ageing and Society (2006: 26).

Če opazujemo stopnjo tveganja revščine med starejšim, lahko ugotovimo, da je slednja relativno stabilna, vendar višja od povprečja v populaciji. Razvidno pa je tudi, da so predvsem prizadete starejše ženske, medtem ko imajo v primerjavi z njimi starejši moški precej nižjo stopnjo tveganja revščine. Prihaja torej do t.i. feminizacije revščine.

Tabela 18: Stopnja tveganja revščine starejših (65+)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Spol – SKUPAJ	20,3	19,9	19,4	21,3	20	20,2	20,9	19,6
Moški	11,2	12	10,8	11,7	11,4	9,5	10,5	11,7
Ženske	26,1	24,7	24,8	27,5	25,5	27,1	27,8	25

Vir: SURS, www.stat.si.

Starejši nimajo le nižjih dohodkov, ampak pogosteje občutijo tudi s tem povezano materialno prikrajšanost. Pogosteje imajo namreč težave s pokrivanjem nepričakovanih izdatkov, ne morejo si privoščiti mesa ali primerno ogrevanega stanovanja in počitnic (vsaj enkrat letno). Tudi pri lastništvu trajnih potrošnih dobrin se je pokazala večja ranljivost starejšega prebivalstva (nad 55 let) v primerjavi z mlajšimi osebami (Stropnik idr. 2010: 30–34). Tudi tu lahko opazimo precejšnjo konstantnost, saj je delež materialno prikrajšanih od leta 2005 do 2012 le malo spremenjen. Zopet pa je opaziti izrazito slabši položaj starejših žensk.

Tabela 19: Stopnja materialne prikrajšanosti starejših (65+)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Spol/SKUPAJ	18,4	18,4	18,4	20,5	18,1	18,4	19,5	17,4
Moški	12,8	14	14,2	15,2	13,7	13,5	15,2	13,5
Ženske	22	21,2	21,1	23,9	20,9	21,6	22,4	20

Vir: SURS www.stat.si.

Na stanovanjskem področju pa podatki kažejo, da imajo starejši boljši položaj kot mlajša generacija, saj imajo redkeje težave s prenaseljenostjo, kakovost njihovih stanovanj pa je tudi primerljiva s tisto v populaciji (Filipovič in Hlebec 2006; Stropnik idr. 2010). Vendar pa podatki o stanovanjski prikrajšanosti kažejo, da se slednja med starejšimi nekoliko povečuje, saj se je delež takih, ki ima stanovanje v slabem stanju povečal z 19 % v letu 2005 na 34 % v letu 2008 ter od takrat ostal podobno visok.

Tabela 20: Stanovanjska prikrajšanost starejših (65+)

	Slabo stanje stanovanja	Ni kadi ali prhe v stanovanju	Ni stranišča na izplakovanje za lastno uporabo	Pretemno stanovanje
2005	19	3,5	3	6,7
2006	23,4	3	2,7	10,3
2007	18	2,3	2	9,2
2008	34,4	2,1	1,9	12,8
2009	34,8	1,4	1,3	17,7
2010	35,3	1,1	0,8	11,6
2011	37,6	1,5	1,3	12,9
2012	33,1	1,6	1,5	8,8

Pomemben del kakovosti življenja starejših je njihovo zdravje in posredno tudi dostop do zdravstvenih storitev (Lah idr. 2008). Starejši imajo več zdravstvenih težav kot mlajši, pogosteje potrebujejo zdravstvene storitve in slabše ocenjujejo svoje zdravje. Kot ugotavljajo Lah, Pahor in Hlebec (2008), je v državah srednje in vzhodne Evrope zdravje slabše kot v preostalih članicah Evropske unije. Podobno je slabši tudi dostop do zdravstvenih storitev. Slovenija s svojo umestitvijo torej kaže na slabše zdravstveno stanje starejših, kot je značilno za severozahodno Evropo.

Tabela 21: Samoocenjeno zdravje starost (nad 65 let) (v%)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Zelo dobro	2	2	3	3	3	3	3	3
Dobro	17	19	21	21	22	23	21	24
Srednje	41	39	38	40	42	41	42	39
Slabo	31	31	29	28	25	26	25	26
Zelo slabo	9	9	9	8	8	7	8	8

Vir: SURS www.stat.si.

Na ranljivost oz. prikrajšanost starejših ne le v povezavi z njihovim dohodkom, ampak predvsem v povezavi z zdravjem, razvitostjo omrežij, krajem bivanja in delovno zgodovino pa opozarjajo Hlebec idr. (2010a). Slednje namreč determinirajo pestrost strategij, ki jih starejši (lahko) uporabljajo za shajanje z revščino. Predvsem socialna omrežja se zdi da imajo pomembno vlogo pri zmanjševanju socialne izključenosti in višanju kakovosti življenja starejših (poglavje socialna omrežja).

Analiza socialne izključenosti – umestitev Slovenije v Evropsko unijo

Kako pa je v Sloveniji v primerjavi s stanjem v tujini? Predvidevamo lahko razlike med državami glede na njihove sisteme blaginje. Kot pravi Ogg (2005), je očitna povezava med sistemom blaginje in socialno izključenostjo, saj je ravno sistem blaginje glavni sistem preprečevanja izključenosti in promoviranja socialne kohezije. Muffels in Fourage (2002) sta analizirala, ali režimi blaginje lahko pomagajo pri pojasnjevanju razlik med državami glede socialne izključenosti.²⁷ Avtorja sta preverila razlike med državami, pri čemer sta nadzirala razlike glede na glavne dejavnike, ki vplivajo na stanje socialne izključenosti oz. prikrajšanosti, kot so osebne značilnosti (spol, starost, zaposlitvena zgodovina in izobrazba), značilnosti gospodinjstva (število otrok, zakonski stan) in družbene značilnosti (distribucija dohodka in revščine v družbi). Ugotavljata, da je stopnja prikrajšanosti višja v državah južnega in liberalnega režima.²⁸ Vendar tudi tu lahko prihaja do razlik glede na posamezne skupine.²⁹ Tsakloglou in Papadopoulos (2002) sta tudi poudarila, da čeprav v večini držav lahko kot bolj ranljive identificiramo iste skupine, pa ranljivost posameznih skupin oz. intenziteta te ranljivosti po državah zelo variira (tj. razlika od nacionalnega povprečja je lahko zelo velika ali pa le majhna). Sam blaginjski sistem torej ne zagotavlja enako dobre podpore vsem skupinam. Zato lahko predvidevamo, da morda tudi pri opazovanju socialne izključenosti starejših slika primerjave držav ne bo tako enoznačna. Ogg (2005) v svoji analizi socialne izključenosti starejših v desetih evropskih državah ugotavlja, da nordijski režim blaginje zagotavlja večjo varnost in manjšo izključenost starejših, medtem ko ni večjih razlik med južnim modelom in t. i. posocialističnimi državami.

Kako pa je s socialno izključenostjo v Sloveniji? Slednjo je analizirala Filipovič Hrast (2011); povzetke predstavljamo v nadaljevanju (gre za podatke raziskave EQLS iz leta 2007). Ugotavlja namreč veliko razliko med tem, katera področja so v Sloveniji bolj »problematična« in na katerih področjih so starejši primerjalno

²⁷ To sta opazovala na področju zdravja, financ, stanovanja in lastništva trajnih dobrin.

²⁸ V raziskavi so južni režim predstavljale Grčija, Portugalska in Španija, korporativističnega Nemčija, Belgija, Francija, Avstrija, Luksemburg in Italija, liberalnega Velika Britanija in Irska ter socialnodemokratskega Nizozemska in Danska.

²⁹ Nizek in nereden dohodek ter zgodovina brezposelnosti v vseh režimih negativno vplivajo na stopnjo deprivacije. Nekatere spremenljivke so z deprivacijo različno povezane glede na tip režima. Velika gospodinjstva so namreč običajno bolj ranljiva, kar pa ne velja za socialnodemokratski režim (v katerem verjetno država bolje poskrbi zanje) in južni režim (v katerem velika družina deluje kot podpora).

v Sloveniji bolj ranljivi. Pri tem opazujemo naslednja področja: materialno prikrajšanost; stanovanjsko izključenost; zdravje in dostop do zdravstva; prostorsko izključenost in izključenost iz medosebnih odnosov.

V Sloveniji je delež, ki je materialno prikrajšan, med starejšimi 18,9-odstoten, kar je skoraj dvakrat več, kot je povprečje za celo populacijo, pri kateri je ta delež 10,2-odstoten (Tabelo 2). To se ujema s podatki za revščino, kjer je podobno razmerje med starejšo in preostalo populacijo. Vendar pa Slovenija s tem deležem v skupini srednjevzhodnih evropskih držav izstopa kot država z najmanjšim deležem materialno prikrajšanih, kjer deleži presegajo tretjino ali celo polovico starejšega prebivalstva. V vseh novih članicah je podobno najti zelo visoke deleže materialno prikrajšanih (ki so vedno izrazito višji med starejšo populacijo). Nasprotno pa s precej nižjim deležem materialno prikrajšanih izstopajo atlantske in skandinavske države ter tudi celinska Evropa. Tam deleži prikrajšanih med starejšimi dosegajo največ 10,5 %.

Zanimivo je tudi, da če primerjamo povprečje skupin, je v vseh skupinah z novimi članicami, pa tudi v skupini južnoevropskih držav (stare članice) položaj starejših precej slabši kot pa preostale populacije. Nasprotno pa je v atlantski, skandinavske in celinske skupine položaj starejših boljši, kot velja za celo populacijo, saj je med njimi nižji delež materialno prikrajšanih.

V Sloveniji živi v neprimernem stanovanju (tj. ima vsaj eno pomanjkljivost – preperelost, vlaga, premalo prostora, brez kopalnice ali stranišča) 27,5 % anketirancev, medtem ko je med starejšimi ta delež manjši, le 20,8 % (tabela 2). V vseh opazovanih skupinah držav (in torej v večini držav) je stanovanjski položaj starejših boljši, kot velja za celotno populacijo. Najslabši je stanovanjski položaj starejših v državah severovzhodne in jugovzhodne Evrope, najboljši pa v t. i. starih članicah, z izjemo južnoevropskih držav. Tam je namreč delež starejših v neprimernem stanovanju višji, kot je povprečje za skupino, v katero se umešča tudi Slovenija, torej tudi višji od deleža v Sloveniji.

Ne presenetljivo je delež anketirancev, ki so svoje zdravje ocenili kot slabo, višji med starejšimi kot v preostali populaciji, in sicer to velja za vse države. Vendar pa so razlike med celo populacijo in starejšimi veliko večje v skupinah južne in vzhodne Evrope kot pa v državah srednje in severne Evrope. V Sloveniji je svoje zdravje kot slabo ocenilo dobrih 11 % anketirancev, medtem ko je bilo takih med starejšimi skoraj 28 %. V večini držav ni večjih razlik v dostopu do zdravstva med celo populacijo in starejšimi. Je pa znova opazna razlika predvsem med državami v atlantski, skandinavske in celinske skupine na eni strani ter državami južne in vzhodne Evrope na drugi strani. Pri prvih je namreč izrazito nižji delež ljudi, ki imajo težave z dostopom do zdravstva (ne preseže 20 % anketirancev). Nasprotno

pa pri drugih državah ta delež nikjer ne seže pod 20 %. Če opazujemo celotno populacijo v Sloveniji, je dostop do zdravstva med slabšimi v skupini srednjevzhodnih evropskih držav, saj je kar 32,7 % anketiranih ocenilo, da so imeli zelo težek dostop do zdravstva, ko so ga nazadnje potrebovali. Podoben je bil delež med starejšimi (34,6 %), kar pa je nižje kot v drugih državah v tej skupini. Kaže torej, da je v Sloveniji dostop do zdravstva razmeroma slab, vendar pa ni velikih razlik v dostopu v populaciji, kot jih je opaziti v nekaterih državah.

Kot prostorsko izključene so opredeljeni posamezniki, ki v svoji neposredni geografski bližini nimajo osnovnih storitev (trgovine, banke, pošte, javnega transporta). Takih je v Sloveniji 41,9 %, med starejšimi pa skoraj polovica, tj. 49,2 %. S tem deležem se Slovenija po deležu prostorsko izključenih uvršča na drugo mesto med vsemi državami EU27. Pri tem pa je treba opozoriti, da je visok delež po vsej verjetnosti povezan tudi s specifikko poselitve Slovenije, saj je v redkeje poseljenih državah oddaljenost storitev gotovo večja. S tem lahko najverjetneje pojasnimo tudi položaj vodilne, tj. države z največjim deležem prostorsko izključenih – Švedske. Vendar pa velika razlika v gostoti poselitve med Švedsko in Slovenijo – v Sloveniji na km² živi 101 prebivalec, na Švedskem pa 20 (Demographics of the European Union 2010) – kaže, da ta ne more biti edini ali glavni pojasnjevalni kriterij za tako visok delež prostorsko izključenih pri nas. V vseh opazovanih skupinah držav je delež starejših, ki so prostorsko izključeni, večji, kot je poprečje v celi populaciji, kar je izredno zaskrbljujoč podatek, saj so ravno starejši manj mobilni in torej bolj odvisni od storitev v neposredni bližini.

Podatki o omrežjih kažejo, da imajo starejši manjša omrežja socialne opore oziroma je med njimi več takih, ki nimajo nikogar, na kogar bi se obrnili za pomoč (v primeru bolezni, depresije, po po nasvet in finančno pomoč). Vendar pa Slovenija tu izstopa kot država z izrazito močno povezanimi ljudmi (na kar opozarja že na primer Hlebec 2003, 2004). Delež anketirancev, ki nimajo nikogar, na katerega bi se obrnili po pomoč (v katerem od naštetih primerov), je le 3,8 %, med starejšimi pa 8,2 %. To so daleč najnižji deleži med vsemi državami EU27, Slovenija pa je tudi edina država, kjer je delež izoliranih starejših manjši od 10 %. Še najbližje sta ji Grčija (11,7 %) in Irska (12,3 %). Tudi na področju medosebnih odnosov ni opaziti velikih razlik med analiziranimi skupinami držav, kakršne smo opazili na prejšnjih področjih izključenosti. Države pa se precej razlikujejo v tem, kolikšna je razlika med deležem izključenih iz medosebnih odnosov med starejšimi in deležem v celotni populaciji. Tu največje razlike opazimo v skandinavskih državah.

Tabela 22: Odstotki izključenih po posameznih kazalcih: primerjava med državami EU27 in med splošno populacijo ter starejšimi (65+)

	Materialna deprivacija		Neprimerno stanovanje		Zdravje		Dostop do zdravstva		Prostorska izključenost		Izključenost iz medosebnih odnosov	
	% prikrajšanih		% z neprimernim stanovanjem		% s slabim zdravjem		% s slabim dostopom		% izključenih		% izključenih	
	vsi	65+	Vsi	65+	vsi	65+	vsi	65+	vsi	65+	vsi	65+
Velika Britanija	8,5	5,5	32,4	17,4	8,6	11,3	15,2	12,3	15,4	22,3	14,9	23,3
Irska	7,1	8,2	23,3	16,4	3,1	8,2	18,2	16,6	18,4	20,5	7,0	12,3
Atlantska skupina	8,0	6,4	28,8	16,9	6,4	10,3	16,4	13,6	16,6	21,7	11,7	19,8
Danska	3,3	2,0	31,1	15,7	9,6	10,6	11,2	7,1	27,7	23,4	11,7	22,7
Finska	4,3	5,8	28,6	21,5	8,1	16,3	10,1	11,2	26,1	29,3	12,1	23,6
Švedska	3,1	1,3	21,3	12,9	7,6	10,7	10,8	8,6	53,7	55,8	9,0	20,1
Skandinavska skupina	3,6	3,0	27,0	16,5	8,4	12,5	10,7	9,1	35,9	36,8	10,9	22,0
Avstrija	9,2	7,8	22,9	15,6	8,1	19,3	13,8	14,4	14,5	11,5	8,1	12,6
Belgija	10,3	10,5	27,7	15,9	7,9	9,6	15,5	10,1	30,5	40,5	18,4	29,2
Francija	7,5	8,3	30,2	16,9	5,8	11,1	14,8	12,4	34,3	39,5	20,0	27,1
Nemčija	12,5	9,4	19,2	10,4	7,3	12,3	19,2	17,5	31,5	32,8	16,0	23,0
Luksemburg	2,9	2,2	26,1	22,0	5,6	8,7	16,1	13,5	35,1	37,3	14,3	24,3
Nizozemska	3,6	5,1	25,9	12,6	5,2	9,1	12,0	10,3	29,9	27,3	16,2	32,0
Celinska skupina	8,3	7,7	24,9	14,8	6,7	11,8	15,7	13,7	29,8	32,5	15,8	24,6
Grčija	29,9	51,2	38,5	42,7	7,0	20,5	27,8	33,2	18,5	21,5	7,0	11,7
Ciper	25,8	39,3	40,0	37,4	6,9	20,9	31,3	34,2	18,2	19,0	13,6	20,9
Italija	10,2	11,5	26,7	22,7	5,9	18,4	45,5	54,3	18,7	25,9	10,2	12,9
Malta	29,3	33,7	24,9	29,2	5,3	19,3	25,0	23,5	30,1	26,9	9,3	15,1
Španija	9,0	16,9	25,0	24,6	6,9	21,2	20,2	21,5	12,4	18,8	13,3	15,9
Portugalska	21,5	37,3	32,8	38,0	13,0	37,1	28,9	30,7	21,3	23,5	20,0	29,4
Južnoevropska	20,1	29,2	30,9	31,3	7,4	22,6	31,0	35,3	19,8	23,0	12,1	17,0
Estonija	23,2	39,3	57,6	55,4	12,1	33,2	19,1	25,9	24,8	28,5	21,8	29,6
Latvija	39,4	63,3	61,1	50,7	17,7	38,6	24,6	23,2	21,5	22,4	25,6	35,7
Litva	39,6	61,3	58,2	56,5	19,8	45,7	32,1	37,1	23,4	31,7	10,1	13,9
Poljska	33,3	55,2	42,8	39,7	13,5	37,2	32,1	37,6	24,4	23,0	16,4	23,5
Severovzhodna	33,8	54,5	53,6	49,9	15,5	38,4	27,2	31,0	23,6	26,1	18,3	25,9
Češka	18,5	32,5	23,8	25,5	8,6	23,6	29,1	37,2	29,2	32,5	9,9	17,9
Madžarska	43,6	60,5	44,6	33,7	18,9	47,4	28,4	40,2	15,1	21,1	24,6	33,2
Slovaška	33,2	49,4	24,1	24,1	8,5	28,8	30,2	43,0	18,9	21,8	13,3	18,2
Slovenija	10,2	18,9	27,5	20,8	11,6	27,6	32,7	34,6	41,9	49,2	3,8	8,2
Srednjezhodna	26,0	39,7	29,5	25,9	11,6	31,6	30,0	38,7	26,3	31,6	12,7	19,4
Bolgarija	51,2	84,1	52,1	51,2	15,3	36,4	26,2	31,7	21,7	28,4	18,8	29,7
Romunija	45,7	78,9	54,9	65,9	11,8	26,6	24,9	31,5	29,2	37,0	16,5	23,5
Jugovzhodna												
EU15	10,1	11,1	26,5	18,2	7,1	14,7	21,6	22,2	24,5	29,0	14,6	21,2
NMS12	36,5	60,3	44,1	44,3	13,2	34,1	29,0	35,6	24,7	28,1	16,4	24,0
EU 27	15,7	20,2	30,3	23,0	8,4	18,3	23,1	24,6	24,5	28,9	15,0	21,7

Opomba: Pri nekaterih državah je zaradi manjšega števila enot ocena pri nekaterih spremenljivkah (od treh do petih) manj natančna, in sicer pri Avstriji, Belgiji, Irski, Nizozemski, Švedski. EQLS 2007

Vir: Filipovič Hrast 2011.

Kot smo omenili v uvodnem delu članka, je socialna izključenost kompleksen pojav in velja ne za eno samo področje, ampak predvideva izključevanje z različnih področij hkrati oz. kopičenje prikrajšanosti na različnih področjih. Tako avtorji (Trbanc 1996; Tsakoglou in Papadopoulos 2002) kot socialno izključene ne definirajo osebe, ki so izključene v eni od opazovanih sfer, ampak tiste, ki so izključeni na več področjih hkrati. Tu predstavljamo kot socialno izključene tiste, ki so prikrajšane na štirih izmed šestih opazovanih področij.

Kot prikazuje tabela, se med državami EU 27 kaže ključni prelom med atlantskimi, skandinavskimi in celinskimi državami ter preostalimi članicami EU 27. Deleži med splošno populacijo v atlantski, skandinavske, celinski in tudi južnoevropski skupini ne presegajo 5 %. Podobno nizki deleži so med starejšimi, z izjemo južnoevropske skupine, kjer je ta delež 10 %. V Sloveniji je po tem kriteriju v splošni populaciji skoraj 4 % socialno izključenih, medtem ko je med starejšimi ta delež dvakrat večji. Vendar pa so ti deleži še vedno najmanjši v skupini srednjevzhodnih evropskih držav. Najvišje deleže takih, ki doživljajo kopičenje prikrajšanosti na več področjih hkrati, pa lahko znova opazimo v severovzhodnih in jugovzhodnih evropskih državah.

Tabela 23: Hkratna izključenost iz najmanj štirih kazalcev (od šestih) – primerjava EU 27

	Socialna izključenost (najmanj 4)	
	%	%
	vsi	65+
Velika Britanija	1,5	1,6
Irska	0,7	1,4
Atlantska skupina	1,2	1,5
Danska	1,1	0,0
Finska	0,7	1,0
Švedska	1,5	1,3
Skandinavska skupina	1,1	0,8
Avstrija	2,3	3,6
Belgija	4,3	4,1
Francija	2,0	1,5
Nemčija	3,3	1,7
Luksemburg	2,3	3,8
Nizozemska	1,1	1,1

	Socialna izključenost (najmanj 4)	
	%	%
	vsi	65+
<i>Celinska skupina</i>	2,6	2,4
Grčija	5,0	11,7
Italija	2,5	7,3
Ciper	4,2	11,0
Malta	4,8	9,9
Španija	1,9	4,3
Portugalska	7,4	17,1
<i>Južnoevropska</i>	4,1	9,9
Estonija	7,2	14,1
Latvija	14,1	22,7
Litva	12,2	25,3
Poljska	10,6	20,6
<i>Severovzhodna</i>	11,0	20,5
Češka	3,6	12,7
Madžarska	11,9	24,7
Slovaška	5,2	14,1
Slovenija	3,6	8,7
<i>Srednje-vzhodna</i>	5,9	15,1
Bolgarija	12,2	23,3
Romunija	13,4	25,9
<i>Jugovzhodna</i>		
EU15	2,5	3,6
NMS12	10,3	21,1
EU 27	4,1	6,8

Opomba: Pri atlantskih, skandinavskih, celinskih državah in Španiji so ocene deležev za socialno izključenost iz najmanj štirih sfer zaradi majhnega n (pod 10 enot) nezanesljive.

Vir: Filipovič Hrast 2011.

Analiza socialne izključenosti starejših je torej pokazala na izrazite razlike med državami Evropske unije. Predvsem lahko govorimo o dveh velikih skupinah – skupini severne in zahodne Evrope, kjer socialna izključenost starejših ni večja od tiste v splošni populaciji in kjer torej prizadene manjši delež ljudi (pod 10%). Druga skupina je skupina južnoevropskih in vzhodnoevropskih držav (novih članic), kjer je socialna izključenost starejših velika in tudi izrazito večja kot v splošni populaciji (Filipovič Hrast 2011). Do podobnih ugotovitev je prišel Ogg (2005), ki je višjo stopnjo potencialne socialne izključenosti v državah vzhodne Evrope povezal s spremembami in postavljanjem blaginjski režimov, medtem ko pri državah južne Evrope večjo ranljivost povezuje s povečevanjem nestabilnosti v družini, ki tako ne uspe več zagotavljati dovolj visoke podpore starejšim, hkrati pa reforme socialnega sistema ne pokrivajo zadovoljivo tega primanjkljaja.

NALOGE ZA ŠTUDENTE

Poiščite podatke na Statističnem uradu (www.stat.si) o stopnji tveganja revščine med starejšimi.

Poiščite podatke o stopnji tveganja revščine in materialni deprivaciji v Sloveniji in drugih evropskih državah (www.eurostat.eu).

Obiščite Rdeči križ, Karitas ali drugo nevladno organizacijo v vašem kraju in se pozanimajte njihovih izkušnjah revščine med starejšimi.

DODATNO BRANJE

Hlebec, V. idr. 2010a. *Samo da bo denar in zdravje: življenje starih revnih ljudi*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Mandič, S., in Filipovič Hrast M. 2011. *Blaginja pod pritiski demografskih sprememb*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Ogg, J. 2005. Social exclusion and insecurity among older Europeans: the influence of welfare regimes. *Ageing and Society* 25 (1): 69–90.

Stropnik, N., (ur.) idr. 2010. *Revščina in materialna deprivacija starejšega prebivalstva*. Ljubljana: Inštitut za ekonomska raziskovanja. Projekt v okviru ciljnega raziskovalnega programa »Konkurenčnost Slovenije 2006–2013« v letu 2006. Ljubljana: Inštitut za ekonomska raziskovanja.

LITERATURA

- Alber, J., in Kohler, U. 2004. *Health and care in an enlarged Europe*. Dublin: European foundation for the improvement of living and working conditions.
- Albertini, M., Kohli M., Vogel C. 2007. Intergenerational transfers of time and money in European families: common patterns – different regimes? *Journal of European social policy* 17, 319.
- Alcock, P., idr. (ur.). 2002. *The Blackwell dictionary of social policy*. Oxford: Blackwell publishing.
- Antonucci, T. C. 1986. Measuring Social Support Networks: Hierarchical Mapping Technique. *Generations* 1: 10–12.
- Antonucci, Toni. C., James S. Jackson, in Simon Biggs 2007. Intergenerational Relations: Theory, Research in Policy. *Journal of Social Issues* 63 (4): 679–693.
- Barker, J. C. 2002. Neighbors, friends and other non-kin caregivers of community-living dependent elders. *Journal of gerontology* 57b (3).
- Bengston, V. L., in Oyama, P. S. 2007. *Intergenerational Solidarity: Strengthening Economic and Social Ties*. New York: United Nations Headquarters.
- Bengston, V. L., in Roberts, R. E. L. 1991. Intergenerational Solidarity in Aging Families: An Example of Formal Theory Construction. *Journal of Marriage & Family* 53 (4): 856–870.
- Bengtson, V., Giarrusso, R., Mabry, J. B., in Silverstein, M. 2002. Solidarity, Conflict in Ambivalence: Complementary or Competing Perspectives on Intergenerational Relationships? *Journal of Marriage & Family* 64 (3): 568–576.
- Björnberg, U. in Ekbrand, H. 2008. Financial and Practical Kin Support in Sweden: Normative Guidelines and Practice. Asistencia familiar económica y practica en Suecia. *Lineamientos normativos y praxis*. 39 (1): 73–95.
- Brennen, J. 2003. Towards a Typology of Intergenerational Relations: Continuities and Change in Families. *Sociological Research Online*, vol. 8, no. 2.

- Cavanaugh, J.C. in Withbourne, S.K. (1999.). *Gerontology: An interdisciplinary Perspective*. New Yor: Oxford University Press.
- Connidis, I. 1989. Siblings as friends in later life. *American Behavioral Scientist* 33: 81–93.
- Connidis, I. A. in McMullin, J. A. 2002. Sociological Ambivalence and Family Ties: A Critical Perspective. *Journal of Marriage & Family* 64 (3): 558–567.
- Cumming, E. in Henry, W. E. 1961. *Growing Old*. New York: Basic.
- Črnak Meglič, A. (ur.). 2005. *Otroci in mladina v prehodni družbi: analiza položaja v Sloveniji*. Ljubljana: Ministrstvo za šolstvo in šport, Urad Republike Slovenije za mladino. Maribor: Aristej.
- Dalstra, J. A. A., Kunst, A. E., in Mackenbach, J. P. 2006. A comparative appraisal of the relationship of education, income and housing tenure with less than good health among the elderly in Europe. *Social science and medicine* 62: 2046–2060.
- Demographics of the European Union. 2010. Dostopno prek: http://en.wikipedia.org/wiki/Demographics_of_the_European_Union (28. 2. 2006).
- Dwyer, M. idr. 2000. *Factors affecting the ability of older people to live independently*. New Zealand: Ministry of social policy.
- Ekstrom, M. 1994. Elderly people's experiences of housing renewal and forced relocation: social theories and contextual analysis in explanations of emotional experiences. *Housing studies* 9(3): 369–391.
- Esping Andersen, G. 1990. *The three worlds of welfare capitalism*. Princeton, New Jersey: Polity press.
- Eurofound. 2009. Projects 2008–2009. Dostopno prek: <http://www.eurofound.europa.eu/research/projects.htm> (16. 2. 2011).
- Eurostat. 2009a. Social inclusion statistics. Dostopno na: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Social_inclusion_statistics (16. 2. 2011).
- Eurostat. 2009b. Introduction. Dostopno na: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/income_social_inclusion_living_conditions/introduction (16. 2. 2011).
- Eurostat. 2009c. Severely materially deprived persons. Dostopno na: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=en&pcode=t2020_53 (16. 2. 2011).
- Eurostat. 2010. Income, social inclusion, living conditions. Dostopno na: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/income_social_inclusion_living_conditions/data/main_tables (23. 12. 2010).
- Eurostat. 2013. Urban-rural typology. Statistics explained. European Commission. Dostopno na: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Urban-rural_typology (12. 8. 2013).

- Evans, S. 2009. *Community and ageing. Maintaining quality of life in housing with care settings*. Bristol: policy press.
- Evers, A., in Laville, J.L. (ur.). 2004. *The Third Sector in Europe*. Cheltenham and Northampton: Edward Elgar.
- Filipovič Hrast, M. 2011. Socialna izključenost starejših. V Mandič S., in Filipovič Hrast, M. (ur.): *Blaginja pod pritiski demografskih sprememb*. Ljubljana: FDV
- Filipovič Hrast, M., idr. 2005. Starejši človeki in njihova vpetost v sosedska omrežja. *Družboslovne razprave* 21(49/50): 205–223.
- Filipovič Hrast, M., in Hlebec, V. 2009. Medgeneracijska solidarnost v Sloveniji in tranzicijske spremembe. V Tašner, I. Lesar, M. G. Antić, V. Hlebec in M. Pušnik (ur.): *Brez spopada: kultur, spolov, generacij*: 195–214. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.
- Filipovič Hrast, M., Kogovšek, T., in Hlebec, V. 2005. Starejši človeki in njihova vpetost v sosedska omrežja. *Družboslovne razprave* 21 (49/50): 205–221.
- Filipovič, M., in Hlebec, V. 2006. Stanovanjska oskrba in starejši. V Mandič S., in Cirman A. (ur.): *Stanovanje v Sloveniji 2005*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Fingerman, K. L., Hay, E. L. in Birditt, K. S. 2004. The Best of Ties, the Worst of Ties: Close, Problematic in Ambivalent Social Relationships. *Journal of Marriage & Family* 66 (3): 792–808.
- Flaker, V., idr. 2008. *Dolgotrajna oskrba: očrt potreb in odgovorov nanje*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Grundy, E. 2006. Ageing and vulnerable elderly people: European perspectives. *Ageing and Society* 26 (2006): 105–134.
- Hank, K. 2007. Proximity and Contacts Between Older Parents and Their Children: A European Comparison. *Journal of Marriage & Family* 69 (1): 157–173.
- Hlebec, V. (ur.). 2009. Starejši ljudje v družbi sprememb. *Dialogi*, letn. 10. Maribor: Aristej.
- Hlebec, V. 2003. Socialna omrežja starejših ljudi v Sloveniji. *Družboslovne razprave* 19 (43): 171–182.
- Hlebec, V. 2004. Socialna opora starejših ljudi v perspektivi spolov. *Teorija in praksa* 41 (5/6): 992–1007.
- Hlebec, V. 2010b. *The post-socialist transition and care for older people in Slovenia*. European papers on the new welfare, No. 15. Dostopno na: <http://eng.newwelfare.org/2010/10/20/the-post-socialist-transition-and-care-for-older-people-in-slovenia-2/#.UdfAT03YQTY.email> (22. 12. 2013).
- Hlebec, V. 2012. Kontekstualni dejavniki oskrbe na domu v Sloveniji. *Zdravstveno varstvo* 51:120–127.

- Hlebec, V., idr. 2010a. *Samo da bo denar in zdravje: življenje starih revnih ljudi*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Hlebec, V., idr. 2012. *Medgeneracijska solidarnost v Sloveniji*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Hlebec, V., in Mali, J. 2013. Tipologija razvoja institucionalne oskrbe starejših ljudi v Sloveniji. *Socialno delo* 52(1): 29–41.
- Hlebec, V., in Mandič, S. 2005. Socialna omrežja starejših v obdobju tranzicije v Sloveniji. *Kakovostna starost* (8): 2–16.
- Hojnik-Zupanc, I. 1999. *Samostojnost starega človeka v družbeno-prostorskem kontekstu*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Hojnik-Zupanc, I., 1997. Uravnovešeno staranje kot izziv (post)moderne družbe. *Družboslovne razprave* 13, št. 24/25, str. 49–58.
- Hooyman, N. R., in Kiyak, H. A. 2002. *Social gerontology*. Boston: Allyn and bacon.
- Hvalič Touzery, S. 2007a. Tukaj smo! Opazite naše delo! Pomagajte nam! Raziskava o oskrbi starega človeka v družini. *Kakovostna starost* 10 (2): 4–27.
- Hvalič Touzery, S. 2007b: Primeri inovativnih in dobrih praks pomoči onemoglim starim ljudem in njihovim oskrbovalcem v državah Evropske unije. *Kakovostna starost* 10 (4): 35–52.
- Hvalič Touzery, S. 2007c. *Supporting family carers of older people in Europe – the national background report for Slovenia*. Hamburg, Münster: LIT Verlag.
- Hvalič Touzery, S. 2009. Družinska oskrba bolnih starih družinskih članov. V Hlebec, V. (ur.): *Starejši ljudje v družbi sprememb*. Maribor: Aristej.
- Iechovich, E. 2014. Aging in place: From Theory to Practice. *Anthropological notebooks*. 20 (1), 21–34.
- Igel, C., Brandt, M., Haberkern K., in Szydlik, M.. 2009. Specialization between Family and State Intergenerational Time Transfers in Western Europe. *Journal of Comparative Family Studies* 40 (2): 203–226.
- Iglič, H. 1988. Ego-centrične socialne mreže. *Družboslovne razprave*, 5: 82–93.
- Ingersoll-Dayton, B. 2001. Aging Parents Helping Adult Children: The Experience of the Sandwiched Generation. *Family Relations* 50 (3): 262–271.
- Inštitut Antona Trstenjaka. 2013. Dostopno na: <http://www.inst-antontrstenjaka.si/sozitej/projekti/5.html> (19. 8. 2013).
- Jackson, M. R., C. S. Fischer, in L. McCallister Jones. 1977. The Dimensions of Social Support. V: C.S. Fischer (ed.) *Networks and Places. Social Relations in the Urban Setting*, pp. 39–58. New York: Free Press.
- Kane, R. L., in Kane, R. A. 2005. Long term care. V Johnson, M. L. (ur.): *The Cambridge handbook of age and ageing*. 638–646. Cambridge: University press.
- Karner, T. X. 1998. Professional caring: Homecare workers as fictive kin. *Journal of aging studies* 12(1): 69–82.

- Kholi, M., in Albertini M. 2008. The family as a source of support for adult children's own family projects: European varieties. V Saraceno, C. (ur.): Families, Ageing and Social policy. *Intergenerational solidarity in European Welfare states*. Cheltenham: Edward Elgar publishing Inc.
- Kleinman, M. 2002. *A European Welfare State? European Union Social Policy in Context*. Houndmills, Basingstoke, Hampshire: Palgrave.
- Kolarič Z., idr. 2009. Slovenski sistem blaginje v procesu postopnega spreminjanja. V Krause, N. (1999): Assessing change in social support during late life. *Research on Aging* 21(4): 539–569.
- Kolarič, Z. 1992. From socialist to post-socialist social policy. V Svetnik, I. (ur.): *Social policy in Slovenia*: 15–32. Avebury: Ashgate.
- Kolarič, Z., Črnak Meglič, A., in Vojnovič, M. 2002. *Zasebne neprofitno-volonterske organizacije v mednarodni perspektivi*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Kump, N., in Stanovnik, T. 2006. Vpliv pokojninske reforme na socialno-ekonomski položaj upokojencev in starejšega prebivalstva. *IB revija*, xl (3): 4–17.
- Kunemund, H. 2008. Intergenerational relations within the family and the state. Saraceno, C. (ur.): Families, Ageing and Social policy. *Intergenerational solidarity in European Welfare states*. Cheltenham: Edward Elgar publishing Inc.
- Lah, I. 2007. *Kakovost življenja mladostnikov v Evropi*. Magistrsko delo. Ljubljana.
- Lah, I., Pahor, M., in Hlebec, V. 2008. Zdravje starejših ljudi kot element kakovosti življenja v Evropi. *Obzornik zdravstvene nege* 42 (2): 87–97.
- Larsson, K., idr. 2005. Delivering care to older people at home. V Johnson, M. L. (ur.): *The Cambridge handbook of age and ageing*: 630–637. Cambridge: University press.
- Lawton, L., Silverstein, M., in Bengtson, V. 1994. Affection, Social Contact, and geographic distance between adult children and their parents. *Journal of Marriage & Family* 56 (1), 57–68.
- Lawton, M. P., in Nehamow, L. 1973. An ecological theory of adaptive behavior and aging. V Eisdorfer, C., in Lawton, M. P. (ur.): *The Psychology of Adult Development and Aging*: 657–667. Washington DC: American Psychological Association.
- Lee, G. R., Netzer, J. K., in Coward, R. T. 1994. Filial Responsibility Expectations and Patterns of Intergenerational Assistance. *Journal of Marriage & Family* 56 (3): 559–565.
- Leichsenring, K. 2013. Constructing long-term care systems in Europe – theoretical considerations and examples of innovative practice. V Széman, Z. (ur.): *Challenges of ageing societies in the visegrad countries: Hungary, Czech Republic, Poland, Slovakia*. Hungarian Budapest: Charity service of the order of Malta.
- Lowenstein, A. 2007. Solidarity-Conflict and Ambivalence: Testing Two Conceptual Frameworks and Their Impact on Quality of Life for Older Family Members.

- Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences & Social Sciences* 62B (2): S100–S107.
- Lowenstein, A., Katz, R., in Gur-Yaish, N. 2007. Reciprocity in Parent–Child Exchange and Life Satisfaction among the Elderly: A Cross-National Perspective. *Journal of Social Issues* 63 (4): 865–883.
- Lüscher, K. 2002. Intergenerational Ambivalence: Further Steps in Theory and Research. *Journal of Marriage & Family* 64 (3): 585–593.
- Lüscher, K., in Pillemer, K. 1998. Intergenerational ambivalence. A new approach to the study of parent-child relations in later life. *Journal of marriage and the family* 60(2): 413–425.
- Mali, J. 2007. *Vloga in pomen socialnega dela v razvoju institucionalnega varstva starih ljudi v Sloveniji*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (doktorska disertacija).
- Mali, J. 2008a. *Od hiralnic do domov za stare ljudi*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Mali, J. 2008b. Comparison of the characteristics of homes for older people in Slovenia with Goffman's concept of the total institution. *European Journal of Social Work*, 11(4): 431–443.
- Mali, J. 2009. Spremembe v institucionalnem varstvu starejših. V Hlebec, V. (ur.): *Starejši ljudje v družbi sprememb*. *Dialogi* 10: (95–107). Maribor: Aristej.
- Mali, J. 2010a. Social work in the development of institutional care for older people in Slovenia. *European Journal of Social Work* 13(4): 545–559.
- Mali, J. 2011b. Pogled z vidika skrbi za stare ljudi: pripombe k predlogu zakona o socialnovarstveni dejavnosti. *Socialno delo* 50: 59–62.
- Mali, J. 2012b. Socialno delo s starimi ljudmi in nova socialna zakonodaja. *Časopis za kritiko znanosti* 39 (250): 128–137.
- Mali, J. 2013. *Dolgotrajna oskrba v Mestni občini Ljubljana*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Mandič, S. 2005. Kakovost življenja: med novimi blaginjskimi koncepti in družbenimi izzivi. *Družboslovne razprave* 21 (48): 111–131.
- Mandič, S. 2009. Medgeneracijsko zaveznitvo, izmenjava virov blaginje in sodobne dileme. V: Hlebec, V. (ur.). *Starejši ljudje v družbi sprememb*, (Dialogi, letn. 10). Maribor: Aristej. Str. 139–151.
- Mandič, S. in Filipovič Hrast M. 2011. *Blaginja pod pritiski demografskih sprememb*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Mandič, S. in Hlebec, V. 2005. Socialno omrežje kot okvir upravljanja s kakovostjo življenja in spremembe v Sloveniji med letoma 1987 in 2002. *Družboslovne razprave* 21(49/50): 263–285.
- Mandič, S. (ur.) 1999. *Kakovost življenja: stanja in spremembe*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

- Marsden, P. V. 1987. Core Discussion Networks of Americans. *American Sociological Review*, 52, 1: 122–31.
- MDDSZ 1997. *Program razvoja varstva starejših oseb na področju socialnega varstva v Sloveniji do leta 2005*. Dostopno na: http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/program_starejsi_2005.pdf (28. 12. 2013).
- MDDSZ. 2006. *Strategija varstva starejših do leta 2010 – Solidarnost, sožitje in kakovostno staranje prebivalstva*. Dostopno na: http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/strategijaSIstarejsi.pdf (16. 7. 2010).
- Milavec Kapun, M. 2011. *Starost in staranje*. Ljubljana: Zavod IRC.
- Ministrstvo za zdravje; Referenčne ambulate. 2013. Dostopno na: http://www.mz.gov.si/si/mz_zas/zdravstveno_varstvo/referencne_ambulate/ (28. 12. 2013).
- Muffels, R., in Fouarge, D. 2002. Do European Welfare States Matter in Explaining Social Exclusion? V R. Muffels, P. Tsakloglou in D. G. Mayes (ur.): *Social Exclusion in European Welfare States*. Cheltenham: 202–232. Northampton: Edward Elger.
- Muramatsu, N. in Campbell, R. T. 2002. State expenditure on home and community based services and use of formal and informal personal assistance: a multilevel analysis. *Journal of health and social behavior* 43(1): 107–124.
- Nacionalni program socialnega varstva do 2005 (2000): Ur. l. RS, št. 31/2000.
- Nagode, M. 2009. Organizirana pomoč za stare ljudi, ki živijo na domu: pomoč na domu in varovanje na daljavo. V: Hlebec V. (ur.). *Starejši ljudje v družbi sprememb*. Maribor: Aristej.
- Nagode, M. 2013. *Socialna oskrba na domu – v in izven mreže javne službe*. Strokovno srečanje Skupnosti socialnih zavodov, Ministrstvom za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, Inštitutom RS za socialno varstvo. Ljubljana: IRSSV.
- Nagode, M., idr. 2004. Delovanje in vrednotenje varovalno alarmnega sistema za starejši človeke. *Kakovostna starost* 7(1): 21–34.
- Nagode, M., in Lebar, L. 2013. *Izvajanje pomoči na domu analiza stanja v letu 2012*. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo.
- Norris, J. E., in Tindale, J. A. 1994. *Among generations. The cycle of adult relationships*. New York: W. H. Freeman and company.
- OECD. 2011. *Help wanted? Providing and paying for long-term care*. Dostopno na: <http://www.oecd.org/els/health-systems/helpwantedprovidingandpayingforlong-termcare.htm> (22. 12. 2013).
- Ogg, J. 2005. Social exclusion and insecurity among older Europeans: the influence of welfare regimes. *Ageing and Society* 25 (1): 69–90.
- Patsios, D., in Davey, A. 2005. Formal and informal community care of older adults. V Johnson, M. L. (ur.): *The cambridge handbook of age and ageing*: 597–604. Cambridge: University press.

- Pillemer, K., Suito, J. J., Mock S. E., Sabir, M., Pardo, T. B., in Sechrist, J. 2007. Capturing the Complexity of Intergenerational Relations: Exploring Ambivalence within Later-Life Families. *Journal of Social Issues* 63 (4): 775–791.
- Pravilnik o postopkih pri uveljavljanju pravice do institucionalnega varstva*. 2007. Ur. l. RS, št. 38/2004, 23/2006, 42/2007.
- Prebivalstvo. 2003. *Popis 2002- Statistične informacije*, št. 93. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije.
- Pyke, K. D., in Bengtson, V. L. 1996. Caring More or Less: Individualistic and Collectivist Systems of Family Eldercare. *Journal of Marriage & Family* 58 (2): 379–392.
- Rakar, T., idr. 2010. *Raziskava indeks civilne družbe. CIVICUS: World alliance or citizen participation*. Republika Slovenija: Ministrstvo za javno upravo.
- Ramovš, J. 2003. *Kakovostna starost. Socialna gerontologija in gerontagogika*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka in SAZU.
- Ramovš, J., Lipar, T., in Ramovš, M. 2012. Oskrba onemoglih ljudi. *Kakovostna starost*, 15 (3): (3–32).
- Referenčne ambulantne družinske medicine*. 2013. Dostopno na: <http://www.referenca-ambulantna.si/> (28. 12. 2013).
- Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020*. 2013. Ur. l. RS, št. 39/2013: 4668–4680.
- Room, G. (ur.). 1995. *Beyond the threshold. The measurements and analysis of social exclusion*. Bristol: The policy press.
- Saraceno, C. 2008. *Families, ageing and social policy. Intergenerational solidarity in European welfare states*. Cheltenham: Edward Elgar.
- Siegrist, J. 2000. Place, social exchange and health: proposed sociological Framework *Social science and medicine* 51 (2000): 1283–1293.
- Silverstein, M., Gans D. in Yang, F. M. 2006. Intergenerational Support to Aging Parents. The Role of Norms and Needs. *Journal of Family Issues* 27 (8): 1068–1084.
- Silverstein, M., in Bengtson, V. L. 1997. Intergenerational Solidarity and the Structure of Adult Child-Parent Relationships in American Families. *American Journal of Sociology* 103 (2): 429–460.
- Silverstein, M., Parrott, T. M., in Bengtson, V. L. 1995. Factors that Predispose Middle-Aged Sons and Daughters to Provide Social Support to Older Parents. *Journal of Marriage & Family* 57 (2): 465–475.
- Silverstein, M., Xuan, C., in Heller, K. 1996. Too Much of a Good Thing? Intergenerational Social Support and the Psychological Well-Being of Older Parents. *Journal of Marriage & Family* 58 (4): 970–982.
- Simms, M. 2004. A theory of age exclusion through closure: chronological aid to clinical need. *Journal of ageing studies* 18 (2004): 445–465.

- Smith, A. 2009. *Ageing in urban neighbourhoods. Place attachment and social exclusion*. Bristol: Policy press.
- Smolej, S., idr. 2008a. *Analiza izvajanja pomoči na domu*. Ljubljana: Inštitut RS za socialno varstvo.
- Smolej, S., idr. 2008b. *Izvajanje pomoči na domu. Analiza stanja za obdobje januar–junij 2008*. Ljubljana: Inštitut RS za socialno varstvo.
- Statistični urad Republike Slovenije (SURS a). 2012. *Slovenske regije v številkah*. Dostopno na: <http://www.stat.si/doc/pub/REGIJE-2012.pdf> (4. 4. 2013).
- Statistični urad Republike Slovenije (SURS b). 2012. *Slovenske občine v številkah (Puconci)*. Dostopno na: <http://www.stat.si/obcineVStevilkah/Vsebina.aspx?leto=2013&id=131> (4. 4. 2013).
- Strategija varstva starejših do 2010 – Solidarnost, sožitje in kakovostno staranje prebivalstva* 2006. Dostopno na: http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/page-uploads/dokumenti__pdf/strategija_varstva_starejsih_splet_041006.pdf (29. 11. 2013).
- Stropnik, N., Kump, N., Filipovič Hrast, M., Hlebec, V., Vezovnik, A., in Kavčič, M. 2010. *Revščina in materialna deprivacija starejšega prebivalstva: projekt v okviru Ciljnega raziskovalnega programa Konkurenčnost Slovenije 2006–2013 v letu 2006*. Ljubljana: Inštitut za ekonomska raziskovanja.
- SURS. 2007. *Vzpostavitev lokalne samouprave v RS v številkah*. Posebne publikacije št. 6. Ljubljana: SURS.
- SURS. 2010. *Kazalniki dohodka in revščine, Slovenija 2009*. Dostopno na: http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=3528 (16. 2. 2011).
- SURS. 2012a. *Slovenske občine v številkah 2011*. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije. Dostopno na: <http://www.stat.si/obcineVStevilkah/Default.aspx?leto=2011>. (10. 8. 2012).
- SURS. 2012b. *Slovenske občine v številkah*. Dostopno na: <http://www.stat.si/obcinev-stevilkah/Vsebina.aspx?leto=2012&id=67> (22. 12. 2013).
- SURS. 2012c. *Slovenske občine v številkah*. Dostopno na: <http://www.stat.si/obcinev-stevilkah/Vsebina.aspx?leto=2012&id=97> (22. 12. 2013).
- SURS. 2013a. *Projekt statistike razvoja podeželja. Kakovost življenja in raznolikost gospodarskih dejavnosti na podeželju*. Dostopno na: http://www.stat.si/tema_splosno_upravno_podezelje_predstavitev.asp#namen (28. 1. 2013).
- SURS. 2013b. *Prebivalstvo po starosti in spolu, občine*. SI-Stat podatkovni portal – Demografsko in socialno področje. Dostopno na: http://pxweb.stst.si/pxweb/Database/Dem_soc05_prebivalstvo/10-stevilo_preb/20_05C40_prebivalstvo_obcine/20_05C40_prebivalstvo_obcine.asp (4. 11. 2013).
- Szydlík, M. 2008. Intergenerational Solidarity and Conflict. *Solidaridad y conflictos intergeneracionales* 39 (1): 97–114.

- Šadl, Z., in Hlebec, V. 2007. Emocionalna opora v omrežjih srednje in starejše generacije v časovni perspektivi. *Teorija in praksa*, letn. 44, št. 1/2, str. 226–253.
- Šircelj, M. 2009. Staranje prebivalstva v Sloveniji. V Hlebec, V (ur.): *Starejši ljudje v družbi sprememb*. Maribor: Aristej.
- Šircelj, M. 2011. Gospodinjstva kot vir blaginje. V Mandič, S. in Filipovič Hrast M. (ur.), *Blaginja pod pritiski demografskih sprememb*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Šušteršič, O., idr. 2006. Patronažno varstvo in patronažna zdravstvena nega. Nadgradnja in prilagajanje novim izzivom. *Obzor Zdrav Neg* 40: 247–252.
- Švab, A. 2001. *Družina: od modernosti k postmodernosti*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
- Tartler, R. 1963/2009. *The older person in family, community and society*. Williams R. H., Tibbits C, Donohue, W. Process of ageing. Social and psychological perspectives. London: Aldine Transactions.
- Timonen, V. 2008. *Ageing societies: a comparative introduction*. Maidenhead: McGraw-Hill: Open University Press.
- Trbanc, M. 1996. Social exclusion: the concept and data indicating exclusion in Slovenia. *Družboslovne razprave* 12 (22/23): 99–114.
- Tsakoglou, P., in Papadopoulos, F. 2002. Identifying Population Groups at High Risk of Social Exclusion: Evidence from the ECHP. V R. J. A Muffels, P. Tsakoglou in D. G. Mayes (ur.): *Social Exclusion in European Welfare States*: 135–169. Cheltenham, Northampton: Edward Elgar.
- Ule, M. 1994. *Temelji socialne psihologije*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
- UTŽO. 2014. *Univerza za tretje življenjsko obdobje*. Dostopno na: <http://www.univerzazatrejeobd-drustvo.si> (19. 1. 2014).
- Van Gaalen, R. I., in Dykstra, P. A. 2006. Solidarity and Conflict Between Adult Children and Parents: A Latent Class Analysis. *Journal of Marriage & Family* 68 (4): 947–960.
- Vaux, A. 1988. *Social Support: Theory, Research, and Intervention*. New York: Praeger Publishers.
- Vertot, N. 2010. *Starejše prebivalstvo v Sloveniji*. Ljubljana. SURS.
- Victor, C., 2005. *The Social Context of Ageing: A Textbook of Gerontology*. New York: Routledge.
- Vlemenickx, K., in Berghman, J. 2001. Social exclusion and the welfare state: an overview of conceptual issues and implications. V D. G. Mayes, J. Berghman in R. Salais (ur.): *Social Exclusion and European Policy*. Cheltenham, Northampton, Edward Elgar: Globalisation and Welfare.

- Wacker, R., in Roberto, K. A. 2008. *Community resources for older adults. Programmes and services in an era of change*. Los Angeles, London: Sage.
- Wellman, B. 1981. Applying Network Analysis to the study of Support. V: B. H. Gottlieb (ed.) *Social Networks and Social Support*, pp. 171–200. Beverly Hills: Sage Publications.
- Wellman, B., in Wortley, S. 1990. Different Strokes from Different Folks: Community Ties and Social Support. *American Journal of Sociology*, 96, 3: 558–88.
- Wenger, C. 1994. *Support networks of older people: a guide for practitioners*. Centre for social policy research and development: University college of Wales.
- WHO. 2007. *World health organization. Global age-friendly cities: A guide*. Geneva: WHO Press.
- Wokoun, R., idr. 2010. Prospective future trends in urban–rural relationships within the territorial agenda of the EU: A critical analysis of implementation with a special focus on the example of the Czech republic. *European Planning Studies* 18(11): 1881–1896.
- Zakon o socialnem varstvu*. 1992. Dostopno na: <http://www.uradni-list.si/1/content?id=77822&part=&highlight=Zakon+o+socialnem+varstvu#!/Zakon-o-socialnem-varstvu-%28uradno-precisceno-besedilo%29-%28ZSV-UPB2%29> (5. 1. 2014).
- Zakon o socialnem varstvu*. 1992. Ur. l. RS, 54/1992, 56/1992 popr., Ur. l. RS 42/1994 Odl. US: U-I-137/93-24, 1/1999-ZNIDC, 41/1999, 60/1999 Odl. US: U-I-273/98, 36/2000-ZPDZC, 54/2000-ZUOPR, 26/2001, 110/2002-ZIRD, 2/2004 (7/2004 popr.), 36/2004-UPB1, 21/2006 Odl. US: U-I-116/03-22, 105/2006, 114/2006-ZUTPG, 3/2007-UPB2 (23/2007 popr., 41/2007 popr.), 122/2007 Odl. US: U-I-11/07-45, 61/2010-ZSVarPre, 62/2010-ZUPJS, 57/2012.
- ZDUS. 2012. *Zdus plus* 5(6).
- Zveza društev upokojencev Slovenije (b.l.). 2012. Dostopno na: <http://www.zdus-zveza.si> (20. 8. 2012).

VPRAŠALNIK O MEDGENERACIJSKIH ODNOSIH

1. Označite vaš spol.

1. Ženski
2. Moški

2. Katerega leta ste rojeni?

19 ____

3. Kakšen je vaš trenutni zakonski stan? Izberite najustreznejši odgovor.

1. Poročen/-a
2. Izvenzakonska skupnost
3. Samski/-a
4. Ovdovel/-a
5. Ločen/-a
6. Drugo (vpišite): _____

4a. Koliko otrok imate?

4b. Koliko vnukov imate?

5. Koliko še živečih sorojencev (bratov/sester) imate?

6. Kako bi opisali območje, na katerem živite?

1. Večje mesto
2. Manjše mesto
3. Primestno okolje
4. Strnjeno podeželsko naselje
5. Razpršeno podeželsko naselje

7. Najprej bi vas radi povprašali o tem, pri komu bi poiskali pomoč v nekaterih primerih, ko jo človek običajno potrebuje. Prosim vas, da mi poveste ime in začetnico njihovega priimka.

(Anketar – V tabelo na naslednji strani sproti vpisujete imena in s križcem označite, pri katerem vprašanju/tipu opore se posamezna oseba pojavi. Posamezna oseba se lahko pojavi pri več vprašanjih/tipih opore. Ko pridobite vsa imena, vprašajte še po vrsti odnosa s posamezno osebo – vprašanje X7).

X1. Nekaterih del v stanovanju ali na vrtu človek ne more opraviti sam. Lahko se zgodi, da potrebujete nekoga, ki vam bo pridržal lestev ali vam pomagal premakniti pohištvo. Koga bi zaprosili za pomoč?**X2. Recimo, da imate gripo in bi morali nekaj dni preležati v postelji. Potrebovali bi pomoč za razna opravila v hiši, nakupe in podobno. Koga bi zaprosili za pomoč?****X3. Zdaj pa si zamislite, da bi si morali sposoditi večjo vsoto denarja. Koga bi zaprosili za pomoč?****X4. Recimo, da vas tarejo problemi v odnosu z možem / ženo / partnerjem, ki jih sami ne morete razrešiti. Na koga bi se obrnili za pomoč, nasvet? Tudi če niste poročeni in nimate partnerja, poskusite odgovoriti, kaj bi v takem primeru storili.**

X7. V kakšni vrsti odnosa ste z osebo (npr. partner, brat, prijatelj)?

1. mož / žena / partner
2. mama
3. oče
4. hči
5. sin
6. sestra
7. brat
8. drug sorodnik iz moje družine
9. drug sorodnik iz partnerjeve družine
10. prijatelj
11. sosed
12. sodelavec v službi
13. drugo

8. Kako pogosto ste osebno v stiku z osebami, ki so vam blizu?

Če imate več takih oseb (npr. več vnukov), odgovorite za tisto osebo, s katero imate največ stikov.

		Dnevno	Tedensko	Mesečno	Manj pogosto	Nikoli	Ni take osebe
A	Sin	1	2	3	4	5	6
B	Hči	1	2	3	4	5	6
C	Vnuk/-inja	1	2	3	4	5	6
D	Snaha	1	2	3	4	5	6
E	Zet	1	2	3	4	5	6
F	Brat ali sestra	1	2	3	4	5	6
G	Drugsorodnik	1	2	3	4	5	6
H	Prijatelj/-ica	1	2	3	4	5	6
I	Sosed/-a	1	2	3	4	5	6

9. Kako pogosto ste po telefonu v stiku z osebami, ki so vam blizu?

Če imate več takih oseb (npr. več vnukov), odgovorite za tisto osebo, s katero imate največ stikov.

	Dnevno	Tedensko	Mesečno	Manj pogosto	Nikoli	Ni take osebe
A Sin	1	2	3	4	5	6
B Hči	1	2	3	4	5	6
C Vnuk/-inja	1	2	3	4	5	6
D Snaha	1	2	3	4	5	6
E Zet	1	2	3	4	5	6
F Brat ali sestra	1	2	3	4	5	6
G Drugorodnik	1	2	3	4	5	6
H Prijatelj/-ica	1	2	3	4	5	6
I Sosed/-a	1	2	3	4	5	6

10. Prosimo, da ocenite na lestvici:

Odgovarjajte za osebo (otroka, vnuka), ki vam je najbližje.

	Sploh ne				Zelo močno	Ni take osebe
Ali zaupate svojemu otroku?	1	2	3	4	5	9
Ali spoštujete svojega otroka?	1	2	3	4	5	9
Ali se čutite blizu svojemu otroku?	1	2	3	4	5	9
Ali zaupate svojemu vnuku?	1	2	3	4	5	9
Ali spoštujete svojega vnuka?	1	2	3	4	5	9
Ali se čutite blizu svojemu vnuku?	1	2	3	4	5	9
Ali zaupate svojim staršem?	1	2	3	4	5	9
Ali spoštujete svoje starše?	1	2	3	4	5	9
Ali se čutite blizu svojim staršem?	1	2	3	4	5	9

11. Prosimo, da ocenite svoje strinjanje z naslednjimi trditvami.

	Sploh se ne strinjam				Zelo močno se strinjam
Starši in odrasli otroci morajo skupaj sprejemati odločitve o pomembnih življenjskih stvareh.	1	2	3	4	5
Starši in odrasli otroci se naj pogosto družijo ob različnih aktivnostih.	1	2	3	4	5
Odrasli otroci morajo upoštevati mnenje svojih staršev.	1	2	3	4	5
Starši morajo upoštevati mnenje svojih odraslih otrok.	1	2	3	4	5
Odrasli otroci so dolžni skrbeti za svoje ostarele starše.	1	2	3	4	5

12. Kakšen je vaš stanovanjski položaj?

1. Lastnik, solastnik
2. Najemnik profitnega stanovanja
3. Najemnik neprofitnega stanovanja
4. Najemnik službenega/kadrovskega stanovanja
5. Sem uporabnik v stanovanju sorodnikov, ne plačujem najemnine
6. Drugo (vpišite): _____

13. V kakšni vrsti stavbe živite?

1. Samostojna ali vrstna hiša
2. Večstanovanjska hiša
3. Blok z do 4 nadstropji
4. Blok s 5 ali več nadstropji
5. Drugo (vpišite): _____

14. Kakšen je tip vašega gospodinjstva (s kom živite)?

1. Samsko/enočlansko (živim sam/-a)
2. Par brez otrok (živim s partnerjem/-ko)
3. Par brez otrok, partner/-ka živi v institucionalnem varstvu starejših
4. Par z otroki (živiva z otroki)
5. Z drugimi ljudmi (vpišite): _____

15. Vključno z vami je v vašem gospodinjstvu _____ (število) oseb.

16. Kakšna je vaša izobrazba?

0. Brez šolske izobrazbe
1. Nepopolna osnovnošolska izobrazba
2. Osnovnošolska izobrazba
3. Nižja ali srednja poklicna izobrazba
4. Srednja strokovna izobrazba
5. Srednja splošna izobrazba
6. Višja strokovna izobrazba, višješolska izobrazba
7. Visokošolska strokovna izobrazba
8. Visokošolska univerzitetna izobrazba
9. Specializacija, magisterij, doktorat

17. Kako je z dohodki v vašem gospodinjstvu? Kateri od naslednjih opisov jim najbolj ustreza?

1. S sedanjimi dohodki se lahko brez težav preživljamo
2. S sedanjimi dohodki ravno še shajamo
3. S sedanjimi dohodki se le težko preživljamo
4. S sedanjimi dohodki se izredno težko preživljamo
5. Ne vem

18. Kakšen je skupni mesečni neto dohodek vašega celotnega gospodinjstva? Seštejte dohodke iz vseh virov. Če ne veste natančno, izberite približni odgovor.

1. Do 500 €
2. Od 500 do 750 €
3. Od 750 do 1.000 €
4. Od 1.000 do 1.250 €
5. Od 1.250 do 1.500 €
6. Od 1.500 do 2.000 €
7. Od 2.000 do 2.500 €
8. Od 2.500 do 3.000 €
9. Nad 3.000 €
10. Ne vem

Stvarno in imensko kazalo

A

Albertini, M. 45, 74, 75, 84, 94,
109, 113
ambivalentnost 55, 76, 78, 81, 82,
83, 84
Antonucci, T. C. 61, 62, 80, 109
avtonomija 27, 63, 98

B

Bengston, V. L. 45, 54, 55, 73, 75,
76, 77, 78, 79, 80, 81, 84, 87,
90, 109, 113
biološka starost 13, 14
blaginja 6, 29, 30, 31, 32, 34, 45,
73, 74, 78, 80, 96, 97, 98, 101,
113, 114, 118

C

cena 50
civilna družba 30, 31, 33, 52

D

demografske spremembe 6–10, 63,
84, 97, 108, 111, 114, 118
dolgotrajna oskrba 37, 40, 48, 54,
58, 65, 74, 97, 111, 114
dom za stare ljudi 33, 36, 40, 47, 48,
50, 54, 58, 114
dostava hrane na dom 48
dostopnost 34, 50, 63, 96, 97
društva 32, 39, 52, 53, 119
družbenokulturna starost 13, 14

družina 6, 7, 10, 11, 12, 16, 25, 30,
31, 32, 33, 35, 36, 37, 40, 41,
43–48, 54, 55, 56, 58, 59, 60–64,
68, 71, 73–80, 82, 83, 85, 94, 95,
96, 97, 101, 107, 112, 115, 124
družinski oskrbovalci 33, 54, 56
država blaginje 6, 29, 30, 31, 34,
45, 73, 74, 78, 97

E

emancipacija 83
emocionalna solidarnost 77, 78,
81, 90
Esping, Andersen, G. 29, 30, 38,
110
Evropska unija 9, 74, 96, 100, 101,
107, 112

F

Filipovič Hrast, M. 6, 39, 48, 57, 71,
95, 97, 101, 104, 106, 107, 108,
111, 114, 117, 118
Flaker, V. 40, 58, 111
formalni oskrbovalci 40, 42, 43, 44,
45, 46, 47, 52, 54
funkcionalna solidarnost 76, 77, 78,
87, 92, 93

H

hipoteza izrivanja 45
hipoteza vrivanja 45
hiralnica 58, 114

Hlebec, V. 6, 17, 34, 38, 47, 48, 50, 55, 59, 60, 66, 68, 69, 71, 73, 85, 87, 88, 90, 91, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 103, 108, 111, 112, 113, 114, 115, 117, 118
 Hojnik Zupanc, I. 14, 40
 Hvalič Touzery, S. 33, 43, 51, 52, 54, 56, 58, 112

I

Iechovich, E. 39, 112
 institucionalna oskrba 40, 42, 47, 48, 49, 77, 112

K

Kholi, M. 45, 113
 koeficient starostne odvisnosti 8, 9
 Kolarič, Z. 30, 31, 32, 34, 38, 47, 97, 113
 konflikt 55, 60, 77, 81, 82, 84
 konsenzualna solidarnost 76, 77, 78
 kritična teorija 20, 25

M

Mali, J. 40, 48, 49, 58, 112, 114
 Mandič, S. 6, 32, 60, 74, 97, 108, 111, 112, 114, 118
 materialna prikrajšanost 96, 98, 99, 102
 medgeneracijska solidarnost 6, 10, 12, 31, 34, 54, 55, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 84, 85, 87, 90, 91, 94, 111, 112
 medosebni odnosi 5, 97, 102, 103, 104

N

Nagode, M. 47, 50, 71, 115

neformalni oskrbovalci 40, 42, 43, 44, 46, 47, 52, 54, 56
 normativna solidarnost 76, 77, 80

O

omrežja socialne opore 54, 55, 60–62, 64–67, 69, 70, 71, 84, 86

P

Pahor, M. 59, 100, 113
 patronažna nega 33, 51, 118
 patronažna služba 51
 pomoč na domu 33, 36, 39, 40, 43, 48, 50, 51, 56, 115, 117
 predsodki 26, 27, 28
 profesionalizacija 42
 prostočasne dejavnosti 52
 psihološka starost 13

R

Ramovš, J. 14, 33, 40, 51, 52, 54, 57, 116
 revščina 6, 34, 95, 96, 98, 99, 100, 101, 102, 108, 117
 Roberts, R. E. L. 54, 55, 75, 76, 77, 87, 90, 94, 109
 ruralno 71

S

Saraceno, C. 45, 74, 84, 113, 116
 skupnost 5, 6, 31, 35, 36, 39, 40, 41, 42, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 56, 57, 64, 65, 95, 96, 97, 121
 skupnostna oskrba 39, 40, 44, 51
 socialna izključenost 5, 34, 36, 95, 96, 97, 98, 100, 101, 105, 106, 111

socialna omrežja 47, 59, 60, 61,
62, 63, 64, 71, 98, 100, 111,
112
socialna oskrba na domu 33, 34, 35,
36, 39, 40, 43, 44, 47, 48, 49, 50,
111, 115
socialna politika 30
socialno delo 5, 49, 47, 50, 58, 111,
114
socialno varstvo 31, 34, 35, 37,
38, 47, 48, 50, 75, 115, 116,
117
solidarnost
emocionalna 76, 80, 90, 92
funkcionalna 76, 78, 87, 92, 93
interakcijska 76
konsenzualna 76, 77, 78
normativna 76, 77, 80
strukturna 76, 78, 90, 91, 93
sorodniki 56, 57, 63, 64, 65, 66,
67, 68, 69, 70, 124
sosedi 24, 41, 42, 43, 44, 54, 56,
57, 59, 62, 63, 64, 65, 66, 67,
69, 70
storitve 29, 30, 31, 32, 33, 34,
35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42,
43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50,
51, 52, 53, 56, 58, 80, 96, 97,
98, 100, 103
Stropnik, N. 98, 99, 108, 117
strukturalizem 20

Š

Šircelj, M. 7, 8, 10, 11, 17, 118

T

teorija aktivnosti 20, 23
teorija interesnih skupin 20, 21
teorija izmenjave 20, 22
teorija kontinuitete 20, 23
teorija modernizacije 20
teorija staranja 6, 19, 25, 41
teorija umika 20, 24
teorija vlog 20, 22
Timonen, V. 39, 40, 42, 43, 52,
56, 58, 118
tranzicija 22, 25, 31, 32, 47, 51,
111, 112

U

ujetništvo 83
Ule, M. 26, 27, 28, 118
uporabnik 36, 40, 42, 49, 50, 126
urbano 70, 71

V

varovana stanovanja 47
varovanje na daljavo 47, 115
Vaux, A. 65, 118
Vogel, C. 94, 109

W

Wenger, G. C. 56, 57, 64, 65, 67,
71, 98, 119

Z

zakon o dolgotrajni oskrbi 37
zdravstvena nega 48, 49, 51, 113,
118



Univerza v Ljubljani
Fakulteta za družbene vede

