ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY
INSTITUTE OF HEALTH INFORMATION AND STATISTICS OF THE CZECH REPUBLIC

Evropské výběrové šetření o zdraví v České republice EHIS 2008

Duben 2011

Anotace: Publikace obsahuje výsledky Evropského výběrového šetření o zdraví, které bylo provedeno v České republice v roce 2008 na vzorku 1955 respondentů ve věku 15 a více let. Výsledky vychází ze zpracování dat na národní úrovni, vedle konkrétních údajů (absolutních, relativních) v nejrůznějším členění jsou zde zahrnuty i podrobné analytické texty. Dotazníkové šetření sledovalo informace z několika oblastí: zdravotní stav, využití zdravotní péče a zdravotní determinanty, vše ve vazbě na sociodemografické charakteristiky.

Klíčová slova: výběrové šetření o zdraví, zdravotní stav, životní styl, subjektivní zdraví, obezita, kouření, kvalita života

Annotation: *European Health Interview Survey in the Czech Republic EHIS 2008*

This publication presents results of European Health Information Survey, which was carried out in the Czech Republic in 2008 on the Sample of 1955 respondents aged 15+. The results come from processing of data at the national level. In addition to concrete data (absolute as well as relative ones) in different breakdowns the publication contains the detailed analytical texts. The sample survey observed information on different topics: health state, use of health care, health determinants, all related to socio-demographic characteristics.

Keywords: *Health Interview Survey, health state, lifestyle, subjectively perceived health, obesity, smoking, quality of life*

Zpracoval Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR,
Palackého náměstí 4, P.O.BOX 60, 128 01 Praha 2, www.uzis.cz

Řešitel: RNDr. Šárka Daňková, Mgr. Jiří Holub, Mgr. Jitka Láchová

© ÚZIS ČR, 2011

ISBN 978-80-7280-916-5

OBSAH

Obsah ... **3**
1. Úvodní informace ... **5**
1.1. Historie šetření v ČR ... 5
1.2. Šetření o zdraví v Evropě ... 6
2. Základní informace o šetření EHIS v ČR 2008 ... **8**
2.1. Dotazník ... 8
2.2. Výběr respondentů ... 9
2.3. Tazatelé ... 10
2.4. Sběr dat, účast v šetření ... 10
2.5. Informace o provedených rozhovorech ... 14
3. Zpracování dat, metodika ... **15**
4. Charakteristika respondentů ... **18**
4.1. Věk ... 18
4.2. Rodinný stav ... 19
4.3. Vzdělání ... 20
4.4. Ekonomická aktivita ... 21
4.5. Kraj, velikost obce ... 22
4.6. Občanství, země narození ... 23
4.7. Domácnost, příjem ... 23
5. Charakteristiky zdravotního stavu ... **28**
5.1. Základní charakteristiky zdraví – Minimální evropský modul o zdraví ... 28
5.2. Vybraná chronická onemocnění ... 33
5.3. Úrazy ... 40
5.4. Nemoci způsobené/zhoršené vlivem zaměstnání ... 42
5.5. Přerušení pracovní aktivity ze zdravotních důvodů ... 46
5.6. Omezení smyslových funkcí ... 47
5.7. Pohybové schopnosti, motorika ... 50
5.8. Zvládání aktivit osobní péče ... 54
5.9. Zvládání péče o domácnost ... 59
5.10. Bolesti ... 64
5.11. Duševní zdraví ... 66
5.12. Kognitivní schopnosti ... 71
6. Využívání Zdravotní péče ... **78**
6.1. Lůžková péče ... 78
6.2. Ambulantní péče ... 83
6.3. Léky ... 95
6.4. Preventivní péče ... 101
6.5. Spokojenost se zdravotní péčí ... 114
6.6. Výdaje na zdravotní péči ... 121

7. Determinanty zdraví ... 138
7.1. Tělesná hmotnost, výška, Body Mass Index ... 138
7.2. Fyzická aktivita ... 141
7.3. Konzumace ovoce a zeleniny ... 146
7.4. Konzumace alkoholu ... 148
7.5. Kouření ... 157
7.6. Užívání drog ... 166
7.7. Životní a pracovní prostředí ... 173
7.8. Sociální prostředí ... 181
7.9. Kvalita života ... 185
8. Vybrané sociodemografické a ekonomické souvislosti ... 192
8.1. Rodinný stav ... 192
8.2. Vzdělání ... 196
8.3. Příjem ... 198
8.4. Velikostní skupina obce ... 200
9. Vývoj ... 202
9.1. Základní charakteristiky zdraví ... 202
9.2. Chronické nemoci ... 204
9.3. Bolesti ... 206
9.4. Duševní zdraví ... 207
9.5. Kognitivní schopnosti ... 210
9.6. Lůžková péče ... 211
9.7. Ambulantní péče ... 214
9.8. Léky ... 216
9.9. Prevence ... 219
9.10. Spokojenost ... 220
9.11. BMI ... 221
9.12. Fyzická aktivita ... 222
9.13. Spotřeba alkoholu ... 222
9.14. Kouření ... 223
9.15. Drogy ... 225
9.16. Sociální kontakty ... 226
9.17. Kvalita života ... 227
10. Shrnutí výsledků ... 230
10.1. Ukazatele popisující zdravotní stav ... 230
10.2. Ukazatele využívání zdravotní péče ... 232
10.3. Zdravotní determinanty ... 233
10.4. Vývoj ... 236
10.5. Závěr ... 237
Seznam literatury ... 238
Seznam použitých zkratek a značek ... 239
Dotazník šetření ... 241

1. ÚVODNÍ INFORMACE

Výběrová šetření o zdravotním stavu jsou nedílnou součástí zdravotnické statistiky. Jejich hlavní význam spočívá v tom, že poskytují data, která jsou z jiných zdrojů nedostupná, navíc umožňují provázat několik typů informací navzájem.

1.1. Historie šetření v ČR

V České republice jsou výběrová šetření o zdravotním stavu prováděna od roku 1993, a to s tříletou periodicitou. Šetření tedy bylo provedeno v roce 1996, 1999, a 2002. Vzhledem k tomu, že již v roce 2004 se objevily aktivity směřující k zavedení Evropského šetření, používajícího jednotné instrumenty, nebylo původně plánované šetření HIS CR v roce 2005 uskutečněno a pozornost byla zaměřena na přípravu šetření dle jednotné evropské metodiky, které bylo nakonec realizováno v roce 2008.

Počet respondentů, s nimiž byl v jednotlivých letech proveden rozhovor, se pohybuje od 1 600 do 3 400 osob a prezentuje jej tab. 1.1.

Tab.1.1: Počet respondentů dotazovaných v šetření (E)HIS

Rok	1993	1996	1999	2002	2008
Počet respondentů	1 600	3 396	2 356	2 476	1 955

Základní metodické aspekty všech dosud realizovaných šetření jsou shodné:

- face-to-face rozhovory tazatelů s respondenty podle předem standardizovaného dotazníku
- metoda PAPI (paper and pencil)
- populace starší 15 let

Obsah šetření v jednotlivých letech prošel řadou změn. Zatímco první šetření vycházela svým dotazovacím nástrojem z metodiky WHO (Health Interview Surveys: Towards international harmonisation of methods and instruments, WHO 1996), v roce 2002 byl dotazník upraven podle výsledků testovacího šetření EUROHIS, realizovaného v roce 2001 na vzorku 500 respondentů (Nosikov, A., Gudex, C., 2003). V dalších letech pak byla rozvoji metodologie šetření věnována značná pozornost v rámci EU. S potřebou harmonizace výsledků šetření a jejich srovnatelnosti v zemích EU byl vytvořen koncept Evropského výběrového šetření o zdravotním stavu (EHIS – European Health Interview Survey).

V zásadě však dotazník svým obsahem zahrnoval po celou dobu několik základních oblastí:

- zdravotní stav respondentů (subjektivní hodnocení, výskyt některých typů chronických onemocnění, dlouhodobé omezení aktivit ze zdravotních důvodů, duševní zdraví, sociální kontakty apod.)

- výskyt rizikových faktorů, životní styl (index tělesné hmotnosti, kouření, konzumace alkoholu, fyzická aktivita, stravování)
- hodnocení zdravotnického systému
- základní socioekonomické a demografické charakteristiky

1.2. Šetření o zdraví v Evropě

V rámci EU byl zdravotní stav populace, vedle rutinních zdravotnických statistik, sledován několika způsoby. Jednak prostřednictvím národních výběrových šetření, realizovaných každým členským státem samostatně, v různém rozsahu podle vlastní metodiky. Vedle toho však existovalo několik tzv. harmonizovaných šetření, která poskytovala srovnatelné údaje. Takovým harmonizovaným šetřením bylo např. šetření ECHP (European Community Household Pannel), jehož hlavním zaměřením byla ekonomická aktivita a příjmy domácností, mimo to však zahrnovalo také dotazy na vybrané zdravotní charakteristiky. Šetření bylo prováděno v letech 1994–2001 a vztahovalo se na populaci 12 zemí, starší 16 let.

V roce 2003 bylo toto šetření nahrazeno šetřením EU-SILC (Survey on Income and Living Conditions), které bylo provedeno v roce 2004 v ČR jako pilotní, od roku 2005 je prováděno každoročně Českým statistickým úřadem pod názvem „Životní podmínky“. Toto šetření zjišťuje zejména pracovní aktivitu, životní podmínky a příjmy obyvatelstva, obsahuje však také otázky na zdravotní stav a dále otázky vztahující se k potížím spojeným s neposkytnutím zdravotní péče v případě její potřeby.

Ve snaze provést tzv. harmonizaci výstupů šetření provedl Eurostat v roce 1999 sběr dat z národních šetření za 12 položek vztahujících se ke zdravotnímu stavu, v roce 2002 a 2004 pak za 18 položek (v roce 2004 již byla sebrána data za 29 zemí - 24 zemí EU bez Lucemburska, a dále Švýcarsko, Rumunsko, Bulharsko, Norsko a Island). Výsledky však ukázaly, že v rámci zemí existuje značná variabilita v provádění těchto šetření. Proto byla zahájena aktivita směřující k vytvoření jednotného systému šetření o zdraví v rámci zemí Evropy.

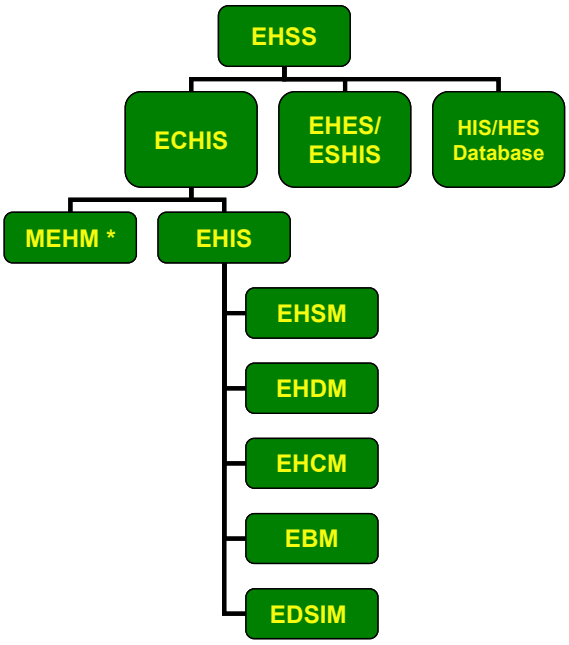
Evropský systém šetření o zdraví (EHSS)

EHSS je systém harmonizovaných šetření o zdravotním stavu, který se rozvíjí od konce 90.let. Jeho cílem je poskytnout harmonizovaná a srovnatelná data o zdravotním stavu za členské země EU.

Jednou z jeho základních složek je právě EHIS, koncipovaný jako modulární šetření. Základem EHIS jsou 4 moduly – Evropský modul o zdraví (EHSM), Evropský modul o zdravotních determinantách (EHDM), Evropský modul o zdravotní péči (EHCM) a Evropský podkladový modul obsahující základní sociodemografické charakteristiky (EBM). Vedle těchto 4 modulů měl být součástí šetření také modul o disabilitě a sociální integraci (EDSIM), v současné době se však uvažuje o samostatném šetření k této problematice.

Kromě šetření EHIS je sada 3 otázek na zdraví – tzv. Minimální evropský modul (MEHM) každoročně zařazována v šetření SILC, přičemž obě složky (SILC a EHIS) jsou maximálně harmonizovány.

Obr. 1: Evropský systém šetření o zdraví



Vedle Evropského základního systému výběrových šetření o zdraví (ECHIS – European Core Health Interview Survey) je systém doplněn šetřeními typu HES (Health Examination Surveys) a Evropskými speciálními šetřeními zaměřenými na určitá témata (ESHIS). Velice přehledným nástrojem pro zhodnocení jednotlivých národních šetření je tzv. European Union Health Surveys Information Database – EUHSID, dříve jako HIS/HES databáze, která obsahuje konkrétní znění otázek (v národním jazyce a anglicky) za vybraná výběrová šetření, která se ke zdravotnímu stavu vztahují, včetně podrobných metodologických informací.

1. vlna šetření EHIS proběhla v letech 2007–2010 ve všech zemích EU. Vzhledem k tomu, že jeho implementace v jednotlivých členských zemích vychází ze stejných dotazovacích nástrojů a z jednotné metodiky, připravené Evropskou unií (Eurostatem), data, která ze šetření vzejdou, budou srovnatelná mezi zeměmi, což do této doby nebylo možné. Nabízí se tak možnost zhodnotit např. postavení ČR v rámci EU z pohledu zdraví, zdravotní péče a životního stylu obyvatel. Vzhledem k tomu, že rozmezí let, kdy země šetření provedly je poměrně široké, nejsou v současné době dosud dostupná data za všechny země EU. Vybrané údaje za vybrané země však Eurostat již uveřejnil ve své databázi New Cronos. Jakmile budou dostupná data za ostatní země, pokusíme se připravit srovnání výsledků za ČR s ostatními regiony.

Šetření EHIS bude dále realizováno v pětiletých intervalech, 2. vlna šetření proběhne pravděpodobně v roce 2014 (s možnou odchylkou v roce 2013) a již v roce 2010 byly zahájeny přípravné aktivity na tuto vlnu spočívající zejména v revizi stávajících nástrojů.

2. ZÁKLADNÍ INFORMACE O ŠETŘENÍ EHIS V ČR 2008

V roce 2008 bylo v České republice Ústavem zdravotnických informací a statistiky realizováno Evropské výběrové šetření o zdravotním stavu (EHIS).

Samotnému šetření předcházela poměrně rozsáhlá příprava. Proces implementace šetření EHIS byl zahájen v roce 2005, kdy v ČR, v rámci evropského grantu (No. 2004 35100 007) proběhl překlad a pilotní šetření modulu EHSM (na vzorku 251 respondentů). V rámci projektu Transition Facility 2004 (grant No. 19100.2005.001-2005.530) pak byly v roce 2006 přeloženy i ostatní moduly a testován celý dotazník na vzorku 150 respondentů. Další Evropský grant (No. 35100.2005.007-2006.445) na přípravu šetření umožnil v roce 2007 finalizaci dotazníku a vytvoření dalších potřebných materiálů k šetření (pokyny pro tazatele apod.). Proces sběru dat byl finančně podpořen grantem Eurostatu (grant č. 35100.2007.001-2007.508), částečně se na financování podílelo Ministerstvo zdravotnictví.

V České republice byl harmonogram šetření následující:

- v průběhu ledna–dubna 2008 byla dokončena příprava dotazníků a souvisejících materiálů potřebných pro dotazování (pokyny k dotazníku, číselníky a klasifikace, formuláře apod.), materiály byly vytištěny, byl dokončen pořizovací program,
- během dubna–června 2008 byla vedena jednání s Ministerstvem vnitra týkající se zajištění výběru respondentů, byli kontaktováni a vyškoleni tazatelé pro první fázi šetření,
- v měsících červen a červenec 2008 proběhla první fáze sběru dat v terénu,
- nábor a školení tazatelů pro druhou fázi šetření probíhal v měsících srpen a září, sběr dat v rámci druhé fáze byl realizován v průběhu září a října 2008,
- během září–prosince 2008 byla pořízena data z obou fází do elektronické podoby, zároveň byly provedeny základní kontroly,
- v průběhu ledna–února 2009 probíhala kontrola a čištění dat ze šetření.

2.1. Dotazník

Dotazník, který byl v rámci šetření použit, se skládal ze 4 evropských modulů, tj. částí, které je možné zařadit do šetření dohromady či samostatně. Jejich stručný obsah je následující:

Evropský podkladový modul (EBM - European Background Module), vychází z bloku charakteristik zjišťovaných ve všech sociálních šetřeních (tzv. Core Social Variables) a zahrnuje informace, jako jsou: pohlaví, věk, ekonomická aktivita, vzdělání, rodinný stav či příjem domácnosti.

Evropský modul o zdraví (EHSM - European Health Status Module) zjišťuje charakteristiky zdravotního stavu, jako jsou např. subjektivně vnímané zdraví, chronická nemocnost, úrazy, omezení pracovních aktivit z důvodu nemoci, zdravotní potíže s každodenními

činnostmi a péčí o domácnost, duševní zdraví a fyzická bolest. Součástí tohoto modulu je i tzv. Minimální evropský zdravotní modul (MEHM - Minimum European Health Module), neboli set 3 otázek na zdraví, které by měly být součástí každého výběrového šetření o zdraví a které jsou zařazovány i do jiných než zdravotnických šetření. Tyto ukazatele jsou využívány k výpočtu ukazatele Zdravá délka života (HLY - Healthy Life Years).

Evropský modul o zdravotní péči (EHCM - European Health Care Module) zjišťuje využívání zdravotní péče ambulantní, lůžkové, preventivní, užívání léků, výdaje za zdravotní péči.

Evropský modul o zdravotních determinantách (EHDM - European Health Determinants Module) mapuje životní styl respondentů z hlediska fyzické aktivity, spotřeby alkoholu a drog, stravovacích návyků, tělesné výšky a hmotnosti, kouření a životních podmínek jedince.

Sestavení jednotlivých modulů a finálního dotazníku předcházela celá řada diskusí na národní i mezinárodní úrovni, jednotlivé moduly byly přeloženy do češtiny a testovány. Konečný dotazník použitý pro šetření v roce 2008 zahrnoval, kromě evropských modulů, také 12 národních otázek, které byly do dotazníku doplněny na základě předchozích zkušeností s šetřeními HIS v ČR. Dotazník o rozsahu 32 stran se skládal z několika tématicky spojených bloků otázek, celkový počet proměnných odvozených z dotazníku se pohybuje okolo 500. Dotazník použitý v české verzi šetření je prezentován v závěru této publikace.

2.2. Výběr respondentů

Výběr respondentů byl, stejně jako v předchozích šetřeních HIS CR, založen na evidenci Ministerstva vnitra a jeho Informačním systému evidence obyvatel (ISEO). Výběr 4 000 respondentů ve věku 15 a více let s trvalým nebo dlouhodobým pobytem v ČR byl realizován prostřednictvím dvoustupňového stratifikovaného výběru v následujících krocích:

- Rozdělení populace ČR starší 15 let do 79 strat, vymezených krajem a velikostní skupinou obce. Každému stratu byl s ohledem na počet obyvatel přiřazen určitý počet osmic respondentů (z důvodu nižších cestovních nákladů byly voleny osmice, celkem 500 osmic respondentů).
- 1. stupeň - výběr obcí (resp. osmic respondentů a obcí) se zohledněním počtu obyvatel v obci. Celkem bylo vybráno 310 obcí.
- 2. stupeň - výběr požadovaného počtu respondentů v obci.

Zatímco první dva kroky byly realizovány na pracovišti ÚZIS ČR, pro realizaci třetího kroku byl předán seznam obcí s konkrétním požadovaným počtem osob (mužů a žen) Ministerstvu vnitra. To provedlo prostý náhodný výběr zadaného počtu respondentů v lokalitě. Z původního počtu 4 000 respondentů se bohužel nepodařilo pokrýt tazatelskou sítí 175 osob ve 21 lokalitách. Tím se výběrový soubor snížil na 3 825 osob oslovených tazateli.

Tab. 2.1: Výběrový soubor podle pohlaví a věku

Věk	Pohlaví		Celkem
	muži	ženy	
15–24	275	260	535
25–34	359	370	729
35–44	344	298	642
45–54	294	270	564
55–64	335	303	638
65+	263	454	717
Celkem	1 870	1 955	3 825

2.3. Tazatelé

V důsledku celé řady komplikací v průběhu organizace sběru dat bylo nutné samotné šetření rozdělit do 2 fází, z nichž první proběhla v průběhu června a července 2008, druhá část šetření pak navázala v září a říjnu 2008. Důvodem bylo nedostatečné pokrytí tazatelskou sítí, kterou bylo, oproti původním plánům, nutno nově vytvořit (využití regionálních pracovišť ÚZIS ČR jako v předchozích letech nebylo z důvodu jejich personální redukce možné, ani oslovení agentury s vlastní tazatelskou sítí nebylo možné z organizačních důvodů). Tazatelé pro první fázi šetření EHIS CR byli nabíráni v průběhu dubna a května 2008, v červnu proběhlo jejich vyškolení. Ve druhé fázi šetření byli osloveni, kromě těchto tazatelů, další a nově vyškoleni v polovině září. Celkem se tak šetření účastnilo 115 tazatelů, z toho 19 bylo zastoupeno v obou fázích. Výrazná část tazatelů pocházela z regionálních pracovišť Státního zdravotního ústavu, kromě studentů byli do šetření zahrnuti také externí tazatelé ČSÚ.

2.4. Sběr dat, účast v šetření

Sběr dat byl proveden formou osobních rozhovorů tazatele s respondentem, v jehož průběhu byl vyplněn dotazník (formou PAPI - papír a tužka). Tazatelé byly vybaveni seznamem respondentů se jménem respondenta a přesnou adresou jeho trvalého bydliště, zároveň měli informaci o věku respondenta (z důvodu prevence případné záměny osob se stejným jménem, např. otce a syna). Osobnímu setkání vždy předcházel informativní dopis, který respondent od tazatele obdržel poštou. Dopis seznamoval respondenty s významem a historií šetření, jeho obsahem, způsobem výběru respondentů a získání jejich adresy, důvěrnosti, zajištění ochrany dat a zpracování údajů ze šetření. Na základě tohoto informativního dopisu, ve kterém byl uveden i termín návštěvy tazatele, si mohl respondent s tazatelem domluvit změnu termínu či upřesnit místo schůzky. V případě, že tazatel byl v kontaktování respondenta neúspěšný, byl povinen opakovat pokus nejméně třikrát. V průměru na jednoho tazatele připadalo 28 respondentů k oslovení.

Každý tazatel pak po kontaktování respondentů vyplnil podrobný formulář, kde zaznamenal přehled kontaktů s respondenty, jejich úspěšnost, příp. důvody neúspěšného kontaktu. Činnost tazatelů v terénu nebyla nijak kontrolována ani supervidována, po odevzdání dat však byla provedena kontrola měsíce a roku narození respondenta ve vyplněném dotazníku s datem narození získaným v rámci výběru z ISEO. Vzhledem k tomu, že tazatelé byli o možnosti této kontroly předem informováni, nedošlo v žádném případě k nesrovnalostem a je tedy možné říci, že žádné z odevzdaných dotazníků nebyly falšovány.

Z 3 825 respondentů byl rozhovor proveden zhruba s polovinou, přesně s 1 955. Rozhovor se nepodařilo provést s 1 870 vybranými osobami, tzv. míra účasti, neboli podíl získaných vyplněných dotazníků, činil, 51,1 %. To je, ve srovnání s předchozími šetřeními, velice nízký údaj (v předchozích šetřeních se míra účasti pohybovala okolo 70 %). Přitom úspěšnost byla vyšší ve druhé fázi šetření (58 %) ve srovnání s fází první (47 %). Možnými důvody, proč bylo tak málo respondentů ochotných rozhovor poskytnout, jsou:

- ve srovnání s předchozími šetřeními nebyly respondentům dávány žádné odměny,
- obecně nepříznivá politická situace v ČR, zejména v oblasti zdravotnictví,
- ne příliš vhodné načasování zejména 1. fáze šetření (řada lidí je již na dovolené či na chatě),
- vliv problémů s organizací šetření (nábor tazatelů, časová tíseň apod.)

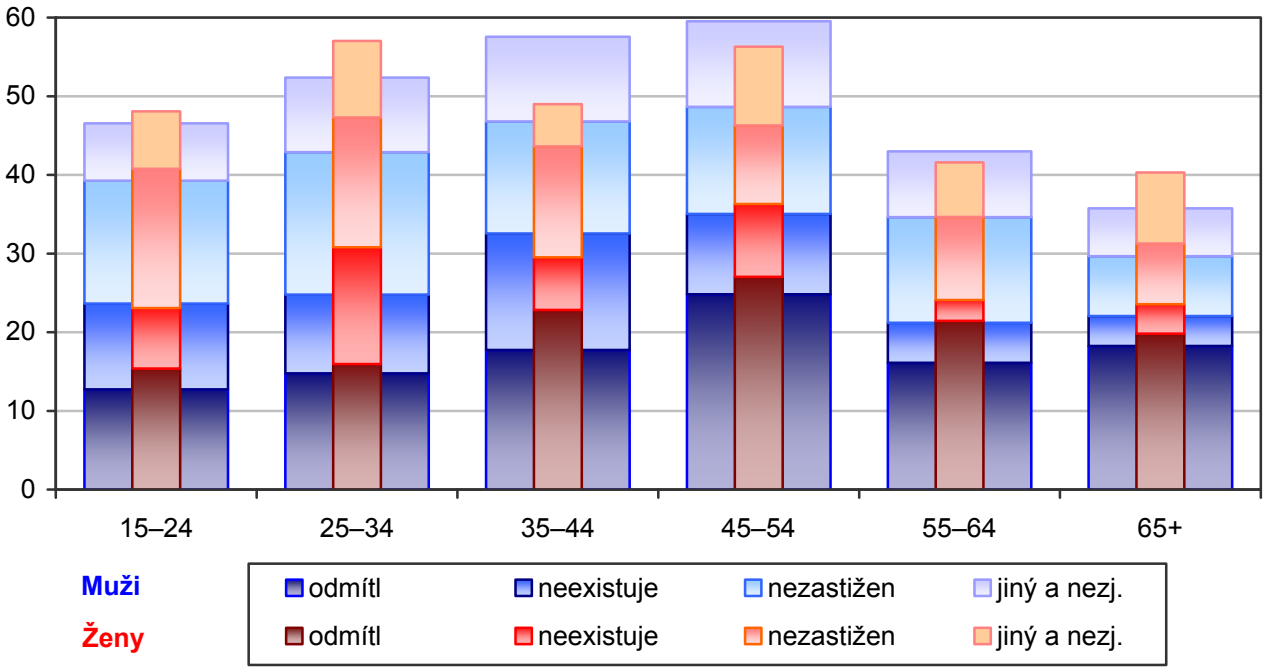
Z protokolů o provedených rozhovorech, které tazatelé, společně s vyplněnými dotazníky, po skončení dotazování odevzdávali, máme možnost blíže zjistit, jaké byly důvody, proč rozhovory nebylo možné provést.

Tab. 2.2: Důvody neprovedení rozhovoru

Důvod	Počet	%
Odmítl	719	42,8
Odstěhoval se	199	11,9
Nezastižen doma	505	30,1
Neexistující adresa	105	6,3
Zemřel	15	0,9
Mentálně nezpůsobilý	30	1,8
Jiný	105	6,3
Celkem	1 678	100,0
Nezjištěno	192	

Informace o tom, proč rozhovor nebyl proveden, je dostupná v 1 678 případech, u zbývajících 192 respondentů nám tato informace vlivem chybné evidence tazatelů chybí. Pokud bereme v úvahu pouze ty respondenty, kde je informace o důvodu neposkytnutí rozhovoru dostupná, je zřejmé, že nejčastějším důvodem neprovedení rozhovoru bylo odmítnutí (42,8 %), dále skutečnost, že respondent nebyl doma (30,1 %). V téměř 19 % rozhovor nemohl být proveden, protože respondent nebyl na dané adrese vůbec nalezen (odstěhoval se, zemřel, adresa neexistuje).

Graf 2.1: Neprovedené rozhovory podle důvodu, věku a pohlaví (struktura v %)



Po očištění celkového počtu respondentů o případy, kdy rozhovor s respondentem být proveden nemohl, neboť respondent na dané adrese nebyl vůbec nalezen, vychází tzv. čistá míra účasti na 56,3 %. Toto je sice údaj příznivější, stále však poměrně nízký. Pokud srovnáme míru účasti za obě pohlaví, ženy se šetření zúčastnily častěji než muži, avšak procento odmítnutí u nich bylo vyšší ve srovnání s muži. Vyšší účast v šetření je tedy dána tím, že byly častěji zastiženy doma a na dané adrese než muži. Pokud vyloučíme případy, kdy rozhovor nebylo možné provést, čistá míra účasti v šetření je pro obě pohlaví přibližně stejná.

Tab. 2.3: Účast respondentů v šetření

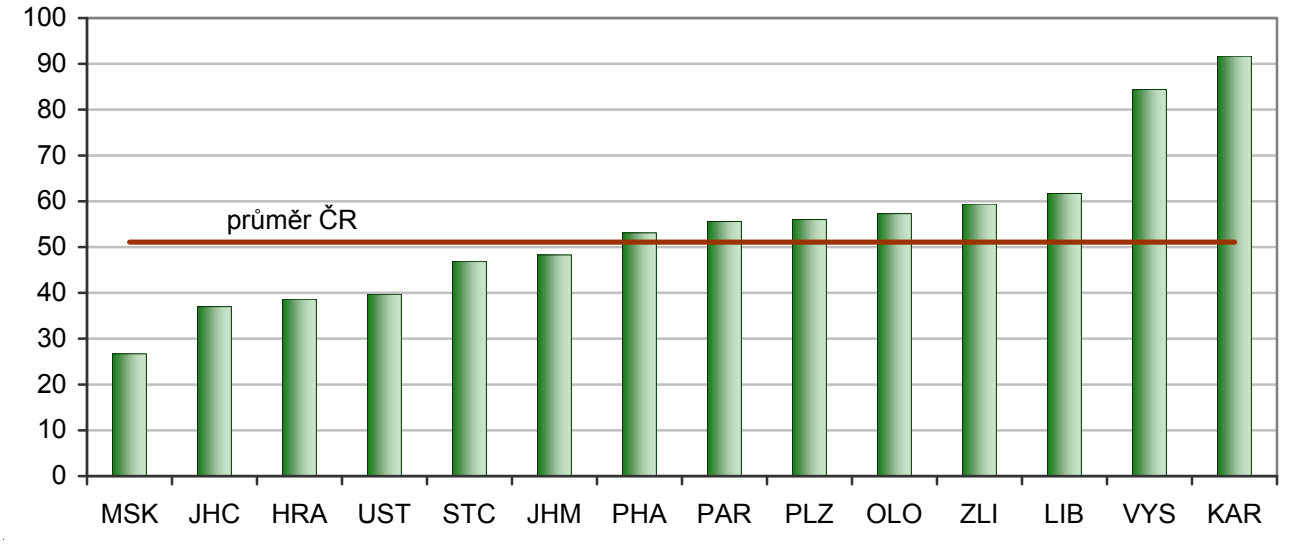
Počet respondentů celkem	3 825
Počet provedených rozhovorů	1 955
Počet neprovedených rozhovorů	1 870
Počet rozhovorů, které nemohly být provedeny (resp. zemřel, odstěhoval se, neexistující adresa)	355
Celková míra účasti	51,1 %
Čistá míra účasti	56,3 %

Hodnotíme-li ukazatele z hlediska věku, je zřejmé, že nejnižší míra účasti je ve věkové kategorii 45–54 let, tyto osoby rozhovor nejčastěji odmítaly provést. Lze říci, že s věkem roste zastoupení těch, kteří rozhovor odmítli provést, ačkoliv byli kontaktováni. U mladých osob je naopak nejčastějším důvodem neprovedení rozhovoru skutečnost, že nebyly zastiženy doma.

Pokud shrneme výše uvedené poznatky, čistá míra účasti je stejná pro obě pohlaví, zatímco ženy častěji odmítaly rozhovor provést, muži byli méně často zastiženi doma. Nejnižší míra účasti je ve věkové kategorii 45–54 let, nejvyšší je naopak u osob 55letých

a starších. Také důvody, proč rozhovor nebyl proveden, se mění s rostoucím věkem, zatímco mladí lidé byli méně často zastiženi doma nebo se přestěhovali, osoby ve vyšším věku rozhovor spíše odmítaly.

Graf 2.2: Podíl úspěšných kontaktů s respondenty podle krajů (v %)



Pozn. Zahrnuto je pouze 3 825 kontaktovaných respondentů

Nejvyšší míra účasti byla v kraji Karlovarském (92 %), Vysočina (84,4 %) a Libereckém (62 %), naopak nejnižší účast byla zaznamenána v Moravskoslezském kraji (27 %). Tyto rozdíly jsou do značné míry dány zkušenostmi a profesionalitou tazatelů, kteří v dané lokalitě rozhovory prováděli, částečně také rozdílným přístupem obyvatel k podobným aktivitám a důvěrou k neznámým osobám (tazatelům). Rozdíly jsou patrné i z hlediska velikosti obce, v níž respondent žije. Zatímco nejvyšší úspěšnost zaznamenáváme v obcích do 2 000 obyvatel, nejméně úspěšní byli tazatelé ve velkých městech nad 100 tis. osob.

Tab. 2.4: Úspěšnost kontaktů podle velikostní skupiny obce

Velikostní skupina (počet obyvatel)	Rozhovor (v %)	
	neproveden	proveden
–1 999	39,3	60,7
2 000–4 999	42,3	57,7
5 000–9 999	51,9	48,1
10 000–19 999	46,6	53,4
20 000–49 999	41,6	58,4
50 000–99 999	42,1	57,9
100 000+	70,6	29,4
Celkem	48,9	51,1

Jak již bylo uvedeno výše, tazatelé měli kontaktovat v případě neúspěšného pokusu respondenta opakovaně. Průměrný počet kontaktů byl 1,7 kontaktu na respondenta, u respondentů, kteří poskytli rozhovor byl tento průměr nižší (1,5) než u těch, kde rozhovor proveden nebyl (1,9). I přes doporučený počet až 3 opakovaných kontaktů v případě neúspěšného kontaktu je zřejmé, že v případě odmítnutí tazatele respondentem již kontakt opakován nebyl tak často, průměrný počet kontaktů zde dosáhl pouze 1,8, zejména z důvodu kategorických a nezvratitelných

odmítnutí. Naopak, v případě, že respondent nebyl doma, opakovali tazatelé pokus v průměru 2,6krát.

2.5. Informace o provedených rozhovorech

Ze zpětného hodnocení tazatelů máme také informace o tom, jak dlouho jednotlivé rozhovory trvaly a jak byly obtížné.

Průměrná délka trvání rozhovoru byla 50 minut, nejkratší rozhovor trval zhruba 10 minut, nejdelší rozhovor trval 180 minut. S rostoucím věkem se doba potřebná na vyplnění dotazníku zvyšovala, nejvyšší průměrné hodnoty (66 min.) dosáhla ve věkové kategorii 75 let a více.

Tab. 2.5: Charakteristika provedených rozhovorů

Věk respondenta	Rozhovor (v%)			Průměrná délka v minutách
	snadný	středně náročný	velmi náročný	
15–24	89,2	8,0	2,8	44,0
25–34	84,1	13,8	2,2	43,9
35–44	80,7	17,6	1,7	46,3
45–54	77,4	17,9	4,7	49,5
55–64	69,3	28,0	2,7	51,4
65–74	68,8	26,8	4,3	54,7
75+	42,9	40,3	16,8	66,2
Celkem	74,8	20,9	4,3	49,9

Obtížnost rozhovoru byla hodnocena ve třech kategoriích (snadný, středně náročný, velmi náročný) a v 75 % případů tazatelé rozhovor hodnotili jako snadný, pouze 4,3 % rozhovorů bylo vnímáno jako velmi náročných. S věkem se podíl velmi náročných rozhovorů zvyšoval a ve věkové skupině 75 a více let již činil téměř 17 %.

3. ZPRACOVÁNÍ DAT, METODIKA

Vyplněné dotazníky byly shromážděny na centrálním pracovišti ÚZIS, kde prošly nejprve optickou a logickou kontrolou. Následně byly předány k pořízení do elektronické formy, veškeré údaje byly pořizovány anonymně. Poté byl celý datový soubor podroben několika typům kontrol, mj. předepsaných Eurostatem. Jednalo se o tři typy kontrol:

- kontroly rozsahu (určité proměnné mohou nabývat omezeného rozsahu hodnot),
- kontroly „odskoků“ (určité proměnné mají být v případě aplikace filtru prázdné, nevyplněné),
- kontroly konzistence (určité proměnné by měly být navzájem provázané).

Na základě takto koncipovaných podrobných kontrol byla data prověřována a opravena, bylo-li to nutné.

Vzhledem k tomu, že ve věkové struktuře došlo vlivem odlišné účasti respondentů v šetření určitému, poměrně výraznému zkreslení, byly vypočítány váhy, které se uplatňují v další práci s daty.

Výpočet vah byl proveden v pěti krocích:

1) u všech 4 000 vylosovaných osob byla určena pravděpodobnost výběru obce a pravděpodobnost výběru respondenta v dané obci,
2) u 1 955 osob, se kterými byl proveden rozhovor, byla váha vypočtená v kroku 1 upravena s ohledem na míru účasti v šetření,
3) dále byla váha korigována tak, aby celková struktura respondentů odpovídala populaci ČR 15+ z hlediska pohlaví a věku (15–24, 25–34, 35–44, 45–54, 55–64, 65–74, 75+) a dále tak, aby součet vah respondentů odpovídal populaci 15+ k 31. 12. 2007,
4) některé vypočtené váhy vyšly příliš malé nebo naopak velké, proto váhy alespoň 3krát menší než průměrná váha byly zaokrouhleny na hodnotu třetiny průměru a váhy alespoň 3krát nad průměrnou váhou byly zaokrouhleny na hodnotu trojnásobku (takto byla „oseknuta“ pouze 3 % všech vah),
5) váha vypočtená v kroku 4 byla opět upravena tak, aby celkový součet vah a složení dle pohlaví a věku souhlasilo s populací ČR 15+ k 31. 12. 2007 a váhy byly rovněž zaokrouhleny na 4 desetinná místa.

Při zpracování dat byly využity váhy vypočtené podle výše uvedeného postupu. V publikaci jsou prezentovány jednak tabulky s relativními četnostmi v %, nově jsou však zařazeny (na konci každé kapitoly) i vybrané základní tabulky s absolutními četnostmi pro libovolné sdružování kategorií apod. Jak relativní, tak absolutní četnosti se týkají vždy vážených dat, není-li uvedeno jinak (např. kap. 4).

K testování statistické významnosti byly v šetření, dle typu dat, použity následující statistické procedury:

T-test o shodě průměrů dvou výběrů - tento parametrický test ověřuje, zda střední hodnoty 2 souborů jsou různé, přičemž testové kritérium má t-studentovo rozložení.

Analýza rozptylu (ANOVA) se používá k porovnání středních hodnot pro dva a více podsouborů. Podsoubory mohou být vymezeny jednou nezávislou proměnnou (one-way ANOVA) nebo více proměnnými. Analýza rozptylu ověřuje signifikanci (významnost) skupinového efektu; toto testování vychází ze skupinového rozptylu hodnot. Celkový rozptyl závisle proměnné je rozdělen do dvou částí, na variabilitu uvnitř skupin a variabilitu mezi skupinami. Variabilita mezi skupinami ukazuje, jak se navzájem liší skupinové průměry. Pokud neexistuje žádný rozdíl mezi skupinovými průměry, pak variabilita mezi skupinami i variabilita v rámci skupiny popisují stejný populační rozptyl. Toto porovnání variability v rámci skupiny a mezi skupinami se provádí pomocí F testu. Touto metodou je rovněž možné kontrolovat vliv dalších proměnných, např. věku.

Chí kvadrát test - Chí kvadrát test dobré shody spočívá ve srovnání empirických četností n_i (i=1,2,3,…,k, kde k značí počet nepřekrývajících se kategorií sledovaného znaku určité části základního souboru) a teoretických četností n_{oi}. Testujeme tak tedy shodu rozdělení do těchto kategorií v jednotlivých podskupinách základního souboru, testové kritérium má Chí kvadrát rozdělení.

Binární Logistická regrese - metoda logistické regrese zkoumá závislost binární proměnné na jedné nebo více číselných či kategorizovaných proměnných, přičemž binární proměnná je taková, která nabývá pouze dvou hodnot. Výsledkem této metody je tzv. poměr šancí (odds ratio - OR) výskytu daného jevu v jednotlivých podskupinách (kategoriích) základního souboru vzhledem k vybrané referenční skupině. Poměr šancí v našem případě určuje, kolikrát častěji se daný jev vyskytl v určité kategorii respondentů oproti zvolené referenční skupině. Tato metoda zároveň umožňuje kontrolovat některé další korelované proměnné, které mohou mít na výsledný ukazatel vliv.

Struktura publikace

Publikace prezentuje výsledky analýz dat v tématických celcích. Nejprve je uvedena sociodemografická charakteristika respondentů, struktura souboru respondentů je srovnána s celopopulační strukturou. V této kapitole jsou prezentována, na rozdíl od dalších částí publikace, data v neváženě podobě. Další, 5. kapitola prezentuje charakteristiky zdravotního stavu, jak byly sledovány v modulu o zdraví. Šestá kapitola se pak věnuje charakteristice využívání zdravotní péče respondenty, sedmá sleduje zdravotní determinanty a jejich prevalenci v populaci. Údaje v kapitolách 5–7 jsou členěny pouze s ohledem na věk a pohlaví respondentů. Osmá kapitola se pak zabývá vybranými souvislostmi jednotlivých charakteristik zdravotního stavu, zdravotní péče a zdravotních determinant s dalšími sociodemografickými aspekty (rodinný stav, vzdělání, příjem, velikostní skupina bydliště). V deváté kapitole se zaměřujeme na prezentování vývojových charakteristik vybraných ukazatelů v různém časovém období. Desátá kapitola shrnuje dílčí výsledky šetření, dále pak analyzuje vybrané vzájemné provázanosti mezi jednotlivými charakteristikami napříč uvedenými moduly.

Tabulky a grafy s uvedenými charakteristikami (většinou relativní data) jsou prezentovány jako součást textu, závěrem každé kapitoly však uvádíme přehled absolutních četností za vybrané ukazatele, aby bylo možné v případě zájmu vypočítat hodnoty např. v jiném členění apod. Veškerá data prezentovaná v těchto souhrnných tabulkách jsou váženými počty, proto ne vždy přesně odpovídají součty jednotlivých dílčích kategorií z důvodu zaokrouhlení. V těchto tabulkách jsou zahrnuti pouze respondenti, kteří na dané otázky odpověděli, tzn. nejsou zde osoby, které uvedli „nevím“ nebo odpověď odmítly. Z toho důvodu jsou celkové úhrny mnohdy nižší než je celkový počet respondentů v šetření.

4. CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ

V rámci šetření EHIS byly provedeny rozhovory s 1 955 respondenty, z toho bylo 940 mužů a 1 015 žen. Ve srovnání se strukturou osob ČR k 1. 7. 2008 je podíl mužů a žen zhruba stejný jako v celé populaci ČR, z tohoto pohledu je tedy soubor reprezentativní. Základní sociodemografické charakteristiky byly v šetření sledovány v rámci tzv. European Background Module (EBM), který byl rozdělen v dotazníku do dvou částí. Zatímco první část byla respondentům pokládána ihned na začátku, otázky týkající se příjmů respondenta byly zařazeny na samý závěr dotazníku. I když v kap. 3 uvádíme nutnost vážení dat při zpracování výsledků, údaje prezentované v této kapitole vycházejí z dat nevážených, a to z toho důvodu, že naším zájmem zde je prezentovat skutečnou sociodemografickou strukturu respondentů. Vážené počty jsou pak k dispozici v souhrnné tabulce 4 na konci této kapitoly.

4.1. Věk

Pokud sledujeme skladbu respondentů podle věku, zaznamenáváme jisté odchylky od struktury celé populace. Nejvýraznější rozdíly pozorujeme u mužů i žen ve věku 45–54 let, kteří byli v souboru respondentů zastoupeny o 3,3 procentní body méně, tj. pouze ze 78 % a dále u osob ve věku nad 75 let, které byly naopak zastoupeny zhruba o 2 procentní body, tj. o 30 % více než v celé populaci. Tyto rozdíly plynou z odlišností v míře účasti jednotlivých věkových kategorií osob (viz kap. 2) a jsou natolik výrazné, že soubor nelze považovat v tomto ohledu za reprezentativní.

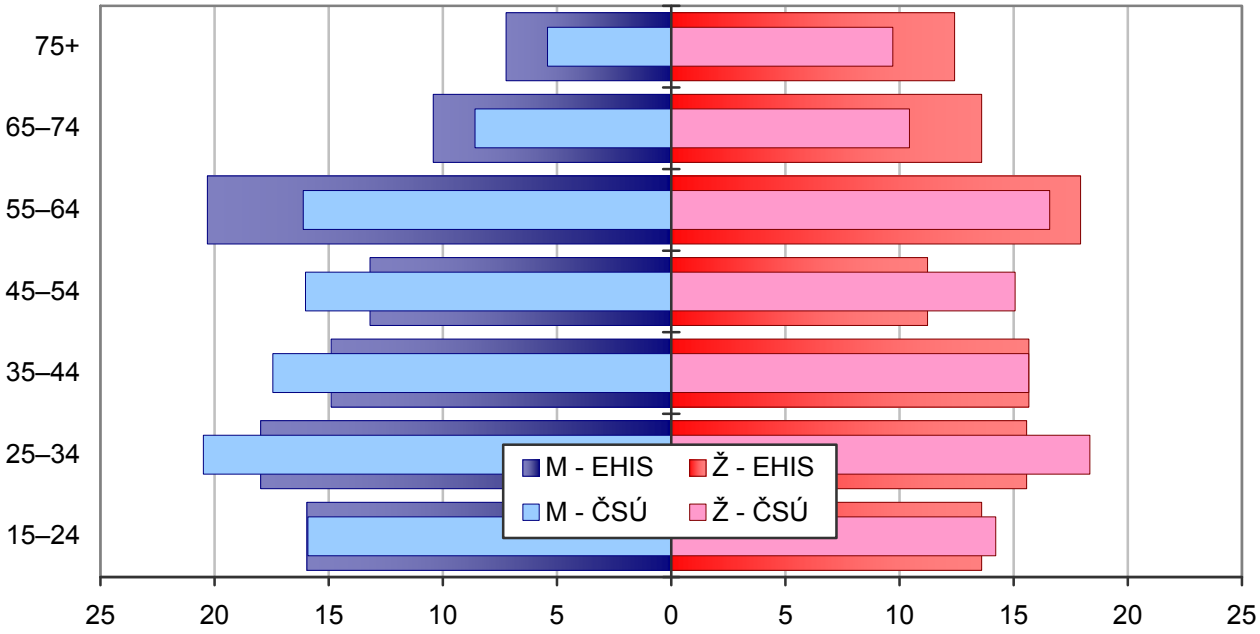
Z tohoto důvodu byly vypočítány váhy, kterými byla získaná data při dalších výpočtech upravena tak, aby soubor odpovídal svojí strukturou celé populaci (viz kap. 3).

Tab. 4.1: Struktura respondentů podle pohlaví a věku (nevážená data)

Věk	Muži				Ženy				Celkem			
	EHIS		ČSÚ	EHIS/ ČSÚ	EHIS		ČSÚ	EHIS/ ČSÚ	EHIS		ČSÚ	EHIS/ ČSÚ
	počet	%	%		počet	%	%		počet	%	%	
15–24	150	16,0	15,9	1,00	138	13,6	14,2	0,96	288	14,7	15,0	0,98
25–34	169	18,0	20,5	0,88	158	15,6	18,3	0,85	327	16,7	19,4	0,86
35–44	140	14,9	17,5	0,85	159	15,7	15,7	1,00	299	15,3	16,5	0,93
45–54	124	13,2	16,0	0,82	114	11,2	15,1	0,75	238	12,2	15,5	0,78
55–64	191	20,3	16,1	1,26	182	17,9	16,6	1,08	373	19,1	16,4	1,17
65–74	98	10,4	8,6	1,21	138	13,6	10,4	1,30	236	12,1	9,5	1,27
75+	68	7,2	5,4	1,34	126	12,4	9,7	1,28	194	9,9	7,6	1,30
Celkem	940	100,0	100,0		1 015	100,0	100,0		1 955	100,0	100,0	

Pozn.: Data ČSÚ jsou za populaci k 1.7.2008

Graf 4.1: Struktura respondentů podle pohlaví a věku (v %)



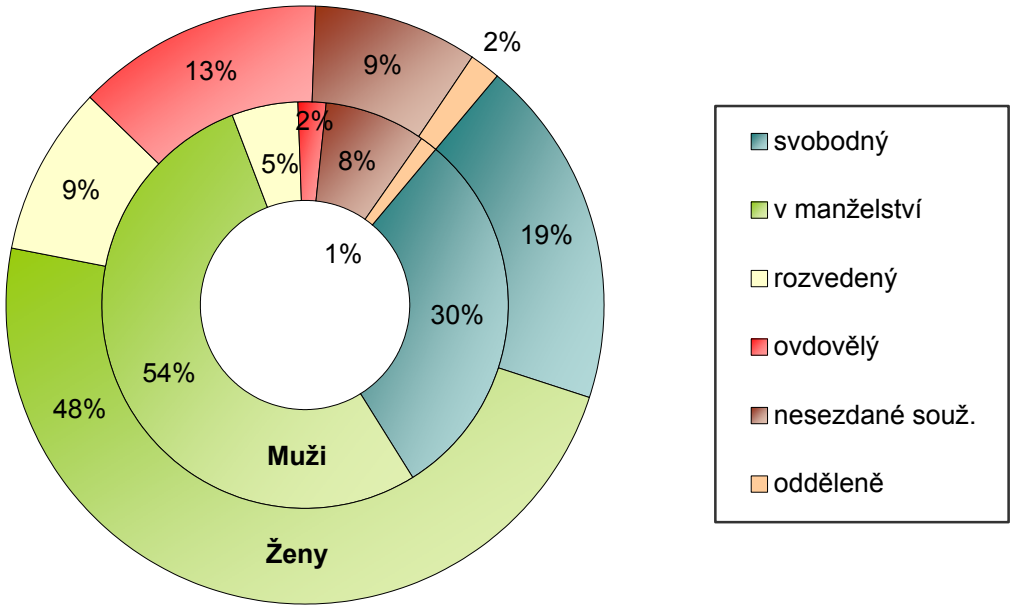
4.2. Rodinný stav

Z celkového počtu mužů žije 53 % v manželství, u žen je tento podíl nižší (50 %) a častěji jsou zde zastoupeny ženy ovdovělé (14 % oproti 3 % u mužů). V šetření jsme, vedle rodinného stavu de iure, zjišťovali také rodinný stav de facto, tzn. zda žije respondent v nesezdaném soužití (žije v jedné domácnosti s partnerem jako by byli manželé). Na tuto otázku měly odpovědět všechny osoby, které neuvedly, že jsou sezdané a žijí s manželem/manželkou (a zároveň neuvedly že žijí v domácnosti sami). Celkem bylo evidováno 146 osob žijících v takovém typu soužití. Nejvyšší podíl nesezdaných soužití byl zaznamenán u rozvedených mužů (31 %) a svobodných žen (18 %). Osoby ovdovělé žily v nesezdaném soužití pouze výjimečně.

Tab. 4.2: Respondenti podle pohlaví a rodinného stavu (nevážená data)

Rodinný stav	Muži			Ženy		
	celkem	z toho NS	% v NS	celkem	z toho NS	% v NS
svobodný(á)	295	44	14,9	207	43	20,8
žijící s manželem	518	x	x	493	x	x
žijící odděleně	17	3	17,6	20	1	5,0
rozvedený(á)	70	22	31,4	114	21	18,4
ovdovělý(á)	38	4	10,5	177	8	4,5
celkem	938	73		1 011	73	

Graf 4.2: Struktura respondentů podle pohlaví a rodinného stavu „de facto“



Pokud srovnáme strukturu respondentů podle rodinného stavu se strukturou celé populace (k 31. 12. 2007), zaznamenáváme v souboru respondentů podhodnocení počtu rozvedených mužů, kteří byli mezi dotázanými zastoupeni 7,5 %, zatímco v populaci ve věku 15 let a více jsou tyto osoby zastoupeny více než 10 %. Jejich nižší zastoupení v souboru respondentů je patrně dáno tím, že jsou hůře k zastižení v místě bydliště. Výrazně častěji jsou naopak mezi respondenty zastoupeny ovdovělé osoby, což je dáno starší věkovou strukturou respondentů obecně, po převážení zohledňujícím vliv věku se podíl ovdovělých snižuje.

Tab. 4.3: Struktura respondentů podle rodinného stavu (neválená data)

Věk	Muži				Ženy				Celkem			
	EHIS		ČSÚ	EHIS/ ČSÚ	EHIS		ČSÚ	EHIS/ ČSÚ	EHIS		ČSÚ	EHIS/ ČSÚ
	počet	%	%		počet	%	%		počet	%	%	
svobodní	295	31,4	33,8	0,93	207	20,5	23,9	0,86	502	25,8	28,7	0,90
ženatí	535	57,0	53,3	1,07	513	50,7	50,0	1,01	1 048	53,8	51,6	1,04
rozvedení	70	7,5	10,2	0,73	114	11,3	12,2	0,92	184	9,4	11,3	0,84
ovdovělí	38	4,1	2,8	1,45	177	17,5	13,9	1,26	215	11,0	8,5	1,30

Pozn.: Data ČSÚ jsou za populaci k 31. 12. 2007

4.3. Vzdělání

Vzdělanostní struktura respondentů zhruba odpovídá struktuře celé populace, mírné odchylky zaznamenáváme pouze u osob s vyšším vzděláním, které jsou u mužů nadhodnoceny, u žen naopak mírně podhodnoceny.

Mezi respondenty bylo 10 % osob s vyšším vzděláním (tj. vyšší odborné, vysokoškolské, doktorské), více než 2/3 představují osoby se středoškolským vzděláním, zhruba pětina respondentů má základní vzdělání, pouze minimum osob bylo zcela bez vzdělání.

Tab. 4.4: Struktura respondentů podle vzdělání (nevážená data)

Věk	Muži				Ženy				Celkem			
	EHIS		ČSÚ	EHIS /ČSÚ	EHIS		ČSÚ	EHIS/ ČSÚ	EHIS		ČSÚ	EHIS /ČSÚ
	počet	%	%		počet	%	%		počet	%	%	
základní a bez vzdělání	131	13,5	14,0	0,96	246	24,3	23,7	1,03	377	19,3	18,7	1,03
střední bez maturity	400	43,2	42,8	1,01	307	30,3	28,7	1,06	707	36,2	35,8	1,01
střední s maturitou	298	30,3	31,9	0,95	369	36,4	37,1	0,98	667	34,2	33,8	1,01
vyšší	105	13,0	11,2	1,16	91	9,0	10,6	0,85	196	10,0	11,7	0,85

Pozn.: Data ČSÚ pocházejí z VŠPS, průměr za rok 2008

4.4. Ekonomická aktivita

Podíl pracujících osob v souboru respondentů byl mírně nižší než v celé populaci, rozdíl je patrný zejména u mužů. Lze tedy říci, že v souboru respondentů jsou výrazně podhodnoceni zaměstnaní muži, což vyplývá z jejich nižší ochoty účastnit se šetření a nižší pravděpodobnosti být zastižen tazatelem. Naproti tomu výrazně častěji (celkem 30 procenty) jsou v souboru zastoupeni důchodci. Nezaměstnaní tvořili necelá 3 % respondentů, studenti zhruba 10 %.

Tab. 4.5: Struktura respondentů podle ekonomické aktivity (nevážená data)

Věk	Muži				Ženy				Celkem			
	EHIS		ČSÚ	EHIS/ ČSÚ	EHIS		ČSÚ	EHIS/ ČSÚ	EHIS		ČSÚ	EHIS/ ČSÚ
	počet	%	%		počet	%	%		počet	%	%	
zaměstnaný	556	59,1	65,8	0,90	439	43,3	46,6	0,93	995	50,9	55,9	0,91
nezaměstnaný	28	3,0	2,4	1,26	28	2,8	2,8	1,00	56	2,9	2,6	1,11
důchodce	231	24,6	15,8	1,55	363	35,8	27,1	1,32	594	30,4	21,6	1,40
student	102	10,9	9,5	1,14	89	8,8	9,1	0,96	191	9,8	9,3	1,05
jiné	23	2,4	6,4	0,38	96	9,5	14,4	0,65	119	6,1	10,6	0,58

Pozn.: Data ČSÚ pocházejí z VŠPS, průměr za rok 2008

Ze všech osob, které pracují nebo někdy pracovaly (zhruba 89 % respondentů) jich 90 % pracuje/pracovalo jako zaměstnanci (z toho 90 % v trvalém pracovním poměru, zbývajících 10 % se smlouvou na dobu určitou), v 9 % se jednalo o osoby samostatně výdělečně činné. Ve zhruba 95 % zaměstnanci pracovali na plný úvazek.

4.5. Kraj, velikost obce

Zastoupení respondentů z hlediska krajů souvisí s mírou účasti respondentů v jednotlivých regionech. Určitou roli zde také sehrává nekompletní pokrytí souboru respondentů tazateli ve vybraných lokalitách, které má za následek např. podhodnocení počtu respondentů ve Zlínském kraji.

Tab. 4.6: Struktura respondentů podle krajů (nevážená data)

Kraj	EHIS		ČSÚ	EHIS/ČSÚ
	počet	%	%	
Hlavní město Praha	119	6,1	11,7	0,52
Středočeský kraj	244	12,5	11,7	1,07
Jihočeský kraj	109	5,6	6,1	0,92
Plzeňský kraj	121	6,2	5,4	1,14
Karlovarský kraj	100	5,1	3,0	1,73
Ústecký kraj	155	7,9	8,0	0,99
Liberecký kraj	108	5,5	4,2	1,32
Královéhradecký kraj	101	5,2	5,3	0,97
Pardubický kraj	95	4,9	4,9	0,99
Vysočina	127	6,5	4,9	1,32
Jihomoravský kraj	230	11,8	11,0	1,07
Olomoucký kraj	141	7,2	6,2	1,17
Zlínský kraj	98	5,0	5,7	0,88
Moravskoslezský kraj	207	10,6	12,0	0,88

Pozn.: Data z ČSÚ jsou za populaci k 1.7.2008

Nejvyšší míra účasti byla zaznamenána v kraji Karlovarském a Vysočina, což se odráží ve výrazně vyšším zastoupení respondentů z těchto lokalit. Naopak nejvíce početně podhodnoceni jsou respondenti z kraje Hl. m. Praha, kde byla míra účasti zhruba 50 %.

Tab. 4.7: Struktura respondentů podle velikostní skupiny obce (nevážená data)

Počet obyvatel v obci	EHIS		ČSÚ	EHIS/ČSÚ
	počet	%	%	
–1999	580	29,7	26,3	1,13
2 000–4 999	242	12,4	11,2	1,10
5 000–9 999	169	8,6	9,1	0,95
10 000–19 999	180	9,2	9,5	0,97
20 000–49 999	268	13,7	11,9	1,15
50 000–99 999	271	13,9	10,2	1,36
100 000+	245	12,5	21,8	0,58

Pozn.: Data ČSÚ jsou za populaci k 1. 7. 2008

K regionálnímu složení se váže i struktura souboru respondentů podle velikostní skupiny obce. Výrazně vyšší, ve srovnání s celopopulační strukturou, je zastoupení respondentů z obcí s 50–100 tisíci obyvateli, naproti tomu méně často jsou zastoupeny osoby z měst čítajících nad 100 tisíc obyvatel. Zde byla také míra účasti nejnižší, pouhých 30 %.

4.6. Občanství, země narození

Na rozdíl od předchozích šetření HIS CR, kde byla zjišťována národnost respondentů, se v šetření EHIS, dle jednotné evropské metodiky, zjišťovalo místo narození a občanství. Mezi respondenty bylo necelých 5 % osob, jejichž místo narození je jiné, než Česká republika, osoby s cizí státní příslušností však tvoří pouze 1,6 % respondentů. Značná část osob, které se narodily jinde než v ČR, má tedy české občanství a jedná se většinou o osoby narozené na Slovensku.

Z 93 osob s místem narození mimo ČR se ze 70 % jednalo o osoby narozené v některé ze zemí EU, z toho 52 se narodilo na Slovensku, z dalších zemí byly frekventované Ukrajina a ostatní země bývalého Sovětského svazu a dále také Vietnam.

Z osob s cizí státní příslušností se v 1/3 případů jednalo o osoby příslušející k některé ze zemí EU, zejména Slovenské republice, v ostatních případech se jednalo o osoby s příslušností Ukrajinskou, Ruskou a Vietnamskou.

Tab. 4.8: Struktura respondentů podle místa narození a občanství (nevážená data)

	Muži		Ženy		Celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%
	Místo narození					
v ČR	895	95,4	964	95,1	1 859	95,2
jinde	43	4,6	50	4,9	93	4,8
	Občanství					
ČR	919	98,0	999	98,7	1 918	98,4
jiné	19	2,0	13	1,3	32	1,6

S cizinci, kteří nehovořili česky, byl dotazník vyplněn většinou za asistence tzv. „překladatele“, přičemž většinou se jednalo o osobu z domácnosti, která hovořila oběma jazyky.

4.7. Domácnost, příjem

Mimo údajů o jedinci samotném jsme v dotazníku zjišťovali i to, v jaké domácnosti žije, a to s ohledem nejen na její velikost, ale i strukturu. Tyto charakteristiky byly sledovány pomocí tzv. Household Rosteru, kde respondent uváděl členy své domácnosti, včetně základních sociodemografických charakteristik a svého vztahu (příbuzenského, jiného) k těmto osobám. Tyto informace byly dodatečně kategorizovány dle dané typologie.

Téměř 15 % respondentů žilo v domácnosti samo. Jednalo se zejména (v 71 % případů) o osoby starší 55 let, převážně ženy a dále o osoby ve věku 25–34 let. Více než 32 %

tvořily domácnosti dvoučlenné, zhruba 40 % osob žilo v domácnosti 3 nebo 4 členné, 5 a více členů domácnosti vykazovalo zhruba 10 % respondentů. Z hlediska typu domácnosti se zhruba ve 2/3 případů jednalo o domácnosti tvořené párem s dětmi nebo bez dětí, domácnosti se závislými dětmi tvořily zhruba 40 % všech domácností respondentů.

Tab. 4.9: Struktura domácností respondentů dle velikosti a typu (nevážená data)

Počet členů domácnosti	Počet domácností	%	Typ domácnosti	Počet	%
1	289	14,8	Jednočlenná domácnost	289	14,8
2	627	32,1	Osamělý rodič se závislým dítětem/dětmi	86	4,5
3	427	21,8	Pár bez závislých dětí	674	34,5
4	407	20,8	Pár se závislými dětmi	611	31,3
5	141	7,2	Jiná domácnost bez závislých dětí	189	9,7
6+	64	3,3	Jiná domácnost se závislými dětmi	106	5,4

V dotazníku jsme, vedle charakteristiky domácnosti, sledovali také zdroje příjmu jejích členů. Ty byly specifikovány ve 1 911 případech, z nichž nejčastěji zdrojem příjmu bylo zaměstnání (71 %), starobní či vdovský, příp. sirotčí důchod (40 %). Ve 22 % domácnost respondenta pobírala invalidní důchod. Jedna domácnost mohla mít pochopitelně více zdrojů příjmu.

Tab. 4.10: Zdroje příjmů domácností respondentů (nevážená data)

Zdroj příjmu	Počet	%
příjmy ze zaměstnání	1 349	70,6
podpora v nezaměstnanosti	78	4,1
starobní a vdovský/vdovecký důchod, sirotčí důchod	756	39,6
nemocenská, příspěvky pro osoby se zdravotním postižením	206	10,8
invalidní důchod	429	22,4
příspěvky vztahující se k rodině a dětem	28	1,5
příspěvky na bydlení	19	1,0
příspěvky na vzdělání	84	4,4
jiné pravidelné příspěvky	14	0,7

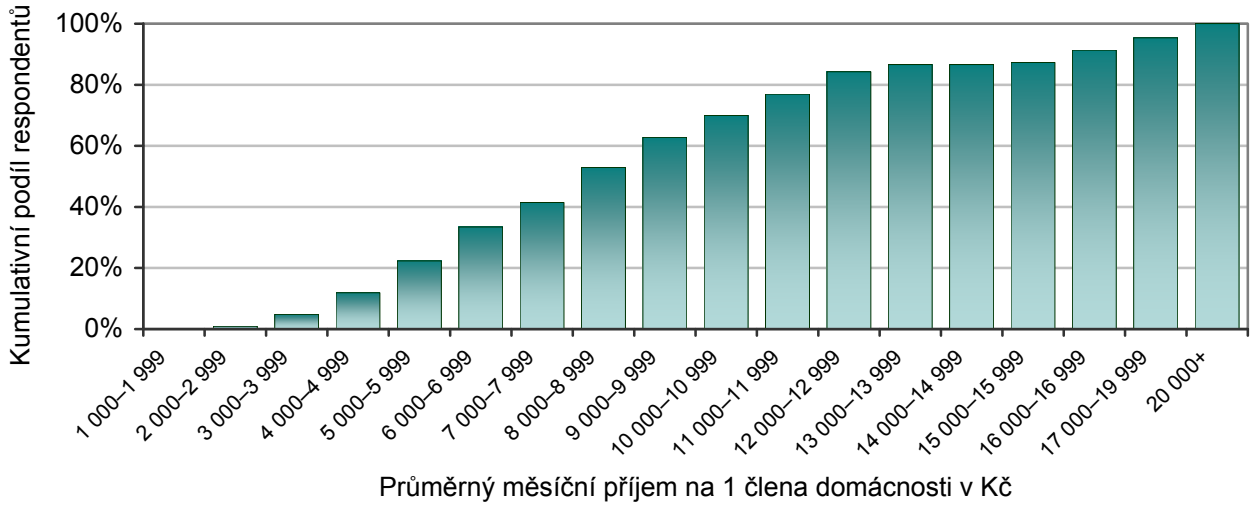
Příjem domácností byl zjišťován pomocí několika otázek, kdy respondenti měli uvést průměrný čistý měsíční příjem celé domácnosti, případně uvést rozmezí, v jakém se tato částka pohybuje. Na tuto otázku odmítlo nebo neumělo odpovědět zhruba 435 respondentů (tj. 22 %). Z odpovědí, které jsme získali je zřejmé, že rozdělení do jednotlivých kategorií, volených s ohledem na reálné příjmy domácností jako „decilové“ (tedy tak, aby v každém rozmezí byla zhruba desetina populace) nekopíruje přesně příjmovou strukturu domácností celé populace. Méně často jsou zastoupeny domácnosti v nejnižší příjmové kategorii do 8 000 Kč, je však také možné, že právě respondenti z těchto domácností nejčastěji odmítli výši příjmu uvést.

Tab. 4.11: Struktura domácností respondentů podle průměrného měsíčního čistého příjmu (nevážená data)

Rozmezí průměrného čistého měsíčního příjmu domácnosti	Počet	%
méně než 7 999 Kč	49	3,2
od 8 000 do 10 499 Kč	143	9,4
od 10 500 do 13 999 Kč	116	7,6
od 14 000 do 15 999 Kč	109	7,2
od 16 000 do 18 499 Kč	209	13,7
od 18 500 do 21 499 Kč	186	12,2
od 21 500 do 25 499 Kč	191	12,6
od 25 500 do 29 999 Kč	173	11,4
od 30 000 do 38 999 Kč	168	11,0
více než 39 000 Kč	177	11,6
Celkem	1 521	100,0

Uvedená struktura však nevypovídá o tom, jaká je ve skutečnosti finanční situace domácnosti, neboť nezohledňuje její velikost. Pokud bychom odhadli průměrný čistý příjem na 1 člena domácnosti (na základě středních hodnot intervalu), získáváme orientační představu o tom, jaká je finanční situace domácnosti. V grafu je uvedeno kumulativní procento domácností podle výše příjmu připadajícího na 1 osobu v domácnosti. Tak je zřejmé, že např. 10 % respondentů žije v domácnosti s příjmem nepřesahujícím 4 600 Kč, naproti tomu 10 % respondentů žije v domácnosti s průměrným příjmem nad 15 000 Kč na osobu. Zhruba polovina domácností dosahuje příjmu do 8 500 Kč na osobu měsíčně. Z hlediska typu domácnosti mají nejnižší příjem jiné domácnosti se závislými dětmi, dále páry s dětmi a osamělý rodič s dětmi, nejlépe na tom finančně jsou respondenti žijící v domácnosti samostatně a dále páry bez závislých dětí.

Graf 4.3: Kumulativní podíl respondentů podle průměrného čistého měsíčního příjmu na 1 člena domácnosti



Souhrn kap. 4: Přehled základních charakteristik sociodemografické struktury respondentů podle pohlaví a věku (vážené absolutní počty)

MUŽI							
	věková skupina						
	15–24	25–34	35–44	45–54	55–64	65–74	75+
Rodinný stav							
svobodný	165	108	22	24	9	0	2
žijící s manželkou	3	83	105	103	124	52	33
žijící odděleně	0	2	3	4	4	2	1
rozvedený	0	11	17	19	18	9	1
ovdovělý	0	0	1	2	5	7	10
celkem	168	204	148	152	160	70	47
Vzdělání							
bez vzdělání	0	0	0	0	0	0	0
neukončené základní vzdělání, první stupeň ZŠ	7	2	0	1	0	1	2
druhý stupeň základního vzdělání	66	8	11	9	8	7	7
nižší střední vzdělání, SOU (bez maturity)	34	71	65	76	83	30	17
střední s maturitou	53	84	51	41	41	21	9
nástavbové studium	3	5	5	2	2	2	0
vyšší vzdělání (VOŠ, VŠ)	5	33	16	18	16	7	8
další stupeň VŠ vzdělání (doktorské)	0	2	1	4	8	1	2
celkem	168	205	149	151	158	69	45
Ekonomická aktivita							
zaměstnaný	50	194	141	136	98	3	0
nezaměstnaný	3	8	5	7	3	0	0
důchodce	0	0	1	1	51	67	45
student	115	1	0	0	0	0	0
jiné	0	2	2	8	7	1	1
celkem	168	205	149	152	159	71	46
Velikostní skupina obce							
–1 999	39	63	44	43	40	15	12
2 000–4 999	25	20	18	21	18	7	3
5 000–9 999	10	33	14	17	16	9	0
10 000–19 999	13	20	16	14	13	8	2
20 000–49 999	14	21	17	20	17	12	9
50 000–99 999	27	16	21	18	23	4	6
100 000+	40	32	20	19	32	14	12
celkem	168	205	150	152	159	69	44
Země narození							
ČR	168	197	141	135	151	65	43
jiné	0	7	8	17	9	5	3
celkem	168	204	149	152	160	70	46

Souhrn kap. 4: Přehled základních charakteristik sociodemografické struktury respondentů podle pohlaví a věku (vážené absolutní počty)

ŽENY							
	věková skupina						
	15–24	25–34	35–44	45–54	55–64	65–74	75+
Rodinný stav							
svobodná	152	72	8	4	4	1	3
žijící s manželem	9	95	102	101	103	53	18
žijící odděleně	0	1	5	5	5	2	1
rozvedená	0	17	45	25	18	10	3
ovdovělá	0	1	4	5	31	33	66
celkem	161	186	164	140	161	99	91
Vzdělání							
bez vzdělání	0	0	1	0	0	0	1
neukončené základní vzdělání, první stupeň ZŠ	10	4	0	2	1	1	5
druhý stupeň základního vzdělání	59	9	7	16	30	31	32
nižší střední vzdělání, SOU (bez maturity)	20	45	56	59	48	31	28
střední s maturitou	58	80	83	53	60	26	19
nástavbové studium	0	2	3	4	4	5	0
vyšší vzdělání (VOŠ, VŠ)	13	42	9	3	16	3	3
další stupeň VŠ vzdělání (doktorské)	0	4	8	1	3	1	1
celkem	160	186	167	138	162	98	89
Ekonomická aktivita							
zaměstnaná	40	112	144	117	60	3	1
nezaměstnaná	6	14	7	2	4	0	0
důchodce	0	0	2	1	92	95	89
student	104	4	0	0	0	0	0
jiné	11	56	14	21	8	0	0
celkem	161	186	167	141	164	98	90
Velikostní skupina obce							
–1 999	42	39	35	40	37	30	20
2 000–4 999	14	22	19	8	15	8	13
5 000–9 999	12	13	18	17	18	7	4
10 000–19 999	15	16	16	11	26	8	7
20 000–49 999	21	22	25	19	19	12	5
50 000–99 999	21	33	26	19	19	16	15
100 000+	35	41	26	26	28	19	26
celkem	160	186	165	140	162	100	90
Země narození							
ČR	159	179	160	135	156	94	79
jiné	2	7	6	3	7	5	11
celkem	161	186	166	138	163	99	90

5. CHARAKTERISTIKY ZDRAVOTNÍHO STAVU

Zdravotní stav byl v šetření monitorován v rámci modulu o zdraví (European Health Status Module). Modul zahrnuje celou řadu otázek zjišťujících více i méně subjektivní hodnocení respondentova zdraví. Koncept zdraví, jak je definován světovou zdravotnickou organizací, vychází ze skutečnosti, že zdraví je nejen otázkou fyzického stavu jedince, ale i jeho duševního a sociálního blaha. Proto se otázky na zdraví zaměřují mj. i na zdraví duševní, sociální zdraví je pak hodnoceno v části věnované determinantám zdraví.

Jak jsme již naznačili, zdraví lze sledovat z několika pohledů. Důležité je při jeho hodnocení rozlišovat i objektivní a subjektivní stránku, přičemž to, jak se respondent cítí a jak svůj zdravotní stav subjektivně vnímá má nepochybně vliv na kvalitu jeho života. Je rovněž zřejmé, že subjektivní vnímání je ve většině případů odrazem reálného zdravotního stavu, existují však výjimky na obou stranách. O tom jak se respondent se svým zdravotním stavem vypořádá rozhoduje celá řada faktorů, je však nutné si uvědomit vysokou variabilitu přístupů k vlastnímu zdraví.

Zdravotní stav jedince je v šetření sledován několika typy otázek. Nejčastěji používaná i v jiných, nezdravotnických šetřeních, např. SILC, je sada tří jednoduchých dotazů – Minimální evropský modul. Analýzu těchto tří otázek prezentujeme v podkapitole 5.1. Následuje pak podrobné zhodnocení výskytu jednotlivých nemocí v populaci. Jedná se o vybrané závažné chronické nemoci, které mohou respondenta více či méně obtěžovat v jeho běžných aktivitách. Mimo tohoto typu zdravotních problémů analyzujeme také výskyt nejrůznějších typů úrazů, které respondenti utrpěli v poslední době, pozornost je věnována i souvislosti zdraví a zaměstnání.

Jak jsme již uvedli, zdravotní stav se může u různých jedinců projevovat různě. Přítomnost, resp. diagnóza nemoci je věc jedna, důležité však je, jaký má nemoc vliv na duševní a fyzický stav jedince. Kromě výskytu jednotlivých nemocí proto v šetření sledujeme i omezení respondentů v některých typech smyslových a pohybových funkcích. Dalším krokem mapování zdravotního stavu respondentů je sledování, jakým způsobem zdravotní problémy omezují jejich běžný život. Důležité pak je zjistit, do jaké míry jsou respondenti vůbec schopni vykonávat základní aktivity péče o sebe a o domácnost. Tato informace nabývá na významu zejména nyní v souvislosti s mapováním potřebnosti sociální péče. V šetření je proto zařazen blok otázek sledujících právě to, do jaké míry jsou respondenti schopni se vypořádat s tzv. aktivitami denního života (ADL – Activities of Daily Living) a instrumentálními aktivitami denního života (IADL – Instrumental Activities of Daily Living). V neposlední řadě šetření monitoruje i duševní zdraví a dlouhodobé emoční rozpoložení respondenta, zařazena je i otázka na fyzickou bolest, kterou aktuálně prožívá.

5.1. Základní charakteristiky zdraví – Minimální evropský modul o zdraví

Minimální evropský modul o zdraví (Minimum European Health Module – MEHM) se skládá ze tří otázek na zdravotní stav. První z nich sleduje subjektivní hodnocení zdraví,

druhá pak přítomnost dlouhodobé nemoci u respondenta a třetí zjišťuje omezení respondenta ve vykonávání běžných aktivit ze zdravotních důvodů.

Subjektivní hodnocení zdraví, tedy to, jak se respondent zdravotně cítí, má ve vztahu k hodnocení zdravotního stavu specifickou pozici. Jedná se totiž o skutečně subjektivní, vysoce individuální posouzení vlastního zdraví respondentem, které je determinováno nejen jeho zdravotním stavem, ale i celkovým přístupem k životu, emočním naladěním apod.

Z povahy samotného konceptu pak vyplývá, že hodnocen má být dlouhodobý, nikoliv dočasně změněný zdravotní stav. Neměly by být zohledněny dočasné přechodné problémy, ale spíše obecný dlouhodobý zdravotní stav. Není zdůrazněna žádná vazba na věk, respondent by měl brát v úvahu vlastní skutečné vnímání zdravotního stavu. Nemělo by se jednat o srovnání s vrstevníky či osobami v podobné situaci, známými, případně srovnání s vlastním zdravotním stavem v minulosti apod.

V šetření EHIS 2008 bylo subjektivní zdraví sledováno otázkou ***„Jak se celkově zdravotně cítíte?“*** Respondent mohl odpovědět jednou z 5 nabízených odpovědí (viz tab. 5.1), přičemž střední kategorie „uspokojivě“ by měla být chápána spíše jako neutrální.

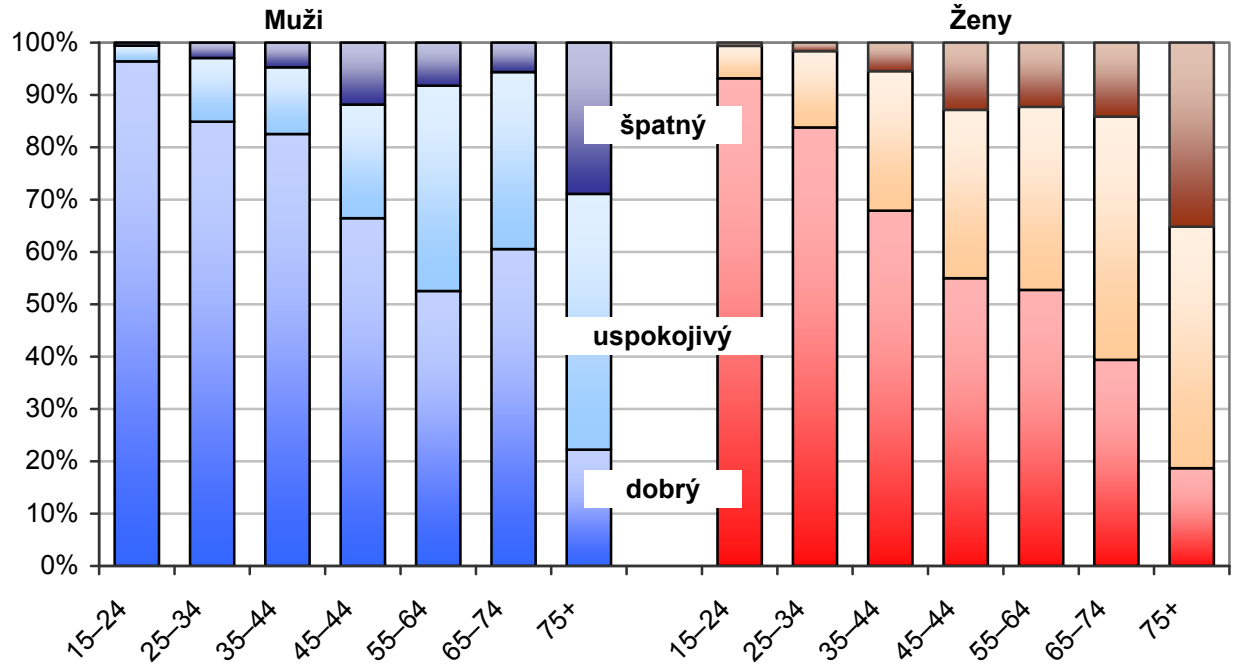
Zhruba 6,5 % mužů a desetina žen hodnotila své zdraví jako špatné či velmi špatné, naopak jako velmi dobrý vnímala svůj zdravotní stav zhruba třetina mužů a necelá čtvrtina žen. Ženy hodnotí svůj zdravotní stav hůře, což je částečně dáno jejich starší věkovou strukturou, neboť s věkem se zdraví a jeho hodnocení respondenty zhoršuje. Pokud sledujeme strukturu v jednotlivých věkových kategoriích, statisticky významný rozdíl mezi muži a ženami zaznamenáváme ve věku 35–44 let, kdy jako dobrý či velmi dobrý hodnotí svůj zdravotní stav 83 % mužů, ale pouze 68 % žen, podíl osob vnímajících své zdraví jako špatné či velmi špatné se u obou pohlaví zhruba shoduje. Naproti tomu muži ve věku 65–74 let hodnotili své zdraví jako špatné či velmi špatné v 5 %, u žen to bylo 14 %. I po odstranění vlivu věkové struktury tak ženy hodnotí své zdraví hůře ve srovnání s muži.

Tab. 5.1: Struktura respondentů podle subjektivně hodnoceného zdraví (v %)

Věk	Subjektivně hodnocený zdravotní stav									
	velmi dobrý	dobrý	uspoko-jivý	špatný	velmi špatný	velmi dobrý	dobrý	uspoko-jivý	špatný	velmi špatný
	Muži					**Ženy**				
15–24	61,3	35,1	3,0	0,6	0,0	47,8	45,3	6,2	0,6	0,0
25–34	46,8	38,0	12,2	2,9	0,0	41,1	42,7	14,6	1,1	0,5
35–44	36,2	46,3	12,8	2,7	2,0	26,1	41,8	26,7	5,5	0,0
45–54	11,2	55,3	21,7	10,5	1,3	12,1	42,9	32,1	11,4	1,4
55–64	12,0	40,5	39,2	7,6	0,6	9,2	43,6	35,0	11,0	1,2
65–74	8,5	52,1	33,8	5,6	0,0	5,1	34,3	46,5	11,1	3,0
75+	2,2	20,0	48,9	24,4	4,4	3,3	15,4	46,2	27,5	7,7
Celkem	31,2	42,2	20,0	5,7	0,8	23,5	39,8	27,0	8,2	1,5

S rostoucím věkem se subjektivní zdraví u obou pohlaví zhoršuje, vyjma věkové kategorie mužů ve věku 65–74 let, kde je subjektivní pocit zdraví lepší než u mužů ve věku 55–64 let a u žen ve věkové kategorii 55–64 let, kde je zdraví hodnoceno zhruba srovnatelně jako u o 10 let mladších žen. Jedná se zřejmě o osoby, které čerstvě nastoupily do důchodu a cítí se spokojenější. Vliv zde může mít též skutečnost, že osoby se závažnými onemocněními již zemřely v předchozích letech a proto je zdravotní stav čerstvých důchodců lepší.

Graf 5.1: Respondenti podle subjektivně hodnoceného zdravotního stavu



Jak již naznačujeme v úvodu ke kap. 5, otázka na subjektivní zdraví se v roce 2008 objevila nejen v šetření EHIS, ale také v šetření SILC. Srovnání odpovědí respondentů na otázku týkající se subjektivního zdraví v těchto dvou šetřeních je poměrně zajímavé a podrobně se jím zabývá analýza Srovnání ukazatelů zdravotního stavu v šetření EHIS a SILC (Daňková, 2010).

Tab. 5.2: Respondenti podle hodnocení subjektivního zdraví v šetření EHIS a SILC v roce 2008 (v %)

		Subjektivní zdraví				
		velmi dobré	dobré	průměrné	špatné	velmi špatné
Muži	EHIS 2008	30,4	42,7	20,3	5,8	0,9
	SILC 2008	22,9	42,3	22,9	9,7	2,2
Ženy	EHIS 2008	23,2	39,9	27,2	8,3	1,5
	SILC 2008	17,4	40,9	27,7	11,3	2,6

Na první pohled je zřejmé, že výsledky obou šetření se liší, rozdíl v celkovém rozložení odpovědí byl potvrzen jako statisticky významný, a to u obou pohlaví. Zatímco v šetření EHIS hodnotilo jako velmi dobré či dobré své zdraví 73 % mužů, podle šetření SILC to bylo 65 % mužů, u žen byl rozdíl také patrný, dobré a velmi dobré zdraví uvedlo 63 % žen dotázaných v EHIS a 58 % žen zahrnutých do šetření SILC. Tomu odpovídaly i četnosti dalších kategorií – zejména častější špatné a velmi špatné zdraví u respondentů dotazovaných v rámci šetření SILC, podíl respondentů hodnotících své zdraví střední kategorií byl v obou šetřeních zhruba srovnatelný.

Pokud sledujeme věkový profil subjektivního hodnocení zdraví, můžeme konstatovat, že SILC žádnou stagnaci u čerstvých důchodců, jakou pozorujeme v šetření EHIS, ale i v některých jiných studiích monitorujících mj. zdraví obyvatel ČR *(*Rychtaříková, 2006*),* nevykazuje a podíl osob s pozitivním hodnocením zdraví s věkem plynule klesá. Navíc rozdíly mezi oběma pohlavími jsou v šetření SILC výrazně nižší než v šetření EHIS, kde statisticky významný rozdíl v hodnocení subjektivního zdraví vykazuje zejména kategorie 35–44 let a 65–74 let.

Příčina těchto odlišností v subjektivním hodnocení zdraví mezi oběma šetřeními není příliš zřejmá. Svou roli zde jistě hraje kontext šetření, do kterého jsou zdravotní otázky zasazeny, může zde hrát roli i přesné znění pokynů k dotazníku, např. EHIS v pokynech zdůrazňuje, aby v hodnocení respondent nesrovnával sám sebe s ostatními vrstevníky, což v SILC chybí. To může způsobovat horší hodnocení zdravotního stavu u starších respondentů v šetření SILC.

Výsledky šetření EHIS z hlediska subjektivního hodnocení zdraví respondenty je možné analyzovat v celém spektru dalších souvislostí. Tak zaznamenáváme např. vztah mezi subjektivním zdravím a charakteristikami rodinného stavu, vzdělání apod. Tyto aspekty jsou prezentovány v samostatné kapitole 8.

Neméně zajímavým je i sledování časových změn v subjektivním hodnocení zdraví, které prezentuje kapitola 9. Z té vyplývá, že se subjektivní hodnocení zdraví v čase zlepšuje, což odráží jednak změny ve skutečném zdravotním stavu populace (klesající úmrtnost), ale i v přístupu respondentů k hodnocení vlastního stavu. Svou roli sehrává nepochybně i přesné znění otázek a jejich dokumentace.

Druhá z otázek Minimálního evropského modulu je již o něco více objektivním hodnocením zdravotního stavu. Sleduje u respondentů přítomnost dlouhodobých nemocí a zdravotních obtíží (včetně zdravotních postižení) po dobu 6 měsíců a déle. Subjektivita zde však i nadále přetrvává v tom, že se jedná o nemoci vnímané respondentem, bez ohledu na to, zda jsou či nejsou diagnostikovány lékařem. Opět je hlavním cílem postihnout pouze onemocnění dlouhodobého charakteru, nikoliv dočasné a přechodné problémy.

Na otázku „***Máte nějakou dlouhodobou nemoc nebo zdravotní potíž***?“ odpovědělo kladně 40 % mužů a 47 % žen. Rozdíl mezi muži a ženami v souhrnu nebyl potvrzen jako statisticky významný, výrazný rozdíl se projevil pouze v nejnižší věkové skupině do 25 let, kde u mužů dlouhodobou zdravotní obtíží trpělo 17 % osob, zatímco u žen to bylo 32 %.

Jak je zřejmé z tabulky 5.3, s věkem se podíl osob s dlouhodobou potíží zvyšuje, zatímco v nejnižším věku se podíl respondentů s dlouhodobou nemocí pohyboval okolo 25 %, ve věku nad 75 let to bylo již přes 80 % osob s dlouhodobou nemocí.

Tab. 5.3: Respondenti s dlouhodobou nemocí, struktura respondentů z hlediska omezení v běžných činnostech (v %)

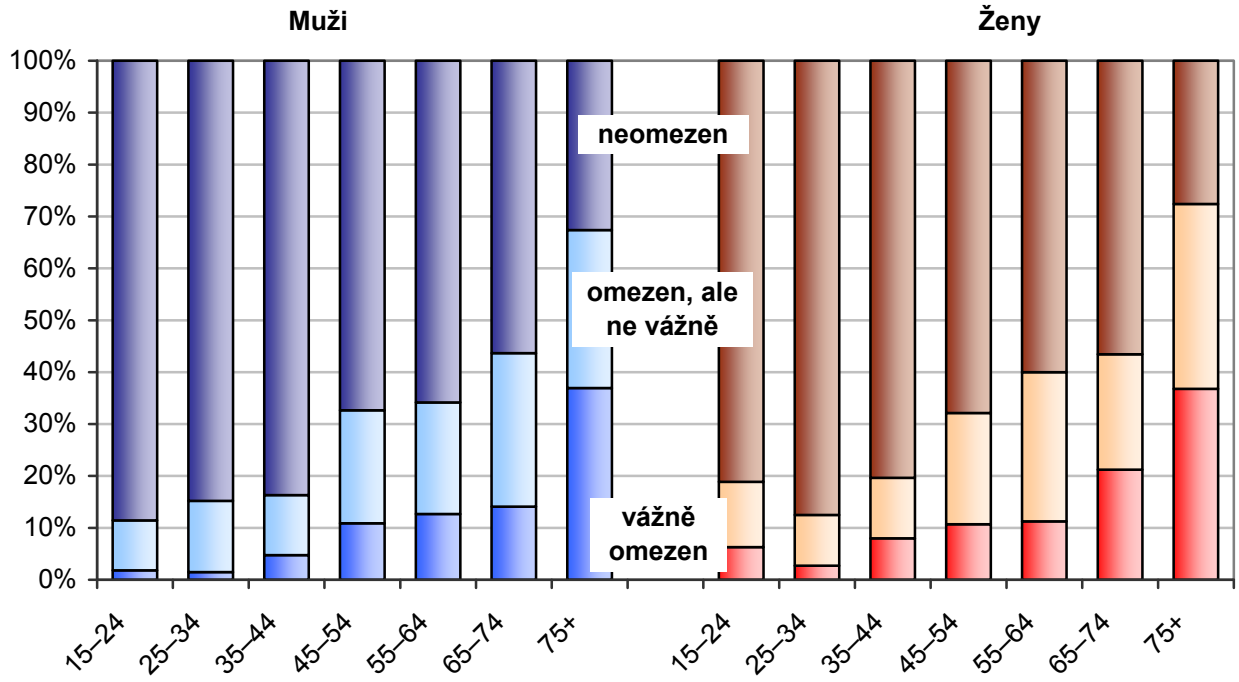
Věk	Dlouhodobá nemoc	Omezení v běžných činnostech			Dlouhodobá nemoc	Omezení v běžných činnostech		
		vážné	mírné	žádné		vážné	mírné	žádné
	Muži				**Ženy**			
15–24	17,3	1,8	9,6	88,6	31,7	6,3	12,6	81,1
25–34	24,4	1,5	13,7	84,8	30,6	2,7	9,8	87,5
35–44	27,4	4,8	11,6	83,7	33,3	8,0	11,7	80,4
45–54	50,0	10,9	21,8	67,3	49,6	10,7	21,4	67,9
55–64	62,9	12,7	21,5	65,8	54,9	11,3	28,8	60,0
65–74	71,4	14,1	29,6	56,3	74,5	21,2	22,2	56,6
75+	82,2	37,0	30,4	32,6	85,4	36,8	35,6	27,6
Celkem	40,4	8,1	17,3	74,7	47,0	11,5	18,8	69,8

Poslední otázkou Minimálního evropského modulu o zdraví jsme zjišťovali, jaký vliv mají zdravotní potíže na život respondenta a na jeho aktivity. Otázka zněla: „Byl(a) jste kvůli zdravotním potížím po dobu předchozích nejméně 6 měsíců nebo déle omezen(a) v činnostech, které lidé obvykle dělají?“. Dotaz se vztahuje k období posledních 6 měsíců před rozhovorem, přičemž za toto období by měla být hodnocena nikoliv přítomnost onemocnění, ale skutečné omezení tímto onemocněním. Není tedy rozhodující, jak dlouho trvá zdravotní problém, ale jak dlouho trvá omezení způsobené zdravotním problémem (min. 6 měsíců). Otázka je zaměřena na omezení v aktivitách, které lidé obvykle dělají, nikoliv ve vztahu k běžným aktivitám daného jedince. Někteří lidé s chronickým onemocněním totiž museli v důsledku svého zdravotního stavu postupnou adaptací své aktivity omezit a přizpůsobit je vlastnímu zdravotnímu stavu. Abychom zjistili skutečná omezení je nutné jako referenční uvažovat obecný populační standard vzhledem ke kulturním a sociálním očekáváním obvykle vykonávaných aktivit. Neměly by se zde zvažovat aktivity ve vztahu k věku, kulturnímu prostředí, pohlaví či vlastním ambicím respondenta. Zároveň zde jsou uvažována pouze omezení ze zdravotních důvodů, příp. v důsledku úrazů, nikoliv omezení z jiných důvodů (nedostatek financí, kulturní odlišnost apod.). Odpovědět respondent mohl jednou z nabídnutých možností vyjadřujících třístupňovou škálu závažnosti omezení, přičemž kategorie „vážně omezen“ popisuje extrémně obtížnou situaci a potíže ve vztahu k vykonávání aktivit, které lidé obvykle dělají.

Nějakým způsobem omezeno se cítilo 25 % mužů a 30 % žen, přitom 8 % mužů a 11 % žen považovalo omezení za vážné. Rozdíly z hlediska pohlaví nebyly potvrzeny jako statisticky významné a mírně vyšší podíl osob s omezením mezi ženami lze přisoudit jejich starší věkové struktuře. S věkem se totiž podíl osob, které vykazují vážné či mírné

omezení, zvyšuje a ve věku 75 a více let se již cítí omezeno více než 70 % respondentů, z toho zhruba polovina (celkem 37 %) vážně.

Graf 5.2: Struktura respondentů podle dlouhodobého omezení v běžných aktivitách



5.2. Vybraná chronická onemocnění

Obecné charakteristiky týkající se respondentova celkového zdraví byly doplněny sadou otázek zjišťujících, jakými konkrétními onemocněními respondent trpěl. Chronické nemoci byly v šetření mapovány pěti otázkami, kdy respondent byl nejprve dotázán, zda trpí nebo trpěl některou z nemocí/zdravotních problémů uvedených v seznamu (zde bylo jmenováno 26 položek, viz tab. 5.4, včetně možnosti uvést jiná, nejmenovaná onemocnění). V případě, že respondent odpověděl na otázku kladně u nějaké z položek, byly mu položeny otázky:

- zda mu tato nemoc/zdravotní problém byla diagnostikována lékařem,
- zda měl tuto nemoc v posledních 12 měsících,
- zda kvůli ní užíval léky či podstoupil léčení v posledních 12 měsících
- do jaké míry jej v současné době nemoc omezuje (s možností vybrat si odpověď na 4 stupňové škále „neomezuje, částečně omezuje, středně omezuje, zcela omezuje“).

Nějakou chronickou nemocí z uvedeného seznamu, případně jinou chronickou nemocí, zdravotním problémem, trpělo nebo trpí 72 % dotázaných osob, podíl osob s nemocí diagnostikovanou lékařem dosahoval 67 %. V průběhu posledních 12 měsíců mělo nějakou nemoc nebo zdravotní obtíž 63 % všech respondentů, přitom téměř 54 % ze všech respondentů v posledních 12 měsících užívalo léky nebo se jinak léčilo kvůli

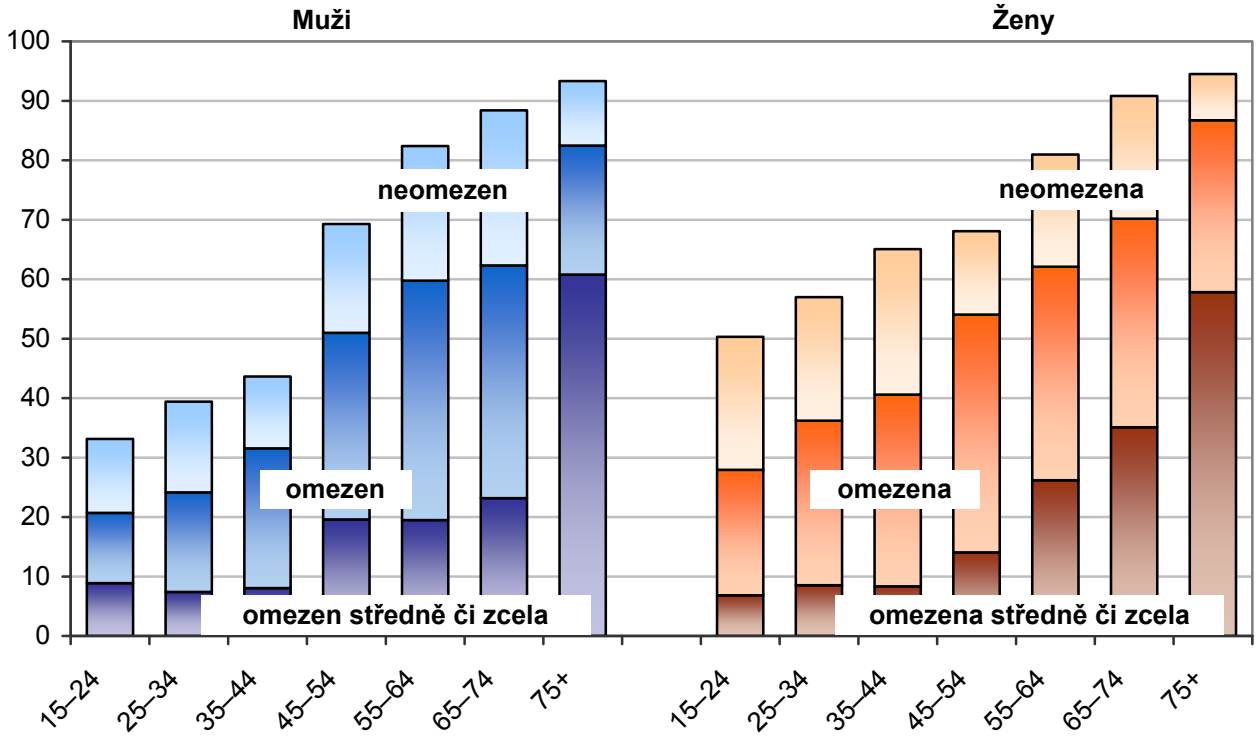
chronické nemoci nebo zdravotní obtíži. Omezeno se v současné době nemocí cítí být 48 % respondentů, z respondentů, kteří měli v posledních 12 měsících nějaké onemocnění, se cítí být omezeno 72 % osob.

Tab. 5.4: Charakteristiky výskytu chronických nemocí/zdravotních problémů v souboru respondentů

	Nemoc, dlouhodobá obtíž	Počet osob s nemocí	% osob s nemocí	Ze všech osob s nemocí (v %)			
				diagnóza lékaře	nemoc v posledních 12 měsících	léky, léčení v posled. 12 měsících	omezení nemocí
1.	Astma	109	5,6	92,6	73,9	57,1	62,4
2.	Chronická bronchitida, rozedma plic	77	4,0	92,3	69,6	57,5	67,3
3.	Srdeční záchvat	70	3,6	95,2	32,7	72,2	75,6
4.	Jiná ischemická choroba srdeční	77	4,0	98,9	74,8	85,7	81,3
5.	Vysoký krevní tlak	475	24,4	97,8	92,2	85,0	42,6
6.	Mozková mrtvice, mozkové krvácení	49	2,5	99,3	62,3	85,4	74,4
7.	Revmatoidní artritida	164	8,5	86,8	90,4	72,5	82,2
8.	Osteoartritida	244	12,6	88,2	90,7	70,5	84,3
9.	Problémy v oblasti bederní páteře, kříže	521	26,8	75,6	82,8	54,7	73,9
10.	Problémy v oblasti krční páteře	408	21,0	71,8	82,4	52,0	73,5
11.	Diabetes (cukrovka)	130	6,7	98,3	91,9	82,9	66,2
12.	Alergie	347	17,9	88,5	83,6	65,6	51,5
13.	Žaludeční nebo dvanáctníkový vřed	88	4,6	95,6	61,3	52,4	57,9
14.	Novotvar	59	3,0	99,4	41,0	41,9	48,3
15.	Závažné bolesti hlavy, jako migréna	171	8,8	55,7	82,0	62,5	64,4
16.	Problémy s udržením moči	79	4,1	79,4	85,3	55,5	78,1
17.	Chronická úzkost	41	2,1	69,8	90,9	68,2	82,8
18.	Deprese	99	5,1	64,4	76,0	51,8	64,0
19.	Ostatní duševní poruchy	20	1,0	90,9	95,4	73,0	92,6
20.	Trvalý úraz nebo jeho následky	123	6,4	95,7	53,8	46,0	73,9
21.	Nemoci jater, jaterní cirhóza	42	2,2	100,0	42,7	38,0	57,6
22.	Ledvinové kameny, chronické onemocnění ledvin	90	4,7	99,6	34,1	34,4	36,1
23.	Gynekologické obtíže (jen pro ženy)	107	11,1	98,3	59,9	45,2	44,1
24.	Žlučové kameny, zánět žlučníku	108	5,5	95,6	34,1	26,9	35,4
25.	Potíže se štítnou žlázou	123	6,3	98,3	77,5	71,0	43,9
26.	Osteoporóza	74	3,9	93,4	86,0	68,8	73,6
27.	Jiné	258	13,7	96,0	79,5	67,9	56,0
	Celkem	1 412	72,3	87,7	92,1	74,2	58,6

Z tabulky 5.4 je zřejmé, že nejčastěji se jednalo o problémy v oblasti bederní (27 % respondentů) či krční páteře (21 %), dále hypertenzi (24 %) a alergie (18 %). Přitom je zřejmé, že pouze v 70–75 % případů byly problémy s páteří rovněž diagnostikovány lékařem, léky kvůli těmto potížím brala zhruba polovina osob, které uvedly, že daný problém mají nebo měly. Naproti tomu hypertenze byla potvrzena lékařskou diagnózou v 98 % případů, 85 % osob s hypertenzí v současné době na tuto nemoc užívalo léky. Nejvíce omezujícím onemocněním se jeví artritida a dále duševní poruchy. Z jiných nemocí, které vykázalo celkem 14 % dotázaných, respondenti nejčastěji uváděli problémy se zrakem, křečové žíly a dnu.

Graf 5.3: Respondenti s chronickou nemocí v posledních 12 měsících podle věku a pohlaví (v %)

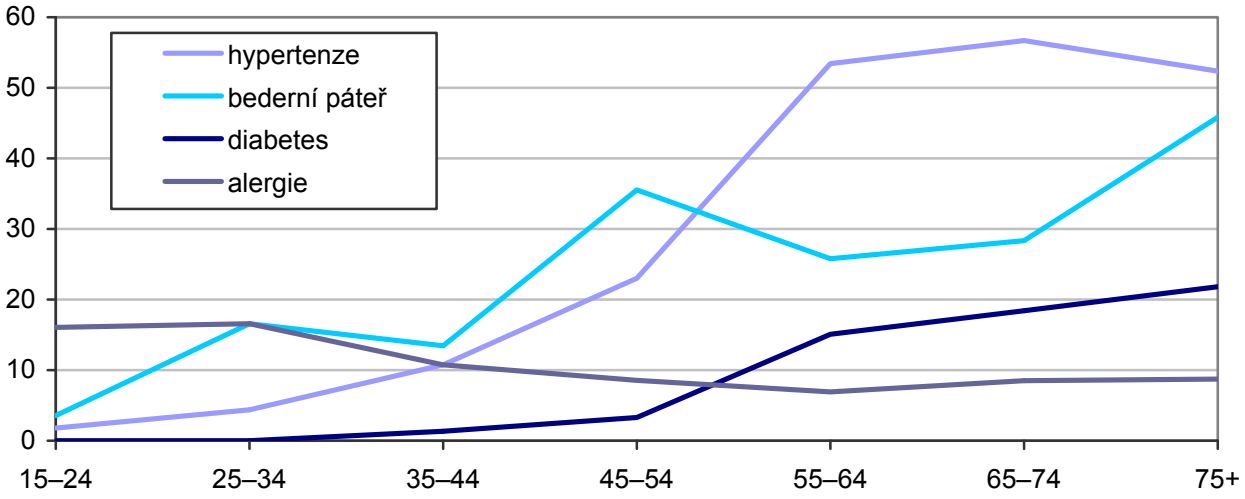


Tab. 5.5: Struktura respondentů podle prevalence chronické nemoci (v %)

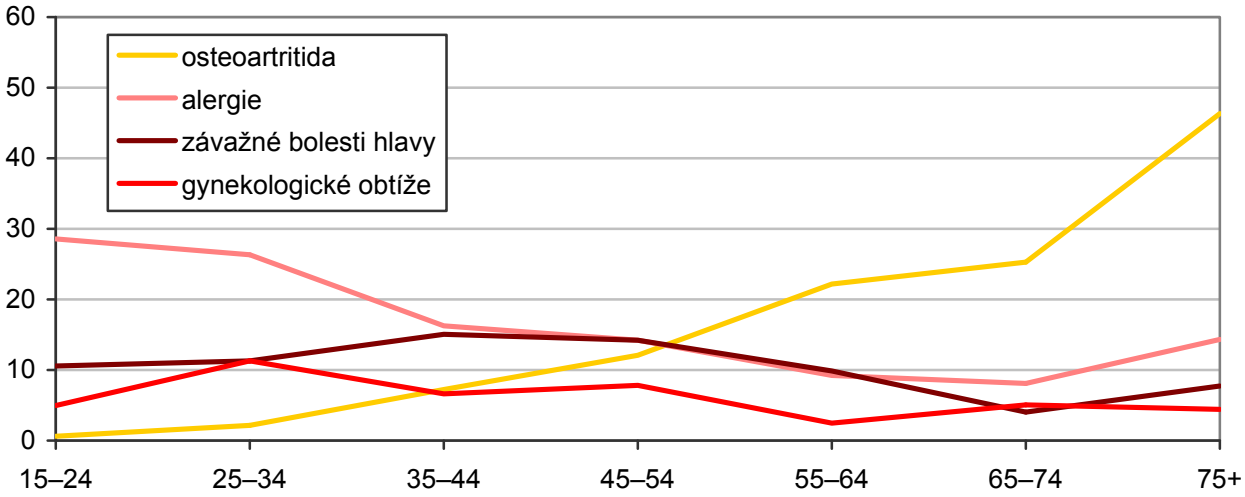
Věk	Má nebo měl(a) nemoc	S nemocí v posledních 12 měsících	Z toho omezen(a) v současnosti			
			neomezen(a)	částečně	středně	zcela
	Muži					
15–24	41,4	33,1	37,5	35,7	23,2	3,6
25–34	52,7	39,4	38,8	42,5	17,5	1,3
35–44	55,7	43,6	27,7	53,8	9,2	9,2
45–54	81,6	69,3	26,4	45,3	17,0	11,3
55–64	90,6	82,4	27,5	48,9	14,5	9,2
65–74	94,3	88,4	29,5	44,3	19,7	6,6
75+	100,0	93,3	11,6	23,3	37,2	27,9
Celkem	67,5	57,1	29,0	43,9	18,1	9,0
	Ženy					
15–24	59,6	50,3	44,4	42	9,9	3,7
25–34	65,6	57,0	36,4	48,6	11,2	3,7
35–44	72,9	65,1	37,6	49,5	7,3	5,5
45–54	75,2	68,1	20,6	58,8	11,3	9,3
55–64	90,2	81,0	23,3	44,4	22,6	9,8
65–74	94,9	90,8	22,7	38,6	28,4	10,2
75+	97,8	94,5	8,2	30,6	30,6	30,6
Celkem	76,9	69,4	27,7	45,1	17,1	10,0

Z hlediska pohlaví ženy vykazují vyšší prevalenci chronických nemocí ve srovnání s muži. Zároveň však lze říci, že tyto rozdíly jsou nejvýraznější v nižším věku, tj. 15–44 let, což může být způsobeno např. prevalencí gynekologických obtíží u žen. Ty se vyskytují ve všech věkových kategoriích, nejčastěji však u žen ve věku 25–34 let, tedy v době, kdy značná část žen zaznamenává gynekologické potíže v souvislosti s reprodukcí a porodem dítěte (viz tab. 5.6). Vnímání nemocí z hlediska jejich omezujícího vlivu bylo u obou pohlaví zhruba shodné, výraznější, statisticky významný rozdíl nebyl zaznamenán.

Graf 5.4: Výskyt vybraných chronických nemocí podle věku, muži (v %)
(osoby s nemocí v posledních 12 měsících)



Graf 5.5: Výskyt vybraných chronických nemocí podle věku, ženy (v %)
(osoby s nemocí v posledních 12 měsících)



Výskyt většiny chronických onemocnění s věkem roste. Podíl osob s chronickou nemocí v posledních 12 měsících ve věku nad 65 let (přes 90 %) výrazně převyšuje hodnotu ukazatele ve věku do 35 let (35 % u mužů a 55 % u žen). S věkem se také zvyšuje podíl respondentů, kteří se cítí být nemocí vážně omezeni, a klesá podíl respondentů bez omezení nemocí.

Věkový profil výskytu se liší z hlediska typu onemocnění. Zatímco výskyt většiny onemocnění, jako např. hypertenze, diabetes, bolesti páteře či artritida s věkem roste, alergie jsou nejčastější v nejnižším věku (15–35 let), poté se jejich výskyt snižuje. Migréna je nejčastější u žen ve středním věku (35–45 let).

Tab. 5.6: Výskyt chronických nemocí podle věku a pohlaví (v %)
(osoby s nemocí v posledních 12 měsících)

Muži								
	věková skupina							
	15–24	25–34	35–44	45–54	55–64	65–74	75+	celkem
Astma	2,4	1,5	2,7	4,6	2,5	2,8	10,9	3,1
Chronická bronchitida, rozedma plic	0,0	0,0	0,0	4,6	1,9	7,1	10,9	2,1
Srdeční záchvat	0,0	0,0	0,0	0,7	1,3	2,8	8,7	0,9
Jiná ischemická choroba srdeční	0,0	0,0	0,0	2,6	3,1	9,9	19,6	2,6
Vysoký krevní tlak	1,8	4,4	10,8	23,0	53,4	56,7	52,4	22,3
Mozková mrtvice, mozkové krvácení	0,0	0,0	0,7	0,0	2,5	5,7	8,7	1,4
Revmatoidní artritida	2,4	1,5	1,3	5,3	9,4	11,3	34,9	5,9
Osteoartritida	0,0	1,9	6,0	8,6	18,9	18,4	32,7	8,8
Problémy v oblasti bederní páteře	3,6	16,6	13,4	35,5	25,8	28,3	45,8	20,6
Problémy v oblasti krční páteře	1,2	10,7	9,4	22,4	15,1	18,4	19,6	12,4
Diabetes (cukrovka)	0,0	0,0	1,3	3,3	15,1	18,4	21,8	5,7
Alergie	16,1	16,6	10,8	8,6	6,9	8,5	8,7	11,7
Žaludeční nebo dvanáctníkový vřed	0,0	2,9	2	3,3	3,8	2,8	8,7	2,7
Novotvar	0,0	0,0	0,0	0,0	2,5	5,7	0,0	0,8
Závažné bolesti hlavy, jako migréna	7,1	1,9	2,7	3,3	2,5	0,0	4,4	3,3
Problémy s udržením moči	0,0	0,0	0,7	3,9	5,0	7,1	15,3	2,8
Chronická úzkost	0,0	1,0	0,7	2,0	3,1	0,0	0,0	1,2
Deprese	0,0	2,4	1,3	4,6	3,8	1,4	2,2	2,3
Ostatní duševní poruchy	0,0	0,0	0,7	2,0	1,3	0,0	0,0	0,6
Trvalý úraz nebo jeho následky	2,4	1,5	1,3	9,2	6,3	1,4	8,7	4,0
Nemoci jater, jaterní cirhóza	1,2	0,0	0,0	1,3	1,9	0,0	4,4	0,9
Ledvinové kameny, chronické onemocnění ledvin	0,0	0,5	1,3	2,0	1,3	4,3	10,9	1,7
Gynekologické obtíže (jen pro ženy)	x	x	x	x	x	x	x	x
Žlučové kameny, zánět žlučníku	0,0	0,5	0,0	0,7	1,3	1,4	4,4	0,7
Potíže se štítnou žlázou	1,2	0,0	0,0	0,0	3,1	0,0	4,4	0,9
Osteoporóza	0,0	0,0	0,7	0,7	0,6	2,8	8,7	0,9
Jiné	6,5	4,9	9,4	10,5	15,7	15,6	21,8	10,2

Tab. 5.6: Výskyt chronických nemocí podle věku a pohlaví (v %)
(osoby s nemocí v posledních 12 měsících)

Ženy								
	věková skupina							
	15–24	25–34	35–44	45–54	55–64	65–74	75+	celkem
Astma	1,2	7,0	6,6	5,7	2,5	6,1	6,6	5,0
Chronická bronchitida, rozedma plic	0,6	1,1	3,0	5,7	2,5	4,0	11,0	3,4
Srdeční záchvat	0,0	0,0	0,6	0,0	0,6	5,1	6,6	1,3
Jiná ischemická choroba srdeční	0,0	0,0	0,0	1,4	4,3	10,1	15,4	3,3
Vysoký krevní tlak	1,9	3,2	8,4	17,1	37,6	62,7	60,7	22,4
Mozková mrtvice, mozkové krvácení	0,0	0,0	1,8	0,0	1,8	3,0	9,9	1,8
Revmatoidní artritida	1,2	2,1	2,4	9,2	14,8	17,2	30,9	9,1
Osteoartritida	0,6	2,1	7,2	12,1	22,2	25,3	46,3	13,6
Problémy v oblasti bederní páteře	10,6	14	20,5	24,9	30,2	33,4	44,1	23,3
Problémy v oblasti krční páteře	9,9	12,4	24,7	28,4	30,2	25,3	27,6	21,8
Diabetes (cukrovka)	1,9	1,6	3,0	2,8	11,7	11,1	22,1	6,5
Alergie	28,6	26,3	16,3	14,2	9,2	8,1	14,3	17,7
Žaludeční nebo dvanáctníkový vřed	1,2	1,1	2,4	2,8	3,1	5,1	6,6	2,8
Novotvar	0,0	0,0	0,0	3,6	3,1	4,0	3,3	1,7
Závažné bolesti hlavy, jako migréna	10,6	11,3	15,1	14,2	9,9	4,0	7,7	10,9
Problémy s udržením moči	1,2	0,0	0,6	2,1	3,7	8,1	23,2	4,1
Chronická úzkost	1,2	1,1	1,8	3,6	3,1	2,0	7,7	2,6
Deprese	2,5	3,2	5,4	7,1	6,2	7,1	8,8	5,4
Ostatní duševní poruchy	0,6	0,0	1,2	2,1	1,2	0,0	4,4	1,2
Trvalý úraz nebo jeho následky	1,2	2,7	3,0	0,7	3,7	4,0	7,7	3,0
Nemoci jater, jaterní cirhóza	1,2	0,0	0,6	0,7	1,2	1,0	1,1	0,8
Ledvinové kameny, chronické onemocnění ledvin	1,2	0,5	2,4	0,7	1,2	4,0	1,1	1,5
Gynekologické obtíže (jen pro ženy)	5,0	11,3	6,6	7,8	2,5	5,1	4,4	6,4
Žlučové kameny, zánět žlučníku	0,0	0,5	2,4	2,8	4,3	7,1	7,7	3,0
Potíže se štítnou žlázou	5,0	7,5	5,4	8,5	11,1	12,1	13,2	8,5
Osteoporóza	0,0	0,0	0,0	6,4	8,6	13,1	19,9	5,4
Jiné	6,8	6,4	10,8	13,5	11,7	14,2	17,7	10,8

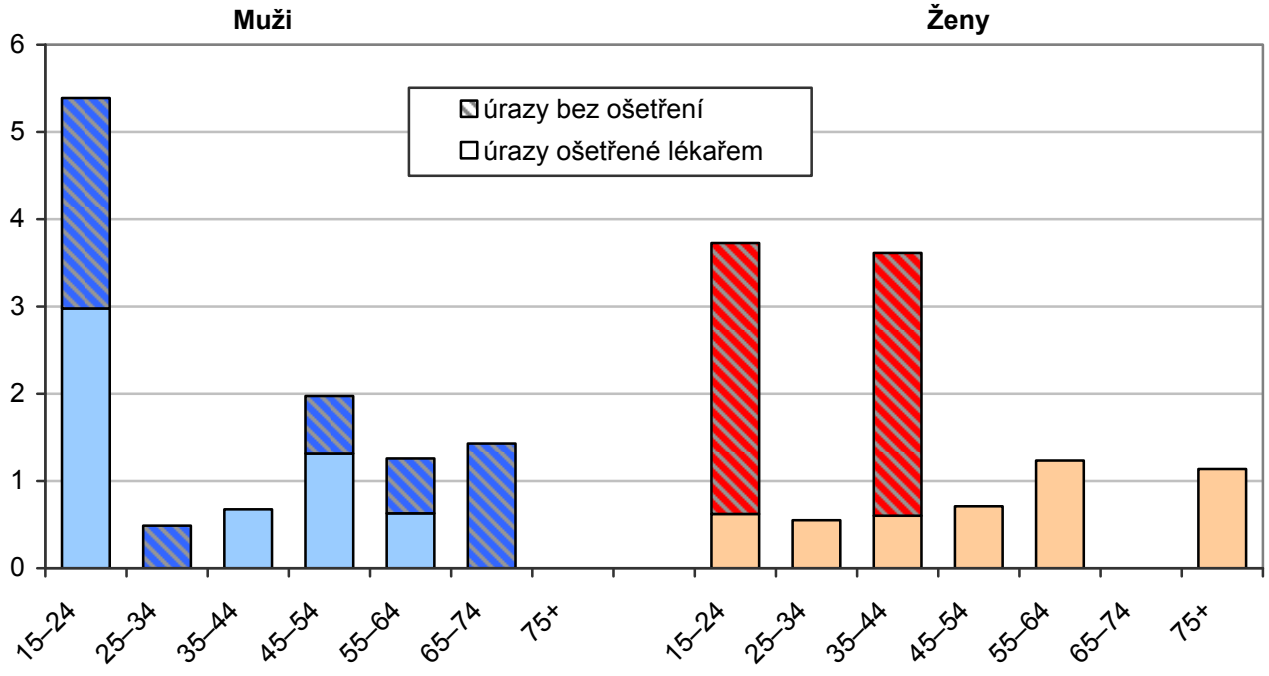
5.3. Úrazy

Vzhledem k tomu, že o úrazech, zvláště těch méně závažných, které nevedou k hospitalizaci pacienta, ale jsou ošetřeny ambulantně nebo nejsou lékařem ošetřeny vůbec, máme z rutinní zdravotnické statistiky jen sporé informace, je výběrové šetření EHIS cenným zdrojem doplňujících podrobností, zejména o věkové struktuře zasažených osob.

V šetření jsme sledovali, zda respondent měl v posledních 12 měsících nehodu, která skončila zraněním. U každého ze 4 typů úrazů (dopravní, doma a ve volném čase, pracovní, ve škole) měl respondent uvést, zda se mu daná nehoda v posledních 12 měsících přihodila či nikoliv. Pokud ano, byl dále dotázán, zda vyhledal v souvislosti s tímto úrazem zdravotní péči či nikoliv.

Nějakou nehodu končící úrazem zaznamenalo v posledních 12 měsících zhruba 10,5 % respondentů, rozdíl mezi muži (12 % osob s úrazem) a ženami (9,2 % osob s úrazem) nebyl potvrzen jako statisticky významný. Nejvíce osob s úrazem bylo v nejnižší věkové kategorii. Lékařem ošetřeno z důvodu úrazu bylo více než 7 % respondentů, tedy zhruba 3/4 všech zaznamenaných úrazů.

Graf 5.6: Dopravní úrazy podle věku, podíl osob s úrazem (v %)



Dopravní nehodu končící úrazem mělo v posledním roce 1,8 % mužů a žen, z toho v necelé polovině případů si zranění vyžádalo zdravotní ošetření. Nejčastěji se dopravní nehody týkaly osob ve věku 15–24 let, kdy dopravní nehodu mělo 5,4 % mužů a necelá 4 % žen. Úrazy doma a ve volném čase byly evidovány u 7 % dotázaných, v 5 % se jednalo o úrazy s nutností lékařského ošetření. Nejčastěji tento typ úrazu utrpěly opět osoby nejmladší věkové kategorie, přičemž u mužů byl podíl osob s úrazem (14 %)

výrazně vyšší než u žen (10 %), opačně tomu bylo v nejstarší věkové kategorii, kdy se úrazy týkaly spíše žen (16 % osob s úrazem) než mužů (4 %). Podíl respondentů s dopravním úrazem je však velice malý, proto údaje o podílech napříč věkovými skupinami nejsou konzistentní a jsou ovlivněny náhodnými výkyvy.

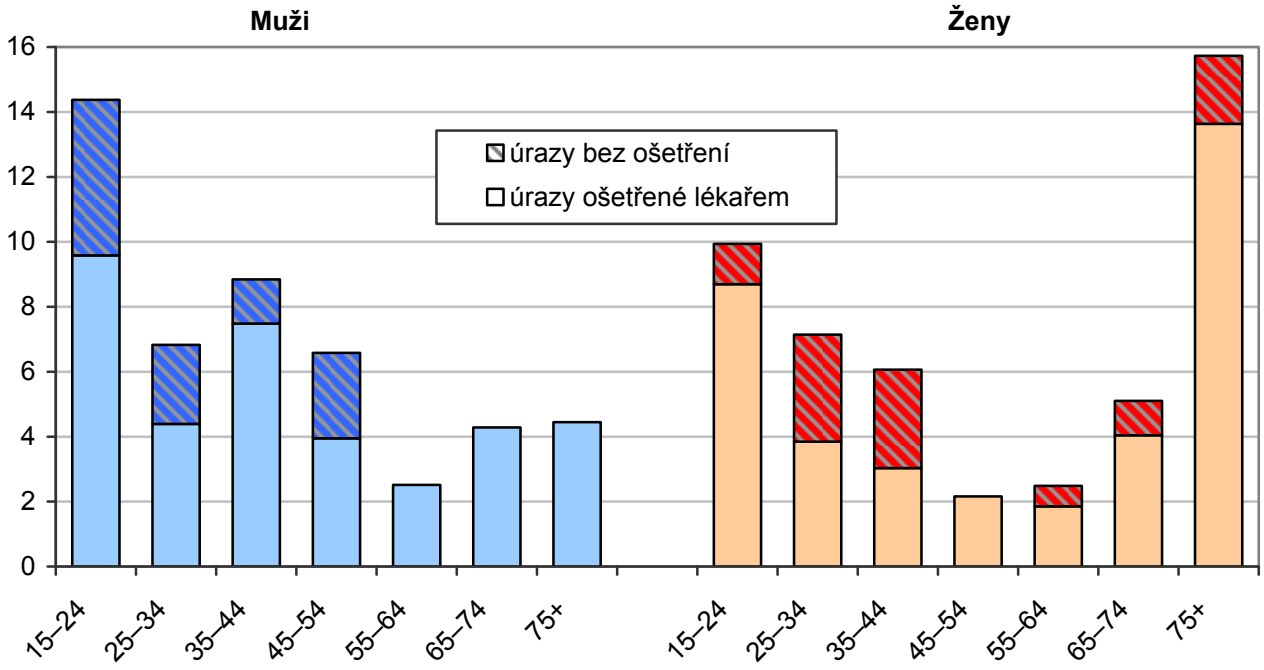
Tab. 5.7: Podíl osob s úrazem podle věku a pohlaví (v %)

Věk	Úrazy celkem	Úrazy dopravní		Úrazy doma, ve volném čase	
		celkem	lékařsky ošetřené	celkem	lékařsky ošetřené
	Muži				
15–24	24,4	5,4	3,0	14,4	9,6
25–34	10,2	0,5	0,0	6,8	4,4
35–44	11,5	0,7	0,7	8,8	7,5
45–54	13,8	2,0	1,3	6,6	3,9
55–64	4,4	1,3	0,6	2,5	2,5
65–74	5,7	1,4	0,0	4,3	4,3
75+	6,5	0,0	0,0	4,4	4,4
Celkem	12,0	1,8	1,0	7,4	5,4
	Ženy				
15–24	17,4	3,7	0,6	9,9	8,7
25–34	7,5	0,5	0,5	7,1	3,8
35–44	10,2	3,6	0,6	6,1	3,0
45–54	5,7	0,7	0,7	2,2	2,2
55–64	3,7	1,2	1,2	2,5	1,9
65–74	5,1	0,0	0,0	5,1	4,0
75+	15,6	1,1	1,1	15,7	13,6
Celkem	9,2	1,7	0,7	6,5	4,8

Vedle úrazů dopravních a volnočasových, k nimž může dojít u celé populace, byly v šetření sledovány také úrazy pracovní a školní. Ty mohou nastat pouze u vymezené populace pracujících/studentů, nemá proto příliš smysl vázat je k věku respondenta.

Školní úraz byl zaznamenán u 7 % dotázaných studentů, přitom ve více než polovině případů (celkem ve 4,7 %) si úraz vyžádal lékařské ošetření. U mužů byl podíl osob s úrazem (8,7 %) mírně vyšší ve srovnání se ženami (5,6 %), rozdíl však nebyl potvrzen jako statisticky významný.

Graf 5.7: Úrazy doma a ve volném čase podle věku, podíl osob s úrazem (v %)



Pracovní úraz byl zaznamenán u 3 % zaměstnaných respondentů, z toho ve 2,6 % byl úraz ošetřen zdravotníkem. Muži opět vykazovali úraz mírně častěji (3,6 %) ve srovnání se ženami (2,1 %), rozdíl však nebyl potvrzen statistickým testem. Nejčastěji se jednalo o úrazy osob pracujících jako řemeslníci a kvalifikovaní výrobci, zpracovatelé a opraváři.

5.4. Nemoci způsobené/zhoršené vlivem zaměstnání

Specifický problém z hlediska zdraví představují nemoci spojené s profesí respondenta. Zde se projeví vliv celé řady faktorů souvisejících s pracovním prostředím, s pracovními podmínkami, ale i např. typem aktivity a pozicí, kterou při ní jedinec zaujímá. I když se problematikou nemocí z povolání podrobně zabývá obor pracovního lékařství, v jehož rámci je veden registr, a tedy i poměrně přesná statistika (nově hlášených případů nemoci z povolání), otázka na zdravotní problémy způsobené nebo zhoršené zaměstnáním byla i přesto zařazena do modulu o zdravotní péči výběrového šetření EHIS.

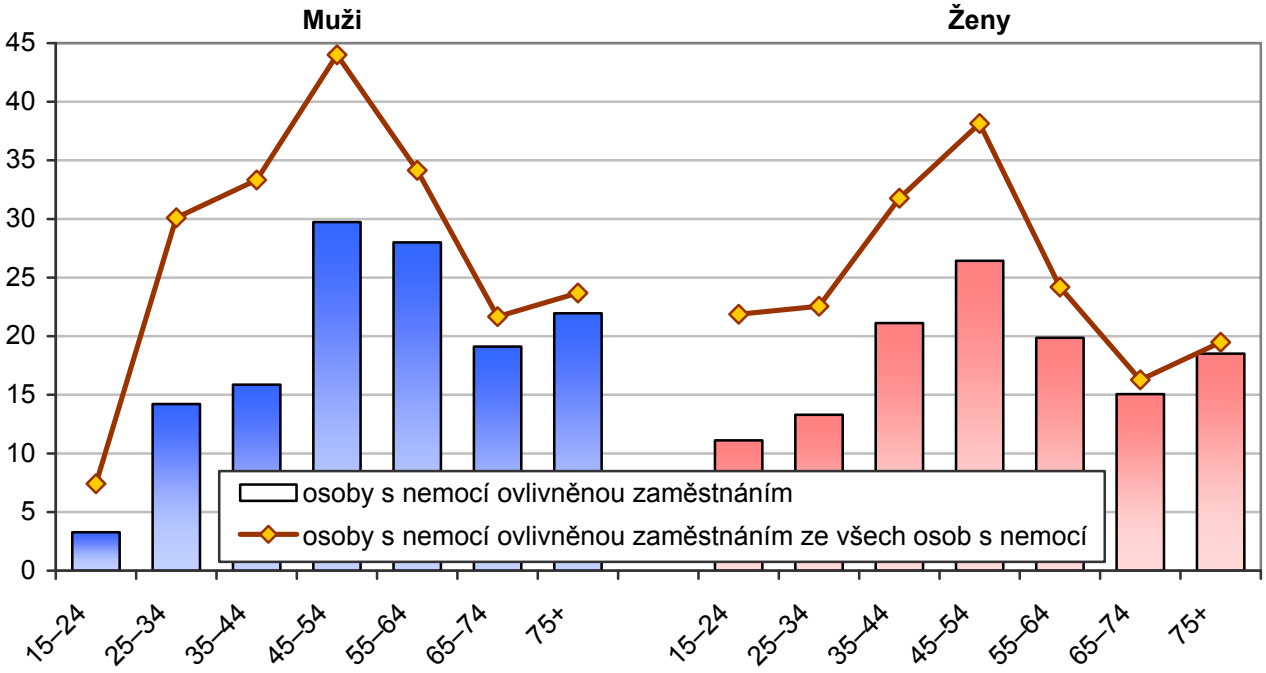
V šetření jsme se dotazovali, zda respondenti, kteří pracují nebo v minulosti pracovali, měli v posledních 12 měsících nějaký zdravotní problém či nemoc, který je způsoben nebo zhoršen jejich současným zaměstnáním nebo prací, kterou vykonávali v minulosti. Otázka se neomezuje pouze na oficiálně přiznané nemoci z povolání, ale na všechny případy zdravotních potíží, o kterých si respondent myslí, že souvisely s jejich pracovní činností. Tím rozšiřujeme záběr monitorování problematiky souvislostí práce a zdraví oproti běžné statistice.

Nějakou nemoc ovlivněnou zaměstnáním uvedla necelá pětina mužů a žen. Nejčastěji se nemoci způsobené/zhoršené zaměstnáním vyskytovaly ve věku 45–54 let. Ze všech osob, které uvedly, že měly v posledních 12 měsících nějakou nemoc, zhruba třetina mužů a čtvrtina žen dává tuto nemoc do souvislosti se svým současným či dřívějším zaměstnáním, nejčastěji opět ve věku 45–54 let (44 % mužů a 38 % žen s nemocí).

Tab. 5.8: Respondenti dle věku a přítomnosti nemoci ovlivněné zaměstnáním (v %)

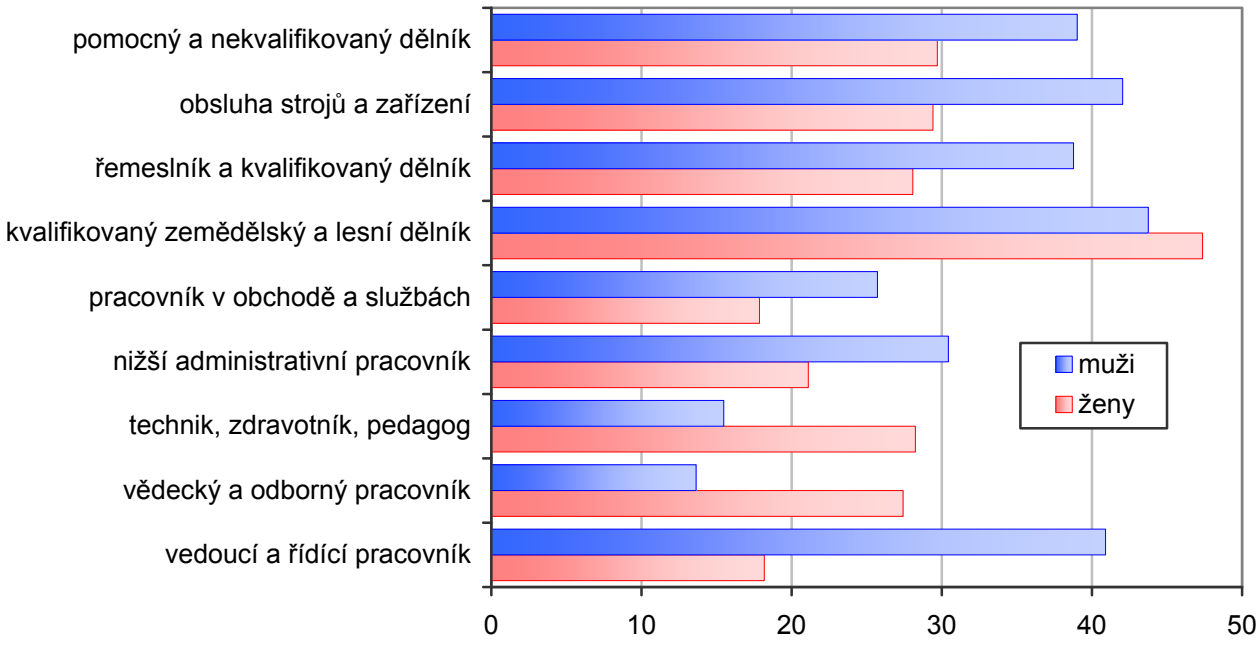
Věk	Osoby bez nemoci	Osoby s nemocí		Celkem	Osoby s nemocí ovlivněnou zaměstnáním ze všech osob s nemocí
		bez vlivu zaměstnání	s vlivem zaměstnání		
Sloupec	a	b	c	a+b+c	c/(b+c)
	Muži				
15–24	55,7	41,0	3,3	100,0	7,4
25–34	52,8	33,0	14,2	100,0	30,1
35–44	52,4	31,7	15,9	100,0	33,3
45–54	32,4	37,8	29,7	100,0	44,0
55–64	18,0	54,0	28,0	100,0	34,1
65–74	11,8	69,1	19,1	100,0	21,7
75+	7,3	70,7	22,0	100,0	23,7
Celkem	37,0	43,1	19,9	100,0	31,6
	Ženy				
15–24	49,2	39,7	11,1	100,0	21,9
25–34	41,0	45,7	13,3	100,0	22,5
35–44	33,5	45,3	21,1	100,0	31,8
45–54	30,7	42,9	26,4	100,0	38,1
55–64	17,9	62,3	19,9	100,0	24,2
65–74	7,5	77,4	15,1	100,0	16,3
75+	4,9	76,5	18,5	100,0	19,5
Celkem	27,5	53,9	18,6	100,0	25,6

Graf 5.8: Respondenti s nemocí ovlivněnou zaměstnáním podle věku (v %)



Z hlediska klasifikace zaměstnání (KZAM) je zajímavé sledovat, v jakých kategoriích se nemoci ovlivněné zaměstnáním vyskytují nejčastěji, i když je možné, že nemoc se vztahuje k dřívějšímu, nikoliv uvedenému současnému (poslednímu) zaměstnání.

Graf 5.9: Respondenti s nemocí ovlivněnou zaměstnáním podle KZAM, podíl ze všech osob s nemocí v dané kategorii KZAM (v %)



Nejvyšší podíl osob s nemocí ovlivněnou zaměstnáním byl mezi muži a ženami dělnických profesí, nejméně často se naopak takováto onemocnění vyskytovala u osob pracujících v administrativě. Relativně vysoký je podíl osob s nemocí ovlivněnou zaměstnáním u řídících pracovníků mezi muži, což může být způsobeno vysokou mírou stresu, které jsou tyto pozice vystaveny.

Na souhrnu všech osob s nemocí v posledních 12 měsících se onemocnění způsobená/zhoršená zaměstnáním podílela více než 40 % u mužů a žen pracujících jako kvalifikovaný zemědělský a lesní dělník a dále u mužů obsluhujících stroje a zařízení.

Tab. 5.9: Respondenti s nemocí ovlivněnou zaměstnáním podle KZAM (v %)

	Počet respon-dentů celkem	Osoby s nemocí	Osoby s nemocí ovlivněnou zaměstnáním	Osoby s nemocí ovlivněnou zaměst-náním ze všech osob s nemocí
	a	b	c	c/b
	Muži			
Příslušníci armády	7	25,0	12,5	50,0
Vedoucí a řídící pracovník	34	71,0	29,0	40,9
Vědecký a odborný pracovník	53	75,9	10,3	13,6
Technik, zdravotník, pedagog	135	57,9	9,0	15,5
Nižší administrativní pracovník	30	69,7	21,2	30,4
Pracovník v obchodě a službách	68	50,7	13,0	25,7
Kvalifikovaný zemědělský a lesní dělník	37	55,2	24,1	43,8
Řemeslník a kvalifikovaný dělník	252	63,9	24,8	38,8
Obsluha strojů a zařízení	142	67,7	28,5	42,0
Pomocný a nekvalifikovaný dělník	64	68,3	26,7	39,0
Celkem	822	63,3	20,4	32,3
	Ženy			
Příslušníci armády	2	100,0	0,0	0,0
Vedoucí a řídící pracovník	20	61,1	11,1	18,2
Vědecký a odborný pracovník	68	76,5	21,0	27,4
Technik, zdravotník, pedagog	172	73,6	20,8	28,2
Nižší administrativní pracovník	148	63,4	13,4	21,1
Pracovník v obchodě a službách	167	70,4	12,6	17,9
Kvalifikovaný zemědělský a lesní dělník	35	79,2	37,5	47,4
Řemeslník a kvalifikovaný dělník	87	76,0	21,3	28,1
Obsluha strojů a zařízení	55	70,8	20,8	29,4
Pomocný a nekvalifikovaný dělník	143	81,5	24,2	29,7
Celkem	897	72,7	18,8	25,8

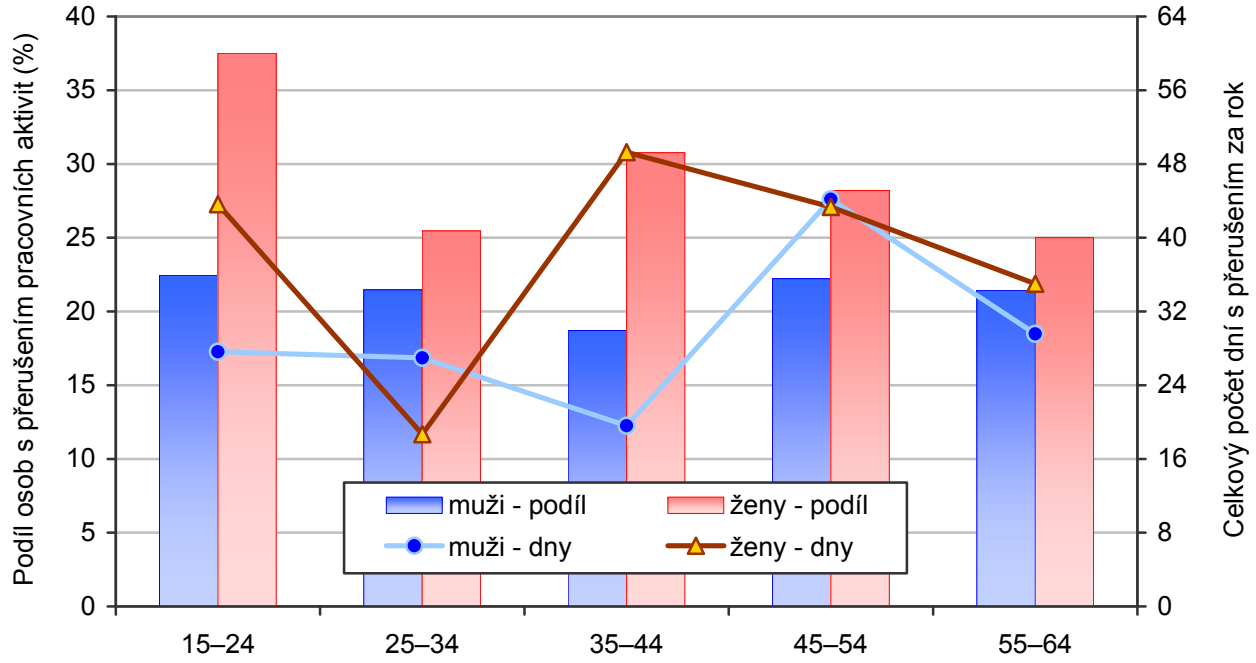
5.5. Přerušení pracovní aktivity ze zdravotních důvodů

Opačný vztah, tedy vliv zdravotního stavu na pracovní aktivitu, sledovala otázka, zda respondent musel v průběhu posledních 12 měsíců přerušit své pracovní aktivity kvůli zdravotním problémům. Sledovala tedy absenci v zaměstnání ze zdravotních důvodů, přičemž respondent měl vzít v úvahu všechny případy nemoci a poranění, které mu ve výkonu pracovní aktivity bránily, i když danou situaci nutně neřešil pracovní neschopností.

Tab. 5.10: Respondenti podle přerušení pracovních aktivit ze zdravotních důvodů v posledních 12 měsících

Věk	Počet respondentů		Podíl osob s přerušením pracovních aktivit (v %)		Počet dní s přerušením pracovních aktivit u osob, které přerušily pracovní aktivity za rok	
	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy
15–24	44	36	22,4	37,5	27,6	43,6
25–34	156	97	21,5	25,5	27,0	18,7
35–44	131	135	18,7	30,8	19,6	49,3
45–54	109	95	22,2	28,2	44,2	43,3
55–64	107	65	21,4	25,0	29,6	35,0
Celkem	547	428	21,1	28,7	30,3	39,3

Graf 5.10: Respondenti s přerušením pracovních aktivit ze zdravotních důvodů podle věku



Ze zdravotních důvodů muselo v posledních 12 měsících přerušit své pracovní aktivity 24 % respondentů ve věku 15–64 let, kteří v současnosti pracují. Ženy musely omezit své pracovní aktivity častěji (29 %) než muži (21 %), a to i po odstranění vlivu věkové struktury. Nejvýraznější byl genderový rozdíl ve věkové skupině 35–44 let, kdy muži vykazovali přerušení pracovních aktivit vůbec nejméně často.

Průměrný počet dní za poslední rok, v nichž musel respondent své pracovní aktivity omezit, se pohyboval okolo 30 u mužů a 40 dnů u žen. Nejvýraznější rozdíl opět zaznamenáváme ve věkové skupině 35–44 let, kdy ženy vykazují zhruba 50 dnů omezení pracovních aktivit, zatímco muži vykazují hodnotu okolo 20 dní za rok.

V souhrnu respondenti vykázali téměř 9 000 dní, v nichž museli omezit své pracovní aktivity ze zdravotních důvodů. Pokud bychom tyto dny vydělili celkovým počtem pracovních dní prožitých všemi respondenty ve věku 15–64 let, kteří jsou v současné době zaměstnaní, získáme průměrné denní procento osob, které ze zdravotních důvodů musely omezit své pracovní aktivity. Tento ukazatel dosahuje dle výsledků šetření hodnoty 3,3 %, což je údaj nižší než ukazatel průměrného procenta práce neschopných osob dle evidence České správy sociálního zabezpečení (ČSSZ) za rok 2008 (5,9 % u osob ve věku 15–64 let). Ve srovnání s údaji (ČSSZ) je ukazatel podílu osob s přerušením pracovních aktivit zhruba dvoutřetinový oproti evidovanému podílu osob s pracovní neschopností. Rovněž počet dní, v nichž respondent nepracoval, připadajících za rok na osobu s přerušením pracovních aktivit, je dle výsledků šetření zhruba 55%, což je navíc ovlivněno i tím, že v datech ČSSZ jsou započítány i dny pracovního klidu, pokud v nich respondent byl v pracovní neschopnosti. Z tohoto srovnání je zřejmé, že výsledky jsou ve výběrovém šetření do jisté míry podhodnoceny, což je patrně dáno poměrně dlouhým obdobím, na které se respondenta dotazujeme, přičemž pro respondenty je obtížné si dny s omezením pracovních aktivit za celý rok vybavit.

Vedle omezení pracovních aktivit jsme také sledovali, jak často museli studenti ze zdravotních důvodů omezit své školní aktivity. Zde je podíl respondentů s přerušením školních aktivit vyšší, zhruba 39 %, průměrný počet dní je však nižší (20,5) ve srovnání s aktivitami pracovními, mj. i z toho důvodu, že část roku (prázdniny) nevyžaduje u studentů školní docházku a žádné školní aktivity.

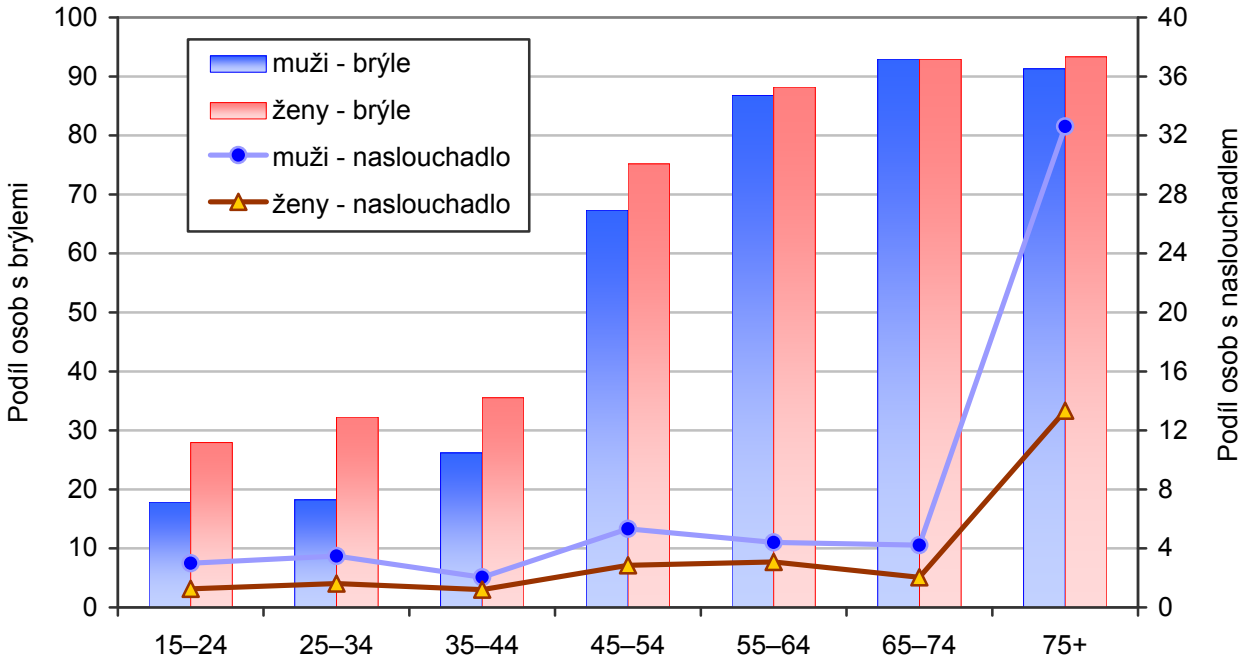
5.6. Omezení smyslových funkcí

Hodnocení zdravotních problémů v oblasti smyslových funkcí bylo v šetření provedeno pomocí několika otázek na schopnost respondenta vykonávat určité aktivity. Sledovány byly problémy respondentů při skutečném provádění těchto aktivit, tzn. včetně pomůcek, které k tomu mohou potřebovat, jako jsou např. brýle či jiné optické pomůcky, naslouchadlo a další.

Nejprve byli respondenti dotázáni, zda nosí brýle či kontaktní čočky a zda používají nějaké naslouchací pomůcky. Zatímco brýle či kontaktní čočky nosí zhruba polovina dotázaných (53 %), naslouchadlo mají zhruba 4 % odpovídajících respondentů. Ženy, zejména v nižším věku do 45 let, nosí častěji brýle nebo kontaktní čočky ve srovnání

s muži. Po 45. roku věku se podíl osob s vizuálními pomůckami výrazně zvyšuje a ve věku nad 55 let už nosí brýle či kontaktní čočky 90 % respondentů. Naslouchací pomůcky jsou ve všech věkových skupinách, vyjma nejvyšší, málo časté, ve věku nad 75 let již nosí naslouchací pomůcku 33 % mužů a 13 % žen.

Graf 5.11: Podíl osob s pomůckou (vizuální, naslouchací) podle věku (v %)



Potíže se zrakem byly monitorovány dvěma otázkami. Nejprve byl respondent dotázán, zda (s brýlemi či kontaktními čočkami, pokud je nosí) je schopen rozeznat novinový text. Zde 9 % mužů a 13 % žen uvedlo, že má se čtením novinového textu potíže, v tom 1,5 % mužů a 3,6 % žen rozezná novinový text jen s velkými obtížemi. Další otázka zjišťovala, zda je respondent schopen rozeznat obličej osoby vzdálené 4 metry (přes ulici). V tomto případě nějaké obtíže vykázalo 5 % mužů a 11 % žen. Nějaký problém se zrakem (vidění nablízko či na dálku) mělo 12 % mužů a 18 % žen, rozdíl mezi oběma pohlavími byl potvrzen jako statisticky významný.

Z osob, které uvedly, že nosí brýle nebo čočky, 85 % vidí bez problémů, 15 % respondentů s brýlemi má i přesto potíže se zrakem, optická pomůcka tedy pro ně není vyhovující a nedostatečně kompenzuje jejich zrakovou vadu. Z těch, kteří brýle nenosí, má potíže se zrakem 5 % osob, jedná se tedy o osoby, které si z nějakých důvodů nezajistili optickou pomůcku, i když by ji potřebovali.

Muži uvádějí potíže se zrakem méně často než ženy, což je částečně dáno starší věkovou strukturou žen ve srovnání s muži. Mezi ženami je navíc mírně vyšší podíl těch, které mají brýle nebo kontaktní čočky, ale i přesto mají určité obtíže s viděním na dálku. S věkem se výskyt zrakových obtíží logicky zvyšuje, ve věku nad 75 let má potíže

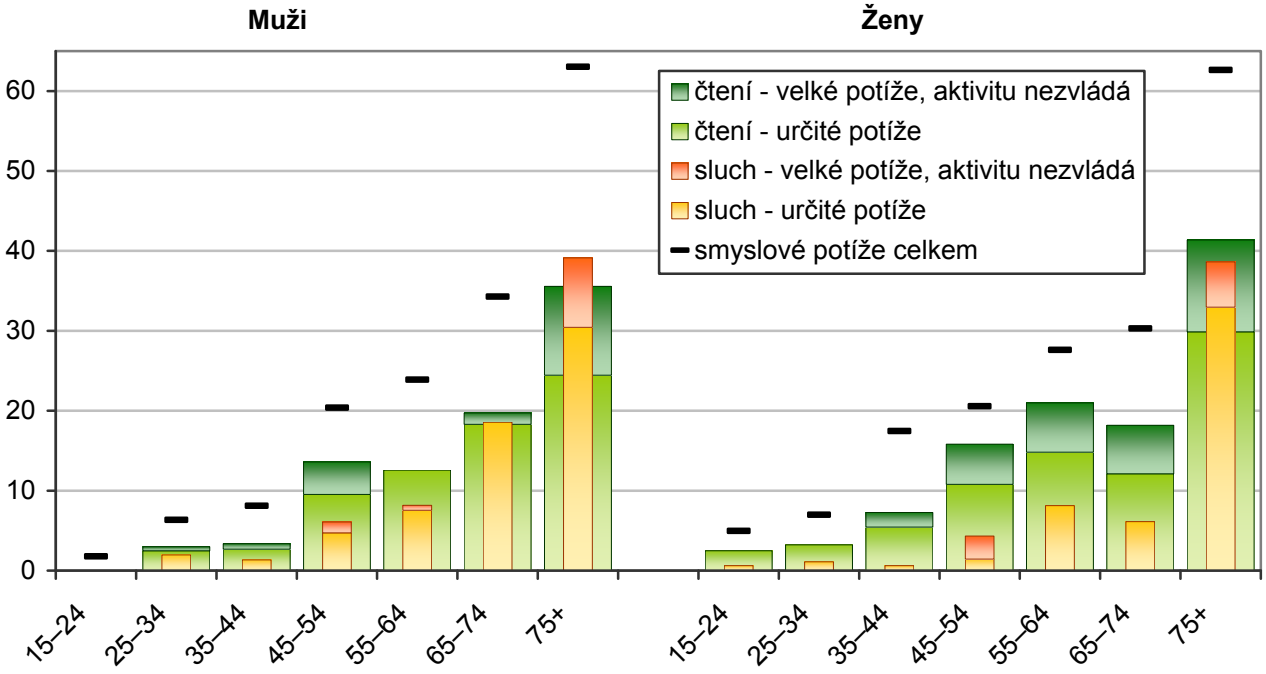
s viděním na blízko téměř 40 % respondentů, potíže s viděním na dálku uvádí přes 30 % respondentů.

Sluchové potíže byly sledovány dotazem „Jste schopen/schopna slyšet, co se říká v běžném rozhovoru?“, přičemž respondenti, kteří mají naslouchadlo, mají uvažovat, jak slyší s použitím této pomůcky. Nějaké potíže se sluchem uvedlo 6 % mužů a žen, potíže jsou zaznamenány zejména u osob v nejvyšší věkové kategorii, kdy sluchovými problémy trpělo téměř 40 % dotázaných. Zhruba 30 % osob, které mají naslouchací pomůcku, uvedlo, že i přesto mají potíže se sluchem, jejich kompenzační pomůcka je tedy nevhodná nebo nedostatečná a vada není plně kompenzována. Naopak osoby, které naslouchadlo nemají, uváděly potíže se sluchem v 5 %, tyto potíže však nejsou kompenzovány žádnou pomůckou.

Tab. 5.11: Respondenti podle smyslových potíží (v %)

Věk	Optické pomůcky	Sluchové pomůcky	Potíže v oblasti						
			čtení		vidění na dálku		sluch		celkem
			mírné	velké	mírné	velké	mírné	velké	
	Muži								
15–24	17,9	3,0	0,0	0,0	1,8	0,0	0,0	0,0	1,8
25–34	18,2	3,5	2,5	0,5	2,0	0,5	2,0	0,0	6,3
35–44	26,2	2,0	2,7	0,7	4,1	0,7	1,3	0,0	8,1
45–54	67,3	5,3	9,5	4,1	5,4	0,0	4,7	1,4	20,4
55–64	86,8	4,4	12,6	0,0	5,0	1,3	7,5	0,6	23,9
65–74	93,0	4,2	18,3	1,4	7,1	0,0	18,6	0,0	34,3
75+	91,3	32,6	24,4	11,1	24,4	2,2	30,4	8,7	63,0
Celkem	47,9	5,1	7,1	1,5	4,8	0,5	5,5	0,7	15,8
	Ženy								
15–24	28,0	1,3	2,5	0,0	2,5	0,0	0,6	0,0	5,0
25–34	32,3	1,6	3,2	0,0	2,7	1,6	1,1	0,0	7,0
35–44	35,5	1,2	5,5	1,8	9,7	3,0	0,6	0,0	17,5
45–54	75,2	2,9	10,8	5,0	7,1	2,8	1,4	2,9	20,6
55–64	88,2	3,1	14,8	6,2	8,0	0,6	8,1	0,0	27,6
65–74	92,9	2,0	12,1	6,1	15,3	1,0	6,1	0,0	30,3
75+	93,3	13,3	29,9	11,5	21,6	13,6	33,0	5,7	62,6
Celkem	58,6	3,0	9,6	3,6	8,2	2,6	5,4	0,9	21,0

Graf 5.12: Podíl osob se zrakovou a sluchovou potíží podle věku (v %)



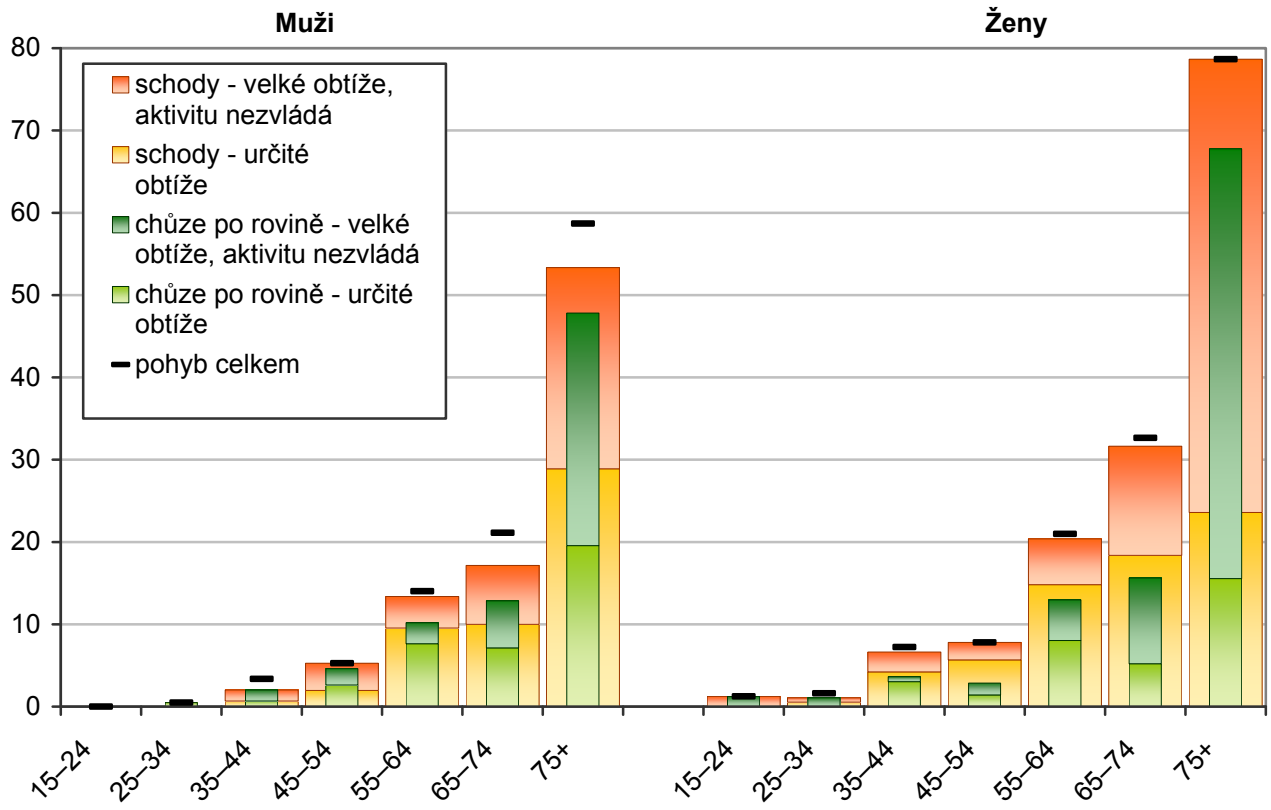
Z uvedených proměnných je možné určit souhrnný ukazatel „smyslového omezení“, kdy jako osoby se smyslovým omezením uvažujeme ty, které uvedly nejméně u jedné z otázek na zrak a sluch, že mají určité či velké potíže, případně nevidí/neslyší vůbec. Takových osob bylo mezi muži 16 %, u žen byl jejich podíl mírně vyšší, a to 21 %. Statisticky významný rozdíl mezi oběma pohlavími však zaznamenáváme pouze ve věkové skupině 35–44 let, v ostatních věkových kategoriích je podíl mužů i žen se smyslovým omezením srovnatelný. S věkem se podíl osob se smyslovým omezením plynule zvyšuje až na 32 % ve věku 65–74 let, v nejvyšší věkové kategorii pak prudce roste na zhruba dvojnásobek (63 %).

5.7. Pohybové schopnosti, motorika

V reálném životě se zdravotní stav respondentů může projevovat omezením pohybových schopností. Ty byly sledovány blokem otázek, které popisovaly konkrétní aktivity a zjišťovalo se, zda je respondent schopen tyto aktivity vykonat bez použití pomůcek či asistence druhé osoby.

Pohybové možnosti respondentů byly sledovány nejprve dotazem, zda je respondent schopen ujít 500 metrů v rovném terénu bez hole nebo jiné pomůcky a bez pomoci jiné osoby. Nějaké obtíže s chůzí po rovině má 6 % mužů a 11 % žen, přitom 1,5 % mužů a více než 4 % žen chůzi po rovině nezvládá vůbec. Podíl osob, které mají s chůzí problémy, se zvyšuje s věkem, ve věku nad 75 let má tyto problémy téměř 50 % mužů a 70 % žen, v tom 17 % mužů a 36 % žen není schopno 500 metrů po rovině bez pomoci vůbec ujít.

Graf 5.13: Respondenti podle obtíží s pohybovými aktivitami podle věku (v %)



Další otázka sledovala, zda je respondent schopen vyjít a sejít řadu schodů bez hole, zábradlí či jiné pomůcky a bez pomoci jiné osoby. Potíže s chůzí z a do schodů uvedlo 7 % mužů a 16 % žen, opět s nejvyšším podílem ve věku 75+, kde problémy mělo přes 50 % mužů a 80 % žen, v tom zhruba 18 % mužů a 40 % žen není schopno bez pomůcky vyjít/sejít schody vůbec.

Na základě uvedených dvou otázek jsme vytvořili ukazatel omezení v pohybových schopnostech. Dle tohoto ukazatele dosahuje podíl osob s pohybovým omezením 8 % u mužů a 16 % u žen, přičemž rozdíl mezi oběma pohlavími byl nejvýraznější v nejvyšší věkové skupině, podíl osob s pohybovým omezením dosahoval ve věku 75 a více let 60 % u mužů a 80 % u žen. I po zahrnutí vlivu věku vykazují ženy pohybové obtíže zhruba dvakrát častěji ve srovnání s muži.

Tab. 5.12: Respondenti podle problémů v oblasti pohybových schopností (v %)

Věk	Chůze po rovině			Chůze do/ze schodů			Potíže s pohybem celkem	Nesení břemene		
	určité potíže	velké potíže	aktivitu nezvládá	určité potíže	velké potíže	aktivitu nezvládá		určité potíže	velké potíže	aktivitu nezvládá
	Muži									
15–24	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
25–34	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0
35–44	0,7	1,4	0,0	0,7	1,4	0,0	3,4	0,0	0,7	1,4
45–54	2,6	0,0	2,0	2,0	2,0	1,3	5,3	2,6	0,7	0,7
55–64	7,6	1,9	0,6	9,6	3,2	0,6	14,0	5,1	0,6	0,6
65–74	7,1	2,9	2,9	10,0	5,7	1,4	21,1	7,2	0,0	2,9
75+	19,6	10,9	17,4	28,9	6,7	17,8	58,7	20,0	0,0	17,8
Celkem	3,4	1,3	1,5	4,1	1,8	1,3	8,2	2,8	0,3	1,5
	Ženy									
15–24	0,0	0,0	1,3	0,0	0,0	1,3	1,3	1,3	0,0	1,3
25–34	0,0	0,5	0,5	0,5	0,0	0,5	1,6	0,5	0,0	1,6
35–44	3,0	0,0	0,6	4,2	0,6	1,8	7,2	7,8	0,0	0,6
45–54	1,4	1,4	0,0	5,7	2,1	0,0	7,8	4,3	2,1	2,1
55–64	8,0	4,3	0,6	14,8	2,5	3,1	21,0	7,4	1,2	1,9
65–74	5,2	4,2	6,3	18,4	6,1	7,1	32,7	13,1	1,0	10,1
75+	15,6	16,7	35,6	23,6	14,6	40,4	78,7	15,9	12,5	42,0
Celkem	3,9	2,9	4,3	7,9	2,7	5,4	16,4	6,1	1,7	5,9

Z dalších motorických schopností jsme u respondentů sledovali, zda jsou schopni se sehnout a kleknout si a opět vstát bez jakékoliv pomoci. Tuto aktivitu vůbec nezvládá 1,6 % mužů a 5 % žen, dalších 8 % mužů a 14 % žen s ní má menší či větší potíže. Ženy mají s uvedenou aktivitou potíže častěji než muži, statisticky významný rozdíl mezi oběma pohlavími byl zaznamenán ve věku 55–74 let, kdy u mužů měla problém s klekáním zhruba pětina respondentů, zatímco u žen to byla již třetina osob. Nejvyšší výskyt potíží je opět v nejvyšší věkové kategorii, kdy sehnout se či si kleknout vůbec bez pomoci nezvládne desetina mužů a 37 % žen.

Mezi otázky na funkční schopnosti byl zařazen i dotaz, zda je respondent schopen nést nákupní tašku vážící přibližně 5 kg alespoň 10 metrů (z grafických důvodů zařazeno do tab. 5.12). Potíže s touto aktivitou uvedlo 4,6 % mužů a zhruba trojnásobek žen. Ve všech věkových skupinách ženy vykazují problém častěji než muži, rozdíl mezi oběma pohlavími byl potvrzen jako statisticky významný.

Jemnou motoriku sleduje otázka „Jste schopen prsty uchopit a manipulovat malým objektem jako je pero bez jakékoliv pomůcky?“ Tuto činnost respondenti zvládají lépe než fyzicky náročnější pohybové aktivity, problémy, a to spíše lehčího charakteru, se projevují

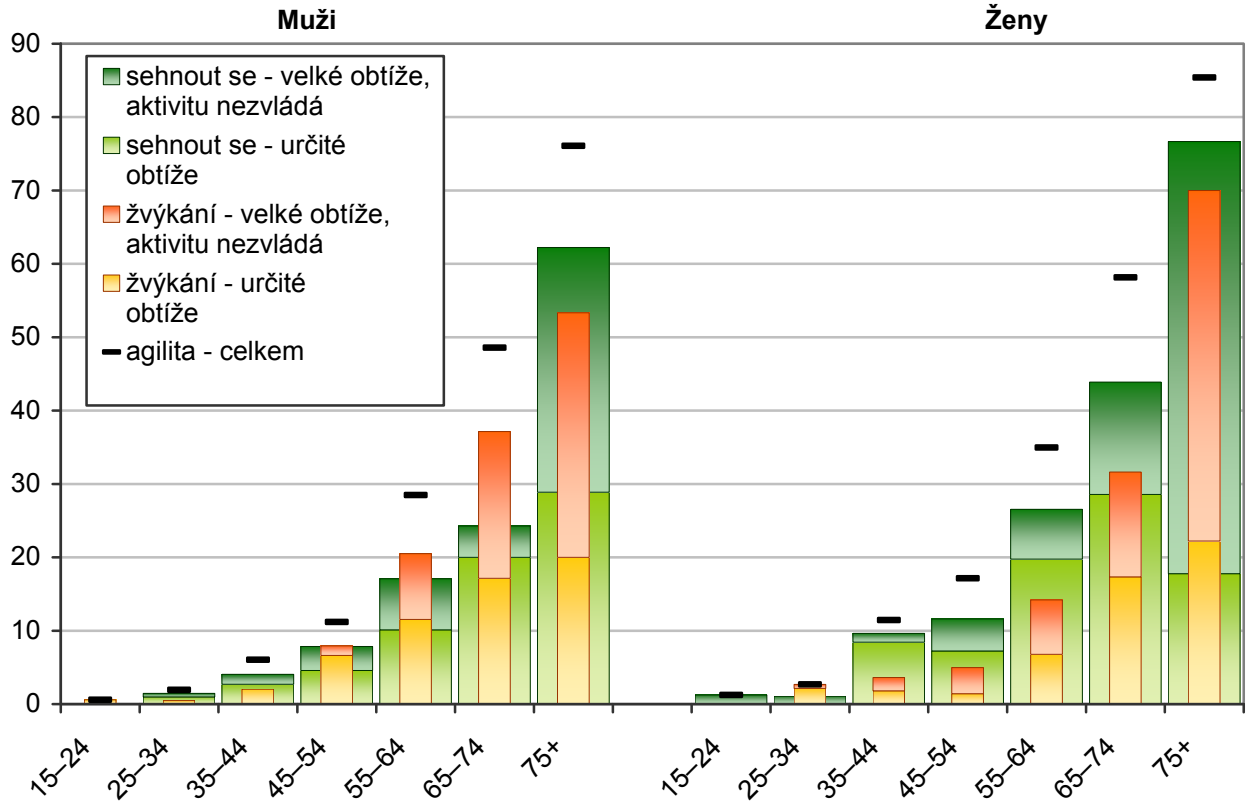
až u osob starších 74 let, kdy mezi muži zhruba čtvrtina dotázaných nezvládá jemnou motoriku bez obtíží, u žen je to celkem 38 % osob, které mají s jemnou motorikou obtíže.

Tab. 5.13: Respondenti podle potíží v oblasti motorických schopností (v %)

Věk	Sehnout se / kleknout si			Jemná motorika			Kousání / žvýkání			Agilita celkem
	určité potíže	velké potíže	aktivitu nezvládá	určité potíže	velké potíže	aktivitu nezvládá	určité potíže	velké potíže	aktivitu nezvládá	
	Muži									
15–24	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	0,6
25–34	1,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	2,0
35–44	2,7	0,7	0,7	1,4	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0	6,0
45–54	4,6	0,7	2,6	2,0	0,0	0,7	6,6	0,0	1,3	11,2
55–64	10,1	5,1	1,9	3,2	0,0	0,0	11,5	5,1	3,8	28,5
65–74	20,0	2,9	1,4	2,9	0,0	0,0	17,1	10,0	10,0	48,6
75+	28,9	22,2	11,1	21,7	2,2	0,0	20,0	11,1	22,2	76,1
Celkem	5,9	2,3	1,6	2,3	0,1	0,1	5,7	2,1	2,6	15,3
	Ženy									
15–24	0,0	0,0	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3
25–34	0,0	0,5	0,5	0,0	0,0	0,5	2,1	0,0	0,5	2,7
35–44	8,4	0,6	0,6	3,0	0,0	0,6	1,8	0,6	1,2	11,4
45–54	7,2	4,3	0,0	5,7	0,7	0,0	1,4	2,8	0,7	17,1
55–64	19,8	3,1	3,7	4,9	0,0	0,6	6,8	3,1	4,3	35,0
65–74	28,6	8,2	7,1	7,1	2,0	1,0	17,3	3,1	11,2	58,2
75+	17,8	22,2	36,7	22,5	10,1	5,6	22,2	13,3	34,4	85,4
Celkem	10,0	4,1	5,0	4,8	1,2	0,9	5,7	2,5	5,3	24,0

Mezi tyto otázky byl zařazen také dotaz, zda je respondent schopen ukousnout a žvýkat tužší potravu (jako např. tvrdé jablko) bez jakékoliv pomůcky (tedy i bez umělého chrupu). Potíže s kousáním a žvýkáním má 10 % mužů a 13 % žen, s věkem opět výskyt potíží roste. U mužů ve věku 45–74 let jsou potíže s kousáním mírně častější ve srovnání se ženami, rozdíl však nebyl potvrzen statistickým testem jako významný. Ve věku nad 74 let již bylo 70 % žen, které mají s kousáním potíže, přičemž zhruba polovina těchto osob bez pomůcky nemůže kousat vůbec, u nejstarších mužů je podíl osob, které mají s kousáním problém, „pouze“ 53 procentní, v tom 22 % nemůže bez pomůcky kousat vůbec.

Graf 5.14: Respondenti s potížemi s vybranými motorickými aktivitami podle věku (v%)



Na základě uvedených tří otázek (sehnout se a vstát, manipulace drobným předmětem, kousání a žvýkání) byl sestrojen ukazatel omezení v oblasti tzv. agility, tzn. pohyblivosti. Problémy v této oblasti mělo 15 % mužů a 24 % žen, ženy měly i po odstranění vlivu věkové struktury problémy častěji ve srovnání s muži. S věkem se podíl osob s omezením plynule zvyšoval a ve věku nad 74 let již bylo omezeno 76 % mužů a 85 % žen.

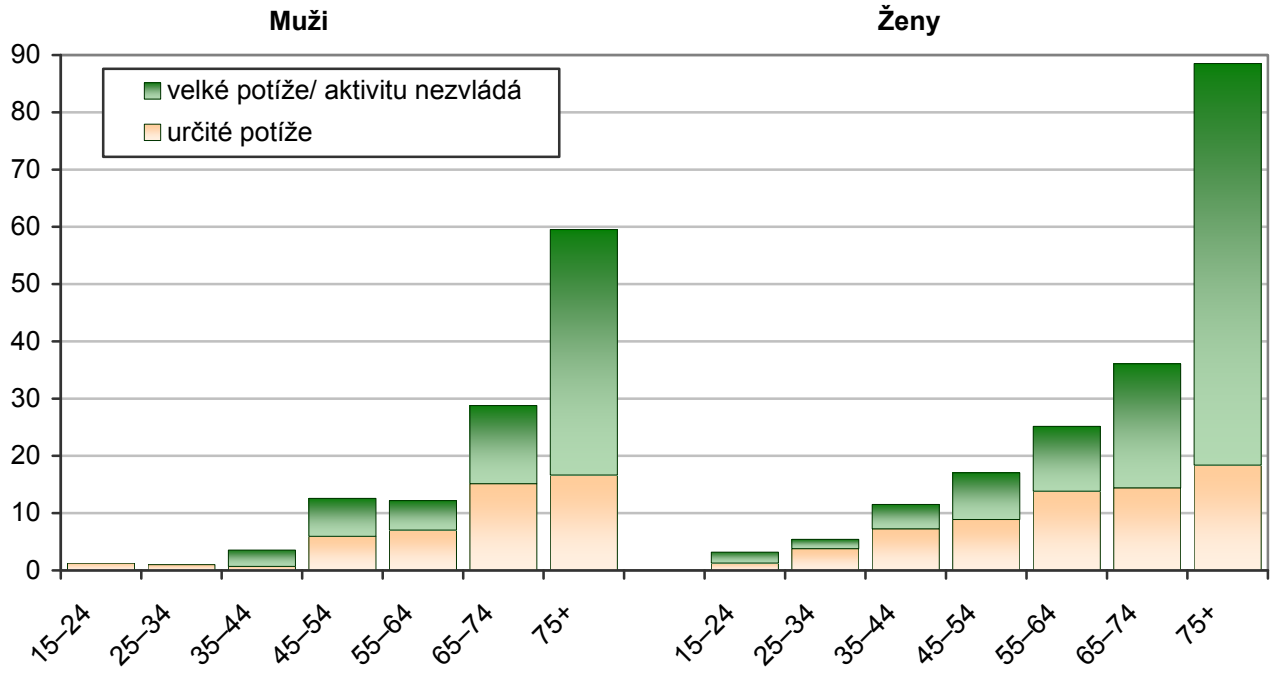
5.8. Zvládání aktivit osobní péče

Jedním z nejdůležitějších aspektů hodnocení zdravotního stavu je hodnocení respondentovy samostatnosti, schopnosti postarat se sám o sebe a o svoji domácnost. Tento aspekt hraje velice důležitou roli zejména při poskytování sociální péče, hodnocení tzv. soběstačnosti se uplatňuje i při posuzování stupně závislosti pro potřeby stanovení výše příspěvku na péči dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Jedná se o hodnocení dopadu dlouhodobých zdravotních problémů na funkční schopnosti respondenta. Také v šetření EHIS byl zvolen velice podobný přístup jako v současné legislativě, i když poněkud zjednodušený. Prostřednictvím dvou bloků otázek šetření sledovalo, zda má respondent potíže s péčí o sebe sama a s péčí o domácnost (viz kap. 5.9). Navíc jsme v šetření u těch osob, které vykázaly nějaké potíže, sledovali, zda respondent má k dispozici dostačující pomoc/pomůcku, příp. zda by ji potřeboval.

V části dotazníku věnované každodenní péči o vlastní osobu byli respondenti dotazováni, zda mají dlouhodobě nějaké potíže s prováděním činností, jako je najíst se, vstát z postele/židle a lehnout si, svlékání a oblékání, používání toalety, koupel či sprchování. Pro každou z položek měl respondent uvést, zda má s aktivitou, resp. s jejím samostatným vykonáváním potíže (žádné, určité, velké) nebo zda není sám schopen aktivitu vykonávat vůbec. Následně, pokud respondent uvedl nějaké potíže, bylo sledováno, zda při nějaké z aktivit osobní péče využívá pomoci a pokud ano, o jaký typ pomoci se jedná (osobní asistence, technická pomůcka, přizpůsobení vybavení domácnosti), zda je tato pomoc dostatečná a pokud ne, tak jakého typu pomoci se respondentovi nedostává. V případě, že respondent uvedl nějaké potíže, ale nevyužívá žádné pomůcky, byl dotázán, zda by potřeboval pomoc, resp. jaký typ pomoci by potřeboval.

Nějakou potíž se samostatným prováděním aktivit v rámci osobní péče mělo 6,5 % mužů a 13,5 % žen. Ženy mají obtíže častěji než muži, a to i po odstranění vlivu věkové struktury. S věkem se podíl osob s potížemi zvyšoval, největší rozdíl mezi oběma pohlavími zaznamenáváme ve věku 75 a více let, kdy v provádění aktivit osobní péče mělo problém 45 % mužů a 2/3 žen. Je zřejmé, že omezení v aktivitách tohoto typu úzce souvisí s omezením zejména pohybových funkcí analyzovaných v předchozí kapitole.

Graf 5.15: Respondenti s potížemi s aktivitami osobní péče podle věku (v %)



Tab. 5.14: Podíl respondentů podle potíží s vykonáváním aktivit osobní péče celkem podle věku a pohlaví (v %)

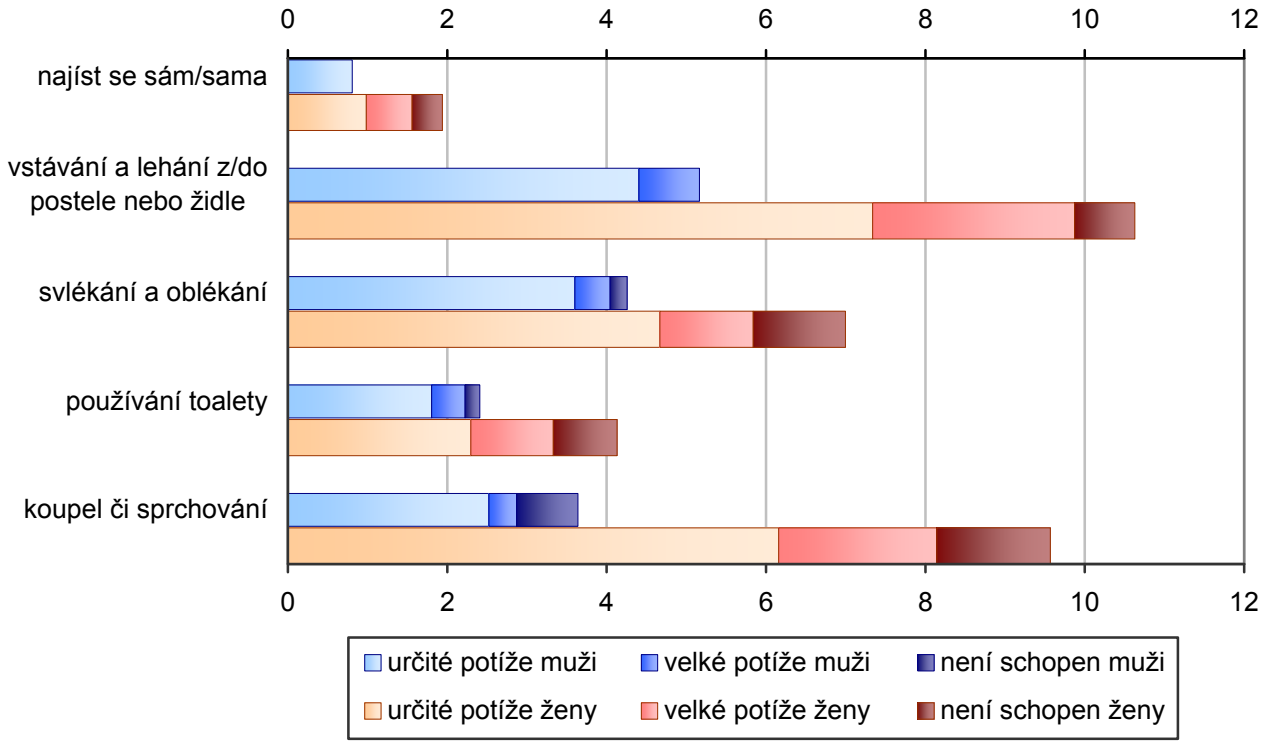
Věk	Žádné potíže	Určité potíže	Velké potíže	Není schopen	Žádné potíže	Určité potíže	Velké potíže	Není schopna
	Muži				**Ženy**			
15–24	100,0	0,0	0,0	0,0	97,5	1,3	1,3	0,0
25–34	100,0	0,0	0,0	0,0	98,9	0,5	0,0	0,5
35–44	97,3	1,3	0,7	0,7	95,1	3,7	0,6	0,6
45–54	93,4	5,3	0,0	1,3	87,9	9,3	2,9	0,0
55–64	89,2	8,9	1,3	0,6	86,4	11,1	2,5	0,0
65–74	84,3	14,3	0,0	1,4	76,8	15,2	5,1	3,0
75+	55,6	31,1	8,9	4,4	34,1	34,1	16,5	15,4
Celkem	93,4	5,1	0,8	0,8	86,5	8,7	2,9	1,8

Pokud sledujeme jednotlivé aktivity, nejčastěji měli respondenti potíže se vstáváním z postele či židle/s leháním či sedáním. Tato aktivita činila problémy 5 % mužů a 11 % žen. Poměrně četné byly i obtíže se svlékáním/oblékáním, zde mělo problém 4 % mužů a 7 % žen a s koupelí či sprchováním, zde mělo potíže téměř 10 % žen. Statisticky významné rozdíly mezi pohlavími byly zaznamenány právě u vstávání/lehání a u koupele/sprchování, kdy byl podíl osob s potíží mezi ženami výrazně vyšší než mezi muži.

Tab. 5.15: Respondenti podle potíží s jednotlivými aktivitami osobní péče (v %)

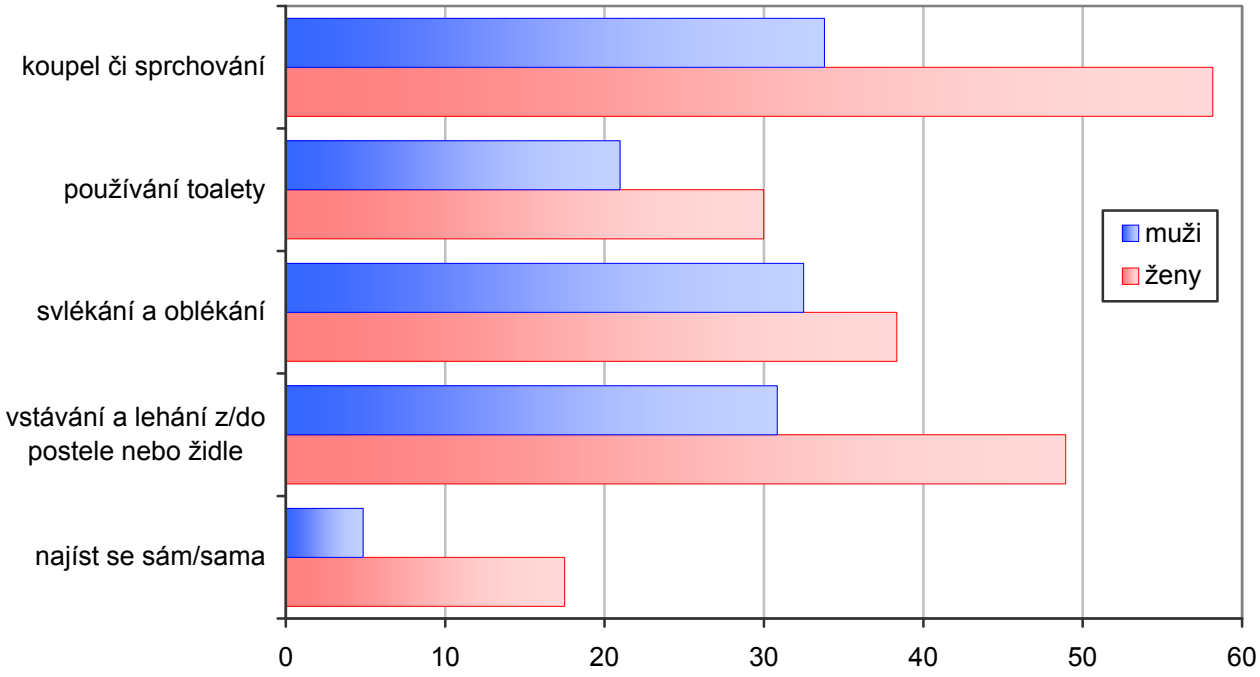
Aktivita	Žádné potíže	Určité potíže	Velké potíže	Není schopen	Žádné potíže	Určité potíže	Velké potíže	Není schopna
	Muži				**Ženy**			
Celkem	93,4	5,1	0,8	0,8	86,5	8,7	2,9	1,8
Najíst se sám/sama	99,2	0,8	0,0	0,0	98,1	1,0	0,6	0,4
Vstávání a lehání z/do postele nebo židle	94,8	4,4	0,8	0,0	89,4	7,3	2,5	0,8
Svlékání a oblékání	95,7	3,6	0,4	0,2	93,0	4,7	1,2	1,2
Používání toalety	97,6	1,8	0,4	0,2	95,9	2,3	1,0	0,8
Koupel či sprchování	96,4	2,5	0,3	0,8	90,4	6,2	2,0	1,4

Graf 5.16: Podíl osob s potíží v oblasti osobní péče (v %)



Logicky nejčastěji se potíže vyskytovaly u nejstarších osob, proto se touto věkovou skupinou budeme zabývat samostatně v následující části textu. Mezi nejstaršími osobami byly nejčastější problémy se samostatným vykonáváním osobní hygieny, tj. koupání a sprchování. S touto aktivitou má obtíže 60 % žen a 34 % mužů ve věku 75 a více let, přitom 13 % žen danou aktivitu nezvládá vůbec. Velice četné byly také obtíže se vstáváním či leháním, které činí problémy zhruba 50 % žen a 31 % mužů, 6 % žen není vůbec schopno bez pomoci vstát ze židle či postele. Ženy tedy měly tyto problémy výrazně častěji než muži, což je částečně dáno i jejich starší věkovou strukturou v nejstarší věkové skupině. Důležitou roli zde mj. hraje i faktor tělesné hmotnosti, kdy osoby obézní vykazují potíže se vstáváním a leháním zhruba 2krát častěji. Navíc mezi ženami ve věku 75 a více let je podíl obézních výrazně vyšší než ve stejné věkové kategorii u mužů, což má významný vliv na celkový podíl osob s omezením a vysvětluje část variability ukazatele z hlediska pohlaví. Statisticky významný rozdíl mezi pohlavími byl zaznamenán i v případě schopnosti najíst se sám, kde má obtíže 18 % žen, ale pouze 5 % mužů.

Graf 5.17: Podíl osob ve věku 75 let a starších s potíží v oblasti osobní péče (v %)



Ze všech respondentů, kteří uvedli, že mají s některou aktivitou osobní péče potíž (celkem 197 osob), jich více než polovina (114 osob) využívá zpravidla nějakou pomoc či pomůcky. Přitom nejčastěji se jednalo o technickou pomůcku (81 osob), dále o osobní asistenci (66 osob) a nejméně často respondenti využívali přizpůsobení vybavení domácnosti (35 osob). V celém souboru respondentů tak bylo téměř 6 % osob odkázaných na lidskou nebo technickou pomoc při vykonávání aktivit osobní péče, s tím, že nejvyšší podíl zaznamenáváme opět u nejstarší věkové skupiny, tj. ve věku 75 a více let, kde tento podíl činí 45 %. U žen byl podíl osob, které využívají pomoc (8 %), vyšší než u mužů (4 %), což je však způsobeno zejména vyšším podílem osob s potíží s vykonáváním aktivit osobní péče. Podíl osob s pomocí z těch, kteří mají potíže, byl u obou pohlaví zhruba stejný a činil 55 %, resp. 58 %, přičemž v nejvyšší věkové kategorii využívalo pomoci zhruba 75 % osob s potíží.

Z osob, které využívají nějaký typ pomoci (celkem 112 osob), se většina vyjádřila, že pomoc, kterou využívají je dostatečná. Pouze 10 osob (2 muži a 8 žen) uvedlo, že pomoc není pro nejméně jednu z aktivit dostačující. Přitom 4 osoby postrádají osobní asistenci, 3 osoby technickou pomůcku a 6 osob přizpůsobení vybavení domácnosti.

Dalších 15 osob s obtížemi (5 mužů a 10 žen) uvedlo, že i když v současné době nevyužívá žádné pomoci či pomůcek, potřebovali by pomoc nejméně při jedné z aktivit. Zde byla naopak nejčastěji postrádána osobní asistence (11 osob), 6 osob by uvítalo technickou pomůcku a 4 osoby postrádají přizpůsobení vybavení domácnosti.

Tab. 5.16: Respondenti využívající pomoc či pomůcky při vykonávání aktivit osobní péče čáru

Věk	Počet osob		Podíl osob (v %) s pomocí na celkovém počtu respondentů *)	Podíl osob (v %) s pomocí z těch, kteří mají potíž *)	Počet osob		Podíl osob (v %) s pomocí na celkovém počtu respondentů *)	Podíl osob (v %) s pomocí z těch, kteří mají potíž *)
	s potíží	s pomocí			s potíží	s pomocí		
	Muži				**Ženy**			
15–24	0	0	0,0	0,0	3	3	1,9	100,0
25–34	0	0	0,0	0,0	2	1	0,5	50,0
35–44	4	2	1,3	50,0	8	4	2,4	50,0
45–54	10	4	2,6	40,0	17	5	3,6	29,4
55–64	17	7	4,4	41,2	22	5	3,1	22,7
65–74	11	6	8,5	54,5	23	14	14,2	60,9
75+	20	15	32,7	75,0	60	46	50,7	76,7
Celkem	62	34	3,6	54,8	135	78	7,8	57,8

*) Ze jmenovatele nejsou odečteny ty osoby, které neuvedly na otázku týkající se pomoci žádnou odpověď

V souhrnu lze říci, že celkem 25 osob (tj. 13 %) s potížemi ve vykonávání osobních každodenních aktivit postrádá nějaký typ pomoci. Ve více než polovině případů se jednalo o osoby starší 64 let.

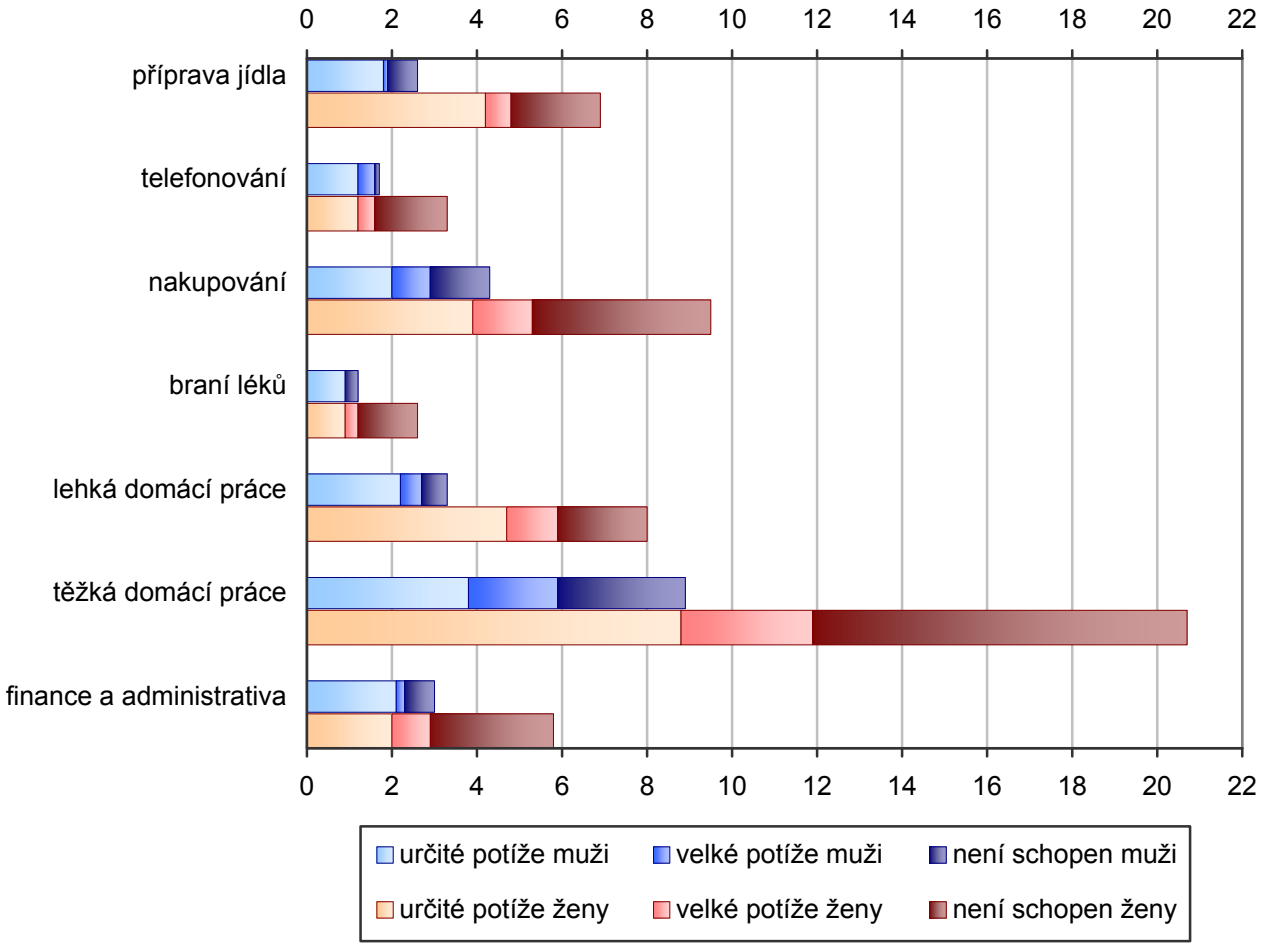
5.9. Zvládání péče o domácnost

Vedle aktivit spojených s péčí o vlastní osobu byly v dotazníku sledovány také schopnosti související se samostatným vykonáváním aktivit péče o domácnost. Respondent měl opět uvést, zda má potíže se samostatným prováděním některé ze jmenovaných aktivit (viz tab. 5.17) a pokud ano, pak byl dále dotázán, zda jsou tyto potíže způsobeny jeho zdravotním stavem. Někteří respondenti totiž mohou mít potíže s prováděním určitých aktivit, neboť je např. nikdy nedělají, nezkoušeli je a dělá je za ně jiná osoba. To je případ aktivit spojených s přípravou jídla. Zde sice 133 respondentů uvedlo, že má s aktivitou potíž, pouze 93 z nich (tj. 70 %) však tuto potíž spojuje se zdravotními důvody, podobně tomu bylo u spravování vlastních financí a vyřizování úředních záležitostí. V této analýze jsme takové případy eliminovali a uvažujeme pouze ty problémy, které se vážou ke zdravotnímu stavu respondenta.

Nejčastěji se tyto potíže týkaly příležitostné těžké práce v domácnosti, což zahrnuje stěhování těžkých břemen, nábytku, chůze s těžkým nákupem po více než 5 minut, jarní úklid, mytí oken, malování pokoje apod. S touto aktivitou mělo potíže 9 % mužů a 20 % žen. Ženy, i po odstranění vlivu věkové struktury, vykazovaly tyto potíže častěji ve srovnání s muži, což je dáno mimo jiné jejich fyzickou konstitucí. S věkem se zvládání takových aktivit zhoršuje, ve věku 65 a více let má s jejich vykonáváním problémy 39 %

mužů a 61 % žen, z toho zhruba polovina nezvládá tyto aktivity vůbec. Ve věku 75 let a více jsou tyto aktivity problematické pro více než 50 % mužů a 90 % žen.

Graf 5.18: Podíl osob s potíží v oblasti péče o domácnost (v %)



S ostatními činnostmi byly potíže méně časté. Zhruba 4 % mužů a 10 % žen má problémy s nakupováním, tzn., že mají potíže vést přehled o surovinách, při jejich výběru a zaplacení v obchodě. Zhruba 2,5 % mužů a 5,5 % žen má s touto aktivitou velké potíže nebo ji nezvládá vůbec. Dalšími problematickými aktivitami byly lehké domácí práce (vytírání, luxování, praní, žehlení, vaření, mytí nádobí, péče o dítě) a dále pak spravování vlastních financí a každodenní vyřizování úředních záležitostí. Tyto aktivity považují za problematické zhruba 3 % mužů a 8 %, resp. 6 % žen.

Tab. 5.17: Respondenti podle potíží s jednotlivými aktivitami péče o domácnost (v %)

Aktivita	Žádné potíže	Určité potíže	Velké potíže	Není schopen	Žádné potíže	Určité potíže	Velké potíže	Není schopen
	Muži				**Ženy**			
Příprava jídla	97,4	1,8	0,1	0,7	93,1	4,2	0,6	2,1
Telefonování	98,2	1,2	0,4	0,1	96,6	1,2	0,4	1,7
Nakupování	95,7	2,0	0,9	1,4	90,4	3,9	1,4	4,2
Braní léků	98,8	0,9	0,0	0,3	97,4	0,9	0,3	1,4
Lehká domácí práce	96,7	2,2	0,5	0,6	92	4,7	1,2	2,1
Příležitostná těžká domácí práce	91,1	3,8	2,1	3,0	79,2	8,8	3,1	8,8
Spravování vlastních financí a každodenní vyřizování úředních záležitostí	96,9	2,1	0,2	0,7	94,2	2,0	0,9	2,9

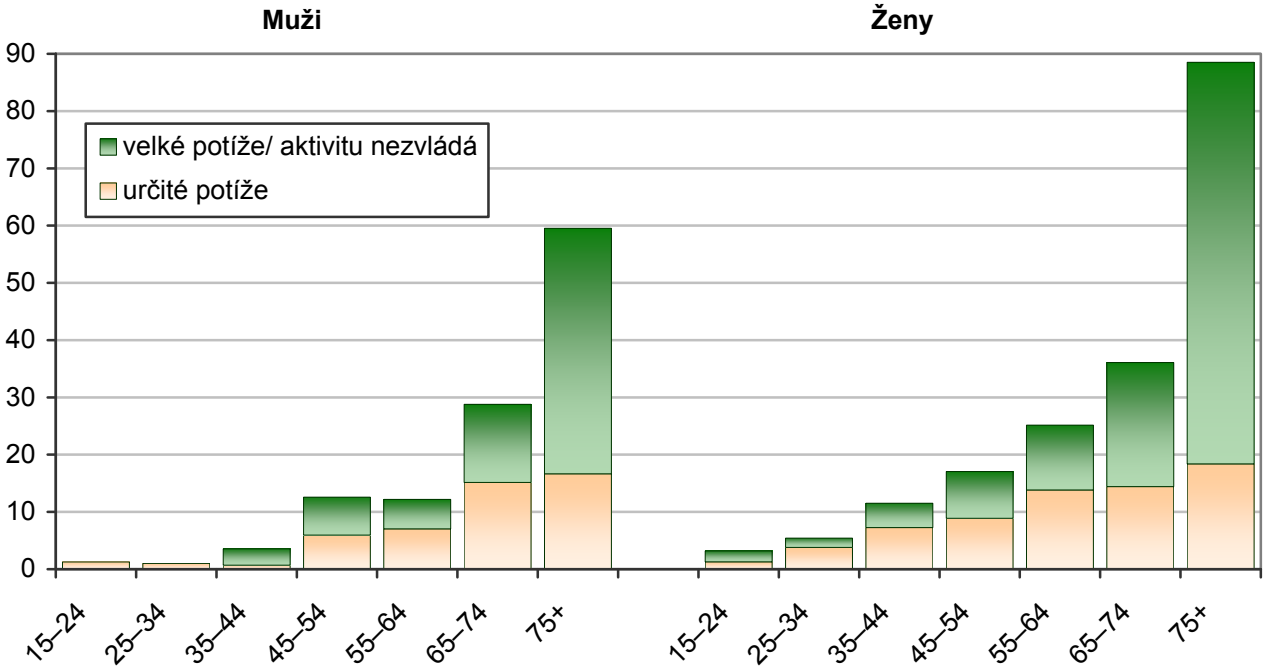
Se samostatným vykonáváním některé z uvedených aktivit mělo ze zdravotních důvodů potíž zhruba 10 % mužů a 20 % žen, přitom 3,5 % mužů a 9 % žen není schopno tyto aktivity vykonávat vůbec. Tento podíl je však nejvíce determinován (ne)zvládáním těžkých domácích prací a podrobnější charakteristiky výskytu těchto obtíží jako celku odpovídají výše uvedené specifikaci u schopnosti vykonávat těžké domácí práce. Pokud bychom tyto aktivity ze souhrnu eliminovali a uvažovali pouze schopnost vykonávat ostatní aktivity uvedené v tab. 5.18, nějaký z těchto problémů zaznamenáváme u 9 % osob, z toho 6 % u mužů a 12 % u žen.

Tab. 5.18: Podíl respondentů podle potíží s vykonáváním aktivit péče o domácnost podle věku a pohlaví (v %) (vyjma těžkých domácích prací)

Věk	Žádné potíže	Určité potíže	Velké potíže	Není schopen	Žádné potíže	Určité potíže	Velké potíže	Není schopen
	Muži				**Ženy**			
15–24	98,8	1,3	0,0	0,0	98,1	1,3	0,0	0,6
25–34	99,0	1,0	0,0	0,0	98,9	0,0	0,0	1,1
35–44	97,9	0,7	0,7	0,7	95,8	2,4	1,2	0,6
45–54	91,4	3,9	1,3	3,3	92,0	3,6	3,6	0,7
55–64	92,3	4,5	2,6	0,6	90,4	7,1	1,9	0,6
65–74	90,0	5,7	1,4	2,9	81,3	10,4	4,2	4,2
75+	57,1	21,4	4,8	16,7	32,2	18,4	8,0	41,4
Celkem	93,8	3,4	1,1	1,7	88,3	4,9	2,1	4,7

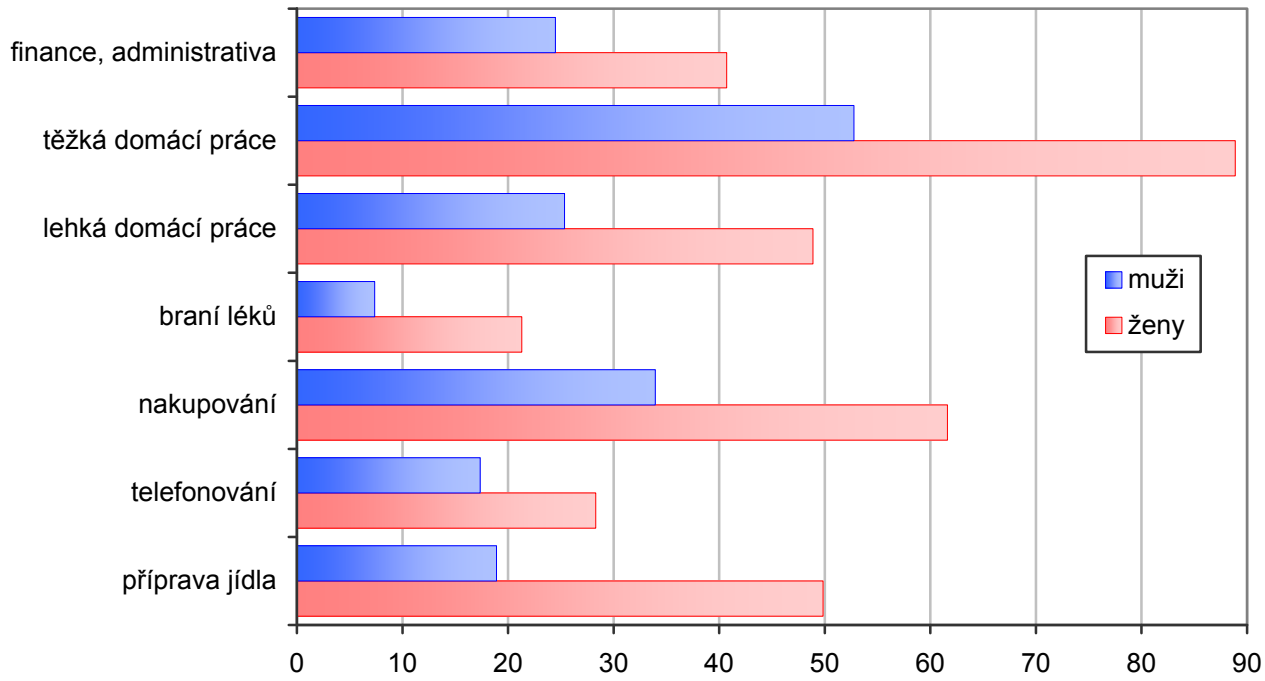
Z grafu 5.19 je patrné, že problémy se týkají zejména osob ve věku 75 let a vyšším. V této věkové skupině má nějaké potíže přes 40 % mužů a téměř 70 % žen, přitom 17 % mužů a přes 40 % žen nějakou z těchto aktivit nezvládá vůbec.

Graf 5.19: Respondenti podle potíží s aktivitami péče o domácnost podle věku (v %)
(vyjma těžkých domácích prací)



Pokud sledujeme nejstarší věkovou skupinu podrobněji, zjišťujeme, že zhruba 34 % mužů a 62 % žen má potíže s obstaráním nákupu, v tom 14 % mužů a 38 % žen tuto aktivitu nezvládá vůbec. Zhruba ve 25 % případů mají muži-senioři problém s vykonáváním lehkých domácích prací a se spravováním financí, u žen, kde jsou tyto aktivity problematické u zhruba poloviny respondentek, se přidávají ještě potíže při přípravě jídla. Tuto aktivitu, stejně jako lehké domácí práce, vůbec nezvládá 20 % žen ve věku 75 a více let.

Graf 5.20: Podíl osob ve věku 75 let a starších s potíží v oblasti péče o domácnost (v %)



Pokud bychom sledovali, zda se potíže s vykonáváním aktivit péče o domácnost vyskytují u osob, které mají i potíže s vykonáváním aktivit péče o vlastní osobu, pak zde existuje u mužů vazba v 50 % případů, u žen je provázanost zhruba dvoutřetinová.

Ze zhruba 300 osob, které uvedly, že mají s nějakou z aktivit spojených s péčí o domácnost potíž (včetně těžkých domácích prací), jich 167 odpovědělo, že využívají nějakou pomoc či pomůcky alespoň při jedné z daných aktivit, což z celkového podílu osob, které na tuto otázku odpověděly (269), činí 62 %. Nejčastěji se jednalo o osobní asistenci u 131 osob, technickou pomůcku využívá při vykonávání aktivit péče o domácnost 73 respondentů a speciálně přizpůsobené vybavení domácnosti uvedlo 23 respondentů. Pouze 5 osob, které nějaký typ pomoci využívají, uvedlo, že pomoc není dostatečná, přitom ve 3 případech se jednalo o nedostatek osobní asistence, v 1 případě o nedostatečné technické pomůcky a rovněž v 1 případě o nedostatečné přizpůsobení vybavení domácnosti. Z těch osob, které mají potíže a žádnou pomoc nevyužívají (101 osob), se 27 respondentů vyjádřilo ve smyslu, že by pomoc nejméně při jedné z aktivit potřebovali, přitom 20 respondentů by potřebovalo osobní asistenci, technickou pomůcku by uvítalo 8 respondentů a 3 osoby by potřebovaly přizpůsobení vybavení domácnosti. V souhrnu tedy mezi respondenty je 32 osob, tj. 10 % všech osob s potíží, které by uvítaly více pomoci.

Tab. 5.19: Respondenti využívající pomoc či pomůcky při vykonávání aktivit péče o domácnost

Věk	Počet osob s potíží	Osoby s pomocí			Počet osob s potíží	Osoby s pomocí		
		počet celkem	podíl na celkovém počtu respon-dentů (%) *)	podíl z těch, kteří mají potíž *)		počet celkem	podíl na celkovém počtu respon-dentů (%) *)	podíl z těch, kteří mají potíž *)
	Muži				**Ženy**			
15–24	2	0	0,0	0,0	5	3	1,9	60,0
25–34	2	1	0,5	50,0	10	3	1,6	30,0
35–44	6	5	3,4	83,3	19	12	7,2	63,2
45–54	20	8	5,3	40,0	23	9	6,4	39,1
55–64	18	9	5,7	50,0	40	13	8,0	32,5
65–74	19	9	12,8	47,4	35	20	20,2	57,1
75+	25	18	39,3	72,0	77	58	64,0	75,3
Celkem	92	50	5,3	54,3	209	118	11,7	56,5

*) Ze jmenovatele nejsou odečteny ty osoby, které neuvedly na otázku týkající se pomoci žádnou odpověď

V souhrnu pomoc využívalo 5 % mužů a 12 % žen ze všech dotázaných respondentů, na celkovém počtu těch, kteří vykázali potíž (lehkou či těžkou) s vykonáváním aktivit péče o domácnost, se tyto osoby podílely zhruba 54 % u mužů a 57 % u žen, tedy zhruba shodným podílem. Přitom opět platí, že tento podíl je vyšší ve věku 75 a více let (zhruba 3/4 osob s potíží využívají nějaký typ pomoci).

5.10. Bolesti

Projevem některých typů onemocnění či zdravotních potíží může být i bolest. Tak se zdravotní problémy projevují nejen např. omezením vykonávání určitých aktivit, ale i fyzicky i psychicky nepříjemným projevem bolesti či fyzického nepohodlí. I v našem šetření jsme sledovali, do jaké míry se bolesti u respondentů projevovaly. I když otázka sleduje fyzickou bolest, je nutné si uvědomit, že fyzická složka pocitu bolesti je velice úzce spjata s jejím psychickým vnímáním. Na druhou stranu pak i psychické problémy mohou vést k bolesti manifestované právě fyzickým projevem, přičemž respondenti mohou v některých případech jen těžko rozlišit, jaký původ jejich bolestí je.

Otázka, která byla respondentům v dotazníku položeny zněla: „V průběhu posledních 4 týdnů, jak velké problémy vám způsobovala fyzická bolest či fyzické nepohodlí?“ Respondent si mohl vybrat jednu z 5 odpovědí - žádné, mírné, střední, vážné a extrémní.

Samotná otázka nebyla zaměřena na to, jak velké bolesti respondent měl, ale pokud měl nějaké bolesti či nepříjemné fyzické stavy, zjišťujeme, jak velké problémy mu činily. Fyzickým nepohodlím se zde rozumí fyzicky nepříjemný pocit způsobený nemocí nebo zraněním.

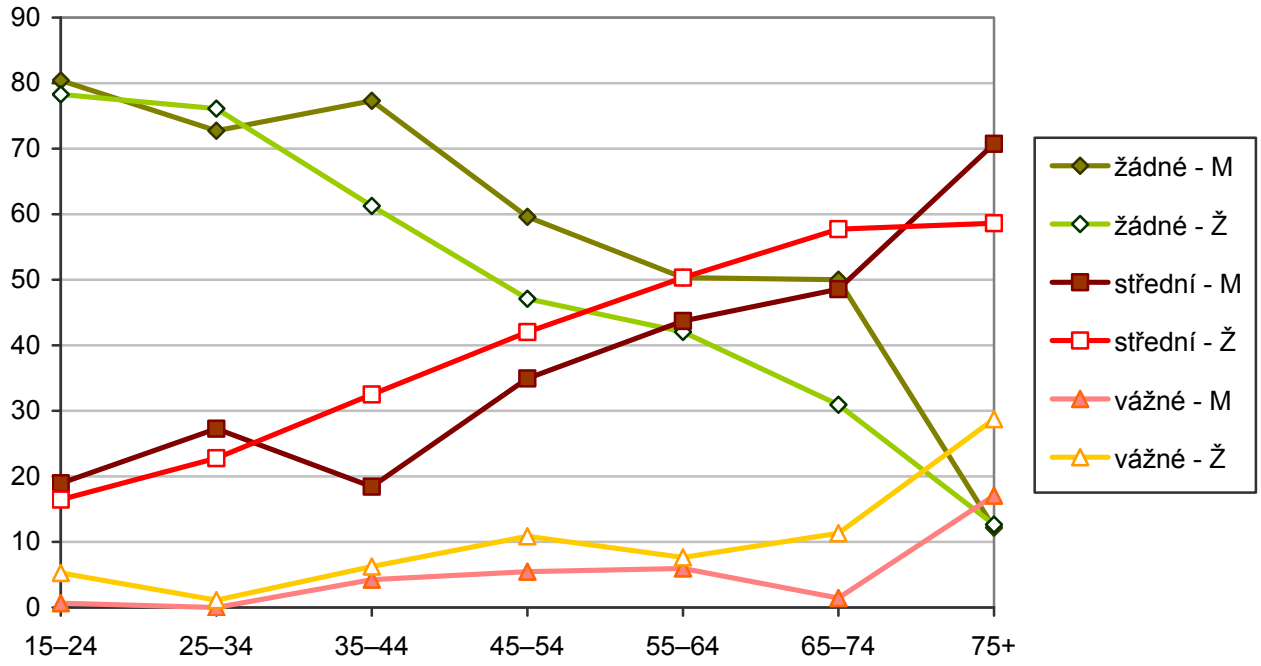
Ze všech respondentů mělo nějaké problémy v důsledku bolesti 36 % mužů a 45 % žen. U žen byly tedy častější, a to i po odstranění vlivu věkové struktury. Vážné nebo extrémní potíže mělo celkem 3 % mužů a 8,5 % žen, většinu ostatních případů tvořily problémy mírné.

Tab. 5.20: Struktura respondentů podle problémů s fyzickou bolestí v posledních 4 týdnech (v %)

Věk	Problémy s bolestí					Problémy s bolestí				
	žádné	mírné	střední	vážné	extrémní	žádné	mírné	střední	vážné	extrémní
	Muži					**Ženy**				
15–24	80,4	16,3	2,6	0,0	0,7	78,3	9,9	6,6	3,9	1,3
25–34	72,7	20,7	6,6	0,0	0,0	76,1	20,0	2,8	1,1	0,0
35–44	77,3	12,8	5,7	4,3	0,0	61,3	28,1	4,4	6,3	0,0
45–54	59,6	24,7	10,3	5,5	0,0	47,1	20,3	21,7	8,7	2,2
55–64	50,3	31,1	12,6	5,3	0,7	42,0	33,8	16,6	6,4	1,3
65–74	50,0	37,1	11,4	1,4	0,0	30,9	38,1	19,6	10,3	1,0
75+	12,2	34,1	36,6	17,1	0,0	12,6	24,1	34,5	24,1	4,6
Celkem	64,3	23,0	9,1	3,3	0,2	54,2	24,2	13,1	7,3	1,2

S věkem se snižuje podíl osob bez potíží, což je logické a odpovídá to nárůstu podílu osob s nemocí. Zatímco mírné a střední bolesti se s věkem v populaci vyskytují stále častěji, přičemž nárůst s věkem je relativně plynulý, vážné a extrémní obtíže zaznamenáváme až do 75 let pouze u malé části respondentů, ve věku 75 a více let však tento podíl roste až na 17 % u mužů a 29 % u žen. Bez potíží v důsledku bolesti v tomto věku zůstává pouze 12,5 % osob, přitom ženy-seniorky pociťují častěji bolesti vážné nebo extrémní intenzity.

Graf 5.21: Problémy respondentů s fyzickou bolestí podle věku a pohlaví (v %)



Ze všech respondentů, kteří uvedli problémy s bolestmi v posledních 4 týdnech (celkem 765 osob), v posledních 2 týdnech užívalo předepsané nebo nepředepsané léky celkem 438 osob, tedy 57 % z těch, kteří měli obtíže s bolestmi, na ně v posledních 2 týdnech bralo nějaké léky. Bohužel uvedená dvě období jsou nesrovnatelná, takže mohou existovat i případy, kdy respondent trpěl bolestí před 3 týdny, ale posléze tyto bolesti odezněly (vlivem léků či lékařského zákroku), proto na ně v posledních 2 týdnech nebral žádné léky. Lze tedy očekávat, že skutečný podíl osob s bolestmi, které užívají kvůli bolestem léky, je ještě vyšší než uvedených 57 %.

5.11. Duševní zdraví

Nedílnou součástí zdravotního stavu jedince je duševní zdraví. Problematika hodnocení duševní stránky zdraví je poměrně komplexní a je jí věnována pozornost celé řady specializovaných šetření už proto, že odhalení problémů lidské psychiky a jejich vnější manifestace není tak snadná jako v případě zdraví fyzického. Navíc jsou tyto dva aspekty zdravotního stavu velice úzce provázány a mohou se navzájem ovlivňovat.

V šetření EHIS byla pro hodnocení duševního zdraví vybrána sada 9 otázek z dotazníku SF 36 (Short Form 36 Health Survey). Ty u respondentů sledovaly, jak často se v průběhu posledních 4 týdnů cítili v určitém stavu či rozpoložení (viz tab. 5.21). Respondenti měli odpovědět jednou z nabízených možností pětistupňové škály: stále, většinou, občas, málokdy, nikdy.

U těchto otázek byl podíl neuvedených odpovědí mírně vyšší než u ostatních, již v pilotním šetření se ukázalo, že otázky se v některých případech zdály respondentům nejasné, jednotlivé položky vnímali podobně a nebyli schopni mezi nimi rozlišit. Počet

respondentů s neuvedenou odpovědí se pohyboval u jednotlivých otázek od 30 do 60 osob, tyto nedostatky mohou do určité míry ovlivnit vypovídací schopnost modulu.

Z uvedených odpovědí byly zkonstruovány dva ukazatele:

- Index vitality (VITAL) v sobě zahrnuje otázky, zda se respondent cítil plný života, plný energie, vyčerpaný a unavený. Index slouží k monitorování duševní pohody. Hodnota indexu se pohybuje od 0 do 100, kde 0 značí minimum vitality, 100 naopak maximální vitalitu.
- Index duševního zdraví (Mental Health Index - MHI) indikuje případné psychické potíže a duševní strádání u jedince. Zahrnuje otázky zjišťující, jak často se respondent cítil nervózní, ve špatné náladě, pesimistický a smutný, šťastný a v klidu a v pohodě. Opět index nabývá hodnot na škále 0–100 bodů, kde 0 značí špatné duševní zdraví, 100 pak dobré duševní zdraví.

U těchto souhrnných ukazatelů byl podíl chybějících odpovědí 3 % (v případě indexu vitality) a 6 % (index MHI).

Tab. 5.21: Struktura respondentů podle odpovědí na otázky duševního zdraví

Jak často během posledních 4 týdnů:	Struktura respondentů v % *)					Bez odpovědi (abs.)
	stále	většinou	občas	málokdy	nikdy	
Jste se cítil(a) plný(á) života?	24,3	47,3	18,1	8,3	2,0	43
Jste se cítil(a) velmi nervózní?	0,8	6,9	34,0	35,5	22,8	37
Jste pociťoval(a) tak špatnou náladu, že vás nic nemohlo rozveselit?	0,6	4,1	21,5	35,8	38,0	50
Jste pociťoval(a) klid a pohodu?	14,8	56,8	19,8	7,6	1,0	33
Jste byl(a) plný(a) energie?	19,0	42,0	23,4	11,9	3,7	36
Jste pociťoval(a) pesimismus a smutek?	1,2	4,4	23,3	36,1	35,0	64
Jste se cítil(a) vyčerpán(a)?	2,1	11,4	42,2	30,7	13,5	32
Jste byl(a) šťastný(á)?	20,6	46,6	24,4	7,1	1,3	52
Jste se cítil(a) unaven(a)?	4,3	12,5	54,0	23,3	5,8	26

*) Celkový počet respondentů byl celkem 1 955, ovšem v případě konkrétních otázek se snižuje o počet osob bez odpovědi na danou otázku

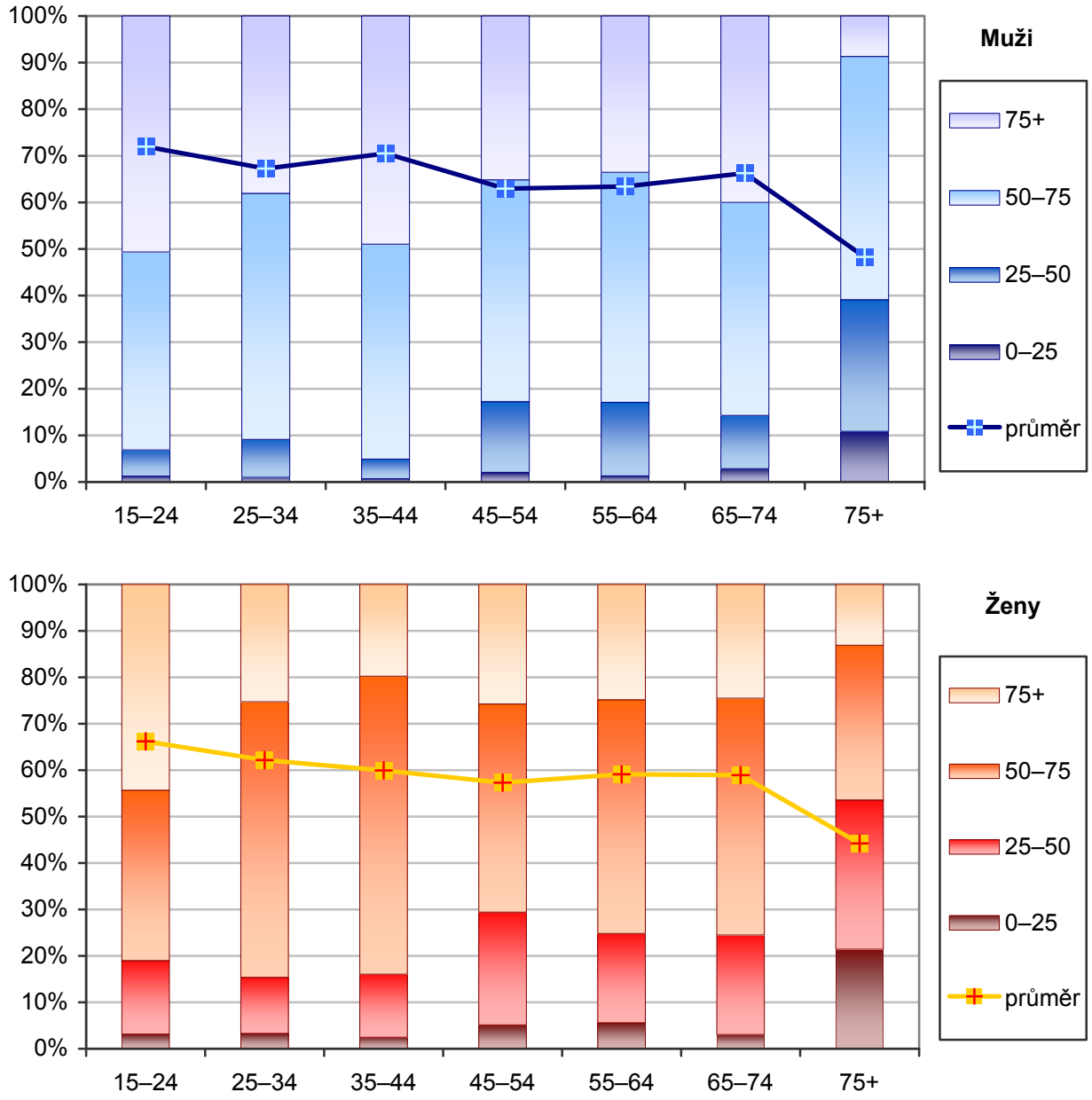
Duševní pohoda, vitalita

Index vitality vypovídá o životní energii a elánu jedince a v tomto ohledu je pravděpodobně více determinován tělesným stavem než index duševního zdraví. Průměrná hodnota indexu vitality dosahovala u mužů 66 a u žen 59, ženy tedy vykazují nižší vitalitu ve srovnání s muži. O něco vyšší je u obou pohlaví mediánová hodnota, která není zatížena extrémně nízkými hodnotami (muži 68,8 bodů, ženy 62,5 bodů). Jako

kritická se většinou považuje hodnota 50 bodů na škále od 0 do 100, přitom méně než 50 bodů odpovídajících této hranici vykazovalo necelých 13 % mužů a téměř 24 % žen.

Pokud bychom sledovali rozdíly mezi oběma pohlavími a odstranili vliv odlišné věkové struktury, pak i nadále platí, že u žen je vitalita významně nižší než u mužů. To se projevilo jak v testování podílu osob s nižším než 50 bodovým skóre formou logistické regrese (podle které ženy vykazují až 2krát častěji než muži skóre nižší než 50 bodů), tak i v testování průměrné hodnoty analýzou rozptylu.

Graf 5.22: Struktura respondentů podle kategorií hodnoty indexu VITAL a věku



Graf 5.22 prezentuje rozdělení respondentů do 4 kategorií podle výše indexu VITAL z hlediska věku a pohlaví. Jak je zřejmé i z tab. 5.22, s rostoucím věkem se obecně vitalita

snižuje, což je poměrně logické, neboť s věkem roste nemocnost a omezení v určitých činnostech. Nejlépe jsou na tom z hlediska průměrné vitality jedinci ve věku 15–44 let, přičemž i v této věkové skupině platí, že muži jsou na tom lépe ve srovnání se ženami. Podíl osob s méně než 50 body je v této věkové kategorii u mužů zhruba 7,5 %, u žen pak 16,6 %, tedy více než dvojnásobný. Naopak nejnižší vitalitu vykazují, shodně u obou pohlaví, senioři ve věku 75 a více let. Podíl osob, u nichž skóre nedosahovalo 50 bodů, byl v této věkové skupině 39 % u mužů a 54 % u žen, průměrná hodnota indexu VITAL zde činila 48, resp. 44 bodů. Rozdíl mezi oběma pohlavími není v této věkové skupině tolik výrazný jako v nejnižším věku, dokonce nebyl ani potvrzen statistickým testem jako významný.

Zajímavý jev zaznamenáváme u osob ve věku 55–74 let, kdy vitalita ve srovnání s mladšími přechodně roste a v dalších věkových skupinách naopak opět klesá. Tak se paradoxně osoby ve věku 55–74 let cítí z hlediska vitality lépe, než osoby ve středním věku. Podobný jev byl zaznamenán i v subjektivním hodnocení zdraví, se kterým tato položka úzce souvisí, a je přičítán lepší pohodě čerstvých důchodců.

Pokud bychom totiž srovnali vitalitu z hlediska hodnocení subjektivního zdraví, pak zaznamenáváme lepší charakteristiky vitality u osob s dobrým subjektivním zdravím, naopak nižší vitalitu u osob se špatným subjektivním zdravím. Podobně silná se jeví i souvislost vitality s přítomností chronické nemoci, zejména omezující chronické nemoci a s omezením v každodenních aktivitách osobní péče a péče o domácnost.

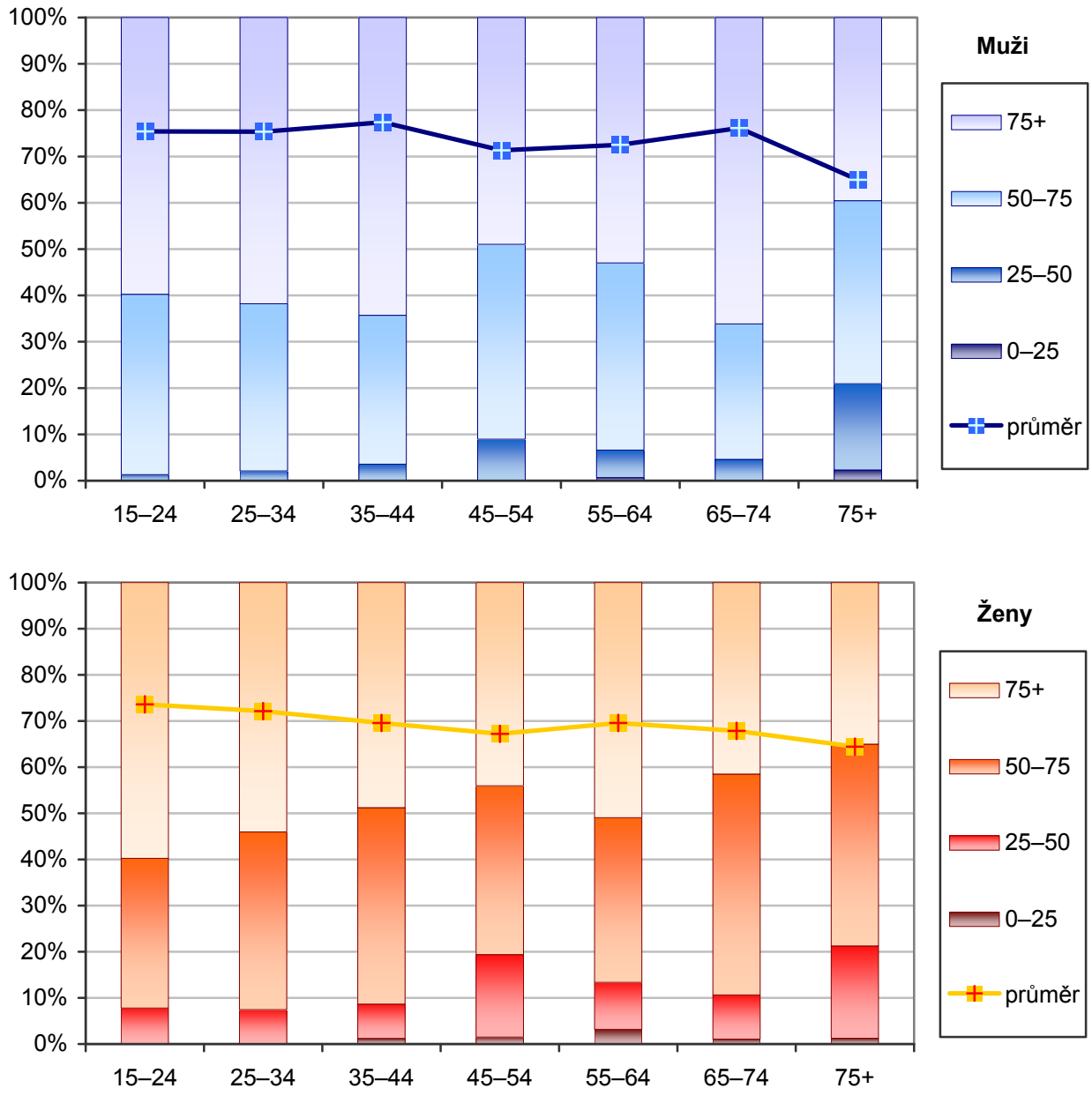
Tab. 5.22: Charakteristiky duševního zdraví podle pohlaví a věku

Věková kategorie	VITAL				MHI			
	muži		ženy		muži		ženy	
	% osob s indexem <50	průměr	% osob s indexem <50	průměr	% osob s indexem <50	průměr	% osob s indexem <50	průměr
15–24	6,9	72,0	19,0	66,2	1,3	75,4	7,8	73,6
25–34	9,1	67,2	15,4	62,2	2,1	75,3	7,5	72,1
35–44	4,9	70,5	16,0	60,0	3,6	77,4	8,6	69,6
45–54	17,2	62,9	29,4	57,3	9,0	71,3	20,0	67,2
55–64	17,1	63,4	24,8	59,1	6,6	72,5	13,4	69,6
65–74	14,3	66,3	24,5	58,9	4,6	76,1	10,6	67,9
75+	39,1	48,3	53,6	44,2	20,5	65,0	21,3	64,4
Celkem	12,6	66,2	23,8	59,4	5,2	74,1	11,9	69,8

Duševní strádání

Duševní strádání budeme hodnotit pomocí Mental Health Indexu, tedy indexu duševního zdraví. Index v sobě zahrnuje otázky týkající se čistě psychiky a nálad respondenta, neměly by být tak úzce spjaty s fyzickým zdravím jedince, i když určitou vazbu zde očekávat lze. Průměrně muži dosahovali hodnoty indexu 74 bodů, ženy 70 bodů, mediánové hodnoty se od průměru příliš neliší. Rozdíl průměrných hodnot mezi oběma pohlavími je sice menší než v případě indexu vitality, i přesto však byl potvrzen jako statisticky významný i po odstranění vlivu věkové struktury.

Graf 5.23: Struktura respondentů podle kategorií hodnoty indexu MHI a věku



I zde budeme jako kritickou hranici považovat skóre nižší než 50 bodů, pod touto hranicí se pohybuje 5 % mužů a 12 % žen, které označíme jako osoby se „špatným duševním zdravím“. Rozdíl mezi oběma pohlavími byl opět potvrzen jako statisticky významný i po odstranění vlivu věkové struktury, ženy vykazují špatné duševní zdraví 2,5krát častěji ve srovnání s muži. Graf 5.23 ukazuje strukturu respondentů podle kategorií skóre MHI a věku. Ve srovnání s vitalitou analyzovanou v grafu 5.22 je zřejmé, že hodnocení duševního zdraví je na stejné 100 bodové škále výrazně pozitivnější než tomu bylo u vitality. Také zde se však s věkem duševní zdraví zhoršuje, zatímco ve věku 15–44 let vykazuje zhruba 98 % mužů a 92 % žen skóre vyšší než 50 bodů, přitom zhruba 60 % mužů a 54 % žen se pohybuje dokonce nad hranicí 75 bodů, ve věku 75 a více let překročilo 50 bodovou hranici jen 80 % mužů a žen. Zejména u mužů ve věku 55–74 let opět zaznamenáváme mírné zlepšení duševního zdraví ve srovnání s předchozí věkovou kategorií. Z hlediska pohlaví byly statisticky významné rozdíly v podílu osob s nižším než 50 bodovým skóre zaznamenány především v nižších věkových kategoriích (zejména 15–24 a 45–54 let), ve věku 75 let a více již rozdíl mizí.

Opět zaznamenáváme souvislost se subjektivním hodnocením vlastního zdraví, kdy osoby, které hodnotí své zdraví jako špatné či velmi špatné, častěji vykazují i špatné duševní zdraví. Podobně je tomu i s častějším špatným duševním zdravím u osob s omezujícím chronickým onemocněním, které mají potíže při každodenním vykonávání osobní péče a péče o domácnost. Všechny uvedené souvislosti jsou platné po odstranění vlivu věkové struktury, která zde hraje důležitou roli.

5.12. Kognitivní schopnosti

Vedle psychického zdraví se do celkového zdraví jedince promítají i jeho mentální dovednosti a schopnosti, které byly v našem šetření hodnoceny prostřednictvím 2 otázek zaměřených na kognitivní schopnosti.

Tyto otázky u respondentů zjišťovaly:

- Jak velké obtíže vám obvykle činí pamatování důležitých věcí?
- Jak velké obtíže vám obvykle činí přemýšlení a řešení každodenních problémů?

U obou otázek měli respondenti možnost odpovědět jednou z nabízených odpovědí: žádné, mírné, střední, vážné a extrémní.

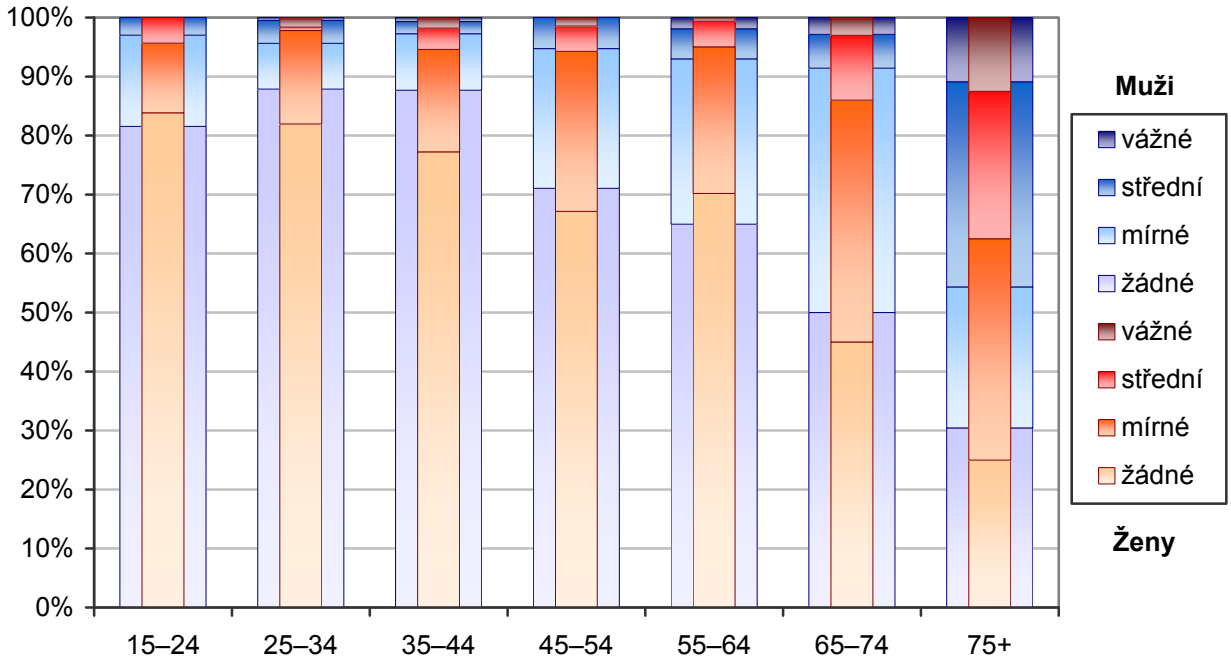
Zcela bez obtíží s pamětí bylo 75 % mužů a 69 % žen, rozdíl mezi oběma pohlavími však nebyl potvrzen jako statisticky významný po odstranění věkové struktury. Statisticky významný rozdíl v podílu osob bez obtíží byl zaznamenán pouze ve věkové kategorii 35–44 let, kde bez obtíží bylo 88 % mužů a 77 % žen. Mírné potíže s pamětí uvedlo celkem 19 % mužů a 23 % žen, podíl osob se středními potížemi činil u obou pohlaví zhruba 6 %. Vážné nebo extrémní potíže mělo zbývajících 1,3 % mužů a 2,3 % žen, jednalo se zejména o osoby ve vyšším věku.

Tab. 5.23: Respondenti podle potíží s kognitivními schopnostmi podle věku a pohlaví (v %)

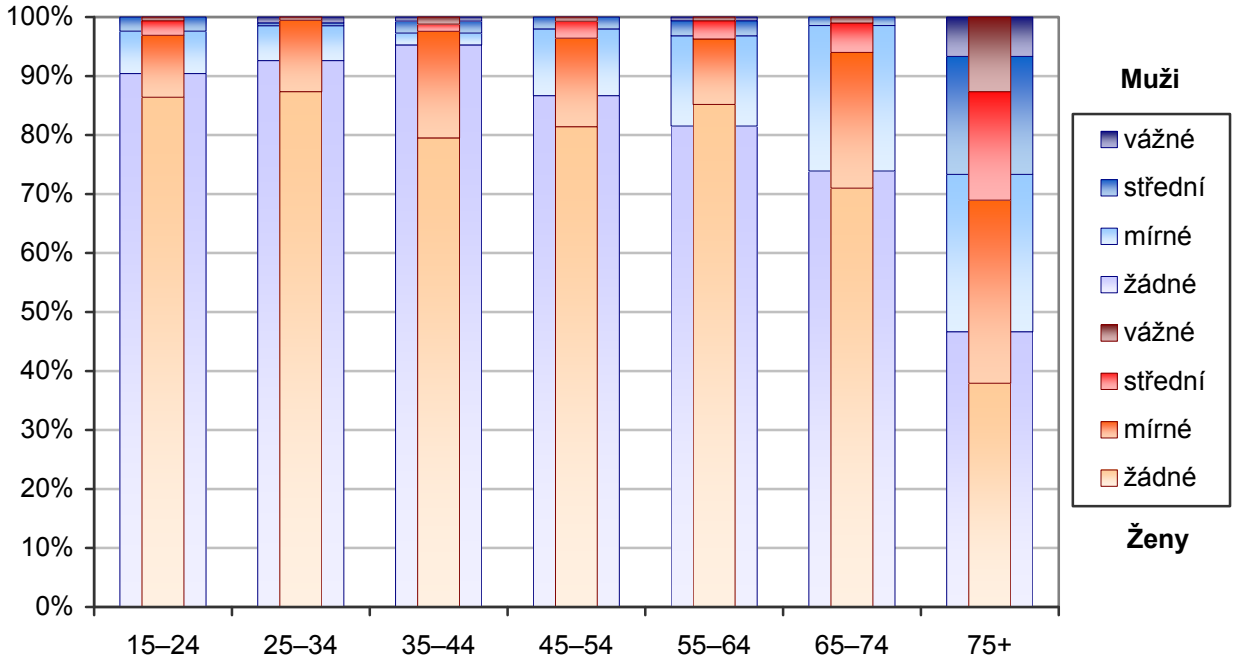
Věk	Potíže s pamětí					Potíže s přemýšlením				
	žádné	mírné	střední	vážné	extrémní	žádné	mírné	střední	vážné	extrémní
	Muži									
15–24	81,5	15,5	3,0	0,0	0,0	90,4	7,2	2,4	0,0	0,0
25–34	87,9	7,8	3,9	0,5	0,0	92,6	5,9	0,5	1,0	0,0
35–44	87,7	9,6	2,1	0,7	0,0	95,3	2,0	2,0	0,7	0,0
45–54	71,1	23,7	5,3	0,0	0,0	86,7	11,3	2,0	0,0	0,0
55–64	65,0	28,0	5,1	1,9	0,0	81,5	15,3	2,5	0,6	0,0
65–74	50,0	41,4	5,7	2,9	0,0	73,9	24,6	1,4	0,0	0,0
75+	30,4	23,9	34,8	8,7	2,2	46,7	26,7	20,0	6,7	0,0
Celkem	74,6	18,6	5,5	1,2	0,1	86,3	10,3	2,7	0,7	0,0
	Ženy									
15–24	83,9	11,8	4,3	0,0	0,0	86,4	10,5	2,5	0,6	0,0
25–34	82,0	15,8	0,5	1,1	0,5	87,4	12,1	0,0	0,5	0,0
35–44	77,2	17,4	3,6	1,8	0,0	79,5	18,1	1,2	0,6	0,6
45–54	67,1	27,1	4,3	1,4	0,0	81,4	15,0	2,9	0,7	0,0
55–64	70,2	24,8	4,3	0,6	0,0	85,2	11,1	3,1	0,6	0,0
65–74	45,0	41,0	11,0	3,0	0,0	71,0	23,0	5,0	1,0	0,0
75+	25,0	37,5	25,0	9,1	3,4	37,9	31,0	18,4	9,2	3,4
Celkem	68,8	22,9	6,0	1,9	0,4	78,8	15,8	3,6	1,4	0,4

Naproti tomu potíže s přemýšlením a řešením každodenních problémů byly statisticky významně častější u žen (21 % osob s potíží) než u mužů (14 % osob s potíží). Přispěla k tomu opět nejvíce kategorie 35–44 let, kde potíže mělo 5 % mužů 20 % žen. Celkově byly obtíže ovšem méně časté než potíže s pamětí. U obou proměnných platí, že s věkem se výskyt potíží zvyšuje, ve věku 75 a více let má nějaké potíže s pamětí 73 % respondentů, přitom necelá polovina těchto respondentů hodnotila své potíže jako mírné. Potíže s přemýšlením a řešením každodenních problémů uvedlo necelých 60 % dotázaných starších 74 let.

Graf 5.24: Struktura respondentů podle potíží s pamětí podle věku a pohlaví



Graf 5.25: Struktura respondentů podle potíží s přemýšlením a řešením každodenních problémů podle věku a pohlaví



Souhrn kap. 5: Přehled základních charakteristik zdravotního stavu respondentů podle pohlaví a věku (vážené absolutní počty)

MUŽI								
	věková skupina							Celkem
	15–24	25–34	35–44	45–54	55–64	65–74	75+	
Celkem	168	205	149	152	159	71	46	950
Subjektivní zdraví								
velmi dobré	103	96	54	17	19	6	1	296
dobré	59	78	69	84	64	37	9	400
uspokojivé	5	25	19	33	62	24	22	190
špatné	1	6	4	16	12	4	11	54
velmi špatné	0	0	3	2	1	0	2	8
celkem	168	205	149	152	158	71	45	948
Dlouhodobá nemoc								
ano	29	50	40	76	100	50	37	382
ne	139	155	106	76	59	20	8	563
celkem	168	205	146	152	159	70	45	945
Omezení nemocí								
vážně omezen	3	3	7	16	20	10	17	76
omezen, ale ne vážně	16	28	17	32	34	21	14	162
neomezen	147	173	123	99	104	40	15	701
celkem	166	204	147	147	158	71	46	939
Volnočasový úraz								
ano	24	14	13	10	4	3	2	70
ne	143	191	134	142	155	67	43	875
celkem	167	205	147	152	159	70	45	945
Brýle								
ano	30	37	39	101	138	66	42	453
ne	138	166	110	46	21	5	3	489
jsem slepý, téměř nevidím	0	0	0	3	0	0	1	4
celkem	168	203	149	150	159	71	46	946
Vidění na blízko								
bez obtíží	167	195	144	127	139	57	29	858
určité obtíže	0	5	4	14	20	13	11	67
velké obtíže	0	1	0	3	0	1	4	9
vůbec ne	0	0	1	3	0	0	1	5
celkem	167	201	149	147	159	71	45	939
Vidění na dálku								
bez obtíží	164	196	141	139	150	65	33	888
určité obtíže	3	4	6	8	8	5	11	45
velké obtíže	0	1	0	0	2	0	1	4
vůbec ne	0	0	1	0	0	0	0	1
celkem	167	201	148	147	160	70	45	938

Souhrn kap. 5: Přehled základních charakteristik zdravotního stavu respondentů podle pohlaví a věku (vážené absolutní počty)

ŽENY								
	věková skupina							Celkem
	15–24	25–34	35–44	45–54	55–64	65–74	75+	
Celkem	161	186	166	141	162	99	91	1006
Subjektivní zdraví								
velmi dobré	77	76	43	17	15	5	3	236
dobré	73	79	69	60	71	34	14	400
uspokojivé	10	27	44	45	57	46	42	271
špatné	1	2	9	16	18	11	25	82
velmi špatné	0	1	0	2	2	3	7	15
celkem	161	185	165	140	163	99	91	1004
Dlouhodobá nemoc								
ano	51	57	55	70	89	73	76	471
ne	110	129	110	71	73	25	13	531
celkem	161	186	165	141	162	98	89	1002
Omezení nemocí								
vážně omezena	10	5	13	15	18	21	32	114
omezena, ale ne vážně	20	18	19	30	46	22	31	186
neomezena	129	161	131	95	96	56	24	692
celkem	159	184	163	140	160	99	87	992
Volnočasový úraz								
ano	16	13	10	3	4	5	13	64
ne	145	169	155	136	158	93	75	931
celkem	161	182	165	139	162	98	88	995
Brýle								
ano	45	60	59	106	142	92	84	588
ne	116	126	107	35	19	7	5	415
jsem slepá, téměř nevidím	0	0	0	0	0	0	1	1
celkem	161	186	166	141	161	99	90	1004
Vidění na blízko								
bez obtíží	157	180	153	117	128	81	51	867
určité obtíže	4	6	9	15	24	12	26	96
velké obtíže	0	0	3	7	4	5	8	27
vůbec ne	0	0	0	0	6	1	2	9
celkem	161	186	165	139	162	99	87	999
Vidění na dálku								
bez obtíží	157	178	144	127	148	82	57	893
určité obtíže	4	5	16	10	13	15	19	82
velké obtíže	0	3	3	4	1	1	10	22
vůbec ne	0	0	2	0	0	0	2	4
celkem	161	186	165	141	162	98	88	1001

Souhrn kap. 5: Přehled základních charakteristik zdravotního stavu respondentů podle pohlaví a věku (vážené absolutní počty)

MUŽI								
	věková skupina							Celkem
	15–24	25–34	35–44	45–54	55–64	65–74	75+	
Chůze po rovině								
bez obtíží	168	204	145	145	141	61	24	888
určité obtíže	0	1	1	4	12	5	9	32
velké obtíže	0	0	2	0	3	2	5	12
vůbec ne	0	0	0	3	1	2	8	14
celkem	168	205	148	152	157	70	46	946
Chůze do schodů								
bez obtíží	168	205	145	144	136	58	21	877
určité obtíže	0	0	1	3	15	7	13	39
velké obtíže	0	0	2	3	5	4	3	17
vůbec ne	0	0	0	2	1	1	8	12
celkem	168	205	148	152	157	70	45	945
Problémy způsobené bolestí								
žádné	123	144	109	87	76	35	5	579
mírné	25	41	18	36	47	26	14	207
střední	4	13	8	15	19	8	15	82
vážné	0	0	6	8	8	1	7	30
extrémní	1	0	0	0	1	0	0	2
celkem	153	198	141	146	151	70	41	900

Souhrn kap. 5: Přehled základních charakteristik zdravotního stavu respondentů podle pohlaví a věku (vážené absolutní počty)

ŽENY								
	věková skupina							Celkem
	15–24	25–34	35–44	45–54	55–64	65–74	75+	
Chůze po rovině								
bez obtíží	158	184	159	136	141	81	29	888
určité obtíže	0	0	5	2	13	5	14	39
velké obtíže	0	1	0	2	7	4	15	29
vůbec ne	2	1	1	0	1	6	32	43
celkem	160	186	165	140	162	96	90	999
Chůze do schodů								
bez obtíží	158	184	155	130	129	67	19	842
určité obtíže	0	1	7	8	24	18	21	79
velké obtíže	0	0	1	3	4	6	13	27
vůbec ne	2	1	3	0	5	7	36	54
celkem	160	186	166	141	162	98	89	1002
Problémy způsobené bolestí								
žádné	119	137	98	65	66	30	11	526
mírné	15	36	45	28	53	37	21	235
střední	10	5	7	30	26	19	30	127
vážné	6	2	10	12	10	10	21	71
extrémní	2	0	0	3	2	1	4	12
celkem	152	180	160	138	157	97	87	971

6. VYUŽÍVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

O zdravotnické péči a jejím využívání máme celou řadu informací z běžné rutinní statistiky realizované v rámci Národního zdravotnického informačního systému (NZIS). Ten je však, zejména co se poskytování ambulantní péče týká, velice omezen, neboť se nezakládá na informaci typu registru, ale shromažďuje jen agregované informace o návštěvách pacientů v základním členění. Modul o zdravotní péči je proto velice vítaným doplňkem rutinní statistiky, který přináší podrobné informace o zdravotní péči využívané respondenty.

Zdravotní péči mohou respondenti vyhledat z nejrůznějších důvodů, jako jsou např. důvody léčebné, ale i preventivní a další. 3 klíčové aspekty, které jsou v souvislosti se zdravotní péčí sledovány jsou: dostupnost, kvalita a finanční udržitelnost.

Podstatné je, aby zdravotní péče byla dostupná všem respondentům bez ohledu na jejich pohlaví, věk, místo bydliště, příjem apod. V této oblasti by neměly existovat bariéry a nerovnosti, pokud zde jsou, pak by měly být odstraňovány. Právo na zdravotní péči je jedním z ústavně zakotvených práv občanů České republiky. Zároveň je však žádoucí, aby péče poskytovaná pacientům byla také kvalitní. Tento aspekt v šetření hodnotíme prostřednictvím sledování spokojenosti respondentů s poskytováním zdravotní péče dle typu. V neposlední řadě klademe důraz i na finanční udržitelnost. Zdravotní péče je hrazena jednak z prostředků povinného zdravotního pojištění, určité výkony či zdravotnické prostředky (léky apod.) ze zdravotního pojištění hrazeny nejsou. Ke zmapování financování zdravotní péče ze soukromých zdrojů jsme v šetření zahrnuli otázku na přímé výdaje respondentů na zdravotní péči.

6.1. Lůžková péče

Dotazník Evropského výběrového šetření se zaměřuje nejprve na lůžkovou péči, kterou respondent v průběhu posledních 12 měsíců před rozhovorem využil. Sledovány byly jak vícedenní, tak tzv. jednodenní hospitalizace. Naopak, neměly být uvažovány hospitalizace respondentek v souvislosti s porodem.

Otázky sledovaly pouze pobyty v lůžkových zdravotnických zařízeních (mimo lázní a ozdravoven). Ambulantní návštěvy a návštěvy na pohotovosti v nemocnici nejsou zahrnuty.

Respondenti odpovídali konkrétně na tyto otázky:

- zda byli v uplynulých dvanácti měsících hospitalizovaní ve zdravotnickém lůžkovém zařízení na více než jednodenní pobyt, tedy přes noc nebo déle,
- kolikrát v tomto období k hospitalizaci došlo; a kolik nocí respondent během všech těchto pobytů strávil v lůžkových zařízeních,
- zda byli v uplynulých dvanácti měsících ve zdravotnickém lůžkovém zařízení přijati na nemocniční lůžko na jednodenní hospitalizaci (tj. nesetrvali přes noc); a kolikrát k jednodenní hospitalizaci v tomto období došlo,

- zda za posledních dvanáct měsíců nastala situace, kdy dle doporučení lékaře respondent potřeboval být hospitalizován, ale nebyl; popř. z jakého důvodu k hospitalizaci nenastoupil.

Tab. 6.1: Celkový přehled hospitalizací podle pohlaví a věku

Věk	Podíl respondentů s hospitalizací (%)		Respondenti, kteří byli v posledních 12 měsících hospitalizováni na vícedenní pobyt		
	vícedenní	jednodenní	průměrný počet pobytů za rok	průměrný počet nocí za rok	průměrná délka hospitalizace (dny)
	Muži				
15–24	8,3	4,8	1,46	10,0	8,4
25–34	4,9	3,0	1,22	11,1	10,9
35–44	4,1	0,7	1,33	11,2	6,8
45–54	9,3	1,3	1,15	11,0	10,1
55–64	12,7	3,2	1,20	14,3	12,6
65–74	17,1	7,2	1,25	14,4	11,4
75+	33,3	13,3	1,80	11,5	7,4
Celkem	9,7	3,5	1,35	12,1	10,0
	Ženy				
15–24	10,6	6,2	1,45	7,8	5,8
25–34	8,1	5,6	1,52	6,2	4,2
35–44	6,0	6,7	1,41	14,4	12,7
45–54	12,8	4,3	1,13	8,2	7,0
55–64	11,1	3,1	1,37	9,7	7,0
65–74	15,3	3,1	1,66	24,5	15,7
75+	31,8	4,5	1,39	28,2	18,3
Celkem	12,1	4,9	1,41	15,4	10,7

Z celkového počtu 1 955 respondentů bylo během posledních 12 měsíců přijato k hospitalizaci na více než jednodenní pobyt celkem 91 mužů (tj. 10 %) a 121 žen (tj.12 %). Rozdíl mezi pohlavími není statisticky významný ani po odstranění vlivu věkové struktury, ani v jednotlivých věkových skupinách nebyl zaznamenán statisticky významný rozdíl, i když se zdá, že do věku 55 let je vyšší podíl hospitalizací u žen, od věku 55 let je tomu pak naopak.

Dle Národního registru hospitalizovaných (NRHOSP), vedeného v rámci NZIS bylo v roce 2008 z celkového počtu obyvatel hospitalizováno více než 11 % mužů a 14 % žen (obyvatelstvo 15+, hospitalizace z důvodu porodu byly vyloučeny). Údaje z běžné statistiky tedy uvádějí mírně vyšší podíl osob, které byly během roku hospitalizovány, i když rozdíl mezi oběma datovými zdroji není nijak výrazný a může být způsoben např. skutečností, že

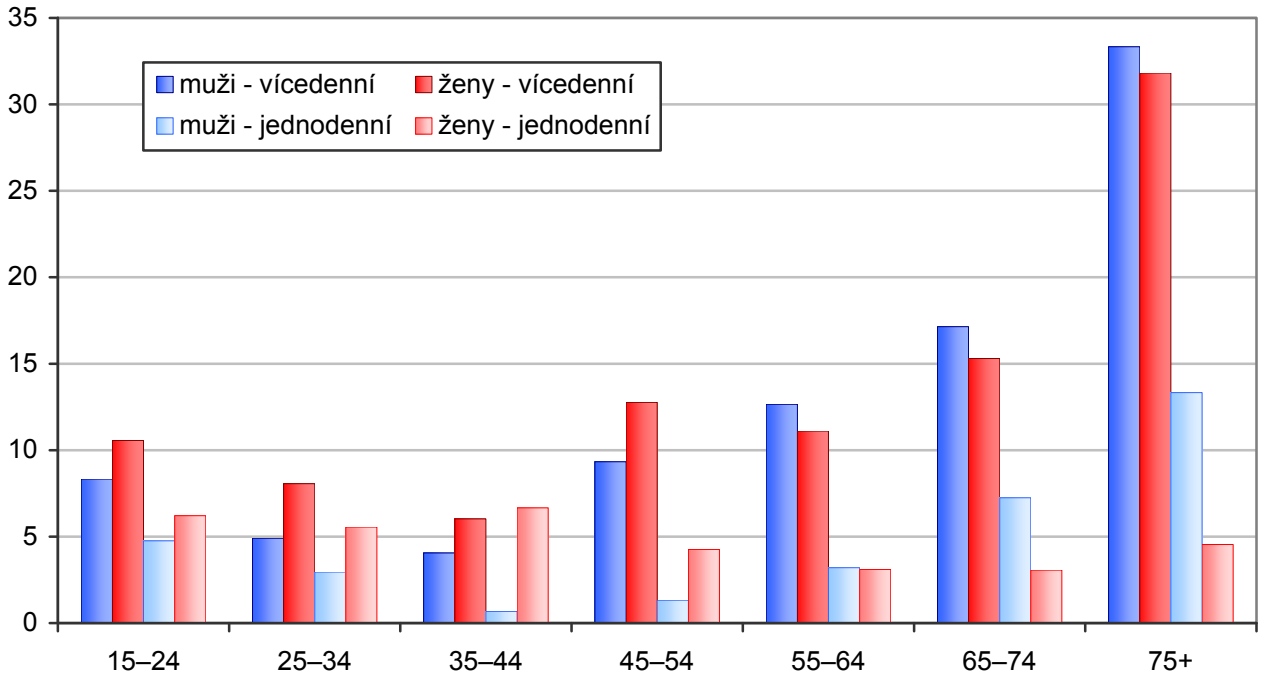
registr zahrnuje také hospitalizace nikoliv z důvodu vlastního zdraví, nýbrž jako doprovod (např. dítěte), přičemž tento typ hospitalizací šetření EHIS nesleduje.

Z hlediska věku lze říci, že nejméně často byli hospitalizováni respondenti ve věku 35–44 let (přibližně 5 % respondentů), v dalších věkových skupinách podíl hospitalizovaných, až na výjimky (ženy ve věku 45–64 let) plynule roste, nejvyšší podíl osob s hospitalizací zaznamenáváme ve věku 75 a více let, kdy byla během posledního roku hospitalizována zhruba třetina respondentů v tomto věku.

K jednodenní hospitalizaci bylo přijato 3,5 % mužů a 4,9 % žen. Ani zde nebyl rozdíl potvrzen jako statisticky významný, a to ani po odstranění vlivu věkové struktury. Jediný statisticky významný rozdíl pozorujeme ve věku 35–44 let, kdy u žen je podíl osob s jednodenní hospitalizací výrazně vyšší než u mužů. Zde můžou hrát roli zdravotní problémy spojené s reprodukcí, kdy např. potraty jsou velice často prováděny právě při jednodenním zákroku.

Také v případě jednodenních hospitalizací pozorujeme podobný věkový profil jako u hospitalizací vícedenních. Tento profil charakterizovaný minimem ve věku 35–44 let a plynulým nárůstem až k maximu ve věku 75 a více let je patrný zejména u mužů, u žen je poněkud narušen častějšími hospitalizacemi ve věkové skupině 35–44 let, kdy ženy vykazují v této kategorii nejvyšší podíl jednodenních hospitalizací vůbec.

Graf 6.1: Podíl osob s hospitalizací během posledních 12 měsíců podle věku, pohlaví a typu hospitalizace (v %)

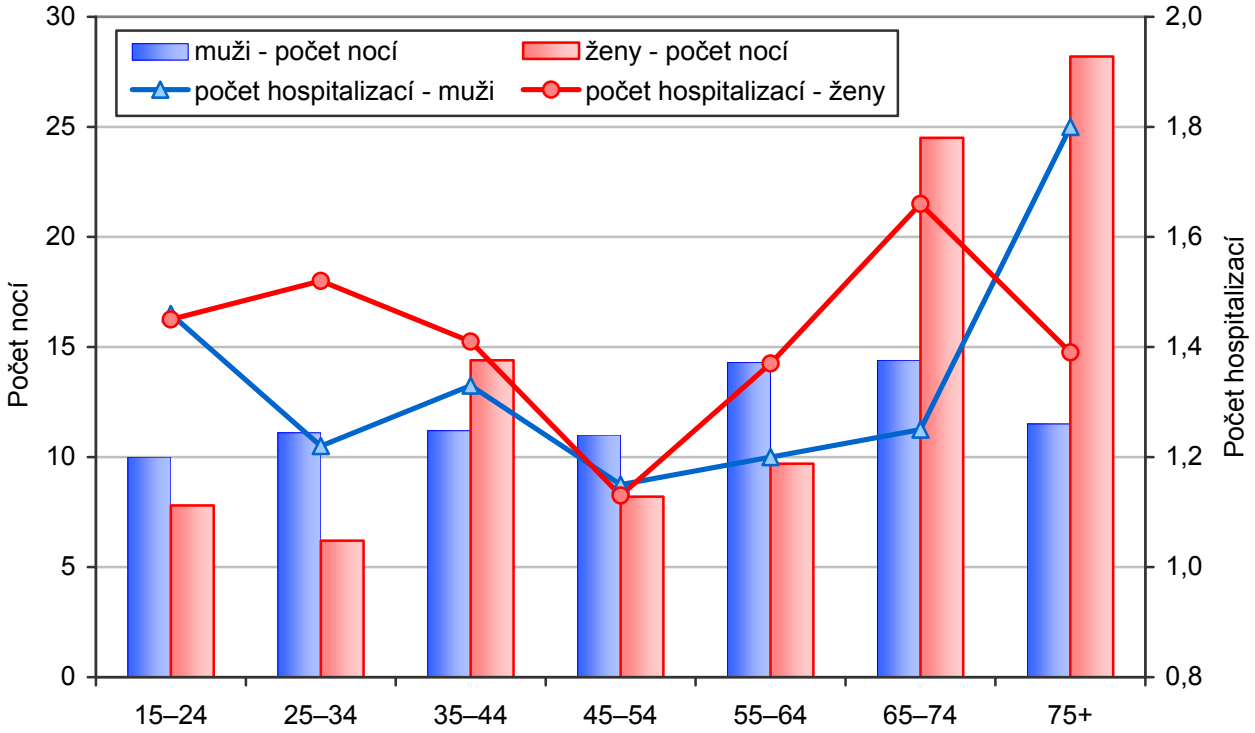


Podrobnější informace o pobytech respondentů v nemocnicích nám přinášejí další doplňující ukazatele.

Průměrný počet vícedenních pobytů za rok představoval 1,35 pobytů u hospitalizovaných mužů a 1,41 pobytů u hospitalizovaných žen. Statisticky významně se průměrný počet pobytů u mužů a žen neliší. Stejně tak bylo statistickým testováním zjištěno, že se jednotlivé věkové kategorie od sebe navzájem v průměrném počtu pobytů neliší. Z celkového počtu osob v šetření připadá na 100 respondentů 15 hospitalizací za rok, z toho 12 na muže a 17 na ženy. Rozdíl mezi pohlavími není statisticky významný.

Ukazatel průměrného počtu nocí strávených ve zdravotnických lůžkových zařízeních na jednu hospitalizovanou osobu během posledních 12 měsíců nabýval hodnot 12,1 nocí pro muže a 15,4 pro ženy. To zhruba odpovídá hodnotám z NRHOSP, který uvádí za rok 2008 průměrný počet nocí strávených pacientem ve zdravotnických lůžkových zařízeních 12,3 nocí pro muže a 12,4 nocí pro ženy (po odečtení hospitalizací z důvodu doprovodu jiné osoby).

Graf 6.2: Počet nocí a počet hospitalizací v nemocnici u respondentů hospitalizovaných v posledních 12 měsících podle věku



Rozdíl mezi pohlavími v průměrném počtu dní v nemocnici není statisticky významný ani při testování rozdílů mezi pohlavími v každé věkové skupině. Z hlediska věku zde však určité diference zaznamenáváme zejména u žen, kdy ve věku 65 a více let počet dní v nemocnici roste. Průměrná délka jedné hospitalizace činila u mužů 9,9 nocí; u žen 10,7 nocí. Rozdíl mezi pohlavími není statisticky významný. Rovněž v žádné z věkových skupin opět nejsou statisticky významné rozdíly mezi dvěma pohlavími.

U jednodenních hospitalizací jsme podrobněji analyzovali pouze jejich počet na jednu osobu v průběhu roku. K jednodenním hospitalizacím docházelo celkově nejčastěji jednou

ročně (cca u 2/3 těch, kteří nějakou jednodenní hospitalizaci vykázali). Podíl opakovaných jednodenních hospitalizací byl u žen nižší než u mužů, přestože absolutní čísla jsou u obou pohlaví podobná. Rozdíl mezi pohlavími nebyl prokázán jako statisticky významný.

Tab. 6.2: Četnosti jednodenních hospitalizací za posledních 12 měsíců (pouze osoby, které jednodenní hospitalizaci podstoupily)

Četnost hospitalizací	Absolutní počet		Podíl (%)	
	muži	ženy	muži	ženy
1krát	20	36	62,6	71,8
2krát	6	8	18,1	16,8
3 a vícekrát	6	6	19,3	11,4

Zajímavostí může být, že se do výběru dostaly i respondentky, které dochází na pravidelné jednodenní hospitalizace z důvodu dialýzy (150 jednodenních hospitalizací ročně) či infuzi (14krát ročně).

Nenaplněná potřeba hospitalizace

Specifickou problematiku představuje tzv. neuspokojená potřeba péče, která je stěžejní zejména pro sledování nerovností a bariér v přístupu k péči. Konkrétně respondenti odpovídali na takto formulovanou otázku: „Nastala v průběhu posledních 12 měsíců situace, kdy jste dle doporučení lékaře opravdu potřeboval(a) být hospitalizován(a) v nemocnici (i na jednodenní hospitalizaci), ale nebyl(a) jste?“ Tato otázka byla v šetření roku 2008 zařazena nově, podobná otázka je zahrnuta i v šetření EU-SILC, ta však sleduje neuspokojenou potřebu péče stomatologa a lékaře specialisty.

Celkem 40 respondentů (20 mužů a 20 žen), tj. přibližně 2 % dotazovaných, se v průběhu posledních 12 měsíců dostalo do situace, kdy dle doporučení lékaře potřebovalo být hospitalizováno v nemocnici, avšak nebylo.

Jako nejčastější důvod k nepodstoupení hospitalizace respondenti uváděli „jiný důvod“ (80 %), který byl také zahrnut v nabídce odpovědí. Druhým nejčastějším důvodem k nenastoupení hospitalizace byly časové důvody. Za zmínku také stojí „obava z operace, léčby“, která se objevila častěji u žen.

Četnosti ostatních důvodů byly tak nízké, že z nich nelze vyvozovat dílčí závěry. Celkově však lze říci, že respondenti statisticky významně neuváděli důvody, které by mohly být společensky nepřijatelné, či by vyjadřovaly nespokojenost se systémem zdravotnictví. Konkrétně se jedná o tyto důvody: finanční nedostupnost, změna termínu či odmítnutí ze strany zdravotnického zařízení, problémy s dopravou.

Z osob, u kterých se vyskytla nenaplněná potřeba hospitalizace, bylo jindy během roku hospitalizováno 5 mužů a 4 ženy na vícedenní hospitalizaci, dále 6 mužů na jednodenní hospitalizaci.

Respondenti s nenaplněnou potřebou hospitalizace uvedli, že za posledních 12 měsíců měli nějakou zdravotní potíž. Z těchto respondentů více než polovina mužů měla potíže se zvýšeným krevním tlakem, osteoartritidou a problémy v oblasti bederní páteře či kříže. Polovina z žen, které spadají do kategorie nenaplněné potřeby hospitalizace, měla problémy v oblasti krční páteře a v oblasti bederní páteře či kříže. Často se také u těchto žen vyskytovaly potíže s krevním tlakem, alergií, artrózou a migrénou.

U nenaplněné potřeby hospitalizace nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly podle věkových skupin respondentů; nicméně přibližně tři čtvrtiny respondentů byly ve věku 45 let a více.

6.2. Ambulantní péče

Využívání ambulantní péče bylo v šetření EHIS 2008 sledováno několika typy otázek. Nejprve byl respondentům položen dotaz, kdy naposledy daného lékaře (stomatolog, praktický lékař, specialista) navštívili, následně pak, pro respondenty, kteří navštívili lékaře během posledních 12 měsíců, byl doplněn otázkou, kolikrát v průběhu posledních 4 měsíců lékaře navštívili. U otázky na návštěvu specialisty byla zařazena i otázka na situace, kdy respondent potřeboval péči lékaře – specialisty, ale nedostalo se mu jí.

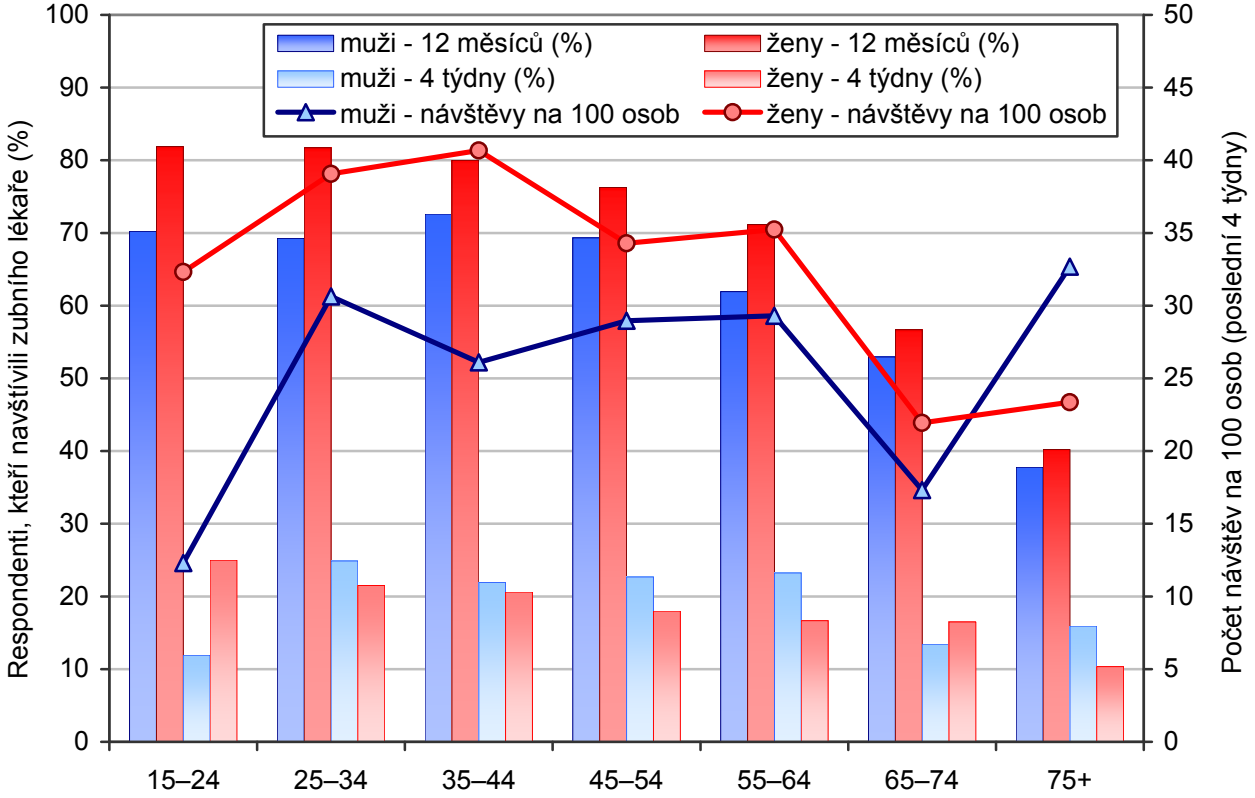
Další blok pak byl věnován návštěvám respondentů u zdravotnických pracovníků – nelékařů a dále u poskytovatelů alternativní medicíny. Jako poslední z otázek na ambulantní péči byla zařazena domácí péče a její využívání respondenty.

Zubní lékař

Zubního lékaře během posledních 12 měsíců navštívilo celkem 66 % mužů a 73 % žen. Rozdíl mezi pohlavími byl prokázán jako statisticky významný i po odstranění vlivu věkové struktury, ženy navštěvovaly zubního lékaře přibližně 1,5krát častěji než muži. Dalších 33 % mužů a 27 % žen bylo u zubního lékaře před více než jedním rokem. Zajímavostí může být, že pouze 5 mužů a 3 ženy nebyli u zubního lékaře nikdy. Návštěva zubního lékaře za posledních 12 měsíců má obecně s rostoucím věkem klesající tendenci (graf 6.3), přičemž k výraznějšímu poklesu návštěv dochází u mužů od 55 let, u žen od 65 let. Respondenti mladší 45 let navštěvovali zubního lékaře přibližně 2krát častěji než respondenti starší.

Během posledního měsíce bylo u zubního lékaře 20 % respondentů. Rozdíl mezi pohlavími není, ani po věkové standardizaci v tomto případě statisticky významný. Podobně jako u návštěv zubního lékaře za posledních 12 měsíců, respondenti starší 64 let navštěvovali za poslední měsíc zubního lékaře výrazně méně než respondenti mladší. Statistický test prokázal významný rozdíl v návštěvnosti zubního lékaře během posledních 4 týdnů mezi jednotlivými věkovými kategoriemi mužů, mezi věkovými kategoriemi žen nikoliv.

Graf 6.3: Návštěvnost zubního lékaře za posledních 12 měsíců a za poslední 4 týdny podle pohlaví a věku



U respondentů, kteří navštívili zubního lékaře alespoň jednou za poslední měsíc, jsme dále sledovali počet návštěv. Nejčastěji byli za poslední měsíc respondenti u svého zubního lékaře 1krát (75 % respondentů), 14 % respondentů dvakrát do měsíce. Třikrát či vícekrát navštívilo během posledního měsíce zubního lékaře celkem 12 % respondentů , a to především ženy ve věku 35–64 let.

Průměrný počet návštěv na 1 respondenta, který stomatologa navštívil během posledních 4 týdnů činil 1,3 u mužů a 1,8 u žen. Rozdíl mezi oběma pohlavími byl potvrzen jako statisticky významný. Tyto hodnoty (zejména u žen) jsou ovšem mírně zkreslené díky vysoké četnosti návštěv zubního lékaře některými respondenty (například 4 ženy byly za poslední měsíc u zubního lékaře více než desetkrát). Také v případě věkových kategorií byly rozdíly mezi jednotlivými věkovými skupinami potvrzeny statistickým testem jako signifikantní.

Tab. 6.3: Návštěvy respondentů u zubního lékaře podle pohlaví a věku

Věk	Podíl osob s návštěvou zubaře (v %)				Počet návštěv zubaře v posledních 4 týdnech			
	posledních 12 měsíců		poslední 4 týdny		na 100 všech respondentů		na 1 respondenta (byl u zubaře)	
	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy
15–24	70,2	81,9	11,9	25,0	12,3	32,3	1,0	1,3
25–34	69,3	81,7	24,9	21,5	30,6	39,1	1,2	1,8
35–44	72,6	80,0	21,9	20,6	26,1	40,7	1,2	2,0
45–54	69,3	76,3	22,7	18,0	29,0	34,3	1,3	1,9
55–64	61,9	71,2	23,2	16,7	29,3	35,2	1,3	2,1
65–74	52,9	56,7	13,4	16,5	17,3	21,9	1,3	1,4
75+	37,8	40,2	15,9	10,3	32,7	23,4	2,0	2,3
Celkem	66,1	72,9	20,2	19,2	25,3	33,9	1,3	1,8

Tento ukazatel však nezohledňuje podíl osob, které u zubaře v posledním měsíci byly. Pokud bychom přepočetli návštěvy v posledním měsíci na všechny respondenty, tedy včetně těch, kteří zubaře nenavštívili (počet návštěv je u nich roven 0), zaznamenáváme 25 návštěv na 100 respondentů u mužů a 34 návštěv na 100 respondentů u žen. Nejvyšší hodnotu ukazatele pozorujeme ve věku 25–44 let u žen a u mužů ve věku 25–34 let (viz graf 6.3)

Počet návštěv zubního lékaře za poslední měsíc lze orientačně porovnat i s údaji z rutinní zdravotnické statistiky. Tyto údaje o ročním počtu vyšetření byly přepočítány na údaje o vyšetřeních připadajících na 1 měsíc na 100 obyvatel. Dle zdravotnické statistiky připadalo v roce 2008 na 100 osob 30 vyšetření zubním lékařem. Dle šetření EHIS to bylo rovněž 30 vyšetření na 100 respondentů. Bohužel čísla nejsou plně srovnatelná, jelikož z údajů zdravotnické statistiky nelze spočítat, kolik návštěv zubního lékaře za poslední měsíc připadalo na jednoho obyvatele ČR staršího 15 let.

Praktický lékař

Do kategorie „praktický lékař“ jsou započítány návštěvy u lékaře v ordinaci, u respondenta doma a konzultace po telefonu. Mezi sledovanými otázkami na ambulantní péči je tento druh péče respondenty nejčastěji využívaný.

Praktického či rodinného lékaře v průběhu posledních 12 měsíců navštívilo celkem 68 % mužů a 76 % žen. Rozdíl mezi pohlavími byl prokázán jako statisticky významný i po věkové standardizaci, obecně ženy navštěvovaly v průběhu posledních 12 měsíců praktického lékaře přibližně 1,5krát častěji než muži. Nejvýraznější a statisticky významný rozdíl pozorujeme ve věkových skupinách 35–54 let.

Dalších 32 % mužů a 24 % žen kontaktovalo praktického či rodinného lékaře před více než rokem. Nikdy se s praktickým lékařem nesetkali 4 muži a 1 žena.

Tab. 6.4: Návštěvy respondentů u praktického lékaře podle pohlaví a věku

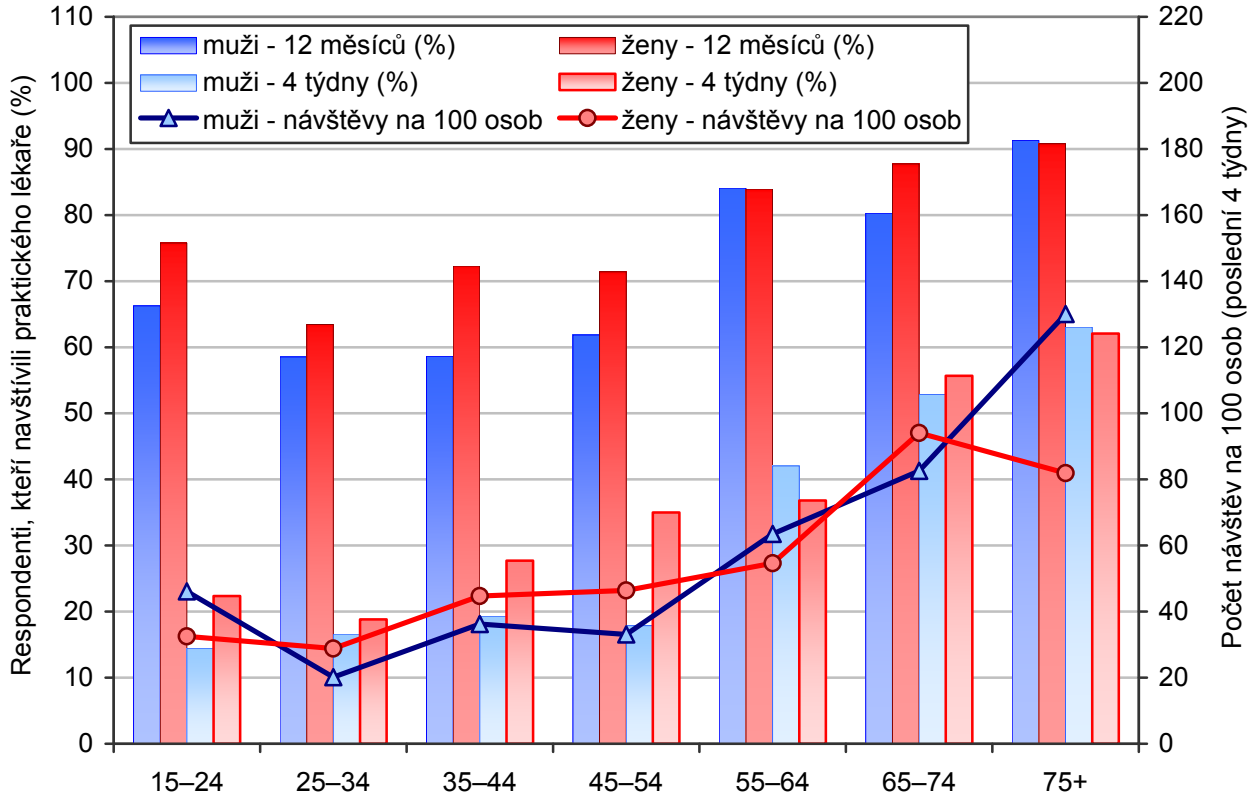
Věk	Podíl osob s návštěvou praktika (%)				Počet návštěv praktika v posledních 4 týdnech			
	posledních 12 měsíců		poslední 4 týdny		na 100 všech respondentů		na 1 respondenta (byl u praktika)	
	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy
15–24	66,3	75,8	14,5	22,4	46,1	32,5	3,2	1,5
25–34	58,5	63,4	16,6	18,8	20,1	28,8	1,2	1,5
35–44	58,6	72,3	19,3	27,7	36,2	44,7	1,9	1,6
45–54	61,8	71,4	17,9	35,0	33,1	46,4	1,8	1,3
55–64	84,1	84,0	42,0	36,8	63,5	54,6	1,5	1,5
65–74	80,3	87,8	52,9	55,7	82,6	94,1	1,6	1,7
75+	91,3	90,8	63,0	62,1	130,1	81,9	2,0	1,3
Celkem	67,9	76,1	26,1	33,4	46,5	49,7	1,8	1,5

Obecně lze říci, že s věkem zaznamenáváme rostoucí trend návštěvnosti praktického lékaře. Odchylku od tohoto trendu pozorujeme u věkové kategorie 15–24 let, kde je podíl respondentů, kteří navštívili svého praktického lékaře během posledních 12 měsíců, vyšší než v kategorii následující. Jedná se pravděpodobně o respondenty, kteří navštívili praktika v rámci pravidelné prohlídky na základní či vysoké škole. Nejnižší podíl osob, které praktika navštívily, tak zaznamenáváme ve věkové skupině 25–34 let, a to u obou pohlaví.

U obou pohlaví byly zjištěny statisticky významné rozdíly mezi věkovými skupinami respondentů, kteří navštívili praktického lékaře během posledních 12 měsíců. Tento podíl výrazně stoupá zejména po 55. roku věku, muži ve věkové kategorii „55 let a starší“ navštěvovali svého praktického lékaře přibližně 3,5krát častěji než muži mladší 55 let. U žen je tento poměr mezi staršími 54 let a mladšími 55 let 2,5násobný. U starších respondentů svoji roli sehrávají také pravidelné návštěvy chronicky nemocných osob pro předpis na dlouhodobě užívané léky, které četnost jejich kontaktu s praktikem zvyšují.

Během posledních 4 týdnů navštívila praktického lékaře celkem zhruba 1/4 mužů a 1/3 žen, rozdíl mezi oběma pohlavími je statisticky významný. Z hlediska věku obecně má tento ukazatel s věkem rostoucí tendenci, ke zvýšení podílu osob s návštěvou lékaře během posledních 4 týdnů dochází opět, zejména u mužů, ve věku 55 let. U mužů v tomto věku a vyšším je pravděpodobnost navštívit praktika během posledních 4 týdnů zhruba 3,5krát vyšší než u mužů mladších. U žen tato diferenciace není tolik výrazná.

Graf 6.4: Návštěvnost praktického lékaře za posledních 12 měsíců a za poslední 4 týdny podle pohlaví a věku



U respondentů, kteří navštívili praktického lékaře alespoň jednou za poslední měsíc, jsme opět sledovali počet návštěv během posledních 4 týdnů. Téměř 71 % respondentů bylo u praktického lékaře jednou, 19 % respondentů dvakrát do měsíce. Třikrát či vícekrát navštívilo během posledního měsíce praktického lékaře celkem přes 10 % respondentů - jedná se především o ženy ve věku 55–64 let. Průměrně muži navštívili praktického lékaře za poslední měsíc 1,8krát, ženy 1,5krát. Tyto hodnoty jsou ovšem zkreslené díky vysoké četnosti návštěv praktického lékaře některými respondenty (například 9 respondentů bylo za poslední měsíc u praktického lékaře více než desetkrát).

Pokud bychom hodnotili ukazatel průměrného měsíčního počtu návštěv v přepočtu na všechny respondenty, pak zaznamenáváme u mužů 47 návštěv na 100 osob, u žen je to o něco více, a to 50 návštěv na 100 osob. S věkem se hodnota ukazatele zvyšuje. Rozdíl mezi oběma pohlavími nebyl po věkové standardizaci potvrzen jako statisticky významný.

Srovnatelnost výsledků šetření s údaji rutinní zdravotnické statistiky je v případě praktických lékařů omezená. Dle šetření EHIS připadalo na 100 respondentů 48 vyšetření u praktických lékařů za poslední měsíc. Šetření EHIS se týká obyvatelstva staršího 15 let, a nerozlišuje kategorii praktických lékařů pro děti a dorost od kategorie praktických lékařů pro dospělé. Pokud chceme porovnat údaj s rutinní statistikou vyšetření všech obyvatel ČR, k praktickým lékařům pro dospělé přičteme i vyšetření u praktických lékařů pro děti

a dorost, můžeme srovnávat s údajem 42 vyšetření na 100 obyvatel ČR za měsíc (dle rutinní statistiky).

Lékař specialista

Lékaře specialistu navštívilo během posledních 12 měsíců 45 % mužů a 67 % žen. Dalších 39 % mužů a 27 % žen bylo u lékaře specialisty před více než 12 měsíci. Lékaře specialistu nikdy nekontaktovalo 16 % mužů a 6 % žen - jedná se především o respondenty mladší 44 let.

V návštěvách lékaře specialisty za posledních 12 měsíců sledujeme statisticky významný rozdíl mezi pohlavími - ženy kontaktovaly lékaře specialisty přibližně 2,5krát častěji než muži. Rozdíly mezi pohlavími jsou ještě výraznější ve věkové skupině do 54 let - zde ženy kontaktovaly lékaře specialisty přibližně 3,5krát častěji než muži. Ve věkové kategorii 55 let a starší nebyly rozdíly mezi pohlavími potvrzeny jako statisticky významné. Rozdíly přičítáme návštěvám gynekologů ženami, mj. i v souvislosti s preventivními vyšetřeními. Z hlediska věku lze říci, že zatímco u žen je podíl osob s návštěvou specialisty v posledních 12 měsících zhruba vyrovnaný, u mužů vidíme výrazný nárůst po 45. roce věku. V nejstarší věkové skupině již zaznamenáváme zhruba 70 % osob, které během posledních 12 měsíců navštívily lékaře specialistu.

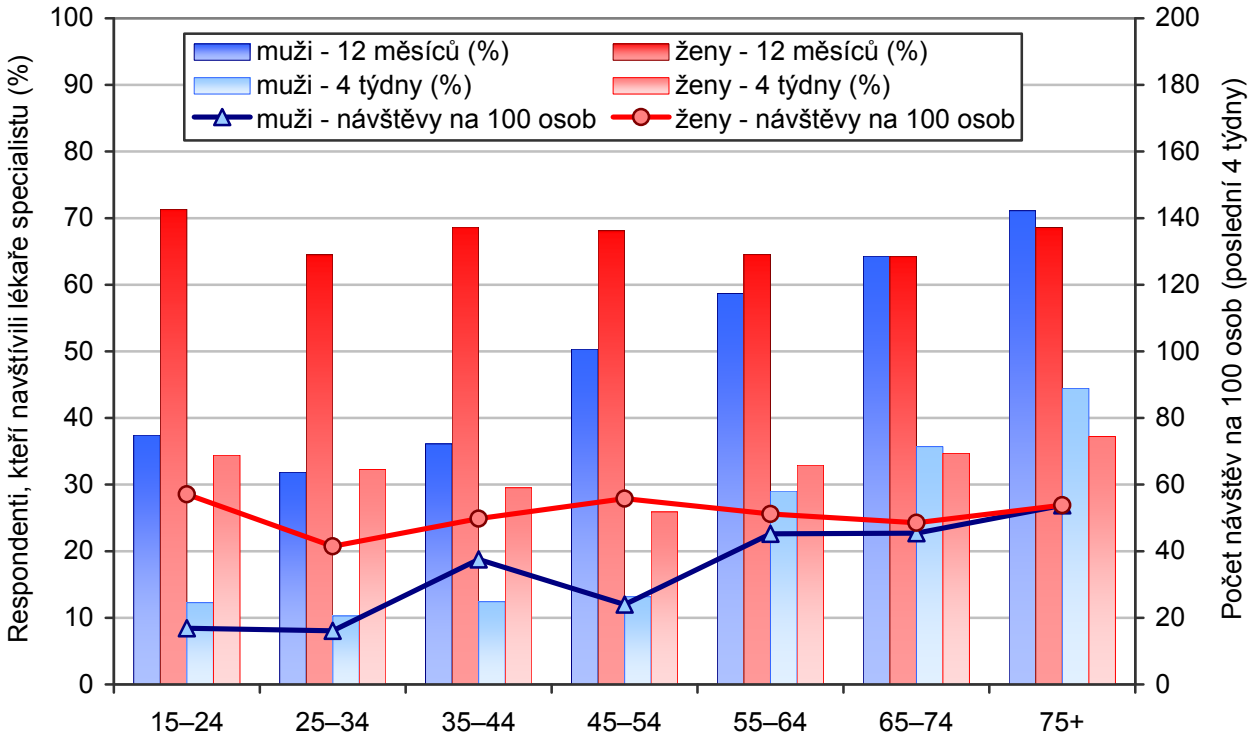
Tab. 6.5: Návštěvy respondentů u lékaře specialisty

Věk	Podíl osob s návštěvou specialisty (%)				Počet návštěv specialisty v posledních 4 týdnech			
	posledních 12 měsíců		poslední 4 týdny		na 100 všech respondentů		na 1 respondenta (byl u specialisty)	
	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy
15–24	37,4	71,3	12,3	34,4	16,9	57,1	1,4	1,7
25–34	31,9	64,5	10,3	32,3	16,1	41,5	1,6	1,3
35–44	36,1	68,7	12,4	29,5	37,5	49,8	3,1	1,7
45–54	50,3	68,1	13,2	25,9	24,0	55,8	1,8	2,2
55–64	58,7	64,6	29,0	32,9	45,2	51,2	1,5	1,5
65–74	64,3	64,3	35,7	34,7	45,4	48,5	1,3	1,4
75+	71,1	68,6	44,4	37,2	53,8	53,8	1,2	1,4
Celkem	45,3	67,1	18,1	32,0	29,7	50,7	1,6	1,6

Za poslední 4 týdny navštívilo lékaře specialistu 18 % mužů a 32 % žen. Rozdíl je statisticky významný i po věkové standardizaci. Celkový rozdíl mezi pohlavími je způsoben především rozdíly ve věkové kategorii do 55 let, kde během posledního měsíce ženy kontaktovaly lékaře specialisty výrazně častěji než muži. Rozdíl mezi pohlavími opět přičítáme návštěvám gynekologů ženami. Věkový profil je velice podobný jako v případě předchozího ukazatele.

U respondentů, kteří navštívili lékaře specialistu během 4 týdnů alespoň jednou, jsme dále sledovali počet návštěv. Nejvyšší podíl představovali respondenti, kteří jej během této doby kontaktovali jedenkrát (71,3 %), dvakrát jej kontaktovalo 16,5 % respondentů a třikrát či vícekrát potom 12,2 % respondentů. Třikrát či vícekrát kontaktovaly lékaře specialistu zejména ženy ve věkových kategoriích 15–24 a 45–64 let, a dále také muži ve věkové kategorii 35–44 let. Průměrně respondenti navštívili lékaře specialistu za poslední měsíc 1,6krát - je ovšem nutné mít na paměti, že tato hodnota je mírně zkreslená díky vysoké četnosti návštěv lékaře specialisty některými respondenty - například 5 osob bylo u lékaře specialisty za poslední měsíc více než desetkrát. U obou pohlaví vychází v tomto případě ukazatel shodně. Pokud uvažujeme počet návštěv lékaře specialisty v přepočtu na všechny osoby, získáváme u mužů 30 návštěv specialisty na 100 osob za poslední 4 týdny, u žen je to výrazně více, a to 51 návštěv na 100 osob. Statisticky významný rozdíl z hlediska pohlaví je patrný zejména v nižších věkových skupinách.

Graf 6.5: Návštěvnost lékaře specialisty za posledních 12 měsíců a za poslední 4 týdny podle pohlaví a věku



Dle údajů běžné statistiky z roku 2008 připadalo na 1 měsíc na 100 osob 54 vyšetření lékařů specialistů. Podle šetření EHIS je to 40 vyšetření lékaři specialisty na 100 respondentů starších 15 let. Větší rozdíl může být zkreslen věkovou kategorií mladší 15 let, která je započítána ve vyšetřeních lékaři specialisty v běžné evidenci, kdežto v šetření EHIS nikoliv.

Nově byla v šetření EHIS zařazena otázka na neuspokojenou potřebu péče specialistů. Ta sledovala, zda nastala v průběhu posledních 12 měsíců situace, kdy respondent opravdu potřeboval péči lékaře specialisty pro sebe, ale nedostalo se mu jí. Celkem 40 respondentů (tj. 1,4 % mužů a 2,6 % žen) v dotazníku uvedlo, že během posledních 12 měsíců nastala situace, kdy opravdu potřebovali péči lékaře specialisty pro sebe, ale nedostalo se jim jí. Nejčastější výskyt tohoto problému zaznamenáváme ve věkové skupině 25–34 let a 55–64 let. Nejčastějším důvodem, kvůli kterému došlo k takovéto situaci, bylo: „odložení na jiný termín, odmítnutí ze strany zdravotnického zařízení, absence doporučení lékaře“. Jako druhý nejčastější důvod respondenti uváděli „nevyhovující z časových důvodů (zaměstnání, péče o děti, jiné)“.

Zdravotničtí pracovníci-nelékaři a poskytovatelé alternativní medicíny

Nově byly v šetření zařazeny také otázky na to, zda respondent během posledních 12 měsíců využil jiného typu zdravotní péče, a to zejména péče zdravotnických pracovníků-nelékařů, příp. zda využil služeb některého z poskytovatelů alternativní medicíny.

Přehled zdravotnických pracovníků-nelékařů a podíl respondentů, kteří je navštívili nám podává tab. 6.6.

Tab. 6.6: Navštívená pracoviště zdravotnických pracovníků-nelékařů za posledních 12 měsíců podle pohlaví

Zdravotničtí pracovníci-nelékaři	Podíl respondentů, kteří navštívili pracoviště (%)		
	muži	ženy	celkem
laboratorní či radiologické zdravotnické pracoviště	23,1	31,3	27,3
fyzioterapeut/rehabilitační pracovník	11,8	15,4	13,7
zdravotní sestra, porodní asistentka	3,2	6,3	4,8
dietní sestra, dietetik	0,8	1,5	1,2
logoped	0,2	0,2	0,2
chiropraktik, masér	7,3	9,9	8,6
ergoterapeut	0,2	0,1	0,1
psycholog nebo psychoterapeut	1,5	3,8	2,7
jiný zdravotnický pracovník nelékař	0,9	1,6	1,2

Nejčastěji respondenti využívali péče laboratorního či radiologického pracoviště, to během posledních 12 měsíců navštívilo 23 % mužů a 31 % žen, dále pak péče fyzioterapeuta a rehabilitačního pracovníka (12 % mužů a 15 % žen). Třetí v pořadí je chiropraktik, masér, jehož péče v posledních 12 měsících využilo 7 % mužů a 10 % žen. Podíl osob, které v posledních 12 měsících využily služeb alespoň jednoho ze zdravotnických pracovníků nelékařů je 35 % u mužů a 46 %. Rozdíl mezi pohlavími je statisticky významný i po odstranění vlivu věkové struktury. Ženy navštěvovaly nějakého z poskytovatelů častěji ve srovnání s muži.

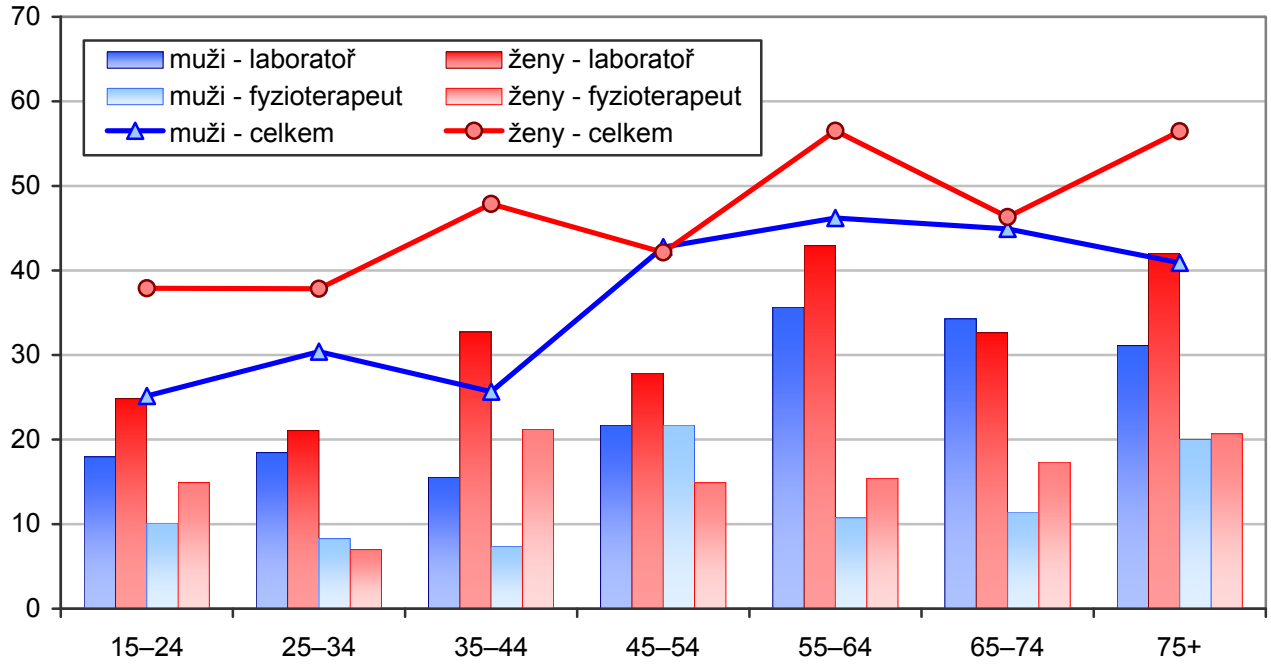
Tab. 6.7: Ukazatele návštěvnosti respondentů u zdravotnických pracovníků-nelékařů podle pohlaví a věku

Věk	Alespoň jedno pracoviště (v %)		Počet pracovišť na 100 respondentů (všichni)		Počet pracovišť na 1 respondenta (navštívil alespoň 1 pracoviště)	
	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy
15–24	25,1	37,9	36,4	57,5	1,45	1,51
25–34	30,4	37,8	39,5	54,2	1,30	1,43
35–44	25,7	47,9	35,8	87,0	1,38	1,81
45–54	42,8	42,1	59,7	56,4	1,39	1,34
55–64	46,2	56,5	65,6	83,9	1,42	1,48
65–74	44,9	46,3	61,4	63,9	1,37	1,38
75+	40,9	56,5	66,7	81,7	1,63	1,44
Celkem	34,9	45,6	48,8	68,6	1,40	1,50

Někteří respondenti však mohli využít více pracovišť zdravotnických pracovníků – nelékařů, k tomu došlo u zhruba 1/3 těch, kteří vůbec nějaké z uvedených pracovišť navštívili. V průměru tito respondenti navštívili 1,45 pracovišť, rozdíl mezi oběma pohlavími nebyl potvrzen statistickým testem. Pokud bychom přepočetli celkový počet navštívených pracovišť na všechny respondenty (tedy i na ty, kteří žádné pracoviště nenavštívili), připadalo na 100 respondentů 59 navštívených pracovišť zdravotnických pracovníků nelékařů (v dotazníku celkem 9 kategorií), z toho 49 na muže a 69 na ženy. Nejedná se o opakovaná vyšetření, údaj je počítán z počtu navštívených pracovišť zdravotnických pracovníků nelékařů přepočtených na 100 respondentů. Rozdíl mezi pohlavími je statisticky významný.

Z hlediska jednotlivých typů zdravotnických pracovníků statisticky významné rozdíly zaznamenáváme v případě návštěvy laboratoře/radiologie (může být částečně dáno mamografiemi u žen, viz dále v textu), ale i např. zdravotní sestry/porodní asistentky. Zde dochází ke zvýšené koncentraci u žen ve věku 75 a více let (12 % žen) a ve věku 25–44 let (9 % žen) (v této věkové skupině zřejmě vyšší podíl způsobují návštěvy z důvodů spojených s porodem). Statisticky významný rozdíl podle pohlaví pozorujeme dále u návštěv chiropraktika a psychologa (psychoterapeuta) - zde je rozdíl největší, ženy navštívily psychologa až třikrát častěji ve srovnání s muži. Nejčastěji psychologa či psychoterapeuta navštěvovaly ženy ve věku 35–44 let (9 % respondentek v tomto věku).

Graf 6.6: Podíl osob s návštěvou zdravotnických pracovníků–nelékařů celkem a u vybraných typů podle věku a pohlaví (v %)



Z hlediska věku lze konstatovat, že s rostoucím věkem podíl těch, kteří navštívili nějakého zdravotnického pracovníka – nelékaře roste, i když záleží na konkrétním typu pracoviště. Graf 6.6 prezentuje podíl respondentů, kteří navštívili laboratoř/radiologii a fyzioterapeuta podle věku. Zatímco podíl respondentů s návštěvou laboratoře roste s věkem, v případě fyzioterapeuta je ukazatel napříč věkovými skupinami vyrovnanější.

Zajímavé je rozložení návštěv laboratoře/radiologie podle věku u žen. Největší koncentraci pozorujeme ve věkové skupině 55–64 let, kdy 43 % respondentek v tomto věku navštívilo takovéto pracoviště. Domníváme se, že tato zvýšená koncentrace může být způsobena vyšetřeními mamografem, kterých byl zaznamenán nejvyšší výskyt právě v této věkové kategorii. Hypotézu potvrdilo i statistické testování - souvislost návštěv laboratorního či radiologického pracoviště s mamografickým vyšetřením byla ve věkové kategorii 55–64 let prokázána jako statisticky významná (podobně i pro věkové kategorie 35–44 a 45–54 let).

Poskytovatelé alternativní medicíny

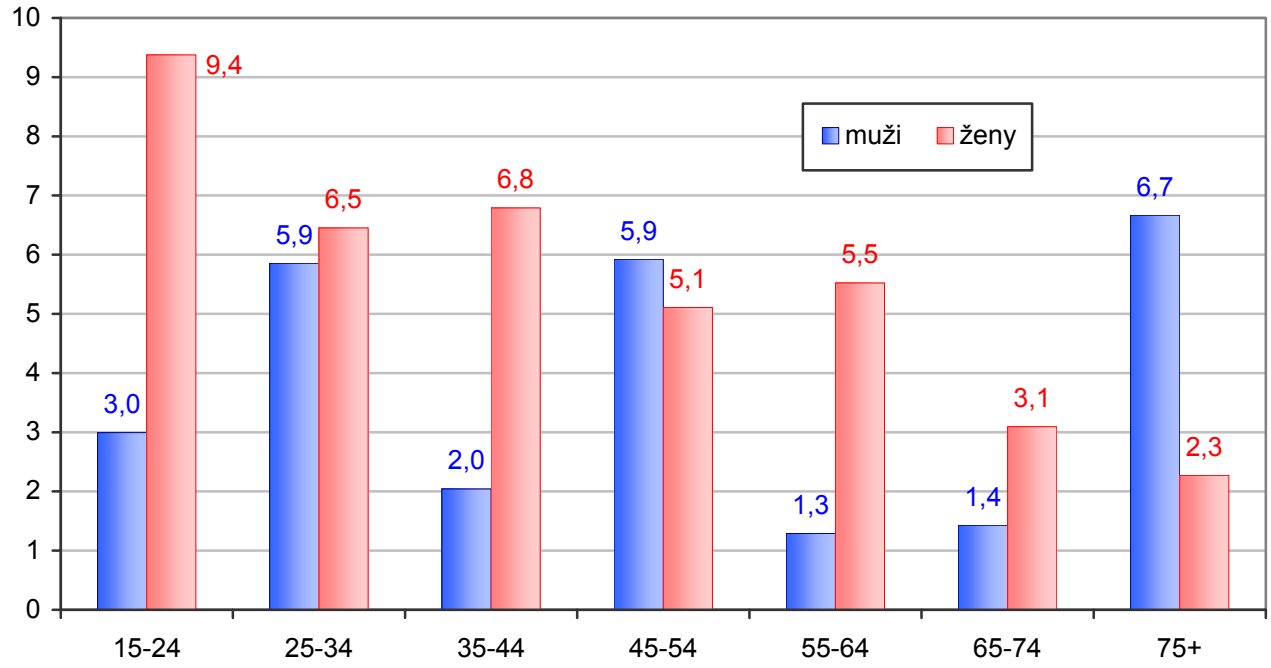
Alespoň jednoho z poskytovatelů alternativní medicíny navštívilo 35 mužů (3,7 %) a 59 (5,9 %) žen, ženy tedy využily služeb alternativní medicíny častěji ve srovnání s muži. Rozdíl mezi pohlavími je statisticky významný, pravděpodobnost návštěvy poskytovatele alternativní medicíny je přibližně o 2/3 vyšší u žen než mužů.

Tab. 6.8: Respondenti, kteří v posledních 12 měsících navštívili poskytovatele alternativní medicíny

	Počet		Podíl ze všech respondentů (%)	
	muži	ženy	muži	ženy
Homeopat	15	20	1,6	2,0
Akupunkturista	4	7	0,5	0,7
Fytoterapeut/herbalista	5	17	0,5	1,7
Jiný poskytovatel alternativní medicíny	10	26	1,1	2,6
Alespoň jeden	35	59	3,7	5,9

Z hlediska jednotlivých kategorií poskytovatelů alternativní medicíny byl nejvyšší podíl mužů u homeopata (1,6 % mužů, 2,0 % žen).

Graf 6.7: Podíl respondentů s návštěvou poskytovatele alternativní medicíny v posledních 12 měsících podle věku a pohlaví (v %)



Ženy využívají poskytovatelů alternativní medicíny významně více než muži. Nejčastěji ženy navštěvují „jiného poskytovatele alternativní medicíny“ (2,6 %), následuje homeopat (2 %), fytoterapeut (1,7 %) a v poslední řadě akupunkturista (0,7 % všech respondentek). Nejčastěji se do péče poskytovatelů alternativní medicíny svěřují ženy ve věku 15–24 let.

Využívání služeb domácí péče

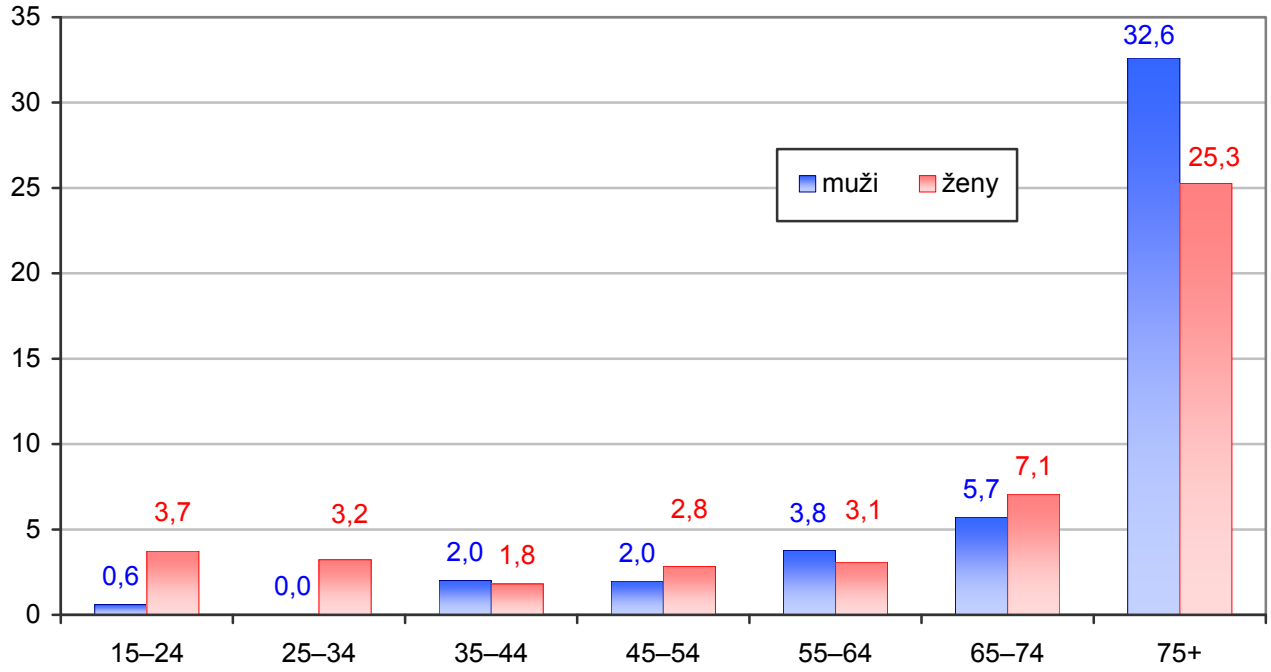
Poslední ze sledovaných zdravotnických služeb je služba domácí péče. Domácí péče, tak jak je zachycena v šetření EHIS, má širší význam ve srovnání s domácí péčí sledovanou rutinní zdravotnickou statistikou. Vedle běžné domácí péče spočívající v péči ošetřovatelské, osobní péči apod. je zde zahrnuta např. i osobní přeprava či návštěva porodní asistentky v domácnosti respondenta.

Tab. 6.9: Respondenti využívající služby domácí péče v průběhu posledních 12 měsíců

Služby domácí péče	Muži		Ženy	
	absolutně	v % ze všech respondentů	absolutně	v % ze všech respondentů
Domácí zdravotní péče poskytnutá sestrou či porodní asistentkou	5	0,6	20	2,0
Domácí péče - pomoc starším lidem s domácími pracemi	8	0,8	19	1,9
Doprava jídla	14	1,5	26	2,6
Služba osobní přepravy	17	1,8	22	2,2
Jiná služba domácí péče	3	0,4	19	1,9
Celkem	32	3,3	54	5,4

Služby domácí péče využilo v posledních 12 měsících před provedením rozhovoru 86 osob, tj. 4,4 % všech respondentů. Mezi muži je procento osob (3,3 %), které využily tyto služby, nižší než u žen (5,4 %), tento rozdíl je však způsoben zejména starší věkovou strukturou žen a po eliminaci jejího vlivu diference mizí. Vyšší využívání služeb domácí péče ve věkové kategorii žen 25–34 let lze přičíst návštěvám porodních asistentek v domácnosti respondentek. S věkem se podíl osob využívajících služeb domácí péče zvyšuje, ovšem nejvýznamnější složkou osob, které těchto služeb využívají, jsou senioři starší 74 let. Ze všech osob, které využily služeb domácí péče, činily osoby starší 74 let zhruba 44 %. Jednalo se vesměs o osoby, které žijí osaměle nebo pouze s partnerem/partnerkou. Ve věkové kategorii 75 a více let tak domácí péči využívalo 33 % mužů a 25 % žen, rozdíl mezi oběma pohlavími však nebyl potvrzen jako statisticky významný.

Graf 6.8: Respondenti využívající služby domácí péče v posledních 12 měsících podle věku (v %)



Nejčastěji využívanými službami byla služba dopravy jídla a služba osobní přepravy. Ty využívala zhruba 2 % všech respondentů.

Využívání služeb domácí péče úzce souvisí s výskytem zdravotních obtíží, resp. s omezením soběstačnosti respondentů. Pokud sledujeme využívání péče u osob, které uvedly nějaké potíže s vykonáváním aktivit osobní péče nebo péče o domácnost, pak zjišťujeme, že mezi těmi, kteří vykázali nějaké potíže s vykonáváním aktivit péče o domácnost (vyjma těžkých domácích prací), bylo zhruba 30 % osob, které využily v posledních 12 měsících nějaké ze služeb domácí péče. Tento podíl byl zhruba shodný u obou pohlaví. Samozřejmě výrazně vyšší (45 %) byl tento podíl u těch, kteří uvedli, že vůbec nejsou schopni nějakou z aktivit péče o domácnost vykonávat. Podobně tomu bylo v případě potíží s vykonáváním aktivit osobní péče.

6.3. Léky

Užívání léků, ať již předepsaných či nepředepsaných, obvykle směřuje k řešení zdravotních obtíží, příp. k jejich prevenci či zmírnění příznaků. V šetření EHIS 2008 jsme sledovali, zda respondenti užívali během posledních 2 týdnů nějaké předepsané, ale i nepředepsané léky a pokud ano, jakého typu tyto léky byly.

Předepsané léky

Užívání předepsaných léků jsme sledovali prostřednictvím dvou otázek. Nejprve byla respondentům položena otázka: „Užíval(a) jste v posledních 2 týdnech nějaké předepsané léky (včetně potravinových doplňků, jako jsou rostlinné přípravky či vitamíny), tj. léky, které

vám byly předepsány nebo doporučeny lékařem (u žen včetně pilulek proti početí a jiných hormonálních přípravků)?“ Pokud respondent odpověděl, že ano, tazatel mu předložil kartu se seznamem léků na vybrané potíže (viz tab. 6.11), příp. se jej dotázal, zda užívá nějaké jiné léky, než na vyjmenované potíže.

Pojmem léky jsou v této otázce myšleny jakékoliv pilulky, tablety, kapsle, kapky, krémy, masti, náplasti či spreje s léčebným účinkem, ale i potravinové doplňky, minerály, vitaminy, bylinné přípravky apod., které jsou určeny ke zmírnění příznaků, prevenci onemocnění či zlepšení zdravotního stavu a které se obvykle kupují v lékárně. Kromě léků předepsaných lékařem přímo na recept měly být zahrnuty také léky, které lékař pouze respondentovi doporučil a ten si je pak na základě tohoto doporučení opatřil bez receptu. Veškeré tyto podrobné specifikace týkající se použitých pojmů byly uvedeny v pokynech pro tazatele.

Celkem užívala nějaké lékařem předepsané léky v posledních 2 týdnech více než polovina respondentů (52 %), přitom mezi muži bylo toto procento (41,5 %) nižší než mezi ženami (62,3 %). Tento rozdíl je způsoben zejména zahrnutím antikoncepčních pilulek a hormonů mezi léky u žen. Pokud bychom antikoncepční pilulky a hormony neuvažovali, získáváme u žen 52% podíl těch, které v posledních 2 týdnech užívaly nějaké léky. I po očištění od vlivu věku a po eliminaci žen, které neužívaly jiné léky než antikoncepci a hormony, potvrzuje logistická regrese statisticky významný rozdíl mezi muži a ženami. Ženy užívají léky zhruba 1,4krát častěji ve srovnání s muži, což odpovídá vyšší prevalenci chronických nemocí u žen.

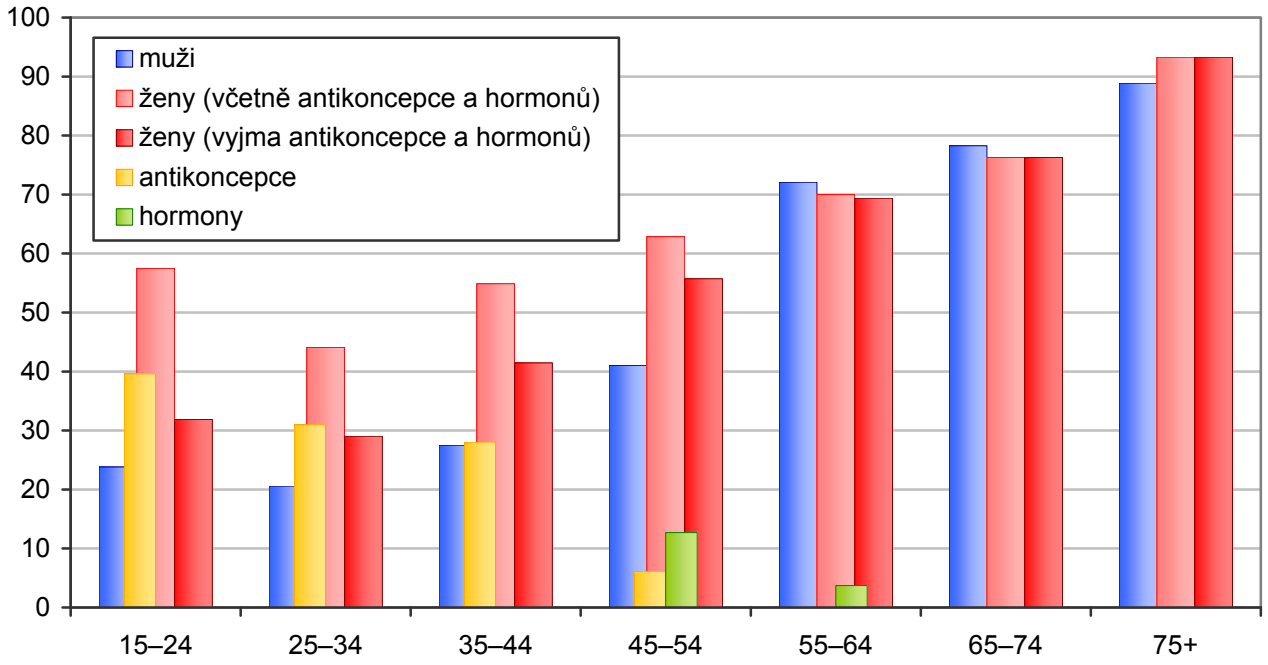
Tab. 6.10: Podíl respondentů užívajících léky v posledních dvou týdnech podle věku a pohlaví (v %)

Věk	Předepsané léky			Nepředepsané léky	
	muži	ženy	ženy - vyjma antikoncepce	muži	ženy
15–24	23,8	57,5	31,9	43,8	49,1
25–34	20,6	44,1	29,0	44,1	52,2
35–44	27,5	54,9	41,5	37,8	61,6
45–54	41,1	62,9	55,7	30,3	56,0
55–64	72,1	70,0	69,4	39,4	43,8
65–74	78,3	76,3	76,3	46,5	49,5
75+	88,9	93,3	93,3	46,7	46,6
Celkem	41,5	62,3	52,1	40,4	51,6

Také s věkem se užívání léků logicky, s rostoucí nemocností, zvyšuje. Věkový profil je charakterizován nejnižším podílem osob užívajících lékařem předepsané léky ve věku 25–34 let, s rostoucím věkem roste i podíl osob užívajících léky. Ze srovnání obou pohlaví je zřejmé, že rozdíly jsou, i po odstranění antikoncepce a hormonů, nejčetnější ve věku do 55 let, následně mají obě pohlaví téměř shodný podíl osob užívajících léky, přitom ve věku 75 a více let je to zhruba 90 % osob, které užívají lékařem předepsané léky.

Antikoncepce je nejvíce užívána ženami ve věku 15–24 let (40 %), s věkem její užívání klesá, hormony při a po menopauze užívají ženy ve věku 45–54 let.

Graf 6.9: Podíl osob užívajících lékařem předepsané léky podle věku a pohlaví (v %)



Sledovat můžeme nejen léky celkem, ale také jednotlivé typy léků, resp. léky užívané na konkrétní zdravotní problémy. Užívání léků by mělo odpovídat prevalenci vybraných chronických onemocnění v posledních 12 měsících, resp. by mělo platit, že respondent, který uvedl, že užívá léky na daný zdravotní problém, rovněž uvedl, že tímto problémem v posledních 12 měsících trpěl. Prevalence jednotlivých chronických nemocí je prezentována v kap. 5.2. U některých typů onemocnění jsme však zaznamenali, že respondent uvedl užívání léků, i když neuvedl žádné související obtíže, to se týká např. léků na hypertenzi, migrénu, bolesti kloubů, bolesti krku a zad, ale i deprese a duševní napětí či úzkost. Zde je možné, že léky zlepšily respondentův zdravotní stav natolik, že onemocnění jako takové nevnímá, neboť je léky plně kontrolováno. Tak např. pacient, který užívá antidepresiva, neuvedl v otázce HS.06, že trpí depresí, neboť jeho duševní stav je kontrolován právě prostřednictvím léků a je relativně dobrý, nebo již onemocnění odeznělo, užívání léků však přetrvává. Souvislost zde tedy není, jak je zřejmé, zcela jednoznačná.

Nejčastější z předepsaných léků byly léky na hypertenzi (ty užívalo 20 % respondentů), což odpovídá vysoké prevalenci hypertenze v populaci (22,5 % respondentů mělo v posledních 12 měsících hypertenzi), následovaly léky na bolesti kloubů (11,2 %) a léky na bolesti krku a zad (10,5 %), relativně četně užívané byly i léky na alergie (7 % respondentů). Z jiných, v tabulce neuvedených léků, se nejčastěji jednalo o léky na štítnou žlázu. Antikoncepční pilulky byly užívány 30 % žen do 50 let, hormony při menopauze užívalo 5 % žen ve věku 45 let a více.

Z hlediska pohlaví zaznamenáváme výraznější rozdíly v užívání léků na bolesti, jako jsou bolesti kloubů, krku a zad, migréna a jiné bolesti. Zde ženy užívaly léky častěji než muži, což opět odpovídá vyšší prevalenci jak vybraných zdravotních problémů (problémy s krční páteří, migréna), tak bolestí obecně u žen. Častější u žen byly také léky na příznaky alergie, deprese a úzkostné duševní poruchy, dále léky na spaní a jiné léky.

Užívání jednotlivých typů léků se obecně s věkem zvyšuje, výjimku představují léky na snížení hladiny cholesterolu, jejichž užívání je nejčastější ve věku 55–64 let, léky na bolesti hlavy užívaly nejčastěji ženy ve věku 35–44 let a 75 a více let, rovněž léky na deprese jsou nejčastěji užívány u žen v těchto věkových skupinách, léky na alergické příznaky jsou užívány zejména mladými lidmi.

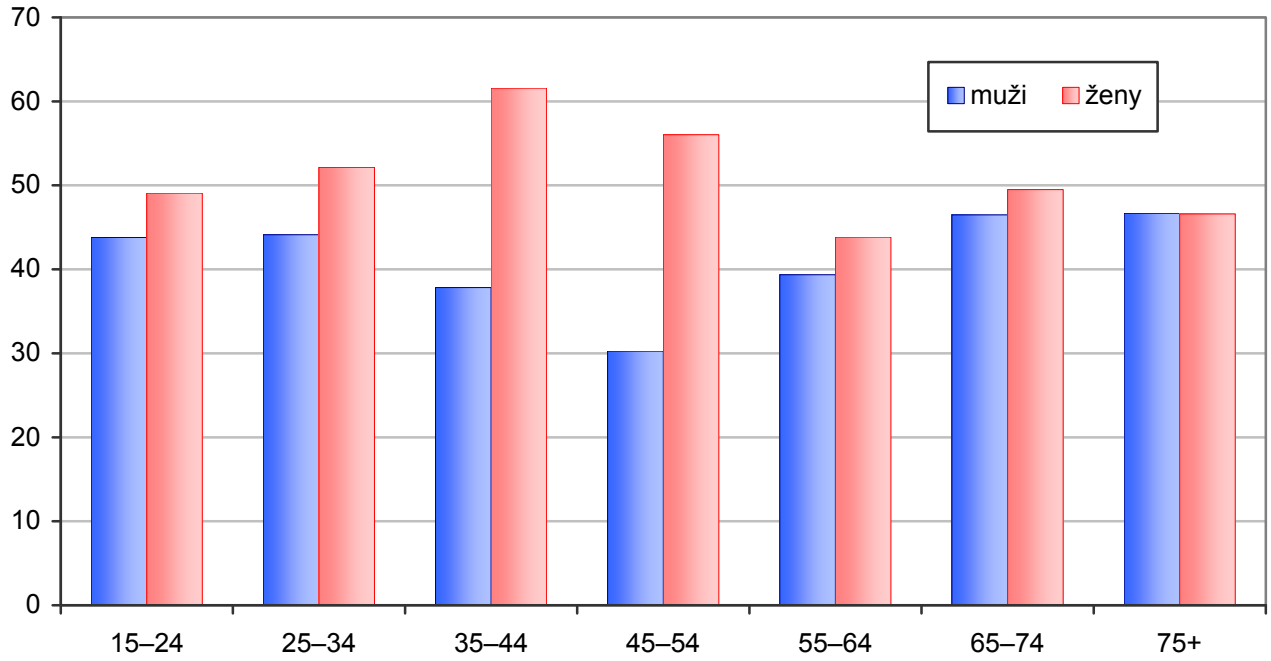
Tab. 6.11: Užívání předepsaných léků podle jejich typu

Léky na:	Počet osob	Podíl ze všech respondentů (%)		
		celkem	muži	ženy
Astma	57	2,9	2,2	3,6
Chronickou bronchitidu nebo rozedmu	41	2,1	1,4	2,7
Vysoký krevní tlak	465	20,2	20,2	20,2
Snížení hladiny krevního cholesterolu	145	6,6	7,1	6,2
Jiné kardiovaskulární onemocnění, jako mrtvice nebo srdeční záchvat	161	6,6	6,6	6,7
Bolesti kloubů (artróza, artritida)	271	11,2	7,4	14,8
Bolesti krku a zad	231	10,5	7,8	13,1
Bolesti hlavy nebo migrénu	80	4,1	1,9	6,2
Jiné bolesti	107	4,8	3,6	5,9
Cukrovku	115	4,5	4,2	4,9
Alergické příznaky (ekzém, rýma, senná rýma)	124	7,2	5,2	9,0
Žaludeční obtíže	70	2,9	2,5	3,4
Rakovinu (chemoterapie)	11	0,5	0,2	0,9
Deprese	58	2,7	1,5	3,9
Duševní napětí nebo úzkost	58	2,4	1,2	3,6
Léky na spaní	135	5,9	3,4	8,3
Antibiotika, např. penicilin	69	4,2	3,4	5,0
Antikoncepční pilulky (pro ženy do 50 let)	144	30,0	x	30,1
Hormony při menopauze (pro ženy v nebo po menopauze, tj. 45 let a více)	18	4,9	x	4,9
Nějaké jiné léky předepsané lékařem? (Pokud ANO): Jaký druh léků?	273	13,2	10,2	16,0
Celkem předepsané léky (včetně antikoncepce a hormonů)	1 077	52,2	41,1	61,8

Nepředepsané léky

Nepředepsané léky užívalo v posledních 2 týdnech 40 % dotázaných mužů a 52 % žen (viz tab. 6.10), přičemž tento rozdíl byl potvrzen jako statisticky významný i po odstranění vlivu odlišné věkové struktury. Užívání nepředepsaných léků totiž nemá tak jasný věkový profil jako užívání léků předepsaných, navíc křivka věkového profilu se liší u mužů a u žen.

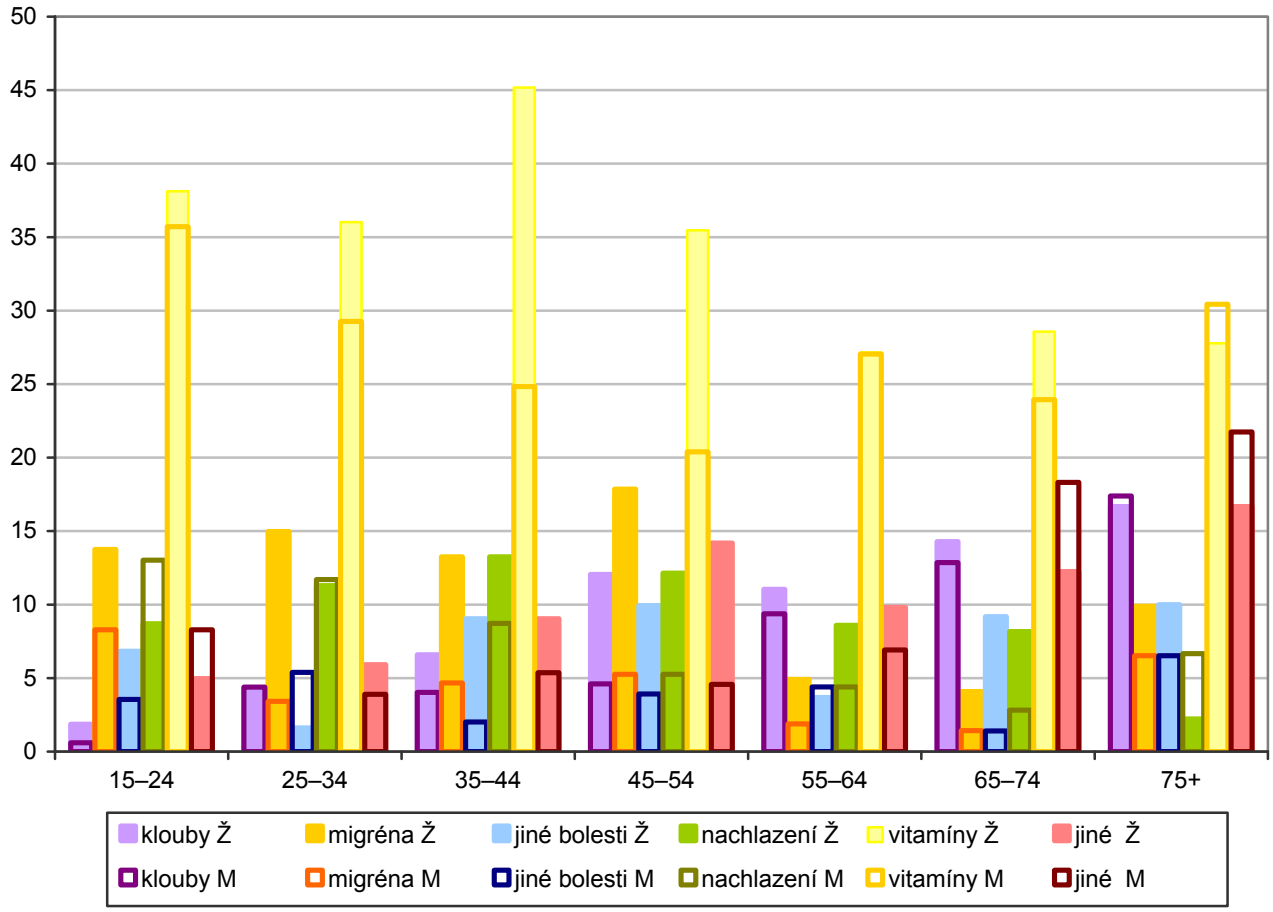
Graf 6.10: Podíl osob užívajících nepředepsané léky podle věku a pohlaví (v %)



Zatímco u mužů se hodnota pohybuje okolo 44–46 % ve většině věkových kategorií a ve věku 35–54 let se podíl mužů užívajících nepředepsané léky snižuje na 38 %, resp. 30 %, u žen je profil opačný. S věkem nejprve podíl uživatelek nepředepsaných léků roste až k 62 %, tj. k maximu ve věku 35–44 let, následně pak klesá a v nejvyšším věku se pohybuje už pod hodnotou 50 %. V důsledku toho jsou největší rozdíly mezi oběma pohlavími zřejmé ve věkových kategoriích 35–54 let, kde ženy převyšují muže v užívání nepředepsaných léků až o 25 p.b.

Za rozdíl mezi muži a ženami ve věku 35–54 let jsou zodpovědné vitamíny, které užívá zhruba 45 % žen ve věku 35–44 let, avšak pouze 25 % mužů v tomto věku, dále léky na bolesti hlavy, ve věku 45–54 let jsou potom téměř všechny léky užívané ženami zhruba dvakrát častěji než mezi muži.

Graf 6.11: Srovnání užívání nepředepsaných léků podle typu u mužů a žen podle věku (v %)



Obecně se nejčastěji užívaly vitamíny, minerály a tonika (28 % mužů, 35 % žen), léky proti nachlazení (8 % mužů, 10 % žen) a na bolesti hlavy (5 % mužů, 12 % žen). Z jiných léků se jednalo především o Paralen, Ibalgin, Ibuprofen, tedy universální léky na bolesti a nepříjemné stavy, dále o potravinové doplňky typu lecitin, pupalka, ginko biloba apod., vitamíny (C, B) a minerály (magnesium apod.), v několika případech respondenti uvedli užívání homeopatik.

S věkem se zvyšuje užívání nepředepsaných léků na bolesti kloubů a jiných léků, naopak léky na nachlazení jsou nejčastěji užívány osobami do 54 let, podobně je tomu u vitamínů. Léky na migrénu užívají nejčastěji ženy ve středním věku a mladí muži.

Tab. 6.12: Užívání nepředepsaných léků na jednotlivé potíže

Léky na:	Počet osob	Podíl ze všech respondentů (%)		
		celkem	muži	ženy
Bolesti kloubů (artróza, artritida)	140	7,2	5,9	8,4
Bolesti hlavy nebo migrénu	161	8,3	4,5	11,8
Jiné bolesti	102	5,2	3,8	6,6
Nachlazení, chřipku nebo bolest v krku	178	9,1	8,3	9,8
Alergické příznaky	42	2,2	1,6	2,7
Žaludeční obtíže	31	1,6	1,2	1,9
Vitamíny, minerály nebo tonika	614	31,4	27,7	34,9
Nějaké jiné léky nebo doplňky	167	8,6	7,3	9,7
Celkem	898	46,2	40,4	51,6

6.4. Preventivní péče

Prevence obecně slouží k předcházení výskytu nežádoucích jevů, v našem případě zdravotních problémů a onemocnění. Ve vztahu ke zdraví existuje několik typů prevence, nejvýznamnější roli v této oblasti hraje aktivní preventivní chování jedince (např. zdravý životní styl apod.) a dále preventivní zdravotní péče. Zatímco životním stylem a zdravotními riziky se zabývá kap. 7 této publikace, v této části budeme sledovat právě preventivní péči poskytovanou zdravotnickým personálem.

V oblasti zdravotnické prevence se setkáváme s celou škálou preventivních opatření, v závislosti na tom, na jaký zdravotní problém jsou cíleny. V šetření EHIS bylo vybráno 7 typů preventivní péče:

- očkování proti chřipce
- měření krevního tlaku
- měření hladiny cholesterolu
- měření cukru v krvi (glykemie)
- mamografické vyšetření prsu
- stěr z děložního čípku (onkologická cytologie)
- test na okultní krvácení

U všech typů prevence jsme zjišťovali, kdy naposledy respondentovi byl daný typ péče poskytnut, u vybraných typů prevence (mamografie, onkologická cytologie pak i důvod, proč toto vyšetření podstupovaly). Přehled o tom, jaké procento respondentů podstoupilo daný typ prevence v posledních 12 měsících podává tab. 6.13.

Tab. 6.13: Celkový přehled preventivní péče v posledních 12 měsících podle věku

Věk	Podíl respondentů, kteří v posledních 12 měsících podstoupili (v %)						
	očkování proti chřipce	měření krevního tlaku	měření hladiny cholesterolu	měření hladiny cukru v krvi	test na okultní krvácení	mamografie	preventivní onkologická cytologie
	Muži						
15–24	14,0	50,9	17,1	19,1	0,0	x	x
25–34	7,6	39,8	24,9	24,3	1,5	x	x
35–44	5,7	51,4	39,4	40,0	2,7	x	x
45–54	5,6	62,1	51,8	50,4	6,0	x	x
55–64	11,5	81,6	75,7	73,7	14,9	x	x
65–74	17,9	87,3	75,0	79,7	14,3	x	x
75+	26,7	97,7	78,0	74,4	11,4	x	x
Celkem	10,5	60,7	45,9	45,9	5,8	x	x
	Ženy						
15–24	2,6	62,8	21,3	24,8	0,0	2,5	42,6
25–34	4,9	61,8	33,9	33,5	1,1	1,7	52,6
35–44	9,2	57,4	33,3	34,4	2,5	8,5	56,6
45–54	7,1	65,2	48,5	46,7	7,2	40,7	43,1
55–64	11,1	79,1	65,6	66,7	19,4	40,3	37,6
65–74	21,6	85,3	65,9	65,9	10,4	33,7	21,1
75+	23,8	91,0	72,6	72,9	8,6	7,2	8,0
Celkem	9,9	69,5	46,0	46,5	6,6	18,3	41,2

Očkování proti chřipce

Očkování proti chřipce je preventivní opatření, které pomáhá zabránit u očkované osoby propuknutí virového infekčního onemocnění chřipkou. Očkování je určeno především pro osoby, u kterých je žádoucí snížit pravděpodobnost chřipkové infekce s možnými přidruženými komplikacemi, což jsou zejména dvě překrývající se skupiny obyvatel:

- **starší osoby** - obvykle je do této skupiny řazena věková skupina osob ve věku 65 let a více,
- **osoby s chronickým onemocněním**, přičemž chronická onemocnění zde zahrnující následující relativně široké kategorie nemocí: chronická onemocnění dýchacího systému, chronická onemocnění srdce a cév, chronická onemocnění ledvin a jater, chronická metabolická onemocnění, nedostatečnost imunitního systému (vrozená nebo získaná), poruchy funkce průdušek a plic (tj. včetně poruch respiračních funkcí po poranění mozku, míchy, v důsledku křečových stavů nebo dalších neurologických či svalových poruch).

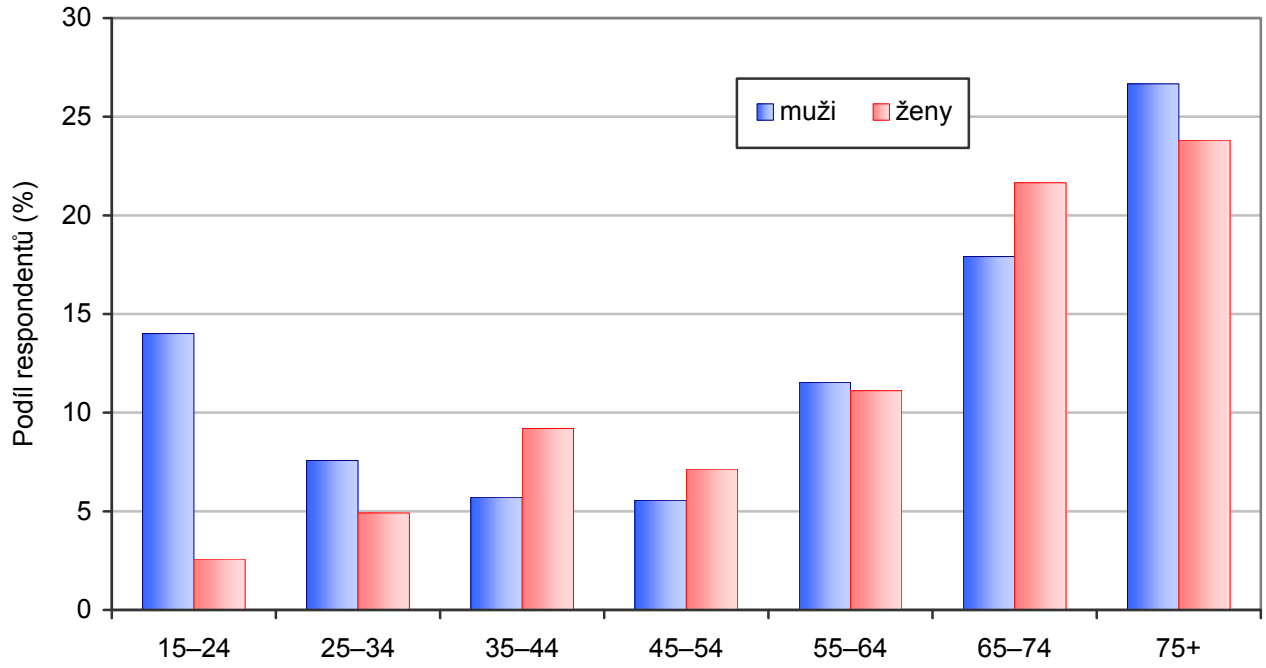
Vakcinace je dále doporučována osobám vystaveným zvýšenému riziku infekce v zaměstnání, především pracovníkům ve zdravotnictví a osobám, které mohou chřipku přenést na vysoce rizikové skupiny. Proto se provádí pravidelné očkování proti chřipce u osob umístěných v institucích, jako jsou např. léčebny pro dlouhodobě nemocné, domovy pro seniory a dále zvláštní očkování u personálu těchto zařízení. U těchto osob lze očekávat vyšší proočkovanost než v ostatních částech populace mj. i proto, že u těchto osob je očkování bezplatné.

Za posledních 12 měsíců od data rozhovoru bylo proti chřipce očkováno přibližně 10 % respondentů. Alespoň jednou za život potom bylo očkováno proti chřipce přibližně 20 % respondentů (22 % mužů a 19 % žen).

Rozdíly v očkovanosti za posledních 12 měsíců mezi pohlavími celkem nejsou statisticky významné ani po věkové standardizaci. Rozdíl mezi pohlavími je statisticky významný pouze ve věkové skupině 15–24 let, kdy muži byli očkování přibližně 6krát častěji než ženy. Tento rozdíl však může být způsoben velmi nízkým zastoupením očkovaných žen v této věkové kategorii (pouze 4 ženy).

Z hlediska věku dochází k větší koncentraci očkovaných od věku 65 let. Respondenti starší 64 let byli v posledních 12 měsících očkováni přibližně 3krát častěji než respondenti mladší 65 let. Podrobné členění podle pohlaví a věkových skupin respondentů prezentuje Graf 6.12. Je z něj zřejmé, že u respondentů ve věku 65 a více let podíl očkovaných proti chřipce v průběhu posledních 12 měsíců dosahoval okolo 20 % u obou pohlaví.

Graf 6.12: Podíl respondentů, kteří byli za posledních 12 měsíců očkováni proti chřipce podle pohlaví a věku (v %)



Měření krevního tlaku

Měření krevního tlaku je poměrně běžný a jednoduchý zdravotnický výkon, který pomáhá předcházet mnoha onemocněním, například kardiovaskulárním. Proto ze sledovaných měření v šetření vykazuje nejčastější výskyt. Někdy v životě bylo toto měření provedeno zhruba 96 % respondentů.

Za posledních 12 měsíců bylo měření krevního tlaku zdravotnickým pracovníkem provedeno 61 % mužů a 70 % žen. Dalších 30 % mužů a 24 % žen podstoupilo měření krevního tlaku v období před 1 až 5 lety; 4 % mužů a 2,5 % žen potom před více než 5 lety. Ilustrační pohled na měření krevního tlaku podle pohlaví, věkových skupin respondentů a doby, před kterou bylo provedeno, podává tabulka 6.14.

Tab. 6.14: Podíl osob podle doby od provedení měření krevního tlaku podle pohlaví a věku (v %)

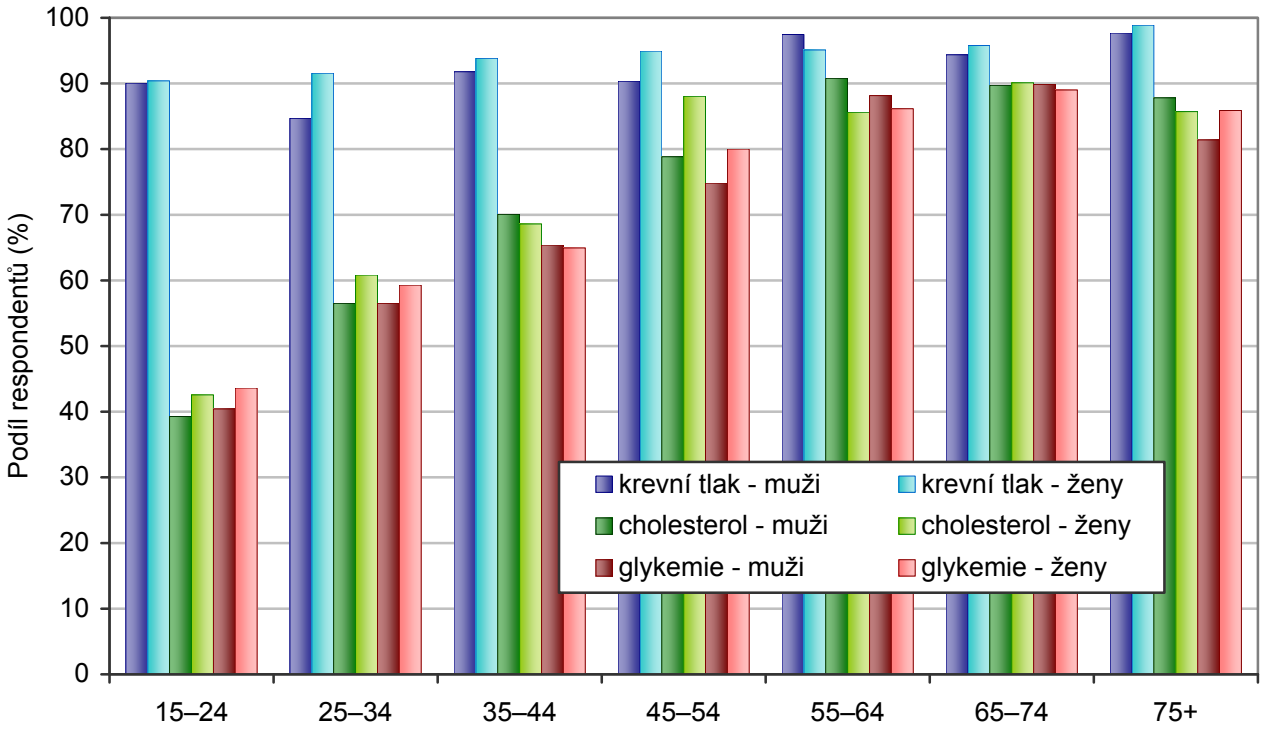
Věk	Poslední měření provedeno							
	nikdy	během posledních 12 měsíců	před 1–5 lety	před více než 5 lety	nikdy	během posledních 12 měsíců	před 1–5 lety	před více než 5 lety
	Muži				**Ženy**			
15–24	9,3	50,9	39,1	0,6	8,3	62,8	27,6	1,3
25–34	7,1	39,8	44,9	8,2	3,9	61,8	29,8	4,5
35–44	3,4	51,4	40,4	4,8	4,3	57,4	36,4	1,9
45–54	4,1	62,1	28,3	5,5	2,2	65,2	29,7	2,9
55–64	1,3	81,6	15,8	1,3	1,8	79,1	16,0	3,1
65–74	2,8	87,3	7,0	2,8	2,1	85,3	10,5	2,1
75+	0,0	97,7	0,0	2,3	0,0	91,0	7,9	1,1
Celkem	4,8	60,7	30,5	4,0	3,6	69,5	24,4	2,5

Z hlediska pohlaví se zdá, že ženy podstoupily měření krevního tlaku častěji ve srovnání s muži. Zatímco v posledním roce byl krevní tlak měřen u 61 % mužů, u žen to bylo téměř o 10 p.b. více. Tento rozdíl byl potvrzen jako statisticky významný i po odstranění vlivu věkové struktury. Nejvýraznější, a de facto jediný statisticky významný rozdíl zaznamenáváme ve věkové kategorii do 34 let, což je pravděpodobně dáno návštěvami těhotných žen v poradně, kdy je krevní tlak měřen při každé pravidelné kontrole. Pokud sledujeme podíl osob, které podstoupily měření krevního tlaku v posledních 5 letech, je tento podíl u obou pohlaví přibližně stejný a přesahuje 90 % hranici.

Rozdíly mezi věkovými skupinami jsou statisticky významné. S věkem se podíl respondentů, kterým byl krevní tlak měřen v posledních 12 měsících zvyšuje, a to zejména po 55. roce věku, kdy dosahuje u obou pohlaví 80% hladiny. Podíl osob, které uvedly měření krevního tlaku během posledních 5 let je sice o něco vyrovnanější napříč věkovými kategoriemi, i tak však lze pozorovat u nejmladší věkové kategorie zhruba 90% podíl,

u nejstarší věkové kategorie pak téměř 100% podíl osob s měřením krevního tlaku v posledních 5 letech.

Graf 6.13: Respondenti s daným preventivním vyšetřením v průběhu posledních 5 let podle věku a pohlaví (v %)



Měření hladiny cholesterolu

Měření hladiny cholesterolu pomáhá předcházet vzniku srdečních a cévních onemocnění. Cholesterol je jedním z významných rizikových faktorů kardiovaskulárních nemocí a monitorování jeho hladiny je velice důležité. Existují dva základní způsoby, jak hladinu cholesterolu v krvi měřit. Jednak je to laboratorní vyšetření krve, existují však také domácí přístroje sloužící k určení hladiny cholesterolu, kdy si pacient může změřit hladinu cholesterolu sám. V našem šetření jsme sledovali pouze měření provedená zdravotnickým pracovníkem, i když typ měření nebyl specifikován. Předpokládáme však, že se ve většině případů jednalo o měření založené na laboratorním vyšetření krve, jehož provádění je náročnější a ve srovnání např. s měřením krevního tlaku méně časté.

V průběhu posledních 12 měsíců byl cholesterol v krvi měřen zhruba 46 % respondentů, mezi muži a ženami nezaznamenáváme v tomto ukazateli statisticky významný rozdíl. Dalších zhruba 25 % osob bylo vyšetřeno na hladinu cholesterolu v krvi před 1–5 lety. Celkem tedy více než 70 % respondentům byla během posledních 5 let měřena hladina cholesterolu v krvi, rozdíly z hlediska pohlaví nejsou statisticky významné ani po odstranění vlivu věkové struktury.

Rozdíly mezi věkovými kategoriemi byly potvrzeny jako statisticky významné. Zejména u mužů dochází po 55. roce věku k výraznému nárůstu podílu osob s měřením cholesterolu během posledních 12 měsíců od rozhovoru, podíl takových osob je u mužů 55letých a starších více než 3/4. U žen ve stejné věkové skupině je tento podíl mírně nižší než u mužů, připočteme-li však i respondenty, kteří měření podstoupili méně jak 5 let před rozhovorem, dostáváme u obou pohlaví zhruba 90 % podíl osob ve věku 55 let a více, kterým byl měřen cholesterol v krvi během posledních 5 let. Naproti tomu v nejmladší věkové skupině je podíl takových osob zhruba 40 %.

Tab. 6.15: Podíl osob podle doby od provedení měření hladiny cholesterolu v krvi podle pohlaví a věku (v %)

Věk	Poslední měření provedeno							
	nikdy	během posledních 12 měsíců	před 1–5 lety	před více než 5 lety	nikdy	během posledních 12 měsíců	před 1–5 lety	před více než 5 lety
	Muži				**Ženy**			
15–24	60,0	17,1	22,1	0,7	57,4	21,3	21,3	0,0
25–34	39,5	24,9	31,6	4,0	32,2	33,9	26,9	7,0
35–44	24,1	39,4	30,7	5,8	28,2	33,3	35,3	3,2
45–54	18,2	51,8	27,0	2,9	9,7	48,5	39,6	2,2
55–64	7,9	75,7	15,1	1,3	11,9	65,6	20,0	2,5
65–74	7,4	75,0	14,7	2,9	7,7	65,9	24,2	2,2
75+	12,2	78,0	9,8	0,0	9,5	72,6	13,1	4,8
Celkem	27,5	45,9	23,8	2,8	24,2	46,0	26,6	3,2

Měření hladiny cukru v krvi (glykémie)

V šetření EHIS 2008 se poprvé objevily otázky zkoumající měření hladiny cukru v krvi, neboli glykémie. Jedná se o měření související s prevencí onemocnění diabetes, ale i s léčbou tohoto onemocnění, kdy měření glykémie slouží k regulaci léčby a předvídání možných komplikací. V současné době existuje několik typů měření glykémie – jednak je to laboratorní vyšetření žilní krve (důležité pro diagnostiku onemocnění), vyšetření kapilární krve (z prstu, tzv. selfmonitoring, k regulaci léčby) a konečně kontinuální měření pomocí senzoru.

V našem šetření jsme sledovali taková vyšetření, která byla respondentovi provedena zdravotnickým pracovníkem, neprováděl si je tedy sám. Typ vyšetření však nebyl v šetření specifikován.

Struktura respondentů podle toho, kdy jim bylo naposledy provedeno měření glykémie, podle pohlaví a věkových kategorií je k dispozici v tabulce 6.16. Měření hladiny cukru v krvi podstoupilo za posledních 12 měsíců 46 % respondentů, dalších 23 % v období před 1 až 5 lety. Třem procentům respondentů bylo provedeno měření glykémie před více než 5 lety. Rozdíly mezi pohlavími celkem nejsou statisticky významné ani po věkové

standardizaci. S věkem se opět podíl osob, které měření podstoupily zvyšuje, k nárůstu dochází zejména po 54. roce věku. Nejvyšší, zhruba 90 % podíl osob, které měření podstoupily během posledních 5 let, vykazují osoby ve věku 65–74 let. Statisticky významné rozdíly byly prokázány mezi věkovými skupinami - u respondentů starších 54 let bylo měření glykémie provedeno přibližně 5krát častěji než u respondentů mladších 55 let.

Tab. 6.16: Podíl osob podle doby od měření glykémie podle pohlaví a věku (v %)

Věk	Poslední měření provedeno							
	nikdy	během posledních 12 měsíců	před 1–5 lety	před více než 5 lety	nikdy	během posledních 12 měsíců	před 1–5 lety	před více než 5 lety
	Muži				**Ženy**			
15–24	58,9	19,1	21,3	0,7	55,7	24,8	18,8	0,7
25–34	40,1	24,3	32,2	3,4	34,1	33,5	25,7	6,6
35–44	29,2	40,0	25,4	5,4	29,2	34,4	30,5	5,8
45–54	21,5	50,4	24,4	3,7	16,3	46,7	33,3	3,7
55–64	8,6	73,7	14,5	3,3	11,3	66,7	19,5	2,5
65–74	5,8	79,7	10,1	4,3	8,8	65,9	23,1	2,2
75+	18,6	74,4	7,0	0,0	9,4	72,9	12,9	4,7
Celkem	29,0	45,9	21,8	3,2	25,6	46,5	24,0	3,8

Údaj ze šetření je možné orientačně porovnat s údaji běžné zdravotnické statistiky, i když se jedná pouze o odhadovaný údaj. Při tomto srovnávání budeme vycházet z expertního odhadu ročního počtu glykémií, který je založen na rozložení onemocnění diabetes v populaci (přibližně 10 % obyvatel Česka) a na počtu výkonů na pracovištích klinické biochemie a hematologie (přibližně 9 miliónů výkonů, uvažujeme, že diabetikům je prováděno měření průměrně 4krát ročně). Z tohoto odhadu potom vychází, že v roce 2008 podstoupilo měření hladiny cukru v krvi přibližně 40 % obyvatel Česka; což je hodnota zhruba srovnatelná se šetřením EHIS.

Test na okultní krvácení (přítomnost krve ve stolici)

Okultní krvácení znamená takové krvácení do trávícího traktu, kdy nejsme schopni krev ve stolici najít pouhým okem. Příčin okultního krvácení je celá řada, obecně však vyplývá z problémů tlustého střeva (polypy, nádory apod.). Test na okultní krvácení je dostupný a relativně jednoduchý způsob zjištění okultního krvácení do stolice. Je založen na detekci krevního barviva hemoglobinu ve stolici a je obecně indikován jako prevence rakoviny kolorekta. Test si pacient zakoupí v lékárně, příp. u lékaře či v laboratoři, odebrané vzorky posléze předává lékaři k laboratornímu vyšetření.

Od července 2000 (tedy i v době našeho šetření) byl v ČR bezplatně každé dva roky poskytován test na okultní krvácení asymptomatickým osobám ve věku 50 a více let. Od roku 2009 se legislativa mírně změnila, v lednu 2009 vešel v platnost kolorektální screeningový program, zaměřený na včasný záchyt kolorektálního karcinomu. Dle

legislativního rámce daného vyhláškou Ministerstva zdravotnictví ČR mají osoby ve věku 50–54 let nárok na jedno bezplatné vyšetření přítomnosti krve ve stolici za rok, od 55 let pak na jedno vyšetření za dva roky. Screeningový program však umožňuje, kromě pravidelného vyšetření stolice na okultní krvácení, u osob nad 55 let tzv. primární screeningovou kolonoskopii, která je pak prováděna jednou za deset let. Je tedy možné, že určitá část screeningu je realizována právě formou kolonoskopie.

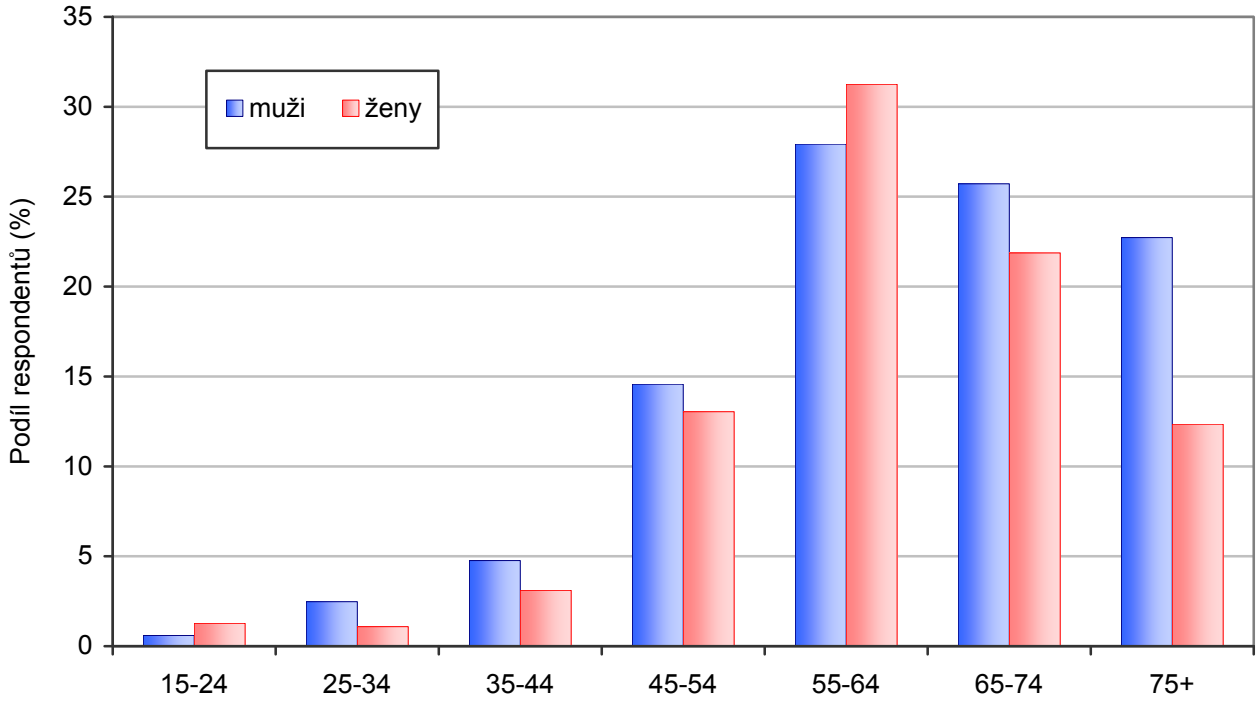
Celkem šesti procentům respondentů byl proveden test na okultní krvácení v posledních 12 měsících. Dalších 5 % respondentů bylo testováno v období před 1 až 2 lety; 6 % před více než dvěma lety. Celkově tedy můžeme říci, že test na okultní krvácení byl alespoň jednou za život proveden 17 % respondentů. Detailní rozložení podle pohlaví a věkových skupin znázorňuje tab. 6.17.

Tab. 6.17: Podíl respondentů podle doby od provedení testu okultní krvácení podle pohlaví a věku (v %)

Věk	Poslední vyšetření provedeno				
	nikdy	během posledních 12 měsíců	před 1–2 lety	před 2–3 roky	před více než 3 roky
	Muži				
15–24	99,4	0,0	0,6	0,0	0,0
25–34	93,6	1,5	1,0	1,0	3,0
35–44	92,5	2,7	2,0	0,7	2,0
45–54	81,5	6,0	8,6	2,6	1,3
55–64	56,5	14,9	13,0	4,5	11,0
65–74	61,4	14,3	11,4	2,9	10,0
75+	63,6	11,4	11,4	4,5	9,1
Celkem	82,6	5,8	5,6	1,9	4,2
	Ženy				
15–24	97,5	0,0	1,3	0,0	1,3
25–34	97,3	1,1	0,0	0,5	1,1
35–44	93,2	2,5	0,6	0,0	3,7
45–54	80,4	7,2	5,8	3,6	2,9
55–64	60,0	19,4	11,9	3,8	5,0
65–74	64,6	10,4	11,5	6,3	7,3
75+	71,6	8,6	3,7	2,5	13,6
Celkem	82,8	6,6	4,5	2,0	4,1

Eurostatem doporučený ukazatel se vztahuje k období posledních 2 let, během této doby byl test na okultní krvácení proveden zhruba 11 % respondentům. Rozdíly mezi pohlavími nebyly potvrzeny jako statisticky významné, ani po odstranění vlivu věku, ani v členění na jednotlivé věkové skupiny.

Graf 6.14: Respondenti s testem na okultní krvácení během posledních 2 let podle věku a pohlaví (v %)



Z hlediska věku test podstupují osoby zejména po 45. roku věku s tím, že nejvyšší podíl testovaných osob je u mužů i žen ve věku 55–64 let, v dalších věkových skupinách podíl u obou pohlaví klesá. Tento věkový profil souvisí jednak s výskytem, resp. rizikem výskytu kolorektálního karcinomu u obyvatel v ČR, avšak především s bezplatným poskytováním testu osobám ve věku nad 50 let. Pokud bychom uvažovali pouze osoby ve věku 50 let a více, pak během posledních 2 let byl test na okultní krvácení proveden necelé čtvrtině obyvatel, což je, vzhledem k bezplatnosti testu, relativně nízký podíl. Lze však předpokládat, že se zavedením screeningového programu tento podíl během následujících let dále poroste.

Mamografické vyšetření prsů

Mamografické vyšetření se provádí u žen (proto se i otázky v dotazníku týkaly pouze žen) a slouží k prevenci rakoviny prsu. Jedná se o rentgenologické vyšetření pomocí speciálního přístroje - mamografu, které dokáže upozornit na změny v prsní tkáni. Vyšetření se může provádět jak z důvodů preventivních (tzv. screeningová mamografie u asymptomatických žen), tak z důvodů diagnostických, tedy k vyloučení nebo potvrzení diagnózy v případě, že se u ženy objeví podezřelé symptomy.

V České republice byl v roce 2002 zahájen plošný mamografický screening, zaměřený na ženy ve věku 45–69 let. Ty mají, dle vyhlášky MZ ČR, nárok na mamografické vyšetření prsu jednou za dva roky. Šetření je prováděno buď na doporučení lékaře či gynekologa, žena si jej však může vyžádat i sama (sama si jej také hradí). Ženám, které nesplňují uvedené podmínky (mají buď věk nižší než 45 let, nebo interval kratší než dva roky), ale jsou ve věku 40 let a více, je možné mamografické vyšetření provést za úhradu (400–700 Kč). U žen mladších 40 let preventivní mamografy nejsou prováděny, je však možné provést preventivní ultrazvukové vyšetření prsu.

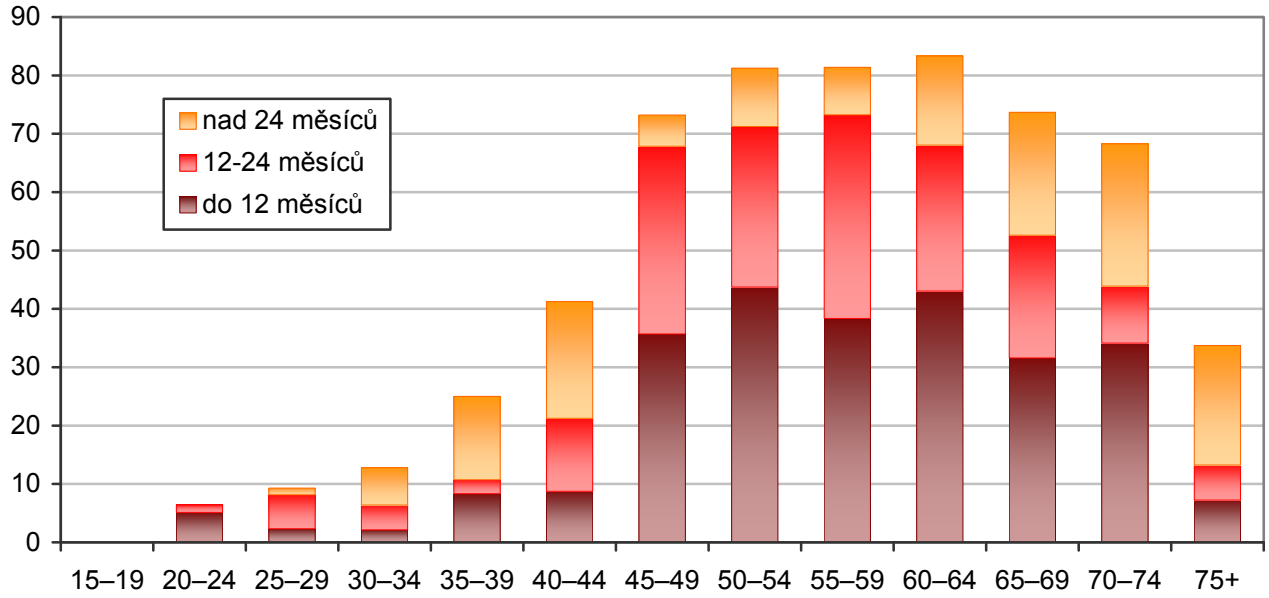
Celkem mamografické vyšetření prsu v posledních 12 měsících od rozhovoru podstoupilo 18 % žen, dalších 13 % žen jej podstoupilo před více než jedním rokem, ale do dvou let před datem rozhovoru. Celkem 42 % žen bylo alespoň jednou v životě na mamografickém vyšetření prsů.

Tab. 6.18: Podíl žen podle doby od provedení mamografie podle věku (v %)

Věk	Poslední vyšetření provedeno				
	nikdy	během posledních 12 měsíců	před 1–2 lety	před 2–3 roky	před více než 3 roky
15–24	96,8	2,5	0,6	0,0	0,0
25–34	88,9	1,7	5,6	1,7	2,2
35–44	67,1	8,5	7,9	6,7	9,8
45–54	22,2	40,7	28,9	6,7	1,5
55–64	18,2	40,3	29,6	8,8	3,1
65–74	28,6	33,7	16,3	8,2	13,3
75+	66,3	7,2	6,0	2,4	18,1
Celkem	57,8	18,3	13,4	4,8	5,6

Vzhledem k věkovému omezení mamografického screeningu je zajímavé sledovat podíly žen s mamografickým vyšetřením v jednotlivých věkových skupinách (viz graf 6.15).

Graf 6.15: Mamografické vyšetření prsů podle doby, před kterou bylo provedeno a věku (% žen s vyšetřením)



Z grafu je zřejmé, že podíl žen s mamografickým vyšetřením prudce narůstá zejména po 45. roku věku, zatímco ve věkové skupině 40–44 let bylo na mamografu během posledních dvou let zhruba 20 % respondentek, ve věku 45–49 let je to již téměř 70 %. To odpovídá věkovému omezení mamografického screeningu, pokud bychom se zaměřili pouze na věkovou skupinu 45–69 let, pak 12měsíční prevalence mamografie je 39 %, 2letá prevalence dokonce 67 %. Překvapivě vysoký je však i podíl žen s mamografií ve věkové skupině 70–74 let, které již nespadají do screeningového programu.

Zde je namístě sledovat i důvody, proč žena mamografické vyšetření podstoupila. V šetření jsme proto zařadili i otázku na hlavní důvod, proč ženě byl mamograf (poslední) proveden. Ženy měly možnost uvést celkem 5 možností odpovědi, pro účely analýzy jsme však vybrali jeden hlavní důvod. Tab. 6.19 poskytuje jednak přehled o tom, kolik procent žen bylo na mamografu ve vymezených věkových skupinách a jaké byly důvody, proč toto vyšetření podstoupily.

Tab. 6.19: Prevalence a důvody mamografického vyšetření prsů u žen (v %)

Věk	Prevalence vyšetřených (v %)			Hlavní důvod (v %) (u žen vyšetřených někdy v životě)				
	do 12 měsíců	do 24 měsíců	celoživotní	příznak	prevence	rakovina v rodině	screening	jiný
do 40	3,3	6,4	10,9	33,3	40,0	2,2	13,3	11,1
40–44	8,8	21,3	41,3	9,4	40,6	9,4	34,4	6,3
45–69	39,1	67,1	79,1	5,8	46,6	7,2	37,5	2,9
70+	16,7	24,6	45,2	12,5	58,9	1,8	25,0	1,8
Celkem	18,3	31,7	42,2	10,0	47,1	6,1	32,9	3,9

Z tabulky je zřejmé, že nejčastěji ženy uváděly jako důvod vyšetření tzv. prevenci, tedy situaci, kdy jim lékař vyšetření doporučil, i když neměly podezřelý příznak. Domníváme se však, že značná část takto doporučených vyšetření je právě vyšetřením v rámci screeningového programu. Pro ženy bylo patrně obtížné přesný důvod vyšetření určit, což se projevilo např. i v podílu těch, které uvedly screening jako hlavní důvod vyšetření, i když do screeningového programu by vůbec zahrnuty být neměly (ženy do 40 let a nad 70 let). Je však možné, že se jedná o ženy, které screeningu podléhají z jiných důvodů (velmi vysoké riziko rakoviny prsu). Screening jako důvod mamografie uvedlo jen 33 % vyšetřených žen, ve věkové skupině 45–69 let, na kterou je screening zaměřen, to bylo zhruba 38 % žen. Pokud bychom zde sečetli důvod „prevence“ a „screening“, dostáváme 84 % žen vyšetřených v rámci prevence. Podezřelý příznak uvedla jako důvod vyšetření celkem desetina žen, tento důvod však byl logicky častější ve věkové kategorii, která do screeningového programu nespadá. Ve věkové skupině do 40 let byl podezřelý příznak důvodem vyšetření ve zhruba jedné třetině případů.

Podle rutinní zdravotnické statistiky v roce 2008 na 100 žen ve věku 15 let a více připadalo 19 mamografických vyšetření. Podle šetření EHIS, které se týká obyvatel ve věku 15 let a starších, je to 18 mamografických vyšetření na 100 respondentek za posledních 12 měsíců. Oba údaje jsou tedy zhruba stejné s tím rozdílem, že údaj z rutinní statistiky zahrnuje i opakovaná vyšetření jedné osoby během daného roku, která v šetření zachycena nejsou. Z tohoto důvodu může mírně převyšovat údaj ze šetření EHIS.

Preventivní onkologická cytologie (stěr z děložního čípku)

Preventivní onkologická cytologie je vyšetřením směřujícím k prevenci rakoviny děložního čípku. Jejím cílem je odhalit přednádorové změny nebo časná stadia novotvaru, který sám o sobě nemusí působit žádné viditelné potíže. Test je založen na stěru z děložního čípku, který je následně podroben cytologickému rozboru. Stěr provádí gynekolog při návštěvě gynekologické poradny, ať v rámci prevence či diagnostiky.

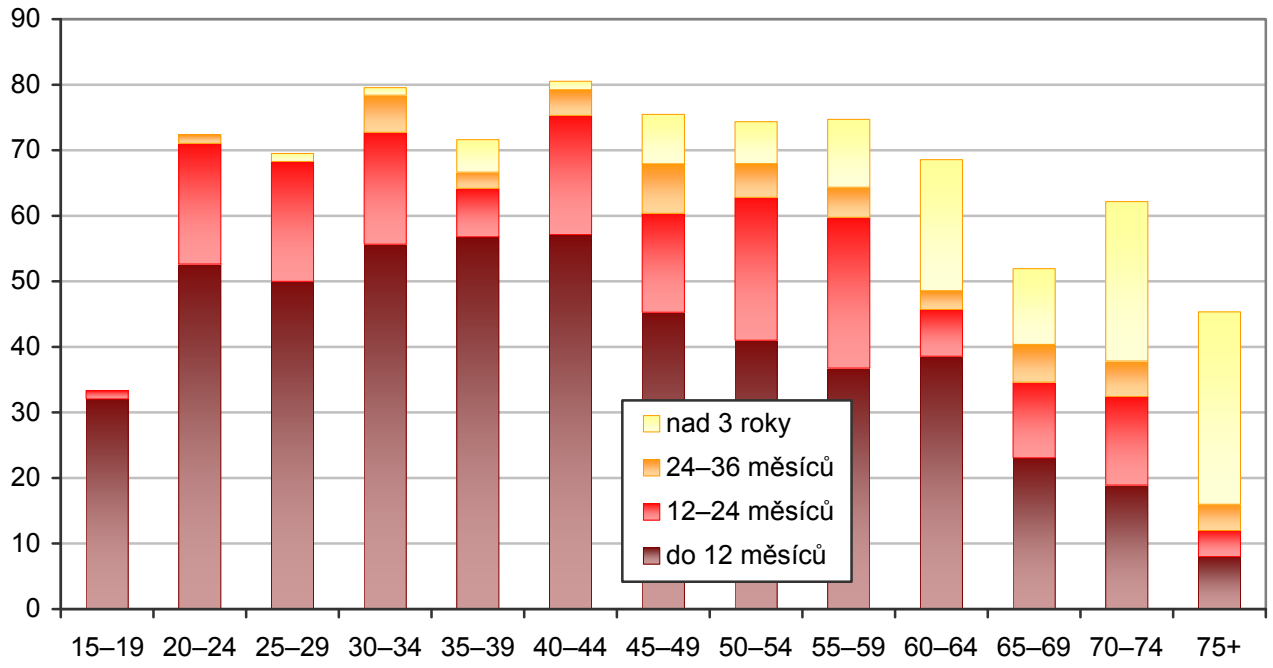
Také zde působí, i když až od roku 2008, národní screeningový program. Nárok na preventivní cytologické vyšetření hrazené z prostředků veřejného zdravotního pojištění má v souladu se screeningovým programem každá žena jedenkrát za rok. Podle vyhlášky MZ ČR je první vyšetření provedeno ženám při preventivní prohlídce ve věku 15 let, pokud již měly pohlavní styk, jinak až po něm, dále pak při pravidelných preventivních prohlídkách po 1 roce. Navíc zde funguje aktivní oslovování žen v souvislosti s preventivní gynekologickou prohlídkou. Ženy ve věku 25–60 let, které 2 roky nebyly v rámci gynekologické prevence vyšetřeny, jsou zdravotní pojišťovnou informovány o možnosti preventivního gynekologického vyšetřeni hrazeného z prostředků veřejného zdravotního pojištěni. Nedostaví-li se, jsou informovány každý následující rok.

Tab. 6.20: Podíl žen podle doby od posledního provedení onkologické cytologie podle věku (%)

Věk	Poslední vyšetření provedeno				
	nikdy	během posledních 12 měsíců	před 1–2 lety	před 2–3 roky	před více než 3 roky
15–24	47,1	42,6	9,7	0,6	0,0
25–34	25,7	52,6	17,5	2,9	1,2
35–44	23,9	56,6	12,6	3,8	3,1
45–54	24,6	43,1	19,2	6,9	6,2
55–64	28,0	37,6	15,9	3,8	14,6
65–74	43,3	21,1	12,2	5,6	17,8
75+	54,7	8,0	4,0	4,0	29,3
Celkem	33,2	41,2	13,8	3,7	8,1

Za posledních 12 měsíců před rozhovorem bylo naposledy na preventivní onkologické cytologii celkem 41 % žen, dalších 14 % žen v rozmezí 1 až 2 let před rozhovorem a více než před dvěma lety 12 % žen. Celkově tedy bylo na preventivní onkologické cytologii 67 % žen. Eurostatem doporučený ukazatel je v tomto případě podíl žen, které byly na preventivní onkologické cytologii během posledních 3 let. Tento podíl činil v ČR 58,7 %.

Graf 6.16: Onkologická cytologie podle doby, před kterou byla provedena, a věku (podíl žen s vyšetřením v %)



Z grafu 6.16 je patrné, že od věku 20 let je vyšetření ženám prováděno poměrně pravidelně, ročně cytologické vyšetření podstoupí zhruba 50 % žen, od věku 45 let však tento podíl klesá a zvyšuje se podíl žen, které nebyly za poslední 3 roky vyšetřeny vůbec.

Také zde jsme sledovali, z jakých důvodů bylo ženám vyšetření provedeno. Z uvedených důvodů byl určen hlavní důvod, který vedl k poslednímu cytologickému vyšetření. Ze všech žen, které někdy vyšetření podstoupily, jich zhruba 80 % uvedlo, že se jednalo o „vyšetření v rámci návštěvy gynekologa (preventivní či jiné)“. Screening jako důvod vyšetření uvedlo jen 7,5 % vyšetřených žen, zde se patrně jedná právě o ženy pozvané a kontaktované zdravotní pojišťovnou, nejvyšší zastoupení screeningu zaznamenáváme ve věkových skupinách 40–69 let, kdy již ženy nechodí ke gynekologovi tak často jako v reprodukčním období. Celkem tedy 86 % vyšetřených žen bylo vyšetřeno v rámci prevence. Ostatní ženy podstoupily vyšetření, jelikož měly určité potíže (9 %), příp. z jiných medicínských důvodů (3 %). Určité obtíže byly jako důvod vyšetření nejčastěji (ve 25 %) uváděny právě u žen, které vyšetření podstoupily před více jak 3 lety. Tyto ženy tedy pravidelně na gynekologické prohlídky nechodí, k vyšetření je pak přiměje až určitý zdravotní problém.

Tab. 6.21: Důvody preventivní onkologické cytologie podle doby posledního vyšetření (v %)

Vyšetření naposledy	Hlavní důvod posledního vyšetření				
	potíže	screening	medicínský důvod	prevence	jiné
posledních 12 měsíců	9,4	8,1	1,8	80,5	0,3
před 1–2 lety	4,6	6,1	3,1	85,5	0,8
před 2–3 roky	5,7	11,4	8,6	74,3	0,0
před více než 3 roky	24,3	4,1	8,1	60,8	2,7
celkem	9,9	7,4	3,2	78,9	0,6

Podle rutinní zdravotnické statistiky připadalo v roce 2008 na 100 žen ve věku 15 let a více 36 vyšetření onkologické cytologie. Podle šetření EHIS, je to 41 vyšetření na 100 respondentek za posledních 12 měsíců. Údaje jsou relativně srovnatelné, i když údaj ze šetření EHIS je mírně vyšší.

6.5. Spokojenost se zdravotní péčí

Na otázky o využívání zdravotní péče v šetření navazovala sada otázek hodnotících spokojenost respondenta s poskytování zdravotních služeb v České republice. Jedná se o obecnou spokojenost, vyjádření respondenta nemuselo být vázáno na jeho bezprostřední zkušenost se zdravotnickou službou, ani na zdravotnické služby, na něž má nárok na základě svého zdravotního pojištění. Respondenti mohli vycházet také ze zkušeností příbuzných, přátel či známých.

Konkrétní otázka zjišťující spokojenost zněla: „Řekl(a) byste, že jste s poskytováním služeb následujícími poskytovateli zdravotní péče v České republice obecně (možnosti):

- velmi spokojen(a)
- spíše spokojen(a)
- ani spokojen(a) ani nespokojen(a)
- spíše nespokojen(a)
- velmi nespokojen(a).

Respondenti na této pětibodové stupnici vyjadřovali postupně svoji spokojenost:

- s lůžkovými zařízeními (včetně pohotovosti)
- se zubním lékařem, ortodontistou, jiným specialistou na dentální péči
- s lékařem specialistou
- s praktickým/rodinným lékařem
- se službami domácí péče
- obecně s poskytovateli zdravotní péče celkem.

Tabulka 6.22 uvádí podíly respondentů podle spokojenosti s jednotlivými typy služeb. Zároveň je zde uveden údaj o tom, kolik respondentů na otázku odpovědělo, neboť v případě těchto otázek zaznamenáváme vysoký podíl respondentů, kteří na otázku neuměli odpovědět, vzhledem k tomu, že neměli žádnou vlastní zkušenost s danou službou a zřejmě ani zprostředkovanou. Nejvyšší podíl takových osob pozorujeme u otázky na domácí péči (neodpovědělo zhruba 85 % respondentů), ale i v případě např. nemocniční péče (bez odpovědi 42 % mužů, 29 % žen) či péče lékaře specialisty (29 % mužů bez odpovědi). Zejména tyto ukazatele je pak nutno hodnotit obezřetně s ohledem na to, že řada respondentů se vůbec nevyjádřila.

Pro potřeby dalšího statistického zpracování a testování v textu používáme pojmy spokojen (velmi spokojen+spíše spokojen) a nespokojen (spíše nespokojen+velmi nespokojen).

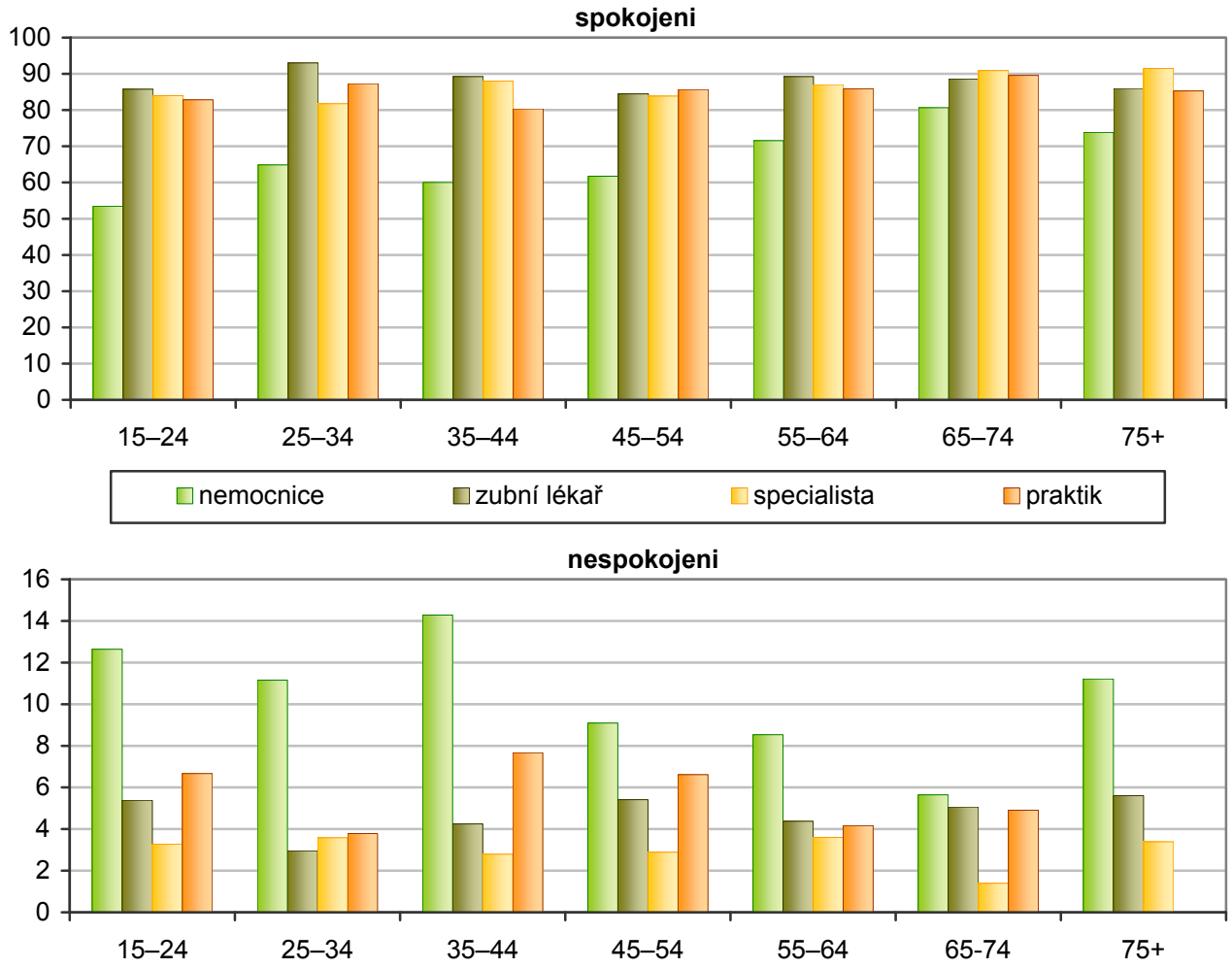
Respondenti, kteří na otázky odpověděli, byli nejvíce spokojeni s péčí poskytovanou stomatology, lékaři specialisty a praktickými lékaři, tedy s ambulantní péčí. S těmito službami bylo spokojeno přes 85 % respondentů. Naopak nejvyšší počet nespokojených respondentů zaznamenáváme v případě lůžkových zařízení jako poskytovatelů lůžkové péče, a to zhruba 10 % nespokojených osob, 65 % respondentů uvedlo, že byli s těmito službami spokojeni. Co se týká domácí péče, zde pozorujeme nejvyšší podíl – zhruba 40 % nevyhraněných odpovědí (ani spokojen, ani nespokojen). Pro respondenty je zřejmě obtížné, pokud tuto péči sami nevyužívají, ji nějakým způsobem hodnotit.

Tab. 6.22: Spokojenost s poskytováním služeb zdravotní péče (v %)

	Velmi spokojen	Spíše spokojen	Ani spokojen ani nespokojen	Spíše nespokojen	Velmi nespokojen	Odpověděli (abs.)	% těch, kteří neodpověděli
	Muži						
Nemocnice	21,0	42,8	25,4	7,0	3,7	552	41,9
Zubní lékař	48,0	39,1	8,3	3,3	1,2	873	8,1
Specialista	44,1	39,8	12,6	3,1	0,5	678	28,7
Praktik	45,3	39,2	10,7	3,7	1,1	888	6,5
Domácí péče	17,1	34,3	40,8	5,8	2,0	111	88,4
Celkem	17,0	48,2	24,4	7,7	2,7	689	27,5
	Ženy						
Nemocnice	23,0	43,6	23,1	7,4	2,9	722	28,2
Zubní lékař	52,1	37,6	5,9	2,7	1,7	959	4,5
Specialista	48,5	39,0	9,7	1,5	1,3	907	9,7
Praktik	46,2	39,3	8,9	3,4	2,2	973	3,2
Domácí péče	18,0	40,4	36,4	4,5	0,6	166	83,5
Celkem	17,5	45,2	27,4	6,5	3,4	784	22,0
	Celkem						
Nemocnice	22,2	43,3	24,1	7,2	3,3	1 274	34,8
Zubní lékař	50,2	38,3	7,1	3,0	1,5	1 833	6,2
Specialista	46,6	39,3	10,9	2,2	1,0	1 585	18,9
Praktik	45,8	39,2	9,8	3,5	1,7	1 860	4,9
Domácí péče	17,7	38,0	38,2	5,0	1,2	277	85,8
Celkem	17,3	46,6	26,0	7,1	3,1	1 473	24,7

Vzhledem k tomu, že u většiny hodnocení nebyl zaznamenán statisticky významný genderový rozdíl, data prezentovaná v grafu 6.17 podle věku jsou uvedena za obě pohlaví dohromady. Případné rozdíly podle pohlaví jsou pak popsány u jednotlivých typů hodnocené péče.

Graf 6.17: Podíl spokojených a nespokojených respondentů s vybranými typy zdravotní péče podle věku (v %)



Lůžková zařízení

Ačkoliv s lůžkovými zařízeními jsou z vybraných kategorií respondenti nejméně spokojení, přesto je celkový podíl respondentů, kteří uvedli, že jsou velmi či spíše spokojení s lůžkovými zařízeními, poměrně vysoký (celkem 65,5 % respondentů).

Celkový rozdíl mezi pohlavími po věkové standardizaci nebyl prokázán jako statisticky významný. Výraznější rozdíly mezi pohlavími pozorujeme pouze ve věkové skupině 75 let a více (zde jsou mírně spokojenější muži, ovšem rozdíl není statisticky významný) a 45–54 let (v této věkové skupině jsou ženy přibližně dvakrát spokojenější než muži, rozdíl je signifikantní).

Obecně lze říci, že se s věkem spokojenost s lůžkovými zařízeními zvyšuje, resp. podíl spokojených respondentů roste. Pravděpodobnost, že bude respondent starší 54 let spokojen, je zhruba 2krát vyšší ve srovnání s respondenty mladšími 55 let (muži 2,5krát a ženy 1,7krát). Tato skutečnost souvisí i s faktem, že s věkem podíl hospitalizovaných

roste, neboť osoby, které podstoupily hospitalizaci, byly zhruba 1,4krát častěji spokojené ve srovnání s ostatními. Rozdíl z hlediska věku však přetrvává i po eliminaci tohoto vlivu.

Zároveň se s věkem snižuje podíl osob, které nemají vyhraněný názor na svou spokojenost s lůžkovou péčí. Toto snížení si vysvětlujeme, kromě nižších nároků starších osob tím, že tito respondenti mají častější zkušenost s využíváním lůžkové péče, proto ji mohou snáze posuzovat. Podíl respondentů nespokojených s péčí lůžkových zařízení se s věkem statisticky významně nemění.

Dentální péče

Z nabízených kategorií poskytovatelů zdravotní péče byli respondenti nejvíce spokojeni s dentální péčí (zubní lékař, ortodontista či jiný specialista na dentální péči). Celkem 50 % respondentů uvedlo, že je s poskytováním služeb dentální péče velmi spokojeno (48 % muži, 52 % ženy), dalších 38 % spíše spokojeno. Naopak nespokojeno je 4,5 % respondentů.

Rozdíl ve spokojenosti mezi pohlavími nebyl ani zde potvrzen statistickým testem, signifikantní rozdíl byl zaznamenán pouze v jedné věkové skupině 45–54 let - zde jsou ženy v hodnocení přibližně 2,7krát spokojenější nežli muži.

Spokojenost s dentální péčí je z hlediska věku poměrně rovnoměrně rozložená, což potvrdilo i statistické testování - nepodařilo se prokázat rozdíly mezi jednotlivými věkovými kategoriemi ani u žen, ani u mužů.

Lékař specialista

V hodnocení spokojenosti zaujímá lékař specialista po poskytovateli dentální péče druhé místo. S lékařem specialistou je velmi spokojeno 47 % respondentů (44 % muži a 48,5 % ženy). Dalších 39 % respondentů uvedlo, že je spíše spokojeno.

Rozdíly mezi pohlavími byly jako statisticky významné potvrzeny pouze ve věkové skupině 35–54 let. Ženy v tomto věku proklamují svou spokojenost dokonce 2,5krát více než muži. Tento rozdíl pravděpodobně způsobuje spokojenost žen se svými gynekology. Obecně lze opět říci, že s věkem se zvyšuje podíl respondentů, kteří jsou s lékařem specialistou spokojeni. Respondenti ve věku 65 a více let jsou zhruba 2krát častěji spokojeni s péčí lékaře specialisty ve srovnání s osobami nejmladšími. Zároveň se s rostoucím věkem snižuje podíl osob, které nemají vyhraněný názor na svou spokojenost s lékařem specialistou. Toto snížení si opět vysvětlujeme tím, že starší respondenti mají častější zkušenost s lékaři specialisty, proto ji mohou snáze posuzovat.

Praktický lékař

Při sledování spokojenosti s praktickým lékařem uvedlo celkem 46 % respondentů, že je velmi spokojeno, a dalších 39 % respondentů spíše spokojeno. Rozdíly mezi pohlavími nebyly prokázány v žádné věkové skupině.

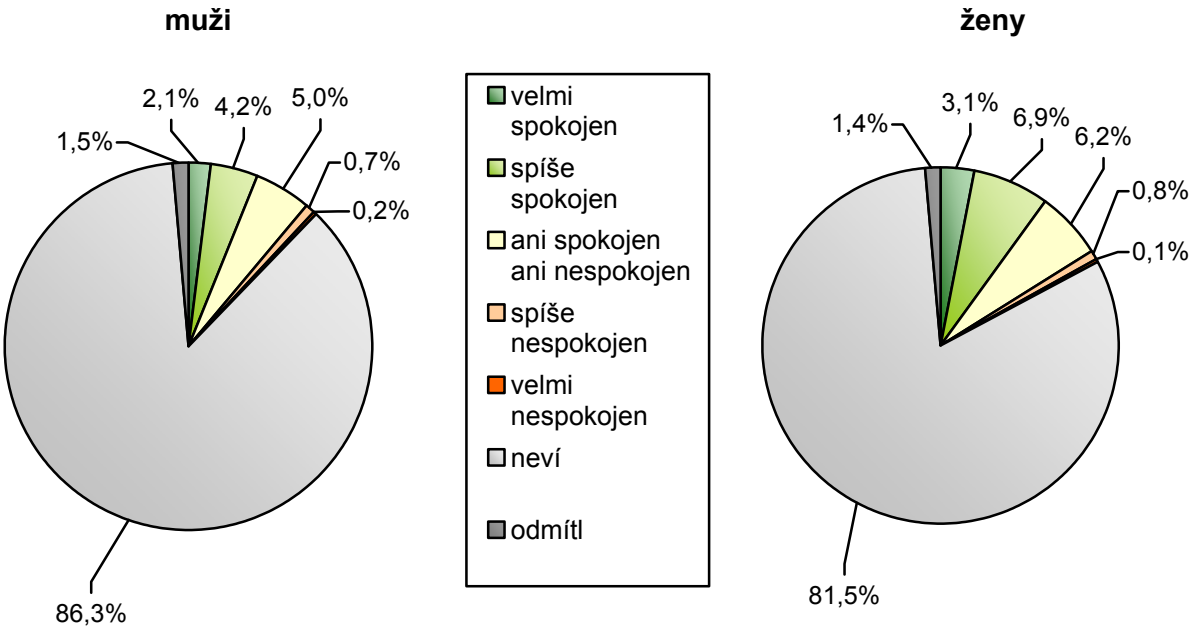
Spokojenost s praktickým lékařem je v jednotlivých věkových kategoriích poměrně vyrovnaná, statisticky významné rozdíly lze prokázat pouze u žen mezi věkovými kategoriemi mladší 45 let a starší 44 let. Pravděpodobnost, že při hodnocení praktických lékařů bude žena starší 44 let spokojena je 1,5krát vyšší než u žen mladších 45 let.

Podařilo se prokázat souvislost subjektivně vnímaného zdraví se spokojeností s péčí praktických lékařů - respondenti, kteří hodnotí své zdraví jako velmi dobré či dobré, jsou spokojenější s praktickými lékaři nežli respondenti, kteří vnímají své subjektivní zdraví hůře (i po věkové a genderové standardizaci). Rozdíl si vysvětlujeme tím, že zdravější respondenti nevyžadují náročnou péči, proto je pravděpodobnost, že budou spokojenější, přibližně 1,5krát vyšší než respondenti s horším subjektivně vnímaným zdravím.

Služby domácí péče

Narozdíl od předchozích kategorií na otázku zjišťující spokojenost se službami domácí péče se u velkého počtu respondentů objevovala odpověď „nevím“ (celkem 86 % mužů a 82 % žen). Nízké zastoupení těch, kteří na otázku odpověděli, si vysvětlujeme nízkou měrou využívání služeb domácí péče. Z předchozí analýzy víme, že služby domácí péče využívá jen 4,4 % všech respondentů. Domácí péče je více koncentrovaná ve starších věkových skupinách, přibližně 16 % respondentů starších 64 let uvedlo, že využívají alespoň jednu z nabízených služeb domácí péče (viz kap. 6.2). Dle rutinní zdravotnické statistiky byla domácí péče poskytována 7 % obyvatel starších 64 let, toto číslo je však obsahově spíše srovnatelné s podkategorií „domácí zdravotní péče poskytnutá sestrou či porodní asistentkou“, kterou dle šetření EHIS využilo 5 % respondentů.

Graf 6.18: Spokojenost se službami domácí péče podle pohlaví



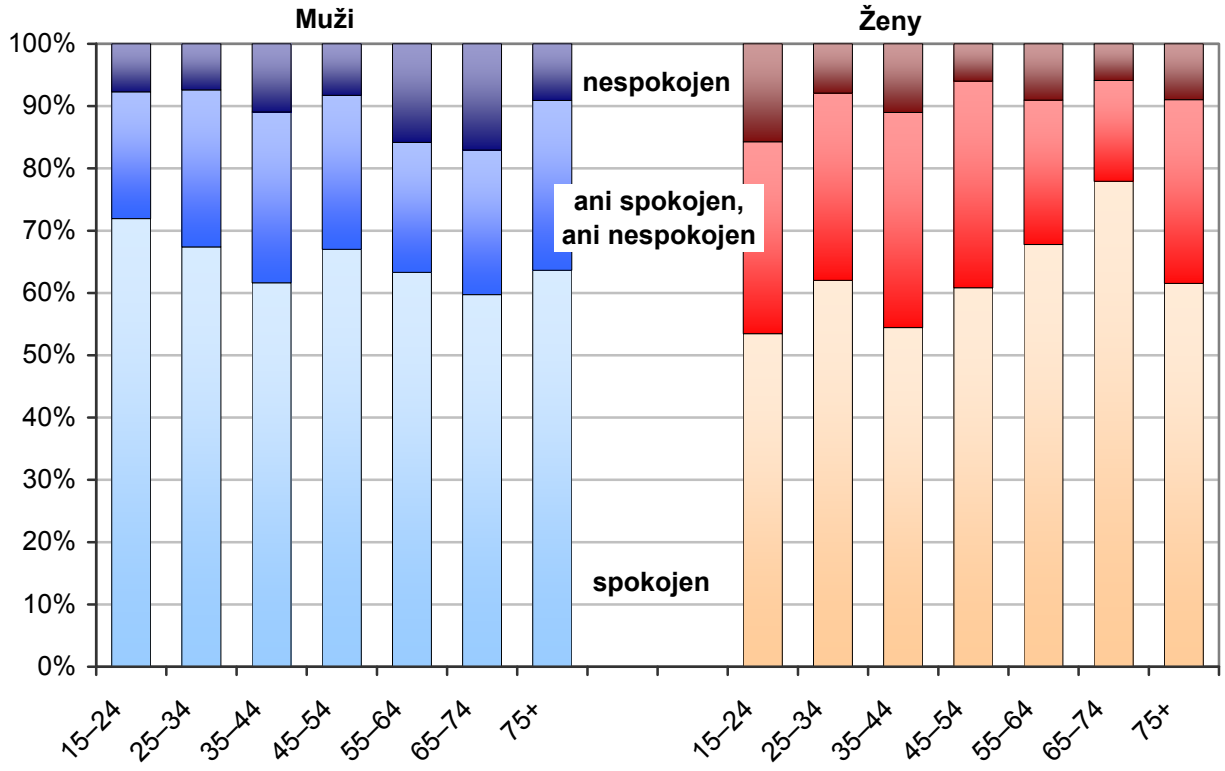
Pokud uvažujeme jen respondenty, kteří nějakým způsobem ohodnotili služby domácí péče, pak z těchto je celkem 18 % velmi spokojeno, 38 % respondentů spíše spokojeno (34 % mužů a 40 % žen). Dalších 38 % respondentů není ani spokojeno ani nespokojeno (40 % mužů a 36 % žen), a 6 % nespokojeno. Ilustrační znázornění podává Graf 6.18. Rovněž lze konstatovat, že mezi staršími věkovými kategoriemi přibývá těch respondentů, kteří na otázku odpověděli jinak než „neví“ a „odmítl“ - pravděpodobně z důvodu častější zkušenosti s využíváním domácí péče.

Opět lze tedy potvrdit skutečnost, že ženy jsou spokojenější než muži, a také, že s věkem přibývá spokojenějších respondentů. Ovšem z důvodu nízkého zastoupení respondentů, kteří odpověděli jinak než „neví“ a „odmítl“, nebudeme provádět statistické testování - výsledky testů by mohly být zkreslené.

Poskytovatelé zdravotní péče celkem

U odpovědí respondentů na celkovou spokojenost s poskytovateli zdravotní péče pozorujeme sice zhruba 64% podíl těch, kteří byli spokojeni, většina těchto respondentů však uvedla, že byli „spíše spokojeni“, podíl těch, kteří byli velmi spokojeni je jen 17 %. Relativně vysoký (26 %) je i podíl těch, kteří volili střední kategorii „ani spokojen, ani nespokojen“.

Graf 6.19: Hodnocení spokojenosti s poskytovateli zdravotní péče celkem, podle pohlaví a věku



I v tomto případě se prokázala souvislost se subjektivně vnímaným zdravím. Pravděpodobnost kladného hodnocení spokojenosti s poskytováním zdravotních služeb celkem je u respondentů s dobrým subjektivním zdravím 1,6krát vyšší než u osob hodnotících své zdraví hůře. Rozdíl je statisticky významný i po standardizaci podle věkových skupin a pohlaví, vysvětlujeme jej nižšími nároky zdravých respondentů na zdravotnické služby.

Opět platí, že rozdíly mezi pohlavími celkově nejsou statisticky významné. Pouze v nejmladší věkové kategorii 15–24 let je pravděpodobnost spokojenosti mužů 1,8krát vyšší než spokojenost žen. Rozdíly z hlediska věku nejsou příliš výrazné, pouze u žen byla zaznamenána zvyšující se spokojenost s rostoucím věkem, kdy ženy starší 54 let jsou v hodnocení 1,7krát více spokojené než ženy mladší 55 let. S věkem se také snižuje podíl osob, které nemají vyhraněný názor na svou spokojenost se zdravotní péčí, vysvětlení je stejné jako u předchozích sledovaných kategorií (starší respondenti mají častější zkušenost se zdravotní péčí).

6.6. Výdaje na zdravotní péči

V šetření EHIS jsme v souvislosti s využíváním zdravotní péče sledovali a analyzovali také náklady respondentů na zdravotní péči. Jedná se o tzv. out-of-pocket výdaje, tedy takové, které respondent hradí přímo a nejsou mu, ani zpětně, proplaceny pojišťovnou. Přímými výdaji jsou myšleny všechny výdaje, které respondent musel uhradit sám ze svých vlastních prostředků, včetně všech dobrovolných odměn a darů (úplatků) pro zdravotnický personál. Respondent měl v otázkách uvést veškeré finance, které byly zaplaceny za poskytnutí zdravotní péče pro něj samotného, za předepsané či doporučené léky, ale i za nepředepsané léky a zdravotní pomůcky pro něj samotného. Zahrnuty měly být též regulační poplatky, tj. platby u lékaře (30 Kč za klinické vyšetření), v lékárně (30 Kč za položku na receptu), v nemocnici (60 Kč za den) a 90 Kč za návštěvu pohotovosti.

Respondent měl možnost tuto část dotazníku vyplnit samostatně, tedy bez tazatele. To mohlo způsobit dále uvedené nesrovnalosti ve vyplňování těchto informací.

Dle anglického originálu dotazníku byly v šetření zjišťovány náklady na zdravotní péči:

- u zubaře
- u praktického lékaře či lékaře specialisty
- léky na předpis.

Na národní úrovni byly doplněny tři další otázky používané v předchozím šetření tak, aby byly pokryty veškeré typy výdajů na zdravotní péči a se zdravím související prostředky kompletně. Jednalo se konkrétně o otázky na výdaje na:

- další zdravotní péči (hospitalizace, doprava do zdravotnického zařízení, domácí péče, rehabilitace a další)
- zdravotnické pomůcky (náplasti, obvazy, protézy, dioptrické brýle, naslouchadla, invalidní vozík)
- léky bez předpisu.

Referenčním obdobím byly u většiny položek poslední 4 týdny před rozhovorem, pouze u léků se jednalo o období posledních 2 týdnů.

Náklady na péči zubaře

Péči stomatologa využilo v posledních 4 týdnech zhruba 20 % dotázaných respondentů (zhruba 380 osob, viz kap. 6.2). Z těchto osob zhruba 50 respondentů vůbec neuvedlo informaci o nákladech na tento typ zdravotní péče. Vedle respondentů, kteří uvedli, že navštívili v posledních 4 týdnech zubaře, se objevili i tací, kteří neuvedli návštěvu zubaře během posledního měsíce, avšak vykázali nějaké náklady na stomatologickou péči (celkem těchto osob bylo 34, vykázali náklady v celkové výši 15 tis. Kč). To může být způsobeno např. tím, že respondenti splácí výdaje, které měli v předchozím období, avšak neuhradili je doposud. Nicméně pro zjednodušení budeme další analýzy provádět pouze s údaji za ty respondenty, kteří vykázali návštěvu stomatologa v posledních 4 týdnech a uvedli, zda a kolik v této souvislosti zaplatili.

Pokud tedy uvažujeme pouze ty osoby, které využily péči zubaře a uvedly, kolik zaplatily za péči stomatologa (celkem 331 respondentů), pak zhruba 14 % osob nemělo žádné výdaje u zubaře, dalších 43 % respondentů zaplatilo pravděpodobně pouze regulační poplatek za jednu návštěvu ve výši 30 Kč. Zhruba 12 % respondentů zaplatilo částkou mezi 31 a 150 Kč, poměrně časté byly platby ve výši 151–500 Kč, ty uvedlo 15 % osob, více než 500 Kč pak zaplatilo dalších 15 % respondentů, přitom 7,5 % zaplatilo více než 1 000 Kč. Z hlediska pohlaví nezaznamenáváme v této struktuře zásadní odchylky, i když mezi muži je více těch, co zaplatili částkou nad 1 000 Kč. Průměrná výše nákladů na stomatologickou péči činí za obě pohlaví celkem 350 Kč, u mužů byla částka nižší než u žen, což je vzhledem k rozdělení zajímavé, rozdíl však nebyl potvrzen po věkové standardizaci jako statisticky významný. Mediánová hodnota ukazatele činila u obou pohlaví 30 Kč. Maximální hodnota uvedená respondenty činila 12 000 Kč. Více než 150 Kč u zubaře platilo 29 % mužů a 33,5 % žen.

Tab. 6.23: Rozdělení respondentů podle celkových nákladů na péči stomatologa (v %)

Náklady v Kč	0	1–30	31–60	61–150	151–500	501–1 000	1 001+
Muži	14,0	44,0	6,1	7,0	11,8	7,6	10,4
Ženy	14,5	41,5	6,9	4,7	18,4	8,6	5,5
Celkem	14,2	42,8	6,5	5,9	15,0	7,5	7,5

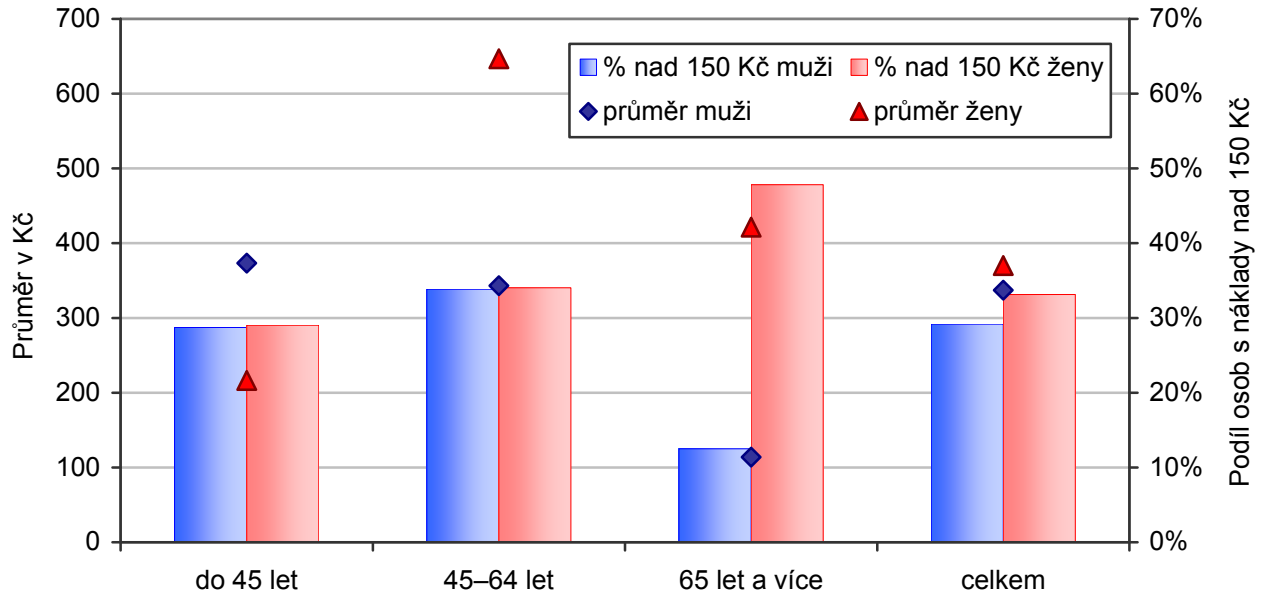
Logicky, s počtem návštěv zubaře náklady rostou, průměrný počet návštěv u respondentů, kteří navštívili zubaře v posledních 4 týdnech byl 1,5 pro obě pohlaví, u žen byl vyšší (1,8) než u mužů (1,25). Průměrná výše nákladů na jednu návštěvu činila 268 Kč (započteny i nulové náklady), u mužů byl průměr na jednu návštěvu vyšší než u žen, rozdíl však nebyl potvrzen jako statisticky významný. Celkem 65 % respondentů, kteří využili stomatologické péče, neplatilo více než 30 Kč za jednu návštěvu, tedy max. ve výši regulačního poplatku.

Tab. 6.24: Průměrná výše nákladů na péči stomatologa celkem a na jednu návštěvu (v Kč)

Průměrná výše nákladů	Počet návštěv, obě pohlaví celkem			Muži	Ženy	Celkem
	1	2	3 a více			
Průměr celkem	307	323	664	337	370	353
Průměrné náklady na jednu návštěvu	307	161	151	291	244	268

Rozdíly z hlediska pohlaví nebyly potvrzeny jako statisticky významné a ani z hlediska věku, mj. i vzhledem k relativně nízkému počtu respondentů, nelze popsat žádné významnější trendy, proto zde tato data uvádíme jen okrajově.

Graf 6.20: Charakteristiky nákladů na péči stomatologa podle věku



Náklady na péči praktického lékaře a lékaře specialisty

U praktického lékaře nebo lékaře specialisty bylo v posledních 4 týdnech 33 % mužů a 49 % žen, celkem tedy 802 respondentů. Ženy byly u některého z těchto lékařů častěji ve srovnání s muži, a to i po odstranění vlivu věkové struktury. Z těchto osob jich však 96 (tedy okolo 12 %) vůbec neuvedlo, zda měly či neměly nějaké výdaje na tento typ péče.

Naproti tomu 68 osob, které neuvedly návštěvu lékaře (ať už praktického či specialisty) uvedlo nějaké náklady na tento typ péče, a to v celkové výši 10 720 Kč.

Celkem tedy máme informaci o výdajích za 706 osob, které využily péči praktického lékaře či lékaře specialisty. Další analýzy budou vycházet právě z údajů o těchto respondentech, kteří využili péče praktika či specialisty v posledních 4 týdnech a uvedli, kolik za tuto péči zaplatili.

Tab. 6.25: Rozdělení respondentů podle celkových nákladů na péči praktického lékaře a specialisty (v %)

Náklady v Kč	0	1–30	31–60	61–150	151–500	501–1 000	1 001+
Muži	14,2	40,4	17,6	11,8	12,7	2,6	1,0
Ženy	16,6	37,7	19,3	15,0	9,9	1,2	0,3
Celkem	15,6	38,8	18,6	13,7	11,0	1,7	0,5

Z těchto osob více než 15 % uvedlo, že jejich náklady na péči, kterou využily, byly nulové. Dalších téměř 40 % osob uvedlo náklady ve výši max. 30 Kč, tedy regulačního poplatku za jednu návštěvu, necelých 20 % uvedlo náklady mezi 30 a 60 Kč (což odpovídá počtu respondentů se 2 návštěvami lékaře - 25 %). Celkově tedy zhruba 3/4 respondentů nezaplatily více než 60 Kč, naopak 13 % dotázaných zaplatilo více než 150 Kč, ovšem podíl těch, kteří vydali na péči praktika či specialisty více než 500 Kč byl minimální, celkem zhruba 2 %, což je výrazně méně než v případě péče stomatologické. I přesto, že podíl osob, které vydaly na tento typ péče více než 150 Kč byl u mužů vyšší (16 %) než u žen (11 %), rozdíl nebyl potvrzen jako statisticky významný. Maximální uvedená částka představovala 2 500 Kč.

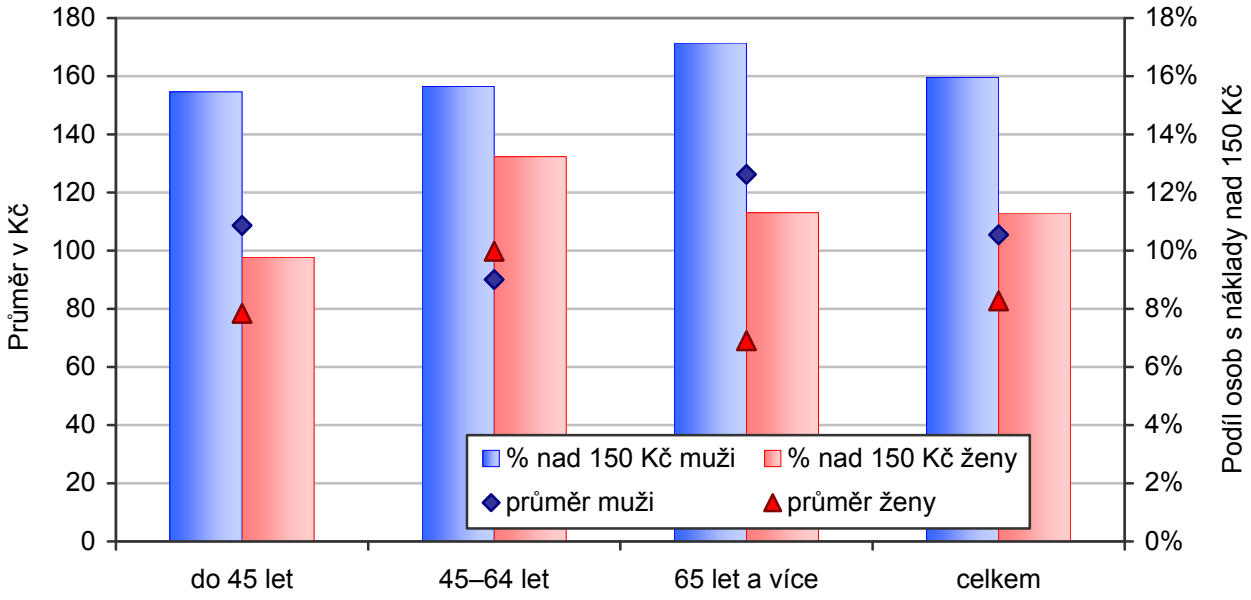
Průměrný počet návštěv praktika či specialisty u osob, které za poslední 4 týdny před rozhovorem tento typ péče využily, činil u obou pohlaví 2,1 návštěv. Pokud sledujeme výši poplatků v kontextu počtu návštěv, pak lze říci, že zhruba 77 % respondentů nezaplatilo více než 30 Kč za jednu návštěvu, 150 a více korun za jednu návštěvu utratilo 7 %. Průměrná výše nákladů na jednu návštěvu činila 51 Kč, u mužů byla mírně vyšší než u žen, rozdíl zde byl potvrzen jako statisticky významný. V průměru vydala 1 žena na péči praktika či lékaře specialisty 83 Kč, u mužů to bylo více, a to 106 Kč. Mediánová hodnota dosahovala u obou pohlaví 30 Kč.

Tab. 6.26: Průměrná výše nákladů na péči praktického lékaře a lékaře specialisty celkem a na jednu návštěvu (v Kč)

Průměrná výše nákladů	Počet návštěv, obě pohlaví celkem			Muži	Ženy	Celkem
	1	2	3 a více			
Průměr celkem	56	111	145	106	83	92
Průměrné náklady na jednu návštěvu	56	55	33	56	47	51

Ani zde nebyly zaznamenány jednoznačné pravidelnosti z hlediska věku, navíc věkové profily se u obou pohlaví v tomto ohledu odlišují.

Graf 6.21: Charakteristiky nákladů na péči praktického lékaře a specialisty podle věku



Výdaje na předepsané léky

Součástí výběrového šetření o zdraví EHIS 2008 byly i otázky sledující, zda respondenti užívali v průběhu posledních 2 týdnů léky. V souvislosti s náklady na zdravotní péči jsme se pak respondentů dotazovali, kolik v posledních 2 týdnech zaplatili právě za předepsané a nepředepsané léky. Referenční období se tedy ve znění otázky vztahovalo k posledním dvou týdnům, jak se však později ukáže, domníváme se, že respondenti uvažovali referenční období 4 týdenní, stejně jako u ostatních otázek, kde jsme se ptali na náklady respondentů.

Na rozdíl od předchozích položek, kde jsme měli rámcovou možnost informaci o nákladech na zdravotní péči provázat s informací o tom, zda respondent tento typ péče v posledních 4 týdnech využil, nemáme v případě užívání léků možnost takovou jasnou provázanost získat. V tomto případě se totiž dvoutýdenní období nemusí zcela překrývat, tedy respondent, který užíval v posledních 2 týdnech nějaké léky mohl mít léky nakoupené dopředu, tudíž nevynaložil na ně žádné náklady v posledních 2 týdnech. Naopak, respondent si mohl koupit léky, které bude využívat až později (např. antikoncepce, ale i jiné, které se dle doporučení lékaře užívají např. po dobrání jednoho typu léků apod.).

Identifikace osob, které léky kupovaly, je tedy velice obtížná, proto se omezíme na analýzu toho, kolik respondenti za léky skutečně zaplatili, pokud nějaké výdaje měli, i když je zřejmé, že někteří respondenti nemuseli za pořízení léků zaplatit vůbec (léky hrazené pojišťovnou, refundace regulačního poplatku). Do analýzy však budou vstupovat pouze nenulové výdaje za nákup předepsaných léků.

Nějaké lékařem předepsané či doporučené léky užívalo v posledních 2 týdnech před rozhovorem 42 % mužů a 62 % žen (včetně antikoncepce), viz kap.6.3. Ve shodném referenčním období uvedlo platbu za léky celkem 673 osob, tedy zhruba 34 % všech respondentů, přitom u mužů byl tento podíl nižší (27 %) než u žen (41 %).

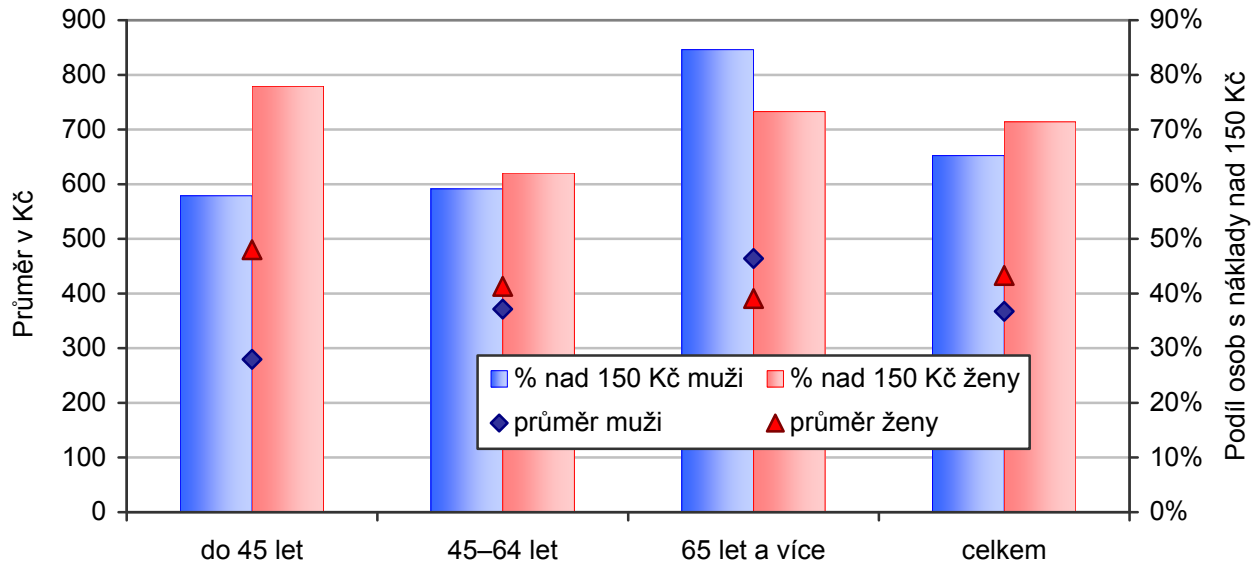
Tab. 6.27: Rozdělení respondentů podle celkových nákladů na předepsané léky (v %)

Náklady v Kč	1–30	31–60	61–150	151–500	501–1 000	1 001+
Muži	5,5	7,3	22,3	46,3	15,2	3,5
Ženy	2,6	9,0	17,0	42,9	24,8	3,7
Celkem	3,7	8,3	19,0	44,2	21,1	3,6

Ze všech respondentů, kteří platili za předepsané léky, jich necelá 4 % zaplatila pouze 30 Kč, tedy max. ve výši regulačního poplatku za položku na receptu. Naopak více než 150 Kč zaplatilo celkem 69 % těch, kteří za léky platili, častěji ženy než muži.

U nákladů na léky již zaznamenáváme statisticky významné rozdíly z hlediska věku. Nejvyšší výdaje na léky zaznamenáváme u žen ve věku 15–24 let, což napovídá skutečnosti, že podstatnou část nákladů v této věkové kategorii tvoří výdaje za antikoncepci. Tomu odpovídá i výrazný rozdíl mezi muži a ženami, ten je patrný také ve věkové skupině 25–34 let. Přitom tyto dvě věkové kategorie jsou typické právě vysokým podílem uživatelek antikoncepčních pilulek (zhruba 35 % žen v tomto věku užívá antikoncepční pilulky). Naopak ve věkové kategorii osob 65letých a starších jsou výdaje vyšší u mužů ve srovnání se ženami, obecně pak starší osoby mají výdaje na předepsané léky vyšší než osoby mladší. Rozdíl v podílu osob s náklady nad 150 Kč z hlediska pohlaví i věku byl potvrzen jako statisticky významný logistickou regresí.

Graf 6.22: Charakteristiky nákladů na předepsané léky podle věku



Průměrná výše nákladů činila 408 Kč, přitom u žen byla vyšší (433 Kč) než u mužů (367 Kč), rozdíl však nebyl po věkové standardizaci potvrzen jako statisticky významný. Nejvyšší průměrné náklady vykázaly nejmladší ženy, nejnižší naopak muži ve věku 25–34 let, průměrné hodnoty jsou však ovlivněny výrazným rozptylem hodnot, zejména výskytem ojedinělých vysokých částek, které pak výsledky zkreslují (např. maximální částka 15 500 Kč).

Výdaje na léky bez předpisu

Kromě výdajů respondentů na předepsané léky jsme sledovali i výdaje na léky bez lékařského předpisu. Tyto léky užívalo v posledních dvou týdnech před rozhovorem 40 % mužů a 52 % žen. Nejčastěji se jednalo o léky typu vitamíny, minerály apod., dále léky proti nachlazení a léky proti bolesti. Také zde platí, že období nákupu léků se nemusí nutně krýt s jejich užíváním, tudíž respondenti mohli vykázat náklady na nákup nepředepsaných léků aniž by je užívali a naopak. V analýze budeme uvažovat opět pouze ty respondenty, kteří uvedli náklady vyšší než 0 Kč.

Nějaké nenulové náklady uvedlo 730 dotázaných respondentů, tedy 37 % ze všech, u žen byl podíl osob, které kupovaly nepředepsané léky vyšší (43 %) než u mužů (31 %). Je patrné, že podíl osob, které v posledních dvou týdnech kupovaly nějaké nepředepsané léky je zhruba o 10 procentních bodů (p.b.) nižší než podíl těch osob, které léky v posledních dvou týdnech užívaly. To je způsobeno zmiňovaným nesouladem mezi dobou nákupu a užívání léků, navíc, zejména u nepředepsaných léků, je velice běžné, že je respondent užívá, aniž by je vůbec kupoval (např. dostal vitamíny darem apod.).

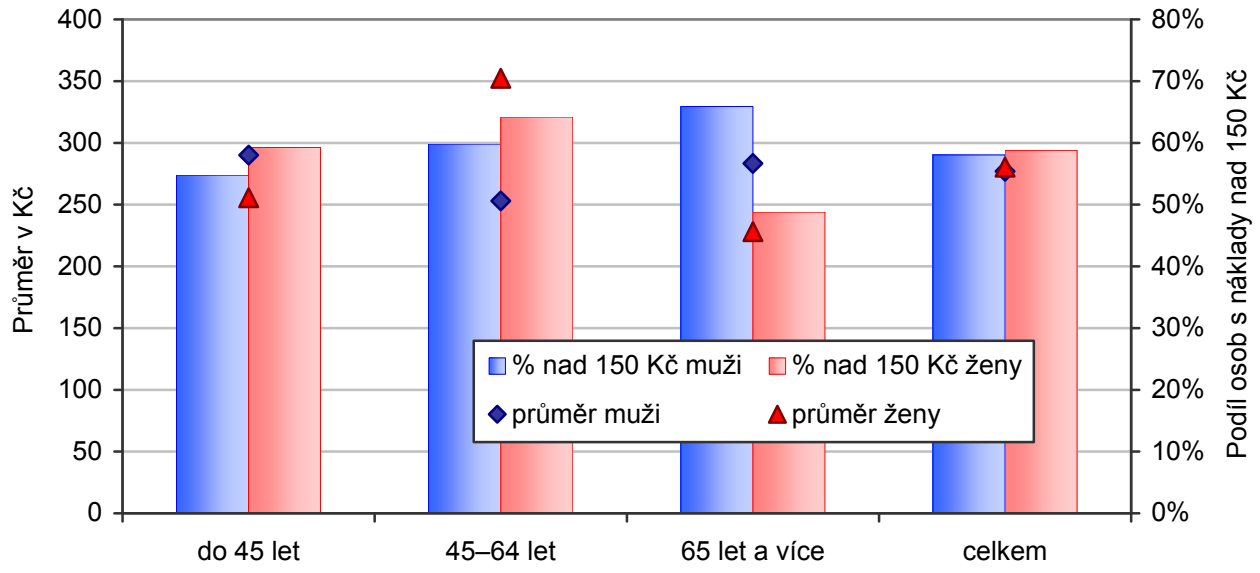
Zhruba 59 % z respondentů, kteří vykázali nějaké náklady na léky bez předpisu uvedlo výdaje vyšší než 150 Kč. Více než 500 Kč za nepředepsané léky zaplatilo 13 % mužů a 10 % žen. Nejvyšší uvedené částky se pohybovaly okolo 2 500–3 000 Kč.

Tab. 6.28: Rozdělení respondentů podle celkových nákladů na nepředepsané léky (v %)

Náklady v Kč	1–30	31–60	61–150	151–500	501–1 000	1 001+
Muži	3,6	10,3	27,9	45,6	8,8	3,8
Ženy	2,8	7,1	31,3	49,0	7,4	2,4
Celkem	3,1	8,4	29,9	47,6	8,0	2,9

Pokud hodnotíme náklady u obou pohlaví zvlášť, statistický test nepotvrzuje významnost zaznamenaných diferencí. Také průměrné náklady jsou si velice podobné, muži zaplatili v průměru 277 Kč, ženy 280 Kč. Podíl těch, kteří zaplatili více než 150 Kč rovněž není pohlavně diferencovaný, jediné statisticky významné odchylky zaznamenáváme ve věkové kategorii 65 let a více, kde byl u mužů podíl těch, kteří hradili více než 150 Kč vyšší zhruba o 17 p.b. než u žen. Rozdíl zde byl potvrzen jako statisticky významný. Rozdíly z hlediska věku nebyly potvrzeny jako statisticky významné.

Graf 6.23: Charakteristiky nákladů na nepředepsané léky podle věku



Výdaje na jiné typy zdravotní péče (mimo stomatologů, praktiků a specialistů)

Pro doplnění přehledu o přímých nákladech na zdravotní péči byla v českém dotazníku zařazena také položka sledující, zda měli respondenti v posledních 4 týdnech před rozhovorem nějaké další výdaje za zdravotní péči (jiné, než uvedené typy zdravotnických služeb, tedy např. hospitalizaci, rehabilitace apod.). Zde opět nemáme jednoznačnou vazbu na spotřebu péče a proto budeme uvažovat pouze nenulové výdaje.

Celkem v šetření máme 148 respondentů, kteří uvedli nějaké výdaje tohoto typu (tedy zhruba 8 % všech dotázaných), přitom nejvyšší částka se pohybovala na úrovni 27 tis. Kč, což může ovlivnit sledované průměry (proto jsme ji z výpočtu průměru vyloučili). V tomto případě se jednalo pravděpodobně o náklady spojené s několika jedno i vícedenními hospitalizacemi, event. mohou být zahrnuty zvláštní náklady na operaci apod.

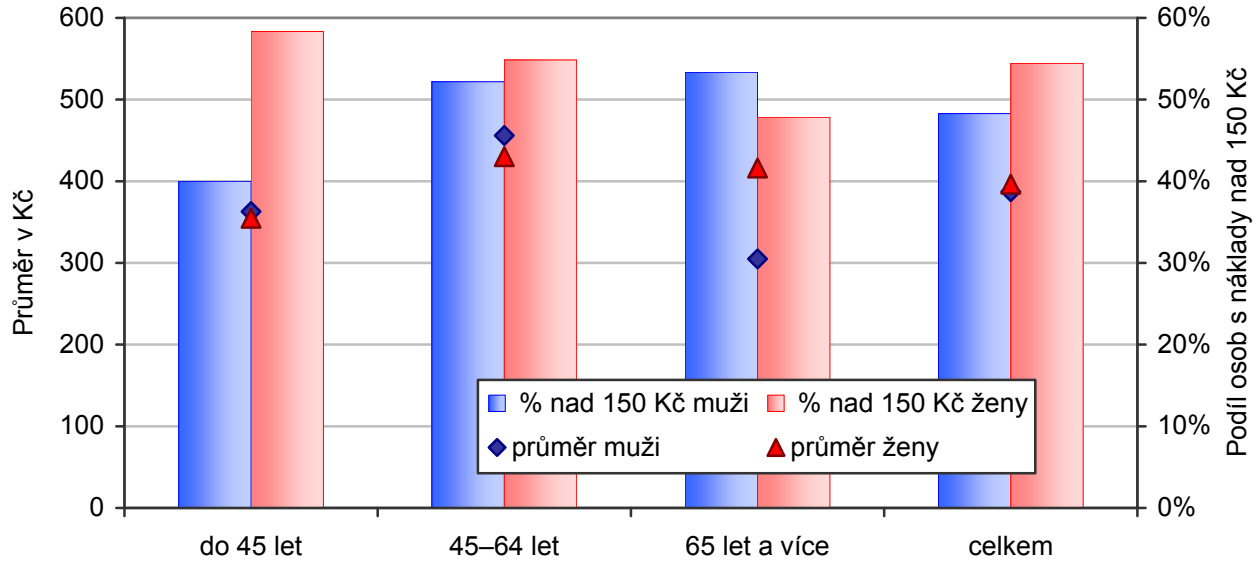
Tab. 6.29: Rozdělení respondentů podle celkových nákladů na další zdravotní péči (v %)

Náklady v Kč	1–30	31–60	61–150	151–500	501–1 000	1 001+
Muži	11,6	18,1	22,6	30,3	8,1	9,3
Ženy	9,1	17,3	19,2	29,9	17,0	7,5
Celkem	10,0	17,6	20,5	30,1	13,5	8,2

Více než 150 Kč utratilo v posledním měsíci před rozhovorem 52 % respondentů, kteří nějaké takové náklady měli, náklady nad 500 Kč pak uvedlo 17 % mužů a 25 % žen, kteří nějaké výdaje uvedly. Zde je patrný rozdíl mezi oběma pohlavími v kategorii výše nákladů 500–1000 Kč, u žen je sice vyšší podíl těch, které zaplatily touto částkou, v průměru se však výdaje mezi pohlavími příliš neliší a jejich průměrná výše činila zhruba 393 Kč.

Ani rozdíly podle pohlaví v rámci jednotlivých věkových skupin nebyly potvrzeny jako statisticky významné, zejména z důvodu nízkého počtu respondentů. Vliv věku na celkovou výši nákladů na další zdravotní péči nebyl potvrzen statistickým testem.

Graf 6.24: Charakteristiky nákladů na další zdravotní péči podle věku



Výdaje na zdravotnické potřeby a pomůcky

Poslední složkou sledovaných výdajů na zdraví jsou výdaje na zdravotnické potřeby a pomůcky v posledních 4 týdnech. Zde měly být dle pokynů uvedeny výdaje na náplasti, obvazy, protézy, dioptrické brýle apod. Jelikož ani zde nemáme možnost zjistit, jaké zdravotnické pomůcky respondenti ve skutečnosti pořizovali, budeme uvažovat pouze doplatky respondentů na zdravotnické pomůcky (i když určité zdravotnické pomůcky si mohli respondenti opatřit, aniž by za ně platili).

Nějakou nenulovou částku vykázalo celkem 274 respondentů (99 mužů, 175 žen), tedy zhruba 14 % ze všech respondentů. Maximální výše částky byla 14 tisíc (tento údaj z důvodu zkreslení opět z průměru vyřadíme).

Tab. 6.30: Rozdělení respondentů podle nákladů na zdravotnické potřeby a pomůcky (v %)

Náklady v Kč	1–30	31–60	61–150	151–500	501–1 000	1 001+
Muži	11,6	12,9	30,7	33,0	2,5	9,3
Ženy	8,3	15,1	22,1	34,8	7,1	12,6
Celkem	9,5	14,3	25,2	34,1	5,4	11,4

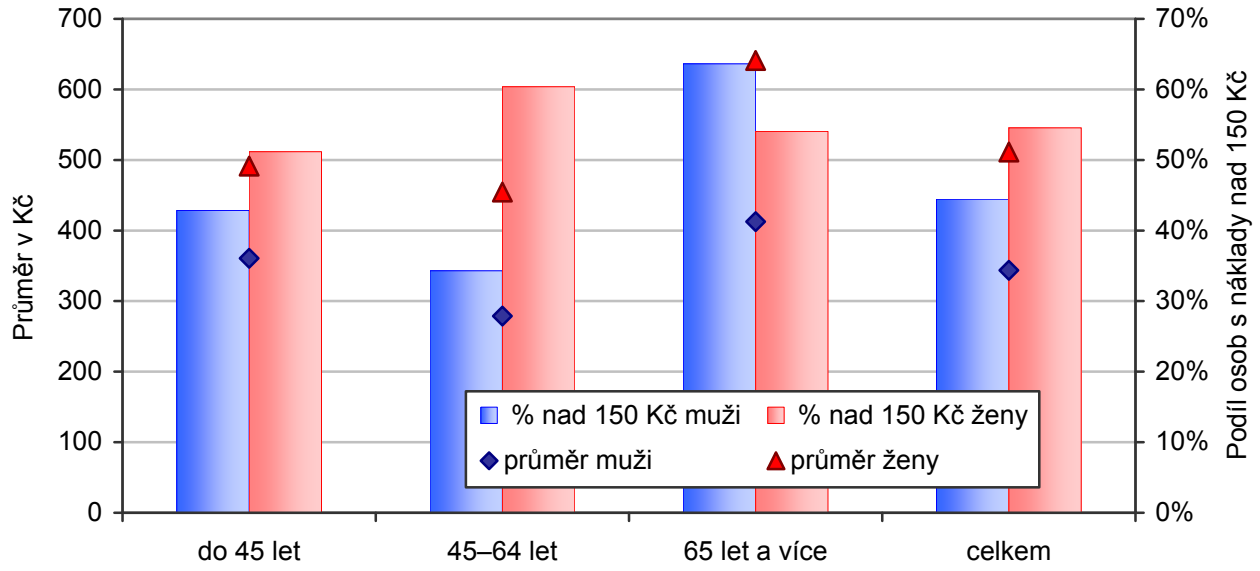
Výdaje ve výši 150 Kč a více mělo 45 % mužů a 55 % žen. Zde je nejvyšší rozdíl zejména ve výdajích nad 500 Kč, ty mělo 12 % mužů a 20 % žen. Rozdíly se však

nepotvrdily jako signifikantní. Z hlediska věku jsou nejvyšší rozdíly mezi oběma pohlavími ve věku 45–64 let, kde náklady vyšší než 150 Kč uvedlo 60 % žen, ale jen 34 % mužů.

Průměrná výše nákladů byla u žen (511 Kč) vyšší než u mužů (344 Kč), vzhledem k nízkému počtu osob však nebyly rozdíly potvrzeny statistickým testem jako významné.

Také z hlediska věku je vzhledem k nízkému počtu respondentů a vysoké variabilitě údajů problematické výdaje hodnotit, rozdíly mezi věkovými skupinami nebyly potvrzeny jako signifikantní.

Graf 6.25: Charakteristiky nákladů na zdravotnické potřeby a pomůcky podle věku



Náklady na zdraví celkem

Celkové náklady respondentů na zdravotní péči a zdravotnické potřeby lze shrnout sečtením všech výše uvedených dílčích nákladů. Pro tento účel jsme vypočítali ukazatel určující celkové náklady v průběhu posledních 4 týdnů s tím, že ukazatele, které sledujeme s dvoutýdenním referenčním obdobím (náklady na předepsané a nepředepsané léky) bychom měli vynásobit dvěma. Jak se však ukáže později ze srovnání se statistikou národních účtů, respondenti pravděpodobně i u léků (předepsaných a nepředepsaných) uváděli výdaje za 4 týdenní referenční období, shodně jako u ostatních položek, provedeme tedy prostý součet a budeme částku uvažovat jako výdaje za poslední 4 týdny před rozhovorem.

Celkové měsíční náklady se u jednotlivých respondentů pohybovaly od 0 do 29 tis. Kč. Respondenti, kteří neuvedli žádné náklady, včetně těch, kteří péči vůbec nevyužili, byli započítáni s hodnotou nákladů 0, ze všech 1 955 respondentů neuvedlo náklady zhruba 30 % osob. Průměrná výše nákladů na osobu (včetně nulových nákladů) za měsíc činila 463 Kč, ovšem mediánová hodnota byla výrazně nižší a dosahovala 150 Kč. Zhruba desetina respondentů vykázala celkové měsíční náklady vyšší než 1 000 Kč, přitom ale jen nepatrný podíl z nich vydal více než 5 000 Kč.

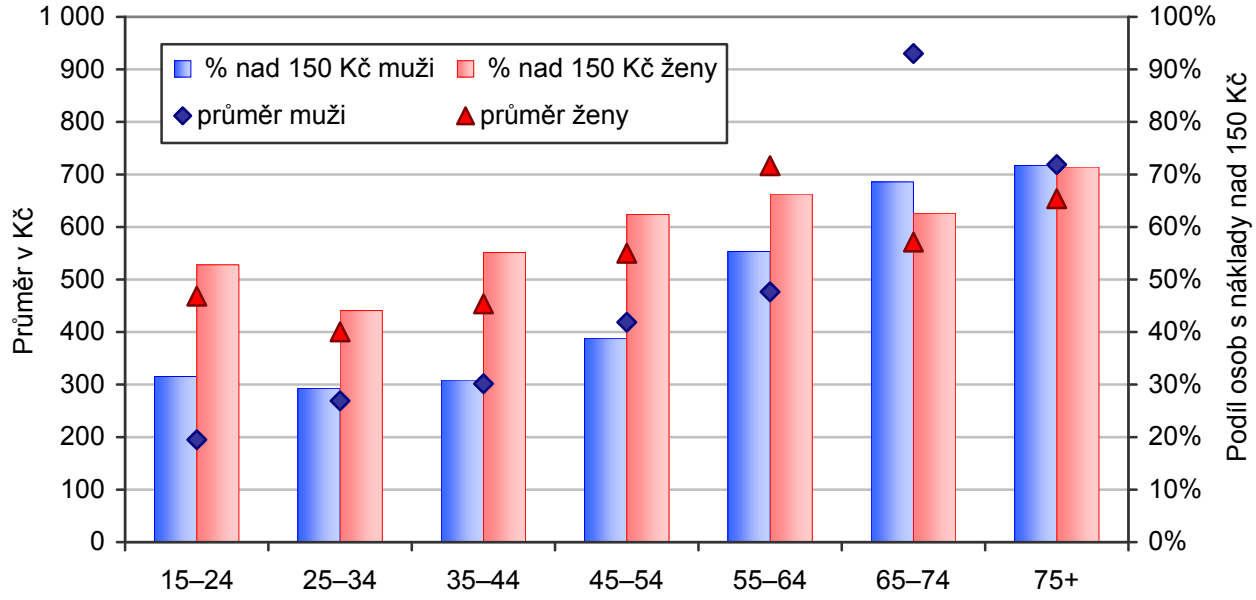
Tab. 6.31: Rozdělení respondentů podle celkových nákladů na zdraví (v %)

Náklady v Kč	0	1–30	31–60	61–150	151–500	501–1 000	1 001+
Muži	37,6	8,1	3,6	9,9	21,2	10,9	8,8
Ženy	23,7	5,7	3,3	9,5	24,9	18,7	14,2
Celkem	30,4	6,9	3,4	9,7	23,1	14,9	11,6

Takto koncipovaný ukazatel, který zahrnuje i osoby bez nákladů na zdravotní péči vypovídá jak o ceně za zdravotní péči, tak o míře jejího využití. Můžeme proto logicky soudit, že ženy využívají zdravotní péči častěji, tím pádem jsou jejich náklady vyšší. Zhruba 14 % žen zaplatilo během posledních 4 týdnů více než 1 000 Kč, mezi muži to bylo jen 9 %. Podobně však nulové náklady mělo 38 % mužů a jen 24 % žen. Průměr se u obou pohlaví rovněž lišil, a to 391 Kč u mužů a 531 Kč u žen, což je však částečně ovlivněno i jejich starší věkovou strukturou. Podíl osob, které měsíčně vydaly více než 150 Kč za zdravotní péči činil u žen zhruba 58 % a byl o 18 p.b. vyšší než u mužů. Také po odstranění vlivu věkové struktury byl rozdíl potvrzen jako statisticky významný, ženy mají zhruba dvojnásobnou pravděpodobnost zaplatit více než 150 Kč ve srovnání s muži.

Z hlediska věku nejvyšší rozdíly mezi oběma pohlavími zaznamenáváme u 15–54letých, ve vyšším věku už rozdíly mizí. S věkem se náklady na zdraví zvyšují, v nejvyšší věkové kategorii jejich průměrná výše činí zhruba 900 Kč a náklady vyšší než 150 Kč zde má zhruba 70 % respondentů. Rozdíly z hlediska věku i pohlaví byly potvrzeny statistickým testem jako signifikantní.

Graf 6.26: Charakteristiky celkových nákladů na zdraví podle věku



Srovnání se statistikou národních účtů

Zajímavé je porovnat, kolik zaplatili v souhrnu všichni dotazovaní respondenti a jaké jsou celonárodně vykazované přímé výdaje domácností na zdraví.

Pokud bychom sečetli všechny výdaje našich respondentů (přitom výdaje za léky vynásobili dvěma), získáváme za poslední 4 týdny celkem 1 383 761 Kč. Pokud bychom tyto výdaje přepočetli na roční výdaje a namísto 1 955 osob uvažovali celou populaci ve věku 15 a více let z roku 2008, získáváme celkové náklady 76 019 mil. Kč. Z toho připadá zhruba 16 mld. na ambulantní a lůžkovou péči, většina pak na léky a zdravotnické pomůcky, zejména na předepsané a nepředepsané léky.

Podle statistiky národních účtů (SNÚ) prezentované ČSÚ za rok 2008 (domácí pojetí) celkové náklady na zdraví u domácností činily 51 854 mil. Kč, tedy o více než 25 mld. méně, než vykazuje EHIS. Přitom náklady na ambulantní a lůžkovou péči podle EHIS jsou nižší než podle SNÚ, hlavní rozdíl spočívá ve zhruba 2,35násobně vyšších výdajích na léky a zdravotnické pomůcky v šetření EHIS.

Vzhledem k tomu, že náklady na ambulantní a lůžkovou péči zhruba odpovídají evidenci SNÚ, nabízí se zde vysvětlení výrazně vyšších nákladů na léky, spočívající v rozdílném referenčním období. Vzhledem k tomu, že všechny ostatní položky uvažovaly referenční období posledních 4 týdnů a nepředepsané a předepsané léky byly posledními dvěma položkami ve výčtu, ovšem s referenčním obdobím 2 týdnů, nemuseli respondenti zaznamenat změnu referenčního období a uvedli náklady rovněž za poslední 4 týdny.

Pokud bychom uvažovali tuto hypotézu za platnou a náklady upravili (viz tab. 6.32), pak náklady na léky a zdravotnické prostředky podle EHIS (34 mld. Kč) převyšují částku ve SNÚ (25,5 mld. Kč) jen o jednu třetinu. Celkové soukromé výdaje pak dle šetření EHIS činí 49,8 mld. Kč, což je údaj srovnatelný se SNÚ (51,8 mld. Kč).

Tab. 6.32: Náklady na zdraví v ČR v roce 2008 podle EHIS a Statistiky národních účtů (mil. Kč)

Náklady	EHIS	EHIS upravené	Statistika národních účtů
Celkem	76 019	49 745	51 854
Ambulantní a lůžková péče	15 958	15 958	21 744
Léky a zdravotnické pomůcky	60 061	33 787	25 489
v tom předepsané léky	30 173	15 087	x
nepředepsané léky	22 375	11 188	x
zdravotnické pomůcky	7 513	7 513	x

Příčina dalších odlišností může spočívat v několika bodech:

- V případě SNÚ se jedná o domácí pojetí zahrnující výdaje na území ČR, kdežto v šetření mohli respondenti započítávat i výdaje vynaložené v zahraničí. Naproti tomu pokud bychom uvažovali domácí pojetí národních účtů, budou zde navíc zahrnuty výdaje cizinců v ČR, které šetření nezahrnuje.

- Šetření EHIS může podchytit šedou ekonomiku, tzn. úplatky lékařům apod., které SNÚ nezahrnuje.
- V šetření EHIS mohou být zahrnuty i některé typy produktů, např. potravinových doplňků, kupovaných respondenty v drogeriích apod., které SNÚ nemusí nutně zahrnovat, dále v šetření EHIS mohou být zahrnuty i běžné potraviny, které však respondenti koupili v lékárně (např. čaje apod.).
- Šetření EHIS mapuje výdaje jednotlivce, zatímco SNÚ sleduje výdaje za celou domácnost. To může způsobit určité odchylky v celkových odhadech.

Lze předpokládat, že za celkovým rozdílem stojí několik faktorů dohromady. Nicméně, šetření EHIS si neklade za cíl určit celkové náklady domácností na zdravotnictví a suplovat tak Statistiku národních účtů. Hlavním cílem zde je porovnat náklady jednotlivých populačních skupin s ohledem na jejich socioekonomické charakteristiky, a zmapovat zatížení respondentů výdaji na zdravotnictví vzhledem k jejich zdravotnímu stavu.

Souhrn kap. 6: Přehled základních charakteristik využívání zdravotní péče podle pohlaví a věku (vážené absolutní počty)

MUŽI								
	věková skupina							Celkem
	15–24	25–34	35–44	45–54	55–64	65–74	75+	
Celkem	168	205	149	152	159	71	46	950
Hospitalizace v posledních 12 měsících								
ano	14	10	6	14	20	12	15	91
ne	154	194	142	136	138	58	30	852
celkem	168	204	148	150	158	70	45	943
Zubař v posledních 4 týdnech								
ano	20	51	32	34	36	9	7	189
ne	148	154	114	116	119	59	38	748
celkem	168	205	146	150	155	68	45	937
Praktik v posledních 4 týdnech								
ano	24	34	28	27	66	37	29	245
ne	142	171	117	125	91	33	17	696
celkem	166	205	145	152	157	70	46	941
Specialista v posledních 4 týdnech								
ano	20	21	18	20	45	25	20	169
ne	143	183	125	132	109	45	26	763
celkem	163	204	143	152	154	70	46	932
Předepsané léky v posledních 2 týdnech (včetně antikoncepce)								
ano	40	42	41	62	111	54	40	390
ne	128	162	108	89	43	15	5	550
celkem	168	204	149	151	154	69	45	940
Nepředepsané léky v posledních 2 týdnech								
ano	74	90	56	46	61	33	21	381
ne	95	114	92	106	94	38	24	563
celkem	169	204	148	152	155	71	45	944
Očkování proti chřipce v posledních 12 měsících								
ano	22	15	8	8	18	12	12	95
ne	135	183	132	136	138	55	33	812
celkem	157	198	140	144	156	67	45	907
Měření krevního tlaku								
nikdy	15	14	5	6	2	2	0	44
posledních 12 měsíců	82	78	75	90	129	62	42	558
před 1–5 lety	63	88	59	41	25	5	0	281
před více než 5 lety	1	16	7	8	2	2	1	37
celkem	161	196	146	145	158	71	43	920
Měření cholesterolu v krvi								
nikdy	84	70	33	25	12	5	5	234
posledních 12 měsíců	24	44	54	71	115	51	32	391
před 1–5 lety	31	56	42	37	23	10	4	203
před více než 5 lety	1	7	8	4	2	2	0	24
celkem	140	177	137	137	152	68	41	852

Souhrn kap. 6: Přehled základních charakteristik využívání zdravotní péče podle pohlaví a věku (vážené absolutní počty)

ŽENY								
	Věková skupina							Celkem
	15–24	25–34	35–44	45–54	55–64	65–74	75+	
Celkem	161	186	166	141	162	99	91	1006
Hospitalizace v posledních 12 měsících								
ano	17	15	10	18	18	15	28	121
ne	144	171	156	123	144	83	60	881
celkem	161	186	166	141	162	98	88	1002
Zubař v posledních 4 týdnech								
ano	40	40	34	25	27	16	9	191
ne	121	145	129	114	135	81	78	803
celkem	161	185	163	139	162	97	87	994
Praktik v posledních 4 týdnech								
ano	36	35	46	49	60	54	54	334
ne	125	151	119	92	103	43	32	665
celkem	161	186	165	141	163	97	86	999
Specialista v posledních 4 týdnech								
ano	54	60	49	36	53	34	32	318
ne	102	126	117	102	107	63	54	671
celkem	156	186	166	138	160	97	86	989
Předepsané léky v posledních 2 týdnech (včetně antikoncepce)								
ano	92	82	90	88	112	74	83	621
ne	68	104	74	52	48	23	6	375
celkem	160	186	164	140	160	97	89	996
Nepředepsané léky v posledních 2 týdnech								
ano	79	97	101	79	71	49	41	517
ne	82	89	63	62	91	50	47	484
celkem	161	186	164	141	162	99	88	1001
Očkování proti chřipce v posledních 12 měsících								
ano	4	9	15	10	18	21	20	97
ne	151	174	148	130	144	76	64	887
celkem	155	183	163	140	162	97	84	984
Měření krevního tlaku								
nikdy	13	7	7	3	3	2	0	35
posledních 12 měsíců	98	110	93	90	129	81	81	682
před 1–5 lety	43	53	59	41	26	10	7	239
před více než 5 lety	2	8	3	4	5	2	1	25
celkem	156	178	162	138	163	95	89	981
Měření cholesterolu v krvi								
nikdy	81	55	44	13	19	7	8	227
posledních 12 měsíců	30	58	52	65	105	60	61	431
před 1–5 lety	30	46	55	53	32	22	11	249
před více než 5 lety	0	12	5	3	4	2	4	30
celkem	141	171	156	134	160	91	84	937

Souhrn kap. 6: Přehled základních charakteristik využívání zdravotní péče podle pohlaví a věku (vážené absolutní počty)

MUŽI								
	věková skupina							Celkem
	15–24	25–34	35–44	45–54	55–64	65–74	75+	
Měření cukru v krvi								
nikdy	83	71	38	29	13	4	8	246
posledních 12 měsíců	27	43	52	68	112	55	32	389
před 1–5 lety	30	57	33	33	22	7	3	185
před více než 5 lety	1	6	7	5	5	3	0	27
celkem	141	177	130	135	152	69	43	847
Test na okultní krvácení								
nikdy	166	189	136	123	87	43	28	772
posledních 12 měsíců	0	3	4	9	23	10	5	54
před 1–2 lety	1	2	3	13	20	8	5	52
před 2–3 roky	0	2	1	4	7	2	2	18
před více než 3 roky	0	6	3	2	17	7	4	39
celkem	167	202	147	151	154	70	44	935
Mamografické vyšetření								
nikdy	x	x	x	x	x	x	x	x
posledních 12 měsíců	x	x	x	x	x	x	x	x
před 1–2 lety	x	x	x	x	x	x	x	x
před 2–3 roky	x	x	x	x	x	x	x	x
před více než 3 roky	x	x	x	x	x	x	x	x
celkem	x	x	x	x	x	x	x	x
Preventivní onkologická cytologie								
nikdy	x	x	x	x	x	x	x	x
posledních 12 měsíců	x	x	x	x	x	x	x	x
před 1–2 lety	x	x	x	x	x	x	x	x
před 2–3 roky	x	x	x	x	x	x	x	x
před více než 3 roky	x	x	x	x	x	x	x	x
celkem	x	x	x	x	x	x	x	x
Spokojenost se zdravotní péčí v ČR celkem								
velmi spokojen	24	15	15	15	21	14	12	116
spíše spokojen	60	76	47	58	55	21	16	333
ani spokojen ani nespokojen	23	40	24	36	29	9	8	169
spíše nespokojen	9	8	6	6	16	6	2	53
velmi nespokojen	0	2	5	3	3	4	2	19
celkem	116	141	97	118	124	54	40	690

Souhrn kap. 6: Přehled základních charakteristik využívání zdravotní péče podle pohlaví a věku (vážené absolutní počty)

ŽENY								
	Věková skupina							Celkem
	15–24	25–34	35–44	45–54	55–64	65–74	75+	
Měření cukru v krvi								
nikdy	83	57	45	22	18	8	8	241
posledních 12 měsíců	37	56	53	63	106	60	62	437
před 1–5 lety	28	43	47	45	31	21	11	226
před více než 5 lety	1	11	9	5	4	2	4	36
celkem	149	167	154	135	159	91	85	940
Test na okultní krvácení								
nikdy	153	179	150	111	96	62	58	809
posledních 12 měsíců	0	2	4	10	31	10	7	64
před 1–2 lety	2	0	1	8	19	11	3	44
před 2–3 roky	0	1	0	5	6	6	2	20
před více než 3 roky	2	2	6	4	8	7	11	40
celkem	157	184	161	138	160	96	81	977
Mamografické vyšetření								
nikdy	153	160	110	30	29	28	55	565
posledních 12 měsíců	4	3	14	55	64	33	6	179
před 1–2 lety	1	10	13	39	47	16	5	131
před 2–3 roky	0	3	11	9	14	8	2	47
před více než 3 roky	0	4	16	2	5	13	15	55
celkem	158	180	164	135	159	98	83	977
Preventivní onkologická cytologie								
nikdy	73	44	38	32	44	39	41	311
posledních 12 měsíců	66	90	90	56	59	19	6	386
před 1–2 lety	15	30	20	25	25	11	3	129
před 2–3 roky	1	5	6	9	6	5	3	35
před více než 3 roky	0	2	5	8	23	16	22	76
celkem	155	171	159	130	157	90	75	937
Spokojenost se zdravotní péčí v ČR celkem								
velmi spokojena	11	19	25	23	26	16	18	138
spíše spokojena	57	75	54	38	64	37	30	355
ani spokojena ani nespokojena	28	52	42	37	26	14	16	215
spíše nespokojena	13	5	12	4	7	3	6	50
velmi nespokojena	7	7	4	2	5	1	1	27
celkem	116	158	137	104	128	71	71	785

7. DETERMINANTY ZDRAVÍ

Determinanty zdraví jsou faktory, které působí na zdraví jedince a mohou jej ovlivnit. Faktorů určujících zdravotní stav jedince je celá řada. Obvykle se však v literatuře setkáváme s vymezením čtyř základních skupin (přímých) faktorů ovlivňujících zdravotní stav jedince.

Jsou to jednak aspekty genetické, dále pak prostředí (sociální, fyzickogeografické apod.) ve kterém jedinec žije, úroveň zdravotnictví a konečně životní styl, který může být ve vztahu ke zdravotnímu stavu buď tzv. protektivní nebo naopak rizikový. Tyto faktory vymezuje také např. Žáček (1974): "Faktory ovlivňující zdraví a potažmo zdravotní stav celé populace zahrnují vnitřní prostředí tvořené biologickou stránkou jedince (genetické dispozice, pohlaví, věk), která je ovlivňována faktory vnějšího prostředí, tvořenými chováním jedince, životním prostředím (přírodním a sociálním) a zdravotní péčí."

Podíl těchto faktorů na celkovém ovlivnění zdravotního stavu je obtížné určit, uvádí se však, že role životního prostředí, zdravotnictví a genetických faktorů je zhruba stejná (15–25 %), za nejvýznamnější faktor je pak považován životní styl jedince, který ovlivňuje zdraví jedince až z 50 %.

V šetření EHIS jsme se zaměřili zejména na několik nejvýraznějších faktorů životního stylu, a to sice fyzickou aktivitu, stravovací návyky a s tím související ukazatel BMI, určující tělesnou konstituci jedince (může však být dán i geneticky), dále pak spotřebu alkoholu, kouření a užívání drog. Z dalších faktorů jsme sledovali fyzické a sociální prostředí respondenta jak v okolí jeho domova, tak v zaměstnání.

Vzhledem k tomu, že pokládání otázek na kouření, konzumaci alkoholu a drog v otevřeném rozhovoru by mohlo vést k zamlčování některých skutečností, zejména jsou-li rozhovoru přítomni další členové domácnosti, byla respondentům nabídnuta možnost, aby tyto údaje vyplnili do dotazníku samostatně bez zprostředkování tazatelem.

V této souvislosti je však nutné si uvědomit, že životní styl sice může ovlivňovat zdraví jedince, vliv zde však může být i opačný – jedinec s určitým zdravotním omezením je limitován jak z hlediska fyzické aktivity, tak např. i z hlediska užívání alkoholu, kouření a dokonce i ve svých sociálních kontaktech. To je nutné brát v úvahu při interpretaci dat.

7.1. Tělesná hmotnost, výška, Body Mass Index

Tělesná hmotnost a výška jedince, potažmo nadváha a obezita mají mezi faktory ovlivňujícími zdravotní stav specifické postavení. Jedná se totiž o charakteristiky, které mohou být ovlivněny jak životním stylem a samotným zdravotním stavem jedince, ale také jeho genetickými predispozicemi a řadou dalších faktorů. Nejsou tedy vždy vědomě kontrolovatelné. Nadměrná váha (označovaná jako nadváha či obezita) je však obecně považována za rizikový faktor vzniku kardiovaskulárních onemocnění, onemocnění cukrovkou (II. typu), onemocnění jater, žlučníku apod. Nadváha je pak často spojována s nízkou fyzickou aktivitou, nesprávným stravováním a dlouhodobým působením stresu.

V šetření byla tělesná konstituce respondentů sledována dvěma otázkami, které byly respondentovi pouze položeny a nebyly nijak ověřovány, jako např. měřením, vážením apod. Otázka zjišťující výšku byla pokládána ve znění: „Jaká je vaše výška bez bot?“ a otázka zjišťující hmotnost ve znění: „Kolik vážíte bez šatů a bot?“.

Tab. 7.1: Průměrná výška, hmotnost a index tělesné hmotnosti (BMI) podle pohlaví a věku

Věk	Muži			Ženy		
	výška (cm)	hmotnost (kg)	BMI (kg/m^2)	výška (cm)	hmotnost (kg)	BMI (kg/m^2)
15–24	178,4	74,4	23,5	166,9	59,3	21,3
25–34	179,6	83,5	25,8	167,7	64,8	23,1
35–44	178,3	85,7	26,9	165,9	69,2	25,1
45–54	179,4	89,0	27,6	165,1	73,2	26,9
55–64	175,5	87,1	28,3	164,4	75,9	28,1
65–74	174,1	84,5	27,9	163,6	75,9	28,4
75+	174,7	78,1	26,5	160,1	70,5	27,4
Celkem	177,7	83,6	26,5	165,3	69,2	25,4

Celková průměrná výška je u mužů 177,7 cm a u žen 165,3 cm. Průměrná hmotnost mužů je 83,6 kg, ženy váží průměrně 69,2 kg. Muži tedy vykazují ve srovnání se ženami jak vyšší ukazatel tělesné výšky, tak tělesné hmotnosti. Rozdíly průměrné výšky i hmotnosti jsou mezi jednotlivými věkovými kategoriemi statisticky významné. Nejvyšší jsou muži i ženy ve věku 25–34 let. Nejvyšší průměrná hmotnost mužů je pozorována ve věku 45–54 let, u žen ve věku 55–74 let. U žen pozorujeme trend zvyšování hmotnosti spolu s věkem, u mužů průměrná váha roste do věku 54 let, poté klesá. V nejvyšších věkových kategoriích pak dochází k mírnému poklesu průměrné výšky i váhy, pravděpodobně z důvodu úbytku kostní a svalové hmoty starších osob.

Index tělesné hmotnosti - Body Mass Index

Pro určení obezity a nadváhy pro účely nejrůznějšího srovnání se v posledních letech často používá tzv. index tělesné hmotnosti (anglicky Body Mass Index, zkráceně BMI). Index je vyjádřením poměru tělesné výšky a hmotnosti a vypočítá se vydělením hmotnosti daného člověka (v kilogramech) druhou mocninou jeho výšky (v metrech). Hodnoty výsledného indexu se pak podle metodiky Eurostatu dělí do 4 následujících kategorií, se kterými se pak dále pracuje:

- index BMI menší než 18,5 = podváha
- rozmezí hodnot 18,5–24,99 = normální váha
- rozmezí hodnot 25–29,99 = nadváha
- více než 30 = obezita.

Průměrná hodnota BMI činila v roce 2008 u mužů 26,5 kg/m^2, u žen byla nižší, a to 25,4 kg/m^2. Pokud rozdělíme osoby dle výše specifikovaných kategorií, údaje ohledně podílu osob, které mají nadváhu, se mohou zdát alarmující. Celkově za obě pohlaví v ČR trpělo nadváhou (tj. index BMI je 25 a vyšší) 54 % respondentů, odděleně pro pohlaví pak nadváhu mělo 63 % mužů a 46 % žen (detailnější údaje podle věkových skupin viz tab. 7.2). Rozdíl mezi pohlavími byl prokázán i po věkové standardizaci jako statisticky významný, pravděpodobnost výskytu nadváhy u mužů je 2,4krát vyšší než u žen. Je totiž zřejmé, že při stejné hranici určující nadváhu (BMI > 25) pro muže a ženy bude mužů s nadváhou více než žen, už kvůli tělesné stavbě mužů. Pokud z těchto chceme dále ještě zvýraznit ty respondenty, kteří trpí obezitou (tj. index BMI větší než 30), pak je těchto respondentů 17 % (17,3 % mužů a 17,5 % žen), rozdíl mezi pohlavími není statisticky významný. Výsledky testování nám tedy říkají, že mužů s nadváhou je sice více než žen, avšak pozorujeme zde velkou koncentraci okolo hodnoty indexu BMI 27. Proto je tedy na zvážení posun rozmezí indexu BMI určujícího nadváhu pro muže v Česku, jako tomu tak bylo např. v minulém šetření HIS ČR 2002 - tehdy se jako normální váha považovala hodnota indexu BMI až do 26,99 (vycházelo se z metodiky starší publikace WHO z r. 1996).

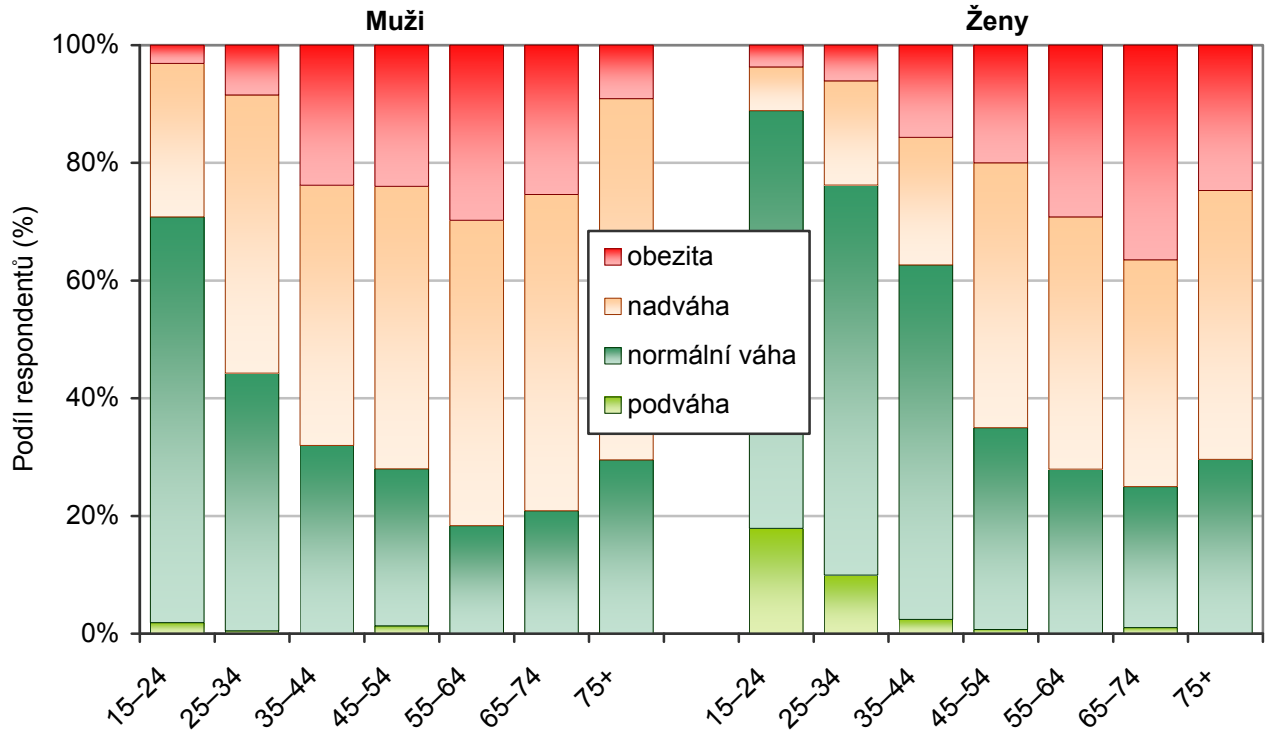
Tab. 7.2: Struktura respondentů podle kategorií BMI, pohlaví a věku (v %)

Věk	Muži				Ženy			
	podváha	normální váha	nadváha	obezita	podváha	normální váha	nadváha	obezita
15–24	1,9	68,9	26,1	3,1	17,9	71,0	7,4	3,7
25–34	0,5	43,8	47,3	8,5	9,9	66,3	17,7	6,1
35–44	0,0	32,0	44,2	23,8	2,4	60,2	21,7	15,7
45–54	1,3	26,7	48,0	24,0	0,7	34,3	45,0	20,0
55–64	0,0	18,4	51,9	29,7	0,0	28,0	42,9	29,2
65–74	0,0	20,9	53,7	25,4	1,0	24,0	38,5	36,5
75+	0,0	29,5	61,4	9,1	0,0	29,6	45,7	24,7
Celkem	0,6	36,9	45,2	17,3	5,4	48,1	29,0	17,5

My však pro analýzy v této kapitole ponecháváme zažité běžně používané hranice indexů BMI 25 a 30 stanovené Eurostatem, už kvůli možnosti porovnatelnosti s jinými šetřeními a také kvůli mezinárodnímu srovnání.

Z grafu 7.1 pozorujeme obecný trend zvyšování podílu respondentů s nadváhou s přibývajícím věkem. V nejnižších věkových kategoriích pozorujeme u žen značný podíl osob s podváhou, který dosahuje u nejmladších dívek v šetření až 18 %. Dále s rostoucím věkem podíl osob s nadváhou a obezitou roste, a to až do věku 65 let, kdy dochází naopak k poklesu zejména podílu obézních osob, celkově se však snižuje i podíl osob s vyšší než normální hmotností.

Graf 7.1: Struktura respondentů podle kategorie BMI podle pohlaví a věku



7.2. Fyzická aktivita

Jak bylo již uvedeno výše, fyzická aktivita se významně podílí na ovlivňování zejména tělesné hmotnosti jedince. Je tedy faktorem významně ovlivňujícím jak fyzickou stavbu jedince, jeho kondici, a tím i výskyt určitých typů onemocnění, tak právě vznik civilizačních onemocnění souvisejících s nedostatkem fyzické aktivity.

V šetření EHIS byla fyzická aktivita sledována blokem 6 otázek. Nejprve byli respondenti dotazováni na počet dní, ve kterých v posledních 7 dnech vykonávali danou fyzickou aktivitu (těžkou, středně těžkou či chůzi). Druhá otázka pak zjišťovala celkový počet hodin a minut, které v těchto dnech danou fyzickou aktivitou strávili. Respondenti měli zahrnout všechny činnosti, které dělají ve svém zaměstnání, doma, ve volném čase či při sportu a trvají nejméně 10 minut vcelku. Fyzická aktivita je uvažována celkově v zaměstnání i ve volném čase zároveň, nikoliv pouze volnočasová, jak tomu bylo v minulém šetření HIS CR 2002. Těžkou fyzickou aktivitou se rozumí aktivity, které výrazně zvyšují tepovou frekvenci oproti normálu, jako například zdvihání těžkých břemen, výkopové práce, aerobik nebo rychlá jízda na kole. Střední fyzickou aktivitou se rozumí například přenášení lehkých břemen, jízda na kole v pravidelném tempu nebo čtyřhra v tenisu. Nakonec chůzí se rozumí přesouvání se z místa na místo a jakákoliv jiná chůze, kterou respondent vykonává při rekreaci, sportu, turistice či procházkách ve volném čase.

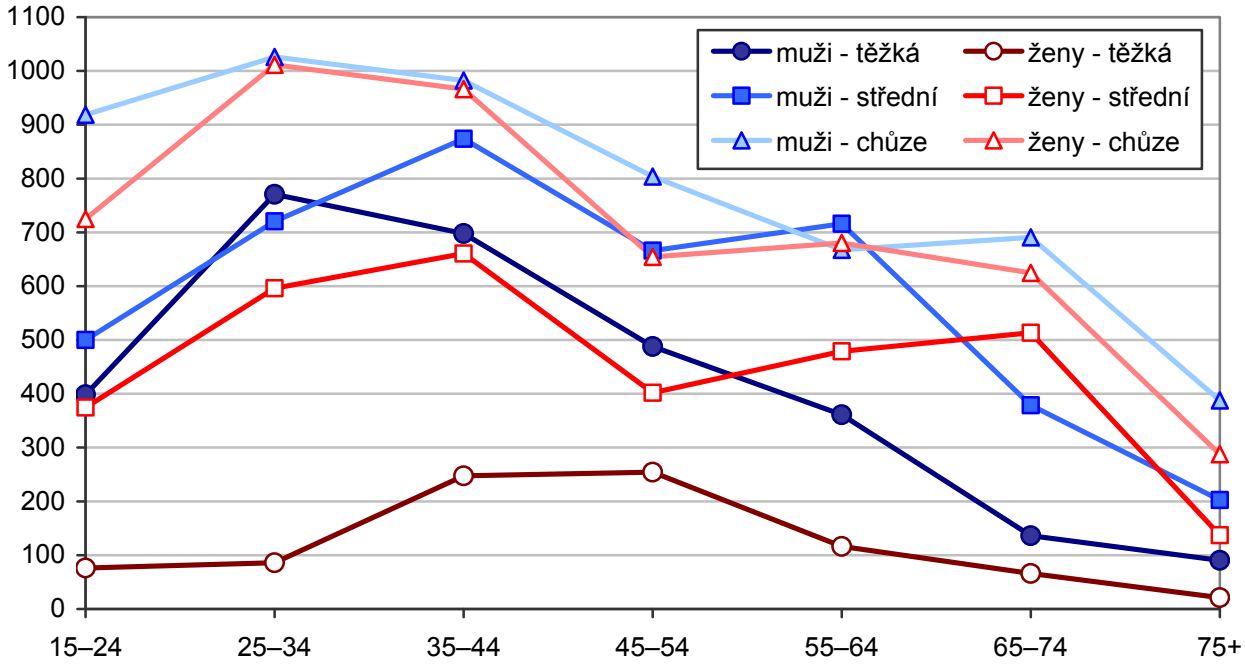
Tab. 7.3: Dílčí složky celkové fyzické aktivity

Fyzická aktivita		Těžká	Střední	Chůze
		Muži		
% respondentů, kteří aktivitu prováděli		53,0	75,6	93,1
Průměrný počet dní v týdnu s prováděním dané aktivity	všichni respondenti	2,0	3,2	5,6
	ti, co aktivitu prováděli	3,8	4,3	6,0
Průměrný počet minut strávených aktivitou v jednom dni provádění aktivity	všichni respondenti	122	149	133
	ti, co aktivitu prováděli	234	200	143
Průměrný počet minut v týdnu strávených aktivitou připadající na jednoho respondenta	všichni respondenti	499	646	848
	ti, co aktivitu prováděli	960	866	915
		Ženy		
% respondentek, které aktivitu prováděly		23,7	66,4	93,7
Průměrný počet dní v týdnu s prováděním dané aktivity	všechny respondentky	0,8	2,9	5,7
	ty, co aktivitu prováděly	3,4	4,3	6,1
Průměrný počet minut strávených aktivitou v jednom dni provádění aktivity	všechny respondentky	37	105	120
	ty, co aktivitu prováděly	164	161	135
Průměrný počet minut v týdnu strávených aktivitou připadající na jednoho respondenta	všichni respondenti	131	477	755
	ti, co aktivitu prováděli	581	732	808

Těžké, fyzicky náročné aktivity provádělo během posledních 7 dní před rozhovorem 53 % mužů a 24 % žen. Rozdíl je, i po odstranění vlivu věkové struktury, statisticky významný, muži vykonávali těžké fyzické aktivity zhruba 4krát častěji než ženy. Muži, kteří těžké fyzické aktivity vykonávali, se jim věnovali v průměru necelé 4 dny v týdnu, u žen je to o něco méně, tj. 3,4 dne. Rozdíl však zaznamenáváme v celkové době strávené těžkou fyzickou aktivitou – zatímco na jeden den provádění těžkých fyzických aktivit u mužů připadalo 234 minut, tedy necelé 4 hodiny, u žen to bylo 164 minut, tedy zhruba 2 hodiny a 45 minut. Tento rozdíl byl potvrzen statistickým testem jako signifikantní. Uvedená genderová diference je nepochybně ovlivněna typem zaměstnání mužů a žen, kdy je zřejmé, že muži vykonávají častěji fyzicky namáhavé zaměstnání ve srovnání se ženami, jejich fyzická aktivita v zaměstnání je tedy vyšší.

S věkem se podíl respondentů, kteří vykonávali těžké fyzické aktivity snižuje. Graf 7.2 prezentuje průměrný týdenní počet minut podle typu fyzické aktivity za všechny respondenty, tedy shrnuje v sobě jak informaci o podílu osob, které aktivitu vykonávaly, tak o době, kterou respondenti touto aktivitou strávili. Zatímco muži prováděli těžké fyzické aktivity 500 minut týdně, u žen je hodnota tohoto ukazatele 131 minut. S věkem se hodnota ukazatele nejprve zvyšuje až k maximu ve věku 25–34 let u mužů a ve věku 35–54 let u žen, následně plynule klesá.

Graf 7.2: Průměrný počet minut strávených danou fyzickou aktivitou během týdne, všichni respondenti podle věku a pohlaví



Středně těžké fyzické aktivity již provádělo během sledovaného týdne 76 % mužů a 66 % žen. Rozdíl je opět statisticky významný, avšak s mnohem méně výrazným poměrem šancí. Muži se středně těžkým aktivitám věnují zhruba 1,5krát častěji než ženy. Respondenti, kteří aktivity vykonávali, se jim věnovali v průměru 4 dny v týdnu, muži denně 200 minut, ženy 161 minut, i zde jsou rozdíly statisticky významné. Celkový týdenní počet minut věnovaný středním fyzickým aktivitám činil u mužů 646 minut, u žen 477 minut. Maximum zaznamenáváme u obou pohlaví ve věku 35–44 let, výrazně klesá až v nejvyšší věkové skupině.

Chůzi uvedlo mezi své fyzické aktivity zhruba 93,5 % mužů a žen, předpokládáme, že ji nevykonávaly pouze ty osoby, které jsou z nějakých důvodů silně omezeny (zhruba 3 % mužů a 7 % žen má velké problémy nebo vůbec nezvládá chůzi po rovině, viz kap. 5.7). Zde nezaznamenáváme statisticky významné rozdíly z hlediska pohlaví, s věkem se, od maxima v kategorii 25–44 let, čas strávený chůzí snižuje až k nejnižším hodnotám ve věkové kategorii 75 a více.

MET minuty

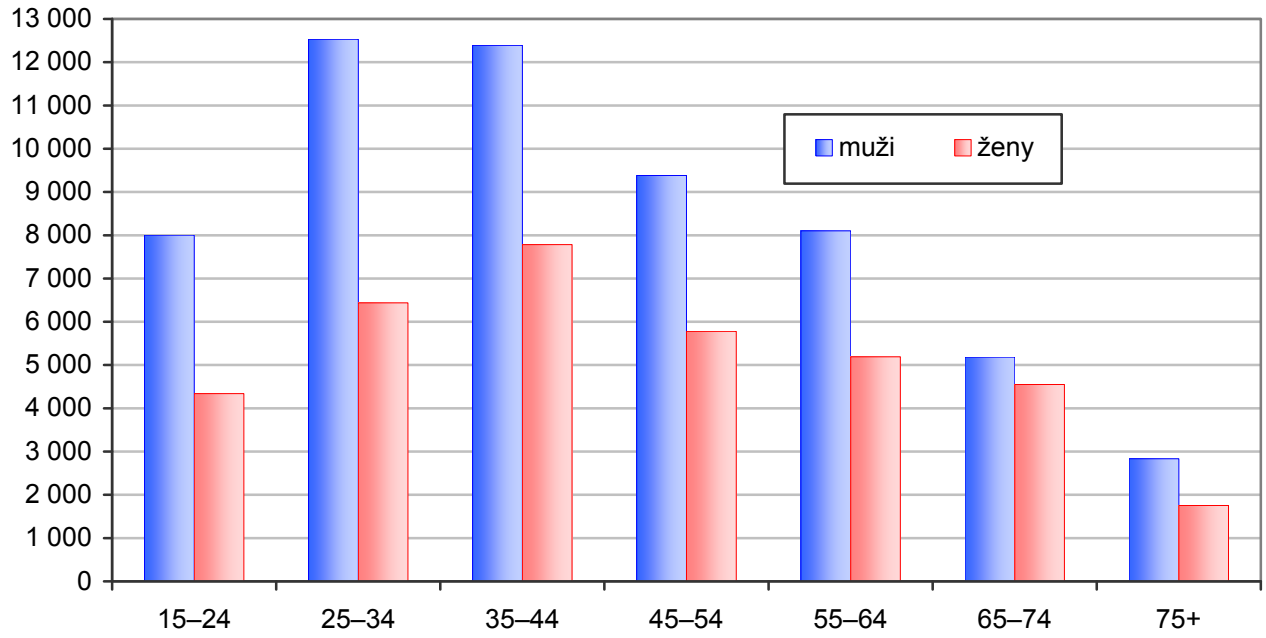
Výpočet kategorií fyzické aktivity byl proveden dle evropské metodiky pomocí tzv. MET minut. MET je jednotka, která vyjadřuje metabolický ekvivalent spotřebované energie během specifické činnosti. Celková fyzická aktivita je pak počítána jako součet vážených dílčích aktivit skrze týdenní MET minuty, kdy nejvyšší váhu má těžká fyzická aktivita (koeficient 8), dále střední fyzická aktivita (koeficient 4), a nakonec chůze (koeficient 3,3).

Celková fyzická aktivita přepočtená na tyto MET minuty byla pak následně rozdělena do tří kategorií (dle metodiky Eurostatu):

- nízká fyzická aktivita, to jsou respondenti, kteří mají celkový počet MET minut týdně nižší než 500
- střední fyzická aktivita, tj. rozmezí MET minut 500–999 týdně
- vysoká fyzická aktivita, to jsou respondenti, kteří mají celkový počet MET minut týdně vyšší než 1 000.

Kategorie celkové fyzické aktivity (nízká, střední, vysoká) nejsou podle našeho názoru stanoveny zcela vhodně, hranice MET minut určující střední a těžkou fyzickou aktivitu jsou zbytečně nízké (totiž při těchto hranicích z výsledků šetření EHIS 2008 vykazují 3/4 respondentů vysokou fyzickou aktivitu). Přesto se těchto rozmezí MET minut držíme a výsledky podle těchto hranic přepočítáváme, hlavním důvodem je srovnatelnost šetření (jak v českém, tak v mezinárodním kontextu). Zároveň je nutné upozornit na skutečnost, že zhruba 250 respondentů bylo z analýzy MET minut vyloučeno, neboť u nich nebylo, z důvodu chybějící kompletní informace o některých ze 3 typů aktivit, možné ukazatel celkové fyzické aktivity určit.

Graf 7.3: Průměrný počet týdenních MET minut podle pohlaví a věku



Respondentů s nízkou fyzickou aktivitou bylo celkově v šetření 9,6 % (muži 6,9 %, ženy 12,0 %). Respondentů se střední aktivitou potom 8,1 % (5,4 % muži, 8,5 % ženy). Konečně respondentů s vysokou fyzickou aktivitou bylo 83,3 % (muži 87,7 %, ženy 79,5 %). Při testování logistickou regresí, kdy jsou respondenti rozděleni na ty s vysokou fyzickou aktivitou a ostatní, je pravděpodobnost vysoké fyzické aktivity standardizovaná podle věku přibližně 1,7krát vyšší pro muže než pro ženy. Vzhledem k tomu, že toto

rozdělení do kategorií není příliš vypovídající, je možné při hodnocení rozdílů z hlediska věku a pohlaví vycházet také z průměrné hodnoty ukazatele týdenních MET minut. Ten dosahoval u žen 5 439 MET minut, a u mužů byl zhruba dvojnásobný. Částečně je tento výrazný rozdíl sice dán starší věkovou strukturou žen, rozdíl však vychází jako signifikantní i po zohlednění věku.

Z hlediska věku je patrné, že nejvyšší hodnoty fyzické aktivity zaznamenáváme u mužů i žen v kategorii 25–44 let, dále se s věkem fyzická aktivita snižuje. Patrně se zde projevuje mj. vliv fyzické aktivity v zaměstnání u osob v ekonomicky aktivním věku, naproti tomu mladí lidé (studenti) a senioři vykazují fyzickou aktivitu pouze ve volném čase, patrně však v menší míře než pracující v zaměstnání a mimo něj celkem.

Ukazatel dle metodiky IPAQ

Eurostat navrhuje rovněž vypracování alternativního ukazatele fyzické aktivity dle metodiky IPAQ (International Physical Activity Questionnaire). Vzhledem k nízké vypovídací schopnosti předchozího členění jsme se rozhodli vypočítat kategorie i pro toto alternativní dělení. Podle metodiky IPAQ je členění do kategorií fyzické aktivity následující:

Nízká fyzická aktivita – není uvedena žádná fyzická aktivita nebo je uvedena nějaká aktivita, ale respondent nesplňuje kritéria pro zařazení do kategorie střední či vysoké fyzické aktivity

Střední fyzická aktivita - respondent musí splňovat jedno ze tří kriterií:

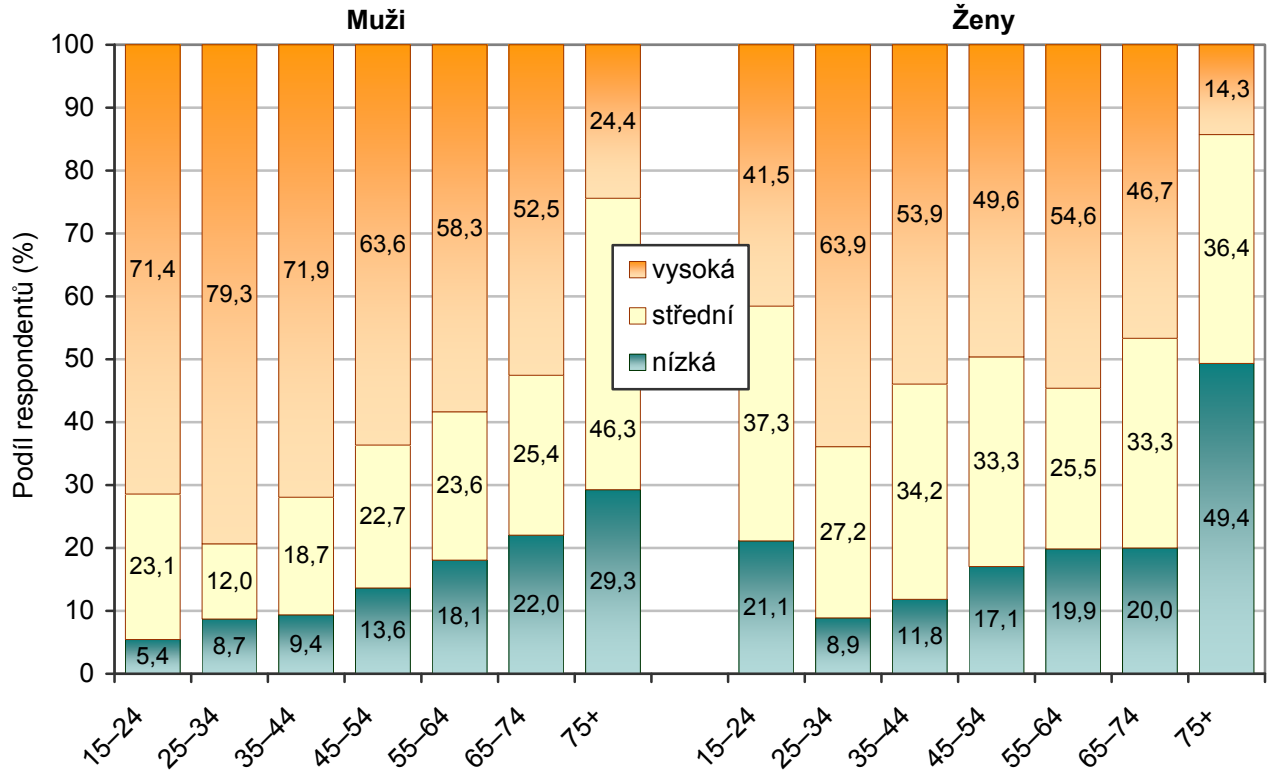
- vykonával těžkou aktivity 3 dny a více v průměru nejméně 20 min. denně nebo
- vykonával středně těžkou aktivitu nebo chůzi nejméně 5 dní v průměru nejméně 30 min. denně nebo
- vykonával alespoň 5 dní jakoukoliv aktivitu (či kombinaci) a dosáhl nejméně 600 MET – minut za týden

Vysoká fyzická aktivita - respondent musí splňovat jedno ze dvou kriterií:

- vykonával těžkou fyzickou aktivitu nejméně 3 dny v týdnu, v souhrnu dosáhl při této aktivitě nejméně 1500 MET minut za týden
- vykonával alespoň 7 dní jakoukoliv fyzickou aktivitu a dosáhl nejméně 3000 MET minut za týden

Podle této metodiky bylo ze zpracování vyřazeno 208 respondentů. Ostatní se rozčlenili do kategorií fyzické aktivity takto: 16 % osob s nízkou fyzickou aktivitou (12,5 % muži, 19 % ženy), 27 % osob se střední fyzickou aktivitou (21 % muži, 32 % ženy) a 57 % osob s vysokou fyzickou aktivitou (66 % muži, 49 % ženy). Opět tedy vidíme poměrně výraznou diferenciaci podle pohlaví, muži vykazují vysokou fyzickou aktivitu zhruba 2krát častěji než ženy (po odstranění vlivu věkové struktury).

Graf 7.4: Struktura respondentů podle kategorie fyzické aktivity, pohlaví a věku



S věkem se fyzická aktivita opět snižuje, přitom výrazný propad zaznamenáváme zejména v nejvyšší věkové skupině. Zde bylo vysoce aktivních pouze 24 % mužů a 14 % žen, zatímco zhruba o deset let mladší osoby vykazují zhruba 50% podíl těch, kteří mají vysokou fyzickou aktivitu.

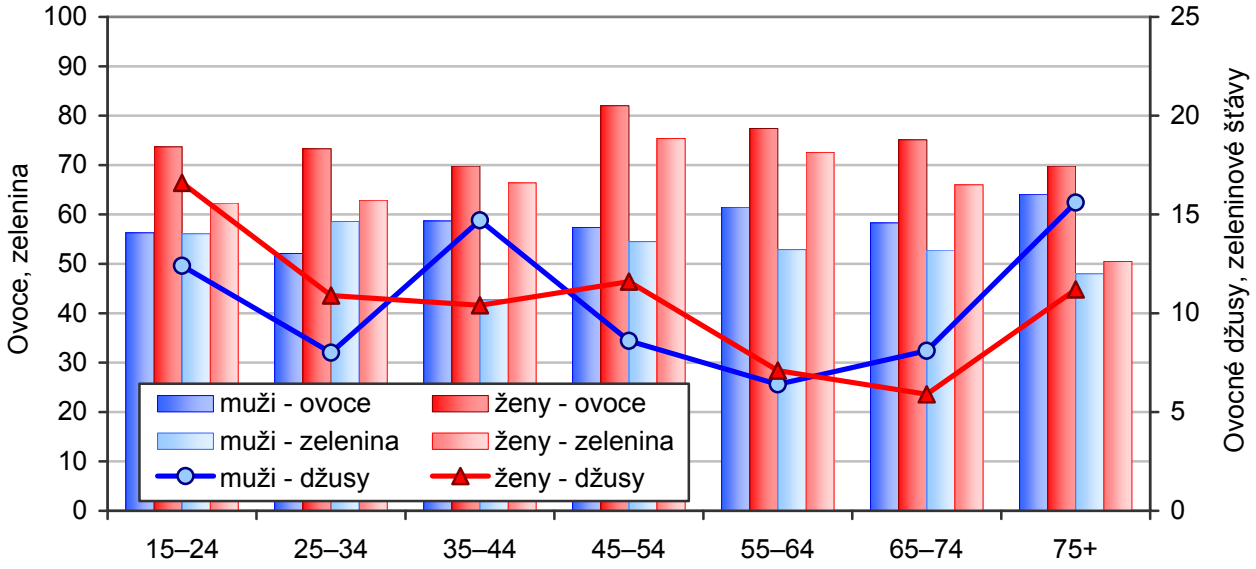
7.3. Konzumace ovoce a zeleniny

Součástí Evropského modulu o determinantách zdraví byly také tři otázky sledující spotřebu ovoce, zeleniny, a ovocných džusů a zeleninových šťáv. Zajímala nás frekvence konzumace těchto produktů, znění otázek je následující:

- „Jak často jíte ovoce (vyjma ovocných džusů)?“
- „Jak často jíte zeleninu nebo zeleninové saláty (vyjma zeleninových šťáv a brambor)?“
- „Jak často pijete 100 % ovocné džusy nebo zeleninové šťávy?“

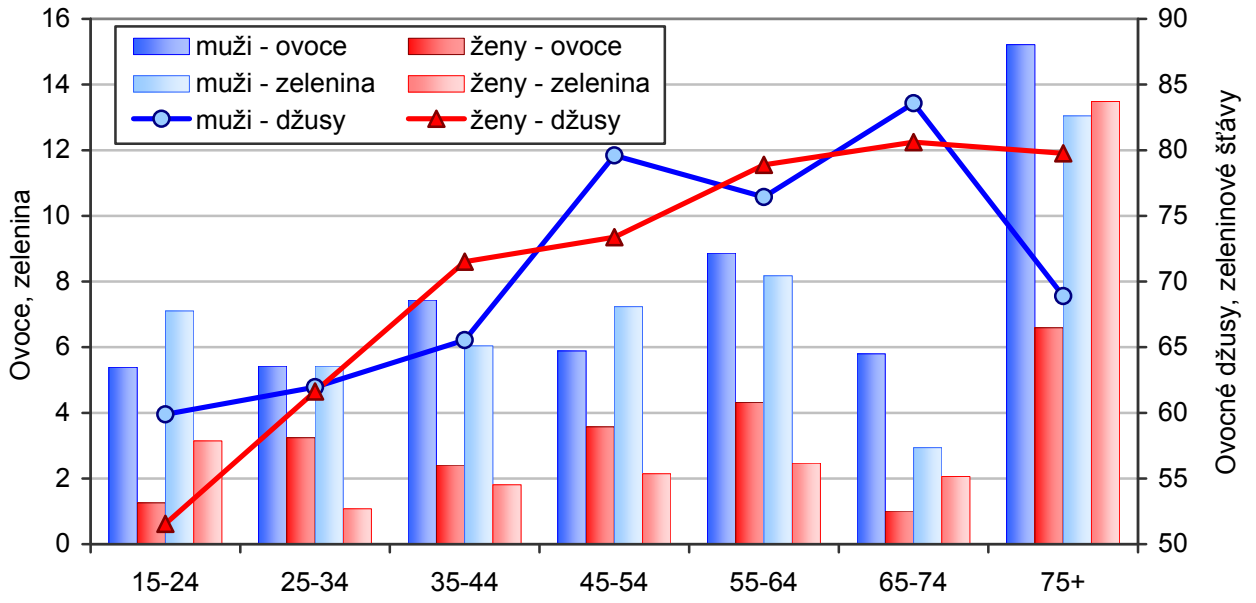
Možnosti odpovědí jsou rozděleny do šesti kategorií podle četnosti spotřeby. Eurostatem doporučený je ukazatel podílu osob, které konzumují ovoce/zeleninu/džusy alespoň jednou denně. Ten zobrazuje graf 7.5.

Graf 7.5: Podíly respondentů, kteří konzumují ovoce, zeleninu a džusy či šťávy alespoň jednou denně podle věku a pohlaví (v %)



Z grafu je patrný rozdíl mezi pohlavími v konzumaci ovoce a zeleniny. Denně jí ovoce 57 % mužů a 75 % žen, zeleninu 53 % mužů a 66 % žen, ovocné džusy a zeleninové šťávy 10 % mužů a 11 % žen. Statistické testování rozdíl mezi pohlavími u denní konzumace ovoce a zeleniny potvrdilo i po věkové standardizaci, denní konzumace ovoce je u žen přibližně 2,2krát častější než u mužů, a denní konzumace zeleniny 1,7krát častější než u mužů. U pití ovocných džusů a zeleninových šťáv se rozdíl mezi pohlavími nepodařilo statisticky prokázat.

Graf 7.6: Podíly respondentů, kteří konzumují ovoce, zeleninu a džusy či šťávy méně než jednou týdně nebo vůbec podle věku a pohlaví (v %)



Z hlediska věku pozorujeme mírně zvýšený podíl respondentů konzumujících ovoce a zeleninu alespoň jednou denně přibližně od věku 45 let (nejvíce ženy ve věkové skupině 45–64 let). Naproti tomu respondenti ve věku 75 a více let konzumují ovoce a zeleninu méně často. Tomu odpovídá i relativně vysoký, zhruba 13 % podíl těch, kteří konzumují zeleninu méně než jednou týdně v této věkové skupině. Rozdíly z hlediska věku však jako takové nebyly potvrzeny statistickým testem.

Pokud nás zajímá detailnější pohled na frekvenci konzumace, nikoliv pouze denní a častější, pak z rozložení respondentů zjistíme, že muži konzumují ovoce a zeleninu skutečně méně často než ženy (vyšší podíly v kategoriích „méně než jednou týdně“ a „méně než jednou denně a alespoň jednou týdně“, tab. 7.4). Rozdíly mezi pohlavími jsou ve všech kategoriích konzumace ovoce a zeleniny statisticky významné, v pití ovocných džusů a zeleninových šťáv statisticky nevýznamné.

Tab. 7.4: Podíly respondentů podle frekvence konzumace jednotlivých produktů (v %)

Produkty	Muži			Ženy		
	alespoň 1x denně	méně než 1x denně, alespoň 1x týdně	méně než 1x týdně	alespoň 1x denně	méně než 1x denně, alespoň 1x týdně	méně než 1x týdně
Ovoce	57,4	35,7	6,9	74,5	22,2	3,2
Zelenina	53,1	40,2	6,7	65,9	31	3,1
Džusy / šťávy	10,0	20,6	69,4	10,7	19,7	69,6

7.4. Konzumace alkoholu

Analýza konzumace alkoholu představuje poměrně komplikovaný metodologický problém. V šetření EHIS byla, dle metodiky Eurostatu, spotřeba alkoholu sledována třemi otázkami.

AL.01 Jak často jste pil(a) v průběhu posledních 12 měsíců nějaký (jakýkoliv) alkoholický nápoj (tj. pivo, víno, destiláty, likéry, aperitivy, míchané nápoje, alkoholizované limonády)?

Respondent měl možnost si vybrat jednu ze 6 nabízených odpovědí (viz tab. 7.5).

Druhá otázka se týkala jen osob, které konzumovaly alkohol 2–3krát týdně nebo častěji:

AL.02 Kolik standardních nápojů obsahujících alkohol vypijete v jednotlivých dnech v průběhu týdne, kdy konzumujete alkohol v běžné míře?

Zde měl respondent uvést za jednotlivé dny v týdnu, jaké množství jednotlivých typů alkoholických nápojů konzumoval. Pro určení množství byly použity tzv. standardní jednotky, které byly vymezeny za jednotlivé typy alkoholu objemem (např. 0,25–0,33 l piva, 0,2 dcl destilátu, 1 dcl vína, 0,5 dcl aperitivu, 2–2,5 dcl míchaných nápojů), přičemž respondent měl k dispozici přehlednou tabulkou s objemy, názvy a příklady objemových jednotek těchto alkoholických nápojů.

Poslední z otázek se zaměřovala na nadměrnou konzumaci alkoholu:

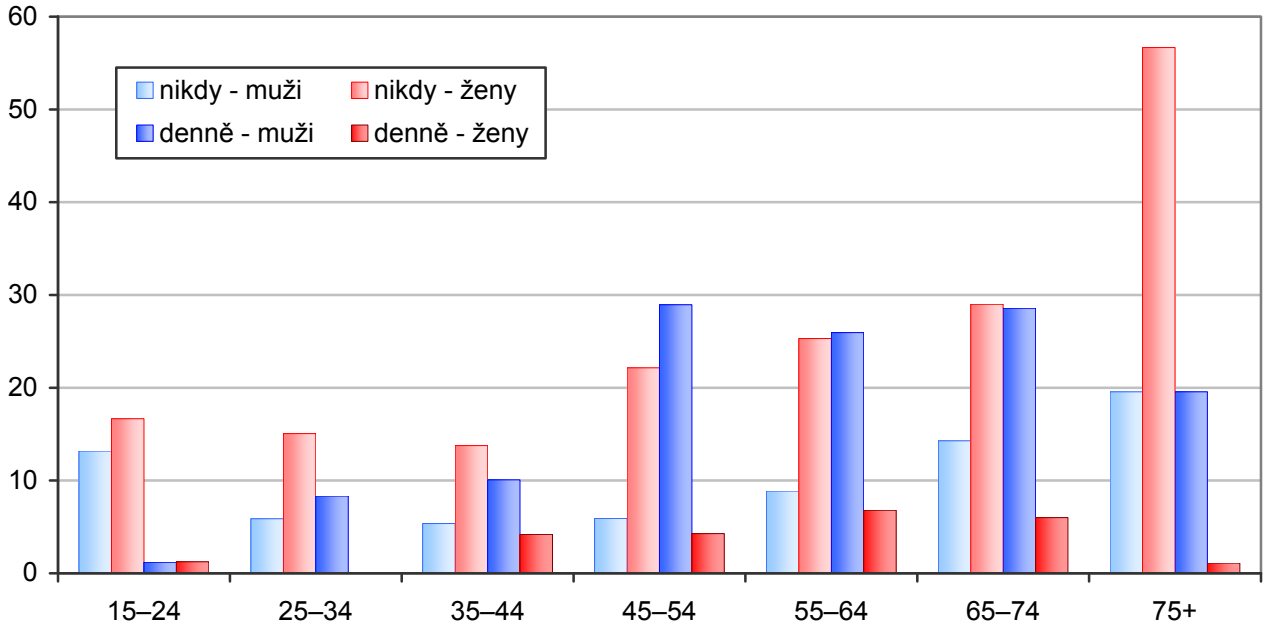
AL.03 Během posledních 12 měsíců, jak často jste vypil(a) 6 a více alkoholických standardních nápojů při jedné příležitosti?

Respondent měl opět možnost si vybrat jednou z 5 nabízených odpovědí četnosti (viz tab. 7.5).

Jednoduché ukazatele

Podíl osob, které pily během posledních 12 měsíců alkohol činil 91 % u mužů a 77 % u žen. Alkohol tedy nepilo zhruba 9 % mužů a 23 % žen, přitom s věkem se podíl tzv. „abstinentů“ plynule zvyšuje. Ve věku 75 a více let alkohol v posledních 12 měsících nepilo 57 % žen. Denně alkohol užívalo 16 % mužů a 3 % žen, nejvyšší podíl denních konzumentů alkoholu zaznamenáváme ve věku 54–74 let.

Graf 7.7: Podíl abstinentů a denních konzumentů alkoholu z hlediska pohlaví a věku (v %)



Pokud sledujeme rozdíly podle pohlaví je zřejmé, že muži konzumují alkohol častěji než ženy. Rozdíl v podílu denních konzumentů alkoholu byl potvrzen statistickým testem jako významný, muži konzumují alkohol denně až 6krát častěji ve srovnání se ženami, a to i po odstraněné vlivu věku. Také podíl abstinentů je u žen zhruba trojnásobný ve srovnání s muži, po odstranění vlivu věkové struktury.

Tab. 7.5: Struktura respondentů podle termínu poslední konzumace alkoholu (v %)

Věk	Konzumace alkoholu v posledních 12 měsících					
	nikdy	1x měsíčně a méně	2–4x měsíčně	2–3x týdně	4–6x týdně	denně
	Muži					
15–24	13,2	29,9	35,9	16,2	3,6	1,2
25–34	5,9	24,5	32,8	21,6	6,9	8,3
35–44	5,4	19,5	30,2	22,1	12,8	10,1
45–54	5,9	12,5	21,7	23,7	7,2	28,9
55–64	8,9	19,0	15,2	21,5	9,5	25,9
65–74	14,3	25,7	11,4	10,0	10,0	28,6
75+	19,6	28,3	21,7	6,5	4,3	19,6
Celkem	8,9	22,1	26,1	19,5	7,8	15,6
	Ženy					
15–24	16,7	40,1	36,4	3,1	2,5	1,2
25–34	15,1	45,2	26,3	8,1	5,4	0,0
35–44	13,8	43,1	28,7	9,0	1,2	4,2
45–54	22,1	32,9	26,4	8,6	5,7	4,3
55–64	25,3	34,6	17,9	11,7	3,7	6,8
65–74	29,0	34,0	22,0	7,0	2,0	6,0
75+	56,7	28,9	11,1	1,1	1,1	1,1
Celkem	22,8	38,0	25,2	7,3	3,3	3,3

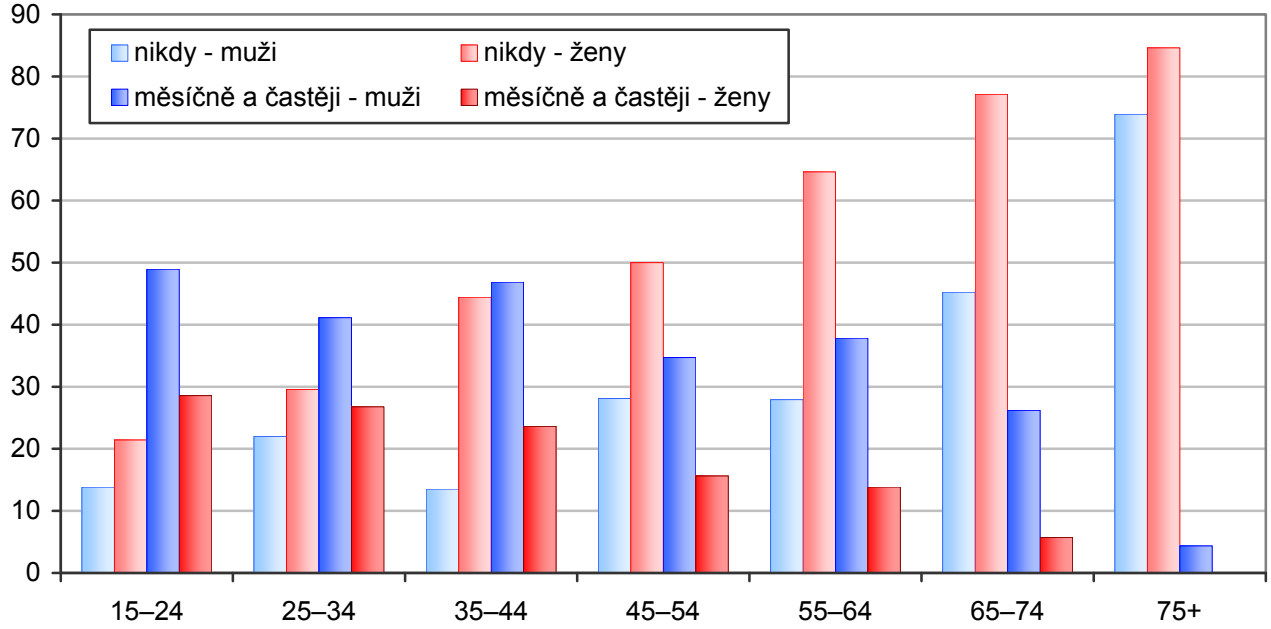
Podobně můžeme analyzovat konzumaci nadměrného množství alkoholu při jedné příležitosti (6 a více standardních nápojů). Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří uvedli, že konzumovali alkohol 2–4krát měsíčně a častěji. Z těchto respondentů zhruba 1/4 mužů a necelá 1/2 žen uvedli, že alkohol v nadměrném množství během posledních 12 měsíců nekonzumovali vůbec, naopak 20 % mužů a 3 % žen týdně a častěji.

Tab. 7.6: Struktura osob podle nadměrné konzumace alkoholu v posledních 12 měsících (v %)

Věk	Osoby s konzumací alkoholu 2–4x měsíčně a častěji					Všechny osoby				
	konzumovaly nadměrně alkohol									
	nikdy	méně než 1x měsíčně	měsíčně	týdně	(téměř) denně	nikdy	méně než 1x měsíčně	měsíčně	týdně	(téměř) denně
	Muži									
15–24	13,8	37,2	23,4	25,5	0,0	51,2	7,8	21,1	13,3	14,5
25–34	22,0	36,9	17,0	17,0	7,1	45,8	15,3	25,6	11,8	11,8
35–44	13,5	39,6	27,0	16,2	3,6	35,1	10,1	29,7	20,3	12,2
45–54	28,1	37,2	12,4	16,5	5,8	41,6	22,8	30,2	10,1	13,4
55–64	27,9	34,2	20,7	12,6	4,5	48,4	20,0	24,5	14,8	9,0
65–74	45,2	28,6	9,5	4,8	11,9	66,7	27,5	17,4	5,8	2,9
75+	73,9	21,7	4,3	0,0	0,0	86,4	38,6	11,4	2,3	0,0
Celkem	24,9	35,9	18,5	15,9	4,8	48,3	17,1	24,7	12,7	10,9
	Ženy									
15–24	21,4	50,0	22,9	5,7	0,0	65,8	9,3	21,7	9,9	2,5
25–34	29,6	43,7	25,4	1,4	0,0	72,7	11,5	16,9	9,8	0,5
35–44	44,4	31,9	22,2	1,4	0,0	76,0	19,2	13,8	9,6	0,6
45–54	50,0	34,4	14,1	1,6	0,0	77,3	22,7	15,6	6,4	0,7
55–64	64,6	21,5	9,2	3,1	1,5	85,8	25,9	8,6	3,7	1,2
65–74	77,1	17,1	2,9	2,9	0,0	91,8	27,6	6,1	1,0	1,0
75+	84,6	15,4	0,0	0,0	0,0	97,8	12,2	2,2	0,0	0,0
Celkem	46,2	34,1	16,9	2,6	0,3	79,0	18,0	13,3	6,6	1,0

Z hlediska pohlaví i zde platí, že ženy konzumují nadměrné množství alkoholu při jedné příležitosti méně často, nadměrná konzumace alkoholu u osob, které konzumovaly alkohol 2–4krát měsíčně a častěji, je u mužů až 3krát frekventovanější než u žen. Naproti tomu týdenní a četnější nadměrná konzumace alkoholu je u mužů až 10krát častější než u žen. Veškeré rozdíly podle pohlaví byly potvrzeny i po odstranění vlivu věkové struktury. Z hlediska věku lze říci, že s věkem klesá podíl osob, které konzumovaly nadměrně alkohol. Nejčastější nadměrná konzumace byla mezi osobami ve věku 15–24 let. Tyto osoby tedy celkově nekonzumovaly alkohol příliš často, pokud jej však konzumovaly, pak se jednalo o nadměrnou konzumaci.

Graf 7.8: Podíl respondentů (ze všech konzumujících 2–4krát měsíčně a častěji) podle frekvence nadměrné konzumace alkoholu v posledních 12 měsících, věku a pohlaví (v %)



Složené ukazatele

Podrobná otázka AL.02, zjišťující spotřebu alkoholu v jednotlivých dnech si vyžaduje zvláštní zpracování. Můžeme zde hodnotit spotřebu alkoholu z hlediska typu, dne v týdnu, ale i z pohledu celkového množství. Bohužel je tato informace dostupná pouze za ty osoby, které na otázku odpovídaly, tzn. konzumovaly alkohol 2–3krát týdně a častěji.

- Konzumace alkoholu podle typu

Ze všech osob, které otázku vyplňovaly jsme určili, jaký typ alkoholu konzumovaly, tzn. sečetli jsme počet sklenic alkoholu podle typu nápoje za všechny dny v týdnu. Některé osoby samozřejmě mohly konzumovat i více typů alkoholu jak během jedné příležitosti, tak během týdne. Nejčastěji konzumovali respondenti-muži pivo, to uvedlo 93 % mužů. U žen bylo nejčastěji konzumovaným nápojem víno (68 % žen), pivo konzumovalo 57 % žen.

Tab. 7.7: Konzumace jednotlivých typů alkoholických nápojů (pouze osoby, které konzumovaly alkohol 2–3krát týdně a častěji)

Nápoj	Podíl osob, které pily daný typ alkoholu (v %)		Průměrný počet standardních nápojů za týden	
	muži	ženy	muži	ženy
Pivo	93,1	57,1	15,6	4,5
Víno	21,9	68,4	1,5	5,2
Aperitiv	5,1	4,8	0,3	0,1
Destiláty	26,4	6,7	1,9	0,2
Míchané nápoje	1,6	7,0	0,1	0,1

Zatímco destiláty konzumují častěji muži než ženy, míchané nápoje naopak konzumují častěji ženy ve srovnání s muži. Aperitivy konzumoval zhruba stejný podíl mužů i žen. Veškeré tyto odlišnosti podle pohlaví byly potvrzeny statistickým testem i po odstranění vlivu věkové struktury.

Z hlediska věku nezaznamenáváme statisticky významné rozdíly v typu nápoje vůbec. Jediné, co lze v tomto ohledu říci je, že koktejly konzumují především mladí lidé ve věku 15–24 let, ve vyšších věkových skupinách se jejich konzumace objevuje jen výjimečně.

- Konzumace alkoholu podle dne v týdnu

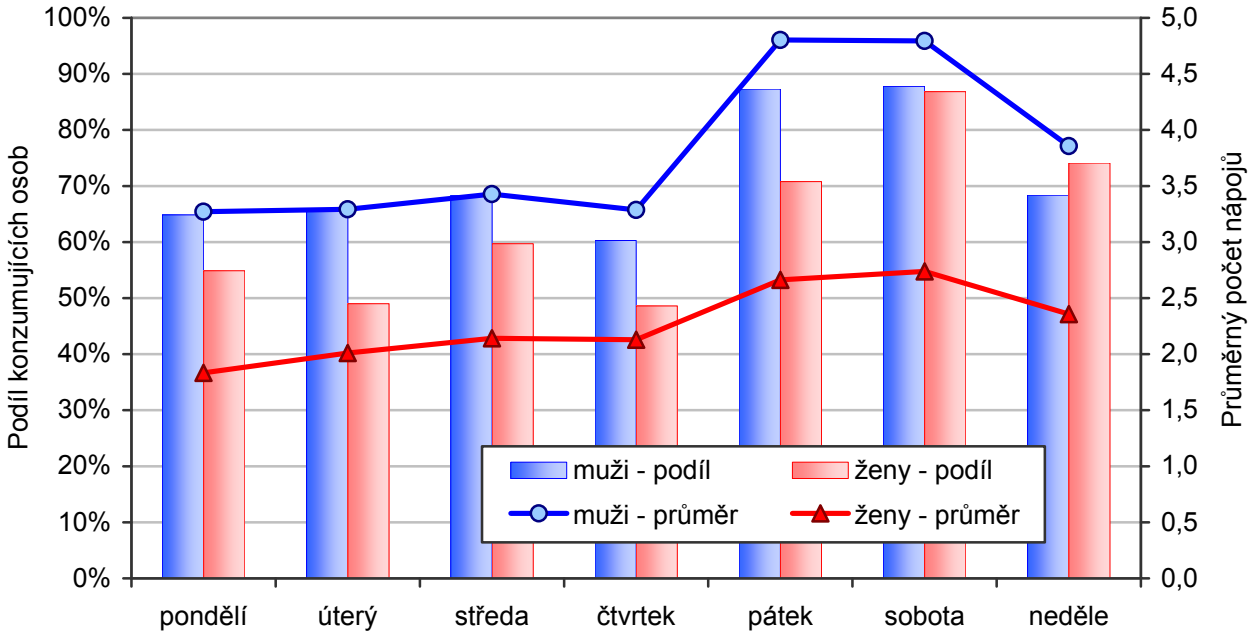
Pokud sledujeme jednotlivé dny v týdnu, pak nejčastěji respondenti konzumují alkohol v pátek a v sobotu, v těchto dnech konzumovalo alkohol 87 % mužů, kteří na otázku odpovídali, u žen to bylo v pátek jen 71 %, v sobotu však rovněž 87 %. Také průměrné množství na den (počítané jako průměr u osob, které v daný den alkohol pily) je v těchto dnech vyšší než ve dnech ostatních a dosahuje zhruba 5 nápojů za den u mužů a necelé 3 nápoje za den u žen.

Tab. 7.8: Konzumace alkoholu podle dnů v týdnu

Den v týdnu	Podíl osob, které v daném dni pily alkohol (v %)		Počet nápojů za den (pouze ti, kteří pili v daný den alkohol)	
	muži	ženy	muži	ženy
Pondělí	64,8	54,9	3,3	1,8
Úterý	65,5	49,0	3,3	2,0
Středa	68,3	59,7	3,4	2,1
Čtvrtek	60,3	48,6	3,3	2,1
Pátek	87,3	70,8	4,8	2,7
Sobota	87,8	86,8	4,8	2,7
Neděle	68,4	74,1	3,9	2,4

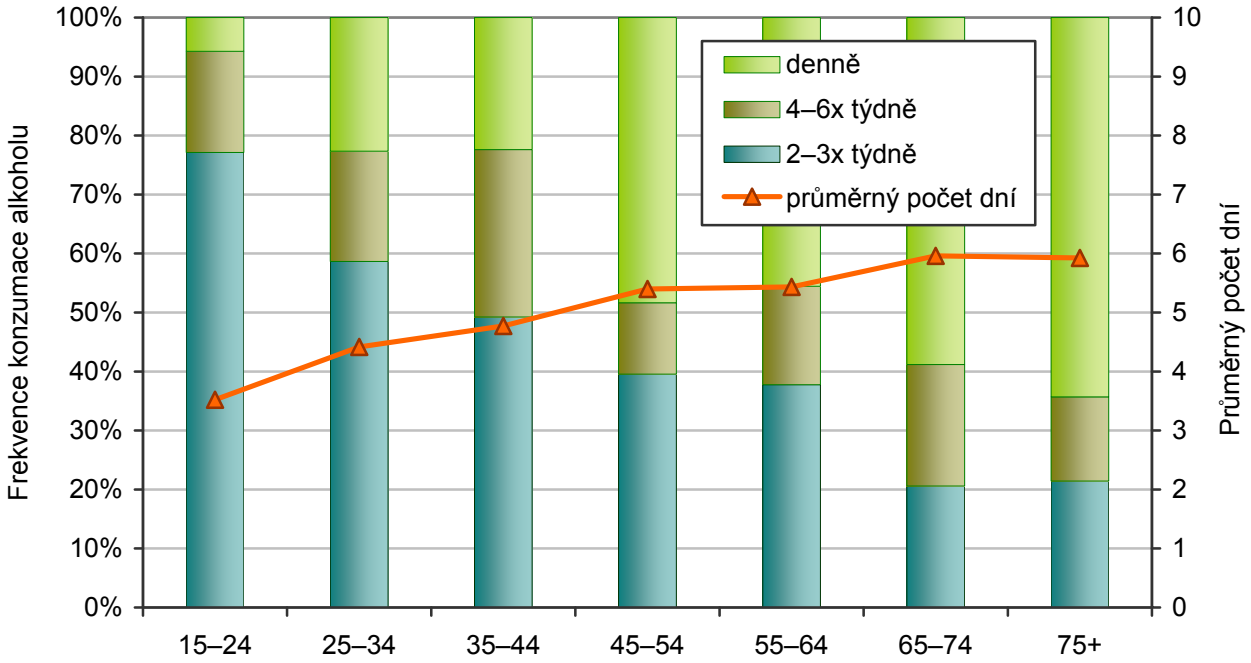
Nejméně často a v nejmenším množství respondenti konzumovali alkohol ve čtvrtek, v pondělí a v úterý. Z hlediska pohlaví je ve všech dnech, vyjma soboty, podíl žen konzumujících alkohol nižší ve srovnání s muži, v sobotu je podíl u obou pohlaví shodný. Z hlediska množství pak muži vykazují ve srovnání se ženami vyšší konzumaci alkoholických nápojů ve všech dnech v týdnu.

Graf 7.9: Konzumace alkoholu podle dnů v týdnu, věku a pohlaví



Pokud sledujeme počet dnů v týdnu, po které respondenti konzumovali alkohol, pak zhruba 43 % mužů a 30 % žen, kteří na otázku AL.02 odpovídali, uvedli konzumaci alkoholu ve všech dnech v týdnu. Podle otázky AL.01 je podíl denních konzumentů alkoholu mezi těmi, co odpovídali na otázku AL.02, nižší zhruba o 7 p.b., je však nutné si uvědomit, že otázka AL.02 je podrobnější a vztahuje se k jednomu týdnu, naproti tomu otázka AL.01 je obecnější a sleduje období za posledních 12 měsíců, takže určitá odlišnost je zde možná. Co je však zajímavé je skutečnost, že počet dní v týdnu, kdy respondenti konzumovali alkohol se, zejména u mužů, plynule zvyšuje s věkem. Zatímco muži ve věku 15–24 let konzumovali alkohol v průměru 3,5 dne v týdnu, muži ve věku 70 a více let v průměru 6 dní v týdnu. Lze tedy usuzovat, že, pokud konzumovaly alkohol 2–3krát týdně, osoby ve vyšším věku konzumují alkohol pravidelně v menších dávkách, kdežto mladí respondenti spíše nárazově ve větších dávkách.

Graf 7.10: Struktura respondentů konzumujících alkohol 2–3x týdně a častěji podle frekvence konzumace alkoholu, průměrný počet dnů konzumace alkoholu v týdnu, podle věku (muži)



- Další ukazatele týdenní konzumace alkoholu

Podíl osob, které měly v průměru určitý počet alkoholických nápojů za den v týdnu je dalším ukazatelem, který lze z podrobných údajů o konzumaci alkoholu vyčíst. Hranice tzv. **vyšší konzumace** alkoholu byla u žen stanovena na 2 nápoje za den, u mužů na 3 nápoje. Jedná se o průměr na 1 den v týdnu, tzn., že celkové týdenní množství bylo vyděleno 7, znamená to tedy, že respondent by vypil v průměru 2, event. 3 alkoholické nápoje každý den v týdnu (i když ve skutečnosti některé dny v týdnu pije více, např. víkend a jiné dny nepije vůbec).

Více než 3 nápoje za den konzumovalo 31 % mužů, více než 2 nápoje denně vypilo 28,5 % žen (z osob, které pily alkohol 2–3krát týdně a častěji). Rozdíl z hlediska pohlaví nebyl po očištění od vlivu věku potvrzen jako statisticky významný. Nejvíce osob s vyšší konzumací alkoholu bylo ve věkové skupině 25–34 let, dále se s věkem podíl snižuje, nejnižší podíl osob s vyšší konzumací alkoholu zaznamenáváme u mužů ve věku 75 a více let, u žen je to však skupina 15–24letých.

Součtem počtu nápojů všech typů konzumovaných v jednotlivých dnech a následně sumou za všechny dny v týdnu získáváme po vynásobení deseti **počet gramů alkoholu v jednom týdnu**. Pokud bychom u osob konzumujících alkohol 2–3krát týdně a častěji určili průměrné množství alkoholu konzumovaného za týden, dostáváme u mužů 196 gramů, u žen 104 gramů. Zatímco rozdíl z hlediska pohlaví byl potvrzen statistickým testem, rozdíly z hlediska věku nikoliv, i když je zřejmé, že v nejvyšší věkové kategorii byla hodnota uvedeného ukazatele jak u mužů, tak u žen nejnižší. V přepočtu na litry čistého alkoholu vychází u mužů necelých 13 litrů alkoholu za rok, u žen pak necelých 7 litrů ročně. Toto množství vypovídá pouze o alkoholu spotřebovaném v jednom roce osobami 15letými a staršími s vyšší konzumací (2–3krát týdně a častěji), nikoliv o konzumaci alkoholu všemi osobami.

Souhrnný ukazatel AUDIT- C skóre

Ukazatelem, který slučuje všechny 3 otázky dohromady je tzv. AUDIT-C skóre. Tento ukazatel je počítán tak, že jednotlivé otázky, resp. odpovědi respondenta jsou převedeny na body, které jsou následně sečteny (viz tabulka).

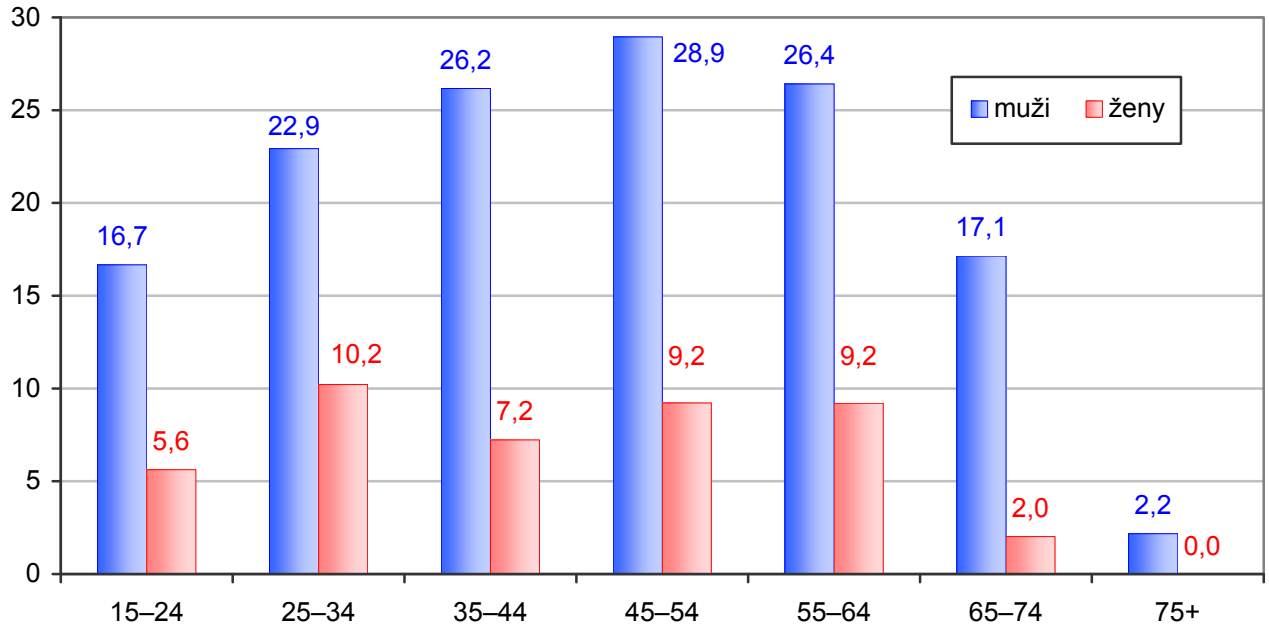
Převod odpovědí z dotazníku na body ukazatele AUDIT- C skóre

Číslo otázky	Otázka	Skóre				
		0	1	2	3	4
AL01	Jak často za posledních 12 měsíců pil alkohol	nikdy	1x měsíčně a méně	2–4x měsíčně	2–3x týdně	4–6x týdně, denně
AL02	Kolik alkoholických nápojů vypije za jeden den, kdy konzumuje alkohol	1–2	3–4	5–6	7–9	10 a více
AL03	Jak často za posledních 12 měsíců vypil více než 6 nápojů při jedné příležitosti	nikdy	méně než 1x měsíčně	měsíčně	týdně	(téměř) denně

Zdroj: Eurostat

Jako riziková je považována hranice 5 bodů u mužů a 4 bodů u žen. Z metodického hlediska sice narážíme na problém, neboť nemáme možnost určit výši ukazatele u všech respondentů, jelikož druhá a třetí otázka byla pokládána jen některým z nich. Pokud však sledujeme podíl osob s rizikovou konzumací alkoholu, lze předpokládat, že tyto osoby se nebudou objevovat mezi těmi, kteří konzumují alkohol 2 až 4krát měsíčně a méně často, neboť tyto osoby by ani dle uvedených pravidel nemohly skóre 5, resp. 4 bodů dosáhnout. Proto si tedy dovolíme vztahovat podíl rizikových uživatelů alkoholu k celé populaci.

Graf 7.11: Podíl rizikových konzumentů alkoholu podle věku a pohlaví (v %)



Podíl osob s tzv. rizikovou konzumací alkoholu dosahoval u mužů 22 %, u žen pak 7 %. Rozdíl mezi pohlavími byl potvrzen jako statisticky významný i po odstranění vlivu věkové struktury. Muži vykazují rizikovou konzumaci alkoholu téměř 4krát častěji ve srovnání se ženami. Také z hlediska věku byly potvrzeny statisticky významné rozdíly: nejnižší podíl rizikových konzumentů alkoholu je u nejstarších osob ve věku 75 a více let, relativně nízký je i ve věku do 25 let. Naopak nejvyšší podíl rizikových konzumentů alkoholu pozorujeme ve věku 45–54 let, kdy u mužů jejich podíl činil necelých 29 %, u žen pak zhruba 9 %.

7.5. Kouření

Kouření, zejména pravidelné, může výrazně poškozovat zdraví. Jednak je rizikovým faktorem pro vznik rakoviny plic, souvisí však i s řadou dalších onemocnění, jako jsou problémy dýchacího ústrojí, ovlivňuje však i kardiovaskulární systém, vede ke zvýšení krevního tlaku a řadě dalších nemocí oběhové soustavy. S kouřením jsou pak spojena i nádorová onemocnění dalších lokalizací, mimo plic, negativně ovlivňuje kouření i reprodukční zdraví jedince.

V šetření byla nejprve respondentům pokládána otázka, zda v současnosti kouří. Rozlišovaly se osoby, které kouří denně, příležitostně a vůbec. U osob, jež kouří denně, jsme dále zjišťovali druh a denní počet vykouřených tabákových výrobků (cigarety z velkovýroby i ručně balené, doutníky, dýmku a jiné). Všech respondentů jsme se dále dotazovali, zda někdy kouřili denně nebo téměř denně po dobu nejméně jednoho roku, a kolik let tento stav trval.

Tab. 7.9: Struktura respondentů podle typu kuřáctví, věku a pohlaví (v %)

Věk	Kategorie kuřáctví					Kategorie kuřáctví				
	denní slabý	denní silný	příleži-tostný	bývalý kuřák	nikdy nekouřil	denní slabý	denní silný	příleži-tostný	bývalý kuřák	nikdy nekouřil
	Muži					**Ženy**				
15–24	17,3	5,4	10,1	1,2	66,1	14,3	3,1	15,5	8,7	58,4
25–34	23,4	12,2	9,3	13,2	42,0	18,4	1,1	15,7	10,3	54,6
35–44	14,8	22,1	10,7	12,8	39,6	19,8	7,8	4,8	13,8	53,9
45–54	19,1	16,4	4,6	22,4	37,5	19,9	6,4	6,4	16,3	51,1
55–64	13,8	16,9	6,9	34,4	28,1	13,0	5,6	5,6	16,7	59,3
65–74	8,6	7,1	1,4	48,6	34,3	10,2	4,1	2,0	18,4	65,3
75+	9,1	0,0	2,3	36,4	52,3	2,2	1,1	0,0	13,2	83,5
Celkem	16,9	13,1	7,6	19,7	42,7	15,0	4,3	8,2	13,5	59,0

Pro lepší představu o výskytu kuřáctví v populaci jsme se pokusili vytvořit kategorie osob podle jejich postoji ke kouření. Tyto kategorie vznikly kombinací otázek na současné kouření a denní kouření v minulosti. Výsledné kategorie jsou následující:

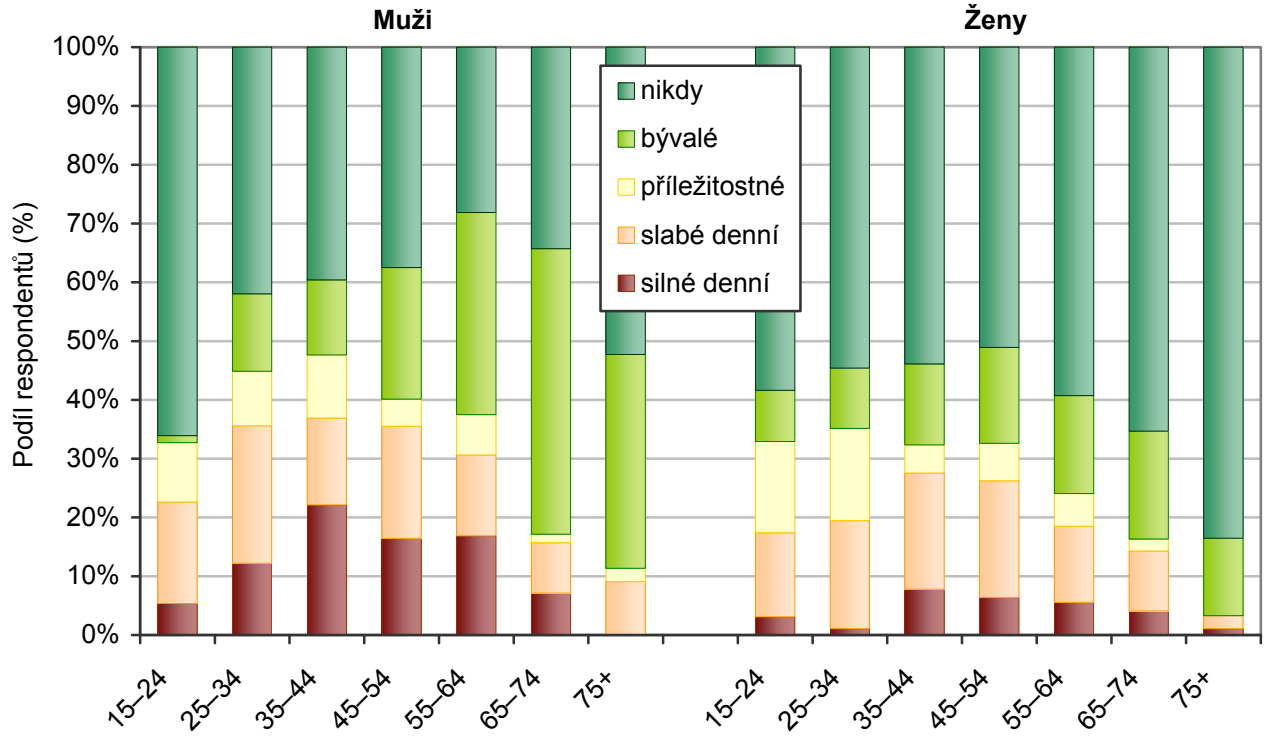
- „denní kuřák“
- „příležitostný kuřák“ (současné příležitostné kuřáctví, bez ohledu na denní kouření v minulosti)
- „bývalý kuřák“ (bývalé denní kouření)
- „nikdy nekouřil“

Ze všech respondentů se mezi dotazovanými našlo 11 osob, které uvedly, že v současnosti nekouří, ovšem nevíme, zda kouřily v minulosti. Těchto 11 osob považujeme v následujících analýzách za nekuřáky. V rámci denních kuřáků rozlišujeme dále také tzv. silné kuřáky, tj. osoby, které kouří 20 a více cigaret denně.

Denních kuřáků je mezi muži celkem 30 %, 13 % mužů lze považovat za kuřáky silné. U žen jsou tato čísla výrazně nižší, jedná se o 19 % denních kuřaček a pokud chceme vyčlenit ty ženy, které kouří více než 20 cigaret denně, pak je jich mezi respondentkami 4,3 %. Příležitostných kuřáků je mezi muži 7,6 % a mezi ženami 8,2 %. Za bývalé denní kuřáky lze považovat 19,7 % mužů a 13,5 % žen. Ze všech respondentů uvedlo 42,7 % mužů a 59 % žen, že nekouřilo nikdy.

Z hlediska věku pozorujeme nejvyšší podíl denních kuřáků u mužů ve věkové kategorii 25–64 let, u žen pak ve věku 35–54 let. Ve vyšších věkových kategoriích, zejména pak mezi muži, se vyskytuje vyšší podíl bývalých kuřáků. Příležitostné kuřáctví je potom častější v mladších věkových skupinách, a to více u žen. Nekuřáctví je celkově častější u žen.

Graf 7.12: Rozložení respondentů z hlediska kategorií kuřáctví podle pohlaví a věku



V dotaznících jsme u denních kuřáků dále zjišťovali, jaké tabákové výrobky kouří. Následující tabulka (tab. 7.10) uvádí podíly respondentů, kteří uvedli, že daný tabákový výrobek kouří. Mezi denními kuřáky jsou tedy nejvíce oblíbené cigarety z velkovýroby (průmyslově balené), následují ručně balené cigarety. Cekem 20 respondentů (17 mužů a 3 ženy) uvedlo, že kouří oba typy cigaret. Ostatní typy tabákových výrobků se mezi kuřáky vyskytovaly pouze sporadicky.

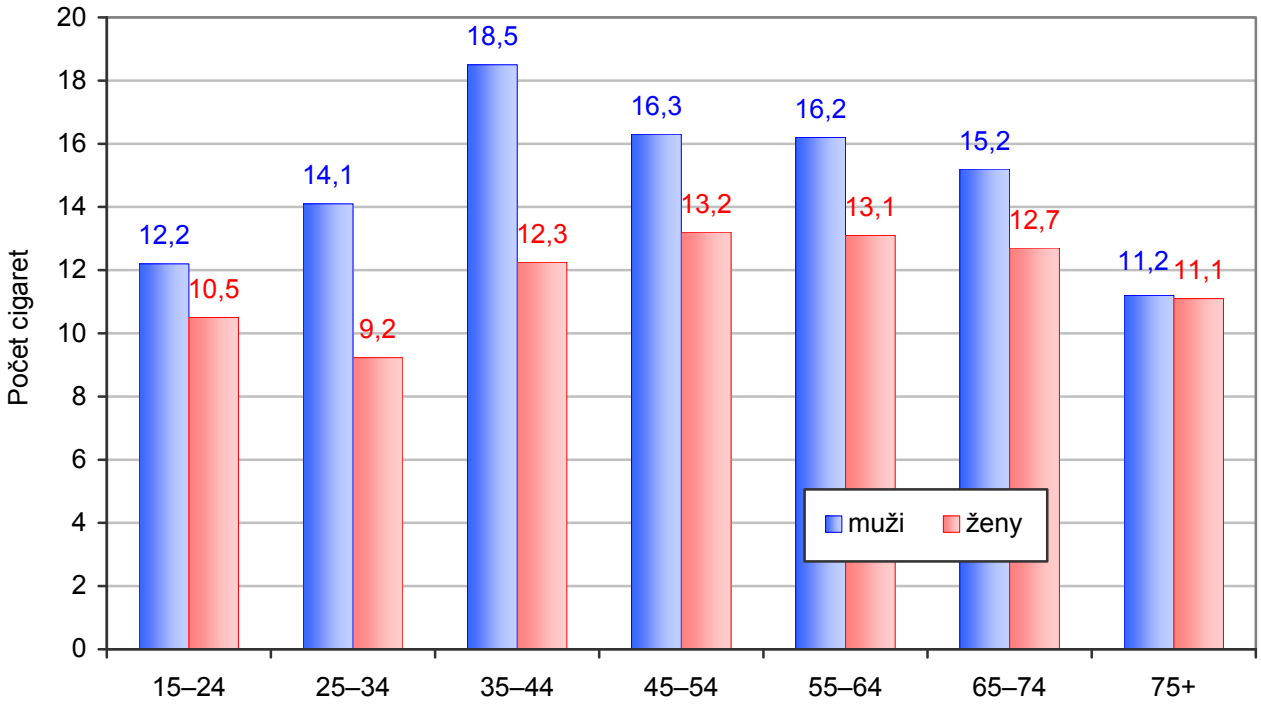
Tab. 7.10: Podíly respondentů z hlediska jednotlivých typů tabákových výrobků, které kouří denně (pouze denní kuřáci) (v %)

Tabákové výrobky	Muži (N = 284)	Ženy (N = 194)
Cigarety z velkovýroby	94,0	99,4
Ručně balené cigarety	10,6	2,2
Doutníky	1,3	0,0
Dýmka	1,6	0,0
Jiné (např. tabák ve vodní dýmce)	0,8	1,7

Průměrný počet cigaret vykouřených denně

Denním kuřákům tazatelé dále pokládali otázku, kolik v průměru vykouří tabákových výrobků denně. Vzhledem ke skutečnosti, že se jiné tabákové výrobky než cigarety mezi respondenty objevovaly pouze výjimečně (viz. předchozí tab. 7.10), bude se následující analýza týkat pouze vykouřených cigaret - jak z velkovýroby, tak ručně balených.

Graf 7.13: Počet cigaret vykouřených denně denními kuřáky podle pohlaví a věku



Muži vykouří denně v průměru 16,1 cigaret, ženy pak 11,9 cigaret. Z grafu 7.13 vyplývá, že ve všech věkových kategoriích vykouří muži denně více cigaret než ženy. Maximální počet cigaret vykouřených denně byl 60 kusů u mužů a 40 kusů u žen. Při přepočtech na denní průměry vykouřených cigaret v jednotlivých věkových skupinách nacházíme maximum u mužů ve věku 35–44 let (18,5 cigarety), u žen jsou jednotlivé věkové skupiny vyrovnanější, a to v průměru přibližně 13 cigaret denně pro věkové skupiny 45–74 let. Nejnižší průměrný počet cigaret vykouřených denně nacházíme u žen ve věkové skupině 25–34 let, a to 9,2 cigarety.

Počet let denního kuřáctví

Respondentů jsme se dále dotazovali, kolik let kouří či v minulosti kouřili denně, přičemž měla být zahrnuta všechna období denního kuřáctví. Tzn. respondent mohl s kouřením na určitou dobu přestat a opět znovu začít. Takováto přerušení však nelze z dotazníku podchytit, proto v analýzách pracujeme s čistým počtem let denního kuřáctví, který používáme také při odhadu věku, kdy respondent začal kouřit.

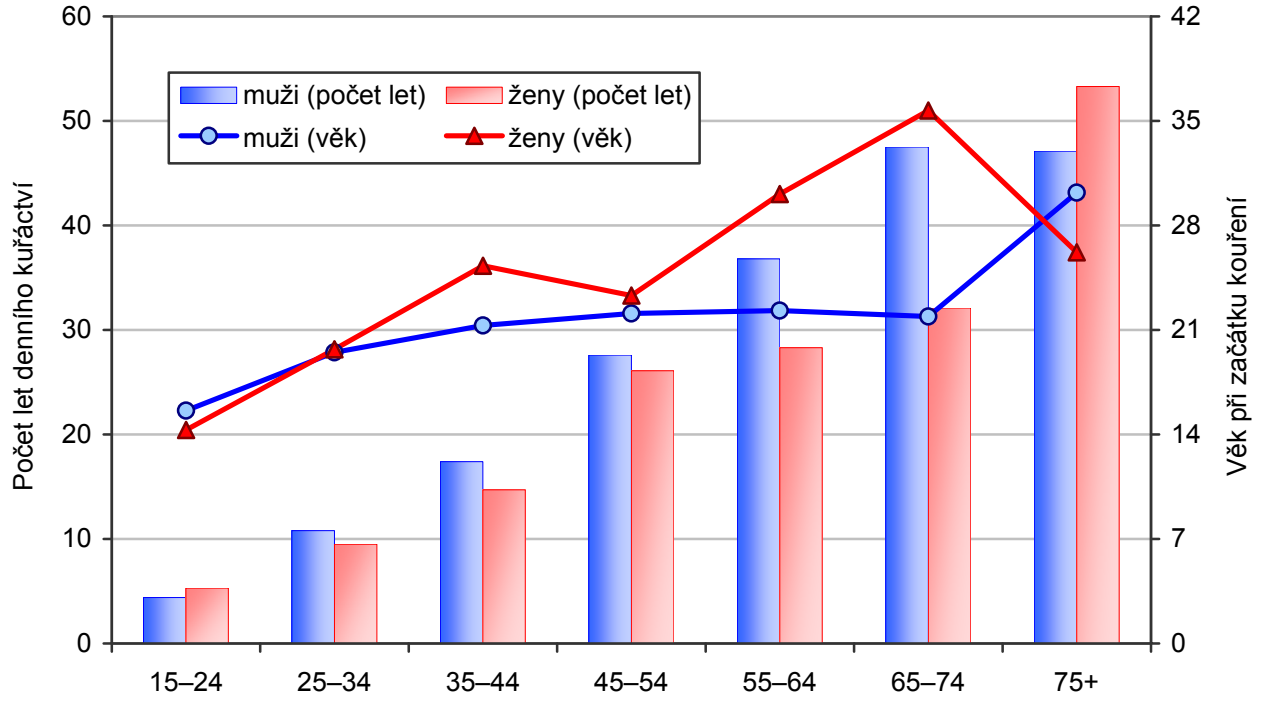
Průměrný počet let denního kouření jsme však počítali pro jednotlivé typy kuřáctví (denní - 20,2 let, příležitostný - 8,3 let, bývalý kuřák - 13,3 let). Avšak v podrobném členění podle pohlaví a věku na tomto místě (tab. 7.11) uvádíme pouze pro skupinu kuřáků denních a bývalých, neboť počty příležitostných kuřáků nejsou v tomto podrobnějším členění pro výpočty průměrů dostatečně statisticky reprezentativní (pouze 66 příležitostných kuřáků uvedlo, že v minulosti kouřili denně).

Tab. 7.11: Průměrný počet let denního kouření bývalých denních kuřáků a současných denních kuřáků podle pohlaví a věku

Věk	Současný denní kuřák		Bývalý denní kuřák	
	muži	ženy	muži	ženy
15–24	4,4	5,3	1,9	2,8
25–34	10,8	9,5	5,2	4,8
35–44	17,4	14,7	12,6	7,6
45–54	27,6	26,1	13,8	7,6
55–64	36,8	28,3	16,2	13,5
65–74	47,5	32,1	24,5	14,4
75+	47,1	53,3	24,5	21,0
Celkem	21,3	18,6	15,9	9,9

Z tabulky 7.11 vyplývá, že muži celkově kouří více let než ženy. Je zřejmé, že s přibývajícím věkem respondentů roste také průměrný počet let kouření, zejména toto platí pro skupinu současných denních kuřáků. Proto jsme se současným denním kuřákům více věnovali, a pokusili jsme se také odhadnout věk respondentů při začátku kouření. Odhad je proveden jednoduchou metodou, kdy od věku respondentů odečítáme počet let denního kuřáctví. Tímto způsobem lze ovšem věk při začátku kouření odhadovat pouze u současných denních kuřáků, jelikož u ostatních kategorií by byl tento výpočet zavádějící (nevíme, v jakém věku a na jak dlouho respondent přestal kouřit).

Graf 7.14: Počet let denního kuřáctví a věk při začátku kouření podle pohlaví a věku respondentů (současní denní kuřáci)



Graf 7.14 na jednom místě znázorňuje průměrný počet let v dané věkové skupině, kdy respondenti kouří denně, a odhad věku, kdy respondent začal kouřit denně (průměr za věkovou skupinu). Z grafu potom vyplývá, že mladší generace (do věku 34 let) začínají s kouřením dříve (mezi 15. a 19. rokem; průměr muži 18,3 let, ženy 17,5 roku), rozdíl mezi pohlavími je statisticky významný. Naopak generace denních kuřáků starších 35 let začínala kouřit později, u mužů mezi 35. a 74. rokem je začátek kouření poměrně vyrovnaný (průměrně v rámci této věkové skupiny 22,1 roku), u žen více kolísá (rozmezí přibližně 25 a 35 let, průměr 27,0 roku). Rozdíl mezi pohlavími je i v této věkové skupině statisticky významný. Vyšší věk při začátku kouření může být u starší generace částečně zkreslen situací, kdy respondent přestal na určitou dobu kouřit denně (například ze zdravotních důvodů na doporučení lékaře), a později znovu začít - tím pádem se sníží počet let denního kuřáctví, který pak odečítáme od současného věku respondenta.

Vystavení tabákovému kouři uvnitř místnosti

Poprvé byly v dotazníku zahrnuty také otázky zjišťující pravidelné vystavení tabákovému kouři uvnitř místnosti, a to doma, ve veřejných budovách (barech, restauracích, čekárnách, nákupních centrech, sportovních halách) a na pracovišti. Na otázku „Jak často jste pravidelně vystaven tabákovému kouři?“ měli respondenti možnost odpovědět:

- „nikdy nebo téměř nikdy“
- „méně než 1 hodinu denně“
- „1–5 hodin denně“
- „více než 5 hodin denně.“

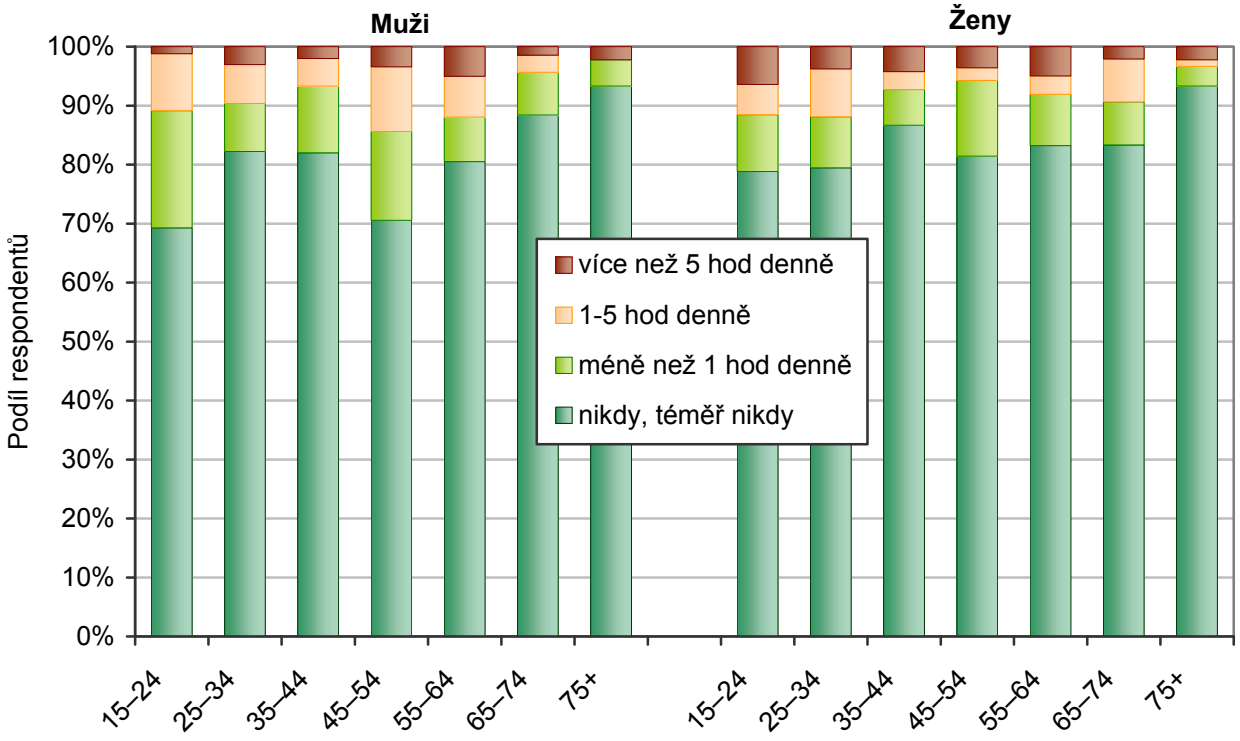
Při sledování vystavení tabákovému kouři na pracovišti byla respondentům nabízena navíc odpověď „netýká se mne (nepracuji nebo ne uvnitř místnosti)“.

Tab. 7.12: Vystavení kouři podle místa a pohlaví

Lokalita	Pohlaví	Jak často jste vystaven(a) kouři? (struktura v %)			
		nikdy nebo téměř nikdy	méně než 1 hodinu denně	1–5 hodin denně	více než 5 hodin denně
Doma	muži	78,8	11,5	7,0	2,8
	ženy	83,1	8,4	4,3	4,2
Na veřejných místech	muži	56,7	34,5	7,6	1,2
	ženy	75,9	20,0	3,4	0,7
Na pracovišti (pouze osoby, kterých se to týká)	muži	79,2	11,5	6,0	3,3
	ženy	88,5	6,2	2,6	2,7

Ze série tří otázek sledujících tuto problematiku jsme se nejprve věnovali vystavení tabákovému kouři doma. Graf 7.15 ukazuje rozložení respondentů z hlediska doby, po kterou jsou vystaveni tabákovému kouři uvnitř místnosti, a to podle pohlaví a věkových skupin.

Graf 7.15: Rozložení respondentů z hlediska doby vystavení tabákovému kouři doma podle pohlaví a věku



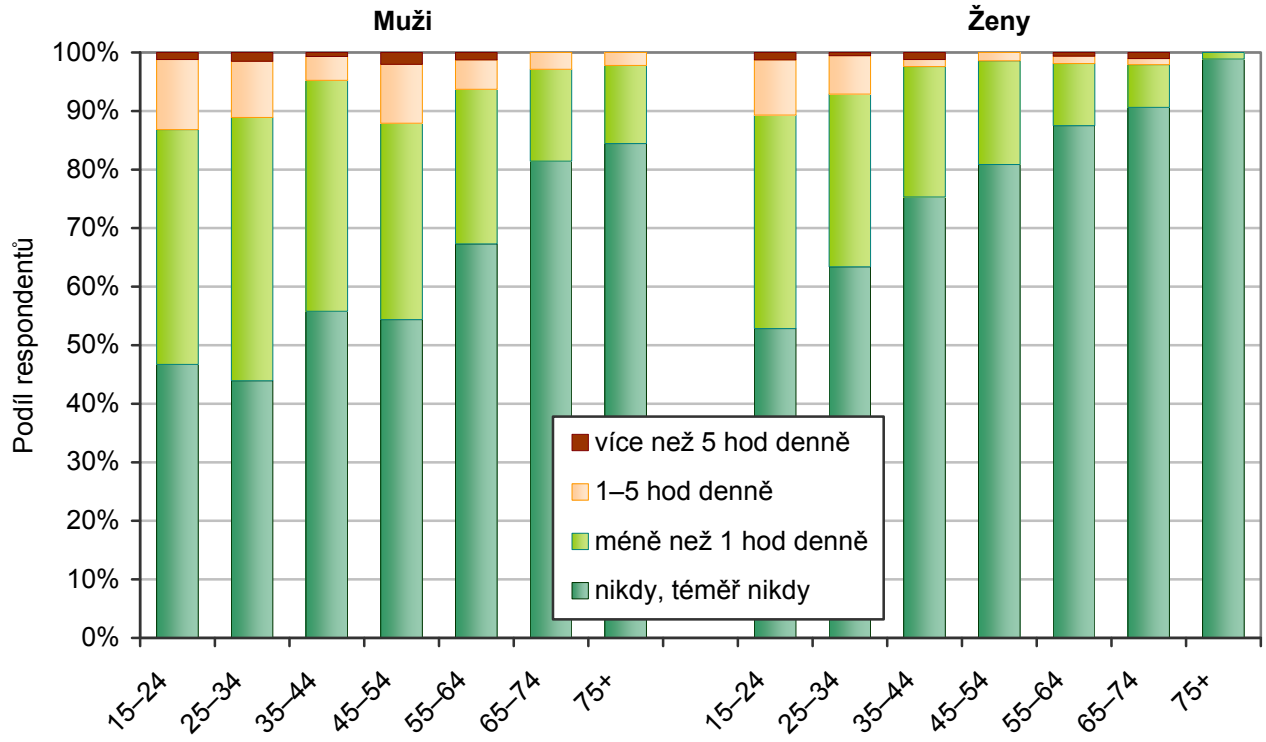
Celkově bylo ze všech respondentů tabákovému kouři doma vystaveno více než 5 hodin denně 3,5 % respondentů (muži 2,8 %, ženy 4,2 %). Tabákovému kouři v intervalu 1–5 hodin denně je doma vystaveno celkem 5,6 % respondentů (muži 7,0 %, ženy 4,3 %). Vystavení tabákovému kouři méně než jednu hodinu denně se potom týká 9,9 % respondentů (mužů 11,5 %, žen 8,4 %). Nikdy nebo téměř nikdy není doma vystaveno tabákovému kouři celých 81,0 % (78,8 % mužů a 83,1 % žen).

Rozdíly ve vystavení tabákovému kouři jsme se dále pokusili zhodnotit statistickým testem (logistická regrese). Testujeme rozdíly mezi kategoriemi „více než 1 hodinu denně“ a „méně než jednu hodinu denně“. Mezi pohlavími byl nalezen statisticky významný rozdíl pouze u věkové kategorie respondentů 45–54 let, kde ženy uváděly přibližně 2,8krát častěji než muži, že nejsou vystaveny doma tabákovému kouři více než 1 hodinu denně. Rozdíl mezi pohlavími celkově není statisticky významný. Z hlediska věku byl u žen nalezen rozdíl mezi ženami mladšími 35 let a staršími 34 let, kdy mladší ženy jsou vystaveny tabákovému kouři doma více než 1 hodinu denně přibližně 1,8krát častěji než ženy ve věku 35 let a starší. U mužů jsme testovali rozdíl mezi věkovými kategoriemi mladších 65 let a starších 64 let, s výsledkem přibližně 3,2krát vyšší pravděpodobností vystavení tabákovému kouři doma více než 1 hodinu denně pro muže mladší 65 let.

Z těch osob, které uvedly, že jsou doma vystaveny tabákovému kouři více než 1 hodinu denně (celkem 176 osob), bylo 77,2 % současných denních kuřáků, 8,6 % příležitostných kuřáků, 2,5 % bývalých kuřáků a 11,7 % nikdy nekouřících.

V dotazníku po vystavení tabákovému kouři doma následovala otázka sledující vystavení tabákovému kouři v uzavřených prostorách veřejných budov (barů, restaurací, čekáren, nákupních center, sportovních hal).

Graf 7.16: Rozložení respondentů z hlediska doby vystavení tabákovému kouři ve veřejných budovách podle pohlaví a věku



Ze všech respondentů uvedlo 66,5 % (muži 56,7 %, ženy 75,9 %), že tabákovému kouři v uzavřených prostorách veřejných budov není vystaveno nikdy nebo téměř nikdy. Dalších 27,1 % respondentů (muži 34,5 %, ženy 20,0 %) odpovědělo, že bývají vystaveni tabákovému kouři ve veřejných budovách méně než 1 hodinu denně. Odpověď „1–5 hodin denně“ zvolilo 5,4 % respondentů (7,6 % mužů a 3,4 % žen). Konečně 1 % respondentů (1,2 % mužů a 0,7 % žen) zvolilo odpověď „více než 5 hodin denně“.

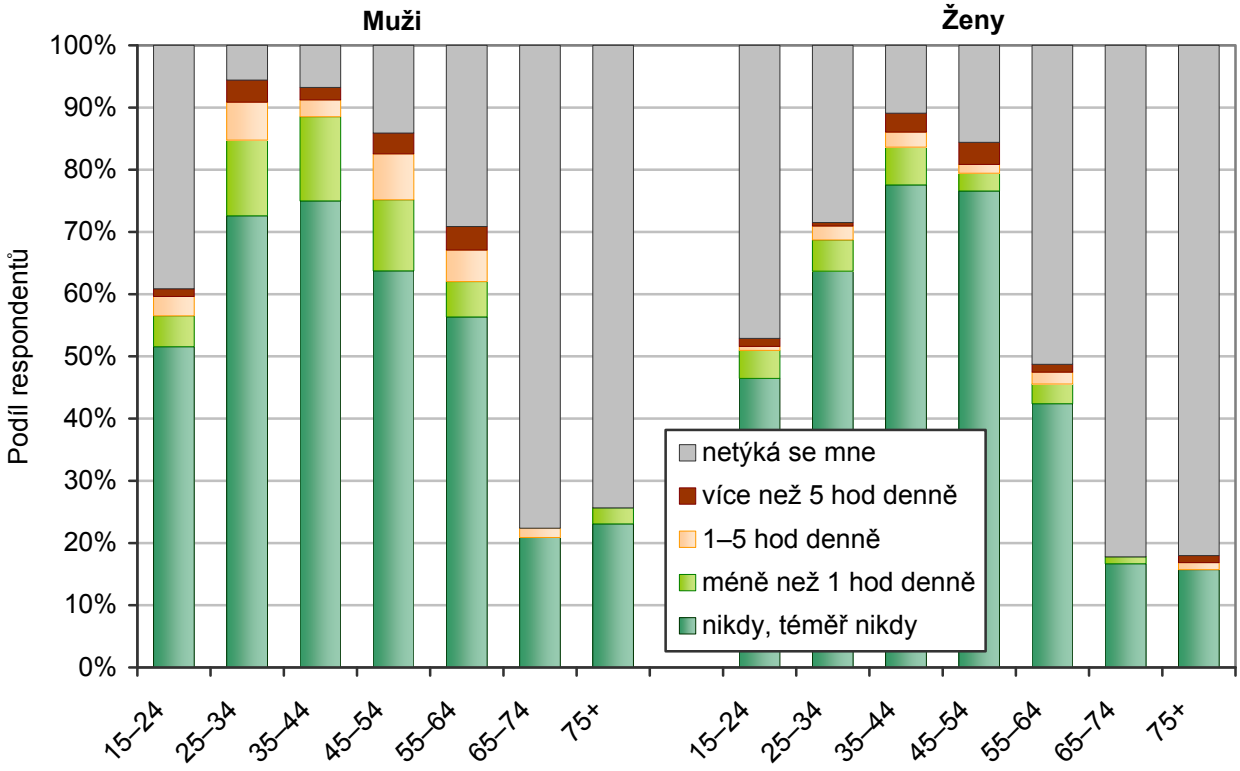
Z grafu 7.16 vidíme, že obecně podíl osob vystavených tabákovému kouři ve veřejných budovách klesá spolu s věkem. Situace může být způsobena například tím, že starší lidé méně často veřejné prostory navštěvují. Znovu jsme testovali rozdíl mezi kategoriemi vystavení „více než hodinu denně“ a „méně než hodinu denně“, respondenty jsme podle věku v tomto případě rozdělili na mladší 35 let a starší 34 let. Ženy mladší 35 let jsou v průměru vystaveny tabákovému kouři ve veřejných budovách více než hodinu denně 6krát častěji než ženy starší 34 let, u mužů je tento poměr přibližně dvojnásobný.

Testování rozdílů mezi pohlavími ukázalo, že muži jsou vystavováni tabákovému kouři více než hodinu denně ve veřejných budovách přibližně 2krát častěji než ženy (rozdíl po věkové standardizaci).

Z těch osob, které uvedly, že jsou ve veřejných budovách vystavovány tabákovému kouři více než 1 hodinu denně (n=122), bylo 53,4 % současných denních kuřáků, 11,5 % příležitostných kuřáků, 8,5 % bývalých kuřáků a 26,2 % nikdy nekouřících.

Poslední ze série otázek sledujících vystavení tabákovému kouři v uzavřených prostorách se týkala pracoviště respondentů.

Graf 7.17: Rozložení respondentů z hlediska doby vystavení tabákovému kouři na pracovišti podle pohlaví a věku



Narozdíl od vystavení tabákovému kouři doma a v uzavřených prostorách veřejných budov, které se týká všech respondentů, se vystavení tabákovému kouři na pracovišti týká pouze pracujících osob, a to navíc pracujících v uzavřených prostorách. Proto byla do možnosti odpovědí přidána kategorie „netýká se mne (nepracuji nebo ne uvnitř místnosti)“. Pochopitelně byla tato kategorie nejčastěji zastoupená ve věkových skupinách 15–24 let (studující), a zejména pak ve věku od 65 let (osoby ve starobním důchodu).

Z celkového počtu respondentů odpovědělo 56,1 % (59,1 % mužů a 53,2 % žen), že na pracovišti není vystaveno tabákovému kouři nikdy nebo téměř nikdy), dalších 6,0 % (8,5 % mužů a 3,7 % žen) se týká vystavení tabákovému kouři méně než 1 hodinu denně. Intervalu vystavení tabákovému kouři na pracovišti mezi 1 a 5 hodinami odpovídají 3,0 % respondentů (4,6 % mužů a 1,4 % žen), více než 5 hodin je vystaveno 2,1 % respondentů (2,6 % mužů a 1,5 % žen). Odpověď „netýká se mne“ zvolilo 32,9 % respondentů (25,2 % mužů a 40,2 % žen).

Pokud bychom chtěli míru vystavení tabákovému kouři na pracovišti pouze u těch respondentů, kterých se otázka týká (neuvažujeme respondenty, kteří odpověděli „netýká se mne“, celkem 1 272 osob), pak byly z těchto respondentů 3 % na pracovišti vystaveni tabákovému kouři více než 5 hodin denně, 1–5 hodin denně 4,4 % respondentů, méně než 1 hodinu denně 9,0 % respondentů a konečně nikdy nebo téměř nikdy zbylých 83,6 % respondentů.

U těchto osob existuje statisticky významný rozdíl mezi pohlavími, muži jsou tabákovému kouři vystaveni na pracovišti v uzavřených prostorách více než 1 hodinu denně přibližně 2krát častěji než ženy. Z hlediska věkových kategorií jsou nejčastěji vystaveni na pracovišti více než 1 hodinu denně muži ve věku 45–64 let a ženy ve věku 35–64 let. Mezi muži byl nalezen statisticky významný rozdíl, a to 1,7krát vyšší pravděpodobnost vystavení tabákovému kouři na pracovišti více než 1 hodinu denně pro muže ve věku 45–64 let vůči ostatním mužům. Mezi ženami nebyly rozdíly mezi věkovými kategoriemi identifikovány jako statisticky významné.

Z těch osob, které uvedly, že jsou na pracovišti vystaveny tabákovému kouři více než 1 hodinu denně (94 osob), bylo 56,7 % současných denních kuřáků, 6,2 % příležitostných kuřáků, 11,7 % bývalých kuřáků a 25,3 % nikdy nekouřících.

7.6. Užívání drog[1]

Užívání ostatních drog, tj. návykových látek vyjma tabáku a alkoholu (dále jen drog), zejména dlouhodobé, je faktorem vysoce poškozujícím zdravotní stav. Navíc si tělo na účinné látky, které drogy obsahují, často vytváří závislost, takže dávku je zpravidla nutné zvyšovat. Je zřejmé, že obecné šetření o zdravotním stavu nezachytí veškeré užívání drog v populaci, neboť značná část drogových uživatelů je skrytá a v šetření založeném na trvale bydlících respondentech nepodchytitelná. Přesto mohou údaje sloužit jako orientační přehled charakteristik drogových uživatelů.

V anglickém originále dotazníku EHIS se sledování drog omezilo na následující 4 otázky s možnostmi odpovědi ANO a NE:

- *Znáte osobně někoho (mimo sebe sama), kdo užívá marihuanu či hašiš?*
- *Během posledních 12 měsíců, užíval jste marihuanu?*
- *Znáte osobně někoho, kdo užívá jiné drogy, jako např. kokain, amfetaminy, extázi či jiné podobné látky?*
- *Během posledních 12 měsíců, užíval jste jiné drogy, jako např. kokain, amfetaminy, extázi či jiné podobné látky?*

[1] Pojmem droga se zde rozumí návykové látky, mimo alkohol a tabák, sledované v šetření a uvedené v tab. 7.15

V české verzi dotazníku jsme zařadili první a třetí z otázek v nezměněné podobě, otázky na konzumaci drog byly koncipovány, podobně jako v šetření HIS 2002, formou tabulky, kde respondent měl u jednotlivých typů drog (celkem 8 položek) uvést, kdy naposledy je užil (viz tab. 7.13).

Tab. 7.13: Charakteristiky užívání drog podle typu (v %)

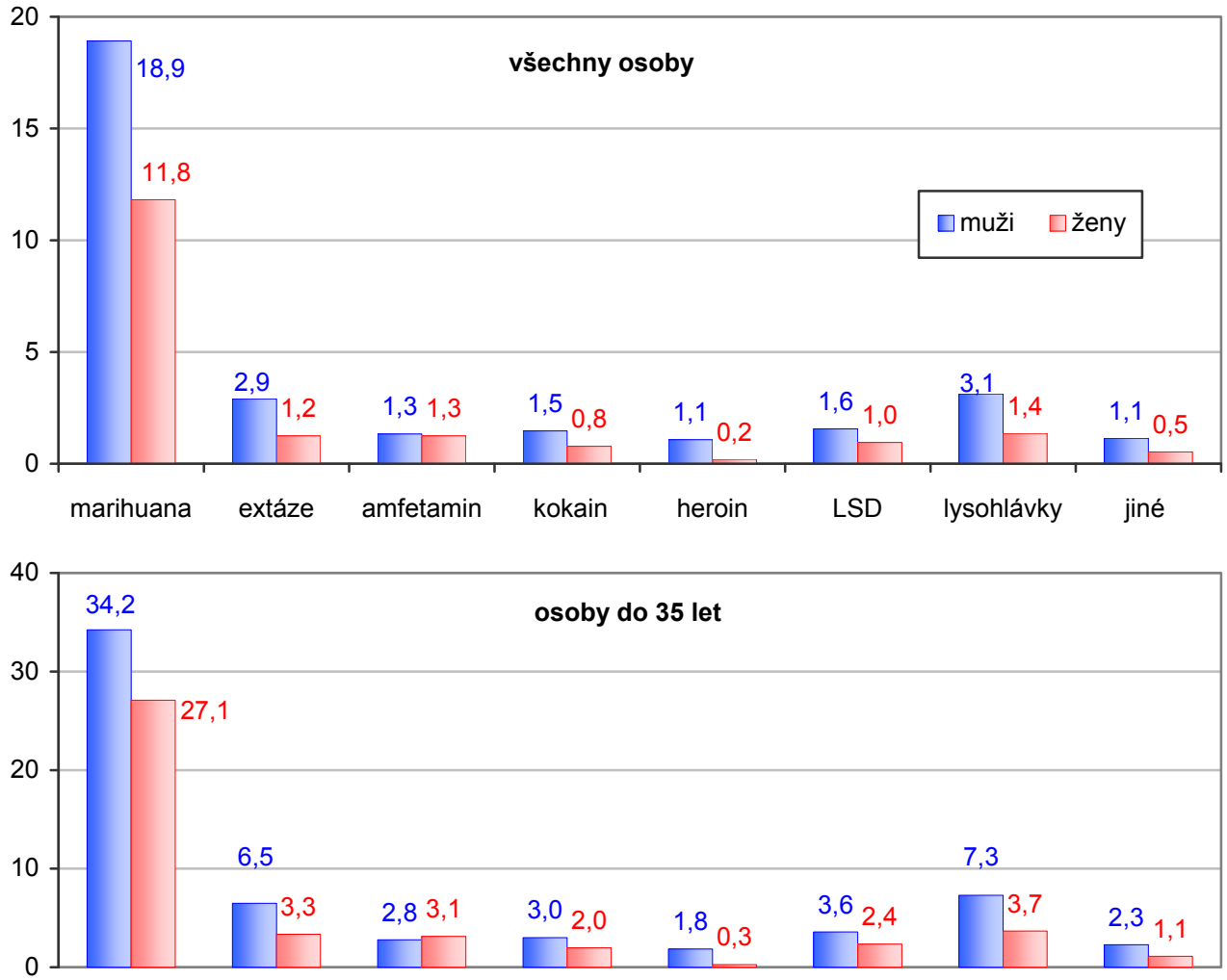
Droga	Užili drogu							
	během 30 dnů	před 1–12 měsíci	před více než 12 měsíci	nikdy	během 30 dnů	před 1–12 měsíci	před více než 12 měsíci	nikdy
	Muži				**Ženy**			
Marihuana/hašiš	2,9	2,5	13,5	81,1	1,4	2,6	7,9	88,2
Extáze	0,3	0,6	2,0	97,1	0,3	0,3	0,7	98,8
Amfetamin/pervitin	0,4	0,4	0,5	98,7	0,1	0,2	1,0	98,7
Kokain/crack	0,8	0,0	0,6	98,5	0,2	0,0	0,6	99,2
Heroin/jiné opiáty	0,5	0,1	0,5	98,9	0,1	0,1	0,0	99,8
LSD	0,5	0,4	0,6	98,4	0,1	0,2	0,7	99,0
Lysohlávky	0,7	0,7	1,7	96,9	0,1	0,4	0,9	98,6
Jiné podobné látky	0,6	0,2	0,4	98,9	0,1	0,1	0,3	99,5
Alespoň jedna z uvedených drog	3,5	2,6	13,1	80,9	1,5	2,6	8,0	87,9

Základní charakteristiky užívání drog

Drogu někdy v životě užilo 19 % mužů a 13 % žen. Nejčastěji užívanou drogou je, dle očekávání, marihuana a produkty z marihuany. Z dalších drog byly nejvíce rozšířené lysohlávky, extáze a LSD, podíl jejich uživatelů je však výrazně nižší než podíl uživatelů marihuany (celoživotní prevalence okolo 2 %).

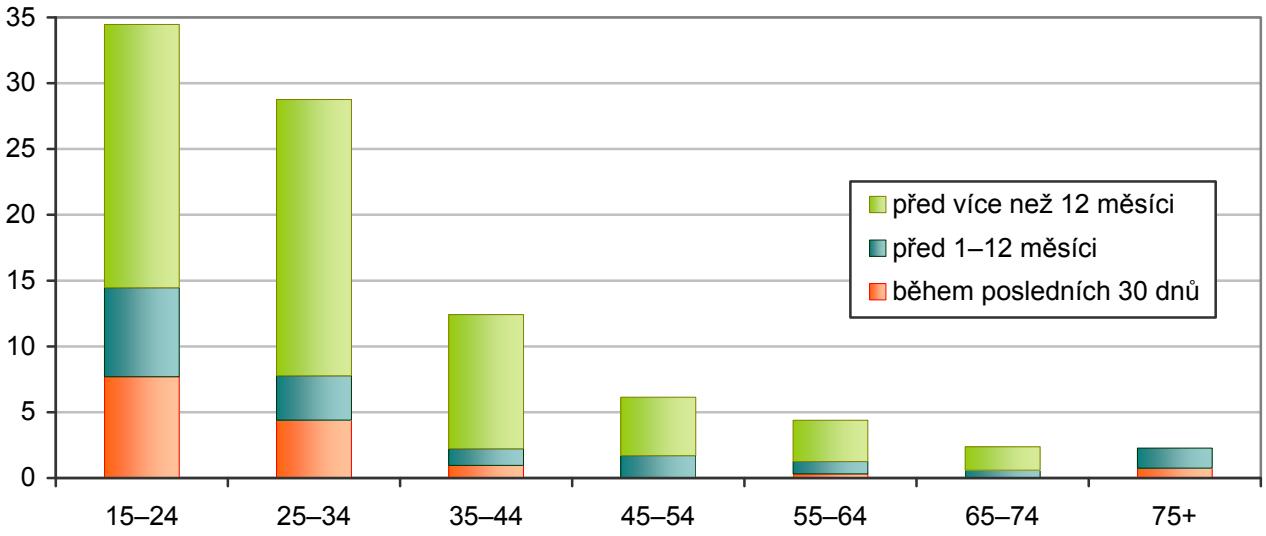
Častější užívání drog zaznamenáváme u mladých respondentů. Na grafu 7.19 můžeme pozorovat výraznou závislost podílu uživatelů na věku, kdy s věkem plynule klesá podíl osob, které někdy užily drogu. Zatímco u osob ve věku 15–24 let byl podíl těch, kteří drogu někdy zkusili, zhruba okolo 35 %, ve věku 35–44 let to již bylo jen 12 % a ve věku 65 let a více jen 2,3 %. Proto v grafu 7.18 prezentujeme také podíl uživatelů jednotlivých typů drog ve věkové skupině do 35 let. V této věkové skupině někdy užilo marihuanu zhruba okolo 30 % respondentů, lysohlávky 7,3 % mužů a zhruba 4 % žen, podobně extázi 6,5 % mužů a poloviční podíl žen.

Graf 7.18: Celoživotní prevalence užívání drog podle typu (v %)

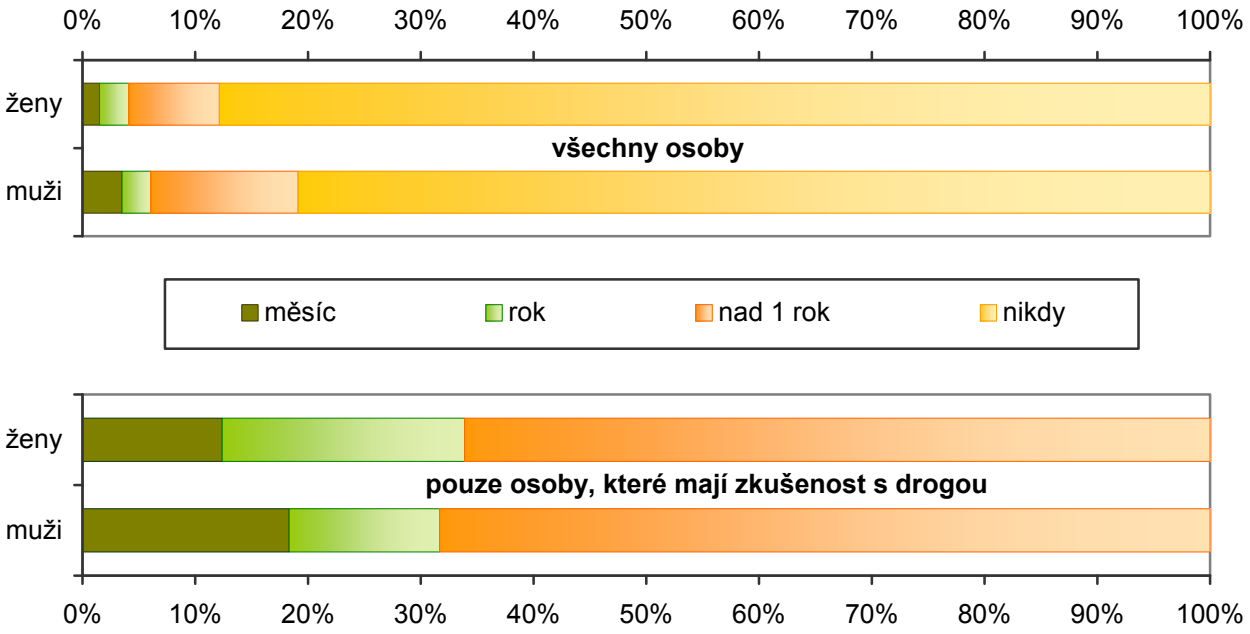


Ženy tedy vykazují nižší celoživotní prevalenci drog než muži, a to v případě všech typů drog, vyjma amfetaminů resp. pervitinu. Z hlediska četnosti užívání je zřejmé, že u osob, které drogu někdy užily, se ve zhruba 67 % případů jednalo o užití před více než 12 měsíci, ostatní osoby užily drogu během posledního roku. Roční prevalence užívání drog činila 6 % u mužů a 4 % u žen. Celkem 18 % mužů a 12 % žen, kteří někdy drogu zkusili, ji užili během posledních 30 dnů, měsíční prevalence uživatelů drog činila celkem 3,5 % u mužů a 1,5 % u žen.

Graf 7.19: Podíl osob, které užily drogu, podle věku a doby užití (v %)



Graf 7.20: Frekvence užívání drog celkem a u osob, které drogu někdy zkusily



Bohužel nám velikost datového souboru neumožňuje u těchto ukazatelů provést podrobnější analýzy potvrzené statistickými testy.

Tab. 7.14: Přehled prevalencí užívání vybraných drog (v %)

Prevalence	Celá populace (N=1 955)			15–35 let (N=615)		
	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem
	Drogy celkem					
Měsíční prevalence	3,5	1,5	2,5	7,8	4,1	6,0
Roční prevalence	6,1	4,1	5,0	13,0	8,5	10,8
Celoživotní prevalence	19,1	12,1	15,5	34,8	27,6	31,3
	Marihuana					
Měsíční prevalence	2,9	1,4	2,1	6,5	3,8	5,2
Roční prevalence	5,4	4,0	4,6	11,6	8,1	9,9
Celoživotní prevalence	18,9	11,8	15,3	34,2	27,1	30,8
	Lysohlávky					
Měsíční prevalence	0,7	0,1	0,4	1,6	0,3	1,0
Roční prevalence	1,4	0,4	0,9	3,1	1,0	2,1
Celoživotní prevalence	3,1	1,4	2,1	7,3	3,7	5,6
	Extáze					
Měsíční prevalence	0,3	0,2	0,4	0,8	0,8	0,8
Roční prevalence	0,9	0,5	0,9	2,1	1,3	1,7
Celoživotní prevalence	2,9	1,2	2,2	6,5	3,3	5,0

Je zřejmé, že pro celkovou prevalenci je determinující užívání marihuany, tu užívá většina konzumentů drog, i pokud užívali nějaké další drogy. Prevalence užívání u mužů výrazně převyšuje prevalenci u žen, prevalence ve věku 15–35 let je zhruba dvojnásobná ve srovnání s prevalencí za celou populaci.

Další datové zdroje

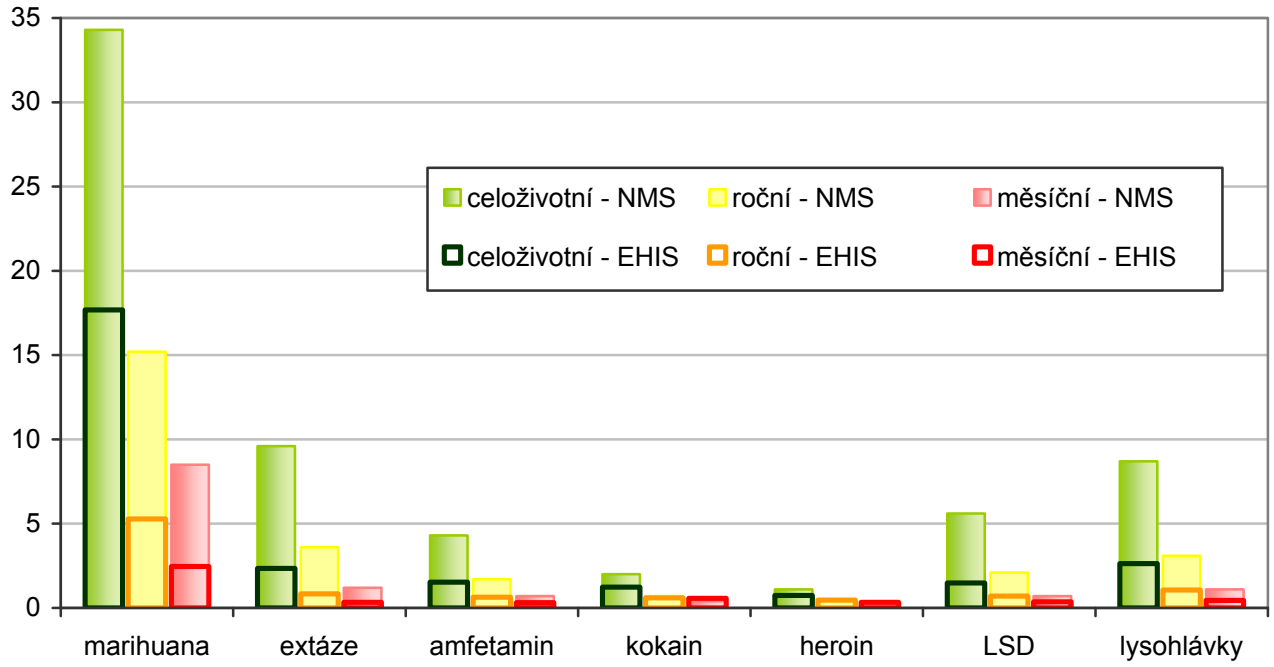
Údaje ze šetření EHIS můžeme srovnat také se statistikou užívání drog z jiných výběrových šetření. Tím je např. Celopopulační průzkum užívání psychotropních látek a postojů k němu, který v České republice v roce 2008 provedlo Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (NMS) ve spolupráci s agenturou INRES-SONES a Centrem Adiktologie při 1. LF UK v Praze. Sběr dat proběhl v říjnu 2008 na reprezentativním vzorku 4 200 respondentů ve věku 15 až 64 let.

Tab. 7.15: Srovnání dat o uživatelích drog ve věku 15–64 let podle šetření EHIS a šetření NMS v roce 2008 (prevalence v %)

Droga	Prevalence (v %)					
	celoživotní		roční		měsíční	
	NMS	EHIS	NMS	EHIS	NMS	EHIS
Marihuana/hašiš	34,3	17,7	15,2	5,3	8,5	2,5
Extáze	9,6	2,3	3,6	0,8	1,2	0,3
Amfetamin/pervitin	4,3	1,5	1,7	0,6	0,7	0,3
Kokain	2,0	1,2	0,7	0,6	0,4	0,6
Heroin	1,1	0,7	0,4	0,5	0,1	0,3
LSD	5,6	1,5	2,1	0,7	0,7	0,4
Lysohlávky	8,7	2,6	3,1	1,1	1,1	0,4

Ze srovnání je patrná výrazně vyšší prevalence užívání drog podle šetření zaměřeného na drogy, např. zatímco podle šetření EHIS byla roční prevalence užívání marihuany jen 5,3 %, podle šetření NMS byla zhruba trojnásobná, tedy 15,2 %. Někdy v životě pak marihuanu podle NMS zkusilo zhruba 34,3 % všech osob ve věku 15–64 let, šetření EHIS vykazuje zhruba poloviční podíl. Je pravděpodobné, že v případě šetření EHIS dochází k určitému podhodnocení prevalence uživatelů drog z nejrůznějších důvodů, otázkou je, zda výsledky šetření NMS představují reálný obraz uživatelů drog v ČR, nebo zda skutečnost naopak nadhodnocují.

Graf 7.21: Srovnání prevalencí užívání drog NMS a EHIS, 15–64 let, 2008 (v %)



Rozdíly obou šetření byly podrobně zkoumány a diskutovány. V zásadě se experti shodli na následujícím:

- velkou roli hraje odlišný kontext šetření, zatímco šetření NMS bylo zaměřeno výhradně na drogy a jejich užívání, šetření EHIS bylo primárně šetřením o zdravotním stavu, což významně ovlivňuje odpovědi respondentů, drogy byly v šetření EHIS sledovány spíše okrajově,
- konstrukce dotazníku byla odlišná, zatímco v šetření NMS byly otázky na užívání drog prezentovány spíše v úvodu dotazníku, v šetření EHIS byly až na konci,
- svůj vliv má nepochybně i metoda sběru dat - zatímco šetření NMS bylo realizováno formou náhodné procházky, v šetření EHIS byli oslovováni předem vybraní respondenti,
- agentura INRES-SONES využívala speciálně vyškolených tazatelů, zejména mladých osob, které byly instruovány jak získat pravdivé informace ohledně užívání drog, naproti tomu tazatelé v šetření EHIS byli obecně vyškoleni na vyplnění dotazníku o zdraví, navíc se jednalo většinou o starší ženy,
- populace v obou šetřeních v ohledu pohlaví, věku, rodinného stavu apod. by měla být shodná, navíc obě šetření využívají při zpracování dat vážení eliminující odchylky a zajišťující reprezentativitu dat z hlediska sociodemografických charakteristik.

Užívání drog mezi známými

V souvislosti s užíváním drog jsme také zjišťovali, zda respondent zná osobně někoho, kdo užívá drogy. Celkem 27 % osob uvedlo, že zná někoho, kdo užívá marihuanu či hašiš, zhruba 10 % respondentů zná někoho, kdo užívá jiné drogy. Celkem je v šetření 28,4 % respondentů, kteří znají někoho, kdo užívá drogy, přičemž u mužů je tento podíl vyšší (33 %) než u žen (24 %). To napovídá skutečnosti, že reálná prevalence uživatelů drog se může pohybovat okolo 30 % a v šetření EHIS je podhodnocena.

Rozdíl z hlediska pohlaví byl potvrzen jako statisticky významný i po odstranění vlivu věkové struktury, je však patrný pouze u podílu osob, které znají uživatele marihuany. Podíl osob, které znají uživatele jiných drog, je u obou pohlaví shodný. Rozdíly mezi pohlavími jsou významné především ve věku 25–54 let. Hlavní příčinou rozdílu mezi muži a ženami je odlišný podíl uživatelů drog. Mezi osobami, které drogu užily je pak u obou pohlaví přibližně stejný (zhruba 90 %) podíl těch, kteří mají mezi svými známými také uživatele drog. Naopak mezi osobami, které drogu nikdy neužily, zná uživatele drog jen pětina.

Také z hlediska věku se potvrdila statisticky významná závislost, kdy s rostoucím věkem klesá podíl osob, které mají v okruhu svých známých uživatele drog. To je opět logickým důsledkem poklesu podílu osob užívajících drogy s věkem, přičemž lze usuzovat, že v kategorii známých se objevují především vrstevníci.

Tab. 7.16: Podíl osob, které znají uživatele daného typu drog, podle věku a pohlaví (v %)

Věk	Muži			Ženy		
	marihuana	jiné	celkem	marihuana	jiné	celkem
15–24	67,3	22,6	68,5	65,4	22,4	66,9
25–34	45,4	17,6	46,8	34,8	19,0	38,6
35–44	26,8	7,4	27,5	16,9	4,8	16,9
45–54	21,1	4,6	21,7	12,1	5,0	13,5
55–64	12,7	1,9	12,7	8,0	2,5	8,6
65–74	5,7	4,3	5,7	3,0	2,0	4,0
75+	2,3	0,0	2,3	2,2	1,1	3,3
Celkem	32,0	10,4	32,8	23,1	9,3	24,5

7.7. Životní a pracovní prostředí

Jak jsme naznačili v úvodu kapitoly 7, jedním z faktorů ovlivňujících zdraví, i když v menší míře než je tomu u životního stylu, je prostředí, ve kterém se respondent pohybuje, tzn. bydlí, pracuje, relaxuje apod. V šetření EHIS byla v roce 2008 zahrnuta jednak sada otázek na prostředí v okolí respondentova domova, dále na jeho pracovní podmínky a konečně na tzv. sociální prostředí.

Prostředí v okolí bydliště

V šetření EHIS byla otázka zjišťující kvalitu fyzického prostředí formulována následovně: „Pokud vezmete v úvahu posledních 12 měsíců, když jste byl(a) doma, jak moc jste byl(a) vystaven(a) následujícím okolnostem?“ Zmíněné okolnosti byly celkem tři. Respondenti byli dotazováni na míru vystavení hluku, znečištěnému ovzduší a zápachu. Možnosti odpovědí byly na tříbodové stupnici podle míry vystavení („silně“, „mírně“, „vůbec ne“). Statistické testování probíhalo metodou binární logistické regrese, sledujeme rozdíl mezi kategoriemi „silně“ spolu s kategorií „mírně“, vůči kategorii „vůbec ne“. V případě fyzického prostředí sledujeme u souboru respondentů rozdíly podle pohlaví, věku a velikostní kategorie osídlení.

Tab. 7.17: Podíl respondentů vystavených nepříjemným okolnostem doma a v okolí bydliště, podle pohlaví a věku (v %)

Věk	Respondenti vystaveni nepříjemným okolnostem doma a v okolí bydliště							
	hluk		znečištěné ovzduší		zápach		kriminalita	
	silně	mírně	silně	mírně	silně	mírně	silně	mírně
	Muži							
15–24	5,5	46,1	6,1	45,5	3,6	23,8	1,2	22,5
25–34	12,8	44,3	12,8	47,3	8,0	28,5	5,4	20,6
35–44	9,6	39,7	8,2	41,5	5,6	32,2	4,8	11,6
45–54	15,3	40,0	15,3	38,0	10,0	25,3	4,1	18,9
55–64	13,3	34,2	10,6	39,4	1,9	25,9	3,2	18,8
65–74	13,0	39,1	7,1	44,3	4,3	17,1	1,4	20,0
75+	6,5	34,8	8,7	30,4	4,3	17,0	2,2	15,6
Celkem	11,2	40,7	10,3	42,2	5,7	25,9	3,5	18,7
	Ženy							
15–24	8,6	41,4	8,6	50,0	5,6	32,5	2,5	28,8
25–34	7,5	47,3	15,1	43,8	4,9	29,7	6,5	25,4
35–44	6,7	50,9	14,7	44,2	4,3	33,1	9,1	23,6
45–54	10,6	41,1	15,7	35,7	7,8	31,9	8,6	16,4
55–64	11,1	38,3	12,4	41,0	6,8	22,2	6,1	15,3
65–74	10,2	28,6	9,1	36,4	3,1	17,3	7,3	14,6
75+	12,4	28,1	9,2	28,7	3,4	20,5	10,2	9,1
Celkem	9,3	41,1	12,5	41,2	5,3	27,8	6,9	20,3

Hluk

Hlukem se v tomto šetření rozumí hluk způsobený např. automobilovou, vlakovou či leteckou dopravou, továrnami, osobami a zvířaty v sousedství, restauracemi /bary/ a diskotékami. Celkově bylo 10,2 % respondentů vystaveno hluku silně (muži 11,2 %, ženy 9,3 %). Dalších 40,9 % respondentů uvedlo, že je hluku vystaveno mírně (muži 40,7 % a ženy 41,1 %). Hluk neobtěžuje celkem 48,9 % respondentů (mužů 48 % a žen 49,7 %). Celkově se může zdát, že hluk více vnímají muži než ženy. Rozdíl mezi pohlavími však nebyl statistickým testem potvrzen jako významný ani celkově, ani v žádné z věkových skupin.

Z hlediska věku (viz graf 7.22) jsou hluku více vystaveni respondenti mladší 45 let, pro ně je pravděpodobnost vystavení hluku přibližně o 1/4 vyšší než pro respondenty starší 44 let. Rozdíl je výraznější u žen (pravděpodobnost vystavení hluku o 35 % vyšší pro mladší 45 let), u mužů není rozdíl mezi věkovými skupinami statisticky významný.

Skutečnost, že starší respondenti méně často uvádí, že jsou vystaveni hluku, může být způsobena řadou faktorů. Jednak mladší respondenti mohou mít vyšší nároky na fyzické prostředí v okolí svého bydliště, tedy mohou i hluk vnímat citlivěji. Dále může být rozdíl způsoben tím, že starší respondenti mohou mít obecně horší sluch, a konečně také skutečností, že mladší obyvatelé žijí častěji ve městech, kde je obecně míra hluku vyšší. Pokud však faktor bydliště zakomponujeme do analýzy rozdílů, pak i tehdy jsou mladší respondenti vystavování hluku více.

Znečištění ovzduší

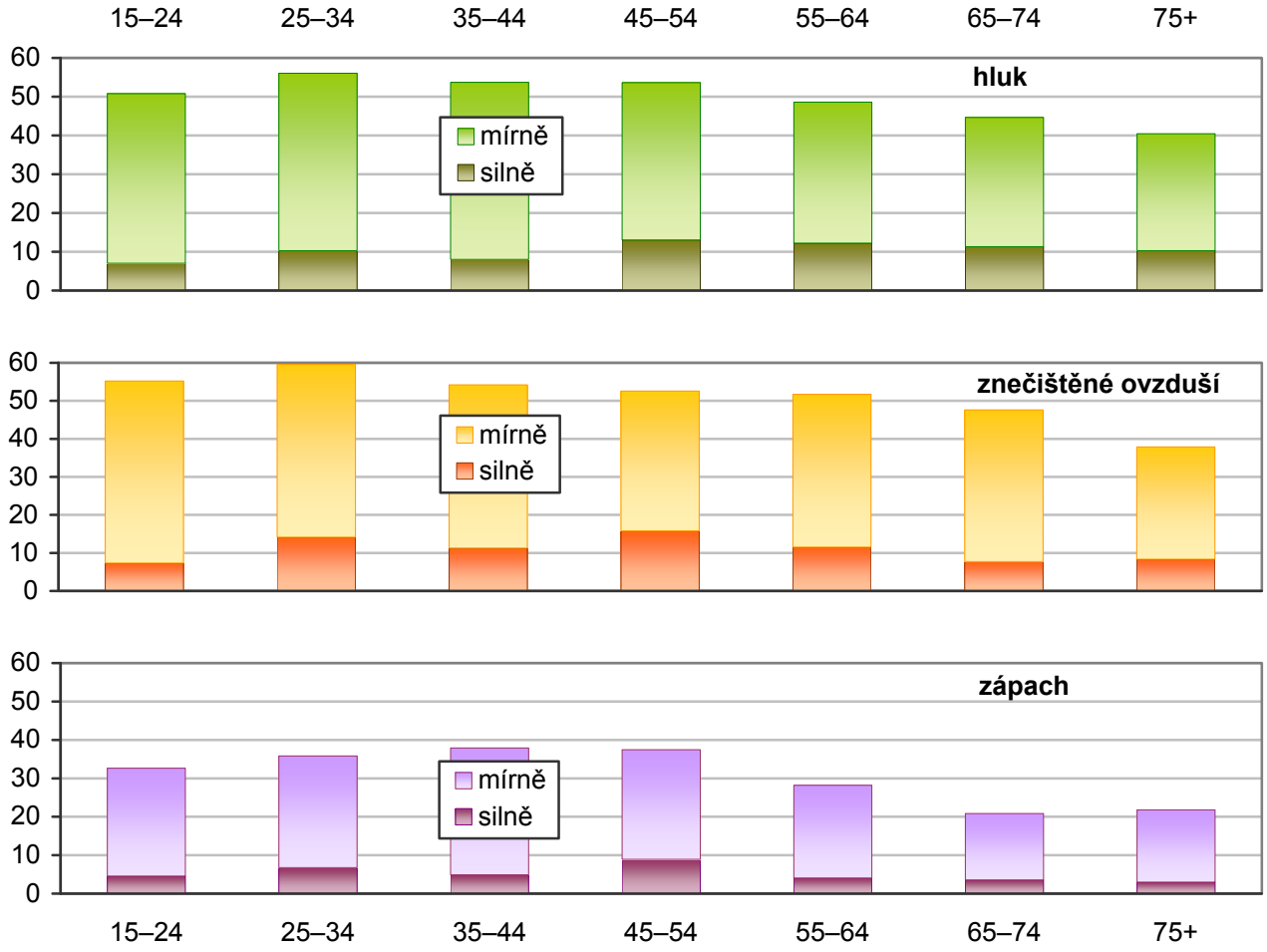
Další otázka se týkala míry znečištění ovzduší, jak ji respondenti vnímají v okolí svého bydliště. Znečištění se týkalo jemného prachu, nečistot, výfukových plynů, ozónu. Celkem 11,4 % respondentů (10,3 % mužů a 12,5 % žen) uvedlo, že bylo za posledních 12 měsíců silně vystaveno znečištěnému ovzduší. Mírné vystavení znečištěnému ovzduší bylo zjištěno u 41,7 % respondentů (42,2 % mužů a 41,2 % žen). Zbylých 46,9 % respondentů nebylo vystaveno znečištěnému ovzduší vůbec (muži 47,5 %, ženy 46,2 %). Rozdíl mezi pohlavími celkově není statisticky významný ani po věkové standardizaci, dokonce v žádné z věkových skupin nemá jedno pohlaví převahu nad druhým.

Z hlediska věku opět pozorujeme vyšší míru vystavení znečištěnému ovzduší do věku 45 let, pro respondenty mladší 45 let je pravděpodobnost vystavení znečištěnému ovzduší o 1/3 vyšší než pro respondenty starší 44 let. Odděleně pro muže nevychází věkový rozdíl signifikantní. U žen je rozdíl výraznější, a to s pravděpodobností vystavení znečištěnému ovzduší o 50 % vyšší u žen mladších 45 let. Častější vystavení znečištěnému ovzduší u mladých žen může být ovlivněno i tím, že se jedná většinou o matky malých dětí, které jsou ve vnímání životního prostředí citlivější.

Rozdíl z hlediska věku obecně může být způsoben také tím, že mladší respondenti bydlí častěji ve městech, kde může být objektivně zjištěna vyšší míra znečištění. Naproti tomu starší osoby častěji žijí ve venkovských oblastech, kde je obvykle ovzduší znečištěné méně. Rozdíl mezi věkovými kategoriemi je však patrný i po zohlednění faktoru bydliště.

Souvislost míry vystavení znečištěnému ovzduší s velikostní kategorií obce je dále testována a vliv věku respondentů je také při těchto testech kontrolován. Tento fakt ovšem nemusí vysvětlovat všechnu variabilitu mezi dvěma vytyčenými věkovými skupinami. Určitou roli hraje i vnímání znečištění, kdy mladší respondenti mívají na kvalitu ovzduší i životního prostředí celkově obvykle vyšší nároky.

Graf 7.22: Podíl respondentů vystavených nepříjemným okolnostem doma a v okolí bydliště podle věku (v %)



Zápach

Poslední ze tří otázek zjišťujících kvalitu fyzického prostředí v okolí bydliště se týkala vystavení zápachu z průmyslu, zemědělství, kanalizace a odpadů. Celkem 5,4 % respondentů bylo za posledních 12 měsíců vystaveno zápachu silně (muži 5,7 %, ženy 5,3 %). Dalších 26,9 % respondentů bylo zápachu vystaveno mírně (25,9 % mužů a 27,8 % žen). Nakonec 67,7 % respondentů nebylo zápachu vystaveno vůbec (68,5 % mužů a 66,9 % žen). Nejvyšší míra vystavení zápachu je u žen zaznamenávána ve věku 15–54 let, u mužů ve věku 25–54 let. Ze všech tří otázek sledujících fyzické prostředí byla míra vystavení zápachu nejnižší.

Rozdíly mezi pohlavími celkově se neprojevily jako statisticky významné ani po věkové standardizaci. Pouze ve věkové kategorii 15–24 let byl nalezen statisticky významný rozdíl ve vystavení zápachu mezi pohlavími, pro ženy v této věkové kategorii je pravděpodobnost vystavení zápachu o 2/3 vyšší než pro muže.

Z hlediska věku pozorujeme vyšší podíl respondentů vystavených zápachu ve věku 15–54 let - pravděpodobnost vystavení zápachu je pro tyto respondenty přibližně o 2/3 vyšší než pro respondenty starší 54 let. Rozdíl je výraznější u žen (pravděpodobnost vystavení zápachu je pro ženy mladší 55 let 1,8krát vyšší než pro ženy ve věku 55 let a starší), u mužů mladších 55 let je pravděpodobnost vystavení zápachu přibližně 1,6krát vyšší než pro muže starší 54 let. Rozdíl si opět vysvětlujeme vyššími nároky mladších osob na kvalitu fyzického prostředí v okolí bydliště a částečně jejich vyšší citlivostí k vnímání zápachu. Pokud zakomponujeme do analýzy rozdílů také velikostní kategorii obce, pak i tehdy jsou mladší respondenti vystaveni zápachu více.

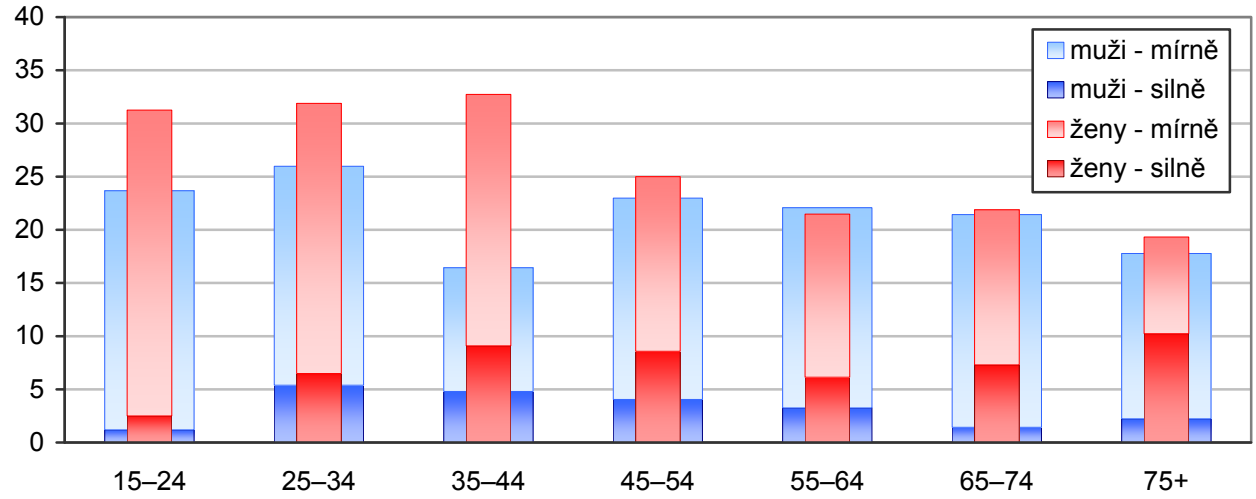
Kriminalita, násilí, vandalismus

Vedle charakteristik fyzického prostředí byla zařazena i otázka na kriminalitu. Otázka zjišťující kriminalitu byla respondentům podávána v tomto konkrétním znění: „Pokud vezmete v úvahu posledních 12 měsíců, jak moc jste byl(a) vystaven(a) kriminalitě, násilí nebo vandalismu u vás doma nebo v okolí vašeho bydliště?“ Respondenti hodnotili vystavení těmto nepříjemnostem opět na tříbodové škále (vystaven: silně, mírně, vůbec ne).

Celkem 5,2 % respondentů (3,5 % mužů a 6,9 % žen) uvedlo, že za posledních 12 měsíců bylo doma či v okolí bydliště silně vystaveno kriminalitě, násilí nebo vandalismu. Dalších 19,5 % respondentů uvedlo (18,7 % mužů a 20,3 % žen), že zmíněným nepříjemnostem bylo vystaveno mírně. Zmíněné problémy se vůbec netýkají 75,3 % respondentů (77,8 % mužů a 72,8 % žen).

Rozdíl mezi pohlavími je statisticky významný, pravděpodobnost vystavení kriminalitě je přibližně o 1/4 vyšší u žen než u mužů. Rozdíl mezi pohlavími je zřejmý zejména v nižších věkových skupinách, nejvyšší je ve věkové kategorii 35–44 let. Zde ženy vnímají kriminalitu dokonce 2,4krát častěji než muži.

Graf 7.23: Podíl respondentů vystavených v okolí bydliště kriminalitě, násilí a vandalismu podle věku a pohlaví (v %)



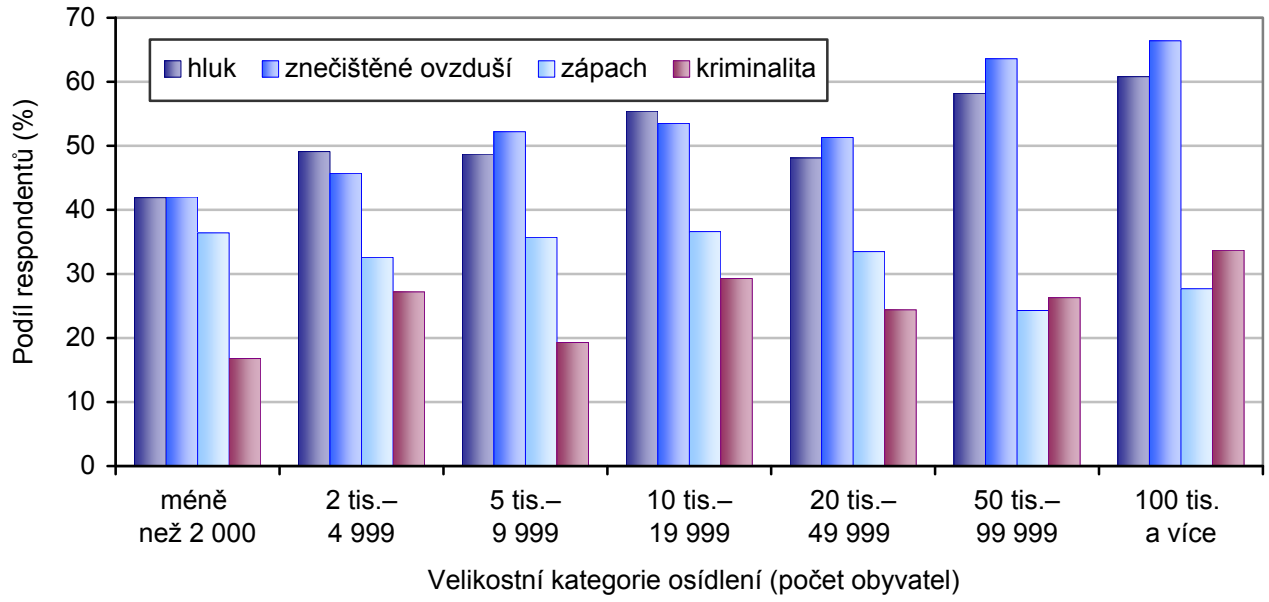
Z hlediska věku je pravděpodobnost vystavení kriminalitě celkově pro obě pohlaví pro respondenty mladší 45 let přibližně o 1/3 vyšší než pro respondenty starší 44 let. U mužů je nejvyšší podíl respondentů vystavených kriminalitě ve věkové skupině 25–34 let, rozdíly mezi věkovými kategoriemi mužů však nejsou statisticky významné. U žen je vyšší podíl vystavených kriminalitě do věku 45 let, pravděpodobnost vystavení kriminalitě je pro tyto ženy přibližně o 2/3 vyšší než pro ženy ve věku 45 let a starší. Rozdíly mezi věkovými skupinami jsou významné i při uvažování velikostní kategorie obce, kde respondent bydlí. Jedním z možných vysvětlení rozdílů může být také vnímání kriminality doma či v okolí bydliště. Předpokládáme, že tato skutečnost může hrát významnou roli zejména v případě mladších žen.

Vliv velikostní kategorie osídlení na životní prostředí v okolí bydliště

Závěrem tohoto oddílu následuje zhodnocení vlivu velikostní kategorie osídlení na jednotlivé složky fyzického prostředí v okolí bydliště respondentů (graf 7.24). Testujeme vždy rozdíl mezi kategoriemi vystaven „silně + mírně“ vůči kategorii „vůbec ne“. Při testování logistickou regresí kontrolujeme pokaždé vliv věkových skupin a pohlaví.

Z hlediska míry vystavení hluku a znečištěnému ovzduší vcelku plynule stoupá podíl respondentů vystavených těmto dvěma složkám fyzického prostředí spolu s velikostní kategorií obce. Výjimku tvoří velikostní kategorie obcí s 20–50 tisíci obyvateli, kde je podíl respondentů vystavených hluku a znečištěnému ovzduší nižší než v kategorii menších měst s 10–20 tisíci obyvateli. Ve městech s 50 tisíci a více obyvateli je pak podíl respondentů vystavených hluku a znečištěnému ovzduší nejvyšší, respondenti žijící ve městech s více než 50 tisíci obyvateli jsou hluku vystaveni přibližně o 70 % více a znečištěnému ovzduší dokonce 2krát více než respondenti žijící v obcích nižší velikostní kategorie.

Graf 7.24: Podíl respondentů vystavených hluku, znečištěnému ovzduší, zápachu a kriminalitě z hlediska velikostní kategorie osídlení



Zápachu jsou více vystavováni respondenti žijící ve venkovských oblastech – pravděpodobnost vystavení zápachu je pro obyvatele žijící v obcích s méně než 50 tisíci obyvateli přibližně o polovinu vyšší než pro respondenty žijící ve městech s více než 50 tisíci obyvateli. Předpokládáme, že se jedná o vnímaný zápach zejména ze zemědělství. Pokud bychom chtěli ještě dále vypočítat tento rozdíl pro obyvatele žijící v nejmenších obcích - s počtem obyvatel menším než 2 000 - pak jsou tito respondenti vystaveni zápachu přibližně o 30 % častěji ve srovnání s obyvateli žijícími v obcích větší velikostní kategorie.

V případě kriminality, násilí a vandalismu nepozorujeme jednotný trend z hlediska velikostní kategorie osídlení. Nejnižší podíl respondentů vystavených kriminalitě pozorujeme v obcích s méně než 2 000 obyvateli. Vůči této skupině respondentů uváděli respondenti žijící v obcích s více než 2 000 obyvateli vystavení kriminalitě, násilí a vandalismu přibližně 2krát častěji. Naopak nejvyšší podíl respondentů vystavených kriminalitě je v největších městech (s více než 100 tisíci obyvateli), pravděpodobnost vystavení kriminalitě je pro tyto respondenty přibližně o 10 % vyšší než pro respondenty žijící v ostatních velikostních kategoriích obcí. V tomto případě však hraje determinující roli geografické umístění lokality, v níž je situace hodnocena. Analýza ukázala, že nejvíce jsou respondenti vystaveni kriminalitě v krajích Hl.m.Praha, Středočeský a Liberecký, naopak nejméně v krajích Vysočina, Liberecký a Královéhradecký.

Nepříjemnosti na pracovišti

Otázky zjišťující nepříjemnosti na pracovišti byly respondentům pokládány v tomto znění: „Jak moc jste na vašem pracovišti vystaven(a) následujícím okolnostem?“ Respondenti u každé položky vybírali opět ze tři možností odpovědí: „silně“, „mírně“ a „vůbec ne“.

Vzhledem k tomu, že se tento oddíl týká nepříjemností na pracovišti, analyzujeme v této části data jen za zaměstnané osoby.

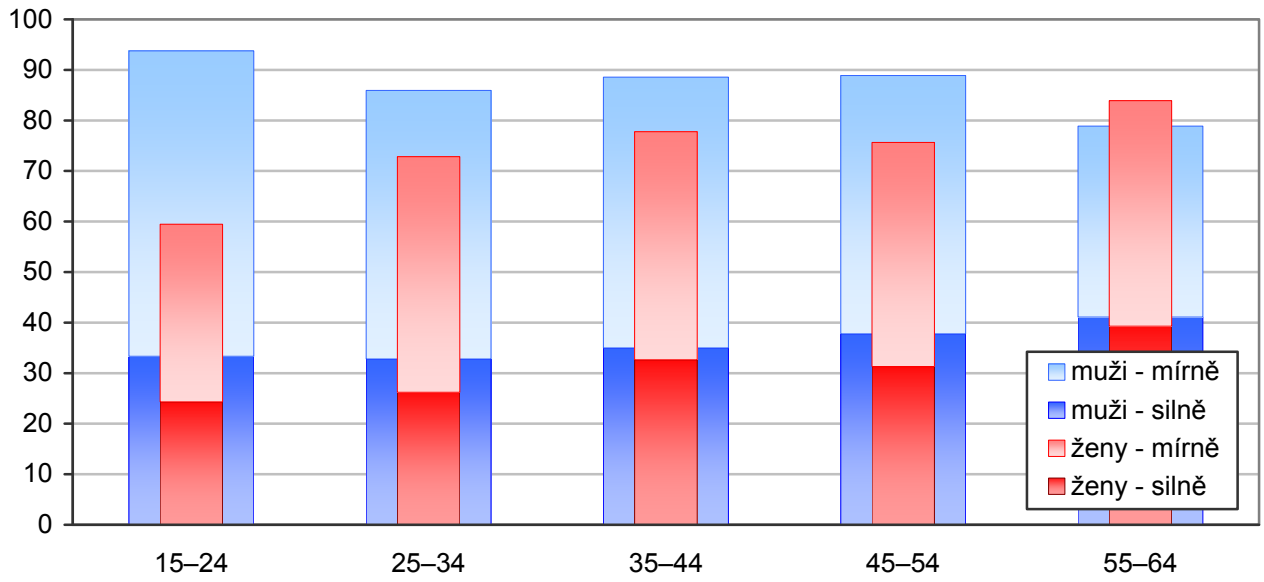
Z uvedených kategorií typů nepříjemností respondenti nejčastěji uváděli vystavení následujícím nepříjemnostem: „časová tíseň, nadměrné pracovní zatížení“ (vystaveno 60 % respondentů), dále potom „riziko úrazu“ (vystaveno 50 % respondentů) a „hluk, vibrace“ (vystaveno 43 % respondentů). Výjimkou však nebylo ani vystavení takovým podmínkám, jako je např. „sexuální obtěžování, psychologický nátlak“ (vystaveno 7,5 % respondentů) nebo „diskriminace“ (vystaveno 6,6 % respondentů).

Tab. 7.18: Rozdělení zaměstnaných respondentů podle míry vystavení jednotlivým typům nepříjemností na pracovišti (v %)

Nepříjemnosti na pracovišti	Obě pohlaví (N=1 044)			Muži (N=594)			Ženy (N=450)		
	silně	mírně	vůbec ne	silně	mírně	vůbec ne	silně	mírně	vůbec ne
Sexuální obtěžování, psychologický nátlak	1,5	5,9	92,6	0,8	6,6	92,6	2,5	4,9	92,6
Diskriminace	0,9	5,7	93,4	0,7	4,6	94,7	1,0	7,2	91,8
Násilí nebo vyhrožování násilím	0,8	1,8	97,3	0,9	2,2	96,9	0,7	1,4	97,9
Časová tíseň, nadměrné pracovní zatížení	15,1	45,7	39,2	15,2	49,6	35,2	15,0	40,4	44,6
Chemikálie, prach, zplodiny, kouř, plyny	9,7	27,1	63,2	12,1	31,6	56,3	6,5	21,3	72,2
Hluk, vibrace	14,4	28,2	57,4	18,0	33,2	48,8	9,6	21,7	68,7
Práce v nepřirozené poloze, přenášení těžkých věcí apod.	9,3	26,0	64,7	10,9	32,4	56,7	7,2	17,6	75,3
Riziko úrazu	14,0	36,1	49,9	19,5	40,8	39,8	6,7	30,0	63,3
Alespoň jedna	33,5	48,0	18,4	35,5	51,0	13,5	30,7	44,1	25,2

Celkově jsou nepříjemnostem na pracovišti více vystavováni muži než ženy, alespoň jednu nepříjemnost uvedlo celkem 87 % mužů a 75 % žen. Rozdíl mezi oběma pohlavími byl potvrzen jako statisticky významný i po věkové standardizaci. Nejvýraznější rozdíl zaznamenáváme ve věkové skupině 15–24 let.

Graf 7.25: Podíl respondentů, kteří jsou vystaveni alespoň jedné nepříjemnosti na pracovišti, podle věku a pohlaví (v %)



Pokud sledujeme jednotlivé typy nepříjemností, zjišťujeme, že zatímco silné vystavení časové tísni a nadměrnému pracovnímu zatížení je u obou pohlaví zhruba stejně časté, v případě chemikálií, prachu, zplodin, kouře a plynu potom je pravděpodobnost vystavení přibližně 2krát vyšší pro muže než pro ženy. U hluku a vibrací, stejně tak jako u práce v nepřirozené poloze a přenášení těžkých věcí je pravděpodobnost vystavení 2,3krát vyšší pro muže než pro ženy. Riziko úrazu na pracovišti je u mužů dokonce 2,6krát vyšší než u žen.

Vzhledem k relativně nižším četnostem výskytu sexuálního obtěžování, diskriminace a násilí na pracovišti prezentujeme údaje za věkové skupiny pouze za ostatní vybrané typy nepříjemností (viz tab.7.19). Žádný jednoznačný věkový profil však nebyl potvrzen jako statisticky významný.

Tab. 7.19: Podíl respondentů, kteří jsou vystaveni jednotlivým typům nepříjemností na pracovišti podle věku a pohlaví (v %)

Věk	Nepříjemnost									
	nadměrné zatížení		chemikálie, prach		hluk, vibrace		nepřirozená poloha		riziko úrazu	
	silně	mírně	silně	mírně	silně	mírně	silně	mírně	silně	mírně
	Muži									
15–24	10,4	56,3	10,9	41,3	18,4	26,5	10,2	44,9	24,5	44,9
25–34	17,7	55,2	11,9	32,6	19,6	31,2	11,4	34,7	18,8	35,6
35–44	15,1	48,9	10,9	33,6	16,7	34,8	9,3	33,6	18,7	50,4
45–54	16,2	47,8	11,9	32,1	17,2	41,0	11,9	30,6	21,1	41,4
55–64	12,1	39,6	14,6	22,5	18,9	26,7	11,0	23,1	17,6	34,1
Celkem	15,3	49,8	12,0	31,9	18,2	33,2	10,9	32,6	19,6	40,8
	Ženy									
15–24	7,9	34,2	0,0	10,8	10,5	7,9	2,7	8,1	8,1	21,6
25–34	9,6	50,0	6,8	27,2	9,6	24,0	5,8	16,3	5,8	27,2
35–44	19,9	33,3	4,9	23,8	11,2	21,0	7,7	21,0	4,9	36,4
45–54	15,7	39,1	10,4	12,2	8,8	22,8	8,7	20,9	8,0	31,9
55–64	18,2	50,9	7,0	31,6	8,9	26,8	8,8	12,3	10,5	22,8
Celkem	15,2	40,8	6,6	21,5	9,9	21,8	7,2	17,8	6,8	30,2

7.8. Sociální prostředí

Otázky zjišťující kvalitu sociálního zázemí byly v šetření celkem tři. Nově byla v šetření EHIS 2008 zařazena otázka zjišťující počet osob, jenž jsou respondentovi tak blízké, že s nimi může počítat v případě vážných osobních problémů. Další dvě otázky se týkají intenzity a kvality sociálních kontaktů v posledních 2 týdnech.

Počet blízkých osob

Otázka zjišťující počet blízkých osob byla respondentům pokládána v následujícím znění: „Kolik osob je vám tak blízkých, že s nimi můžete počítat v případě vážných osobních problémů?“ Možnosti odpovědí byly celkem čtyři, viz tab. 7.20.

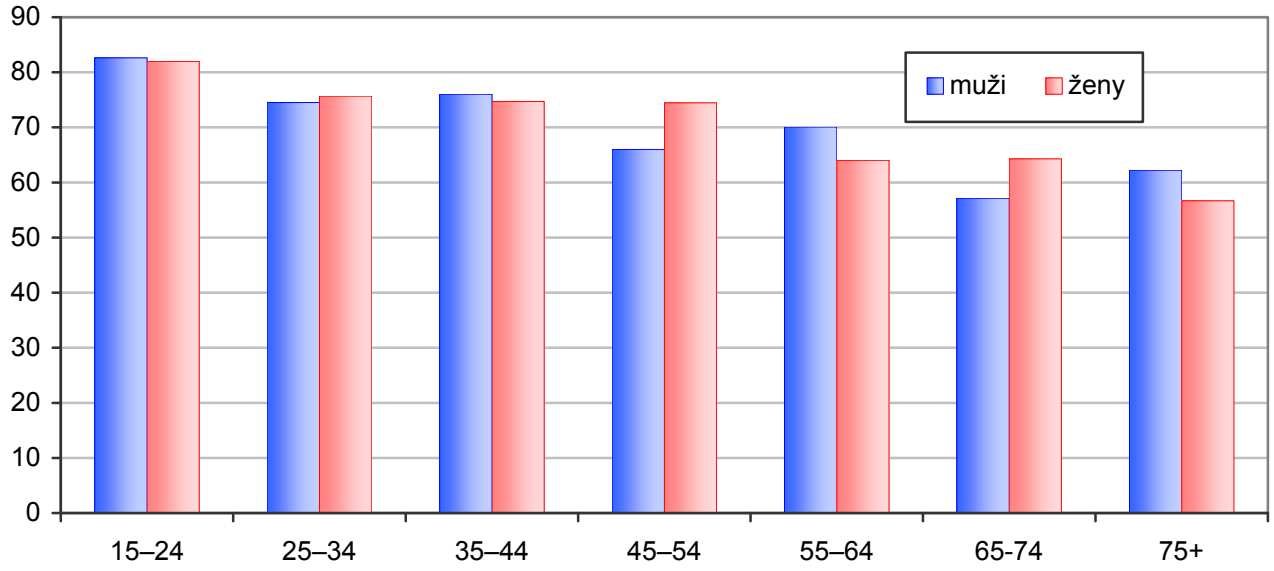
Tab. 7.20: Respondenti podle počtu blízkých osob, pohlaví a věku (v %)

Věk	Počet blízkých osob							
	nikdo	1–2	3–5	5 a více	nikdo	1–2	3–5	5 a více
	Muži				**Ženy**			
15–24	0,6	16,8	43,1	39,5	0,0	18,0	53,4	28,6
25–34	1,5	24,0	50,5	24,0	1,1	23,2	45,4	30,3
35–44	0,7	23,3	49,3	26,7	0,0	25,3	47,6	27,1
45–54	2,7	31,3	42,0	24,0	0,0	25,5	46,1	28,4
55–64	1,3	28,7	51,6	18,5	1,8	34,1	40,9	23,2
65–74	4,3	38,6	28,6	28,6	2,0	33,7	36,7	27,6
75+	0,0	37,8	44,4	17,8	0,0	43,3	43,3	13,3
Celkem	1,5	26,3	45,9	26,3	0,7	27,7	45,4	26,3

Celkově 26,3 % respondentů může v případě vážných osobních problémů počítat s pomocí více než 5 osob. S pomocí 3–5 blízkých osob může počítat dalších 45,7 % respondentů. Jedna či dvě osoby jsou k dispozici 26,9 % respondentům. Bohužel s pomocí blízkých osob nemůže v případě vážných osobních problémů počítat 1,1 % respondentů. Tyto podíly jsou v zásadě stejné pro obě pohlaví. Statistickým testováním byly zjišťovány rozdíly mezi pohlavími celkem a dále také v rámci jednotlivých věkových skupin. Testujeme metodou binární logistické regrese rozdíly mezi skupinou respondentů s 0–2 blízkými osobami a se 3 a více blízkými osobami. Rozdíly mezi pohlavími nebyly potvrzeny jako statisticky významné ani celkově, ani v žádné věkové skupině.

Zajímavější jsou rozdíly podle věku. Pravděpodobnost, že osoby mladší 55 let budou mít v případě vážných osobních problémů k dispozici alespoň 3 blízké osoby je o 80 % vyšší než u osob starších 54 let. Pro ženy mladší 55 let je tato pravděpodobnost ještě výraznější, přibližně 2krát vyšší. U mužů je pravděpodobnost vyššího počtu blízkých osob pro respondenty mladší 55 let přibližně o 50 % vyšší než pro respondenty starší 54 let.

Graf 7.26: Podíl respondentů, kteří mají 3 a více blízkých osob, podle pohlaví a věku (v %)



Intenzita sociálních kontaktů

Intenzita sociálních kontaktů byla v šetření sledována otázkou: „Jak často jste byl(a) v kontaktu s vašimi příbuznými, přáteli, apod. během posledních 2 týdnů?“. Respondenti vybírali z odpovědí: „stále“, „většinou“, „někdy“, „málokdy“ a „nikdy“.

Tab. 7.21: Respondenti podle intenzity sociálních kontaktů, věku a pohlaví (v %)

Věk	Jak často byli respondenti v kontaktu s přáteli a příbuznými (v posledních 2 týdnech)									
	stále	většinou	někdy	málokdy	nikdy	stále	většinou	někdy	málokdy	nikdy
	Muži					**Ženy**				
15–24	58,9	33,9	4,8	1,8	0,6	55,3	34,2	5,6	5,0	0,0
25–34	38,0	40,5	14,6	6,8	0,0	48,6	43,8	3,8	3,8	0,0
35–44	53,7	33,6	10,1	2,0	0,7	40,7	31,7	19,2	7,2	1,2
45–54	43,0	31,8	15,9	6,6	2,6	46,1	44,7	8,5	0,7	0,0
55–64	41,3	36,8	14,8	5,8	1,3	55,6	29,6	11,7	2,5	0,6
65–74	46,4	37,7	7,2	5,8	2,9	43,9	41,8	11,2	3,1	0,0
75+	52,2	21,7	17,4	4,3	4,3	58,4	30,3	7,9	3,4	0,0
Celkem	46,9	35,1	12,0	4,8	1,3	49,6	36,7	9,7	3,8	0,3

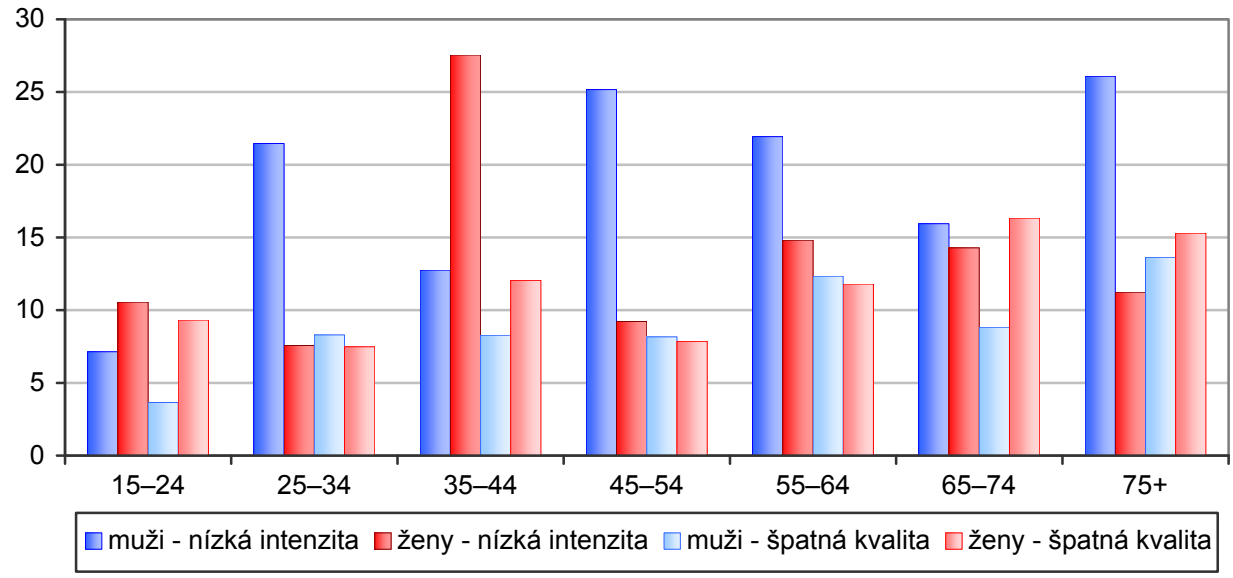
Celkově 48,2 % respondentů (47 % mužů a 49,6 % žen) uvedlo, že v posledních 2 týdnech bylo se svými příbuznými a přáteli v kontaktu stále. Dalších 35,9 % osob (35,1 % mužů a 36,7 % žen) zvolilo odpověď „většinou“. Se svými blízkými bylo v posledních 2 týdnech v kontaktu „někdy“ 10,8 % respondentů a „málokdy“ 4,3 %

respondentů. Pouze 0,8 % respondentů, tj. 15 osob, nebylo s blízkými za posledních 14 dní v kontaktu nikdy.

Na první pohled se může zdát intenzita sociálních kontaktů vyšší u žen, nicméně pro potvrzení této domněnky je nutné provést statistický test. Testování proběhlo metodou binární logistické regrese. Rozdíly jsou sledovány mezi nově vytvořenými kategoriemi odpovědí „stále + většinou“ a „někdy + málokdy + nikdy“. Tyto dvě nově vytvořené kategorie následně nazýváme jako vysokou a nízkou intenzitu sociálních kontaktů, nízkou intenzitu sociálních kontaktů pozorujeme u 18 % mužů a necelých 14 % žen.

Rozdíly mezi pohlavími byly zjištěny jako statisticky významné. Pravděpodobnost vysoké intenzity sociálních kontaktů je celkově 1,4krát vyšší u žen než u mužů. Ve věkových kategoriích 25–34 let a 45–54 let je intenzita sociálních kontaktů žen 3krát častěji vysoká než mužů. Naopak ve věkové kategorii 35–44 let je intenzita sociálních kontaktů 2,5krát častěji vysoká u mužů než u žen.

Graf 7.27: Respondenti s nízkou intenzitou a špatnou kvalitou sociálních kontaktů podle věku a pohlaví (v %)



Rozdíly mezi věkovými kategoriemi nebyly prokázány jako statisticky významné.

Kvalita sociálních kontaktů

V dotazníku EHIS otázka zjišťující kvalitu sociálních kontaktů přímo navazuje na otázku zjišťující intenzitu sociálních kontaktů. Kvalitu sociálních kontaktů hodnotíme na základě otázky: „Jak byste hodnotil (a) tyto vaše sociální kontakty v posledních 2 týdnech?“ Respondenti opět odpovídali na pětibodové stupnici a tím tak označili své sociální kontakty jako: „velmi dobré“, „dobré“, „uspokojivé“, „špatné“, či „velmi špatné“.

Tab. 7.22: Respondenti podle kvality sociálních kontaktů v posledních 2 týdnech (v %)

Věk	Jak respondenti hodnotí kvalitu kontaktů v posledních 2 týdnech									
	velmi dobré	dobré	uspo-kojivé	špatné	velmi špatné	velmi dobré	dobré	uspo-kojivé	špatné	velmi špatné
	Muži					**Ženy**				
15–24	59,1	37,2	2,4	0,6	0,6	56,5	34,2	7,5	1,9	0,0
25–34	46,3	45,4	5,9	2,0	0,5	58,3	34,2	7,0	0,5	0,0
35–44	53,8	37,9	7,6	0,7	0,0	56,0	31,9	10,2	0,6	1,2
45–54	47,6	44,2	6,8	0,7	0,7	50,7	41,4	7,1	0,0	0,7
55–64	43,5	44,2	10,4	1,3	0,6	49,7	38,5	10,6	1,2	0,0
65–74	55,9	35,3	8,8	0,0	0,0	59,2	24,5	14,3	2,0	0,0
75+	47,7	38,6	13,6	0,0	0,0	55,3	29,4	14,1	1,2	0,0
Celkem	50,3	41,3	7,0	1,0	0,4	55,0	34,2	9,5	1,0	0,3

Celkem 52,7 % respondentů označilo své sociální kontakty jako velmi dobré (46,9 % mužů a 55,1 % žen). Dalších 37,6 % respondentů hodnotí kvalitu svých sociálních kontaktů jako dobrou (41,2 % mužů, 34,2 % žen). Celkem 8,3 % respondentů se vyjádřilo o svých sociálních kontaktech jako o uspokojivých. Další 1 % respondentů hodnotilo své sociální kontakty jako špatné, a 0,3 % (tj. 6 osob) jako velmi špatné.

Testování proběhlo metodou binární logistické regrese. Rozdíly jsou sledovány mezi odpověďmi „velmi dobré + dobré“ a „uspokojivé + špatné + velmi špatné“. První nově vytvořená kategorie kvality sociálních kontaktů je pak dále v textu označována jako „dobré sociální kontakty“, druhá jako „špatné sociální kontakty“. Špatné sociální kontakty uvedlo celkem 8,4 % mužů a 10,8 % žen.

Rozdíly mezi pohlavími nebyly prokázány jako statisticky významné ani celkově, ani u žádné z věkových skupin. Z hlediska věku byly rozdíly ve vytvořených kategoriích „dobrých“ a „špatných“ sociálních kontaktů zpozorovány mezi věkovými skupinami mladších 55 let a starších 54 let. Pravděpodobnost dobrých sociálních kontaktů je u respondentů mladších 55 let přibližně o 3/4 vyšší než u respondentů starších 54 let, s věkem roste podíl osob hodnotících své sociální kontakty jako špatné (viz graf 7.27).

7.9. Kvalita života

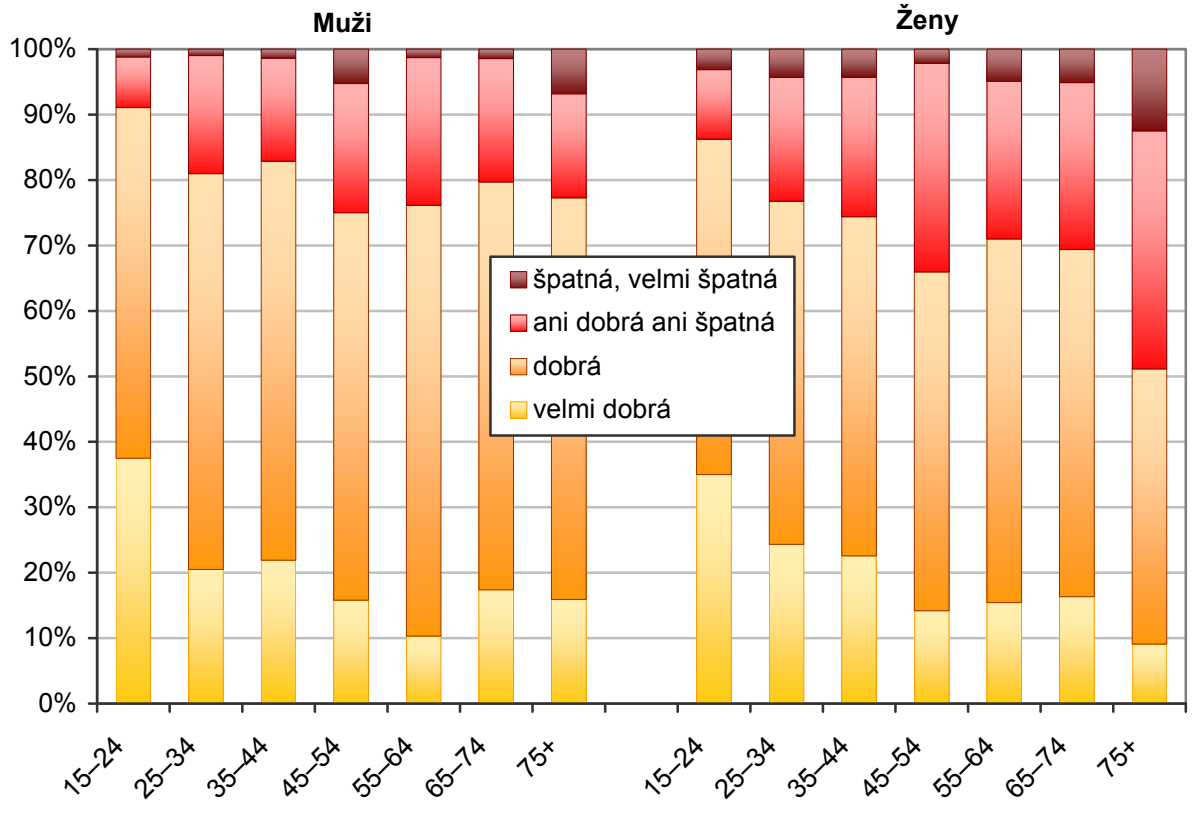
Shrnutí všech položek by mělo zahrnovat respondentovo hodnocení kvality života. Respondentům byla položena otázka „Jak byste ohodnotil kvalitu svého života ?“, přičemž mohl uvést jednu z odpovědí 5 bodové škály velmi dobrá, dobrá, ani dobrá ani špatná, špatná, velmi špatná. Podle pokynů zhodnocení kvality života představuje celkové zhodnocení spokojenosti se sebou samým a s životem jedince ze všech hledisek, jako jsou např. životní podmínky a prostředí, ve kterém žije, práce, volný čas, vykonávání každodenních aktivit, zdravotní stav, finanční a ekonomická situace, rodinné a sociální zázemí, osobní vztahy atd.

Tab. 7.23: Respondenti podle hodnocení kvality života, věku a pohlaví (v %)

Věk	Kvalita života							
	velmi dobrá	dobrá	ani dobrá ani špatná	špatná, velmi špatná	velmi dobrá	dobrá	ani dobrá ani špatná	špatná, velmi špatná
	Muži				**Ženy**			
15–24	37,5	53,6	7,7	1,2	35,0	51,3	10,6	3,1
25–34	20,5	60,5	18,0	1,0	24,3	52,4	18,9	4,3
35–44	21,9	61,0	15,8	1,4	22,6	51,8	21,3	4,3
45–54	15,8	59,2	19,7	5,3	14,2	51,8	31,9	2,1
55–64	10,3	65,8	22,6	1,3	15,4	55,6	24,1	4,9
65–74	17,4	62,3	18,8	1,4	16,3	53,1	25,5	5,1
75+	15,9	61,4	15,9	6,8	9,1	42,0	36,4	12,5
Celkem	20,9	60,2	16,8	2,1	20,7	51,7	22,8	4,7

Zhruba tři čtvrtiny respondentů hodnotí kvalitu života jako dobrou či velmi dobrou, u mužů byl tento podíl vyšší (81 %) než u žen (72 %). Jako velmi špatnou vnímá kvalitu života jen nepatrné procento respondentů (0,3 %), proto jsme tuto kategorii sloučili s kategorií špatné kvality života. Tu uvedla 2 % mužů a 5 % žen. Ženy hodnotí kvalitu svého života hůře než muži, a to i po odstranění vlivu věkové struktury.

Graf 7.28: Hodnocení kvality života podle věku a pohlaví



Rovněž je zřejmé, že s věkem se kvalita života snižuje, klesá zastoupení osob s dobrou a velmi dobrou kvalitou života, a to zejména u žen. Zatímco v nejnižší věkové skupině pozorujeme zhruba 86 % žen s velmi dobrou nebo dobrou kvalitou života, ve věkové skupině 75 let a více je to jen 51 %.

Souhrn kap. 7: Přehled základních determinant zdraví podle pohlaví a věku (vážené absolutní počty)

MUŽI								
	věková skupina							Celkem
	15–24	25–34	35–44	45–54	55–64	65–74	75+	
Celkem	168	205	149	152	159	71	46	950
BMI								
podváha	3	1	0	2	0	0	0	6
normální váha	111	88	47	40	29	14	13	342
nadváha	42	95	65	72	82	36	27	419
obezita	5	17	35	36	47	17	4	161
celkem	161	201	147	150	158	67	44	928
Konzumace ovoce								
2 a víckrát denně	37	40	31	31	28	19	9	195
1x denně	57	66	56	57	69	21	21	347
méně než 1x denně, min. 4x týdně	52	62	35	40	25	17	5	236
méně než 4x týdně, min. 1x týdně	12	24	15	16	22	8	4	101
méně než 1x týdně	9	9	11	7	12	2	5	55
nikdy	0	2	0	2	2	2	2	10
celkem	167	203	148	153	158	69	46	944
Konzumace zeleniny								
2 a víckrát denně	27	37	19	20	27	9	8	147
1x denně	68	82	44	63	57	27	14	355
méně než 1x denně, min. 4x týdně	42	38	52	38	36	20	9	235
méně než 4x týdně, min. 1x týdně	20	35	25	20	26	10	9	145
méně než 1x týdně	9	5	8	5	10	1	2	40
nikdy	3	6	1	6	3	1	4	24
celkem	169	203	149	152	159	68	46	946
Pil alkohol v posledních 12 měsících								
nikdy	22	12	8	9	14	10	9	84
1x měsíčně či méně často	50	50	29	19	30	18	13	209
2 až 4xměsíčně	60	67	45	33	24	8	10	247
2 až 3x týdně	27	44	33	36	34	7	3	184
4 až 6x týdně	6	14	19	11	15	7	2	74
každý den	2	17	15	44	41	20	9	148
celkem	167	204	149	152	158	70	46	946
Kategorie kuřáctví								
slabý	29	48	22	29	22	6	4	160
silný	9	25	33	25	27	5	0	124
příležitostný	17	19	16	7	11	1	1	72
bývalý	2	27	19	34	55	34	16	187
nikdy nekouřil	111	86	59	57	45	24	23	405
celkem	168	205	149	152	160	70	44	948

Souhrn kap. 7: Přehled základních determinant zdraví podle pohlaví a věku (vážené absolutní počty)

ŽENY								
	věková skupina							Celkem
	15–24	25–34	35–44	45–54	55–64	65–74	75+	
Celkem	161	186	166	141	162	99	91	1006
BMI								
podváha	29	18	4	1	0	1	0	53
normální váha	115	120	100	48	45	23	24	475
nadváha	12	32	36	63	69	37	37	286
obezita	6	11	26	28	47	35	20	173
celkem	162	181	166	140	161	96	81	987
Konzumace ovoce								
2 a víckrát denně	54	61	47	71	59	33	23	348
1x denně	63	75	69	44	67	41	40	399
méně než 1x denně, min. 4x týdně	27	33	34	10	19	20	12	155
méně než 4x týdně, min. 1x týdně	13	10	12	10	10	4	10	69
méně než 1x týdně	2	6	3	5	5	0	4	25
nikdy	0	0	1	0	2	1	2	6
celkem	159	185	166	140	162	99	91	1002
Konzumace zeleniny								
2 a víckrát denně	38	44	46	52	40	26	15	261
1x denně	61	73	64	54	78	38	30	398
méně než 1x denně, min. 4x týdně	33	51	38	16	22	22	19	201
méně než 4x týdně, min. 1x týdně	22	16	15	15	18	9	13	108
méně než 1x týdně	5	2	3	2	3	1	8	24
nikdy	0	0	0	1	1	1	4	7
celkem	159	186	166	140	162	97	89	999
Pila alkohol v posledních 12 měsících								
nikdy	27	28	23	31	41	29	51	230
1x měsíčně či méně často	65	84	72	46	56	34	26	383
2 až 4xměsíčně	59	49	48	37	29	22	10	254
2 až 3x týdně	5	15	15	12	19	7	1	74
4 až 6x týdně	4	10	2	8	6	2	1	33
každý den	2	0	7	6	11	6	1	33
celkem	162	186	167	140	162	100	90	1007
Kategorie kuřáctví								
slabá	23	34	33	28	21	10	2	151
silná	5	2	13	9	9	4	1	43
příležitostná	25	29	8	9	9	2	0	82
bývalá	14	19	23	23	27	18	12	136
nikdy nekouřila	94	101	90	72	96	64	76	593
celkem	161	185	167	141	162	98	91	1005

Souhrn kap. 7: Přehled základních determinant zdraví podle pohlaví a věku (vážené absolutní počty)

MUŽI								
	věková skupina							Celkem
	15–24	25–34	35–44	45–54	55–64	65–74	75+	
Užil nějakou drogu								
během posledních 30 dnů	13	15	2	0	1	0	1	32
během 1–12 měsíců	15	4	2	0	2	0	0	23
před více než 12 měsíci	31	50	22	9	9	3	0	124
nikdy	107	135	123	142	144	67	43	761
celkem	166	204	149	151	156	70	44	940
Počet blízkých osob								
nikdo	1	3	1	4	2	3	0	14
1 či 2	28	49	34	47	45	27	17	247
3 až 5	72	103	72	63	81	20	20	431
více než 5	66	49	39	36	29	20	8	247
celkem	167	204	146	150	157	70	45	939
Kvalita života								
velmi dobrá	63	42	32	24	16	12	7	196
dobrá	90	124	89	90	102	43	27	565
ani dobrá ani špatná	13	37	23	30	35	13	7	158
špatná	1	2	1	7	2	1	3	17
velmi špatná	1	0	1	1	0	0	0	3
celkem	168	205	146	152	155	69	44	939

Souhrn kap. 7: Přehled základních determinant zdraví podle pohlaví a věku (vážené absolutní počty)

ŽENY								
	věková skupina							Celkem
	15–24	25–34	35–44	45–54	55–64	65–74	75+	
Užila nějakou drogu								
během posledních 30 dnů	12	2	1	0	0	0	0	15
během 1–12 měsíců	6	9	2	5	1	1	2	26
před více než 12 měsíci	35	31	10	4	1	0	0	81
nikdy	106	141	152	132	161	98	86	876
celkem	159	183	165	141	163	99	88	998
Počet blízkých osob								
nikdo	0	2	0	0	3	2	0	7
1 či 2	29	43	42	36	56	33	39	278
3 až 5	86	84	79	65	67	36	39	456
více než 5	46	56	45	40	38	27	12	264
celkem	161	185	166	141	164	98	90	1005
Kvalita života								
velmi dobrá	56	45	37	20	25	16	8	207
dobrá	82	97	85	73	90	52	37	516
ani dobrá ani špatná	17	35	35	45	39	25	32	228
špatná	5	7	6	2	8	5	10	43
velmi špatná	0	1	1	1	0	0	1	4
celkem	160	185	164	141	162	98	88	998

8. VYBRANÉ SOCIODEMOGRAFICKÉ A EKONOMICKÉ SOUVISLOSTI

Stejně jako ostatní aspekty života jedince, tak i zdraví a zdravotní péče je spojena s celou řadou nerovností. Problematice nerovností je v současné době věnována poměrně značná pozornost, která se ještě prohloubila s nástupem ekonomické krize. Ne vždy však máme pro studium nerovností ve zdraví dostatečné informace a výběrové šetření typu HIS je jedním z nástrojů, které nám právě tento druh informací poskytuje. V této kapitole budeme analyzovat vybrané souvislosti charakteristik zdraví, využívání zdravotní péče a zdravotních determinant v souvislosti s několika proměnnými socioekonomicky diferencujícími společnost, a to rodinným stavem, vzděláním, příjmem a velikostní skupinou obce. Regionální diference zde neanalyzujeme, neboť se, stejně jako v předchozích šetřeních, výběrový vzorek prokázal jako nedostatečně reprezentativní k hodnocení regionálně diferencovaných dat. Rovněž neanalyzujeme rozdíly z hlediska ekonomické aktivity, neboť v souboru máme jen malý vzorek nezaměstnaných, velkou část ekonomicky neaktivních tvoří důchodci.

Uvedené socioekonomické aspekty je vždy navíc nutné vázat k věkově - pohlavní struktuře dané subpopulace, neboť ty se od sebe poměrně výrazně odlišují a z předchozích analýz víme, že jak věk, tak pohlaví sehrávají v případě zdraví a souvisejících aspektů velice důležitou roli. Proto jsou rozdíly mezi jednotlivými socioekonomickými skupinami analyzovány pomocí logistické regrese (binární), která zohlednění těchto charakteristik umožňuje. Navíc jsou údaje prezentovány v členění do 3 věkových skupin: 15–44 let, 45–64 let, 65 a více let. Údaje v tabulkách 8.1–8.8 prezentují vždy pro dvě srovnávané kategorie (např. kategorie rodinného stavu apod.) podíl osob s danou charakteristikou, a to v % (údaje nejsou standardizované dle věku).

Výstupem provedené logistické regrese je tzv. poměr šancí (Odds Ratio), v tabulce označen jako OR. Tento poměr určuje, kolikrát častěji se daný jev vyskytl v dané podskupině ve vztahu k podskupině referenční (ta je v tabulce ve sloupci OR označena jako 1,0). V tabulkách jsou prezentovány pouze ty výsledky, které byly statisticky významné na 5procentní hladině významnosti, pokud se ve sloupci OR vyskytuje “NSV“, nebyl rozdíl a tedy ani poměr šancí potvrzen jako statisticky významný.

8.1. Rodinný stav

Vazba mezi rodinným a zdravotním stavem je vzájemná. Zdravotní stav je na jedné straně určující pro rodinný stav, na druhé straně je jím do určité míry sám o sobě determinován. Jakým způsobem se vzájemný vliv obou faktorů uplatňuje? V literatuře nacházíme dvě základní teorie, upřesňující vazbu obou stavů.

Je to jednak teorie manželské selekce, podle níž osoby zdravé vstupují do manželství a setrvávají v něm snáze než osoby s horším zdravím, které buď do manželství nevstoupí vůbec, nebo mají vyšší pravděpodobnost, že jej ukončí rozvodem či ovdověním. Druhou teorií je koncept manželské protekce, podle nějž sezdaní lidé jsou oproti ostatním

zvýhodněni jak z hlediska ekonomického zajištění, tak z hlediska psychologické a sociální podpory a vlivem zdravějšího životního stylu.

Na základě dílčích analýz jsme v případě rodinného stavu vytvořili dvě kategorie osob, a to osoby bez partnera a osoby s partnerem, přitom do kategorie osob s partnerem jsou zahrnuty osoby, které buď uvedly, že jsou sezdané a žijící s manželem, nebo uvedly jiný rodinný stav, ale zároveň uvedly, že žijí v nesezdaném soužití.

Obecně lze říci, že osoby žijící s partnerem vykazují lepší zdraví ve srovnání s osobami bez partnera. Hodnocení však významně závisí na pohlaví a na věku respondentů.

Sledujeme-li subjektivní hodnocení zdraví, pak vidíme, že mladí muži do 45 let, kteří žijí bez partnerky, hodnotí své zdraví častěji jako dobré než stejně staří muži žijící s partnerkou. Naopak v případě chronické nemoci v průběhu posledních 12 měsíců, mladí muži žijící s partnerkou ji vykazují častěji než muži bez partnerky. U žen zaznamenáváme statisticky významné rozdíly v případě omezení v běžných aktivitách ze zdravotních důvodů, kdy ženy bez partnera vykazují častěji nějaké omezení než ženy s partnerem, a to ve všech věkových skupinách. Statisticky významný rozdíl je i v podílu žen s omezením v činnostech osobní péče a péče o domácnost.

Tab. 8.1: Charakteristiky zdraví podle partnerství (% osob, OR)

	Muži					Ženy				
	15–44	45–64	65+	celkem	OR	15–44	45–64	65+	celkem	OR
Dobré subjektivní zdraví										
s partnerem	82,5	59,5	45,1	67,0	1,0	81,2	54,7	35,1	65,3	NSV
bez partnera	93,1	58,0	44,0	83,2	1,5	82,0	51,7	25,2	60,6	NSV
Chronická nemoc v posledních 12 měsících										
s partnerem	47,1	76,1	90,0	66,0	1,6	60,6	78,5	89,2	71,1	NSV
bez partnera	30,8	75,4	91,7	43,1	1,0	54,1	67,0	93,9	67,4	NSV
Dlouhodobá nemoc, zdravotní obtíž										
s partnerem	27,9	57,6	76,4	47,9	1,5	32,4	53,7	77,8	46,2	NSV
bez partnera	18,5	51,5	75,0	28,3	1,0	31,4	48,9	80,7	48,0	NSV
Omezení v běžných aktivitách (vážné +lehčí)										
s partnerem	18,2	33,1	53,3	29,9	NSV	14,0	33,8	51,4	26,2	1,0
bez partnera	10,6	34,8	52,0	17,9	NSV	20,8	41,9	60,7	35,6	1,5
Špatné duševní zdraví (index MHI více než 50)										
s partnerem	3,0	5,7	7,0	4,8	1,0	5,5	13,2	12,9	9,3	1,0
bez partnera	1,6	14,1	28,6	5,6	1,9	11,1	23,3	17,3	15,3	2,0

Poměrně výraznou diferenciaci zaznamenáváme v případě ukazatele duševního zdraví – jak u mužů, tak u žen bez partnera máme možnost pozorovat vyšší podíl osob se „špatným“ duševním zdravím (index MHI je vyšší než 50 bodů). Statisticky významný

rozdíl pozorujeme také ve výskytu úrazů, zejména volnočasových, kdy muži bez partnerky ve věku 45–64 let vykazují výrazně vyšší počet úrazů ve srovnání s ostatními.

V literatuře se rovněž uvádí, že efekt sociální integrace v podobě partnerského soužití se odrazí ve zdravotním stavu i tím, že partneři navzájem dohlížejí na své zdraví a snáze přesvědčí partnera k vyhledání lékařské péče ať už preventivní, nebo akutní. V případě akutní péče je však nutné navíc eliminovat vliv odlišného zdravotního stavu, proto jsme do statistického testování zařadili jako kontrolní proměnnou přítomnost/nepřítomnost dlouhodobé nemoci, která je s proměnnými využívání zdravotní péče úzce provázána. Tato kontrolní proměnná vstupovala spolu s dalšími faktory (např. věk) do logistické regrese, v testovací proceduře je pak očištěn skutečný poměr šancí od vlivu této proměnné.

Statisticky významné rozdíly zaznamenáváme např. v případě podílu osob, které v posledním roce navštívily zubaře, přičemž pravděpodobnost navštívit zubaře byla u osob žijících s partnerem zhruba 1,6krát vyšší než u ostatních.

Tab. 8.2: Charakteristiky využívání zdravotní péče podle partnerství (% osob, OR)

	Muži					Ženy				
	15–44	45–64	65+	celkem	OR	15–44	45–64	65+	celkem	OR
Užívá předepsané léky										
s partnerem	29,1	59,2	84,3	50,3	1,6	50,7	70,6	76,7	61,5	NSV
bez partnera	18,9	47,0	76,0	27,9	1,0	53,7	57,0	88,5	63,6	NSV
Byl(a) u zubaře v posledních 12 měsících										
s partnerem	75,5	67,4	48,9	68,0	1,6	82,2	79,4	56,2	77,8	1,7
bez partnera	65,7	59,7	40,0	62,8	1,0	80,2	58,4	43,6	66,2	1,0
Byl(a) na měření krevního tlaku v posledních 12 měsících										
s partnerem	49,2	76,8	93,3	67,7	1,4	61,8	74,6	85,9	69,8	NSV
bez partnera	45,0	56,1	83,3	49,7	1,0	59,2	67,8	90,1	69,1	NSV
Byl(a) na měření hladiny cholesterolu v posledních 5 letech										
s partnerem	67,3	87,4	88,5	79,3	2,3	66,5	86,1	90,0	77,3	1,7
bez partnera	43,9	76,7	86,4	53,2	1,0	47,6	88,2	86,5	66,3	1,0
Byl(a) na měření glykemie v posledních 5 letech										
s partnerem	63,8	83,2	86,4	75,8	1,8	66,5	81,7	89,6	75,4	1,8
bez partnera	45,0	77,0	87,5	54,5	1,0	43,6	86,9	86,0	63,9	1,0
Byl(a) na testu na okultní krvácení někdy v životě										
s partnerem	7,4	33,9	41,6	23,7	2,2	5,7	30,0	42,3	19,5	NSV
bez partnera	2,2	20,9	28,0	7,5	1,0	2,7	31,4	27,1	14,9	NSV

Také preventivní vyšetření jsou u osob žijících v partnerském svazku častější než u ostatních, v případě krevního tlaku tento rozdíl zaznamenáváme pouze u mužů, měření krevního cholesterolu v posledních 5 letech je však u osob s partnerem až 2krát častější

než u osob bez partnera, podobně je tomu v případě měření glykémie. Také test na okultní krvácení podstoupily mnohem častěji osoby žijící v partnerství, rozdíl je patrný zejména u mužů. S využíváním zdravotnických služeb úzce souvisí také užívání léků – zejména u předepsaných léků zaznamenáváme statisticky významně vyšší podíl mužů s léky mezi osobami žijícími v partnerství.

Co se týče charakteristik životního stylu, některá zjištění jsou poněkud překvapující. Nadváhou trpí častěji osoby žijící v partnerství, a to i přesto, že vykazují vyšší fyzickou aktivitu a častější konzumaci ovoce a zeleniny. Rozdíl v podílu osob s nadváhou byl potvrzen statistickým testem u obou pohlaví, osoby žijící v partnerství vykazují nadváhu zhruba dvakrát častěji než ostatní. Rozdíl ve fyzické aktivitě zaznamenáváme zejména mezi ženami žijícími v partnerství a mimo něj, rozdíl v denní konzumaci ovoce zejména u mužů, v denní konzumaci zeleniny pak zejména u žen. Co se týče spotřeby alkoholu a kouření, statisticky významný rozdíl vykazují zejména osoby ve věku 45–64 let, kdy osoby v partnerství jsou méně často denními kuřáky a nevykazují tak často rizikovou spotřebu alkoholu.

Tab. 8.3: Rizikové faktory spojené se životním stylem podle partnerství (% osob, OR)

	Muži					Ženy				
	15–44	45–64	65+	celkem	OR	15–44	45–64	65+	celkem	OR
Nadváha										
s partnerem	59,3	78,2	71,4	69,1	1,8	30,1	71,2	72,6	51,1	1,9
bez partnera	41,1	68,1	79,2	48,6	1,0	15,7	60,2	65,2	38,0	1,0
Nízká fyzická aktivita										
s partnerem	23,4	37,2	55,8	33,8	1,0	37,6	47,0	58,2	43,8	1,0
bez partnera	27,2	48,3	69,6	34,1	1,4	56,5	49,4	75,0	59,7	1,8
Ovoce ne denně										
s partnerem	42,3	38,7	31,9	39,1	1,0	28,4	18,2	20,3	23,5	NSV
bez partnera	47,3	48,5	68,0	48,9	1,5	27,5	26,1	32,2	28,5	NSV
Zelenina ne denně										
s partnerem	49,2	46,5	45,1	47,4	NSV	33,7	22,0	33,8	29,3	1,0
bez partnera	45,1	47,1	64,0	46,7	NSV	39,7	36,4	47,0	41,0	1,5
Riziková konzumace alkoholu										
s partnerem	21,1	25,1	12,1	21,4	NSV	7,4	7,9	1,4	6,8	NSV
bez partnera	22,5	36,2	12,0	24,4	NSV	8,7	12,5	0,9	7,4	NSV
Kouří denně										
s partnerem	35,5	29,3	15,6	29,8	NSV	22,3	18,2	9,5	19,1	NSV
bez partnera	28,3	45,6	8,0	30,1	NSV	20,5	32,6	8,7	19,9	NSV

8.2. Vzdělání

Podobně jako tomu bylo u rodinného stavu, tak i v případě vzdělání na sebe obě složky – zdravotní stav i vzdělání vzájemně působí a můžeme zde identifikovat jak vliv vzdělání na zdraví, tak vliv zdraví na vzdělání (např. omezení ze zdravotních důvodů může bránit dosažení vyššího stupně vzdělání). Pro analýzu rozdílů z hlediska vzdělání jsme na základě dílčích analýz vytvořili dvě vzdělanostní skupiny osob bez maturity a s maturitou. Členění na více vzdělanostních skupin bohužel malá velikost souboru neumožňuje.

Pokud sledujeme subjektivně hodnocené zdraví ve vazbě na dosažené vzdělání, vidíme velice výrazné rozdíly jak u mužů, tak u žen. Osoby s maturitou a vyšším vzděláním hodnotily své zdraví až 2krát častěji jako dobré než osoby bez maturity. Osoby bez maturity naopak vykazovaly zhruba 1,4krát častěji dlouhodobou nemoc a 1,5krát častěji omezení běžných aktivit ze zdravotních důvodů.

Tab. 8.4: Charakteristiky zdravotního stavu podle vzdělání (% osob, OR)

	Muži					Ženy				
	15–44	45–64	65+	celkem	OR	15–44	45–64	65+	celkem	OR
Dobré subjektivní zdraví										
bez maturity	84,4	50,3	42,2	67,1	1,0	79,0	41,4	25,6	53,2	1,0
s maturitou	91,4	70,5	50,0	80,3	2,0	83,4	68,5	36,7	73,7	1,9
Dlouhodobá nemoc										
bez maturity	26,1	60,5	79,7	45,0	1,5	34,8	58,6	81,3	54,3	1,4
s maturitou	20,0	51,9	68,6	35,3	1,0	29,6	46,5	78,0	40,1	1,0
Omezení v běžných aktivitách (vážné + lehčí)										
bez maturity	18,8	38,0	50,0	29,4	1,6	18,8	40,9	60,2	36,5	1,4
s maturitou	9,5	28,0	54,9	20,5	1,0	16,0	30,1	50,0	24,0	1,0
Špatné duševní zdraví (index MHI vyšší než 50)										
bez maturity	2,9	10,0	10,2	6,3	NSV	9,8	22,5	19,3	16,4	2,3
s maturitou	1,7	4,0	10,4	3,4	NSV	6,8	8,0	7,1	7,1	1,0
Špatné duševní zdraví (index VITAL vyšší než 50)										
bez maturity	9,8	22,2	28,6	16,6	2,2	20,9	33,5	41,9	30,4	1,8
s maturitou	4,9	11,0	16,0	8,1	1,0	14,0	18,0	28,1	16,7	1,0
Omezení soběstačnosti (osobní péče, péče o domácnost)										
bez maturity	2,8	19,0	37,1	12,9	2,4	4,4	18,5	56,0	22,2	1,6
s maturitou	0,4	4,6	35,3	5,8	1,0	3,0	12,9	43,3	10,6	1,0

Také v případě duševního zdraví zaznamenáváme u osob bez maturity až 2krát častější výskyt duševních problémů, tyto osoby mají rovněž 1,9krát častěji omezenou soběstačnost než osoby s vyšším vzděláním.

Vzdělání je spojeno i s péčí o vlastní zdraví. Lze usuzovat, že osoby s vyšším vzděláním se budou více zajímat o svůj zdravotní stav a využívání zdravotní péče u nich bude vyšší než u osob s nižším vzděláním, mj. i z důvodů včasné prevence apod. To potvrzují i výsledky šetření. Opět byla do analýz zařazena jako kontrolní proměnná přítomnost chronické nemoci a testování logistickou regresí bylo očištěno od jejího vlivu. Osoby s maturitou a vyšším vzděláním navštěvovaly častěji zubaře v posledních 12 měsících, výrazné rozdíly zaznamenáváme zejména u využívání preventivních vyšetření. Senioři s maturitou byli častěji očkováni proti chřipce (26 % očkovaných v posledních 12 měsících) než senioři s nižším vzděláním (20 % očkovaných). Výrazné rozdíly pak zaznamenáváme v onkologické prevenci – u osob s vyšším vzděláním je zhruba dvakrát častěji využíván test na okultní krvácení, mamografie i onkologická cytologie. Statisticky významný rozdíl pozorujeme i v případě užívání nepředepsaných léků – zejména ženy s maturitou a vyšším vzděláním užívaly takové přípravky až dvakrát častěji než ženy ostatní. To může být částečně ovlivněno i příjmem osob s vyšším vzděláním, jak ukazuje kap. 8.3.

Tab. 8.5: Charakteristiky využívání zdravotní péče podle vzdělání (% osob, OR)

	Muži					Ženy				
	15–44	45–64	65+	celkem	OR	15–44	45–64	65+	celkem	OR
Byl(a) u zubaře v posledních 12 měsících										
bez maturity	65,0	59,2	38,7	59,7	1,0	80,0	65,0	43,7	65,9	1,0
s maturitou	76,2	73,8	54,9	73,0	1,8	81,8	82,4	60,3	79,5	1,7
Byl(a) očkována proti chřipce v posledních 12 měsících										
bez maturity	8,2	4,1	19,4	8,2	1,0	4,9	9,0	20,2	10,1	NSV
s maturitou	10,1	14,0	24,5	12,9	1,8	6,1	10,5	27,6	9,8	NSV
Byl(a) na měření hladiny cholesterolu v posledních 5 letech										
bez maturity	53,9	82,0	86,9	68,3	NSV	51,6	82,1	86,4	70,9	1,0
s maturitou	57,1	88,4	89,8	71,3	NSV	62,3	91,4	89,8	74,1	1,8
Byl(a) na testu na okultní krvácení v posledních 2 letech										
bez maturity	1,6	15,9	22,2	9,2	1,0	1,0	15,5	13,0	8,7	1,0
s maturitou	3,5	28,2	30,0	14,0	2,1	2,3	30,7	29,1	13,4	2,5
Byla na mamografii v posledních 2 letech										
bez maturity	x	x	x	x	x	8,2	64,2	29,8	31,3	1,0
s maturitou	x	x	x	x	x	9,6	77,7	40,4	32,5	1,7
Byla na onkologické cytologii v posledních 12 měsících										
bez maturity	x	x	x	x	x	38,1	29,3	10,6	28,4	1,0
s maturitou	x	x	x	x	x	59,2	52,6	25,0	53,6	2,6
Užíval(a) nepředepsané léky										
bez maturity	36,0	33,7	39,7	35,7	1,0	48,1	42,0	37,8	43,5	1,0
s maturitou	49,0	36,6	54,9	46,0	1,6	58,7	57,3	70,0	59,6	2,0

Také ve zdravotních determinantách zaznamenáváme jisté odlišnosti, i když v řadě proměnných (např. BMI, spotřeba alkoholu) nebyly pozorovány žádné rozdíly. Analýzy spotřeby ovoce a zeleniny však ukazují, že osoby s nižším vzděláním konzumují ovoce a zeleninu méně často ve srovnání s osobami s úplným středoškolským a vyšším vzděláním. Rozdíly jsou přitom výraznější u žen a mohou být mj. ovlivněny i příjmovou kategorií domácnosti. Mezi osobami s nižším vzděláním je patrný také výrazně vyšší podíl denních kuřáků ve srovnání s ostatními, a to zejména u mužů. Muži s nižším než úplným středním vzděláním jsou až 2krát častěji denními kuřáky než muži se vzděláním vyšším. Zajímavou odchylku však vidíme v případě nízké fyzické aktivity – ta je naopak častější u mužů s vyšším vzděláním ve srovnání s osobami bez maturity, což může být důsledkem vyšší fyzické aktivity méně vzdělaných osob v zaměstnání.

Tab. 8.6: Rizikové faktory spojené se životním stylem podle vzdělání (% osob, OR)

	Muži					Ženy				
	15–44	45–64	65+	celkem	OR	15–44	45–64	65+	celkem	OR
Ovoce ne denně										
bez maturity	48,3	43,8	48,4	46,7	1,4	34,3	21,7	34,6	30,4	1,7
s maturitou	41,2	37,1	30,8	38,8	1,0	23,5	17,5	13,6	20,6	1,0
Zelenina ne denně										
bez maturity	51,7	46,9	57,8	50,8	1,4	44,3	30,6	49,6	41,3	1,9
s maturitou	42,0	47,0	40,4	43,3	1,0	31,0	19,6	25,0	27,1	1,0
Kouří denně										
bez maturity	39,2	41,2	15,6	36,9	2,0	28,1	24,2	8,5	21,7	1,6
s maturitou	24,8	22,6	11,5	22,6	1,0	16,9	18,9	10,0	16,6	1,0
Nízká fyzická aktivita										
bez maturity	19,9	35,0	57,7	29,7	1,0	47,7	45,8	69,8	52,7	NSV
s maturitou	31,0	45,4	61,7	38,9	1,6	45,1	50,0	64,7	48,8	NSV

8.3. Příjem

Příjem je charakteristikou úzce související jak se vzděláním, tak s ekonomickou aktivitou respondenta. V šetření jsme sledovali celkový čistý měsíční příjem domácnosti respondenta, na základě počtu členů domácnosti jsme určili průměrný příjem na jednoho člena domácnosti. Z tohoto ukazatele budeme v této analýze vycházet. Pro srovnání jsme do analýzy vybrali osoby s příjmem do 6 500 Kč na osobu (odpovídá dolnímu kvartilu) a osoby s příjmem nad 15 000 Kč na osobu (odpovídá hornímu kvartilu).

Vztah zdraví a příjmu domácnosti je obousměrný, neboť příjem hraje na jedné straně roli pro zdravotní stav do určité míry determinující (prostřednictvím životního stylu, životních podmínek, ale i dostupnosti zdravotní péče apod.), na druhou stranu je zdravotním stavem výrazně ovlivněn, neboť osoby se zhoršeným zdravím mají nižší možnosti ekonomického zapojení a tím i nižší příjmy.

Tab. 8.7: Charakteristiky zdravotního stavu podle příjmu (% osob, OR)

	Muži					Ženy				
	15–44	45–64	65+	celkem	OR	15–44	45–64	65+	celkem	OR
Dobré subjektivní zdraví										
dolní kvartil	81,9	50,0	50,0	70,1	1,0	73,3	42,9	20,0	63,3	1,0
horní kvartil	91,0	74,4	66,7	82,6	2,6	87,2	71,3	29,2	73,2	2,9
Špatné duševní zdraví (index MHI vyšší než 50)										
dolní kvartil	5,1	20,9	13,3	10,2	27,7	13,8	26,8	30,8	17,7	2,7
horní kvartil	0,0	1,2	0,0	0,5	1,0	5,8	11,5	13,0	9,1	1,0
Špatné duševní zdraví (index VITAL vyšší než 50)										
dolní kvartil	10,9	24,4	20,0	15,5	5,4	23,3	31,7	50,0	26,9	2,1
horní kvartil	0,9	6,9	8,3	3,8	1,0	11,6	19,5	33,3	17,6	1,0
Omezení soběstačnosti (osobní péče, péče o domácnost)										
dolní kvartil	3,8	13,3	43,8	10,3	5,1	4,8	17,5	78,6	12,5	2,9
horní kvartil	0,0	4,4	15,4	2,9	1,0	0,0	6,6	45,8	8,6	1,0

Úzká provázanost se ukazuje mezi příjmem a podílem osob s omezením soběstačnosti, kdy mezi osobami v dolním příjmovém kvartilu zaznamenáváme u mužů zhruba 5krát častěji, u žen 3krát častěji osoby s omezením soběstačnosti ve srovnání s horním kvartilem. Avšak i hodnotíme-li obráceně, osoby s omezením soběstačnosti vykazují nižší příjem než osoby ostatní. Velice výrazně se příjem projevuje v charakteristikách duševního zdraví, i když i zde pochopitelně může být souvislost opačná. Osoby ve spodním kvartilu vykazovaly výrazně častěji duševní problémy ve srovnání s osobami ve vyšším kvartilu. Také subjektivní hodnocení zdraví se v příjmových kategoriích výrazně liší, osoby z nižší příjmové kategorie, zejména muži, vykazovaly výrazně častěji špatné subjektivní zdraví ve srovnání s osobami z horního příjmového kvartilu. Zajímavé však je, že v charakteristikách sledujících výskyt chronických onemocnění u respondentů nezaznamenáváme s ohledem na příjem žádné statisticky významné rozdíly.

Ačkoliv by se dalo předpokládat, že příjem bude hrát roli i ve využívání zdravotní péče, analýza dat tuto skutečnost nepotvrzuje. To může ukazovat na vysokou rovnost v přístupu ke zdravotní péči v českém zdravotnictví bez odhledu na finanční situaci domácnosti. Do analýzy byla samozřejmě, jako kontrolní proměnná, opět zařazena přítomnost/nepřítomnost dlouhodobé nemoci. Statistické testování neprokázalo žádné významné rozdíly ve využívání ambulantní, ani lůžkové péče mezi osobami v horním a dolním kvartilu. Rozdíly nebyly pozorovány ani v podílu respondentů užívajících léky (předepsané, nepředepsané). Jediný statisticky významný rozdíl pozorujeme v oblasti prevence, kdy ženy z horního kvartilu zhruba 2krát častěji uváděly, že byly v posledním roce na onkologické cytologii ve srovnání se ženami z dolního příjmového kvartilu. Zde hraje určitou roli vliv vyšší vzdělanosti osob z vyšší příjmové kategorie, avšak i po eliminaci tohoto vlivu statisticky významný rozdíl přetrvává.

Ani z hlediska zdravotních determinant nezaznamenáváme statisticky významné rozdíly. Fyzická aktivita, spotřeba ovoce a zeleniny či podíl denních kuřáků se u obou sledovaných příjmových kategorií neliší. Jediný statisticky významný rozdíl evidujeme u žen ve spotřebě alkoholu – mezi ženami ve vyšší příjmové kategorii jsou rizikové konzumentky alkoholu zastoupeny až 5krát častěji než v nejnižší kategorii příjmů.

8.4. Velikostní skupina obce

Analýzu rozdílů podle velikosti bydliště respondenta jsme provedli tím způsobem, že jsme vytvořili dvě kategorie osob – ty, které bydlí v obcích s méně než 5 000 obyvateli (venkov) a ty, které bydlí v obcích větších (město).

Dílčí analýza vazby životního prostředí na velikostní skupinu bydliště již byla provedena v kap. 7.7. Na tomto místě jsme analyzovali opět souvislost se zdravotním stavem, využíváním zdravotní péče a výskytem rizikových faktorů životního stylu.

Z charakteristik zdravotního stavu nebyla u žádné proměnné prokázána statisticky významná souvislost s velikostí bydliště, vyjma omezení v každodenních aktivitách spojených s osobní péčí (hygiena, strava apod.). Tyto problémy byly v obcích do 5 000 obyvatel zhruba 1,6krát častější než ve městských lokalitách, rozdíl byl výraznější u mužů.

Tab. 8.8: Charakteristiky využívání zdravotní péče podle velikosti bydliště (% osob, OR)

	Muži					Ženy				
	15–44	45–64	65+	celkem	OR	15–44	45–64	65+	celkem	OR
Byl(a) u zubaře v posledních 4 týdnech										
město	16,8	18,9	8,3	16,7	1,5	26,2	19,2	17,1	22,3	NSV
venkov	21,9	25,5	16,9	22,4	1,0	20,4	16,7	10,6	17,6	NSV
Byl(a) očkováni proti chřipce v posledních 12 měsících										
město	5,5	6,8	16,7	7,0	1,9	4,8	12,0	19,1	9,8	NSV
venkov	11,6	9,4	24,0	12,5	1,0	6,0	8,4	23,9	9,8	NSV
Byl(a) na testu na okultní krvácení v posledních 2 letech										
město	1,5	15,1	25,0	8,3	1,7	1,2	17,7	19,1	9,6	NSV
venkov	3,2	25,4	26,0	13,5	1,0	2,4	24,8	16,5	11,8	NSV
Užíval(a) nepředepsané léky										
město	33,3	32,8	37,8	33,6	1,6	49,4	42,0	42,9	45,9	1,4
venkov	48,2	36,6	51,3	44,9	1,0	56,8	53,5	51,3	54,8	1,0

Celou řadu statisticky významných rozdílů však zaznamenáváme v případě využívání zdravotní péče (opět očištěné navíc i od vlivu přítomnosti dlouhodobé nemoci). Je logické, že v menších obcích mohou mít obyvatelé častěji problémy s dostupností určitých typů péče, a proto je tak často nevyužívají. To se potvrzuje např. u návštěv zubního lékaře v posledních 4 týdnech, ten byl zhruba 1,5krát častěji navštěvován muži ve městech než

na venkově. Podobně je tomu i v případě prevence chřipky (častěji byli v posledním roce očkováni muži ve městech) a kolorektálního karcinomu (častější test na okultní krvácení u mužů ve městech). U žen statisticky významné rozdíly v těchto proměnných nepozorujeme, častější užívání nepředepsaných léků mezi osobami z větších obcí je však patrné u obou pohlaví.

U charakteristik spojených se zdravotními determinantami jsme nezaznamenali žádné jednoznačné statisticky významné vazby na velikost bydliště.

9. VÝVOJ

Šetření typu HIS jsou prováděna od roku 1993, doposud bylo provedeno celkem 5 šetření s velice podobnou metodikou a obsahem. I když se hlavní metodický nástroj, tedy dotazník, v jednotlivých letech vyvíjel a měnil, určité vybrané proměnné je možné, alespoň orientačně, porovnat. V této kapitole se zaměříme právě na vývojové trendy vybraných charakteristik, u každého srovnání vždy uvádíme, jaká jsou v konkrétním případě omezení. Také počet let šetření, za které je možné údaje srovnávat, se u jednotlivých ukazatelů liší, zatímco např. za subjektivní zdraví máme celou 5letou řadu, otázky na duševní zdraví byly do šetření zahrnuty až později, hodnotíme proto pouze změnu mezi roky 2002 a 2008.

Zdravotní stav

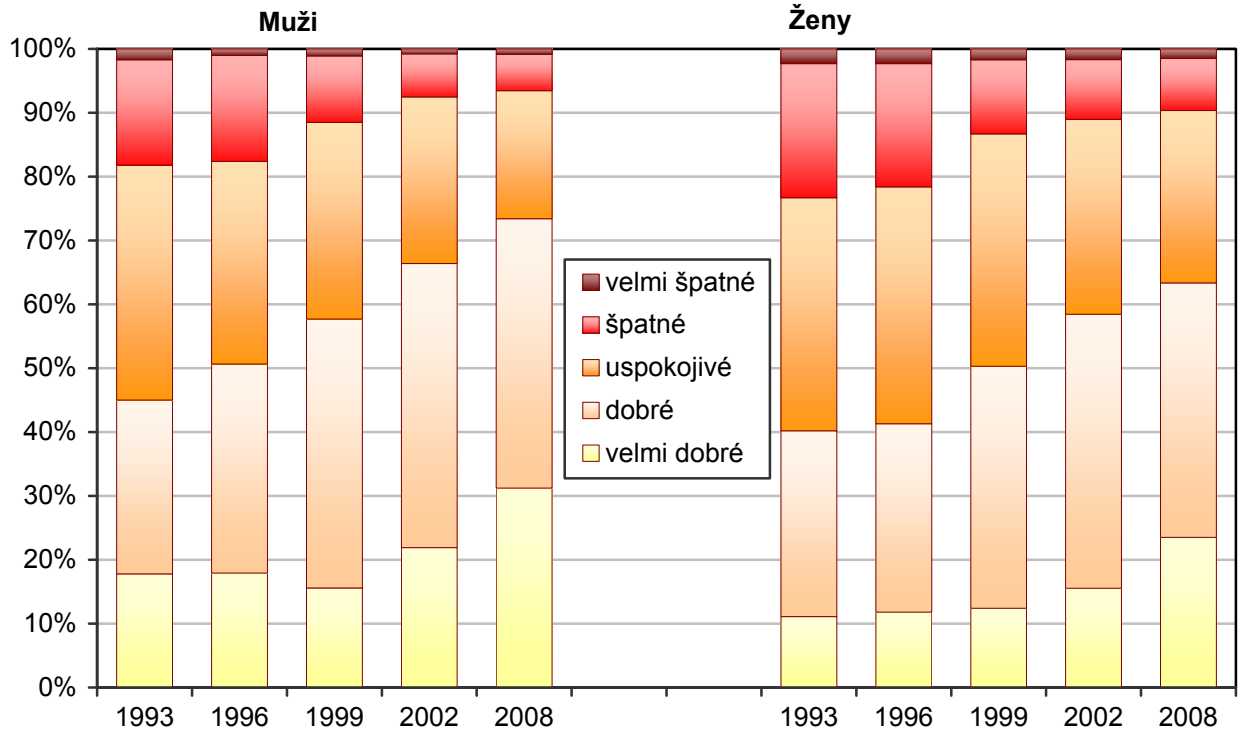
Z charakteristik zdravotního stavu uvádíme srovnání pouze za ty nejdůležitější a za ty, kde je takové srovnání možné, hodnotíme tedy subjektivní zdraví, chronickou nemocnost, omezení ze zdravotních důvodů, dále pak prevalenci vybraných onemocnění, bolestí, duševní zdraví a poznávací schopnosti.

9.1. Základní charakteristiky zdraví

Subjektivně hodnocené zdraví se v posledních několika letech poměrně výrazně zlepšilo. Struktura respondentů podle subjektivního zdraví se od roku 1993, kdy bylo šetření HIS provedeno poprvé, výrazně změnila, podíl osob vnímajících své zdraví jako dobré se zvýšil u mužů ze 45 % na 73 % v roce 2008, u žen byl zaznamenán nárůst ze 40 % na 63 %.

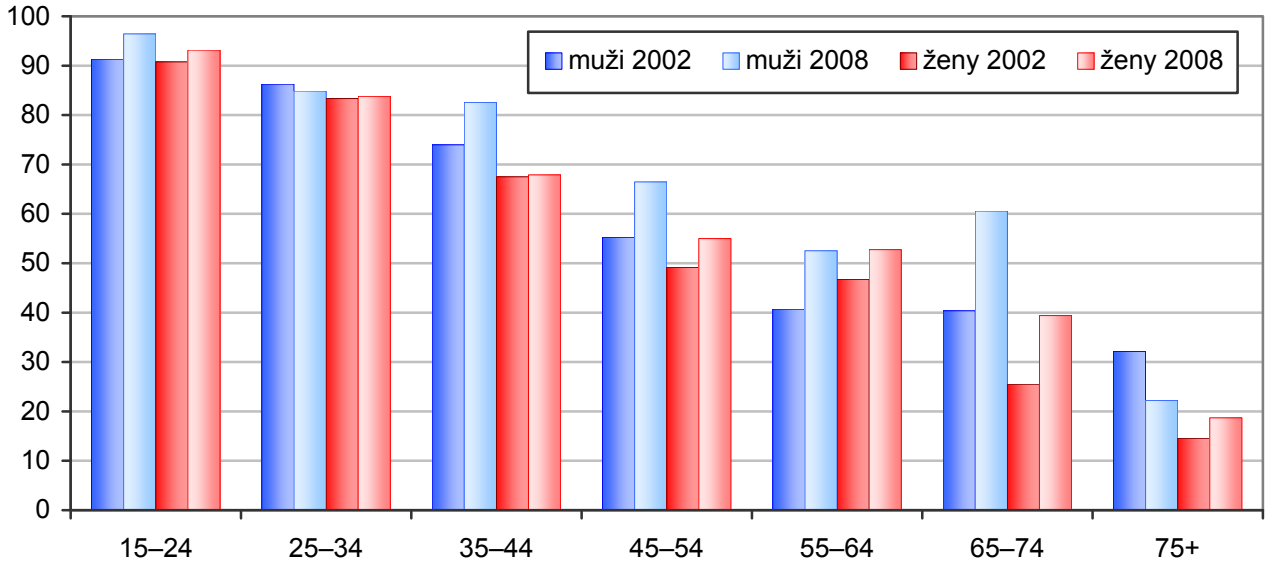
Podobným tempem se snižoval i podíl osob, které se cítí špatně a hůře. Těch bylo mezi muži v roce 1993 celkem 18 %. V roce 2008 pak již jen 7 %. U žen byl pokles méně dramatický, hodnota ukazatele se snížila z 23 % na 10 %. K těmto změnám došlo i přes to, že věková struktura populace mezitím zestárla. Tento dlouhodobý trend směřující k pozitivnějšímu hodnocení vlastního zdraví patrně vypovídá zejména o změně přístupu respondentů k optimističtějšímu hodnocení vlastní pohody, jako je tomu v západních zemích.

Graf 9.1: Vývoj struktury respondentů podle subjektivního zdraví v letech 1993–2008



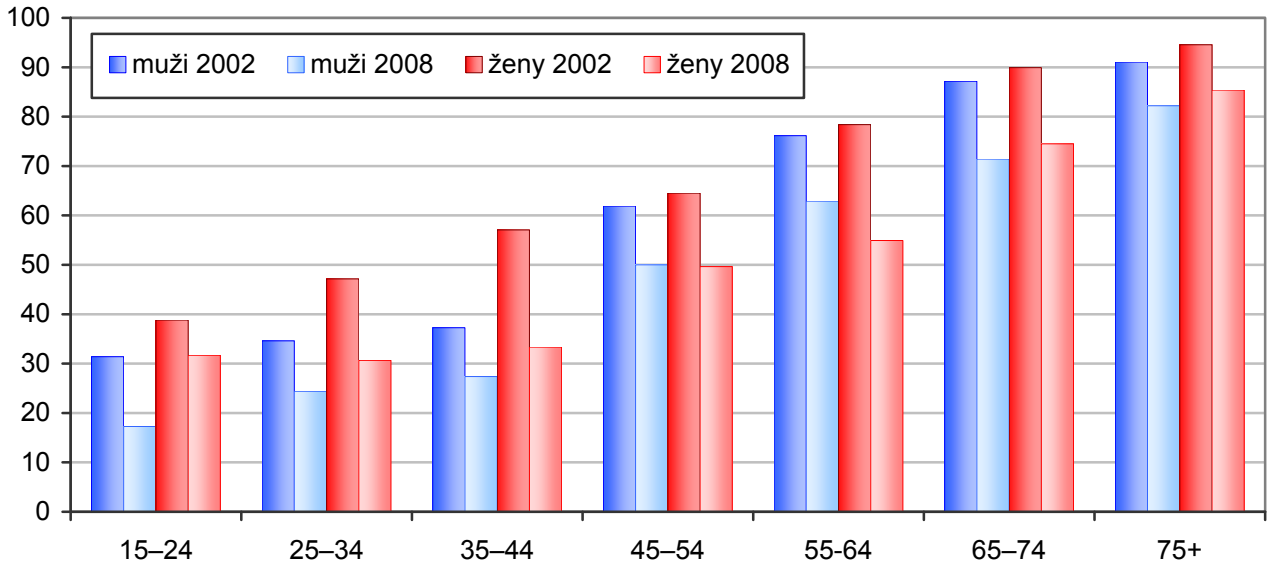
Ve srovnání let 2002 a 2008 z grafu 9.2 vidíme, že ke zvýšení zastoupení osob hodnotících své zdraví jako dobré či velmi dobré došlo v roce 2008 zejména ve věkové kategorii 65–74 let, nárůst však byl zaznamenán i ve věku 45–64 let.

Graf 9.2: Respondenti s dobrým a velmi dobrým hodnocením subjektivního zdraví podle věku a pohlaví (v %)



Podíl osob s dlouhodobou nemocí (hodnoceno dle otázky HS.02) se v roce 2008 ve srovnání s rokem 2002 výrazně snížil. Zatímco v roce 2002 odpovědělo na otázku kladně 53 % mužů a 64 % žen, v roce 2008 to bylo méně (muži 40 %, ženy 47 %). K nejvýraznějšímu poklesu podílu osob s dlouhodobou nemocí až o 40 % došlo u nejmladších mužů a žen ve věku 35–44 let, u starších osob pokles nebyl tolik výrazný.

Graf 9.3: Podíl osob s dlouhodobou zdravotní obtíží podle pohlaví a věku (v %)



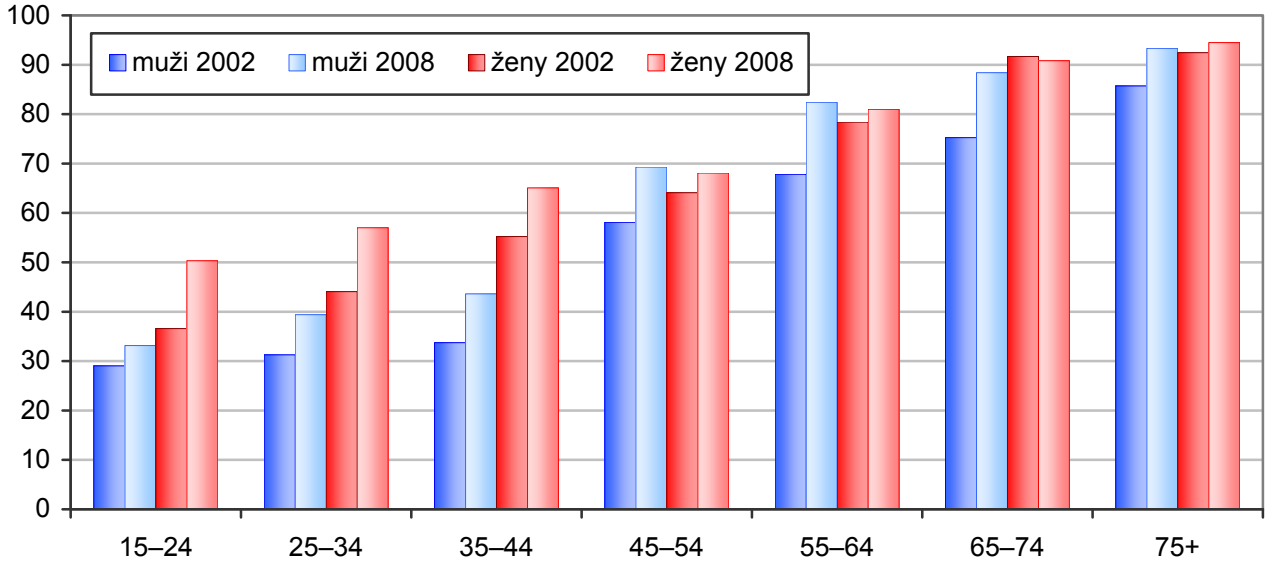
Naproti tomu podíl osob s omezením v běžných činnostech je v roce 2008 vyšší než v roce předchozího šetření. Zatímco podíl osob s dlouhodobým zdravotním omezením v běžných aktivitách se v roce 2002 pohyboval okolo 14 % u mužů a 21 % u žen, byl tedy zhruba o 10 p.b. nižší než v roce 2008, vážně bylo v roce 2002 omezeno 3 % mužů a necelých 5 % žen (8 % mužů a 11,5 % žen v roce 2008). Rozdíl zaznamenaný v obou letech může být způsoben jednak stárnutím věkové struktury mezi roky 2002 a 2008 a zároveň přesnějším zněním a umístěním otázky v dotazníku.

9.2. Chronické nemoci

Podíl respondentů s nějakým chronickým onemocněním (ukazatel je určen na základě výčtu chronických nemocí, viz kap. 5.2) se ve srovnání s rokem 2002 zvýšil. Podíl osob, které trpí nebo trpěly nějakou dlouhodobou nemocí, vzrostl z 55 % na 67 % u mužů a ze 65 % na 77 % u žen. Podíl osob nemocných v posledním roce se zvýšil z 48 % na 57 % u mužů, u žen se jednalo o obdobný nárůst ze 62 % na 69 % v roce 2008. Tento zaznamenaný nárůst podílu osob s chronickou nemocí je sice změnou opačnou než zaznamenáváme v otázce HS.02, vliv zde však může mít metodika. V obou letech se totiž lišil výčet sledovaných onemocnění, což může uvedené srovnání ovlivnit. Svou roli sehrála patrně i vyšší neúčast oslovených osob v šetření, kdy lze předpokládat, že rozhovoru se častěji nezúčastnily zdravé osoby. Na uvedeném nárůstu se částečně podílelo také stárnutí věkové struktury, k němuž mezi roky 2002 a 2008 došlo. Z grafu 9.4 je však

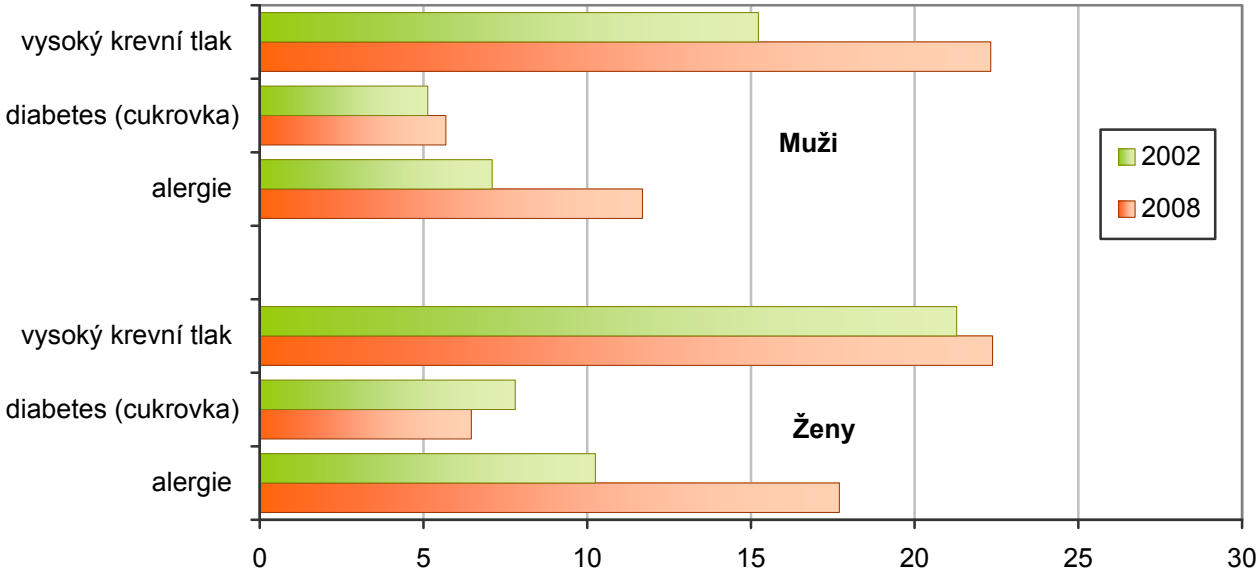
patrné, že k tomuto nárůstu došlo i v rámci jednotlivých věkových skupin, u žen zejména v nižších věkových kategoriích (15–44 let), u mužů došlo k nejvyššímu nárůstu ve věku 45–74 let.

Graf 9.4: Podíl respondentů s chronickou nemocí v posledních 12 měsících podle věku a pohlaví (v %)



Pokud sledujeme jednotlivé chronické nemoci, bohužel lze srovnat meziročně jen několik položek. K nárůstu došlo např. u hypertenze, a to zejména v případě mužů (z 15 % na 21 %), výskyt alergií se zvýšil u obou pohlaví, naproti tomu výskyt diabetu se příliš nezměnil.

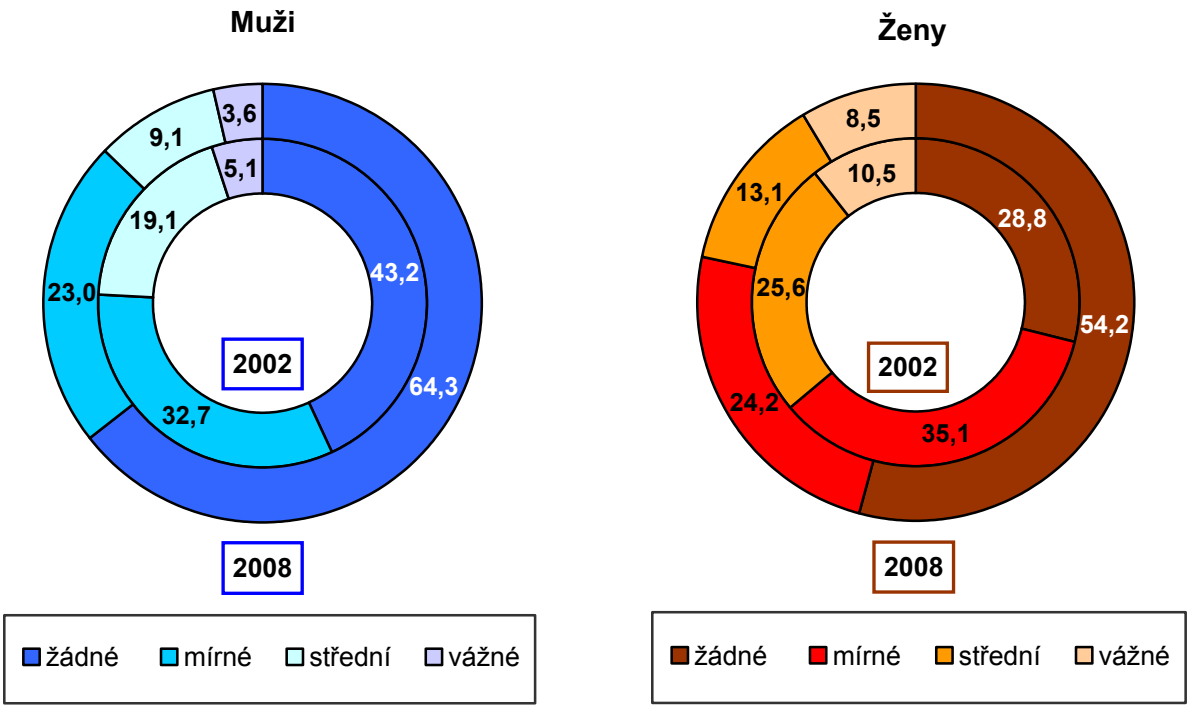
Graf 9.5: Výskyt vybraných chronických nemocí v letech 2002 a 2008, prevalence v posledních 12 měsících (v %)



9.3. Bolesti

Srovnání otázky z roku 2008 týkající se bolestí s rokem 2002 je poněkud problematické, respondentům v roce 2002 byla sice položena podobná otázka (Jak velké bolesti jste měl během posledních 2 týdnů?), hlavní rozdíl však spočívá v tom, že zatímco šetření 2008 zjišťuje problémy, které bolesti respondentovi způsobily, šetření 2002 se ptá na bolesti přímo. Tomu odpovídají i výsledky srovnání. Je z něj zřejmé, že se zvýšil počet osob „bez bolesti“, a to zejména u žen. Zatímco v roce 2008 uvedlo 64 % mužů a 54 % žen že jim bolesti nečiní žádné problémy, v roce 2002 bylo jen 43 % mužů a 29 % žen, které neměly žádné bolesti. Podíl respondentů, kteří uvedli, že mají vážné potíže, se však mezi roky 2002 a 2008 nesnížil nijak dramaticky, jednalo se tedy o přesun respondentů z kategorie mírné a střední bolesti do kategorie bez bolestí. To lze interpretovat tak, že někteří respondenti sice mají mírné bolesti (tedy na otázku, zda mají bolesti uvedli, že ano), avšak tyto bolesti jim nezpůsobují problémy (na otázku zda mají problémy s bolestmi uvedli, že ne). Rozdílné bylo i referenční období na které se otázka týkající se bolesti vztahovala. Zde by bylo možné očekávat, že čím delší období, tím větší výskyt potíží, takže v roce 2002 by měla být prevalence bolestí nižší (v roce 2008 jsme sledovali období posledních 4 týdnů). Ve skutečnosti je tomu právě naopak, což vypovídá jednak o výše zmíněném problému z hlediska srovnatelnosti, příp. však i o změně přístupu k hodnocení vlastních potíží, což se podobným způsobem projevuje např. i u hodnocení vlastního zdraví či potíží s kognitivními schopnostmi.

Graf 9.6: Srovnání struktury respondentů podle bolestí, 2002 a 2008 (v %) *)



*) V roce 2008 byly sledovány problémy, které respondentovi bolesti způsobují, nikoliv bolesti jako takové.

9.4. Duševní zdraví

Duševní zdraví je v šetření EHIS 2008 sledováno řadou otázek, které byly rozděleny do dvou skupin, na jejichž základě jsme hodnotili jednak vitalitu a dále duševní zdraví jako takové.

Vitalita

Srovnání s předchozími šetřeními (1999, 2002) je komplikované z důvodu použití jiného dotazovacího nástroje. Přibližně orientačně porovnat lze pouze dílčí položky, u ostatních položek nebylo znění otázky stejné. Srovnání komplikuje i odlišné referenční období (v HIS CR 2002 a 1999 poslední 2 týdny, v EHIS 2008 poslední 4 týdny) a rozdílná škála odpovědí. Přesto jsme se pokusili alespoň orientačně porovnat jednu otázku, která vstupovala do výpočtu indexu vitality. Její znění v jednotlivých šetřeních bylo následující:

2008

Jak často v průběhu posledních 4 týdnů :

Jste byl(a) plný(a) energie?

Stále x Většinou x Občas x Málokdy x Nikdy

2002

Jak často během posledních 2 týdnů jste:

Se cítil(a) aktivní a plný(á) energie?

Stále x Většinou x Spíše často x Méně často x Málokdy x Nikdy

1999

Jak často (dlouho) během posledních 2 týdnů:

Cítil(a) jsem se aktivní a plný(á) energie?

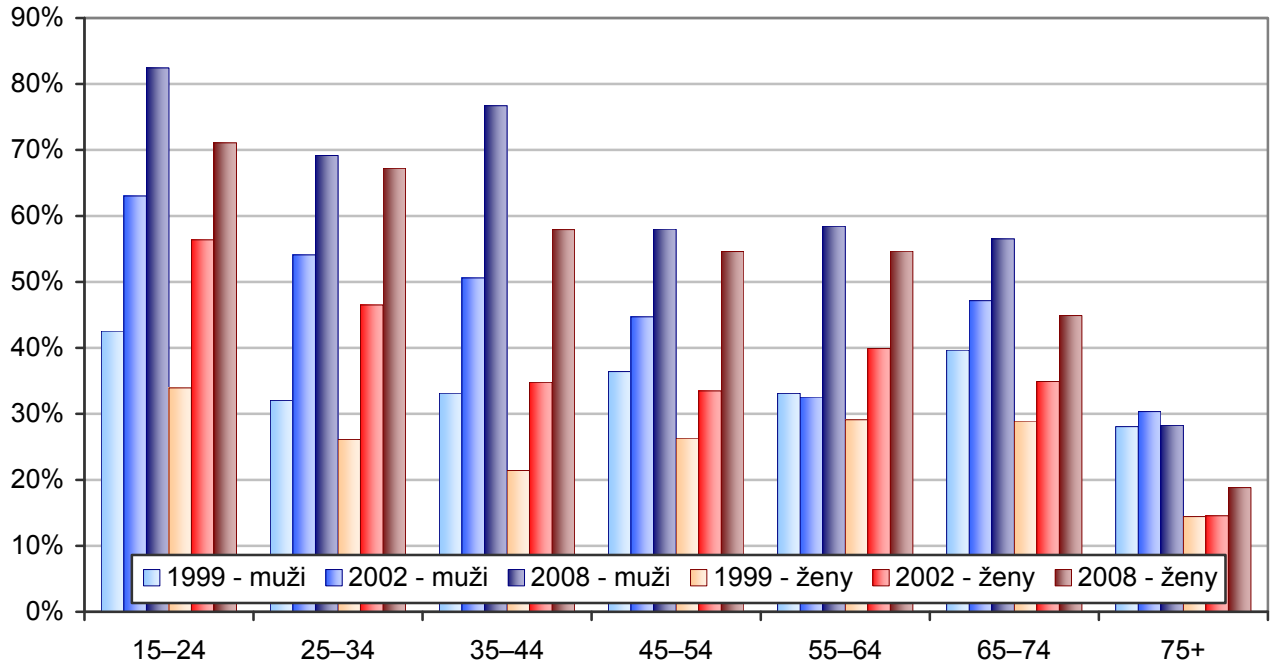
Po celou dobu x Po většinu doby x Dost často x Méně často x Málokdy x Nikdy

Pro srovnání jsme u všech tří šetření vybrali podíl respondentů, kteří na danou otázku odpověděli prvními dvěma možnostmi (stále, většinou, resp. po celou dobu, po většinu doby).

Srovnání všech tří šetření prezentuje graf 9.7, z nějž je zřejmé, že podíl osob, které se cítily plny energie stále nebo většinou, byl nejvyšší v roce 2008 (u mužů 66 %, u žen 56 %). V roce 2002 byl tento podíl o 17 p.b. nižší (muži 49 %, ženy 39 %) a v roce 1999 byla jeho hodnota nejnižší (muži 36 %, ženy 27 %). S postupujícím časem se tedy vitalita jedinců v tomto ohledu zlepšuje, resp. alespoň její subjektivní hodnocení z hlediska životní energie. Pokud sledujeme jednotlivé věkové skupiny, pak k nejvýraznějším změnám došlo v nižších věkových skupinách, naproti tomu minimální změny zaznamenáváme ve věku 75 a více let. Odlišnosti však nemusí být způsobeny výhradně posunem v duševní pohodě

respondentů, ale i odlišností kategorií odpovědí, neboť v roce 2008 byla použita pětibodová škála, zatímco v letech 2002 a 1999 šestibodová, takže lze předpokládat, že určitá část respondentů, kteří v šetření 2008 odpověděli „většinou“, by při použití šestibodové škály použila odpověď „spíše často“, která je, na rozdíl od kategorie „občas“, spíše pozitivní.

Graf 9.7: Podíl respondentů, kteří se v posledních 4, resp. 2 týdnech cítili plni energie stále nebo většinou, v letech 1999, 2002 a 2008, podle pohlaví a věku



Duševní zdraví

Také zde se nabízí srovnání s předchozími šetřeními, konkrétně ve formě otázky zjišťující, jak často respondent cítil klid a pohodu.

Přesné znění této otázky v jednotlivých šetřeních bylo následující:

2008

Jak často v průběhu posledních 4 týdnů:

Jste pociťoval(a) klid a pohodu?

Stále x Většinou x Občas x Málokdy x Nikdy

2002

Jak často během posledních 2 týdnů jste:

Se cítil(a) klidný a v pohodě?

Stále x Většinou x Spíše často x Méně často x Málokdy x Nikdy

1999

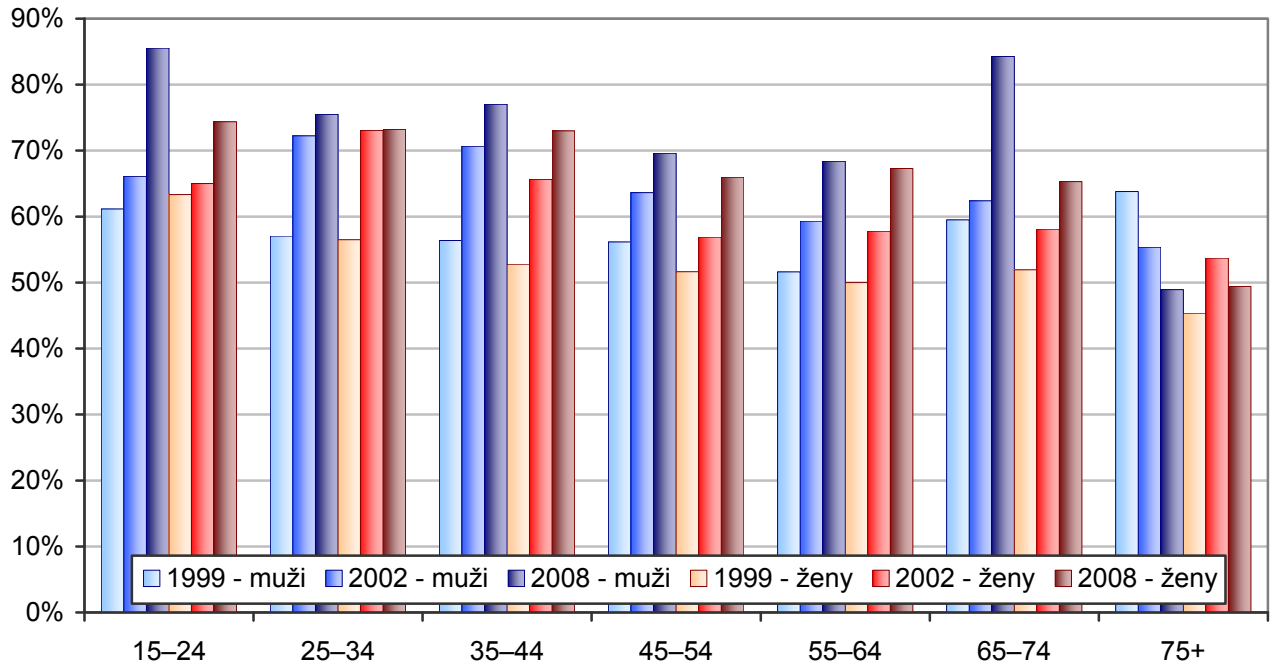
Jak často během posledních 2 týdnů:

Cítil(a) jsem se klidný(á) a v pohodě ?

Po celou dobu x Po většinu doby x Dost často x Méně často x Málokdy x Nikdy

Jak je patrné z grafu 9.8, ve většině věkových kategorií se s časem zvyšuje podíl těch, kteří se cítili v klidu a v pohodě stále či většinou. Zatímco v roce 1999 tyto odpovědi uvedlo 58 % mužů a 54 % žen, v roce 2002 to bylo zhruba o 8 p.b. více a v roce 2008 to již bylo 75 % mužů a 69 % žen. Z hlediska jednotlivých věkových kategorií zaznamenáváme největší změny opět v nižších věkových skupinách, naproti tomu u osob ve věku 74 let a starších se podíl osob, které se cítily v klidu a v pohodě mezi roky 1999 a 2008, dokonce snížil, zejména u mužů. Také zde platí poznámka o možném vlivu odlišné stupnice odpovědí v jednotlivých šetřeních, projevit se zde může zejména pětibodová škála použitá v roce 2008.

Graf 9.8: Podíl respondentů, kteří se v posledních 4, resp. 2 týdnech cítili v klidu a v pohodě stále nebo většinou , v letech 1999, 2002 a 2008, podle pohlaví a věku



9.5. Kognitivní schopnosti

Také v případě otázek na kognitivní schopnosti (tedy potíží s pamatováním a učením, přemýšlením a řešením každodenních problémů) se nabízí srovnání s minulým šetřením, i když tyto otázky byly sledovány pouze v roce 2002.

V roce 2002 byly respondentům položeny otázky:

Jak velké obtíže vám obvykle činí pamatování a učení?

Žádné x Mírné x Střední x Silné x Extrémní

Jak velké obtíže vám obvykle činí přemýšlení a řešení každodenních problémů?

Žádné x Mírné x Střední x Silné x Extrémní

Lze říci, že u obou ukazatelů došlo mezi roky 2002 a 2008 k výrazným změnám. Zatímco v roce 2002 mělo nějaké potíže s pamětí zhruba 60 % mužů a žen, v roce 2008 to bylo jen 28 %, tedy zhruba polovina. Muži i ženy v roce 2002 pak logicky častěji vykazovali potíže mírné a střední, podíl těch, kteří považovali své potíže za vážné či extrémní, byl v roce 2008 celkem 1,7 %, v roce 2002 byl vyšší, a to 4,4 %. Podobně tomu bylo i v případě potíží s přemýšlením a řešením každodenních problémů. Zde mělo v roce 2002 nějaké potíže 43 % respondentů, v roce 2002 to bylo pouze 18 %. Extrémní či vážné potíže v roce 2002 mělo 2,5 % respondentů, v roce 2008 to bylo 1,3 %. K nejvýraznějšímu poklesu došlo zejména v podílu osob, které hodnotily potíže jako střední.

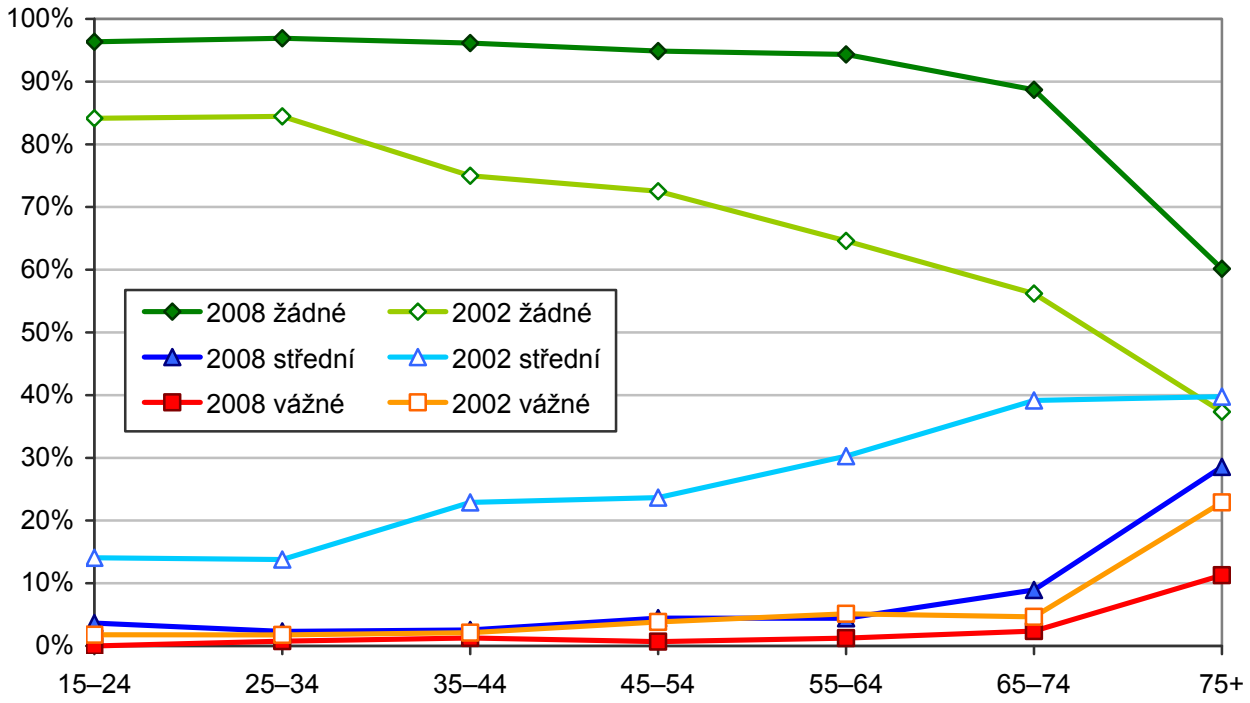
Tab. 9.1: Respondenti podle potíží s pamětí a s přemýšlením v letech 2002 a 2008, obě pohlaví celkem (v %)

Rok	Potíže s pamětí					Potíže s přemýšlením				
	žádné	mírné	střední	vážné	extrémní	žádné	mírné	střední	vážné	extrémní
2008	71,8	20,9	5,6	1,4	0,2	82,4	13,2	3,1	1,1	0,2
2002	39,6	32,4	23,7	3,7	0,7	57,0	26,6	13,9	2,1	0,4

Graf 9.9 prezentuje srovnání struktury respondentů podle potíží s pamatováním (resp. pamatováním a učením) podle věku v letech 2002 a 2008. V tomto grafu byly kategorie „žádné“ a „mírné“ sloučeny, stejně tak byly sloučeny kategorie „vážné“ a „extrémní“.

Zatímco v roce 2008 se střední nebo vážné potíže objevují u více než 10 % osob až od věku 65 let, v roce 2002 se podíl osob s potížemi (středními či vážnými) drží na hranici 15 % ve věku 15–34 let, v dalších věkových skupinách plynule roste a ve věku 65 let již dosahuje téměř 50 %. Potíže, které se zde u respondentů objevují, jsou až do věku 65 let téměř výhradně střední závažnosti, vážné potíže zaznamenáváme až u nejstarších respondentů ve věku 75 a více let. Podobné závěry vyplývají i ze srovnání odpovědí na otázku týkající se přemýšlení a řešení každodenních potíží, pouze s tím rozdílem, že podíl osob s potíží (střední či vážnou) je zde v obou šetřeních nižší než podíl osob s problémy s pamatováním a učením.

Graf 9.9: Struktura respondentů podle potíží s pamatováním podle věku, roky 2002 a 2008



Je pravděpodobné, že výrazný posun, ke kterému mezi roky 2002 a 2008 došlo v odpovědích na otázky týkající se kognitivních schopností, jsou jen z části způsobeny skutečnou změnou zdravotního stavu respondentů. V případě otázky na pamatování zde hraje svoji roli odlišné znění otázky, kdy rok 2002 sleduje nejen potíže s pamatováním, ale i s učením, takže lze očekávat vyšší podíl respondentů s potížemi, než pokud se dotazujeme pouze na pamatování. Mimo to dochází ke zřejmému posunu v subjektivním vnímání vlastních potíží směrem k pozitivnějšímu hodnocení, což se odrazilo i v subjektivním hodnocení zdraví. V oblasti kognitivních schopností dochází spíše ke změně hodnocení „lehčích" obtíží (mírné, střední), neboť podíl závažných a extrémních obtíží se příliš nezměnil.

Zdravotní péče

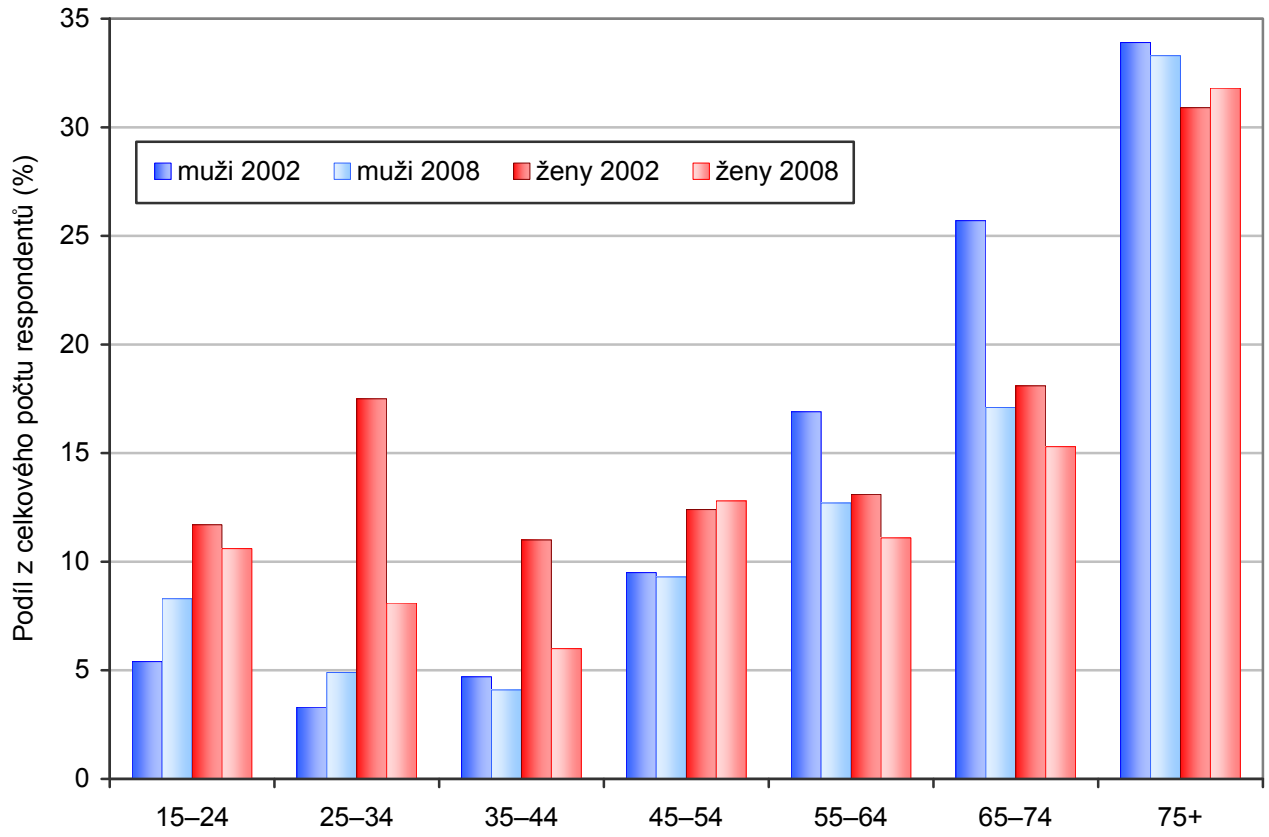
Otázky týkající se zdravotní péče byly do šetření HIS zařazeny až v roce 2002, k dispozici je tedy pouze srovnání let 2002 a 2008. Hodnotit můžeme ambulantní i lůžkovou péči, využívání některých typů prevence, dále pak užívání léků a spokojenost se zdravotní péčí.

9.6. Lůžková péče

Podíl osob, které byly v posledních 12 měsících hospitalizovány činil v roce 2008 u mužů 9,7 %, u žen 12,1 %. Ve srovnání s šetřením HIS, které probíhalo v roce 2002, se tento podíl mírně snížil - totiž podle HIS bylo celkově hospitalizováno 10,6 % mužů

a 15,4 % žen. Snížení však není statisticky významné. Úbytek zaznamenáváme zejména ve věkové kategorii 55–74 let u mužů a 25–44 let u žen (viz graf 9.10). Úbytek ve věkové kategorii žen je způsoben zejména metodikou - totiž v šetření HIS 2002 jsou mezi těmito hospitalizacemi i ženy, které byly hospitalizovány v souvislosti s porodem, kdežto v šetření EHIS 2008 tyto nejsou zahrnuty.

Graf 9.10: Podíl respondentů, kteří byli přijati k více než jednodenní hospitalizaci, podle pohlaví a věku, roky 2002 a 2008

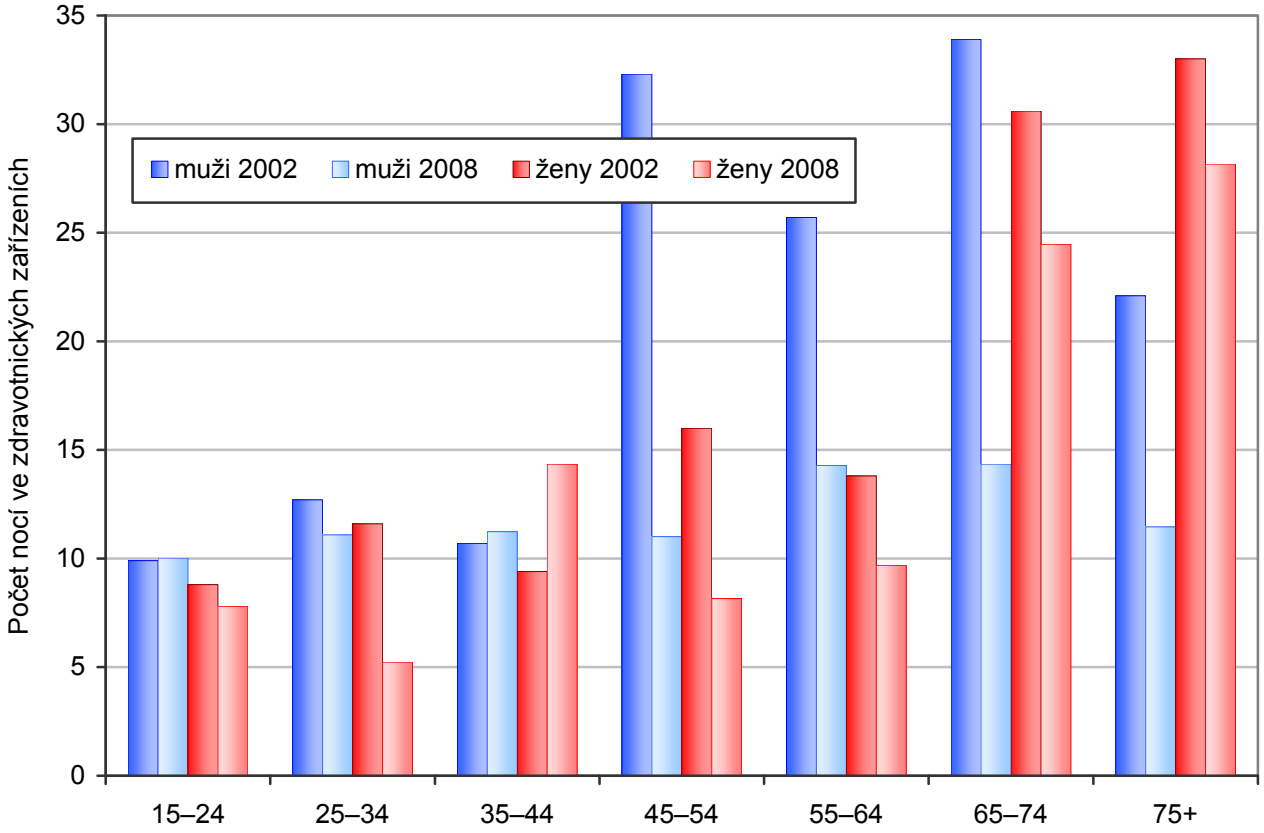


Průměrný počet pobytů (1,35 u mužů v roce 2008 a 1,35 u žen v roce 2008) není ve srovnání s šetřením HIS 2002 u žen výrazně odlišný, u mužů byl zaznamenán pokles z hodnoty 1,8 pobytů v roce 2002. Z celkového počtu osob v šetření připadá na 100 respondentů 15 hospitalizací za rok 2008, z toho 12 na muže a 17 na ženy. V roce 2002 to bylo 18 případů hospitalizace pro muže a 21 pro ženy. Znovu tedy pozorujeme snížení počtu případů hospitalizace, které je však statisticky nevýznamné. Musíme mít však na paměti, že u žen je vyšší počet případů hospitalizace v šetření HIS z roku 2002 způsoben odlišnou metodikou (započítávání hospitalizací v souvislosti s porodem v roce 2002, v roce 2008 nikoliv).

Ukazatel průměrného počtu nocí strávených ve zdravotnických lůžkových zařízeních na jednu osobu během posledních 12 měsíců nabýval v roce 2008 hodnot 12,1 nocí pro muže a 15,3 pro ženy. Ačkoliv průměrné hodnoty ukazatele nejsou v šetření EHIS 2008 výrazně vychýleny vzhledem k extrémním hodnotám počtu strávených nocí u jednotlivých

respondentů, pro srovnání s šetřením HIS 2002 raději použijeme mediánovou hodnotu (v tomto šetření jsou extrémně vysoké počty nocí strávených některými respondenty v lůžkovém zařízení). V šetření EHIS 2008 je mediánová hodnota počtu nocí strávených v lůžkových zařízeních 7 nocí u obou pohlaví, kdežto v šetření HIS 2002 byla mediánová hodnota 14 nocí pro muže a 7 nocí pro ženy. Můžeme tedy hovořit o snížení počtu nocí strávených respondenty ve zdravotnických lůžkových zařízeních, přičemž je snížení patrné nejvíce u mužů starších 45 let (viz graf 9.11).

Graf 9.11: Počet nocí strávených ve zdravotnických lůžkových zařízeních, podle pohlaví a věku, roky 2002 a 2008



Poslední sledovaný ukazatel je průměrná délka jedné hospitalizace. Ta v roce 2008 činila u mužů 10 nocí, u žen byla nepatrně vyšší. Za účelem srovnávání ukazatele s minulým šetřením HIS 2002 budeme rovněž počítat s mediánovou délkou jedné hospitalizace. Ta v šetření EHIS 2008 činila 6 nocí u obou pohlaví. V šetření HIS 2002 tato hodnota představovala 10 nocí pro muže, 7 pro ženy - můžeme tedy opět hovořit o snížení průměrné délky hospitalizace, které je více patrné u mužů.

Ve snížení počtu hospitalizací, stejně tak jako průměrné délky hospitalizací, mohou hrát roli také regulační poplatky, které se v roce 2008 platily za každou noc strávenou v zdravotnickém lůžkovém zařízení. Ke zkracování průměrné délky hospitalizací dochází i v rutinní statistice.

K jednodenní hospitalizaci bylo v roce 2008 přijato 3,5 % mužů a 4,9 % žen. Ve srovnání se šetřením HIS 2002, kdy jednodenní hospitalizaci podstoupilo celkem 1,8 % respondentů, jsou údaje z roku 2008 výrazně vyšší. Zvýšení bylo potvrzeno jako statisticky významné a odpovídá celoevropskému trendu, kdy dochází k nárůstu jednodenních hospitalizací na úkor vícedenních hospitalizací.

9.7. Ambulantní péče

V roce 2008 navštívilo zubního lékaře v průběhu posledních 12 měsíců 66 % mužů a 73 % žen. Ve srovnání se šetřením HIS 2002 se podíl respondentů, kteří navštívili zubního lékaře během posledního roku, statisticky významně zvýšil (57 % mužů a 60 % žen v roce 2002). V průběhu posledního měsíce před rozhovorem byla u zubního lékaře zhruba necelá pětina respondentů. Ve srovnání s rokem 2002 se podíl respondentů, kteří navštívili zubního lékaře během posledních 4 týdnů, mírně zvýšil, zvýšení však nebylo prokázáno jako statisticky významné. Na 100 respondentů-mužů celkem v roce 2008 připadalo 25 ošetření zubním lékařem za poslední 4 týdny; na 100 respondentek potom 34 ošetření zubními lékaři. V roce 2002 připadalo na 100 respondentů 21 ošetření mužů, 24 žen. U obou pohlaví byl rozdíl mezi dvěma šetřeními prokázán jako statisticky významný.

Tab. 9.2: Srovnání charakteristik využití ambulantní péče, roky 2002 a 2008

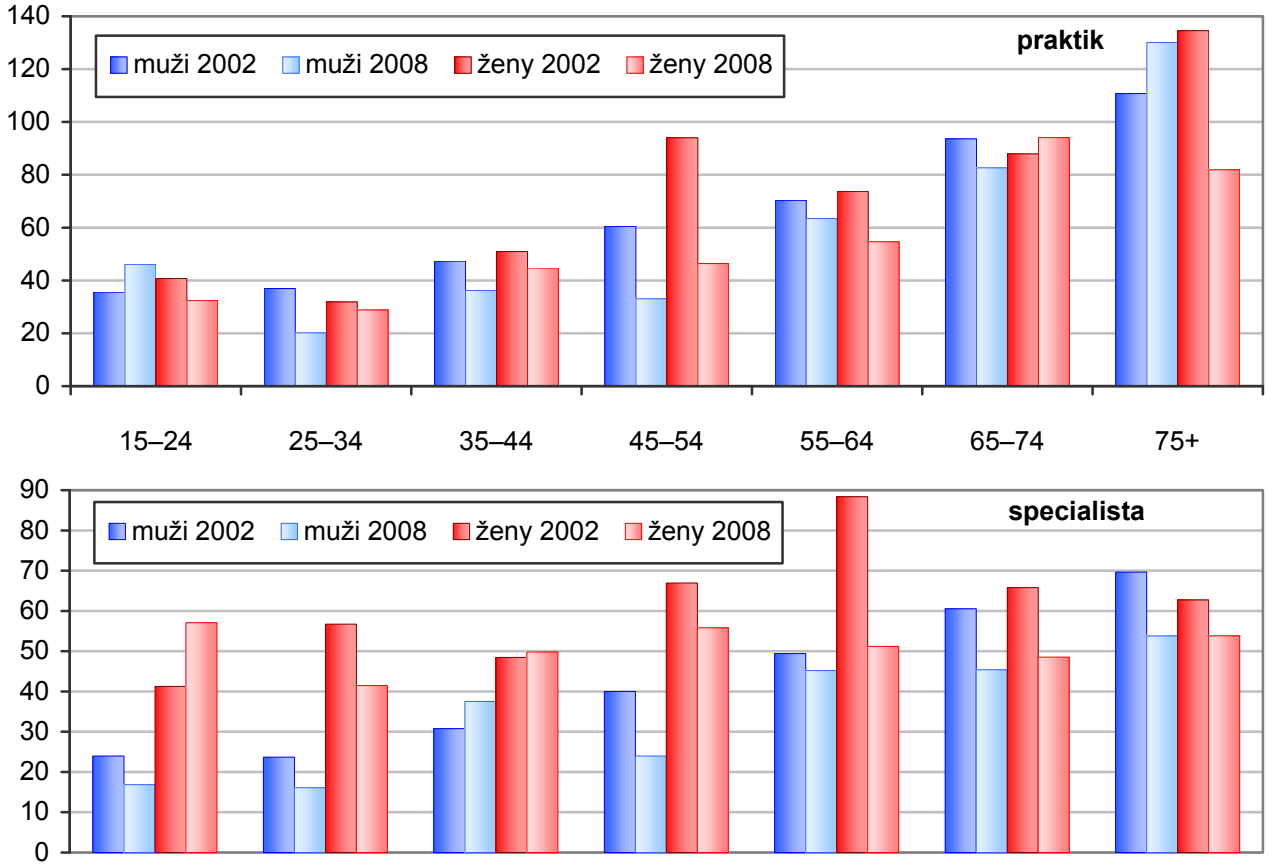
	Rok	% s návštěvou v posledních 12 měsících		% s návštěvou v posledních 4 týdnech		Počet vyšetření na 100 respondentů (poslední 4 týdny)	
		muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy
Zubař	2002	56,7	60,0	16,5	19,0	21,4	24,3
	2008	66,1	72,9	20,2	19,2	25,3	33,9
Praktik	2002	70,6	77,5	36,8	43,3	56,1	68,0
	2008	67,9	76,1	26,1	33,4	46,5	49,7
Specialista	2002	42,6	65,1	23,0	37,9	37,1	61,3
	2008	45,3	67,1	18,1	32,0	29,7	50,7

Praktický lékař byl v roce 2008 navštíven 70 % mužů a 76 % žen. Ve srovnání s minulým šetřením HIS 2002 se podíl respondentů, kteří navštívili praktického lékaře během posledních 12 měsíců, mírně snížil. Během posledních 4 týdnů před rozhovorem praktika v roce 2008 navštívilo 26 % mužů a 33 % žen. Ve srovnání s předešlým šetřením HIS 2002 se podíl respondentů, kteří kontaktovali praktického lékaře během posledních 4 týdnů, výrazně snížil (36,8 % mužů a 43,3 % žen v roce 2002). Snížení je statisticky významné. Za poslední 4 týdny připadalo v šetření EHIS 2008 na 100 respondentů (mužů) 47 vyšetření praktickými lékaři, na 100 respondentek potom 50 vyšetření. V roce 2002 tento ukazatel nabýval hodnot 56 vyšetření na 100 respondentů u mužů a 68 vyšetření na 100 osob u žen. I v tomto případě je snížení statisticky významné u obou pohlaví. Pokud sledujeme změny tohoto ukazatele v jednotlivých věkových skupinách (viz graf 9.12) lze říci, že k výraznějším změnám došlo u obou pohlaví zejména ve věkové skupině

45–54 let, u žen pak také v nejvyšší věkové skupině 75+. Důležitou roli zde může hrát sezónnost návštěv praktického lékaře. Vzhledem k tomu, že v roce 2008 bylo šetření z větší části realizováno v měsících červen–červenec, kdy je obecně návštěvnost lékařů nižší, může být návštěvnost praktika nižší i z těchto důvodů (v roce 2002 to byly pouze podzimní měsíce).

Lékaře specialistu navštívilo během posledních 12 měsíců před rozhovorem v roce 2008 celkem 45 % mužů a 67 % žen, ve srovnání se šetřením HIS z roku 2002 nepozorujeme statisticky významné změny v podílech respondentů, kteří navštívili lékaře specialistu ani u žen, ani u mužů. Statisticky významné rozdíly nebyly zaznamenány ani v podílu návštěv za poslední 4 týdny. Ke změně však došlo v počtu návštěv během posledních 4 týdnů, neboť zatímco v šetření EHIS 2008 připadalo v průměru na 100 mužů 30 vyšetření lékaři specialisty a na 100 respondentek potom 51 vyšetření, v roce 2002 tento ukazatel nabýval hodnot 37 vyšetření na 100 respondentů a 61 vyšetření na 100 respondentek. Snížení tohoto ukazatele pro obě pohlaví je statisticky významné. Z hlediska věku zaznamenáváme pokles zejména u mužů do 54 let, ve vyšším věku se ukazatel snížil jen minimálně. U žen pozorujeme pokles ve věkových skupinách do 64 let, ve vyšším věku jsou změny minimální.

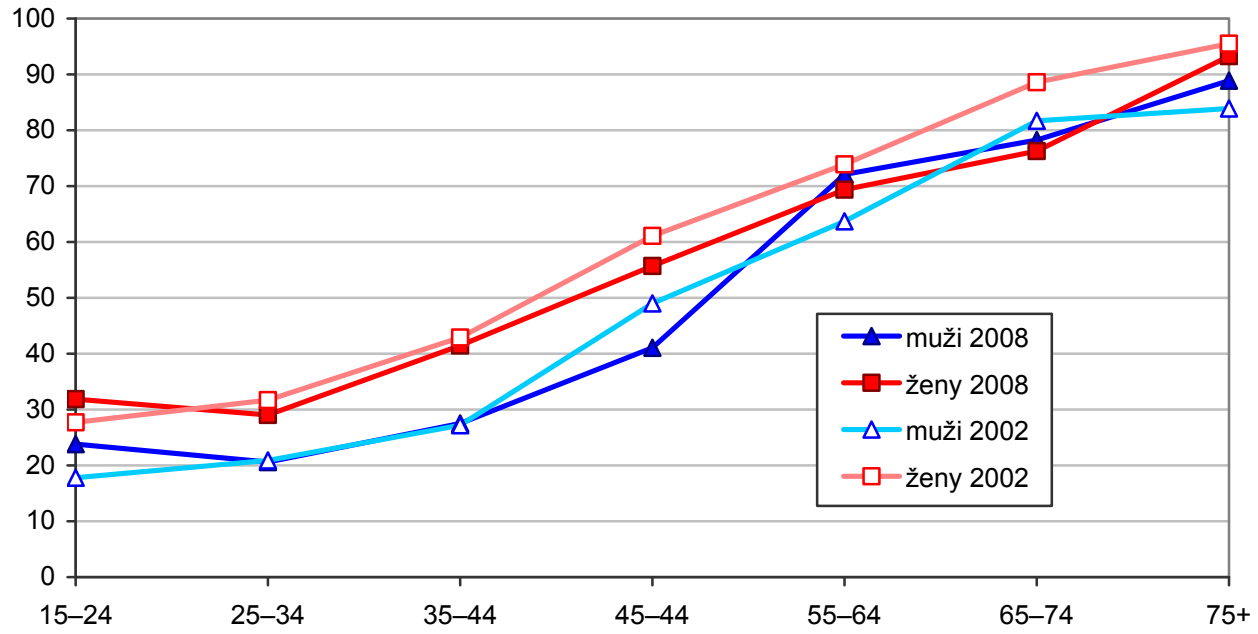
Graf 9.12: Srovnání počtu vyšetření u praktiků a specialistů na 100 respondentů (během posledních 4 týdnů) podle pohlaví a věku, roky 2002 a 2008



9.8. Léky

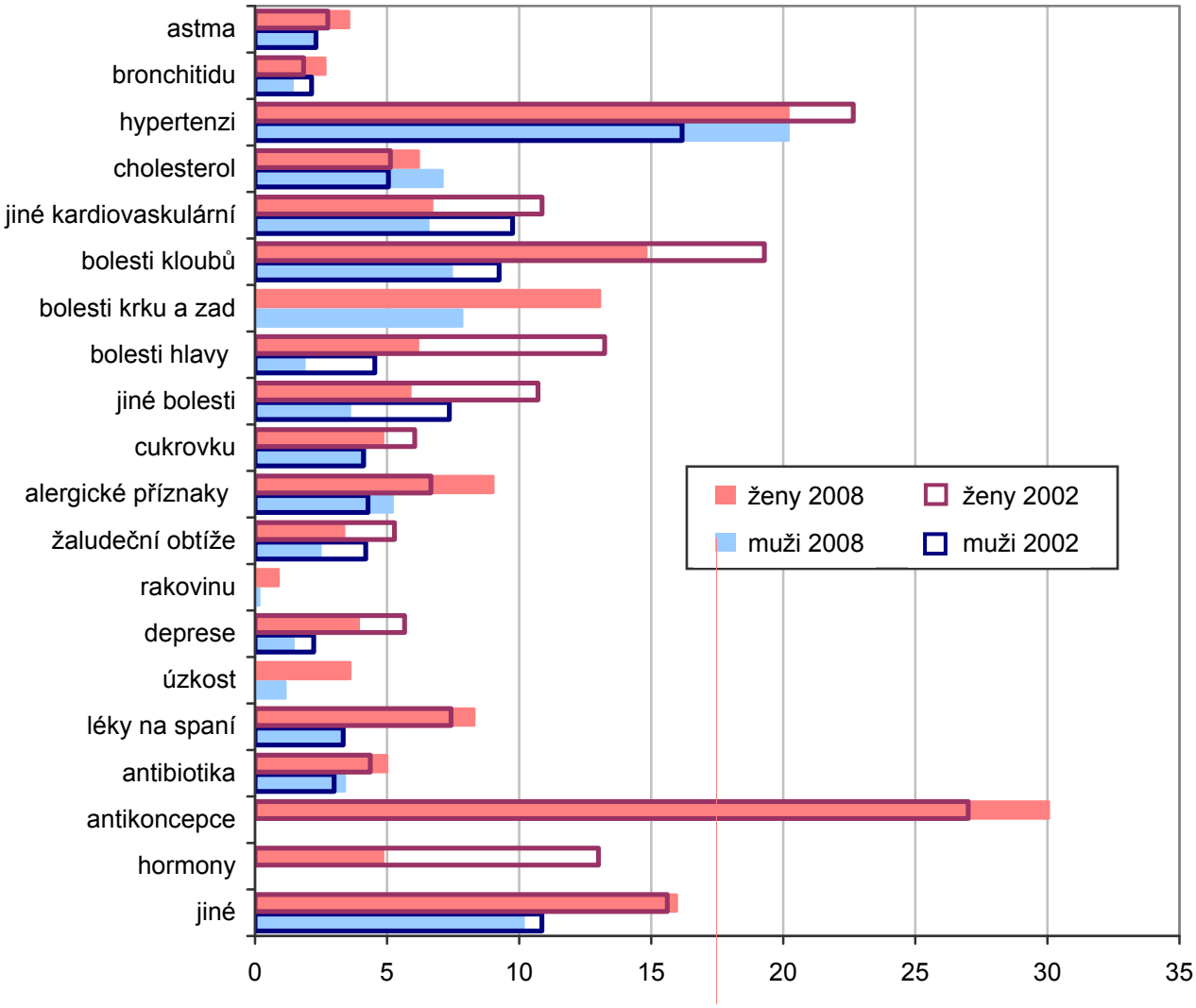
V šetření bylo sledováno užívání předepsaných i nepředepsaných léků. Předepsané léky užívalo v roce 2008 celkem 41,5 % mužů a 52 % žen (vyloučeno užívání antikoncepce). Ve srovnání s rokem 2002, kdy bylo užívání léků poprvé sledováno v šetření HIS, se podíl mužů užívajících léky téměř vůbec nezměnil, u žen došlo mezi roky 2002 a 2008 k mírnému poklesu (56 % v roce 2002). Z hlediska věku byl pokles u žen pozorován zejména ve věku 65–74 let. Zatímco v roce 2008 rozdíl mezi oběma pohlavími mizí ve věku 55 let, v roce 2002 měla obě pohlaví stejný profil, pouze s tím rozdílem, že u žen byl celý profil posunut na vyšší úroveň. Další rozdíl mezi oběma roky pozorujeme v nejnižším věku - v roce 2008 je kategorií s nejnižším podílem osob užívajících léky skupina 25–34 let, v roce 2002 je to nejnižší věková kategorie 15–24 let.

Graf 9.13: Srovnání užívání léků podle věku a pohlaví , roky 2002 a 2008 (v %)



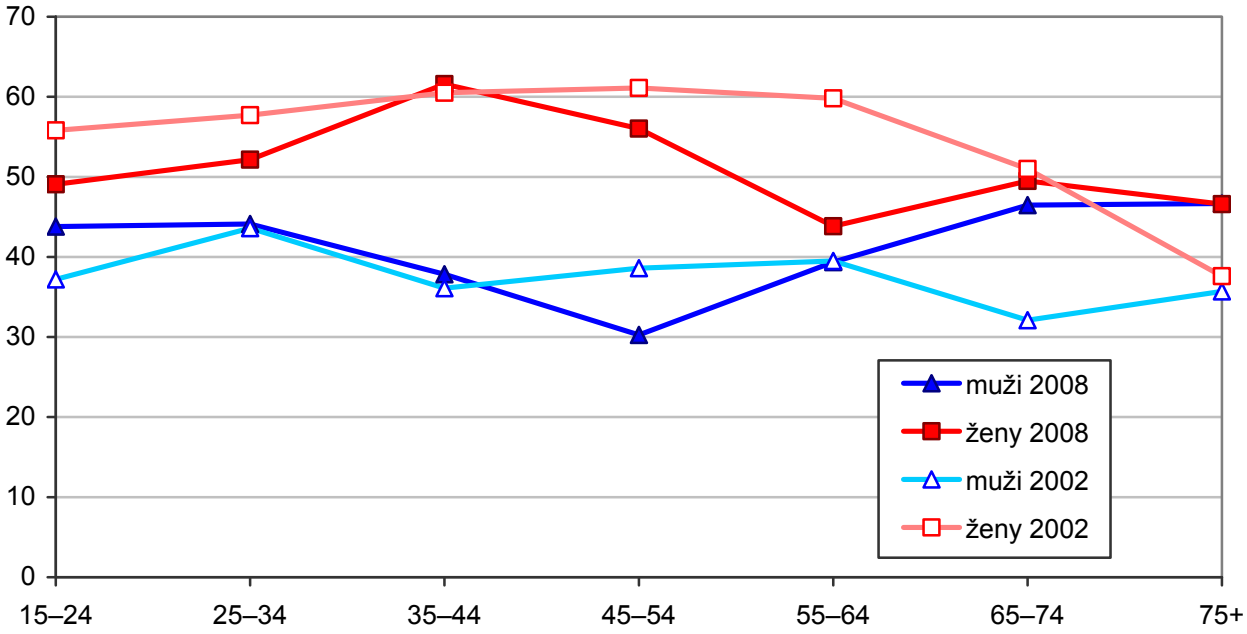
Oba souhrnné ukazatele podílu osob užívajících léky za roky 2002 a 2008 sice nejsou plně srovnatelné, neboť ve výčtu v roce 2002 chyběly některé typy léků, určitým změnám však napovídá i porovnání jednotlivých typů léků. Z tohoto hlediska došlo k nárůstu podílu mužů užívajících léky na hypertenzi, naopak pokles byl zaznamenán v podílu mužů i žen užívajících léky na jiné kardiovaskulární potíže, žaludeční potíže a migrénu. U žen byl pozorován pokles uživatelek léků na depresi a hormonů při menopauze. Pokles byl pozorován také u léků na bolesti kloubů, bolesti krku a zad nebyly v šetření 2002 sledovány, lze však usuzovat, že léky na tyto bolesti jsou zahrnuty v kategorii „jiné bolesti“, kde byl podíl uživatelů v roce 2002 vyšší než v roce 2008.

Graf 9.14: Užívání předepsaných léků na jednotlivé potíže, roky 2002 a 2008 (v %)



Nepředepsané léky užívalo v roce 2008 celkem 40 % mužů a 52 % žen. Ve srovnání s rokem předchozího šetření se podíl uživatelů léků u mužů mírně zvýšil, u žen naopak poklesl o necelých 5 p.b. Pokles byl nejvýraznější u žen ve věku 55–64 let, naopak nárůst byl zaznamenán u mužů ve věku 65 a více let. Zajímavé však je, že základní charakteristiky věkového profilu, tedy maximum uživatelů nepředepsaných léků ve věku 35–54 let u žen a minimum u stejně starých mužů, jsou patrné v obou letech.

Graf 9.15: Podíl uživatelů nepředepsaných léků podle věku a pohlaví, roky 2002 a 2008 (v %)



Pokud sledujeme změny mezi oběma roky šetření z pohledu jednotlivých typů nepředepsaných léků, pak je nutné v šetření 2008 vypočítat ukazatel mapující užívání léků na bolesti celkem, neboť v roce 2002 byly tyto léky sledovány jen jednou otázkou. Po srovnání obou let však u žen nezaznamenáváme výrazný rozdíl v užívání léků na bolest (22 % žen v roce 2008, 21 % v roce 2002), u mužů se mezi roky 2002 a 2008 podíl uživatelů léků na bolest mírně zvýšil (12,7 % v roce 2008, 10,4 % v roce 2002). U obou pohlaví je patrný nárůst podílu osob, které užívaly nepředepsané léky na chřipku a nachlazení, což souvisí pravděpodobně mimo jiné se současnou legislativou v oblasti pracovní neschopnosti, kdy lidé v případě nemoci nevyhledávají odbornou lékařskou pomoc, ale léčí své problémy sami a nemoci většinou přecházejí, neboť být v pracovní neschopnosti je v současné době značně finančně nevýhodné. Jistou měrou k vyššímu užívání nepředepsaných léků na chřipku a nachlazení mohla přispět i rozšiřující se nabídka produktů v této oblasti. Zajímavý je pokles žen, které užívaly vitamíny, minerály a tonika - ten se mezi roky 2002 a 2008 snížil zhruba o 9 p.b. na současných 35 %. K tomuto poklesu došlo zejména u žen ve věku 45–64 let.

Tab. 9.3: Užívání nepředepsaných léků na jednotlivé potíže, roky 2002 a 2008 (v %)

Potíže	2008		2002	
	muži	ženy	muži	ženy
Bolesti kloubů (artróza, artritida)	5,8	8,5	10,4	21,1
Bolesti hlavy nebo migrénu	4,5	11,7		
Jiné bolesti	3,9	6,7		
Nachlazení, chřipku nebo bolest v krku	8,3	9,8	5,5	6,9
Alergické příznaky	1,6	2,8	1,2	2,7
Žaludeční obtíže	1,3	1,9	2,1	1,9
Vitamíny, minerály nebo tonika	27,6	34,9	28,6	43,8
Nějaké jiné léky nebo doplňky	7,5	9,7	4,2	6,1
Celkem	40,4	51,6	38,2	56,2

9.9. Prevence

V šetření EHIS 2008 jsme sledovali celou řadu preventivních opatření, z nichž některá byla sledována opakovaně, tedy i v roce 2002. Ve srovnání se šetřením HIS 2002 došlo ke statisticky významnému zvýšení podílu respondentů, kteří byli očkováni proti chřipce v posledních 12 měsících (HIS 2002: 6,3 % muži, 6,5 % ženy). V roce 2008 bylo očkováno zhruba 10 % mužů a žen, přitom k nárůstu došlo téměř ve všech věkových skupinách.

Krevní tlak byl v roce 2008 měřen v posledních 12 měsících 60% mužů a 70% žen. Ve srovnání se šetřením HIS 2002 se tento podíl statisticky významně snížil (HIS 2002: 66 % mužů a 75 % žen). Jedním z možných vysvětlení poklesu může být snížení podílu respondentů, kteří navštívili praktického lékaře během posledních 12 měsíců např. z důvodu zavedení regulačních poplatků (viz kap. 6.2). Pokud uvažujeme, že krevní tlak byl respondentům měřen nejčastěji právě v ordinacích praktického lékaře, může být pokles návštěvnosti praktických lékařů také jedním z možných vysvětlení poklesu podílu respondentů, kterým byl měřen krevní tlak.

Měření hladiny cholesterolu v roce 2008 (resp. v období posledních 12 měsíců před rozhovorem) podstoupilo 46 % mužů a žen. Ve srovnání s minulým šetřením HIS, kde bylo za posledních 12 měsíců provedeno toto měření 35 % mužů a 45 % žen, došlo k výraznému nárůstu u mužů (zejména ve věkových kategoriích 55–74 let), u žen se hodnota nezměnila.

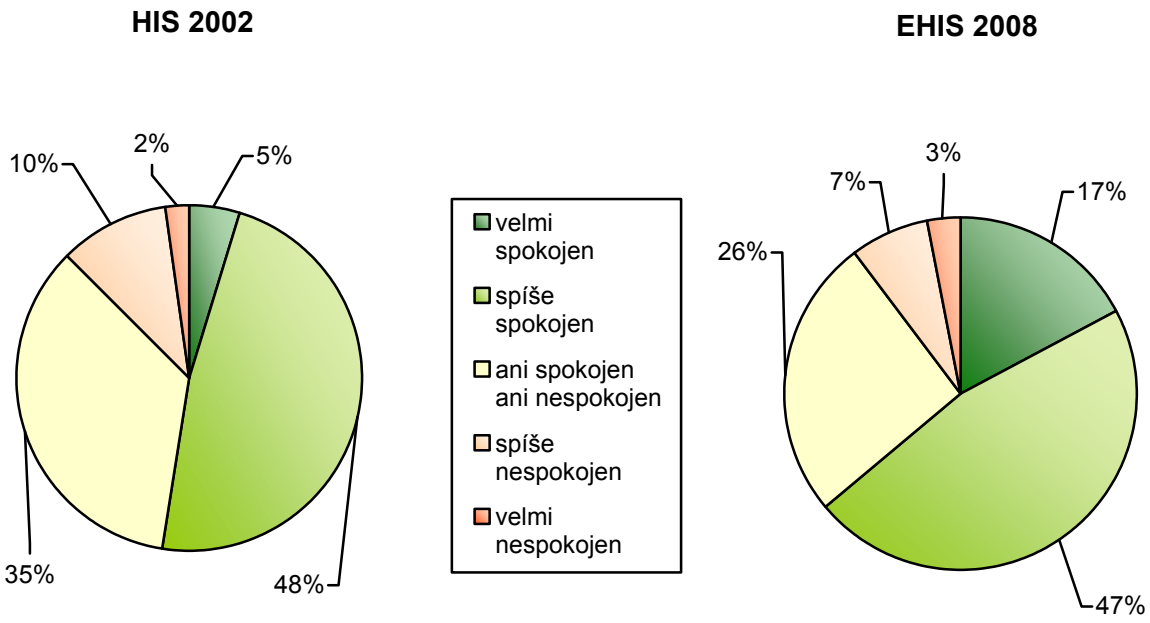
Podstoupení mamografického vyšetření v posledních 12 měsících uvedlo v roce 2008 celkem 18 % všech žen. V minulém šetření HIS 2002 byla sledována pouze mamografická vyšetření za posledních 12 měsíců u žen ve věku 20 let a starších, tehdy se týkalo 15 % těchto žen. V šetření EHIS 2008 bylo mamografické vyšetření provedeno 20 % žen ve věku 20 let a více. Celkový rozdíl mezi dvěma šetřeními je statisticky významný, k největšímu nárůstu došlo právě ve věkových kategoriích 55–64 let (nárůst o 14 procentních bodů) a 65–74 let (nárůst o 25 procentních bodů). Nárůst přičítáme zejména existenci screenigového programu.

Onkologickou cytologii, tedy stěr z děložního čípku v roce 2008 podstoupilo během posledních 12 měsíců před rozhovorem 41 % všech žen, v šetření HIS 2002 byla opět sledována cytologická vyšetření u respondentek ve věku 20 let a více, u těch byl v roce 2002 zaznamenán 34 % podíl žen s vyšetřením, v roce 2008 to bylo 42 %. Nárůst mezi oběma roky byl potvrzen statistickým testem jako významný. Jedním z možných vysvětlení zvýšení je právě zavedení screeningového programu ohledně prevence karcinomu děložního hrdla v roce 2008.

9.10. Spokojenost

Na otázku „Řekl(a) byste, že jste s poskytováním služeb poskytovateli zdravotní péče celkem v České republice obecně (možnosti)…“ uvedlo 17 % respondentů, že jsou velmi spokojeni, 47 % pak že jsou spíše spokojeni. Spokojenost s poskytovateli zdravotní péče celkem z šetření EHIS 2008 lze srovnat s údaji z šetření HIS 2002, kde byla pokládána respondentům otázka: „Jak jste celkově spokojena s fungováním systému zdravotní péče v naší zemi?“. Otázky v obou šetřeních se sice mírně liší, přesto je však můžeme považovat za relativně srovnatelné. Mezi těmito dvěma šetřeními došlo k výraznému a statisticky významnému nárůstu podílu spokojených respondentů (HIS 2002: 5 % respondentů velmi spokojeno a 48 % spíše spokojeno). Největší přesun do kategorií spokojených respondentů zaznamenáváme z kategorie neutrálních odpovědí. Bližší srovnání těchto dvou šetření poskytuje Graf 9.16.

Graf 9.16: Srovnání výsledků výběrových šetření z r. 2002 a z r. 2008



Determinanty zdraví

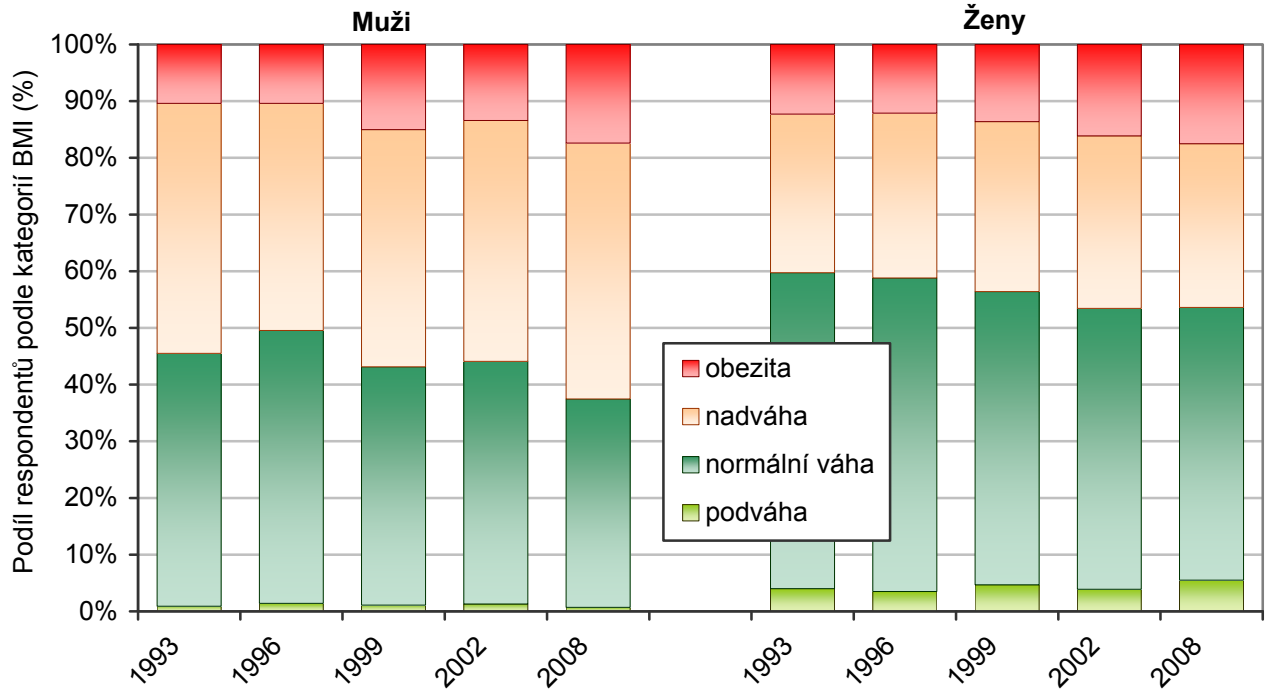
V šetření EHIS ČR bylo sledováno několik zdravotních determinant, z nichž většina je srovnatelná s rokem předchozího šetření, orientačně i s roky předchozími.

9.11. BMI

Otázky na váhu a výšku se v šetřeních o zdravotním stavu obyvatelstva HIS vyskytují od samého počátku (od roku 1993), proto lze nyní sledovat dlouhodobou vývojovou řadu ukazatele. Hodnoty z roku 2008 se příliš neliší od hodnot z minulých šetření, přesto však pozorujeme mírný nárůst podílu osob s nadváhou, který je patrný zejména u mužů. U obou pohlaví dochází k plynulému nárůstu podílu obézních osob (BMI > 30). Nadváhu (tj. BMI vyšší než 25 kg/m^2) v roce 2008 mělo 63 % mužů a 46 % žen. Ve srovnání s rokem 2002 došlo k výraznému nárůstu podílu mužů s nadváhou (56 % v roce 2002), rozdíl je statisticky významný. U žen se oproti roku 2002 podíl osob s nadváhou téměř nezměnil, avšak ve srovnání s rokem 1993 se tento podíl zvýšil o zhruba 5 p.b.

Pokud se zaměříme na kategorii obézních osob (BMI > 30), pak byl v roce 2008 podíl obézních osob pro obě pohlaví shodný - 17,4 %, oproti předchozímu šetření z roku 2002 došlo ke statisticky významnému nárůstu jen u mužů, ve srovnání s rokem 1993 však vzrostl podíl obézních u mužů o 7 p.b., u žen pak o 5 p.b. Graf 9.17 zobrazuje vývoj podílu respondentů podle standardně používaných kategorií BMI. Z hlediska věku byly mezi roky 1993 a 2008 změny zaznamenány ve všech věkových skupinách, vyjma kategorie 15–24 a 45–54 let u mužů.

Graf 9.17: Vývoj podílu respondentů v jednotlivých kategoriích podle indexu BMI, muži a ženy (kategorie dle metodiky Eurostatu z roku 2008), 2002–2008



9.12. Fyzická aktivita

Otázka na fyzickou aktivitu je v šetření zařazena již od roku 1993, v letech 1993–1999 se však týkala pouze volnočasové fyzické aktivity. Fyzickou aktivitu v zaměstnání můžeme poprvé sledovat v roce 2002, kde směřovala jedna otázka na čas strávený fyzickou aktivitou ve volném čase, druhá otázka pak určovala typ zaměstnání podle náročnosti na fyzickou aktivitu. Přepočet na MET minuty celkové fyzické aktivity byl realizován na základě aproximace doby strávené danou aktivitou v zaměstnání standardní pracovní dobou 40 hodin týdně v kombinaci s koeficientem náročnosti fyzického zatížení u konkrétní kategorie zaměstnání. Naproti tomu v roce 2008 se fyzická aktivita v zaměstnání a volném čase neodděluje a sleduje se doba strávená jednotlivými typy aktivity ve volném čase a v zaměstnání celkem. Při srovnávání s rokem 2008 se zjistilo, že metodika výpočtu fyzické aktivity z r. 2002 může mírně nadhodnocovat fyzickou aktivitu v zaměstnání, což se pochopitelně projeví i vyšší celkovou fyzickou aktivitou.

Srovnáme-li podíl osob s vysokou fyzickou aktivitou v obou letech, mezi dvěma šetřeními došlo v čase u obou pohlaví ke statisticky významnému poklesu. Snížení fyzické aktivity zaznamenáváme ve všech věkových kategoriích bez výrazných rozdílů mezi mladšími a staršími respondenty. Přehled změn podává tab. 9.4.

Tab. 9.4: Změny v podílech respondentů s nízkou, střední a vysokou fyzickou aktivitou mezi šetřením z r. 2002 a z r. 2008 (v %)

Celková fyzická aktivita	2002			2008		
	obě pohlaví	muži	ženy	obě pohlaví	muži	ženy
Nízká	9,8	7,5	11,9	13,9	10,2	17,2
Střední	5,7	4,9	6,4	9,6	9,6	9,5
Vysoká	84,5	87,7	81,7	76,6	80,1	73,3

9.13. Spotřeba alkoholu

Porovnání s předchozími šetřeními můžeme provést na základě otázky zjišťující v roce 2008, jak často během posledních 12 měsíců respondent konzumoval alkohol. Odpověď jiná než „nikdy“ odpovídá těm respondentům, kteří v předchozích letech na otázku „před jakou dobou jste naposledy požil alkoholický nápoj?“ uvedli, že pili alkohol během posledních 12 měsíců. Tento podíl činil v roce 2008 u mužů 91 %, u žen 77 %, a ve srovnání s rokem 2002 byl vyšší (u mužů o 2 p.b., u žen o 5 p.b.). Zdá se tedy, že podíl konzumentů alkoholu vzrostl. Pokud však sledujeme celou vývojovou řadu od roku 1993, vidíme, že oproti roku 1993 nedošlo ani u mužů ani u žen k výraznější změně.

Tab. 9.5: Podíl osob, které konzumovaly alkohol v posledních 12 měsících (v %)

Rok šetření	1993	1996	1999	2002	2008
Muži	90,7	88,1	88,1	89,1	91,2
Ženy	77,8	74,6	72,9	71,9	77,1

Mezi roky 2002 a 2008 však pozorujeme i nárůst průměrné spotřeby jednotlivých lihovin. Ten je v tab. 9.6 určen jako počet standardních dávek alkoholu během posledního týdne a jedná se o průměrný počet nápojů u respondentů, kteří konzumovali jakýkoliv alkohol během posledního týdne. Zejména u žen je zřejmý nárůst spotřeby piva a vína, u mužů k výraznějším změnám nedošlo.

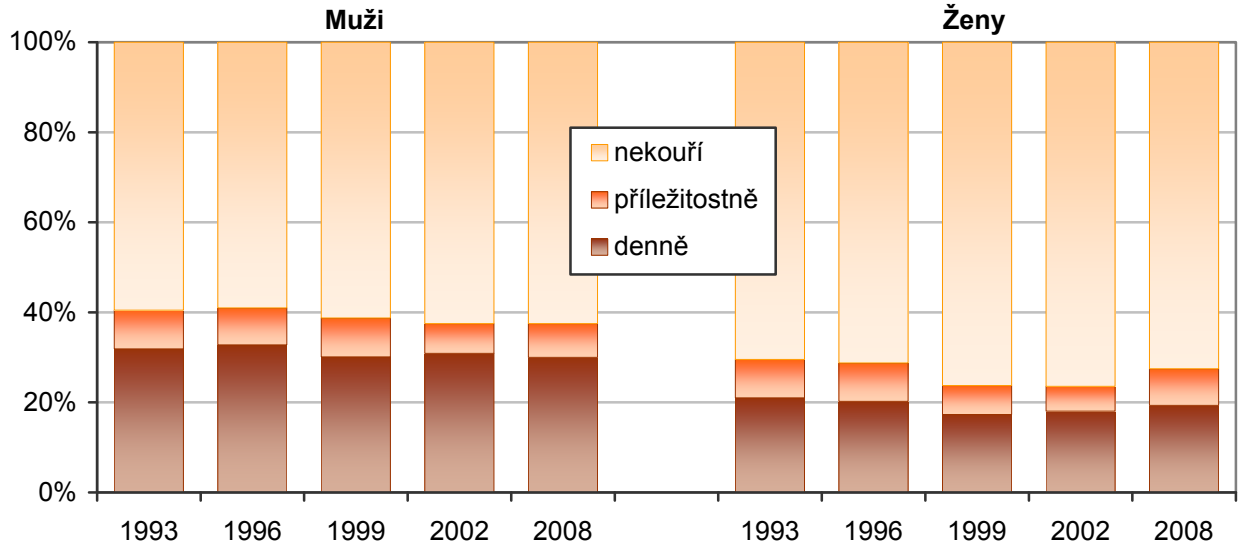
Tab. 9.6: Srovnání týdenní konzumace alkoholu (počet standardních nápojů za týden) a podílu abstinentů mezi šetřeními 2002 a 2008

Nápoj	2002		2008	
	muži	ženy	muži	ženy
Pivo	13,9	2,5	15,6	4,5
Víno	1,5	2,7	1,5	5,2
Aperitiv	0,1	0,2	0,3	0,1
Destilát	2,2	1,2	1,9	0,2
Celkem	17,7	6,6	19,3	10,1
% abstinentů	10,9	28,1	8,8	22,9

9.14. Kouření

V roce 2008 kouřilo denně zhruba 30 % mužů a 20 % žen. Pokud sledujeme dlouhodobý časový vývoj, výrazné změny od roku 1993 nezaznamenáváme. Pouze u mužů je patrný mírný pokles podílu denních kuřáků, v roce 1993 kouřilo denně 32 % mužů a 21 % žen.

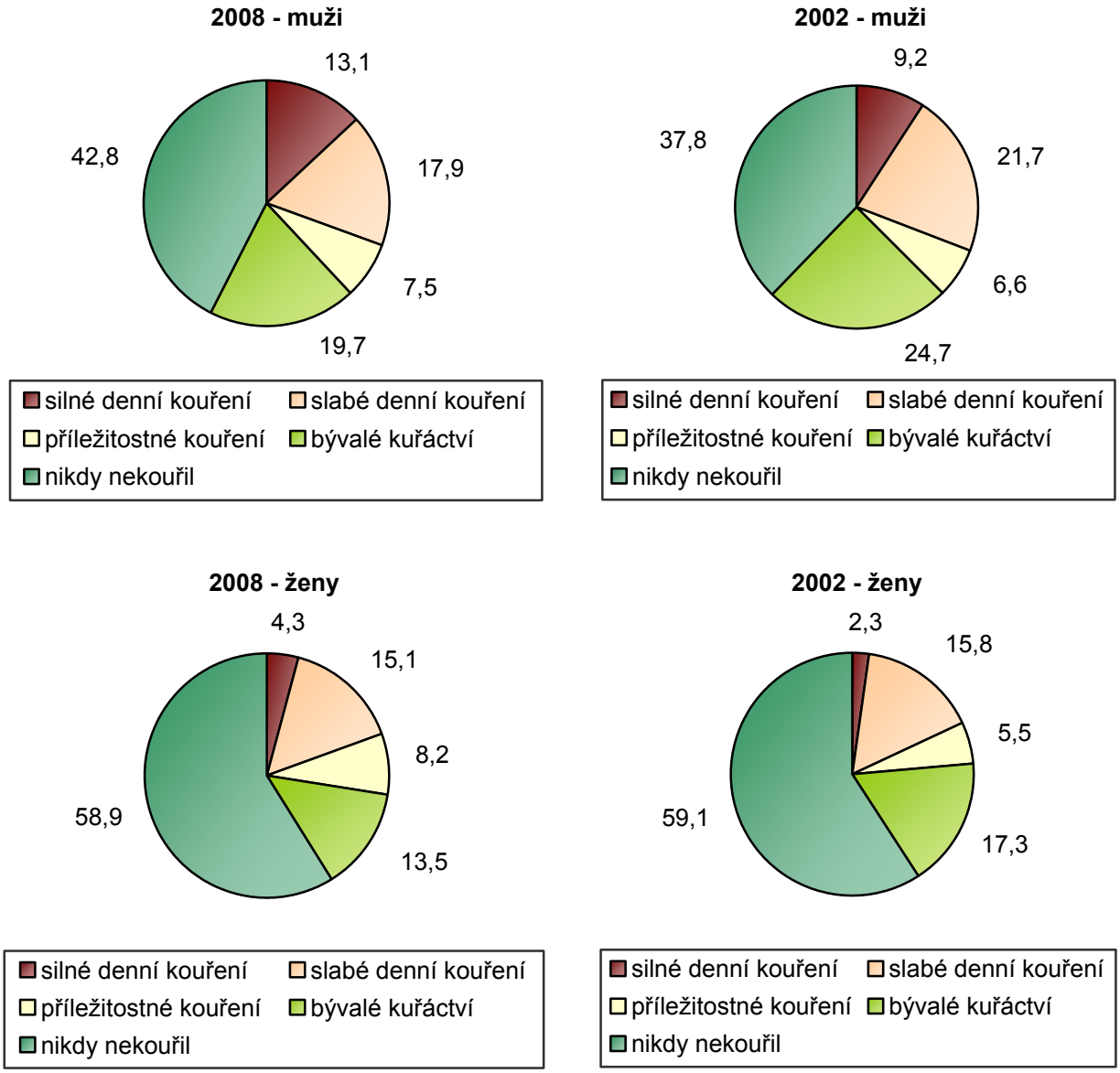
Graf 9.18: Respondenti podle kategorie kuřáctví, 1993–2008



Podíly respondentů z hlediska pěti kategorií kouření jsme srovnali s minulým šetřením konaném v roce 2002. Mezi dvěma šetřeními došlo ke zvýšení podílu silných denních kuřaček a příležitostných kuřaček u žen, naopak u bývalých kuřaček zaznamenáváme

snížení podílu. Všechny tyto změny jsou statisticky významné. U mužů pozorujeme statisticky významné zvýšení podílu silných i slabých denních kuřáků a také osob, co nikdy nekouřily. Statisticky významné je také snížení podílu bývalých kuřáků.

Graf 9.19: Srovnání podílů respondentů z hlediska typu kuřáctví (r. 2002 a 2008) (v %)



Z hlediska doby kouření lze říci, že současní denní kuřáci kouří v průměru 20 let. Při srovnání výsledků s minulým šetřením v roce 2002 musíme mít na paměti odlišné znění otázky v dotazníku. V roce 2002 se tazatelé ptali pouze na počet let, po které respondent kouří nebo kouřil, kdežto v roce 2008 se otázka týkala výhradně denního kouření. Přesto jsou si čísla poměrně podobná, statistický test neidentifikoval mezi dvěma šetření rozdíly. Uvádíme pouze čísla u současných a bývalých kuřáků, u příležitostných kuřáků by bylo srovnání právě kvůli odlišnému znění otázky zavádějící.

Tab. 9.7: Průměrný počet let (denního) kuřáctví podle typů kuřáctví v současnosti, roky 2002 a 2008

Druh kuřáctví		Počet let			
		2008		2002	
		muži	ženy	muži	ženy
Kuřák současný	silný	24,6	24,2	24,3	22,3
	slabý	18,7	17,1	18,4	18,9
Kuřák bývalý		15,9	9,9	15,3	9,5

9.15. Drogy

V šetření EHIS 2008 jsme sledovali užívání celkem 7 typů drog (tj. návykových látek mimo alkohol a tabák), navíc byla možnost uvést jiné než vyjmenované drogy. Také v předchozích šetřeních (1999, 2002) byla informace o užívání drog sledována, ovšem v jiné podobě. Proto bylo nutné některé stávající kategorie sloučit tak, aby odpovídaly těm z předchozích šetření. Do kategorie halucinogeny jsme tedy zařadili extázi, LSD a lysohlávky, kategorie stimulancia pak zahrnuje amfetaminy, pervitin, kokain a crack.

Jak je patrné z tabulky 9.8, podíl uživatelů drog se mezi roky 1999 a 2002 zvýšil jen nepatrně, zato mezi roky 2002 a 2008 došlo k velkému nárůstu. Podíl osob, které někdy vyzkoušely drogu, se v celé populaci zvýšil ze 7,5 % na 19 % u mužů a ze 4,7 % na 12 % u žen, k nárůstu došlo u všech typů drog.

Tab. 9.8: Prevalence užívání drog v letech 1999, 2002 a 2008 (v %)

Celoživotní prevalence	Populace celkem					
	muži			ženy		
	1999	2002	2008	1999	2002	2008
Celkem	7,1	7,5	19,1	4,1	4,7	12,1
Marihuana	6,5	7,2	18,9	3,7	4,1	11,8
Halucinogeny	0,4	1,0	4,3	0,2	0,5	2,2
Stimulancia	0,3	0,8	1,9	0,4	0,5	1,3
Heroin	0,1	0,2	1,1	0,2	0,0	0,2
12 měsíční prevalence	Populace 15–35 let					
	muži			ženy		
	1999	2002	2008	1999	2002	2008
Celkem	7,0	8,2	13,0	4,5	4,4	8,5
Marihuana	6,5	7,7	11,6	4,2	4,0	8,1
Halucinogeny	0,2	1,3	4,4	0,2	1,1	1,5
Stimulancia	0,5	0,7	1,6	0,2	0,2	0,3
Heroin	0,2	0,2	1,2	0,0	0,0	0,3

Roční prevalenci jsme sledovali pouze ve věkové skupině 15–35 let (v dalších věkových skupinách se takoví uživatelé drog téměř nevyskytují), prevalence užívání drog v posledních 12 měsících se ve věku do 35 let zvýšila z 8 % na 13 % u mužů a ze 4,4 % na 8,5 % u žen. Nárůst je opět patrný u všech typů drog.

9.16. Sociální kontakty

V šetření EHIS 2008 bylo sociální prostředí sledováno 3 otázkami, z toho dvě národní můžeme nalézt i v předchozím šetřeních HIS CR 2002. S ohledem na intenzitu sociálních kontaktů ve srovnání s rokem 2002 došlo v roce 2008 k úbytku podílu respondentů, kteří byli za poslední 2 týdny v kontaktu se svými příbuznými a přáteli stále. Toto snížení je statisticky významné v případě obou pohlaví. Ke snížení intenzity sociálních kontaktů nejvíce přispěly věkové kategorie respondentů starších 55 let.

Tab. 9.9: Struktura respondentů podle intenzity sociálních kontaktů, roky 2002 a 2008 (v %)

Intenzita sociálních kontaktů	2002		2008	
	muži	ženy	muži	ženy
stále	53,2	58,7	47,0	49,4
většinou	31,8	29,1	35,1	36,6
někdy	9,8	8,4	12,0	9,7
málokdy	4,4	3,5	4,8	3,9
nikdy	0,9	0,4	1,2	0,4

Vedle intenzity jsme sledovali také kvalitu sociálních kontaktů. Otázka zjišťující kvalitu sociálních kontaktů byla respondentům pokládána ve stejném znění i v minulém šetření z roku 2002. Proto můžeme výsledky těchto dvou šetření přímo srovnávat.

Tab. 9.10: Struktura respondentů podle kvality sociálních kontaktů, roky 2002 a 2008 (v %)

Kvalita sociálních kontaktů	2002		2008	
	muži	ženy	muži	ženy
velmi dobré	42,8	48,2	50,3	55,1
dobré	45,3	40,9	41,2	34,2
uspokojivé	10,1	9,7	7,0	9,5
špatné	1,5	0,9	1,1	1,0
velmi špatné	0,3	0,2	0,3	0,3

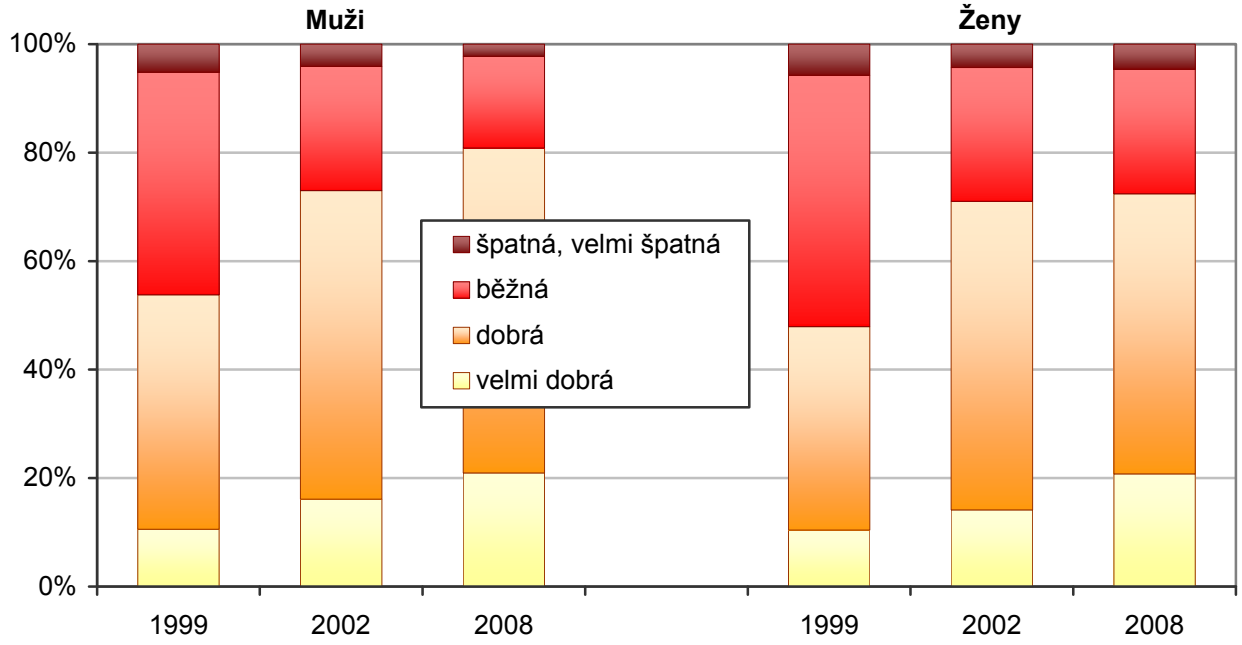
Hodnotíme-li kvalitu sociálních kontaktů, ve srovnání s rokem 2002 došlo, narozdíl od otázky na intenzitu sociálních kontaktů, k nárůstu podílu respondentů, kteří označili kvalitu svých sociálních kontaktů v posledních 2 týdnech jako velmi dobrou. Zvýšení bylo prokázáno jako statisticky významné v případě obou pohlaví. Ke zvýšení kvality sociálních kontaktů nejvíce přispěly věkové kategorie 25–54 let.

Ze srovnání vývojové změny intenzity a kvality sociálních kontaktů mezi lety 2002 a 2008 lze usuzovat, že ačkoliv jsou u respondentů sociální kontakty méně intenzivnější, tak jsou zato kvalitnější.

9.17. Kvalita života

Z porovnání hodnocení kvality života za poslední tři šetření, tedy od roku 1999, vidíme, že došlo k poměrně výrazným změnám směrem k pozitivnějšímu hodnocení kvality života. Zatímco v roce 1999 hodnotilo kvalitu života jako dobrou či velmi dobrou zhruba 50 % všech respondentů, o devět let později je to již 75 %. Mírně se snížil i podíl osob hodnotících kvalitu života jako špatnou či velmi špatnou, k hlavnímu přesunu však došlo v případě neutrální kategorie, jejíž zastoupení mezi roky 1999 a 2008 výrazně kleslo.

Graf 9.20: Hodnocení kvality života v letech 1999–2008 podle pohlaví



Souhrn kap. 9: Přehled základních vývojových charakteristik (v %, vážená data jsou použita pouze v roce 2008)

MUŽI					
	1993	1996	1999	2002	2008
Subjektivní zdraví					
velmi dobré	17,8	17,9	15,6	21,9	31,2
dobré	27,2	32,8	42,1	44,5	42,2
uspokojivé	36,8	31,7	30,8	26,1	20,0
špatné a velmi špatné	18,2	17,6	11,5	7,5	6,6
BMI					
podváha, nízká váha (BMI do 20)	3,8	2,8	4,7	3,9	2,8
normální váha (BMI 20–24,9)	41,8	46,5	38,4	40,2	34,6
nadváha (BMI 25–29,9)	44,1	40,3	41,9	42,5	45,2
obezita (BMI 30 a více)	10,4	10,4	15,0	13,4	17,4
Kouření					
denně	31,9	32,8	30,1	30,9	30,0
příležitostně	8,6	8,2	8,6	6,6	7,5
nekouří	59,5	59,0	61,3	62,5	62,5
Alkohol v posledních 12 měsících					
ano	90,7	88,1	88,1	89,1	91,2
Marihuana					
někdy v životě	.	.	6,5	7,2	18,9
v posledních 12 měsících	.	.	2,8	3,5	5,3
Chronická nemocnost					
hypertenze	8,6	12,9	11,8	15,2	22,4
cukrovka	5,6	5,6	6,9	5,1	5,8
migréna	2,3	2,9	2,6	6,1	3,2
žaludeční vředy	7,0	6,6	3,7	3,0	2,9
Potíže se sebeobsluhou					
ano (vstávání, lehání, jídlo, toaleta)	7,0	9,4	6,6	5,4	6,1
Kvalita života					
velmi dobrá	.	.	10,5	16,1	21,0
dobrá	.	.	43,2	56,9	59,9
běžná	.	.	41,1	22,9	16,9
špatná, velmi špatná	.	.	5,1	4,1	2,2

Souhrn kap. 9: Přehled základních vývojových charakteristik (v %, vážená data jsou použita pouze v roce 2008)

ŽENY					
	1993	1996	1999	2002	2008
Subjektivní zdraví					
velmi dobré	11,1	11,8	12,4	15,5	23,5
dobré	29,1	29,5	38,0	42,9	39,8
uspokojivé	36,5	37,1	36,4	30,5	26,9
špatné a velmi špatné	23,2	21,7	13,2	11,0	9,8
BMI					
podváha, nízká váha (BMI do 20)	11,5	11,1	12,9	11,8	13,1
normální váha (BMI 20–24,9)	48,0	47,5	43,2	41,5	40,5
nadváha (BMI 25–29,9)	28,3	29,3	30,3	30,7	28,9
obezita (BMI 30 a více)	12,2	12,1	13,6	16,1	17,5
Kouření					
denně	21,0	20,2	17,3	18,1	19,4
příležitostně	8,5	8,5	6,5	5,5	8,1
nekouří	70,5	71,2	76,2	76,4	72,5
Alkohol v posledních 12 měsících					
ano	77,8	74,6	72,9	71,9	77,1
Marihuana					
někdy v životě	.	.	3,7	4,1	11,9
v posledních 12 měsících	.	.	1,7	1,5	4,0
Chronická nemocnost					
hypertenze	11,6	14,2	15,2	21,3	22,5
cukrovka	5,8	7,2	6,7	7,8	6,4
migréna	7,2	10,2	7,2	13,9	10,9
žaludeční vředy	3,8	4,2	4,1	2,6	2,7
Potíže se sebeobsluhou					
ano (vstávání, lehání, jídlo, toaleta)	9,6	14,0	9,8	9,6	11,6
Kvalita života					
velmi dobrá	.	.	10,4	14,1	20,8
dobrá	.	.	37,5	56,9	51,7
běžná	.	.	46,4	24,7	23,0
špatná, velmi špatná	.	.	5,7	4,3	4,6

10. SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ

Prezentované analýzy podávají nepřeberné množství informací jak o struktuře respondentů zahrnutých v šetření, tak o jejich zdravotním stavu, využívání zdravotní péče a aspektech životního stylu a prostředí, které k ovlivňování jejich zdraví přispívají.

10.1. Ukazatele popisující zdravotní stav

Zdravotní stav je nejčastěji charakterizován ukazatelem **subjektivního zdraví**. Ten nám říká, jak subjektivně respondenti hodnotí svůj zdravotní stav, jak se zdravotně cítí. V populaci ČR se v průběhu let struktura právě podle subjektivního hodnocení vlastního zdraví poměrně výrazně změnila – Češi hodnotí své zdraví stále častěji jako pozitivní. V roce 2008 se cítilo velmi dobře nebo dobře 83 % mužů a 67 % žen, v roce 1993 to bylo výrazně méně (45 % mužů a 40 % žen). Naopak špatně či velmi špatně vnímalo v roce 2008 svůj zdravotní stav 6,5 % mužů a 10 % žen. Ženy obvykle hodnotí své zdraví hůře než muži, s věkem se zvyšuje podíl osob hodnotících své zdraví jako špatné či velmi špatné.

Ukazatel subjektivního zdraví je vázán na reálný zdravotní stav jedince. Odborné studie se shodují na tom, že subjektivní zdraví může být vnímáno jako určitý prediktor chronické nemocnosti, ale dokonce i úmrtnosti. V šetření EHIS bylo zařazeno několik otázek hodnotících **nemocnost poněkud objektivněji**. Na otázku „*Máte nějakou dlouhodobou nemoc nebo zdravotní potíž*?“ odpovědělo kladně 40 % mužů a 47 % žen. Nějakým způsobem omezeno v aktivitách, které lidé běžně dělají se cítilo 25 % mužů a 30 % žen, přitom 8 % mužů a 11 % žen považovalo omezení za vážné. V průběhu posledních 12 měsíců uvedlo nějakou konkrétní nemoc nebo zdravotní obtíž 63 % všech respondentů (57 % mužů, 69 % žen).

Je tedy patrné, že i respondenti, kteří trpí nějakou chronickou nemocí, hodnotí své zdraví jako dobré. Na první pohled by bylo možné říci, že jako dobré či velmi dobré hodnotí své zdraví ty osoby, které se necítí být nijak omezeny ve svých aktivitách ze zdravotních důvodů (celkem 75 % mužů a 70 % žen). Při statistickém testování bylo zjištěno, že respondenti, kteří nejsou omezeni ze zdravotních důvodů hodnotí své zdraví zhruba 6krát častěji jako pozitivní ve srovnání s těmi, kteří nějaké omezení uvedli. Naproti tomu osoby, které jsou omezeny, hodnotí své zdraví až 14krát častěji jako špatné či velmi špatné ve srovnání s osobami bez omezení. Podobné souvislosti pak nacházíme ve vazbě na chronickou nemocnost a přítomnost dlouhodobé nemoci.

Poměrně důležitým výstupem ze šetření je **prevalence jednotlivých chronických potíží**, neboť rutinní statistika často těmito informacemi nedisponuje a pokud ano, nemá k dispozici např. takto podrobné členění podle věku. Nejčastěji respondenti uváděli, že trpí hypertenzí (celkem 22 % osob s nemocí v posledních 12 měsících). Četné byly také problémy s bederní páteří (21 % mužů a 23 % žen), potíže s páteří krční a alergie.

Fyzická bolest působila problémy v posledních 4 týdnech před rozhovorem zhruba 35 % mužů a 45 % žen, z toho více než polovina užívala na bolesti nějaké léky.

Avšak informace o **počtech úrazů** jsou sice dostupné i z rutinních zdrojů zdravotnické statistiky, i když tato statistika zahrnuje jen lékařsky ošetřené úrazy. Celkem mělo úraz při dopravní nehodě v posledním roce 2 % mužů a žen, polovina z nich si vyžádala lékařské ošetření. Úraz doma nebo ve volném čase uvedlo 7 % respondentů, v tom 5 % s nutností lékařského ošetření. Jakýkoliv úraz měla v posledním roce zhruba desetina populace.

Velice důležitým ukazatelem, který může nahradit informace o konkrétních chronických nemocech, je přehled o tom, jakým způsobem jsou respondenti **omezeni v některých funkcích**. Tak např. problémy se zrakem uvedlo 12 % mužů a 18 % žen, a to i přesto, že zhruba 50 % všech respondentů nosí brýle či čočky. Sluchové potíže uvedlo 6 % mužů a žen. Pohybové omezení (chůze po rovině, do schodů) vykázalo 8 % mužů a 16 % žen, celkem 15 % mužů a 24 % žen pak má potíže s pohyblivostí jiného typu.

Na tyto poznatky navazuje i zhodnocení **soběstačnosti respondentů**, a to s ohledem na tzv. ADL (Aktivity denního života, Activities of Daily Living, spojené s péčí o vlastní osobu) a IADL (Instrumental Activities of Daily Living, spojené zejména s péčí o domácnost). Nějaké z těchto omezení uvedlo zhruba 13 % osob, přitom 69 % uvedlo oba typy omezení.

Tab. 10.1: Podíl osob s ADL/IADL omezením podle věku (v %)

	15–24	25–34	35–44	45–54	55–64	65–74	75+	Celkem
Muži	1,3	1,0	3,4	12,6	12,9	18,8	63,6	9,7
Ženy	2,5	1,6	6,7	14,8	16,5	29,2	76,4	16,3
Celkem	1,9	1,3	5,2	13,6	14,7	24,7	72,4	13,1

Ze všech osob s omezením typu ADL nebo IADL je zhruba 65 % žen, jen ve 35 % se jedná o muže. Z hlediska věku lze říci, že se jedná převážně o osoby ve věku 65 a více let (celkem 55 %), mezi nimi připadá 23,5 p.b. na věkovou skupinu 80letých a starších.

Osoby s omezením ADL, IADL mají logicky horší zdravotní stav ve srovnání s ostatní populací. Až 44% z nich hodnotí svůj zdravotní stav jako špatný či velmi špatný, zatímco u ostatních osob je takové hodnocení zaznamenáno pouze u 3 % respondentů. To je sice zčásti způsobeno vlivem věkové struktury, i po jejím odstranění však osoby s ADL/IADL hodnotí své zdraví až 20krát častěji jako špatné ve srovnání s ostatními. Celkem 96 % osob a omezením v ADL/IADL v posledních 12 měsících trpělo nějakou chronickou nemocí. Více než 50 % z nich uvedlo, že trpí hypertenzí, bolestmi v oblasti bederní páteře, časté byly i problémy s krční páteří, artritida a osteoartritida, 23 % osob s omezením má diabetes.

Vzhledem k tomu, že zdraví je definováno nejen jako zdraví fyzické, ale i duševní (a potažmo i sociální), zahrnuli jsme do šetření také ukazatel věnující se **duševnímu zdraví**. Zde jsme zahrnuli jednak otázky týkající se vitality a dále pak skutečného duševního zdraví. Problémy s dostatkem životní energie a vitality mělo 13 % mužů a 24 % žen, problémy v oblasti psychiky pak uvedlo 5 % mužů a 12 % žen.

10.2. Ukazatele využívání zdravotní péče

V šetření jsme sledovali jak péči lůžkovou, tak ambulantní a dokonce i preventivní. Zahrnuto sem bylo i užívání léků a hodnocení spokojenosti se zdravotní péčí v Česku.

Během posledních 12 měsíců bylo přijato na vícedenní hospitalizaci 10 % mužů a 12 % žen, v průměru v nemocnici strávili za rok 12, resp. 15 nocí. Mimo to bylo 3,5 % mužů a 5 % žen přijato na jednodenní hospitalizaci.

Ambulantní péče byla sledována v členění zubní lékař, praktický lékař a specialista. Zubního lékaře navštívily během posledních 12 měsíců celkem 2/3 mužů a 3/4 žen, během posledního měsíce připadalo zhruba 30 návštěv zubaře na 100 všech respondentů. Návštěvy u praktického lékaře byly mírně častější než návštěvy zubaře, v posledních 4 týdnech připadalo na 100 respondentů zhruba 48 návštěv praktika. Lékaře specialistu navštívilo za posledních 12 měsíců 45 % mužů a 67 % žen, za poslední 4 týdny pak připadlo zhruba 30 návštěv na 100 osob u mužů a 50 návštěv na 100 osob u žen. Zde jsou však výsledky u žen zkresleny návštěvami gynekologa, který je v některých kategorizacích zdravotnické statistiky řazen mezi praktické lékaře, nikoliv mezi specialisty.

Další zdravotnické pracovníky – nelékaře navštívilo v posledním roce 35 % mužů a 46 % žen, přitom nejčastěji se jednalo o pracoviště laboratorní či radiologické, dále o fyzioterapeutické pracovníky a chiropraktiky. Poskytovatele alternativní medicíny navštívilo v posledních 12 měsících celkem 5 % respondentů, služby domácí péče využila celkem zhruba 4 % respondentů.

Lékařem předepsané léky byly užívány v posledních 2 týdnech před rozhovorem 41 % mužů a 62 % žen, u žen byla do užívání zahrnuta i antikoncepce, pokud bychom ji neuvažovali, pak je podíl žen užívajících předepsané léky zhruba 52 %. Nejčastěji se jednalo o léky na hypertenzi a o léky na bolesti (kloubů, zad apod.). Antikoncepční pilulky užívalo zhruba 30 % žen do 50 let. Nepředepsané léky užívalo zhruba stejné procento respondentů (40 % mužů, 52 % žen), nejčastěji to byly vitamíny, minerály a tonika, dále pak léky na nachlazení, bolest hlavy a další.

Preventivní péče byla sledována z několika hledisek. Očkovat se proti chřipce nechalo v posledním roce před rozhovorem celkem 10 % respondentů. Zhruba 2/3 respondentům byl měřen krevní tlak, měření hladiny cholesterolu bylo provedeno u 46 %, glykémie rovněž. Onkologická prevence nebyla využívána tak často, zatímco stěr z děložního čípku byl proveden u 41 % žen, mamografické vyšetření podstoupilo jen 18 % žen a test na okultní krvácení byl proveden zhruba 6 % respondentů. Ve věkových skupinách, na které jsou screeningové programy zaměřeny, jsou však podíly osob s vyšetřením vyšší.

Celkem 65 % populace je spokojeno se zdravotní péčí v ČR. Nejvíce jsou respondenti spokojeni s péčí stomatologů, specialistů a praktiků (zhruba 85 % spokojených respondentů). Spokojenost je vázána se skutečností, zda respondent danou službu využil či nikoliv, a to zejména u ambulantní péče (u lůžkové péče nebyla souvislost prokázána jako statisticky významná). Respondenti, kteří využili služeb praktického, zubního lékaře či

lékaře specialisty v posledních 12 měsících, častěji uváděli, že jsou spokojeni ve srovnání s ostatními.

Důležitým výstupem ze šetření jsou i informace o výdajích na zdravotní péči. Nejčastěji respondenti platili za předepsané a nepředepsané léky, nejvyšší průměrnou částku zaznamenáváme u předepsaných léků. Nejméně naopak respondenti zaplatili za návštěvu praktika či specialisty. Celková průměrná výše nákladů na zdraví celkem za měsíc činila 463 Kč, více než 150 Kč utratila v tomto období zhruba polovina respondentů.

Je zřejmé, že využívání zdravotní péče je výrazně ovlivněno zdravotním stavem pacienta. Pokud bychom považovali subjektivní zdraví jako souhrnný ukazatel odrážející zdravotní stav respondenta, pak zaznamenáváme statisticky významné rozdíly ve využívání jak lůžkové, tak ambulantní péče. Osoby se špatným subjektivním zdravím byly častěji hospitalizovány, častěji užívaly předepsané léky, častěji byly u lékaře specialisty nebo u praktického lékaře. V případě využívání péče stomatologa ani v případě užívání nepředepsaných léků nebyla vazba prokázána.

Pozitivní vliv využívání preventivních vyšetření je na tomto typu dat obtížné prokázat. Obecně totiž platí, že vyšetření, jako je např. měření krevního tlaku, měření hladiny cholesterolu jsou prováděny častěji osobám, které navštěvují lékaře v souvislosti s nějakým zdravotním problémem a cítí se tedy zdravotně hůře. U ostatních typů preventivních vyšetření vazba na subjektivní hodnocení zdraví nalezena nebyla.

10.3. Zdravotní determinanty

Životní styl je, považován za nejdůležitější faktor ovlivňující zdraví jedince. V šetření jsme sledovali několik charakteristik, které mohou zdraví respondentů v určité míře determinovat.

Charakteristiku tělesné výšky a hmotnosti v sobě slučuje Index tělesné hmotnosti (Body Mass Index). Nadváhu, tedy index vyšší než 25 kg/m^2 mělo v roce 2008 celkem 63 % mužů a 54 % žen, přitom zhruba 17 % všech respondentů spadá do kategorie obezity.

Jedním z faktorů, které mohou zejména tělesnou hmotnost ovlivňovat, je fyzická aktivita. Nějakou těžkou fyzickou aktivitu provádělo v průběhu posledního týdne 53 % mužů a 24 % žen, přitom celkem 76 % mužů a 66 % žen provádělo středně těžké fyzické aktivity, chůzi se věnovali téměř všichni respondenti. Na jednoho respondenta – muže připadá v průměru zhruba 500 minut (přes 8 hodin) těžké fyzické aktivity týdně, na jednu ženu pak 131 minut (přes 2 hodiny) týdně. Středně těžké fyzické aktivitě pak muži věnují v průměru 650 minut týdně (tedy necelých 11 hodin), ženy pak zhruba 8 hodin.

Druhým z faktorů ovlivňujícím tělesnou stavbu jedince je strava. Mezi zásady správné výživy patří častá konzumace ovoce a zeleniny. Denně konzumuje ovoce 57 % mužů a 75 % žen, zeleninu pak konzumuje denně o něco méně osob, tj. 53 % mužů a 66 % žen. Ovocné džusy a zeleninové šťávy konzumuje denně zhruba desetina všech respondentů.

Bohužel v datech ze šetření není možné prokázat vztah mezi fyzickou aktivitou a BMI, ani konzumace ovoce a zeleniny nemá ve vztahu k BMI statisticky významný vliv.

Negativně zdraví jedince ovlivňuje konzumace návykových látek, jako je alkohol, tabák nebo ostatní drogy. Alkohol v posledních 12 měsících konzumovalo přes 90 % mužů a 77 % žen. Nejčastěji respondenti konzumovali pivo, dále pak destiláty a víno. Rizikovou konzumací alkoholu je ohroženo 22 % mužů a 7 % žen.

Denně kouří zhruba 30 % mužů a 20 % žen, dalších 8 % představují kuřáci příležitostní. Nikdy nekouřilo 43 % mužů a 59 % žen. Většina kuřáků kouří cigarety, buď z velkovýroby nebo ručně balené. Denní kuřáci – muži vykouří denně v průměru 16 cigaret, ženy pak 12. Průměrná doba kouření u současných kuřáků je 20 let.

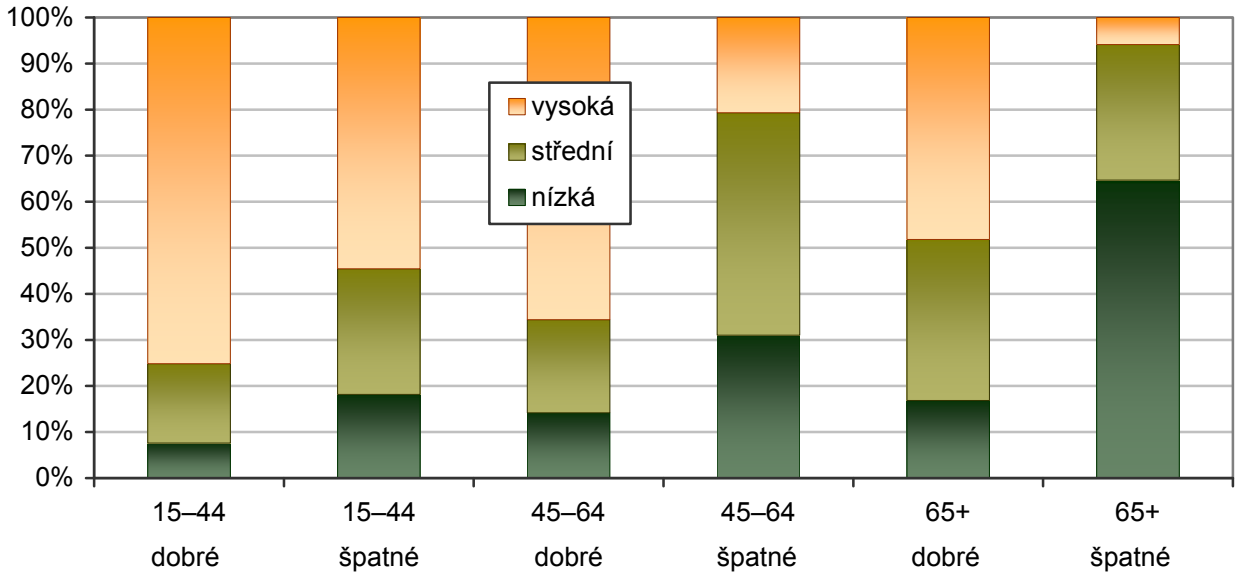
Ostatní drogy (vyjma alkohol a tabák) užilo v posledních 12 měsících zhruba 5 % respondentů, přitom ve věkové skupině 15–34 let je tato prevalence vyšší a dosahuje zhruba 10 %. Nejčastěji užívanou drogou byla marihuana. Ve srovnání s výsledky výhradně drogově zaměřeného šetření jsou výsledky šetření EHIS v otázce uživatelů drog podhodnoceny.

Kromě faktorů životního stylu se na zdraví jednice odrážejí i vnější faktory prostředí, ve kterém dotyčný žije. Silně bylo vystaveno hluku a znečištěnému ovzduší v okolí domova zhruba 10 % respondentů, 5 % respondentů obtěžoval zápach, zejména ženy (celkem 7 %) se cítí být ohroženy kriminalitou v okolí bydliště. Také pracovní podmínky mohou být ve vztahu ke zdraví rizikové. Silně je na pracovišti vystaveno stresu 15 % pracujících respondentů, zhruba 14 % je vystaveno hluku, vibracím a stejný podíl pracuje v podmínkách s vysokým rizikem úrazu.

Hodnotíme-li vliv uvedených faktorů na zdraví, pak zaznamenáváme souvislost mezi subjektivním zdravím a BMI. Osoby, které trpí nadváhou mají horší subjektivní zdraví než osoby s normální hmotností. Podobně je tomu v případě fyzické aktivity. Osoby s nízkou fyzickou aktivitou vykazují častěji špatné subjektivní zdraví než ostatní. Z hlediska kuřáctví, osoby, které nekouří denně vykazují častěji dobré subjektivní zdraví ve srovnání s denními kuřáky. Také sociální kontakty mají na zdraví pozitivní vliv. Osoby, které mají 3 a více blízkých osob vykazují častěji dobré subjektivní zdraví než osoby ostatní.

Uvedené vazby však mohou být i opačné, neboť zdravotní stav respondenta do určité míry determinuje jeho životní styl. Tak například osoby se špatným subjektivním zdravím, zejména ve vyšším věku, častěji omezují své kuřáctví ze zdravotních důvodů, omezeny jsou však tyto osoby také ve fyzické aktivitě či v sociálních kontaktech. Tak mohou vznikat i některé paradoxy, kdy například osoby s vysokou konzumací alkoholu vykazují lepší subjektivní zdraví než ostatní, neboť osoby se špatným zdravím musely svoji konzumaci alkoholu omezit.

Graf 10.1: Fyzická aktivita dle subjektivního zdraví a věku, muži, 2008



Hodnocení kvality života úzce koreluje s hodnocením subjektivního zdraví. Osoby, které uvedly špatné subjektivní zdraví, až 12krát častěji uvádějí i jiné než pozitivní hodnocení kvality života (ani dobrá ani špatná, špatná, velmi špatná). Přitom přítomnost chronické nemoci hodnocení kvality života takto výrazně nediferencuje, osoby, které měly chronickou nemoc v posledních 12 měsících, hodnotily 2krát častěji svou kvalitu života jako neutrální či špatnou než osoby bez chronické nemoci. Podobně je tomu i v případě osob s omezením a bez omezení ze zdravotních důvodů, příp. s omezením v aktivitách typu ADL, IADL. I pokud bychom zahrnuli tyto proměnné jako kontrolní, zůstává i nadále vazba mezi subjektivním hodnocením zdraví a hodnocením kvality života. Jsou zde tedy pravděpodobně další faktory, které oba postoje určují. Do značné míry jsou to aspekty hodnocení duševního zdraví a energie, vitality, ty se zdají být pro hodnocení kvality života i subjektivního zdraví rozhodující, přitom zejména ukazatel vitality je velice úzce spojen s hodnocením subjektivního zdraví. Svoji roli zde hraje i aspekt sociálních kontaktů a v neposlední řadě pak příjem. Řada statistických testů tedy potvrdila, že determinující pro hodnocení kvality života jsou zejména ukazatele související s tím, jak se člověk cítí, jak své zdraví vnímá (subjektivní zdraví, ukazatele duševního zdraví), dále pak skutečné fyzické zdraví, příjem a sociální kontakty jedince.

10.4. Vývoj

Z hlediska vývojových trendů lze říci, že subjektivní hodnocení zdraví se dlouhodobě zlepšuje, a to i přes to, že prevalence některých chronických nemocí roste. K nárůstu prevalence došlo mezi roky 2002 a 2008 např. u prevalence hypertenze a alergií.

K pozitivním změnám došlo v otázkách týkajících se duševního zdraví a vitality respondentů, což je charakteristika úzce související se subjektivním hodnocením zdraví. Uvedené změny pozorujeme zejména ve věkové skupině do 74 let, u nejstarších osob byly změny minimální. V oblasti zdraví lze tedy shrnout vývoj tak, že i když prevalence některých nemocí roste, subjektivně se respondenti cítí lépe.

V oblasti zdravotní péče a jejího využívání zaznamenáváme mírný pokles hospitalizovanosti populace a snížení počtu nocí strávených respondenty v nemocnici.

Naproti tomu ve využívání ambulantní péče došlo k nárůstu návštěv stomatologa, ke snížení došlo u návštěvnosti praktického lékaře a specialisty v posledních 4 týdnech před rozhovorem. To může být mj. způsobené i tím, jak byly rozhovory načasovány (v období okolo prázdnin), kdy mohla být návštěvnost lékařů mírně nižší. V užívání léků nedošlo u mužů k žádné změně, u žen byl pozorován mírný pokles. Zatímco podíl uživatelů léků na hypertenzi vzrostl, podíl uživatelů léků na bolesti se mírně snížil. V případě nepředepsaných léků zaznamenáváme nárůst podílu osob užívajících léky na nachlazení a chřipku, pokles byl zaznamenán naopak v podílu žen užívajících vitamíny, minerály a tonika. Preventivní opatření jsou využívána stále častěji, k nárůstu od roku 2002 došlo u podílu osob očkovaných proti chřipce, k podílu žen s mamografií a onkologickou cytologií. Výjimku představují měření krevního tlaku, kde byl mezi roky 2002 a 2008 zaznamenán pokles podílu osob s tímto vyšetřením.

Vývoj zdravotních determinant lze charakterizovat nárůstem podílu obézních osob od roku 1993 jak u mužů, tak u žen. K nárůstu došlo mezi roky 2002 a 2008 i v ukazatelích konzumace alkoholu, v dlouhodobém vývoji od roku 1993 však nezaznamenáváme výraznější změny. Ani v kuřáctví nepozorujeme výrazné změny, i když se zdá, zejména u mužů, že podíl denních kuřáků mírně klesá. Statisticky významný nárůst však můžeme pozorovat v podílu uživatelů drog. K nárůstu došlo jak u celoživotní, tak u 12měsíční prevalence.

10.5. Závěr

Uvedené kapitoly prezentují veškeré doposud analyzované informace. Je však zřejmé, že analýzy nemohou být nikdy zcela kompletní a všezahrnující už proto, že ve sledovaných charakteristikách existuje celá řada možných členění, provázaností a možných souvislostí. Výsledky případných dalších návazných, prohlubujících či rozšiřujících analýz budou prezentovány formou Aktuálních informací dostupných na www.uzis.cz, stejným způsobem bude prezentováno, jakmile bude dostupné, srovnání vybraných charakteristik s ostatními evropskými zeměmi.

Již nyní, na konci analýzy šetření EHIS 2008 pracujeme na přípravě dalšího šetření, které proběhne v roce 2014, tentokráte již podle jednotné Evropské legislativy. V průběhu roku 2011 a 2012 budou připravovány a testovány nástroje, které budou v tomto šetření použity, nejprve na mezinárodní, posléze na národní úrovni. V průběhu roku 2013 pak proběhne v ČR pilotní šetření dotazníku, příprava veškerých materiálů a základní kroky k úspěšné organizaci sběru dat v roce 2014.

Věříme, že se nám v dalších letech podaří navázat na současnou řadu úspěšně realizovaných šetření o zdravotním stavu české populace a že se nám podaří rozšířit datový vzorek natolik, aby šetření přineslo reprezentativní a kvalitní výsledky i na regionální úrovni.

SEZNAM LITERATURY

Daňková, Š.: Srovnání ukazatelů zdravotního stavu v šetření EHIS a SILC, 2010 http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=703

Health Interview Surveys: Towards international harmonisation of methods and instruments, WHO, 1996

Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2008, ÚZIS ČR, Praha, 2010

Nosikov, A., Gudex, C.:EUROHIS, Developing common instruments for health surveys, WHO RO Europe, 2003

Příjmy a životní podmínky domácností v roce 2008, ČSÚ, Praha 2009

Rychtaříková, J.: Zdravá délka života v současné české populaci, Demografie 48, 2006

Sčítání lidu, domů a bytů k 1.3.2001 - Obyvatelstvo. Česká republika. ČSÚ, Praha 2003

Sčítání lidu, domů a bytů 2001. Vybrané informace. ČSÚ, Praha 2003

Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz 2008, ÚZIS ČR, Praha, 2010

Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace HIS CR 93. ÚZIS ČR, Praha 1995

Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace 1996 HIS CR 96. ÚZIS ČR, Praha 1998

Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace 1999 HIS CR 99. ÚZIS ČR, Praha 2001

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2008, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, Úřad vlády ČR, 2009

Žáček, A.: Metody studia zdraví a nemoci v populaci: Úvod do epidemiologie infekčních chorob. Praha: Avicenum, Zdravotnické nakladatelství, 1974

http://www.cervix.cz/

http://www.mamo.cz/

http://www.kolorektum.cz

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK A ZNAČEK

Zkratky:

ADL	Activities of Daily Living (Aktivity denního života)
ANOVA	Analysis Of Variance (Analýza rozptylu)
BMI	Body Mass Index (Index tělesné hmotnosti)
ČSSZ	Česká správa sociálního zabezpečení
ČSÚ	Český statistický úřad
EBM	European Background Module (Evropský podkladový modul)
EDSIM	European Disability and Social Integration Module (Evropský modul o disabilitě a sociální integraci)
ECHP	European Community Household Pannel
EHCM	European Health Care Module (Evropský modul o zdravotní péči)
EHDM	European Health Determinants Module (Evropský modul o zdravotních determinantách)
EHIS	European Health Interview Survey (Evropské výběrové šetření o zdraví)
EHSM	European Health Status Module (Evropský modul o zdraví)
EHSS	European Health Survey Systém (Evropský systém šetření o zdraví)
EUHSID	European Union Health Seurveys Information Database (Informační databáze o zdravotních šetřeních v EU)
HIS	Health Interview Survey (Výběrové dotazníkové šetření o zdraví)
IADL	Instrumental Activities of Daily Living (Instrumentální aktivity denního života)
IPAQ	International Physical Aktivity Questionnaire (Mezinárodní dotazník fyzické aktivity)
ISEO	Informační systém evidence obyvatel
KZAM	Klasifikace zaměstnání
MEHM	Minimum European Health Module (Minimální evropský modul o zdraví)
MET	Metabolic Equivalent of Task (Metabolický ekvivalent činnosti**)**
MHI	Mental Health Index (Index duševního zdraví)
NMS	Národní monitorovací středisko
NRHOSP	Národní registr hospitalizovaných
NS	Nesezdané soužití
NSV	Není statisticky významné
NZIS	Národní zdravotnický informační systém
OR	Odd Ratio (poměr šancí)
p.b.	procentní body
PAPI	Paper and Pencil Interview (Rozhovor uskutečněný jako vyplnění tištěného dotazníku tužkou)
(EU-)SILC	Statistics on Income and Living Conditions
SNÚ	Statistika národních účtů
VŠPS	Výběrové šetření pracovních sil
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

Značky v tabulkách:

Nula (0; 0,0; 0,00) znamená, že se jev vyskytl, ale hodnota vypočteného ukazatele je menší než polovina jednotky použité v tabulce. Z důvodu prezentace dat vážených je nula použita i v případech, kdy se jev na nevážené úrovni vyskytnout mohl, v převážených údajích se však neobjevuje, dále pak v případech, kdy se jev nevyskytl ani v nevážených datech.

Tečka (.) na místě čísla značí, že údaj není k dispozici.

Ležatý křížek (x) značí, že zápis není možný z logických důvodů.

Číslo tazatele I__I__I__I Číslo respondenta I__I__I__I__I__I

Evropské výběrové šetření o zdravotním stavu

Předkládaný dotazník je součástí jednotného Evropského výběrového šetření o zdravotním stavu European Health Interview Survey - EHIS a navazuje na šetření realizovaná Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR v letech 1993, 1996, 1999 a 2002.

Otázky, které vám budou položeny se týkají převážně zdravotního stavu, budeme však také zjišťovat, jaké faktory jej podmiňují (charakteristiky životního stylu, životní úroveň apod.), neboť tyto informace jsou pro zhodnocení zdravotního stavu a jeho ovlivňování velice důležité.

Společně s vámi bude v rámci realizace šetření osloveno celkem zhruba 4 000 respondentů starších 15 let ze všech regionů ČR. Vyplněné dotazníky budou předány ÚZIS ČR v Praze a následně budou anonymně zpracovány. Data ze šetření budou dále předána Evropské komisi pro potřeby mezinárodního srovnání.

V rámci České republiky i Evropské unie budou údaje z tohoto šetření využity vládními orgány při utváření, upřesňování a realizaci zdravotnické a sociální politiky. Zároveň budou využity dalšími výzkumnými pracovníky, publikovány v odborném tisku a na internetu.

Zajišťujeme vám naprostou důvěrnost a anonymitu údajů, které v dotazníku uvedete. Všichni pracovníci, kteří se s dotazníkem setkají, jsou vázáni slibem mlčenlivosti.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

Základní modul

Část A: (tyto otázky nepokládejte respondentovi) ***Datum rozhovoru*** …./…./…….

Okres I__I__I__I ***Velikostní skupina obce*** I__I

Část B: Osobní charakteristiky

Nejprve bych vám rád položil(a) několik otázek týkajících se vaší domácnosti.

HH.1 Kolik osob žije ve vaší domácnosti? I__I__I osob

HH.2 Soupis členů domácnosti ***Typ domácnosti*** I__I__I

Číslo osoby	Jméno osoby	Pohlaví 1 = muž 2 = žena	Věk	Vztah k respon-dentovi *)	Současná ekonom. aktivita 1 = zaměstnaný 2 = nezaměstnaný 3 = student 4 = jiný ekonomicky neaktivní
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					

*) R – respondent, 01 – manžel/manželka, 02 – druh/družka, 03 – rodič, 04 – zeť/snacha, 05 – syn/dcera, 06 – vnouče, 07 – tchán/tchýně, 08 – sourozenec, 09 – prarodič, 10 – jiný příbuzný, 11 – nepříbuzný, 98 – odmítl/a odpovědět, 99 – neví

UZ.1 Uveďte měsíc a rok narození

Měsíc I__I__I Rok I__I__I__I__I

HH.3 V jaké zemi jste se narodil(a)?

narozen(a) na území ČR 1
narozen(a) v jiné zemi než v ČR..... 2 uveďte v jaké……

HH.4 Jaké je vaše občanství?

občan České republiky..... 1
občan jiné země ..... 2 uveďte jaké……

HH.5 Jaký je váš rodinný stav?

POKYN TAZATELI: KÓDUJTE PRVNÍ VOLBU, KTERÁ VYHOVUJE.

svobodná/ý, tzn. nikdy vdaná/ženatý	1	
vdaná/ženatý žijící s manželem/manželkou (včetně registrovaného partnerství)	2	→ Jděte na otázku HH.7
vdaná/ženatý žijící odděleně (včetně registrovaného partnerství)	3	
rozvedená/ý (ne znovu vdaná/ženatý) (legální rozvod i zrušené registrované partnerství)	4	
vdova/vdovec (ne znovu vdaná/ženatý) (včetně ovdovělých z registrovaného partnerství)	5	

FILTR 1

POKYN TAZATELI: POKUD SE JEDNÁ O JEDNOČLENNOU DOMÁCNOST, PŘESKOČTE OTÁZKU HH.6 A PŘEJDĚTE PŘÍMO K OTÁZCE HH.7. JINAK POLOŽTE OTÁZKU HH.6.

HH.6 Žijete v současnosti s někým v této domácnosti jako druh/družka (partner/partnerka) v nesezdaném soužití?

ano..... 1
ne..... 2

HH.7 Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

bez vzdělání 1
neukončené základní vzdělání, první stupeň základního vzdělání 2
druhý stupeň základního vzdělání 3
nižší střední vzdělání, střední odborná škola (SOU) bez maturity 4
střední (odborné, všeobecné) s maturitou 5
nástavbové studium (2 a více střední školy, pomaturitní kursy, příprava na VŠ) 6
vyšší vzdělání (VOŠ, bakalářské, magisterské, inženýrské) 7
další stupeň VŠ vzdělání (doktorské) 8

INTRO

Nyní bych vám rád(a) položil(a) několik otázek týkajících se vaší současné ekonomické aktivity.

HH.8 Jaké je vaše současné postavení z hlediska ekonomické aktivity?

mám placenou práci (pracuji za peníze či jinou odměnu) (včetně neplacené práce v rodinné firmě, placené učňovské praxe, zaměstnaných osob na mateřské dovolené, osob v pracovní neschopnosti)	1	→JDĚTE NA FILTR 2
nezaměstnaný/á	2	
žák, student, osoba v dalším vzdělávání, nepracující za mzdu	3	
ve starobním nebo předčasném důchodu, osoba, která dobrovolně ukončila své pracovní aktivity (ne ze zdravotních důvodů)	4	
trvale neschopný/á pracovat (i z důvodů dlouhodobé nemoci či jiných zdravotních problémů)	5	
v domácnosti (včetně osob na mateřské dovolené, které nebyly před jejím nástupem zaměstnané, osoby na rodičovské dovolené)	6	
jiné, prosím uveďte jaké: …….	7	

HH.9 Měl(a) jste někdy placenou práci?

ano..... 1
ne ..... 2 →JDĚTE NA OTÁZKU HS.1 (DALŠÍ MODUL)

FILTR 2

POKYN TAZATELI:
POKUD ODPOVĚĎ NA HH.8 =1, PTEJTE SE NA SOUČASNÉ HLAVNÍ ZAMĚSTNÁNÍ.
POKUD ODPOVĚĎ NA HH.9 =1, PTEJTE SE NA POSLEDNÍ HLAVNÍ ZAMĚSTNÁNÍ.

HH.10 Jste/byl(a) jste (uveďte současný/poslední stav):

zaměstnanec 1
samostatně výdělečně činný(á) ..... 2 →JDĚTE NA OTÁZKU HH.12
pomáhající rodinný příslušník ..... 3 →JDĚTE NA OTÁZKU HH.12
jiné ..... 4 →JDĚTE NA OTÁZKU HS.1 (DALŠÍ MODUL)

HH.11 Jaký druh pracovní smlouvy máte/měl(a) jste?

trvalý pracovní poměr, smlouva na dobu neurčitou 1
dočasný pracovní poměr, smlouva na dobu určitou 2

HH.12 Ve svém hlavním zaměstnání pracujete/pracoval(a) jste na:

plný úvazek..... 1
částečný úvazek 2

HH.13 Jaké je/bylo vaše zaměstnání?

Název zaměstnání, profese: ……
Uveďte plný popis toho, co děláte/jste dělal(a) převážně ve svém zaměstnání:

…….

POKYN TAZATELI: KÓDUJTE DVOUMÍSTNÝ KÓD TŘÍDY KZAM. I__I__I

HH.14 Čím se podnik/organizace, ve které pracujete/jste pracoval(a) převážně zabývá/zabývala (např. chemická, zemědělská, průmyslová výroba, obchod, hotel, restaurace, zdravotnické nebo sociální služby)?

POPIŠTE PODROBNĚ CO SE ZDE VYRÁBÍ, ZPRACOVÁVÁ NEBO ROZESÍLÁ ATD., CO JSOU HLAVNÍ VÝROBKY, JAKÉ MATERIÁLY SE ZPRACOVÁVAJÍ, CO SE NAKUPUJE ČI PRODÁVÁ, ZDA JDE O VELKO ČI MALOOBCHOD.

……
……

POKYN TAZATELI: KÓDUJTE DVOUMÍSTNÝ ČÍSELNÝ KÓD TŘÍDY OKEČ. I__I__I

Evropský modul o zdraví

INTRO 1

Nyní bych s vámi rád(a) hovořil(a) o vašem zdraví.

HS.1 Jak se celkově zdravotně cítíte?

velmi dobře 1
dobře 2
uspokojivě 3
špatně 4
velmi špatně 5

neví ..... 8 odmítl 9

HS.2 Máte nějakou dlouhodobou nemoc nebo zdravotní potíž? Dlouhodobou je míněna nemoc či zdravotní potíž, která trvá nebo se předpokládá, že bude trvat nejméně 6 měsíců či déle.

ano 1
ne 2

neví ..... 8 odmítl 9

HS.3 Byl(a) jste kvůli zdravotním potížím po dobu předchozích nejméně 6 měsíců nebo déle omezen(a) v činnostech, které lidé obvykle dělají?

ano, vážně omezen(a) 1
ano, omezen(a), ale ne vážně 2
ne, neomezen(a) 3

neví ..... 8 odmítl 9

INTRO 2

Zde je seznam nemocí/zdravotních problémů.

POKYN TAZATELI: PŘEDLOŽTE **KARTU 1** RESPONDENTOVI, ABY V OTÁZCE HS.4 UVEDL, KTERÉ NEMOCI SE JEJ TÝKAJÍ. KÓD ODPOVĚDI ZAZNAMENEJTE DO TABULKY NA NÁSLEDUJÍCÍ STRANĚ. PRO KAŽDOU NEMOC/ZDRAVOTNÍ PROBLÉM, KTEROU RESPONDENT UVEDL, ŽE MÁ/MĚL, POLOŽTE OTÁZKU HS.5 A HS.6. POKUD RESPONDENT NEUVEDL ŽÁDNOU NEMOC/ZDRAVOTNÍ OBTÍŽ (KÓDY ODPOVĚDI U HS.4 JSOU 2, 8 ČI 9) PŘEJDĚTE K OTÁZCE HS.7.

HS.4 Máte nebo měl(a) jste někdy některou z následujících nemocí/zdravotních problémů?

ano..... 1
ne..... 2

neví.....8 odmítl..... 9

HS.5 Byla vám tato nemoc/zdravotní problém diagnostikována lékařem?

ano..... 1
ne..... 2

neví.....8 odmítl 9

HS.6 Měl(a) jste tuto nemoc/zdravotní potíž v průběhu posledních 12 měsíců?

ano..... 1
ne..... 2

neví.....8 odmítl 9

UZ.2 Užívala jste léky či jste podstoupil(a) léčení kvůli této nemoci/zdravotní potíži v průběhu posledních 12 měsíců?

ano..... 1
ne..... 2

neví..... 8 odmítl..... 9

UZ.3 Do jaké míry vás v současnosti tato nemoc/zdravotní potíž omezuje?

neomezuje 1
částečně..... 2
středně..... 3
zcela 4

neví..... 8 odmítl..... 9

Nemoci a zdravotní problémy	KÓD				
	HS.4	HS.5	HS.6	UZ.2	UZ.3
1. Astma (včetně alergického astmatu)					
2. Chronická bronchitida, rozedma plic					
3. Srdeční záchvat (infarkt myokardu)					
4. Jiná ischemická choroba srdeční (angina pectoris)					
5. Vysoký krevní tlak (hypertenze)					
6. Mozková mrtvice, mozkové krvácení					
7. Revmatoidní artritida (zánět kloubů)					
8. Osteoartritida (artróza, degenerace kloubů)					
9. Problémy v oblasti bederní páteře, kříže					
10. Problémy v oblasti krční páteře					
11. Diabetes (cukrovka)					
12. Alergie (senná rýma, záněty očí, kožní, potravinové a jiné alergie - vyjma alergického astmatu)					
13. Žaludeční nebo dvanáctníkový vřed					
14. Novotvar (zhoubný novotvar včetně leukémie a lymfomu)					
15. Závažné bolesti hlavy, jako migréna					
16. Problémy s udržením moči, problémy s vědomou kontrolou močového měchýře					
17. Chronická úzkost					
18. Deprese					
19. Ostatní duševní poruchy					
20. Trvalý úraz nebo jeho následky					
21. Nemoci jater, jaterní cirhóza					
22. Ledvinové kameny, chronické onemocnění ledvin					
23. Gynekologické obtíže (jen pro ženy)					
24. Žlučové kameny, zánět žlučníku					
25. Potíže se štítnou žlázou					
26. Osteoporóza					
27. Jiné…….. ……...…….					

POKYN TAZATELI: PŘEDLOŽTE **KARTU 2** RESPONDENTOVI, ABY UVEDL, KTERÉ NEHODY SE JEJ TÝKAJÍ A ODPOVĚDI ZAPIŠTE PŘÍSLUŠNÝMI KÓDY DO TABULKY. PRO KAŽDOU POLOŽKU S POZITIVNÍ ODPOVĚDÍ NA HS.7 POLOŽTE OTÁZKU HS.8. POKUD RESPONDENT NEUVEDL ŽÁDNOU NEHODU (VE VŠECH ŘÁDCÍCH JE KÓD 2, 3, 8 ČI 9) PŘEJDĚTE NA FILTR 3.

UJASNĚNÍ PRO TAZATELE: MAJÍ BÝT UVEDENY VŠECHNY ÚRAZY, VČETNĚ TĚCH, KTERÉ JSOU DŮSLEDKEM OTRAVY NEBO BYLY ZPŮSOBENY ÚMYSLNĚ JINÝM ČLOVĚKEM.

POKYN TAZATELI: JE MOŽNÉ UVÉST VÍCE POZITIVNÍCH ODPOVĚDÍ.

HS.7 Měl(a) jste v posledních 12 měsících nějakou z uvedených nehod, které skončily zraněním?

ano..... 1
ne..... 2
netýká se mne..... 3

neví..... 8 odmítl..... 9

HS.8 Vyhledal(a) jste v souvislosti s tímto úrazem zdravotní péči?

ano, navštívil(a) jsem lékaře či zdravotní sestru..... 1
ano, byl(a) jsem na pohotovosti,
využil(a) jsem neodkladné zdravotní péče..... 2
lékařské ošetření nebylo nutné..... 3

neví.....8 odmítl..... 9

Typ nehody	**HS.7**	**HS.8**
dopravní nehoda		
nehoda, úraz na pracovišti		
nehoda ve škole		
nehoda doma a ve volném čase		

FILTR 3

POKYN TAZATELI: OTÁZKU HS.9 POKLÁDEJTE POUZE RESPONDENTŮM, KTEŘÍ V SOUČASNOSTI PRACUJÍ NEBO V MINULOSTI PRACOVALI (POZITIVNÍ ODPOVĚĎ – KÓD1 U HH.8 ČI HH.9). POKUD RESPONDENT NIKDY NEPRACOVAL, OZNAČTE MOŽNOST 4 – NETÝKÁ SE MNE.

HS.9 Myslíte si, že některá nemoc nebo zdravotní problém, který jste měl(a) v posledních 12 měsících je způsoben(a) nebo zhoršen(a) vaším zaměstnáním nebo prací, kterou jste vykonával(a) v minulosti?

ne, neměl(a) jsem v posledních 12 měsících žádnou nemoc/zdravotní problém 1
ne, měl(a) jsem jednu nebo více nemocí, ale žádná z nich nebyla způsobena nebo zhoršena mým zaměstnáním 2
ano, měl(a) jsem nejméně jednu nemoc v posledních 12 měsících, která byla způsobena nebo zhoršena mým zaměstnáním..... 3
netýká se mne..... 4

neví..... 8 odmítl 9

FILTR 4

POKYN TAZATELI: NÁSLEDUJÍCÍ OTÁZKA BY MĚLA BÝT POKLÁDÁNA POUZE RESPONDENTŮM, KTEŘÍ V SOUČASNOSTI PRACUJÍ (HH.8=1) NEBO CHODÍ DO ŠKOLY (HH.8=2). POKUD JE RESPONDENT NEPRACUJÍCÍ (NAPŘ NEZAMĚSTNANÝ, NEPRACUJÍCÍ DŮCHODCE A JINÝ) OZNAČTE MOŽNOST 3 – NETÝKÁ SE MNE.

HS.10 Musel(a) jste v průběhu posledních 12 měsíců přerušit své pracovní aktivity či školní docházku kvůli zdravotním problémům (pracovní neschopnost či jiná absence v zaměstnání či ve škole)? Vezměte v úvahu všechny nemoci, poranění a další zdravotní problémy, které jste měl(a) a které měly za následek přerušení vašich pracovních či školních aktivit.

ano..... 1
ne..... 2 →JDĚTE NA INTRO 3
netýká se mne..... 3 →JDĚTE NA INTRO 3

neví.....8 →JDĚTE NA INTRO 3 odmítl ..... 9 →JDĚTE NA INTRO 3

HS.11 Kolik dní celkem v průběhu posledních 12 měsíců jste byl(a) nepřítomen/na v zaměstnání či ve škole (jste musel(a) přerušit své pracovní či školní aktivity) kvůli zdravotním problémům?

POKYN TAZATELI: POKUD JE TO NUTNÉ, DODEJTE, ŽE MŮŽE JÍT POUZE O ODHAD.

I__I__I__I dní
neví..... 998 odmítl..... 999

INTRO 3

Nyní bych vás poprosil(a), abyste se zamyslel(a) nad situacemi, se kterými se můžete setkat v každodenním životě. Prosím odhlédněte od dočasných problémů.

POKYN TAZATELI: POKUD JE RESPONDENT SLEPÝ, VYPLŇTE U OTÁZKY PL.1 KÓD 3 A PŘEJDĚTE NA PL.4. U OSTATNÍCH POLOŽTE OTÁZKU PL.1.

PL.1 Nosíte brýle nebo kontaktní čočky?

ano..... 1 →JDĚTE NA INSTRUKCI 1
ne..... 2 →JDĚTE NA OTÁZKU PL.2
jsem slepý/á nebo nevidím téměř nic..... 3 →JDĚTE NA OTÁZKU PL.4

neví..... 8 →JDĚTE NA OTÁZKU PL.2 odmítl..... 9 →JDĚTE NA OTÁZKU PL.2

Instrukce 1:

POKYN TAZATELI: PŘEČTĚTE: „ODPOVÍDEJTE PROSÍM, JAK VIDÍTE S BRÝLEMI ČI KONTAKTNÍMI ČOČKAMI, KTERÉ BĚŽNĚ NOSÍTE.“

POKYN TAZATELI: PRO OTÁZKY PL.2 – PL.11 PŘEDLOŽTE RESPONDENTOVI **KARTU 3**.

PL.2 Jste schopen/na rozeznat novinový text?

ano, bez obtíží..... 1
s určitými obtížemi..... 2
s velkými obtížemi..... 3
vůbec ne..... 4

neví.....8 odmítl..... 9

PL.3 Jste schopen/na rozeznat obličej osoby vzdálené 4 metry od vás (přes ulici)?

ano, bez obtíží 1
s určitými obtížemi 2
s velkými obtížemi 3
vůbec ne 4
neví..... 8 odmítl 9

POKYN TAZATELI: POKUD JE RESPONDENT HLUCHÝ VYPLŇTE U OTÁZKY PL.4 KÓD 3 A PŘEJDĚTE NA PL.6. U OSTATNÍCH POLOŽTE PL.5.

PL.4 Používáte nějaké naslouchací pomůcky?

ano ..... 1 →JDĚTE NA INSTRUKCI 2
ne ..... 2 →JDĚTE NA OTÁZKU PL.5
jsem zcela hluchý ..... 3 →JDĚTE NA OTÁZKU PL.6
neví..... 8 →JDĚTE NA OTÁZKU PL.5 odmítl ..... 9 →JDĚTE NA OTÁZKU PL.5

INSTRUKCE 2:

POKYN TAZATELI: PŘEČTĚTE: „ODPOVÍDEJTE PROSÍM, JAK SLYŠÍTE S NASLOUCHACÍMI POMŮCKAMI, KTERÉ BĚŽNĚ NOSÍTE.“

PL.5 Jste schopen/na slyšet co se říká v běžném rozhovoru?

ano, bez obtíží 1
s určitými obtížemi 2
s velkými obtížemi 3
vůbec ne 4
neví..... 8 odmítl 9

INTRO 3.1

Nyní bych se vás rád(a) zeptal(a) na vaši schopnost vykonávat některé aktivity bez pomoci druhé osoby či pomůcek.

POKYN TAZATELI: PROJDĚTE NÍŽE UVEDENÉ OTÁZKY PL.6 – PL.11 A KÓDUJTE V TABULCE ODPOVĚĎ PRO KAŽDOU Z NICH (RESPONDENT ODPOVÍDÁ DLE PŘEDLOŽENÉ KARTY 3).

ano, bez obtíží 1
s určitými obtížemi 2
s velkými obtížemi 3
vůbec ne 4
neví..... 8 odmítl 9

Otázka	**KÓD**
PL.6 Jste schopen/na ujít 500 metrů v rovném terénu bez hole nebo jiné pomůcky a bez pomoci jiné osoby?	
PL.7 Jste schopen/na vyjít a sejít řadu schodů (1 patro) bez hole, zábradlí, jiné pomůcky a bez pomoci jiné osoby?	
PL.8 Jste schopen/na se sehnout/kleknout si a opět vstát bez jakékoliv pomůcky nebo pomoci?	
PL.9 Jste schopen/na nést v ruce nákupní tašku vážící přibližně 5 kilogramů alespoň 10 metrů bez jakékoliv pomůcky nebo pomoci?	
PL.10 Jste schopen/na prsty uchopit a manipulovat s malým objektem jako je pero bez jakékoliv pomůcky?	
PL.11 Jste schopen/na ukousnout a žvýkat tužší potravu jako je například tvrdé jablko bez jakékoliv pomůcky (jako např. umělý chrup)?	

INTRO 4

Nyní bych vás poprosil(a), abyste se zamyslel(a) nad každodenními činnostmi, které provádíte v rámci osobní péče. Opět prosím nezahrnujte přechodné problémy.

Zde je seznam činností:

POKYN TAZATELI: PŘEDLOŽTE **KARTU 4** A KÓDUJTE ODPOVĚĎ U KAŽDÉ ČINNOSTI.

PC.1 Máte zpravidla potíže se samostatným prováděním některé z uvedených činností?

nemám žádné potíže..... 1
ano, mám určité potíže..... 2
ano, mám velké potíže 3
aktivitu nejsem schopen/na vykonávat sám/sama 4

neví..... 8 odmítl..... 9

Činnosti	**PC.1**
Najíst se sám/sama	
Vstávání a lehání z/do postele nebo židle	
Svlékání a oblékání	
Používání toalety	
Koupel či sprchování	

POKYN TAZATELI: POKUD PC.1= 2, 3 NEBO 4 ALESPOŇ PRO JEDNU ČINNOST, PAK POKRAČUJTE INSTRUKCÍ 3 A POLOŽTE OTÁZKY PC.2 AŽ PC.4 (DLE DALŠÍCH POKYNŮ), POKUD PC.1=1, 8 NEBO 9 PRO VŠECHNY ČINNOSTI, PŘEJDĚTE NA INTRO 5.

INSTRUKCE 3:

POKYN TAZATELI: PŘEČTĚTE: „PŘI PROVÁDĚNÍ AKTIVIT, U NICHŽ JSTE UVEDL(A), ŽE MÁTE ZPRAVIDLA POTÍŽE S JEJICH SAMOSTATNÝM VYKONÁVÁNÍM.“

PC.2 Využíváte zpravidla nějakou pomoc či pomůcky?

ano, nejméně při jedné z aktivit..... 1 → JDĚTE NA OTÁZKU PC.2.1
ne, dělám všechny aktivity sám/sama bez pomůcek.... 2 →JDĚTE NA PC.4

neví..... 8 →JDĚTE NA PC.4 odmítl..... 9 →JDĚTE NA PC.4

PC.2.1 O jaký typ pomoci se jedná?

	Ano	Ne
- osobní asistence	1	2
- technická pomůcka.....	1	2
- přizpůsobení vybavení domácnosti....	1	2

PC.3 Je tato pomoc dostatečná?

ano..... 1 →JDĚTE NA INTRO 5
ne nejméně pro jednu z aktivit..... 2 → JDĚTE NA OTÁZKU PC.3.1

neví..... 8 →JDĚTE NA INTRO 5 odmítl..... 9 →JDĚTE NA INTRO 5

PC.3.1 Jakého typu pomoci se vám nedostává?

	Ano	Ne	
- osobní asistence	1	2	
- technická pomůcka.....	1	2	→JDĚTE NA INTRO 5
- přizpůsobení vybavení domácnosti....	1	2	

PC.4 Potřeboval(a) byste pomoc?

ano, nejméně při jedné z aktivit ..... 1 → JDĚTE NA OTÁZKU PC.4.1
ne ..... 2 →JDĚTE NA INTRO 5

neví..... 8→JDĚTE NA INTRO 5 odmítl ..... 9 →JDĚTE NA INTRO 5

PC.4.1 Jaký typ pomoci byste potřeboval(a)?	Ano	Ne
- osobní asistence	1	2
- technická pomůcka.....	1	2
- přizpůsobení vybavení domácnosti....	1	2

INTRO 5

Nyní bych vás poprosil(a), abyste se zamyslel(a) nad aktivitami spojenými s péčí o domácnost. Prosím nezahrnujte přechodné problémy.

Zde je seznam činností:

POKYN TAZATELI: PŘEDLOŽTE **KARTU 5** A KÓDUJTE ODPOVĚĎ U KAŽDÉ ČINNOSTI.

HA.1 Máte zpravidla nějaké potíže, pokud sám/sama provádíte některou z uvedených činností?

nemám žádné potíže..... 1
ano, mám určité potíže..... 2
ano, mám velké potíže 3
aktivitu nejsem schopen/na vykonávat sám/sama 4

neví..... 8 odmítl 9

POKYN TAZATELI: PRO KAŽDOU ČINNOST, U KTERÉ RESPONDENT UVEDL POTÍŽE (HA.1 = 2, 3, 4 NEBO 8) POLOŽTE ROVNĚŽ OTÁZKU HA.2. POKUD RESPONDENT NEUVEDL POTÍŽ S VYKONÁVÁNÍM ŽÁDNÉ Z ČINNOSTÍ (HA.1 = 1 NEBO 9 U VŠECH ČINNOSTÍ) PŘEJDĚTE NA INTRO 6.1.

HA.2 Proč?

převážně kvůli mému zdravotnímu stavu, zdravot. postižení či vysokému věku..... 1
převážně z jiných důvodů (nikdy jsem to nezkoušel(a), nedělám to apod.)..... 2

neví..... 8 odmítl..... 9

Činnosti	**HA.1**	**HA.2**
Příprava jídla		
Telefonování		
Nakupování		
Braní léků		
Lehká domácí práce		
Příležitostná těžká domácí práce		
Spravování vlastních financí a každodenní vyřizování úředních záležitostí		

POKYN TAZATELI: POKUD HA.2 = 1 NEJMÉNĚ PRO JEDNU ČINNOST, PAK PŘEJDĚTE NA INSTRUKCI 4 A POLOŽTE OTÁZKY HA.3 A HA.4. POKUD HA.2 = 2, 8 NEBO 9 PRO VŠECHNY ČINNOSTI, PŘEJDĚTE NA INTRO 6.1.

INSTRUKCE 4:

POKYN TAZATELI: PŘEČTĚTE: „PŘI PROVÁDĚNÍ AKTIVIT, U NICHŽ JSTE UVEDL(A), ŽE MÁTE ZPRAVIDLA POTÍŽE S JEJICH SAMOSTATNÝM VYKONÁVÁNÍM.“

HA.3 Využíváte zpravidla nějakou pomoc či pomůcky?

ano, nejméně při jedné z aktivit ..... 1 → JDĚTE NA OTÁZKU HA.3.1
ne, dělám všechny aktivity sám/sama bez pomůcek.... 2 →JDĚTE NA HA.5

neví..... 8 →JDĚTE NA HA.5 odmítl ..... 9 →JDĚTE NA HA.5

HA.3.1 O jaký typ pomoci se jedná?	Ano	Ne
- osobní asistence	1	2
- technická pomůcka.....	1	2
- přizpůsobení vybavení domácnosti....	1	2

HA.4 Je tato pomoc dostatečná?

ano..... 1 → JDĚTE NA INTRO 6.1
ne nejméně pro jednu z aktivit..... 2 → JDĚTE NA OTÁZKU HA.4.1

neví..... 8 →JDĚTE NA INTRO 6.1 odmítl ..... 9 → JDĚTE NA INTRO 6.1

HA.4.1 Jakého typu pomoci se vám nedostává?	Ano	Ne	
- osobní asistence	1	2	→ JDĚTE NA INTRO 6.1
- technická pomůcka.....	1	2	
- přizpůsobení vybavení domácnosti....	1	2	

HA.5 Potřeboval(a) byste pomoc?

ano, nejméně při jedné z aktivit..... 1 → JDĚTE NA OTÁZKU HA.5.1
ne ..... 2 → JDĚTE NA INTRO 6.1

neví..... 8 → JDĚTE NA INTRO 6.1 odmítl ..... 9 → JDĚTE NA INTRO 6.1

HA.5.1 Jaký typ pomoci byste potřeboval(a)?	Ano	Ne
- osobní asistence	1	2
- technická pomůcka.....	1	2
- přizpůsobení vybavení domácnosti....	1	2

INTRO 6.1

Závěrem tohoto bloku vám položím otázky na vaše poznávací schopnosti.

POKYN TAZATELI: PŘEDLOŽTE RESPONDENTOVI **KARTU 6** S NABÍDKOU ODPOVĚDÍ A U OBOU OTÁZEK ZAZNAMENEJTE TU, KTEROU RESPONDENT VYBERE.

UZ.4 Jak velké obtíže vám obvykle činí pamatování důležitých věcí?

žádné 1
mírné 2
střední..... 3
vážné 4
extrémní 5

neví.....8 odmítl 9

UZ.5 Jak velké obtíže vám obvykle činí přemýšlení a řešení každodenních problémů?

žádné 1
mírné 2
střední..... 3
vážné 4
extrémní 5
neví..... 8 odmítl 9

INTRO 6.2

Následující otázka se týká fyzické bolesti, kterou jste pociťoval(a) v průběhu posledních 4 týdnů.

SF.1 V průběhu posledních 4 týdnů, jak velké problémy vám způsobovala fyzická bolest či fyzické nepohodlí?

POKYN TAZATELI: PŘEDLOŽTE **KARTU 6** S NABÍDKOU MOŽNÝCH ODPOVĚDÍ.

žádné 1
mírné 2
střední..... 3
vážné 4
extrémní 5
neví..... 8 odmítl 9

INTRO 7

Následující otázky zjišťují, jak se cítíte a co se s vámi dělo v průběhu posledních 4 týdnů. Na každou otázku vyberte prosím odpověď, která je nejblíže tomu, jak jste se cítil(a).

POKYN TAZATELI: PŘEDLOŽTE **KARTU 7** S MOŽNÝMI ODPOVĚĎMI A JEJICH KÓDY.

Jak často (z hlediska doby) v průběhu posledních 4 týdnů:

ZOPAKUJTE OTÁZKU PRO NÁSLEDUJÍCÍ POLOŽKY:

	Stále	Většinou	Občas	Málokdy	Nikdy	Neví	Odmítl
SF.2 Jste se cítil(a) plný(á) života?	1	2	3	4	5	8	9
SF.3 Jste se cítil(a) velmi nervózní?	1	2	3	4	5	8	9
SF.4 Jste pociťoval(a) tak špatnou náladu, že vás nic nemohlo rozveselit?	1	2	3	4	5	8	9
SF.5 Jste pociťoval(a) klid a pohodu?	1	2	3	4	5	8	9
SF.6 Jste byl(a) plný(a) energie?	1	2	3	4	5	8	9
SF.7 Jste pociťoval(a) pesimismus a smutek?	1	2	3	4	5	8	9
SF.8 Jste se cítil(a) vyčerpán(a)?	1	2	3	4	5	8	9
SF.9 Jste byl(a) šťastný(á)?	1	2	3	4	5	8	9
SF.10 Jste se cítil(a) unaven(a)?	1	2	3	4	5	8	9

Evropský modul o zdravotní péči

INTRO 8

Následující sada otázek se týká doby strávené v lůžkovém zdravotnickém zařízení, mimo lázně a ozdravovny. Ambulantní návštěvy či návštěvy na pohotovosti v nemocnici nemají být zahrnuty.

POKYN TAZATELI: PRO ŽENY DO 50 LET DODEJTE: „NEZAPOČÍTÁVEJTE DOBU, KTEROU JSTE STRÁVILA V PORODNICI V SOUVISLOSTI S PORODEM."

HC.1 Byl(a) jste během posledních 12 měsíců (tj. od ..... *datum 1 rok před rozhovorem* **do včerejšího dne) hospitalizován/a ve zdravotnickém lůžkovém zařízení na více než jednodenní pobyt, tedy přes noc nebo déle?**

ano..... 1
ne..... 2 →JDĚTE NA HC.4

neví.....8 →JDĚTE NA HC.4 odmítl ..... 9 →JDĚTE NA HC.4

HC.2 Kolikrát jste byl(a) v tomto období (tj. od ..... *datum 1 rok před rozhovorem* **do včerejšího dne) takto hospitalizován(a)? Prosím započítejte všechny pobyty ukončené v tomto období.**

I__I__I pobytů

neví..... 98 odmítl 99

HC.3 Kolik nocí celkem jste strávil(a) během těchto pobytů v lůžkových zařízeních?

I__I__I__I nocí

neví.....998 odmítl..... 999

HC.4 Byl(a) jste přijat(a) během posledních 12 měsíců (tj. od ..... *datum 1 rok před rozhovorem* **do včerejšího dne) na jednodenní hospitalizaci, tj. přijat(a) na nemocniční lůžko, ale nesetrval(a) přes noc?**

ano..... 1
ne..... 2 →JDĚTE NA HC.6

neví..... 8 →JDĚTE NA HC.6 odmítl..... 9 →JDĚTE NA HC.6

HC.5 Kolikrát jste byl(a) přijat(a) k jednodenní hospitalizaci v tomto období?

I__I__I__I krát

neví..... 998 odmítl..... 999

HC.6 Nastala v průběhu posledních 12 měsíců situace, kdy jste dle doporučení lékaře opravdu potřeboval(a) být hospitalizován(a) v nemocnici (i na jednodenní hospitalizaci), ale nebyl(a) jste?

ano, tato situace nastala nejméně jednou 1
ne, taková situace nenastala ..... 2 →JDĚTE NA INTRO 9

neví.....8 →JDĚTE NA INTRO 9 odmítl..... 9 →JDĚTE NA INTRO 9

HC.7 Jaký byl hlavní důvod proč jste nebyl(a) hospitalizován(a)?

nemohl(a) jsem si to dovolit (příliš drahé)..... 1
odložení na jiný termín, odmítnutí ze strany zdravotnického zařízení 2
nevyhovovalo mi to z časových důvodů (zaměstnání, péče o děti, jiné)..... 3
problémy s dopravou (zdravotnické zařízení je daleko, není dopravní spojení) 4
obava z operace, léčby 5
jiný důvod 6

neví..... 8 odmítl 9

INTRO 9

Následující sada otázek se týká návštěv zubního lékaře, ortodontisty či jiného specialisty na zubní péči.

HC.8 Kdy jste naposledy navštívil(a) zubního lékaře, nebo ortodontistu kvůli péči o vlastní chrup (to znamená nikoliv jako doprovod dítěte, partnera apod.)?

před méně než 12 měsíci..... 1
více než před rokem ..... 2 →JDĚTE NA INTRO 10
nikdy ..... 3 →JDĚTE NA INTRO 10

neví..... 8 →JDĚTE NA INTRO 10 odmítl ..... 9 →JDĚTE NA INTRO 10

HC.9 Kolikrát jste během posledních čtyř týdnů (tj. od ..... *datum 4 týdny před rozhovorem* **do včerejšího dne) navštívil(a) zubního lékaře, ortodontistu kvůli péči o vlastní chrup?**

I__I__I krát [NIKDY=0]

neví.....98 odmítl 99

INTRO 10

Následující sada otázek se týká vašich kontaktů s praktickým či rodinným lékařem. Uvažujte prosím všechny kontakty s vaším praktickým (rodinným) lékařem, tj. návštěvy u lékaře v ordinaci, návštěvu lékaře u vás doma a konzultace po telefonu.

HC.10 Kdy jste naposledy kontaktoval(a) praktického nebo rodinného lékaře kvůli vlastnímu zdraví?

před méně než 12 měsíci..... 1
více než před rokem ..... 2 →JDĚTE NA INTRO 11
nikdy ..... 3 →JDĚTE NA INTRO 11

neví.....8 →JDĚTE NA INTRO 11 odmítl ..... 9 →JDĚTE NA INTRO 11

HC.11 Kolikrát jste během posledních čtyř týdnů (tj. od ..... *datum 4 týdny před rozhovorem* **do včerejšího dne) kontaktoval(a) praktického (rodinného) lékaře kvůli vlastnímu zdraví?**

I__I__I krát [NIKDY=0]

neví..... 98 odmítl 99

INTRO 11

Následující sada otázek se týká vašich kontaktů s lékaři specialisty. Započítejte návštěvy v samostatných ordinacích lékaře specialisty, ale také u lékařů v ambulantních odděleních nemocnice nebo na specializované pohotovosti, nepočítejte však kontakty s lékařem v průběhu hospitalizace (jedno či vícedenní). Započítejte také návštěvy specialisty na pracovišti či ve škole.

HC.12 Kdy jste naposledy kontaktoval(a) lékaře specialistu kvůli vlastnímu zdraví?

před méně než 12 měsíci..... 1
více než před rokem ..... 2 →JDĚTE NA HC.14
nikdy ..... 3 →JDĚTE NA HC.14

neví..... 8 →JDĚTE NA HC.14 odmítl ..... 9 →JDĚTE NA HC.14

HC.13 Kolikrát jste během posledních čtyř týdnů (tj. od ..... *datum 4 týdny před rozhovorem* **do včerejšího dne) kontaktoval(a) lékaře specialistu kvůli vlastnímu zdraví?**

POKYN TAZATELI, DODEJTE: „NÁVŠTĚVA ZUBNÍHO CHIRURGA BY SE MĚLA ZAPOČÍTAT. NEZAPOČÍTÁVEJTE NÁVŠTĚVY U PRAKTICKÉHO ZUBNÍHO LÉKAŘE."

I__I__I krát [NIKDY=0]

neví..... 98 odmítl 99

HC.14 Nastala v průběhu posledních 12 měsíců situace, kdy jste opravdu potřeboval(a) péči lékaře specialisty pro sebe, ale nedostalo se vám jí?

ano, tato situace nastala nejméně jednou..... 1
ne, taková situace nenastala..... 2 →JDĚTE NA HC.16

neví..... 8 →JDĚTE NA HC.16 odmítl ..... 9 →JDĚTE NA HC.16

HC.15 Jaký byl hlavní důvod proč jste tuto péči nedostal(a)?

nemohl(a) jsem si to dovolit (příliš drahé nebo nehrazeno pojišťovnou)..... 1
odložení na jiný termín, odmítnutí ze strany zdravotnického zařízení,
neměl(a) jsem doporučení lékaře..... 2
nevyhovovalo mi to z časových důvodů (zaměstnání, péče o děti, jiné)..... 3
problémy s dopravou (zdravotnické zařízení je daleko, není dopravní spojení) ... 4
obava z lékaře (prostředí nemocnice, vyšetření, léčby)..... 5
čekal(a) jsem, zda se problém nevyřeší sám od sebe 6
neznal(a) jsem žádného dobrého specialistu..... 7
jiný důvod 8

neví..... 98 odmítl 99

HC.16 Navštívil(a) jste během posledních 12 měsíců (tj. od ..... *datum 1 rok před rozhovorem* **do včerejšího dne) kvůli vlastnímu zdraví některého ze zdravotnických pracovníků nelékařů, jako je:**

	Ano	Ne	Nevím	Odmítl
laboratorní či radiologické zdravotnické pracoviště	1	2	8	9
fyzioterapeut/rehabilitační pracovník	1	2	8	9
zdravotní sestra, porodní asistentka (vyjma sester v průběhu hospitalizace, při poskytování domácí péče, v laboratoři či radiologickém centru)	1	2	8	9
dietní sestra, dietetik	1	2	8	9
logoped	1	2	8	9
chiropraktik, masér	1	2	8	9
ergoterapeut	1	2	8	9
psycholog nebo psychoterapeut	1	2	8	9
jiný zdravotnický pracovník nelékař	1	2	8	9

HC.17 Navštívil(a) jste během posledních 12 měsíců (tj. od ..... *datum 1 rok před rozhovorem* **do včerejšího dne) kvůli vlastnímu zdraví nějakého poskytovatele alternativní medicíny, jako je:**

	Ano	Ne	Nevím	Odmítl
homeopat	1	2	8	9
akupunkturista	1	2	8	9
fytoterapeut/herbalista	1	2	8	9
jiný poskytovatel alternativní medicíny	1	2	8	9

HC.18 Využil(a) jste vy sám/sama během posledních 12 měsíců (tj. od ..... *datum 1 rok před rozhovorem* **do včerejšího dne) nějakou z následujících služeb:**

	Ano	Ne	Nevím	Odmítl
domácí zdravotní péče poskytnutá sestrou či porodní asistentkou	1	2	8	9
domácí péče - pomoc starším lidem s domácími pracemi	1	2	8	9
doprava jídla	1	2	8	9
služba osobní přepravy	1	2	8	9
jiná služba domácí péče	1	2	8	9

INTRO 12

Nyní bych se vás rád(a) zeptal(a) na užívání léků nebo potravinových doplňků v posledních 2 týdnech.

MD.1 Užíval(a) jste v posledních 2 týdnech nějaké předepsané léky (včetně potravinových doplňků, jako jsou rostlinné přípravky či vitamíny), tj. léky, které vám byly <u>předepsány nebo doporučeny lékařem</u>? (PRO ŽENY DOPLŇTE: patří sem i pilulky proti početí a jiné hormonální přípravky).

ano..... 1
ne..... 2 →JDĚTE NA OTÁZKU MD.3

neví..... 8 →JDĚTE NA OTÁZKU MD.3 odmítl ..... 9 →JDĚTE NA OTÁZKU MD.3

MD.2 Byly to léky na:

POKYN TAZATELI: PŘEDLOŽTE **KARTU 8** A ZEPTEJTE SE POSTUPNĚ NA POLOŽKY OD A DO O A KÓDUJTE PRO KAŽDOU:

ano 1
ne 2

neví.....8 odmítl 9

PTEJTE SE JEDNOTLIVĚ:

	MD.2
A. Astma	
B. Chronickou bronchitidu nebo rozedmu	
C. Vysoký krevní tlak	
D. Snížení hladiny krevního cholesterolu	
E. Jiné kardiovaskulární onemocnění, jako mrtvice nebo srdeční záchvat	
F. Bolesti kloubů (artróza, artritida)	
G. Bolesti krku a zad	
H. Bolesti hlavy nebo migrénu	
I. Jiné bolesti	
J. Cukrovku	
K. Alergické příznaky (ekzém, rýma, senná rýma)	
L. Žaludeční obtíže	
M. Rakovinu (chemoterapie)	
N. Deprese	
O. Duševní napětí nebo úzkost	

Užil(a) jste jiné typy léků, které vám byly předepsány, jako:

POKYN TAZATELI: PŘEDLOŽTE **KARTU 8** A ZEPTEJTE SE POSTUPNĚ NA POLOŽKY OD P DO T.

	MD.2
P. Léky na spaní	
Q. Antibiotika, např. penicilin	
R. (pro ženy do 50 let) antikoncepční pilulky	
S. (pro ženy v nebo po menopauze, tj. 45 let a více) hormony při menopauze	
T. Nějaké jiné léky předepsané lékařem? (Pokud ANO): Jaký druh léků? ……...… ……	

MD.3 Užíval(a) jste v posledních 2 týdnech nějaké léky nebo potravinové doplňky (vitaminové a rostlinné) <u>bez předpisu nebo doporučení lékaře</u>?

ano..... 1
ne..... 2 →JDĚTE NA INTRO 13

neví.....8 →JDĚTE NA INTRO 13 odmítl ..... 9 →JDĚTE NA INTRO 13

MD.4 Byly to léky nebo doplňky na:

POKYN TAZATELI: PŘEDLOŽTE **KARTU 9** A ZEPTEJTE SE POSTUPNĚ NA POLOŽKY OD A DO H A KÓDUJTE PRO KAŽDOU.

ano 1
ne 2

neví.....8 odmítl 9

	MD.4
A. Bolesti kloubů (artróza, artritida)	
B. Bolesti hlavy nebo migrénu	
C. Jiné bolesti	
D. Nachlazení, chřipku nebo bolest v krku	
E. Alergické příznaky (ekzém, rýma, senná rýma)	
F. Žaludeční obtíže	
G. Vitamíny, minerály nebo tonika	
H. Nějaké jiné léky nebo doplňky (prosím popište)……..…….. ……	

INTRO 13

Nyní bych vám rád(a) položil(a) několik otázek o očkování proti chřipce.

PA.1 Byl(a) jste někdy očkován(a) proti chřipce?

ano 1
ne..... 2 →JDĚTE NA INTRO 14

neví .....8 →JDĚTE NA INTRO 14 odmítl ..... 9 →JDĚTE NA INTRO 14

PA.2 Kdy jste byl(a) naposledy očkován(a) proti chřipce?

v tomto roce 1
v minulém roce 2
dříve než v minulém roce..... 3 →JDĚTE NA INTRO 14

neví.....8 →JDĚTE NA INTRO 14 odmítl ..... 9 →JDĚTE NA INTRO 14

PA.3 Ve kterém to bylo měsíci?

I__I__I 1…12,

neví .....98 odmítl 99

INTRO 14, 15, 16

Nyní vám položím několik otázek týkajících se měření krevního tlaku, cholesterolu a hladiny cukru v krvi.

POKYN TAZATELI: POLOŽTE RESPONDENTOVI OTÁZKU PA.n PRO KAŽDÉ MĚŘENÍ UVEDENÉ V TABULCE. KÓD ODPOVĚDI ZAZNAMENEJTE DO TABULKY DO SLOUPCE PA.n. POKUD RESPONDENT ODPOVÍ KLADNĚ NA PA.n (TJ. KÓD U OTÁZKY = 1), POLOŽTE IHNED OTÁZKU PA.n+1.

PA.4, 6, 8 Bylo vám někdy provedeno zdravotnickým pracovníkem měření?

ano..... 1
ne..... 2

neví.....8 odmítl 9

PA.5, 7, 9 Kdy naposledy vám bylo provedeno toto měření?

v posledních 12 měsících..... 1
před 1 až 5 lety..... 2
před více než 5 lety 3

neví.....8 odmítl 9

Měření	**PA.4, 6, 8**	**PA.5, 7, 9**
PA.4 krevního tlaku		
PA.6 hladiny cholesterolu		
PA.8 hladiny cukru v krvi (glykémie)		

FILTR 5

NÁSLEDUJÍCÍ OTÁZKY JSOU URČENY POUZE PRO ŽENY. U MUŽŮ PŘEJDĚTE NA INTRO 19.

INTRO 17

Další otázky se týkají mamografického vyšetření prsů.

PA.10 Byla jste někdy na mamografickém vyšetření, tj. rentgenu jednoho nebo obou prsů?

ano..... 1
ne..... 2 →JDĚTE NA INTRO 18

neví.....8 →JDĚTE NA INTRO 18 odmítla..... 9 →JDĚTE NA INTRO 18

PA.11 Kdy jste byla naposledy na mamografii (rentgenu prsů)?

v posledních 12 měsících..... 1
před 1 až 2 lety..... 2
před 2 až 3 lety..... 3
před více než 3 roky..... 4

neví.....8 odmítla..... 9

PA.12 Jaký byl hlavní důvod vašeho posledního mamografického vyšetření?

POKYN TAZATELI: ZAKROUŽKUJTE KÓD 1 U VŠECH MOŽNOSTÍ, KTERÉ RESPONDENT UVEDE. OSTATNÍ OZNAČTE KÓDEM 2.

	Ano	Ne
A. já/můj praktický či rodinný lékař/specialista zaznamenal podezřelý příznak v mém prsu (např. bulku)	1	2
B. můj praktický/rodinný lékař či specialista mi doporučil vyšetření, ačkoliv jsem neměla žádný podezřelý příznak, v rámci prevence	1	2
C. v mé rodině se vyskytla rakovina prsu	1	2
D. vyšetření v rámci preventivního screeningového programu	1	2
E. jiný důvod	1	2

neví..... 8 odmítla 9

INTRO 18

Nyní bych vám rád(a) položil(a) několik otázek ohledně prevence karcinomu děložního hrdla.

PA.13 Byla jste někdy na preventivní onkologické cytologii (stěr z děložního čípku)?

ano..... 1
ne..... 2 →JDĚTE NA INTRO 19

neví.....8 → JDĚTE NA INTRO 19 odmítla..... 9 →JDĚTE NA INTRO 19

PA.14 Kdy jste byla naposled na preventivní onkologické cytologii (stěr z děložního čípku)?

v posledních 12 měsících..... 1
před 1 až 2 lety..... 2
před 2 až 3 lety..... 3
před více než 3 roky..... 4

neví..... 8 odmítla 9

PA.15 Jaký byl hlavní důvod vašeho posledního vyšetření?

POKYN TAZATELI: ZAKROUŽKUJTE KÓD 1 U VŠECH MOŽNOSTÍ, KTERÉ RESPONDENT UVEDE. OSTATNÍ OZNAČTE KÓDEM 2.

	Ano	Ne
A. měla jsem určité potíže	1	2
B. vyšetření v rámci návštěvy gynekologa (preventivní či jiné)	1	2
C. pozvání v rámci screeningového programu	1	2
D. jiné medicínské důvody	1	2
E. jiné důvody (ne medicínské)	1	2

neví..... 8 odmítla 9

INTRO 19

Následující otázky se týkají testu na okultní krvácení (přítomnost krve ve stolici).

PA.16 Byl vám někdy proveden test na okultní krvácení (přítomnost krve ve stolici)?

ano..... 1
ne..... 2 →JDĚTE NA INTRO 20

neví..... 8 →JDĚTE NA INTRO 20 odmítl..... 9 →JDĚTE NA INTRO 20

PA.17 Kdy vám byl naposledy proveden test na okultní krvácení (přítomnost krve ve stolici)?

v posledních 12 měsících..... 1
před 1 až 2 lety..... 2
před 2 až 3 lety..... 3
před více než 3 roky..... 4

neví..... 8 odmítl..... 9

INTRO 20

Nyní bych se rád(a) zeptal(a) na několik otázek týkajících se vaší spokojenosti se systémem zdravotní péče v České republice.

SA.1 Řekl(a) byste, že jste s poskytováním služeb následujícími poskytovateli zdravotní péče v České republice obecně:

POKYN TAZATELI: PŘEDLOŽTE **KARTU 10**

	Velmi spokojen(a)	Spíše spokojen(a)	Ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	Spíše nespokojen(a)	Velmi nespokojen(a)	Neví	Odmítl(a)
lůžková zařízení (vč. pohotovosti zde)	1	2	3	4	5	8	9
zubní lékař, ortodontista, jiný specialista na dentální péči	1	2	3	4	5	8	9
lékař specialista	1	2	3	4	5	8	9
praktický/rodinný lékař	1	2	3	4	5	8	9
služby domácí péče	1	2	3	4	5	8	9
poskytovatelé zdravotní péče celkem	1	2	3	4	5	8	9

POKYN TAZATELI: NABÍDNĚTE RESPONDENTOVI DOTAZNÍK K SAMOSTATNÉMU VYPLNĚNÍ INFORMACÍ O VÝDAJÍCH DOMÁCNOSTI ZA ZDRAVOTNÍ PÉČI. POKUD SI RESPONDENT VYSLOVENĚ PŘEJE, ABY ODPOVĚDI BYLY DO FORMULÁŘE ZAZNAMENÁNY TAZATELEM, ZAZNAMENEJTE ODPOVĚDI DO DOTAZNÍKU SÁM/SAMA.

Dotazník k samostatnému vyplnění - Přímé výdaje na zdraví a zdravotní péči

Zamyslete se prosím, zda jste v poslední době využila nějakého druhu zdravotní péče kvůli svému vlastnímu zdraví (tedy ne jako doprovod dítěte, partnera apod.), případně zda jste uhradila nějaké jiné náklady se zdravím spojené. Uvažujte prosím dále zmíněnou zdravotní péči, která vám byla poskytnuta a všechny se zdravím související náklady a uveďte, kolik jste nakonec musel(a) za tyto položky zaplatit vy sám/sama. Přímými výdaji na zdraví či zdravotní péči jsou míněny ty výdaje, které nejsou ani zpětně proplaceny pojišťovnou či zaměstnavatelem a které jste musel(a) vynaložit z vašich vlastních prostředků. Patří sem i regulační poplatky (tj. 30 Kč za vyšetření lékařem a za výdej léku na předpis, 60 Kč za den v nemocnici a 90 Kč za návštěvu pohotovosti).

Přečtěte si prosím níže uvedené otázky a použijte vše (např. účtenky), co vám může pomoci vybavit si veškeré náklady spojené se zdravím a zdravotní péčí, která vám byla poskytnuta.

U těch druhů zdravotních nákladů či péče, které jste v daném období nevyužil(a), prosím zaškrtněte možnost „NETÝKÁ SE MNE“. Pokud potřebujete ujasnění či upřesnění některých pojmů, poproste osobu, která s vámi předchozí části dotazníku vyplňovala o asistenci (pomoc s vyplněním). Vaše odpovědi jsou důvěrné a bude s nimi tak zacházeno.

OP.1 Kolik jste v posledních 4 týdnech (tj. od …. *datum 4 týdny před rozhovorem*) **utratil(a) za zdravotní péči pro sebe u zubaře?**

I__I__I__I__I__I__I Kč netýká se mne ☐

OP.2 Kolik jste v posledních 4 týdnech (tj. od …. *datum 4 týdny před rozhovorem*) **utratil(a) za zdravotní péči pro sebe u praktického/rodinného lékaře či lékaře specialisty (vyjma léků)?**

I__I__I__I__I__I__I Kč netýká se mne ☐

UZ.6 Kolik jste v posledních 4 týdnech (tj. od …. *datum 4 týdny před rozhovorem*) **utratil(a) za další zdravotní péči pro sebe (hospitalizaci, dopravu z a do zdravotnického zařízení, domácí péči, rehabilitaci)?**

I__I__I__I__I__I__I Kč netýká se mne ☐

UZ.7 Kolik jste v posledních 4 týdnech (tj. od …. *datum 4 týdny před rozhovorem*) **utratil(a) za zdravotnické potřeby a pomůcky pro sebe (náplasti, obvazy, protézy, dioptrické brýle, naslouchadla, invalidní vozík apod.)?**

I__I__I__I__I__I__I Kč netýká se mne ☐

OP.3 Kolik jste v posledních 2 týdnech (tj. od …. *datum 2 týdny před rozhovorem*) **utratil(a) za léky na předpis pro sebe (včetně předepsané antikoncepce)?**

I__I__I__I__I__I__I Kč netýká se mne ☐

UZ.8 Kolik jste v posledních 2 týdnech (tj. od …. *datum 2 týdny před rozhovorem*) **utratil(a) za nepředepsané léky pro sebe?**

I__I__I__I__I__I__I Kč netýká se mne ☐

Konec dotazníku k samostatnému vyplnění, dále budete opět dotazováni tazatelem.

Evropský modul o determinantech zdraví

INTRO 21

Nyní bych se vás rád(a) zeptal(a) na vaší výšku a hmotnost.

BMI.1 Jaká je vaše výška bez bot?

I__I__I__I cm

neví.....998 odmítl 999

BMI.2 Kolik vážíte bez šatů a bot?

I__I__I__I kg

neví.....998 odmítl 999

INTRO 22

Nyní bych se vás rád(a) zeptal(a) na čas, který jste strávil(a) fyzickou aktivitou v posledních sedmi dnech. Prosím zodpovězte všechny otázky, i pokud se nepovažujete za fyzicky aktivní osobu. Uvažujte všechny činnosti, které děláte v zaměstnání, doma či na zahradě, přesuny z místa na místo, aktivity ve volném čase či při sportu.

Zvažte všechny intenzivní, tělesně náročné fyzické aktivity, které vyžadují těžké fyzické úsilí, které jste vykonával(a) v posledních 7 dnech. Těžké fyzické aktivity výrazně zvyšují dechovou frekvenci oproti normálu. Mohou zahrnovat například zdvihání těžkých břemen, výkopové práce, aerobik nebo rychlou jízdu na kole. Uvažujte prosím pouze ty fyzické aktivity, které jste vykonával(a) nejméně 10 minut vcelku.

PE.1 V kolika dnech v průběhu posledních 7 dnů jste vykonával(a) nějaké těžké fyzické aktivity?

I__I dní v týdnu →POKUD POČET = 0, JDI NA OTÁZKU PE.3

neví..... 8 →JDI NA OTÁZKU PE.3 odmítl ..... 9 →JDI NA OTÁZKU PE.3

POKYN TAZATELI: PŘEČTĚTE: „UVAŽUJTE POUZE TY AKTIVITY, KTERÉ RESPONDENT VYKONÁVAL NEJMÉNĚ 10 MINUT VCELKU.“

PE.2 Můžete prosím uvést, kolik času celkem jste strávil(a) v těchto dnech těžkými fyzickými aktivitami?

POKUD JE TO NEZBYTNÉ, MŮŽETE RESPONDENTA VYZVAT: „PŘIBLIŽNÝ ODHAD JE PŘIJATELNÝ.“

I__I__I hodin I__I__I minut

neví..... 98 odmítl 99

Zvažte všechny středně těžké fyzické aktivity, které jste vykonával(a) v posledních 7 dnech. Středně těžké fyzické aktivity zvyšují dechovou frekvenci oproti normálu a mohou zahrnovat přenášení lehkých břemen, jízdu na kole v pravidelném tempu nebo čtyřhru v tenisu. Nezahrnujte chůzi. Uvažujte prosím pouze ty fyzické aktivity, které jste vykonával(a) nejméně 10 minut vcelku.

PE.3 V kolika dnech v průběhu posledních 7 dnů jste vykonával(a) nějaké středně těžké fyzické aktivity?

I__I dní v týdnu →POKUD POČET = 0, JDI NA OTÁZKU PE.5

neví..... 8 →JDI NA OTÁZKU PE.5 odmítl ..... 9 →JDI NA OTÁZKU PE.5

POKYN TAZATELI: PŘEČTĚTE: „UVAŽUJTE POUZE TY AKTIVITY, KTERÉ RESPONDENT VYKONÁVAL NEJMÉNĚ 10 MINUT VCELKU.“

PE.4 Můžete prosím uvést, kolik času celkem jste strávil(a) v těchto dnech středně těžkými fyzickými aktivitami?

POKUD JE TO NEZBYTNÉ MŮŽETE RESPONDENTA VYZVAT: „PŘIBLIŽNÝ ODHAD JE PŘIJATELNÝ.“

I__I__I hodin I__I__I minut

neví..... 998 odmítl 999

Nyní uvažujte čas strávený chůzí v průběhu posledních 7 dnů. To znamená chůzi v zaměstnání či doma, chůzi při přemísťování se z místa na místo a jakoukoliv jinou chůzi, kterou vykonáváte při rekreaci, sportu, turistice či procházkách ve volném čase.

PE.5 V kolika dnech (v průběhu posledních 7 dnů) jste strávil(a) chůzí alespoň 10 minut vcelku?

I__I dní v týdnu →POKUD POČET =0, JDI NA INTRO 23

neví..... 8 →JDI NA INTRO 23 odmítl .....9 →JDI NA INTRO 23

POKYN TAZATELI: PŘEČTĚTE: „UVAŽUJTE POUZE CHŮZI, KTEROU RESPONDENT VYKONÁVAL NEJMÉNĚ 10 MINUT VCELKU.“

PE.6 Můžete prosím uvést, kolik času celkem jste strávil(a) v těchto dnech chůzí?

POKUD JE TO NEZBYTNÉ MŮŽETE RESPONDENTA VYZVAT: „PŘIBLIŽNÝ ODHAD JE PŘIJATELNÝ.“

I__I__I hodin I__I__I minut

neví..... 998 odmítl.....999

INTRO 23

Následující otázky se týkají spotřeby ovoce a zeleniny.

POKYN TAZATELI: PŘEDLOŽTE RESPONDENTOVI **KARTU 11** S NABÍDKOU MOŽNÝCH ODPOVĚDÍ. PROJDĚTE POSTUPNĚ OTÁZKY FV.1 – FV.3 A UVEĎTE V TABULCE KÓD SPRÁVNÉ ODPOVĚDI.

dvakrát či vícekrát denně 1
jednou denně 2
méně než jednou denně, ale nejméně 4krát týdně 3
méně než 4krát týdně, nejméně jednou týdně 4
méně než jednou týdně 5
nikdy 6

neví.....8 odmítl.....9

Otázka	**KÓD**
FV.1 Jak často jíte ovoce (vyjma ovocných džusů)?	
FV.2 Jak často jíte zeleninu nebo zeleninové saláty (vyjma zeleninových šťáv a brambor)?	
FV.3 Jak často pijete 100% ovocné džusy nebo zeleninové šťávy?	

INTRO 24

Následující otázka se týká prostředí, ve kterém žijete a pracujete a sociální podpory.

EN.1 Pokud vezmete v úvahu posledních 12 měsíců, když jste byl(a) doma, jak moc jste byl(a) vystaven(a) následujícím okolnostem?

POKYN TAZATELI: PŘEDLOŽTE **KARTU 12** S KATEGORIEMI ODPOVĚDÍ.

	Vystaven(a)			Neví	Odmítl
	silně	mírně	vůbec ne		
hluk (způsobený např. automobilovou, vlakovou či leteckou dopravou, továrnami, osobami a zvířaty v sousedství, restauracemi/bary/diskotékami)	1	2	3	8	9
znečištěné ovzduší (jemný prach, nečistoty, výfukové plyny, ozón)	1	2	3	8	9
zápach (z průmyslu, zemědělství, kanalizace, odpadů)	1	2	3	8	9

EN.2 Pokud vezmete v úvahu posledních 12 měsíců, jak moc jste byl(a) vystaven(a) kriminalitě, násilí nebo vandalismu u vás doma nebo v okolí vašeho bydliště?

POKYN TAZATELI: PŘEDLOŽTE **KARTU 12** S KATEGORIEMI ODPOVĚDÍ.

	Vystaven(a)			Neví	Odmítl
	silně	mírně	vůbec ne		
kriminalita, násilí nebo vandalismus ve vašem okolí	1	2	3	8	9

POKYN TAZATELI: OTÁZKU EN.3 POKLÁDEJTE POUZE POKUD JE RESPONDENT ZAMĚSTNANÝ (KÓD 1 U HH.8). U OSTATNÍCH PŘEJDĚTE NA OTÁZKU EN.4.

EN.3 Jak moc jste na vašem pracovišti vystaven(a) následujícím okolnostem?

POKYN TAZATELI: PŘEDLOŽTE **KARTU 12** S KATEGORIEMI ODPOVĚDÍ.

	Vystaven(a)			Neví	Odmítl
	silně	mírně	vůbec ne		
sexuální obtěžování, psychologický nátlak	1	2	3	8	9
diskriminace	1	2	3	8	9
násilí nebo vyhrožování násilím	1	2	3	8	9
časová tíseň, nadměrné pracovní zatížení	1	2	3	8	9
chemikálie, prach, zplodiny, kouř, plyny	1	2	3	8	9
hluk, vibrace	1	2	3	8	9
práce v nepřirozené poloze, přenášení těžkých věcí apod.	1	2	3	8	9
riziko úrazu	1	2	3	8	9

EN.4 Kolik osob je vám tak blízkých, že s nimi můžete počítat v případě vážných osobních problémů.

nikdo 1
1 či 2..... 2
3 až 5..... 3
více než 5 4

neví..... 8 odmítl 9

UZ.9 Jak často jste byl(a) v kontaktu s vašimi příbuznými, přáteli, apod. během posledních 2 týdnů?

stále 1
většinou 2
někdy 3
málokdy 4
nikdy 5

neví.....8 odmítl..... 9

UZ.10 Jak byste hodnotil(a) tyto vaše sociální kontakty v posledních 2 týdnech?

velmi dobré 1
dobré 2
uspokojivé 3
špatné..... 4
velmi špatné 5

neví.....8 odmítl..... 9

POKYN TAZATELI: POLOŽTE RESPONDENTOVI OTÁZKU UZ.11 A VYMEZTE, CO SE MÍNÍ POD POJMEM KVALITA ŽIVOTA TAKTO: "ZHODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA PŘEDSTAVUJE CELKOVÉ ZHODNOCENÍ SPOKOJENOSTI SE SEBOU SAMÝM A S VAŠÍM ŽIVOTEM ZE VŠECH HLEDISEK, JAKO JSOU NAPŘ. ŽIVOTNÍ PODMÍNKY A PROSTŘEDÍ, VE KTERÉM ŽIJETE, PRÁCE, VOLNÝ ČAS A VYKONÁVÁNÍ KAŽDODENNÍCH AKTIVIT, ZDRAVOTNÍ STAV, FINANČNÍ A EKONOMICKÁ SITUACE, RODINNÉ A SOCIÁLNÍ ZÁZEMÍ, OSOBNÍ VZTAHY ATD."

UZ.11 Jak byste ohodnotil(a) kvalitu svého života?

velmi dobrá 1
dobrá 2
ani dobrá ani špatná 3
špatná..... 4
velmi špatná 5

neví..... 8 odmítl 9

POKYN TAZATELI: NABÍDNĚTE RESPONDENTOVI DOTAZNÍK K SAMOSTATNÉMU VYPLNĚNÍ INFORMACÍ O KOUŘENÍ, SPOTŘEBĚ ALKOHOLU A UŽÍVÁNÍ DROG. POKUD SI RESPONDENT VYSLOVENĚ PŘEJE, ABY ODPOVĚDI BYLY DO FORMULÁŘE ZAZNAMENÁNY TAZATELEM, ZAZNAMENEJTE ODPOVĚDI DO DOTAZNÍKU SÁM/SAMA.

Dotazník k samostatnému vyplnění - Kouření, alkohol, drogy

Následující otázky se týkají charakteristik životního stylu, které mohou mít vliv na váš zdravotní stav. Odpovědi, které v dotazníku uvedete jsou důvěrné, proto odpovídejte prosím pravdivě.

Před odpovědí si řádně přečtěte otázku a nabízené možnosti. Kroužkem označte číslo možnosti, která nejlépe vystihuje vaši odpověď, případně vepište údaj do připravených kolonek I__I__I. Instrukce následující za šipkou → u odpovědi odkazují k otázce, kterou máte pokračovat po označení příslušné odpovědi v dotazníku. Pokud u možnosti, kterou označíte není žádný pokyn s označením, přejděte na další otázku. Pokud není uvedeno jinak, označte vždy jen jednu odpověď u otázky.

Pokud potřebujete ujasnění či upřesnění některých pojmů, poproste osobu, která s vámi předchozí části dotazníku vyplňovala o asistenci (pomoc s vyplněním).

Otázky na kouření

SK.1 Kouříte v současnosti?

ano, denně 1
ano, příležitostně ..... 2 →JDĚTE NA OTÁZKU SK.4
ne, vůbec ..... 3 →JDĚTE NA OTÁZKU SK.4

SK.2 Jaké tabákové výrobky kouříte denně?

ZAKROUŽKUJTE KÓD 1 U VŠECH MOŽNOSTÍ, KTERÉ SE UPLATŇUJÍ. OSTATNÍ OZNAČTE KÓDEM 2.

	Ano	Ne
cigarety (z velkovýroby, průmyslově balené)	1	2
cigarety (ručně balené)	1	2
doutníky	1	2
dýmku	1	2
jiné (např. tabák ve vodní dýmce)	1	2

SK.3 V průměru, kolik cigaret (doutníků, dýmek tabáku) vykouříte denně?

cigarety (z velkovýroby) ..... I__I__I ks
cigarety (ručně balené) ..... I__I__I ks
doutníky ..... I__I__I ks
dýmku ..... I__I__I ks
jiné ..... I__I__I ks

→JDĚTE NA OTÁZKU SK.5

SK.4 Kouřil(a) jste někdy (cigarety, doutníky, dýmku) denně nebo téměř denně, po dobu nejméně jednoho roku?

ano 1
ne ..... 2 → JDĚTE NA OTÁZKU SK.6

SK.5 Kolik let kouříte/kouřil(a) jste denně? Zahrňte všechna období, kdy jste kouřil(a) denně. Pokud si nepamatujete přesně počet let, uveďte prosím odhad.

I__I__I počet let

SK.6 Jak často jste doma pravidelně vystaven(a) tabákovému kouři uvnitř místnosti?

nikdy nebo téměř nikdy 1
méně než 1 hodinu denně 2
1-5 hodin denně 3
více než 5 hodin denně 4

SK.7 Jak často jste pravidelně vystaven(a) tabákovému kouři v uzavřených prostorách veřejných budov (bary, restaurace, čekárny, nákupní centra, sportovní haly)?

nikdy nebo téměř nikdy 1
méně než 1 hodinu denně..... 2
1-5 hodin denně 3
více než 5 hodin denně..... 4

SK.8 Jste pravidelně vystaven(a) tabákovému kouři v uzavřených prostorách na vašem pracovišti?

nikdy nebo téměř nikdy 1
méně než 1 hodinu denně..... 2
1-5 hodin denně 3
více než 5 hodin denně..... 4
netýká se mne (nepracuji nebo ne uvnitř místnosti) 5

Otázky na konzumaci alkoholu

INTRO

Následující otázky se týkají konzumace alkoholických nápojů v průběhu posledních 12 měsíců.

AL.1 Jak často jste pil(a) v průběhu posledních 12 měsíců nějaký (jakýkoliv) alkoholický nápoj (tj. pivo, víno, destiláty, likéry, aperitivy, míchané nápoje, alkoholizované limonády) ?

nikdy ..... 1 →JDĚTE NA OTÁZKY O UŽÍVÁNÍ DROG
jednou měsíčně či méně často..... 2 →JDĚTE NA OTÁZKY O UŽÍVÁNÍ DROG
2 až 4krát měsíčně..... 3 →JDĚTE NA OTÁZKU AL.3
2 až 3krát týdně..... 4
4 až 6krát týdně..... 5
každý den 6

AL.2 Kolik standardních nápojů obsahujících alkohol vypijete v jednotlivých dnech v průběhu týdne, kdy konzumujete alkohol v běžné míře? Začněte pondělím a postupujte den za dnem (pro přepočet viz tab. na str. 30).

	Pivo	**Víno**	**Aperitiv, likér, dezertní víno**	**Destiláty**	**Míchané alkoholické nápoje**
pondělí	I__I__I	I__I__I	I__I__I	I__I__I	I__I__I
úterý	I__I__I	I__I__I	I__I__I	I__I__I	I__I__I
středa	I__I__I	I__I__I	I__I__I	I__I__I	I__I__I
čtvrtek	I__I__I	I__I__I	I__I__I	I__I__I	I__I__I
pátek	I__I__I	I__I__I	I__I__I	I__I__I	I__I__I
sobota	I__I__I	I__I__I	I__I__I	I__I__I	I__I__I
neděle	I__I__I	I__I__I	I__I__I	I__I__I	I__I__I

Kategorie	1 nápoj	2 nápoje	Příklad	Obsah alkoholu
pivo	**0,25-0,33 l** (malé pivo)	0,5 l (půllitr)	pivo světlé, tmavé, ležák	3,1 %
destilát	**0,2 dcl** (malý panák)	0,4-0,5 dcl (velký panák)	Vodka, Whiskey, Becherovka, Fernet, koňak, Metaxa	35-50 %
víno	**1 dcl**	2 dcl sklenice	víno červené, bílé, růžové, sekt	10-13 %
aperitiv, dezertní víno, likér	**0,5 dcl**	1 dcl sklenice	Cinzano, Martini, Vermut, Sherry, Portské, medovina, ovocné likéry /Berentzen - jablko/, Baileys, Malibu	15-20 %
míchané nápoje, alkoholi-zované limonády	**2-2,5 dcl**		Mojito, Cuba Libre, Pina Colada, Becherovka s tonikem, džus s vodkou, Fernet s tonikem, limonády s obsahem alkoholu jako Campari Mixx, Smirnoff Ice, apod.	4-6 %

AL.3 Během posledních 12 měsíců, jak často jste vypil(a) 6 a více alkoholických standardních nápojů při jedné příležitosti?

UVAŽUJTE VŠECHNY KATEGORIE ALKOHOLICKÝCH NÁPOJŮ DOHROMADY, PRO VYMEZENÍ STANDARDNÍCH NÁPOJŮ POUŽIJTE VÝŠE UVEDENÉ TABULKY.

nikdy 1
méně než jednou měsíčně 2
měsíčně 3
týdně..... 4
denně nebo téměř denně 5

Otázky na užívání drog

INTRO

Následující otázky se týkají užívání drog, jako např. hašiše a marihuany (označovaných také jako kanabinoidy, resp. tráva, konopí apod.), kokainu a dalších.

CN.1 Znáte osobně někoho (mimo sebe sama), kdo užívá marihuanu či hašiš?

ano..... 1
ne..... 2

CN.3 Znáte osobně někoho, kdo užívá jiné drogy, jako např. kokain, amfetaminy, extázi či jiné podobné látky?

ano..... 1
ne..... 2

UZ.12 Užil(a) jste někdy v životě některou z uvedených látek? Kdy to bylo naposledy?

ZAKROUŽKUJTE PROSÍM U KAŽDÉ LÁTKY V TABULCE PŘÍSLUŠNÝ KÓD.

	Ano, v posledních 30 dnech	Ano, před 1 - 12 měsíci	Ano, před více než 12 měsíci	Ne, nikdy
1. marihuana či hašiš	1	2	3	4
2. extáze	1	2	3	4
3. amfetaminy, pervitin	1	2	3	4
4. kokain, crack	1	2	3	4
5. heroin, jiné opiáty	1	2	3	4
6. LSD	1	2	3	4
7. lysohlávky	1	2	3	4
8. jiné podobné látky	1	2	3	4

Konec dotazníku k samostatnému vyplnění, dále budete opět dotazováni tazatelem

Základní modul - pokračování

INTRO

Nyní bych vám rád(a) položil(a) několik otázek týkajících se příjmů vaší domácnosti.

IN.1 Tato karta ukazuje různé zdroje příjmů. Můžete mi říci, které z těchto druhů příjmů vy nebo další členové vaší domácnosti pobírají?

POKYN TAZATELI: PŘEDLOŽTE KARTU 13 A ZAKROUŽKUJTE KÓD 1 U VŠECH MOŽNOSTÍ, KTERÉ SE UPLATŇUJÍ. OSTATNÍ OZNAČTE KÓDEM 2.

	Ano	Ne
příjmy ze zaměstnání (jako zaměstnanec nebo samostatně výdělečně činný)	1	2
podpora v nezaměstnanosti	1	2
starobní a vdovský/vdovecký důchod, sirotčí důchod	1	2
nemocenská, příspěvky pro osoby se zdravotním postižením, invalidní důchod	1	2
příspěvky vztahující se k rodině a dětem	1	2
příspěvky na bydlení	1	2
příspěvky na vzdělání	1	2
jiné pravidelné příspěvky	1	2
žádný zdroj příjmů	1	2
neví	8	
odmítl odpovědět	9	

IN.2 Když se zamyslíte nad vašimi zdroji příjmů a ostatních členů domácnosti, které jste uvedl(a), víte jaký je čistý měsíční příjem celé vaší domácnosti?

ano 1
ne ..... 2 →JDĚTE NA OTÁZKU IN.4
odmítl 9

IN.3 Jaký je celkový čistý měsíční příjem vaší domácnosti (tj. po odečtení daní, zdravotního pojištění atd.)?

POKYN TAZATELI: POKUD JE TO NEZBYTNÉ MŮŽETE RESPONDENTA VYZVAT: „PŘIBLIŽNÝ ODHAD JE PŘIJATELNÝ.“

částka I__I__I__I__I__I__I__I Kč → POKUD JE UVEDENA ČÁSTKA **KONEC ROZHOVORU**

odmítl odpovědět 9

IN.4 Možná, že pro vás bude přijatelnější uvést určité rozmezí příjmu. Mohl(a) byste se podívat na tuto kartu a říci mi, která kategorie odpovídá čistému měsíčnímu příjmu celé vaší domácnosti ze všech těch zdrojů příjmů, které jste uvedl(a), po odečtení daní, zdravotního pojištění atd.?

POKYN TAZATELI: PŘEDLOŽTE RESPONDENTOVI KARTU 14.

méně než 7 999 Kč..... 01
od 8 000 do 10 499 Kč..... 02
od 10 500 do 13 999 Kč..... 03
od 14 000 do 15 999 Kč..... 04
od 16 000 do 18 499 Kč..... 05
od 18 500 do 21 499 Kč..... 06
od 21 500 do 25 499 Kč..... 07
od 25 500 do 29 999 Kč..... 08
od 30 000 do 38 999 Kč..... 09
více než 39 000 Kč..... 10

neví..... 98
odmítl odpovědět 99

Konec rozhovoru

Děkuji za rozhovor a za vaši účast v tomto mezinárodním šetření.

POKYN TAZATELI: DOPLŇTE INFORMACE O ROZHOVORU.

Informace o rozhovoru

Délka rozhovoru:…… *(uveďte v minutách)*

Obtížnost rozhovoru (zakroužkujte):

snadný (bez obtíží)	středně náročný (mírné obtíže)	velmi náročný (značné potíže)
1	2	3

Poznámky k rozhovoru:

……
……
……...

Evropské výběrové šetření o zdraví v České republice EHIS 2008

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
128 01 Praha 2, Palackého nám. 4, P.O.BOX 60
© ÚZIS ČR, 2011
ISBN 978-80-7280-916-5

ÚZIS ČR
2011