

**Ústav zdravotnických informací a statistiky  
České republiky**

**Výběrové šetření  
o zdravotním stavu  
české populace  
HIS CR 93**

**Praha, únor 1995**

Metoda vypracování a vyhodnocení dat

Metoda vypracování a vyhodnocení dat

Použití krátkých výtahů z této publikace v dalších pracích je dovoleno za předpokladu úplného citování zdroje. Pro použití grafů, map nebo většího objemu informací z této publikace je nutný písemný souhlas Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky, Palackého náměstí 4, Praha 2.

© ÚZIS ČR

ISBN 80-901856-1-4

# OBSAH

<b>1. Příprava šetření .....</b>	<b>5</b>
<b>2. Charakteristika šetření.....</b>	<b>6</b>
<b>3. Průběh a obsah šetření.....</b>	<b>7</b>
3.1 Zhodnocení práce tazatelů .....	7
3.2 Obsah šetření .....	7
<b>4. Charakteristika souboru .....</b>	<b>9</b>
4.1 Základní demografická struktura.....	9
4.2 Rodinný stav .....	9
4.3 Národnost.....	9
4.4 Vzdělání.....	10
4.5 Zaměstnání.....	10
4.6 Ekonomické postavení.....	11
4.7 Příjem .....	11
4.8 Materiální situace.....	11
<b>5. Životní styl.....</b>	<b>20</b>
5.1 Index tělesné hmotnosti.....	20
5.2 Tělesná aktivita.....	23
5.3 Kouření .....	26
5.4 Spotřeba alkoholu.....	30
5.5 Stravovací zásady .....	34
<b>6. Zdraví a nemocnost.....</b>	<b>38</b>
6.1 Subjektivně vnímané zdraví.....	38
6.2 Dočasná neschopnost .....	42
6.3 Zdravotní potíže .....	45
6.4 Psychické zdraví.....	50
6.5 Chronická nemocnost.....	54
6.6 Dlouhodobá neschopnost.....	60
6.7 Sociální zdraví .....	63
6.8 Celkový zdravotní index.....	69
<b>7. Závěr.....</b>	<b>74</b>
<b>8. Doplnky .....</b>	<b>78</b>
Seznam použitých zkratk .....	78
Literatura .....	79
Dotazník šetření HIS CR 93	



## 1. PŘÍPRAVA ŠETŘENÍ

V říjnu 1993 provedl Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS ČR) výběrové epidemiologické šetření o zdravotním stavu české populace, označované zkratkou HIS CR 93 (Health Interview Survey, Czech Republic, 1993).

S koncepční přípravou šetření bylo započato již koncem roku 1992, jeho obsahové zaměření a přípravu významně ovlivnil seminář "Třetí konzultace k vytvoření společných metod a nástrojů pro zdravotní interviewová šetření" [25], který proběhl pod hlavičkou Světové zdravotnické organizace (SZO) na bázi nizozemského Centrálního statistického úřadu ve Voorburgu v Nizozemsku v září 1992.

Šetření bylo mimo jiné zaměřeno i na získání informací pro monitorovací akci projektu SZO "Zdraví pro všechny do roku 2000". Bylo připraveno v souladu s projektem Národního zdravotnického informačního systému (NZIS), v němž výběrová šetření patří mezi základní metody práce zdravotnické statistiky.

Původní představa o metodě sběru dat počítala s poštovním dotazníkem a s náhodným výběrem asi 7000 respondentů starších 15 let prostřednictvím Centrálního registru obyvatel ČR. Vzhledem k legislativním problémům ale nedošlo k dohodě mezi příslušnými ministerstvy a koncepce poštovního dotazníku byla změněna na osobní interviewové šetření vlastními silami ÚZIS ČR.

Původně plánovaný rozsah výběru musel být touto vynucenou změnou metody sběru dat změněn tak, aby byl na jedné straně dostatečný pro statistické hodnocení výsledků šetření, ale na druhé straně nepřinesl neúměrnou pracovní zátěž pracovníkům okresních a regionálních pracovišť ÚZIS ČR, kteří plnili úlohu tazatelů. Nakonec byl stanoven rozsah šetření na 1613 respondentů starších 15 let. Tento počet byl vypočten z požadavku získat 20 respondentů na každých 100 000 obyvatel a vyžadoval vyplnění asi 10 dotazníků od každého terénního pracovníka.

Pro možnost porovnání subjektivních výpovědí respondentů o svém zdravotním stavu s objektivním lékařským nálezem bylo původně plánováno doplnit dotazník výpisem z lékařské dokumentace. Tím by byla zajištěna i jistá srovnatelnost s takto prováděnými šetřeními v minulosti [9, 21, 24, 26]. Nakonec vzhledem k obavám z rapidního nárůstu finanční a časové náročnosti šetření i z negativních reakcí respondentů (nutnost vystoupit z anonymity) a lékařů (práce navíc) bylo od tohoto doplňování upuštěno. V budoucích šetřeních by ovšem bylo vhodné se k tomuto projektu alespoň u části respondentů vrátit.

Další plánovanou objektivizací bylo ověření výšky a hmotnosti respondenta přeměřeními těchto veličin tazatelem. I od tohoto bylo (zřejmě oprávněně) upuštěno pro obtížnost praktického zajištění a pro obavy z negativních reakcí respondentů. Navíc to podstatně snížilo zátěž tazatelů a umožnilo jim soustředit se na hlavní úkol, vyplnění dotazníku.

## 2. CHARAKTERISTIKA ŠETŘENÍ

Šetření HIS CR 93 bylo prvním výběrovým šetřením organizovaným a provedeným ÚZIS ČR v rámci Národního zdravotnického informačního systému od jeho přijetí v roce 1992. Základní jednotkou informace získané ze šetření byl záznam subjektivně vnímaného fyzického, duševního a sociálního zdraví respondenta, jenž byl proveden do formuláře dotazníku prostřednictvím vyškoleného tazatele. Šlo tedy o šetření prováděné metodou přímých rozhovorů.

Šetření patří do skupiny průřezových epidemiologických studií, jejichž hlavním úkolem je stanovení četnosti (frekvence), s jakou se nemoc, příznak, jev nebo zdravotní potíže aktuálně vyskytuje v populaci a v jejích podskupinách. Jednotlivými respondenty byly osoby starší 15 let, náhodně vybrané stratifikovaným výběrem na základě dané demografické struktury.

Šetření proběhlo současně ve všech okresech České republiky s výjimkou okresu Kladno v říjnu 1993. Okres Kladno nebyl zastoupen z personálních důvodů (okresní pracoviště ÚZIS ČR nebylo obsazeno). Skutečný rozsah šetření byl 1600 respondentů v 84 okresech.

Náhodný výběr respondentů šetření HIS CR 93 probíhal v jednotlivých okresech navzájem nezávisle, a to ve třech stupních. Přitom struktura vybraných respondentů musela odpovídat věkovému složení obyvatelstva daného okresu (každému okresu byl předepsán počet respondentů podle pohlaví a 15letých věkových skupin).

Prvním stupněm byl výběr reprezentantů měst a obcí podle pětistupňové velikostní škály. Tento výběr byl založen na seznamu měst a obcí v řadě publikací "Okres v číslech" z let 1990/91 a byl proveden pro všechny okresy na centrálním pracovišti ÚZIS ČR v Praze.

Druhým stupněm byl výběr takzvaných záchytných adres v městech a obcích vybraných v prvním stupni. Tento krok byl prováděn podle telefonních seznamů bytových stanic, přičemž náhodně vybrané obce do 1000 obyvatel byly považovány za záchytnou adresu samy o sobě. Druhý stupeň výběru prováděla regionální pracoviště ÚZIS ČR pro všechny okresy svého regionu.

Posledním třetím stupněm náhodného výběru byl výběr takzvané modelové osoby, tedy osoby kontaktované na záchytné adrese nebo v jejím okolí, starší 15 let, zapadající do předepsané demografické struktury a především ochotné odpovídat na dotazy tazatele.

Vyplněné dotazníky byly shromážděny v Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky, kde byla získaná data převedena na magnetická média. Další zpracování výsledků šetření probíhalo na počítačích PC a bylo přitom využito softwarových produktů Microsoft Excel, Microsoft Word a Statgraphics. Při testování statistických hypotéz byla za hladinu významnosti vzata hladina 5 %.

Vzhledem k tomu, že větší část odborných otázek týkajících se zdraví byla položena v ČR poprvé, že zvolená metoda náhodného výběru respondentů byla použita poprvé, že soubor byl relativně malý a konečně také proto, že všichni tazatelé prováděli tazatelskou práci poprvé v životě, je třeba považovat šetření HIS CR 93 za pilotní průzkum, jehož cílem bylo získat jak základní charakteristiky zdraví populace, tak zkušenosti s prováděním výběrového šetření zvolenou metodou.

## 3. PRŮBĚH A OBSAH ŠETŘENÍ

### 3.1 ZHODNOCENÍ PRÁCE TAZATELŮ

Šetření proběhlo v říjnu 1993, a to i během všech víkendových dní. Bylo provedeno prostřednictvím 154 tazatelů (147 žen a 7 mužů) z okresních a regionálních pracovišť ÚZIS ČR. Na jednoho tazatele tedy připadlo v průměru 10,4 respondentů. Tazatelé se věnovali dotazníkové činnosti (vedle svých běžných pracovních povinností) v průměru 6,8 dne, takže na jeden den a jednoho tazatele připadlo v průměru 1,53 respondentů.

Realizace rozhovoru byla podmíněna ochotou respondenta odpovídat na otázky, takže do značné míry záleželo na schopnosti tazatele přesvědčit neznámou osobu k více než půlhodinové spolupráci. Tazatelé byli požádáni, aby v protokolu o průběhu šetření zaznamenali u každého realizovaného rozhovoru počet předchozích neúspěšných osobních kontaktů. Těchto odmítnutí bylo zaznamenáno celkem 1943, na jednoho respondenta tedy připadlo 1,23 odmítnutí. V jednotlivých okresech se hodnoty tohoto ukazatele pohybovaly od nuly (10 okresů) po 4,36 odmítnutí. Průměrná hodnota nad 2,0 byla zaznamenána v 15 okresech.

Při školeních před výběrovým šetřením jsme doporučovali tazatelům domluvit si jiný termín setkání s těmi respondenty, kteří projevíli o dotazník zájem, ale momentálně neměli čas. Tuto metodu jsme doporučovali zejména pro fázi dokončování šetření, kdy ochotný respondent mohl vyplnit mezeru v předepsaném okresním demografickém modelu. Podle záznamů tazatelů bylo 7,8 % rozhovorů realizováno v předem dohodnutém termínu. Ve třech okresech byla takto získána více než polovina respondentů.

Asi u 3 % respondentů zaznamenali tazatelé nějakou negativní reakci buď na některou otázku (zejména na příjem domácnosti), nebo na dotazníkovou akci jako takovou. U celkem 15 rozhovorů tazatelé uvedli, že se odehrály v nevhodných podmínkách (např. na chodbě, před domem atd.).

### 3.2 OBSAH ŠETŘENÍ

Použitý dotazník šetření HIS CR 93 je uveden v příloze této publikace. Dotazník má celkem 26 otázek, které můžeme orientačně rozdělit do 5 okruhů.

- I. Identifikační a socioekonomická charakteristika (otázky 1-9)
- II. Zdravotní stav (otázky 10-16)
- III. Sociální zdraví (otázky 17-19)
- IV. Rizika chování (otázky 20-23)
- V. Názory na transformační změny ve zdravotnictví po roce 1989 (ot.24-26)

Socioekonomická skladba výběrového souboru respondentů je popsána a analyzována ve 4. kapitole této publikace. Hodnocení životního stylu a rizikovosti chování obsahuje 5. kapitola. Rozbor výsledků otázek zdravotního stavu a sociálního zdraví je uveden v 6. kapitole.

Ze 14 otázek týkajících se fyzického, duševního a sociálního zdraví a problematiky životního stylu bylo 8 formulováno podle doporučení SZO [25], 5 otázek bylo převzato z anglického šetření HALS 1985 [3] a jedna otázka byla zkombinována z anglického šetření HALS 1985 a holandského šetření NethHIS 1989/91 [14].

Poslední okruh otázek nesouvisí přímo se zdravotním stavem populace. Otázky týkající se změn ve zdravotnictví po roce 1989, názorů na systém povinného zdravotního pojištění, ochoty připlácet na některé zdravotnické služby a skutečných výdajů respondentů na léky mají charakter ankety a byly aktuálně připojeny ke zdravotnímu dotazníku. Zhodnocení této ankety bylo publikováno samostatně a není obsahem této publikace.

## 4. CHARAKTERISTIKA SOUBORU

### 4.1 ZÁKLADNÍ DEMOGRAFICKÁ STRUKTURA

Celkový rozsah šetření dosáhl počtu 1600 respondentů starších 15 let, proti plánovanému rozpisu chybělo 13 respondentů (0,8 %). Z celkového počtu bylo 753 mužů (47,1%) a 847 žen (52,9%), poměr počtu mužů a žen v populaci ČR byl dodržen téměř přesně.

Věková skladba byla v rámci okresních demografických modelů rozepsána po patnáctiletých věkových skupinách. Při následném hodnocení podle desetiletých věkových intervalů (15-24 let, 25-34, ..., 75 a více let) byly zjištěny jisté odchylky od věkové struktury celé populace ČR (viz tabulka 4.1-4 a graf 4.1.1). Je to především výrazně nižší zastoupení nejmladší věkové skupiny u obou pohlaví a zejména velmi nízké zastoupení nejstarších žen ve výběru. Tyto odchylky byly zřejmě způsobeny závislostí výběru na dostupnosti a ochotě jednotlivých občanů a do jisté míry i nedodržením předepsané věkové struktury tazatelů.

Rozpis respondentů podle velikosti měst a obcí byl dodržen téměř přesně, což ovšem bylo dáno přímo metodikou prvního stupně šetření.

Strukturu respondentů šetření HIS CR 93 podle počtu členů jejich domácnosti a porovnání s výsledky Sčítání lidu 1991 ukazuje graf 4.1.2. Je z něj zřejmé, že vybraný soubor HIS CR 93 byl posunut do vícečlenných domácností. Vedle evidentního vysvětlení různou pravděpodobností zastihnout někoho doma zde může působit i obava starších samostatně nebo ve dvou žijících lidí otevřít neznámému člověku - tazateli. I to může do jisté míry vysvětlit nižší podíl starších osob ve výběru.

### 4.2 RODINNÝ STAV

V šetření jsme rozlišovali pět kategorií rodinného stavu - svobodný/svobodná, druh/družka, ženatý/vdaná, rozvedený/rozvedená, vdovec/vdova. Kategorie druh/družka byla málo početná (20 respondentů) a ve Sčítání lidu 1991 nebyla použita vůbec, proto jsme při srovnání výběru s populací zařadili tyto respondenty v této otázce mezi "neurčené". Při vlastním zpracování výsledků byli přiřazeni k ženatým a vdaným osobám.

Struktura respondentů podle rodinného stavu v jednotlivých věkových skupinách je znázorněna v grafu 4.2.1, porovnání skladby respondentů podle rodinného stavu s obdobnou skladbou zjištěnou při Sčítání lidu 1991 je uvedeno v tabulce 4.1-4. Zjištěné odchylky od struktury obyvatelstva lze převážně vysvětlit odlišnostmi ve věkové struktuře popsány v podkapitole 4.1 a částečně i malými četnostmi některých kategorií.

### 4.3 NÁRODNOST

Při dotazování byly rozlišovány čtyři nejčastější národnosti v České republice: česká (sem byli zařazeni i respondenti hlásící se k moravské nebo slezské národnosti), slovenská, romská a německá a skupina "jiných národností". V tabulce 4.1-4 je uveden přehled počtu respondentů podle národnosti a porovnání s výsledky ze Sčítání lidu 1991 [18]. Z tabulky je jasné, že pro malé počty ve všech národnostech kromě české nelze provádět analýzu rozdílů zdravotního stavu mezi jednotlivými skupinami.

## 4.4 VZDĚLÁNÍ

Při epidemiologických studiích o vlivu socioekonomických faktorů na zdraví populace mává úroveň vzdělání nejvyšší prioritu [6, 22]. Vyšší stupeň vzdělání bývá spojen s vyšším společenským postavením, tím i s vyšším příjmem a zpravidla se zdravějším způsobem života.

V šetření HIS CR 93 byli respondenti rozděleni do pěti kategorií podle nejvyšší dosažené úrovně vzdělání: základní (nebo bez něj), učňovské, středoškolské, nástavbové (pomaturitní) a vysokoškolské. Vzhledem k častým změnám vzdělávací soustavy v minulosti byla tomuto třídění dána přednost před kategorizací pomocí počtu let absolvovaného studia. Vzhledem k malému zastoupení respondentů s nástavbovým vzděláním, byla tato kategorie při dalším zpracování výsledků připojena k vysokoškolskému vzdělání (pod názvem vyšší vzdělání).

Tazatelé neměli uloženo sledovat celkově vzdělanostní strukturu respondentů, protože by se tím výběr vhodných osob podstatně znesnadnil. Teprve dodatečně po zpracování výsledků a jejich srovnáním s údaji Sčítání lidu 1991 jsme zjistili v tomto směru významnou deformaci, která je zřejmá z tabulky 4.1-4. S rostoucím vzděláním prudce roste i zastoupení respondentů ve výběru ve srovnání s vzdělanostní strukturou obyvatelstva ČR. Například mužů se základním vzděláním bylo mezi respondenty pouze 36 % očekávaného počtu. Je zřejmé, že v tomto kritériu nebyl výběr reprezentativní pro populaci ČR. Důvodem zmíněného posunu bude pravděpodobně rozdílná ochota spolupracovat s tazateli, ale roli mohou hrát i další faktory (např. nerovnoměrnost telefonní sítě).

Vzdělanostní struktura jednotlivých věkových kategorií je znázorněna v grafu 4.4.1. Rozdíl zastoupení jednotlivých vzdělanostních kategorií v různých věkových skupinách dokumentuje zřetelně rozdílnost vzdělávacích systémů různých období v minulosti, která ztěžuje hodnocení a interpretaci výsledků šetření.

## 4.5 ZAMĚSTNÁNÍ

Zaměstnání je v dotazníku řešeno prostřednictvím pěti podotázek, které jsou shrnuty v otázce 7. V dotazníku se rozlišuje především nynější zaměstnání (podotázka 7a) a hlavní životní zaměstnání (7e). Dále bylo zjišťováno, zda je respondent soukromníkem (7b) a zda zaměstnává další osoby (7c) a případně, proč není v současné době zaměstnán (7d), tato problematika je popsána samostatně v následující podkapitole 4.6.

Nynější i hlavní zaměstnání byla kódována a zpracována v šetření HIS CR 93 podle Klasifikace zaměstnání (KZAM) z roku 1992 [10], která byla u nás zavedena Federálním statistickým úřadem od 1.8.1992. KZAM vychází z principu klasifikace ISCO 88 Mezinárodního úřadu práce. Nynější zaměstnání byla kódována dvoumístným kódem tříd klasifikace zaměstnání, hlavní zaměstnání bylo v dotazníku předtíženo v jednomístném kódu hlavních tříd KZAM.

Přehled o nynějších a hlavních zaměstnáních respondentů šetření HIS CR 93 podle pohlaví v členění podle devíti hlavních tříd KZAM je uveden v tabulce 4.5.1. Porovnání s výsledky Sčítání lidu 1991 zatím není možné, protože jeho výsledky v oblasti zaměstnání dosud nejsou k dispozici. Bez pracovního zařazení bylo v době šetření asi 30 % mužů a 45 % žen. Analýza příčin jejich současné neaktivity je uvedena v následující podkapitole.

## 4.6 EKONOMICKÉ POSTAVENÍ

Ekonomické postavení respondentů šetření HIS CR 93 vyplývá z kombinace podotázek 7a a 7d otázky 7 dotazníku. K zajištění srovnatelnosti podílů ekonomicky aktivních a neaktivních osob se Sčítáním lidu 1991 a na základě doporučení SZO byli vojáci základní služby a osoby na mateřské dovolené zařazeni mezi ekonomicky aktivní obyvatele.

Podíl ekonomicky neaktivních respondentů a podrobnější struktura příčin jejich současně ekonomické pasivity je uvedena v tabulce 4.6.1. Převažujícími důvody jsou pochopitelně stáří nebo studium, dále následují invalidita spolu s nezaměstnaností. Celková zaměstnanost (u osob nad 15 let) činila u mužů 70,7 %, u žen 62,5 %, což velmi dobře koresponduje s výsledky Sčítání lidu 1991 (71,1 % ekonomicky aktivních mužů a 59,5 % žen).

## 4.7 PŘÍJEM

Výší příjmu lze považovat za rozhodující faktor životní úrovně, která ovlivňuje významně některé charakteristiky zdravotního stavu. U osob s vyšším příjmem je většinou zjištěna nižší nemocnost, zejména chronickými nemocemi [11,16,20].

V našem šetření byl zjišťován prostřednictvím otázky 8 celkový průměrný čistý příjem na jednoho člena respondentovy domácnosti bez ohledu na nositele příjmu. Respondenti měli udat celkový počet členů domácnosti a celkový měsíční čistý příjem domácnosti. Téměř 9 % respondentů na tuto otázku odmítlo odpovědět, přesto lze příjem považovat za jeden z hlavních faktorů při analýze socioekonomických rozdílů ve zdravotním stavu.

Tabulka 4.7.1 ukazuje rozložení počtu respondentů v závislosti na pohlaví, vzdělání a příjmové skupině (do 2000 Kč, 2000-3999 Kč, 4000 Kč a více) a je v ní rovněž uveden průměrný příjem v jednotlivých vzdělanostních kategoriích. Přestože nejde o vlastní příjem respondenta, ale celé domácnosti, je patrná rostoucí tendence příjmu s rostoucím vzděláním a vyšší příjmy udávané muži než příjmy udávané ženami.

## 4.8 MATERIÁLNÍ SITUACE

Materiální podmínky jednotlivce a jeho rodiny jsou zpravidla odrazem jeho vzdělání, zaměstnání a příjmu. Vysoké vzdělání, dobré zaměstnání a nadprůměrný příjem zajišťují dobré materiální a životní podmínky celé rodiny a jsou zpravidla úzce svázány s dobrým zdravotním stavem a nižší úmrtností [20].

V rámci snahy o komplexnost pohledu na zdraví a jeho determinanty u respondentů šetření HIS CR 93 byla zařazena i otázka 9 týkající se materiálních podmínek respondentů a jejich rodin, převzatá z anglického šetření HALS 1985 [3]. Otázka se skládá ze šesti podotázek.

Přehled o četnostech pozitivních charakteristik životních podmínek v šetření poskytuje tabulka 4.8.1. V průměru bylo registrováno 3,42 kladných odpovědí ze 6 možných, u mužů byl výsledek jen nepatrně lepší než u žen. Z uvedeného grafu 4.8.1 je zřejmé věkové rozložení průměrného počtu pozitivních charakteristik životních podmínek. Vrcholu je dosaženo kolem věku 50 let, největším materiálním nedostatkem trpí nejmladší a nejstarší věková skupina.

Tab. 4.1-4 Základní demografické charakteristiky

	HIS CR 93		SLDB 91	Index	HIS CR 93		SLDB 91	Index
	počet	%	%	HIS/SLDB	počet	%	%	HIS/SLDB
	muži				ženy			
<b>věk</b>								
15-24	143	19,0	20,4	93,1	127	15,0	17,9	83,8
25-34	137	18,2	17,9	101,6	151	17,8	15,8	112,8
35-44	164	21,8	21,3	102,3	165	19,5	19,3	100,9
45-54	122	16,2	15,3	105,9	151	17,8	14,5	122,9
55-64	83	11,0	12,5	88,2	103	12,2	13,3	91,4
65-74	79	10,5	8,1	129,5	117	13,8	10,7	129,1
75+	25	3,3	4,5	73,8	33	3,9	8,4	46,4
<b>rodinný stav</b>								
svobodný, -á	163	21,6	25,0	87,7	114	13,5	15,7	86,7
ženatý, vdaná	511	67,9	65,4	105,1	525	62,0	60,0	104,4
rozvedený, -á	39	5,2	6,2	84,6	76	9,0	7,8	116,3
vdovec, vdova	30	4,0	3,3	122,2	122	14,4	16,4	88,8
neudáno	10	1,3	0,1	x	10	1,2	0,1	x
<b>národnost</b>								
česká	722	95,9	94,3	101,4	808	95,4	94,0	101,6
slovenská	19	2,5	3,5	71,9	18	2,1	3,5	60,8
romská	2	0,3	0,3	88,3	2	0,2	0,2	118,2
německá	2	0,3	0,5	53,0	4	0,5	0,7	67,6
jiná	8	1,1	1,1	96,3	12	1,4	1,4	101,4
neudáno	-	-	0,3	x	3	0,4	0,2	x
<b>vzdělání</b>								
základní	68	9,0	25,0	35,8	164	19,4	41,2	47,0
učňovské	288	38,2	43,2	87,8	258	30,5	28,2	108,0
střední	249	33,1	21,3	153,9	327	38,6	24,3	158,9
vyšší	147	19,5	9,5	203,7	97	11,5	6,2	184,7
neudáno	1	0,1	1,0	x	1	0,1	1,1	x

Tab. 4.5.1 Kategorie zaměstnání

Třída zaměstnání (podle KZAM)	Respondenti se zaměstnáním							
	nynějším		hlavním		nynějším		hlavním	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
	muži				ženy			
vedoucí a řídicí pracovník	51	6,8	85	11,3	16	1,9	29	3,4
vědecký a odborný pracovník	29	3,9	26	3,5	26	3,1	25	3,0
technik, zdravotník, pedagog	138	18,3	178	23,6	93	11,0	185	21,8
nižší administrativní pracovník	14	1,9	20	2,7	128	15,1	197	23,3
provozní pracovník ve službách	74	9,8	62	8,2	114	13,5	133	15,7
kvalifikovaný zemědělský a lesní dělník	12	1,6	19	2,5	4	0,5	19	2,2
řemeslník a kvalifikovaný dělník	127	16,9	213	28,3	26	3,1	89	10,5
obsluha strojů a zařízení	62	8,2	62	8,2	7	0,8	14	1,7
pomocný a nekvalifikovaný dělník	20	2,7	26	3,5	47	5,5	93	11,0
bez pracovního zařazení	226	30,0	62	8,2	386	45,6	63	7,4

Tab. 4.6.1 Ekonomicky neaktivní respondenti

Příčina neaktivity	Ekonomicky neaktivní			
	muži		ženy	
	počet	%	počet	%
celkem	216	100,0	318	100,0
studující	48	22,2	31	9,7
v domácnosti	1	0,5	11	3,5
důchodci	131	60,6	228	71,7
invalidé	16	7,4	23	7,2
nezaměstnaní	16	7,4	21	6,6
jiný důvod	4	1,9	4	1,3

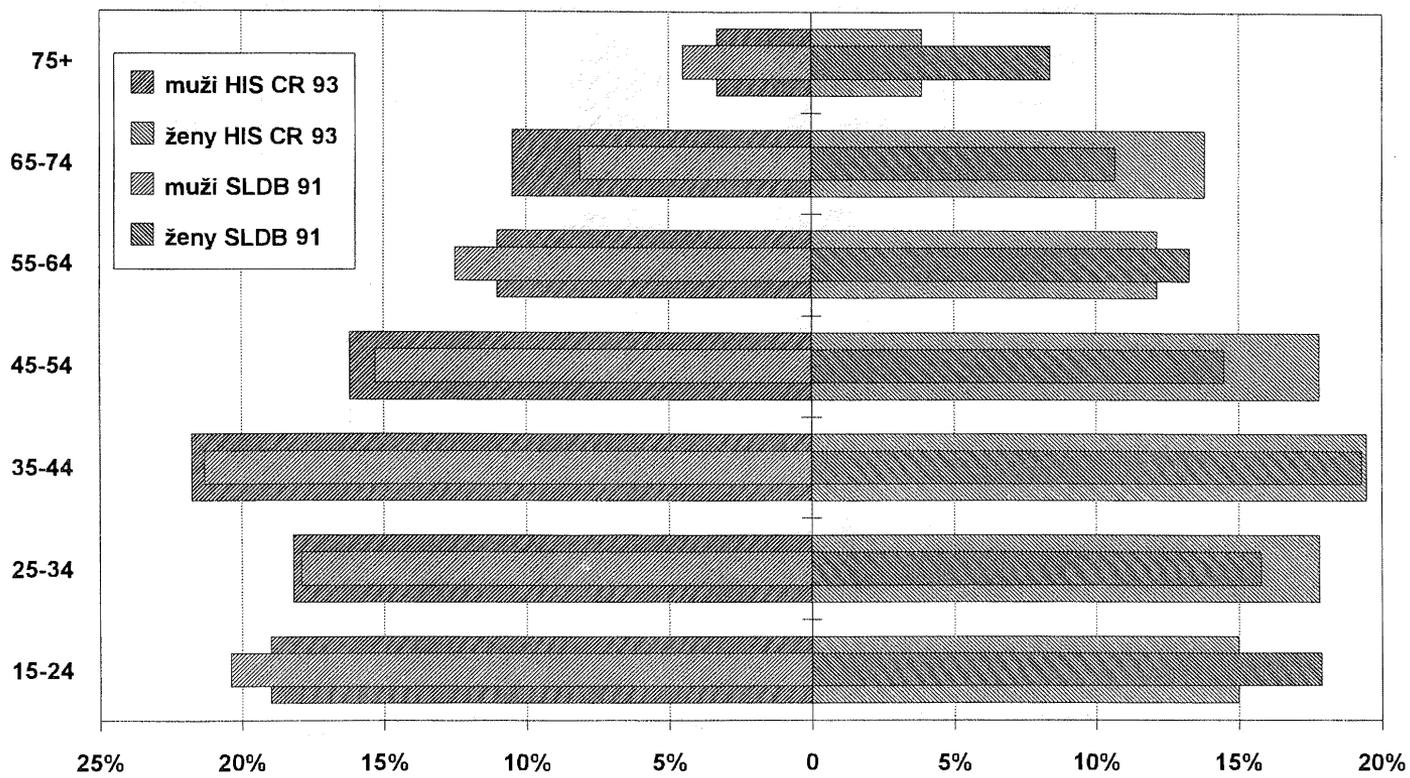
Tab. 4.7.1 Příjmy domácností respondentů

Vzdělání	Příjem na 1 člena domácnosti v Kč							
	muži				ženy			
	struktura podle příjmu (%)			průměrný příjem	struktura podle příjmu (%)			průměrný příjem
	- 2000	2000-3999	4000 +		- 2000	2000-3999	4000 +	
celkem	13,4	65,4	21,2	3 115	20,3	65,0	14,7	2 842
základní	18,3	68,4	13,3	2 677	27,7	68,4	3,9	2 430
učňovské	16,0	67,3	16,7	2 898	22,0	68,3	9,7	2 723
střední	13,2	65,4	21,4	3 170	17,6	63,1	19,3	2 993
vyšší	6,2	60,0	33,8	3 669	11,2	56,2	32,6	3 392

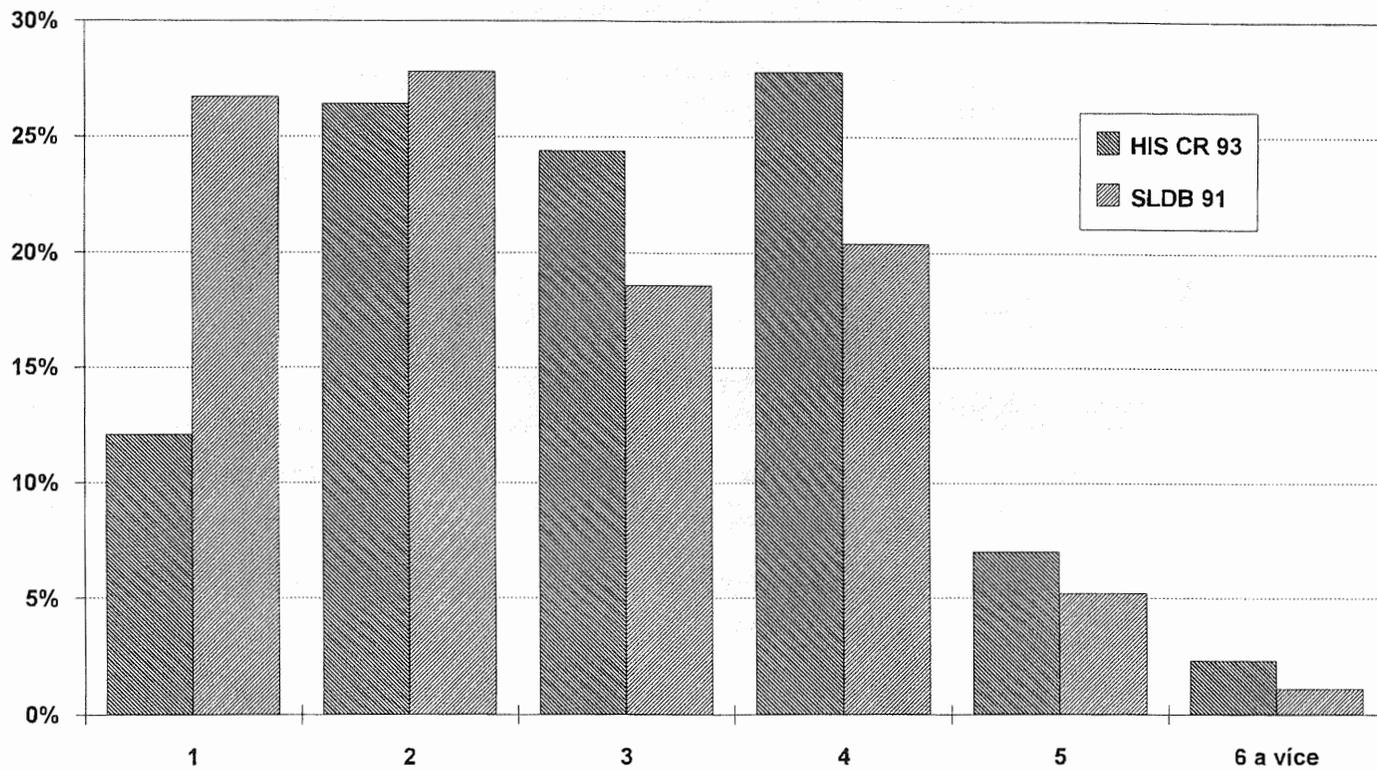
Tab. 4.8.1 Materiální situace

Charakteristika	Kladné odpovědi			
	muži		ženy	
	počet	%	počet	%
vlastník domu nebo bytu	357	47,4	413	49,0
vlastník chalupy nebo chaty	119	15,8	119	14,1
vlastník auta	489	64,9	454	53,9
byt s koupelnou a WC	708	94,0	810	96,1
byt s aspoň tolika místnostmi, kolika obyvateli	527	70,0	600	71,2
byt v nehlukném a nezávadném prostředí	423	56,2	460	54,6

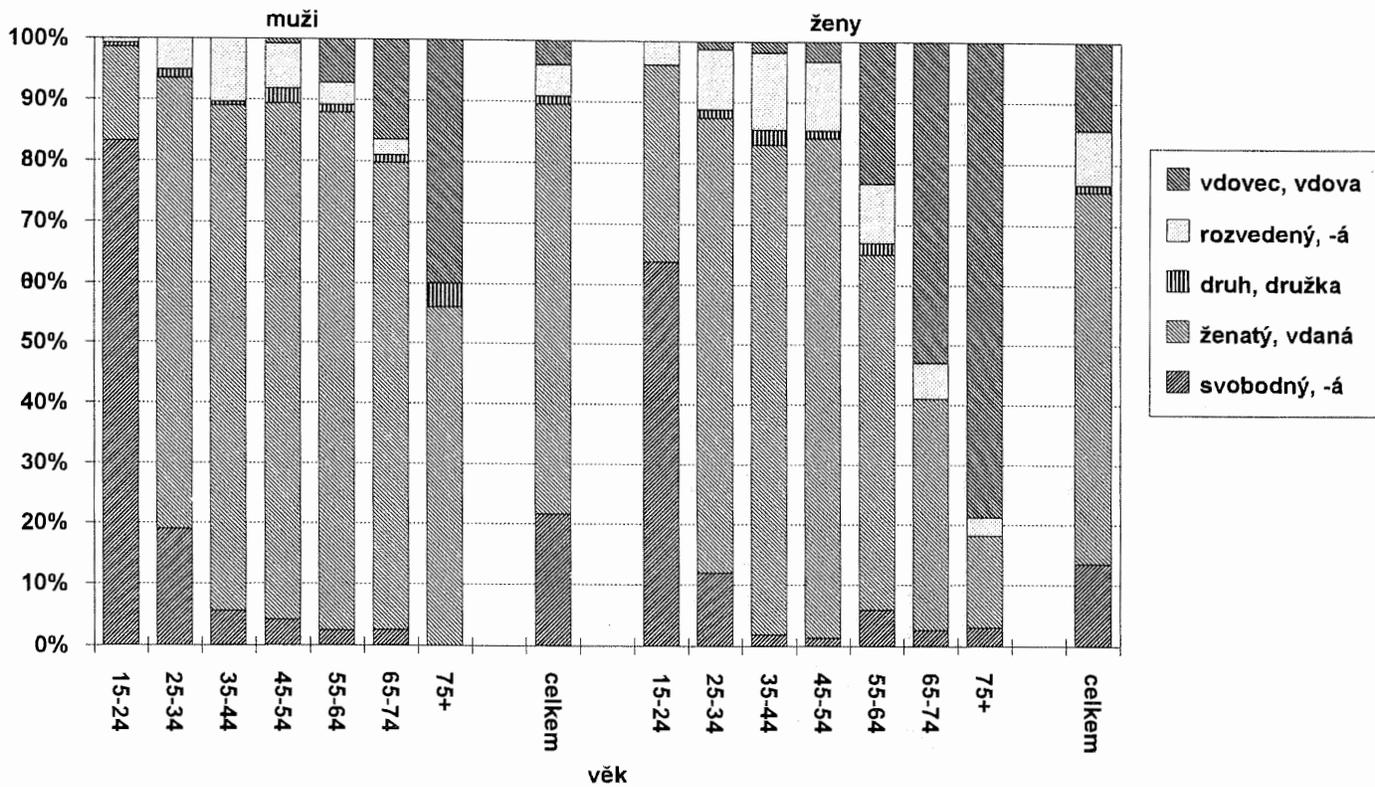
Graf 4.1.1 Složení respondentů podle věku



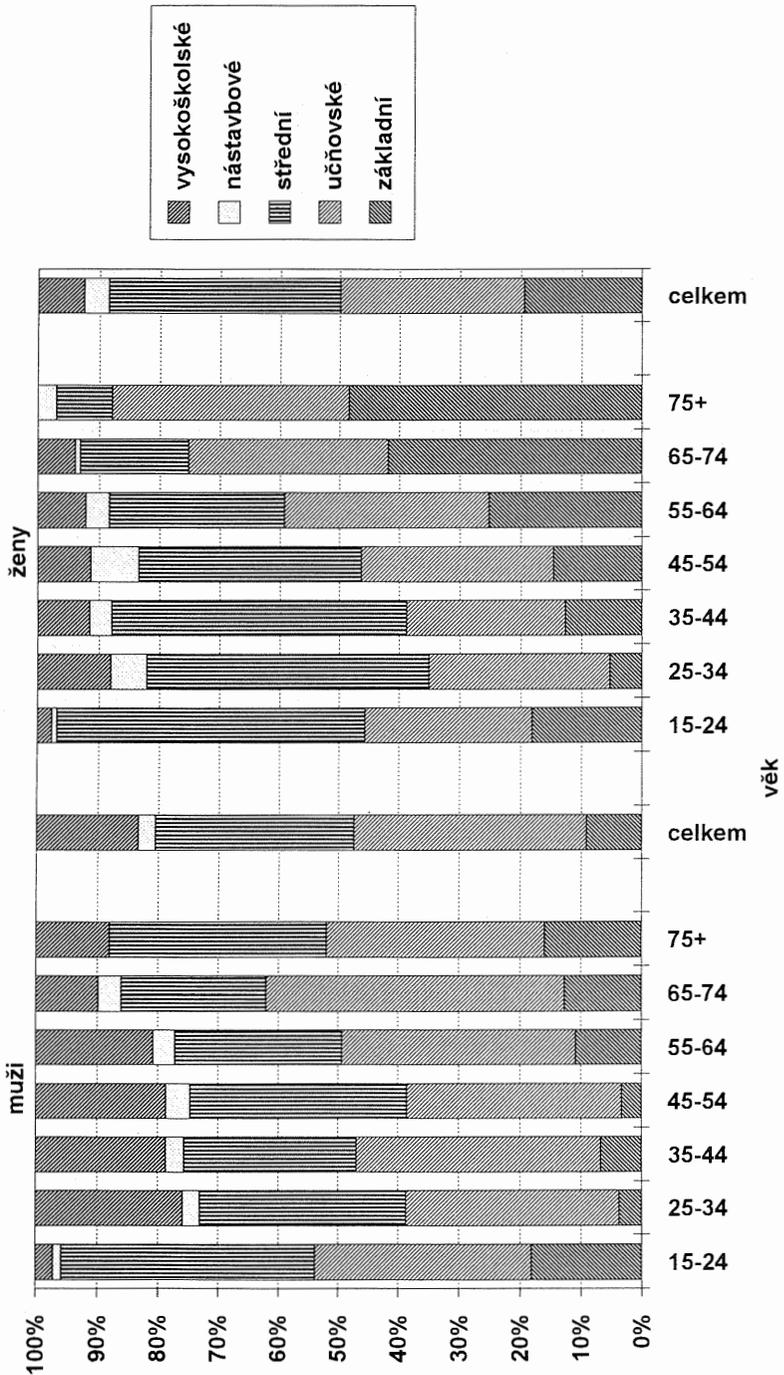
Graf 4.1.2 Složení respondentů podle počtu členů domácnosti



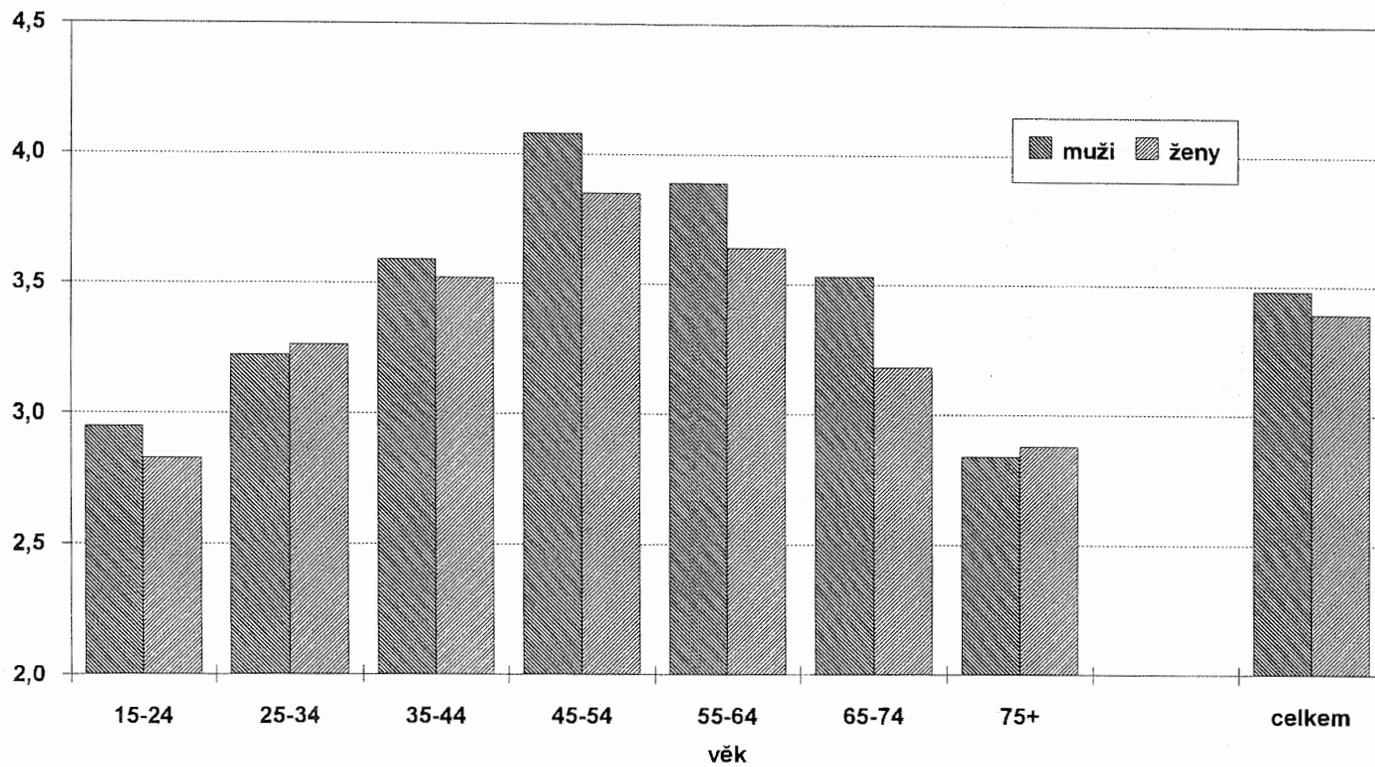
Graf 4.2.1 Složení respondentů podle rodinného stavu



Graf 4.4.1 Složení respondentů podle vzdělání



Graf 4.8.1 Průměrný počet kladných materiálních charakteristik



## 5. ŽIVOTNÍ STYL

### 5.1 INDEX TĚLESNÉ HMOTNOSTI

Přiměřené proporce výšky a hmotnosti jsou předpokladem zdravé existence každého jednotlivce a východiskem jeho zdravotního stavu. Tělesná konstrukce člověka je ovlivňována genetickými dispozicemi, ale významně se zde uplatňuje i příjmová a výdajová energetická bilance, tedy kvalita a množství přijímané potravy a intenzita a množství pohybové aktivity.

K vyjádření vztahu výšky a hmotnosti jednotlivce se nejčastěji používá index tělesné hmotnosti (Body mass index - BMI), nazývaný též Queteletův index, definovaný jako podíl hmotnosti (kg) a druhé mocniny výšky (m) a udávaný tedy v  $\text{kg/m}^2$ . Podle doporučení SZO se index tělesné hmotnosti dělí do pěti skupin - velká podváha (do 18), podváha (18-20), normální (20-27), nadváha (27-30) a obezita (30 a více).

Index tělesné hmotnosti byl u respondentů počítán z jimi nahlášených hodnot vlastní výšky a hmotnosti, objektivizace následným měřením nebyla prováděna. Průměrná výška a hmotnost mužů byla 177,2 cm a 80,1 kg (krajní nahlášené hodnoty 160 a 202 cm, 41 a 125 kg), žen 164,4 cm a 66,8 kg (s rozsahy od 143 do 187 cm a od 40 do 117 kg). Přehled výšek, hmotností a hodnot BMI podle věkových skupin a pohlaví je uveden v tabulce 5.1.1. Z tabulky je zejména u mužů patrná s rostoucím věkem klesající průměrná výška.

Další tabulka 5.1.2 poskytuje přehled rozložení kategorií BMI podle pohlaví. Podíl obézních žen (12,2 %) převyšoval podíl obézních mužů (10,4 %), přesto byla průměrná hodnota BMI u mužů nepatrně vyšší. Vyšší podíl obézních žen byl vykompenzován nižším podílem žen s nadváhou a zejména asi třikrát vyšším podílem žen s hodnotami BMI do 20. Zde je možno vyslovit, ovšem nikoli prokázat, podezření na úmyslné podhodnocení nahlášené hmotnosti zejména u části mladších respondentek.

Při hodnocení průměrné hodnoty BMI v jednotlivých věkových skupinách je zřetelná rostoucí tendence BMI s věkem, která se ovšem v jistém věku mění v pokles. U mužů dochází k tomuto zlomu asi o 10 let dříve než u žen. Tento trend je dobře patrný z grafu 5.1.1. Růst indexu tělesné hmotnosti s věkem je zřejmě fyziologického charakteru, vysvětlení poklesu ve vyšším věku lze hledat v rozdílnosti stravovacích návyků různých generací, vyšší předčasné úmrtnosti lidí s nadváhou a opět v přirozené tendenci snižování tělesné hmotnosti ve stáří.

Věkové skupiny s nejvyšším průměrným BMI (muži 45-64 let, ženy 55-74 let) měly dokonce tuto hodnotu vyšší než je SZO definovaná horní hranice "normálního" BMI. Nadměrný podíl respondentů obou pohlaví s nadváhou a obezitou na rozhraní středního a vyššího věku je smutnou skutečností, která mimo jiné výrazně ovlivňuje vysoký výskyt kardiovaskulárních onemocnění, diabetu a některých chorob pohybového ústrojí.

Pro hodnocení podílu obézních lidí v populaci byla provedena podle výsledků Sčítání lidu 1991 vzdělanostní standardizace a podíl obézních lidí potom dosáhl 11,5 % u mužů a 16,0 % u žen. Tento údaj za obě pohlaví současně činí 13,6%, což je zhruba dvakrát více než udávají zahraniční šetření. Vysoký podíl obézních osob v populaci je jistě jedním z důvodů nemocnostních a úmrtnostních rozdílů mezi naší republikou a vyspělými evropskými státy.

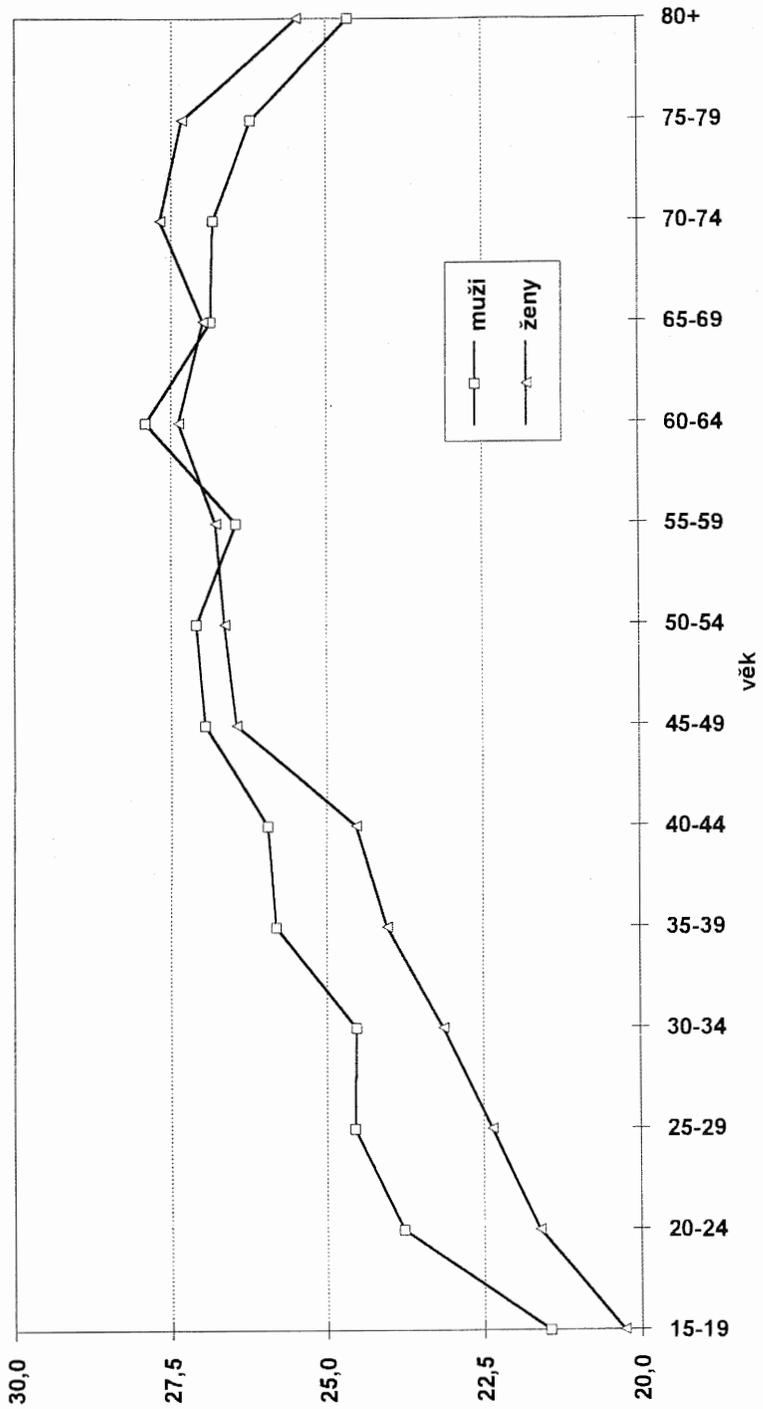
Tab. 5.1.1 Průměrná výška, hmotnost a BMI

Věk	Průměrná hodnota					
	muži			ženy		
	výška (cm)	hmotnost (kg)	BMI (kg/m <sup>2</sup> )	výška (cm)	hmotnost (kg)	BMI (kg/m <sup>2</sup> )
<b>celkem</b>	177,2	80,1	25,50	164,4	66,8	24,75
<b>15-24</b>	180,4	74,5	22,88	167,0	58,8	21,07
<b>25-34</b>	179,6	79,2	24,52	164,8	61,6	22,68
<b>35-44</b>	177,2	81,4	25,89	165,1	66,2	24,29
<b>45-54</b>	176,5	84,2	27,04	164,7	72,1	26,54
<b>55-64</b>	174,7	83,1	27,21	162,1	71,4	27,23
<b>65-74</b>	173,2	80,6	26,85	162,7	72,3	27,29
<b>75+</b>	171,8	75,8	25,58	159,7	65,7	25,82

Tab. 5.1.2 Rozložení respondentů podle BMI

Věk	Procento respondentů s BMI									
	muži					ženy				
	-18	18-20	20-27	27-30	30+	-18	18-20	20-27	27-30	30+
<b>celkem</b>	0,8	3,0	66,4	19,4	10,4	1,6	6,3	63,4	17,4	11,3
<b>15-24</b>	2,8	9,9	78,0	6,4	2,8	7,1	28,4	62,2	1,6	0,8
<b>25-34</b>	0,8	2,3	80,5	12,0	4,5	2,7	14,3	72,8	7,5	2,7
<b>35-44</b>	-	0,6	69,1	21,0	9,3	2,5	4,9	71,2	11,7	9,8
<b>45-54</b>	0,8	0,8	51,2	25,6	21,5	-	2,7	58,1	19,6	19,6
<b>55-64</b>	-	-	50,0	34,2	15,9	2,0	1,0	47,1	32,4	17,7
<b>65-74</b>	-	1,3	58,2	26,6	13,9	-	3,5	48,3	22,4	25,9
<b>75+</b>	-	8,3	62,5	20,8	8,3	-	9,1	48,5	30,3	12,1

Graf 5.1.1 Průměrný index tělesné hmotnosti (BMI)



## 5.2. TĚLESNÁ AKTIVITA

Tělesná aktivita je důležitým činitelem ovlivňujícím významně stav zdraví. Dvojotázka 20 týkající se typu a množství tělesné aktivity ve volném čase byla převzata do šetření HIS CR 93 na základě doporučení "Třetí konzultace" [25]. První část otázky je zaměřena na typ tělesné aktivity, ve druhé části otázky se měl uvést počet dnů v týdnu, kdy byla intenzivně provozována nějaká tělesná aktivita (až do zpcení).

K pravidelnému těžkému sportovnímu tréninku se přihlásilo 7,8 % mužů a 1,7 % žen. U obou pohlaví byla hranicí výskytu věková skupina 45-54 let. Rekreační sport nebo těžkou práci na zahradě po dobu alespoň 4 hodiny týdně provozovalo 26,9 % mužů a 18,0 % žen, obě pohlaví s nejvyšším podílem ve věkové skupině 35-44 let. Tento druh aktivity udali i dva muži z věkové skupiny nad 75 let. Více než třetina mužů i žen se přihlásila k lehkým tělesným aktivitám a podíl těchto respondentů je zhruba stejný téměř ve všech věkových skupinách a u obou pohlaví. Do poslední zcela neaktivní skupiny respondentů patřilo podle šetření 30,0 % mužů a 41,5 % žen. S věkem podíl tělesně neaktivních pochopitelně roste, ale i vysoký počet mladých žen nevykazujících žádnou aktivní činnost je varovným signálem. Podrobnější přehled o zastoupení jednotlivých kategorií dává tabulka 5.2.1.

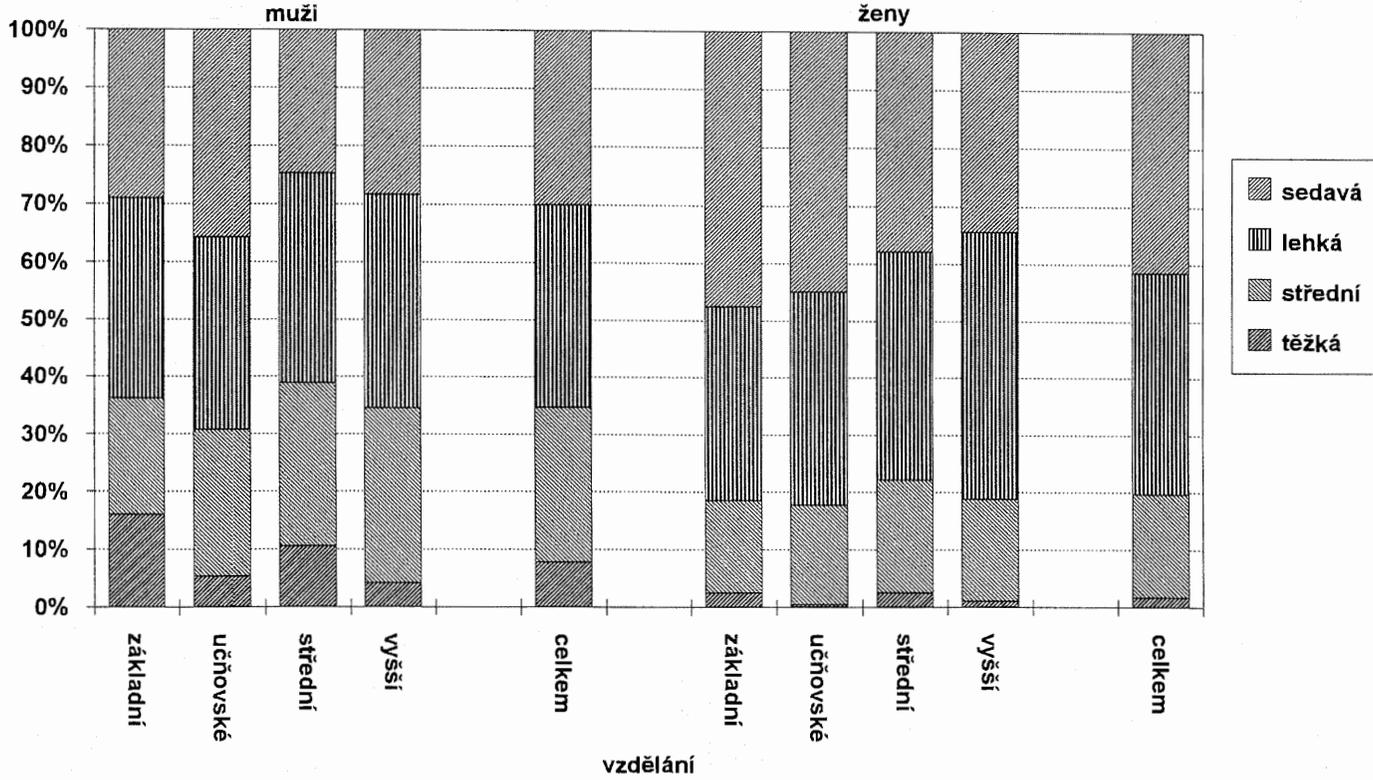
Podklady pro posouzení hypotézy, že zdravěji se chovají lidé vzdělanější, poskytuje graf 5.2.1. Z něj je vidět, že podíl sedavého typu tělesné aktivity má se vzrůstajícím vzděláním klesající tendenci hlavně u žen, a to i po provedení věkové standardizace, tato závislost však není statisticky významná.

Druhá část otázky na tělesnou aktivitu ve volném čase zjišťovala týdenní frekvenci namáhavé sportovní činnosti v posledních 4 týdnech před rozhovorem. Ani jeden den v týdnu, tedy žádnou pravidelnou těžší sportovní aktivitu ve volném čase přiznalo asi 60 % mužů a 80 % žen. S věkem tento podíl stoupal ze 30 % na 90 % u mužů a z 60 % na 100 % u žen. Jeden nebo dva dny v týdnu pravidelně sportovalo asi 20 % mužů a 10 % žen. Fyziologicky dostatečně, tedy aspoň tři dny v týdnu sportovalo (do stavu zpcení) 18,8 % mužů a 9,9 % žen. Přehled průměrného počtu dnů v týdnu s pravidelnou tělesnou aktivitou podle věku a pohlaví poskytují poslední dva sloupce tabulky 5.2.1.

Tab. 5.2.1 Tělesná aktivita

Věk	Typ aktivity								Průměrný počet dnů s tělesnou aktivitou	
	muži				ženy				muži	ženy
	náročný sport	rekreační sport	lehký pohyb	sedavá činnost	náročný sport	rekreační sport	lehký pohyb	sedavá činnost		
	<b>absolutně</b>									
<b>celkem</b>	58	200	263	223	16	151	325	347	1,22	0,59
<b>15-24</b>	36	34	54	18	10	20	56	41	2,39	1,08
<b>25-34</b>	10	43	45	38	1	26	64	59	1,49	0,64
<b>35-44</b>	9	58	55	40	1	38	58	66	1,12	0,69
<b>45-54</b>	3	29	48	41	2	29	64	54	0,89	0,50
<b>55-64</b>	-	24	28	29	2	23	39	40	0,48	0,35
<b>65-74</b>	-	10	24	44	-	15	39	61	0,40	0,14
<b>75+</b>	-	2	9	13	-	-	5	26	0,38	-
	<b>v procentech</b>									
<b>celkem</b>	7,8	26,9	35,3	30,0	1,9	18,0	38,7	41,4		
<b>15-24</b>	25,4	23,9	38,0	12,7	7,9	15,7	44,1	32,3		
<b>25-34</b>	7,4	31,6	33,1	27,9	0,7	17,3	42,7	39,3		
<b>35-44</b>	5,6	35,8	34,0	24,7	0,6	23,3	35,6	40,5		
<b>45-54</b>	2,5	24,0	39,7	33,9	1,3	19,5	43,0	36,2		
<b>55-64</b>	-	29,6	34,6	35,8	1,9	22,1	37,5	38,5		
<b>65-74</b>	-	12,8	30,8	56,4	-	13,0	33,9	53,0		
<b>75+</b>	-	8,3	37,5	54,2	-	-	16,1	83,9		

Graf 5.2.1 Složení respondentů podle typu tělesné aktivity



## 5.3 KOUŘENÍ

Otázky postojů, motivace, chování, zvyklostí, životosprávy a vůle mají při vzniku řady nemocí velký význam a musí být studovány stejně jako struktura a funkce organismu nebo stav životního prostředí [20]. Za behaviorální rizikové faktory jsou považovány kouření, alkoholismus, nevhodná strava, špatná organizace času, nedostatečná osobní hygiena, nedostatek pohybu a jiné.

Kouření je považováno a všeobecně uznáváno za jedno z nejhorších rizik této kategorie. Na základě řady studií zvyšuje dlouhodobé kuřáctví pravděpodobnost rakoviny plic, chronické bronchitidy, emfyzémů, ischemické choroby srdeční a jiných onemocnění. Kouření patří k rizikům nejmasovějším, nejprůkaznějším a teoreticky nejsnadněji odstranitelným, prakticky však snižovaným jen s velkým a soustředěným úsilím řady složek společnosti [20].

Hodnocení vztahu kouření k socioekonomickým skupinám a stavu zdraví je velice složité a z různých studií je zřejmé, že se s časem mění. Kouření bylo původně zvykem vyšších sociálních tříd a týkalo se výhradně mužské části populace a teprve později se rozšířilo i na nižší sociální skupiny a na ženy. V současné době většinou kouří více příslušníci nižších sociálních tříd a podskupin a ženy dohánějí v rozsahu kouření muže.

Otázku 21 šetření HIS CR 93 jsme převzali podle doporučení "Třetí konzultace" [25]. Tato verze umožňuje diferencovat kuřáky i nekuřáky podle míry kouření v současné době nebo v minulosti.

Podle výsledků šetření nikdy nekouřilo 35,5 % mužů a 56,1 % žen, v době šetření vůbec nekouřilo 59,0 % mužů a 70,0 % žen (uvážujeme-li pouze respondenty, kteří otázku zodpověděli). Pravidelných kuřáků bylo mezi muži 32,3 % a mezi ženami 21,3 %, podíl silných kuřáků (20 a více cigaret denně) z pravidelných kuřáků byl 34,6 % u mužů a 15,8 % u žen. Popisované výsledky jsou uvedeny v tabulce 5.3.1.

Závislost typu kuřáctví na věku je v některých rysech rozdílná u mužů a u žen. Nejvyšší podíl pravidelných kuřáků byl ovšem u mužů i u žen zjištěn ve věkové skupině 35-44 let (muži 43,9 %, ženy 31,0 %) a tento podíl na obě strany věkové škály klesal. Příležitostných kuřáků bylo nejvíce mezi mladými, později přejdou asi mezi pravidelné kuřáky nebo nekuřáky. Také nikdy nekouřících bylo u mužů nejvíce v nejmladší věkové skupině (někteří z nich ve svém dalším životě pravděpodobně teprve kouřit začnou), u žen pak naopak mezi nejstaršími. Podíl bývalých kuřáků u mužů s věkem roste, což odpovídá logice věci, u žen ovšem toto platí jen po střední věk (ženy evidentně dříve tolik nekouřily).

Podrobnější rozbor doby kouření u současných kuřáků podle věkových skupin poskytuje tabulka 5.3.2. Je z ní patrné, že rozdíl mezi silnými a slabými pravidelnými kuřáky v době kouření není v jednotlivých věkových skupinách veliký. U příležitostných kuřáků je doba jejich dosavadního kouření výrazně kratší než u kuřáků pravidelných. Celkem 105 kuřáků (34,4 %) a 81 kuřaček (32,5 %) uvedlo, že v posledních dvou letech svoje kouření omezili. Jednalo se pochopitelně převážně o slabší a příležitostné kuřáky a kuřačky.

Ke kouření v minulosti se hlásilo 23,5 % mužů, žen jenom 14,0 %. Na jednoho nyní kouřícího muže připadalo 0,57 bývalého kuřáka, na jednu kouřící ženu 0,47 bývalé kuřačky. Bývalí kuřáci - muži - kouřili v průměru 14,3 let, ženy 8,1 let. 12 % bývalých kuřáků a 19 % bývalých kuřaček ukončilo své kouření v posledních dvou letech.

Jak již bylo uvedeno v úvodu této kapitoly, podle zahraničních pramenů kouří v současné době více nižší sociální třídy a skupiny, protože vzdělanější lidé akceptují protikuřácké informace a aktivity zpravidla lépe než lidé s nižším vzděláním. Z grafu 5.3.1 je zřejmé, že toto platilo do jisté míry i u respondentů šetření HIS CR 93. Vzdělanostně standardizovaný podíl pravidelných kuřáků měl u mužů hodnotu 34,9 %, u žen 20,7 %.

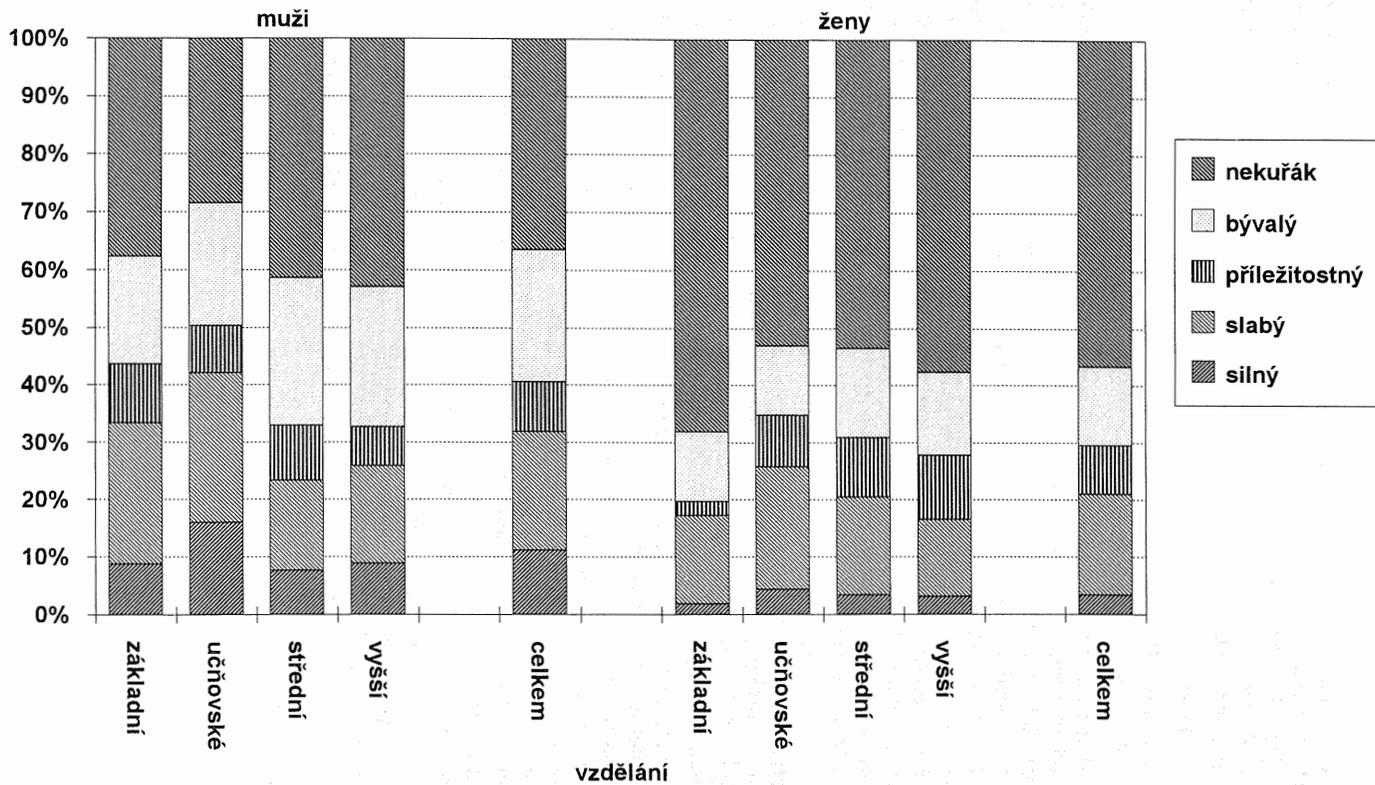
Tab. 5.3.1 Typ kuřáctví

Věk	Struktura respondentů (v %) podle typu kuřáctví				
	nikdy nekouřil	bývalý kuřák	příležitostný kuřák	slabý kuřák	silný kuřák
	<b>muži</b>				
<b>celkem</b>	36,4	23,1	8,6	20,7	11,2
<b>15-24</b>	56,6	11,2	11,2	17,5	3,5
<b>25-34</b>	36,5	16,8	9,5	24,8	12,4
<b>35-44</b>	28,7	16,5	11,0	23,8	20,1
<b>45-54</b>	26,2	27,0	8,2	22,1	16,4
<b>55-64</b>	41,0	26,5	4,8	22,9	4,8
<b>65-74</b>	30,4	49,4	5,1	8,9	6,3
<b>75+</b>	24,0	56,0	-	20,0	-
	<b>ženy</b>				
<b>celkem</b>	56,7	13,8	8,5	17,7	3,3
<b>15-24</b>	58,3	15,0	15,0	11,0	0,8
<b>25-34</b>	43,0	15,9	11,3	27,8	2,0
<b>35-44</b>	43,9	17,7	7,3	26,2	4,9
<b>45-54</b>	48,0	12,7	10,0	22,0	7,3
<b>55-64</b>	68,0	11,7	6,8	9,7	3,9
<b>65-74</b>	80,9	10,4	1,7	6,1	0,9
<b>75+</b>	97,0	3,0	-	-	-

Tab. 5.3.2 Průměrná doba kouření

Věk	Průměrná doba kouření v letech			
	bývalí kuřáci	příležitostní kuřáci	slabí kuřáci	silní kuřáci
	<b>muži</b>			
<b>celkem</b>	14,3	11,0	21,0	21,8
<b>15-24</b>	1,5	2,3	4,4	5,8
<b>25-34</b>	4,6	5,9	10,2	10,6
<b>35-44</b>	9,7	12,6	19,4	21,1
<b>45-54</b>	15,4	14,3	28,0	26,8
<b>55-64</b>	14,6	23,8	38,6	38,8
<b>65-74</b>	23,2	35,0	42,4	47,0
<b>75+</b>	26,1	x	54,2	x
	<b>ženy</b>			
<b>celkem</b>	8,1	10,1	36,5	23,5
<b>15-24</b>	1,9	3,3	3,4	6,0
<b>25-34</b>	3,3	6,3	9,0	10,7
<b>35-44</b>	8,2	11,1	16,7	18,5
<b>45-54</b>	7,7	14,3	23,8	25,6
<b>55-64</b>	17,3	21,4	29,0	33,8
<b>65-74</b>	15,3	30,0	34,0	54,0
<b>75+</b>	50,0	x	x	x

Graf 5.3.1 Složení respondentů podle typu kuřáctví



## 5.4 SPOTŘEBA ALKOHOLU

Otázka 22 byla opět převzata z doporučení "Třetí konzultace" [25]. K výpočtu množství vypitých dávek alkoholu jsme použili definice jedné dávky alkoholu podle podkladů SZO [15]: 1 dávka = 12 g etanolu (96 %), a to je přibližně 33 cl piva, 13 cl vína nebo 3 cl likéru. Běžné míry alkoholu uvedené v podotázce c) se přepočítaly na jednotnou dávku (12 g) etanolu takto:

0,5 l piva = 1,515 dávky

1 dl vína = 0,769 dávky

0,5 dl likéru = 1,667 dávky

Podle posledního dne konzumace alkoholu byli respondenti rozděleni do čtyř skupin: ti, kteří pili poslední týden, ti, kteří pili před 1-4 týdny, ti, kteří pili před více než 1 měsícem, celoživotní abstinenti. Výsledky podle věkových skupin a pohlaví jsou uvedeny v tabulce 5.4.1. Poslední týden přiznalo pití alkoholu 66,4 % mužů a 38,8 % žen, naopak za celoživotní abstinenty se prohlásilo 6,1 % mužů a 13,3 % žen. Mužů - abstinentů bylo nejvíce v nejmladší věkové skupině (12,6 %), zatímco žen v nejstarší věkové skupině (48,5 %). Nejvyšší zastoupení těch, kteří pili poslední týden, byl u obou pohlaví zjištěn ve věkové skupině 35-44 let. U mužů byly tyto hodnoty ve všech věkových skupinách vcelku vyrovnané, u žen počet těch, které pily během posledního týdne výrazně klesal se zvyšujícím se věkem.

Druhá podotázka zjišťovala počet dnů během posledních 14 dnů, kdy respondent požil alkohol. Náhorný přehled výsledků odpovědí na tuto otázku poskytuje graf 5.4.1. Alkohol během posledních 2 týdnů vůbec nekonzumovalo 22,3 % mužů a 47,3 % žen, naopak k téměř dennímu pití se hlásilo 15,8 % mužů a 3,0 % žen. V grafu 5.4.1. jsou znázorněny průměrné počty dnů konzumace alkoholu během posledních 14 dnů podle věku a pohlaví.

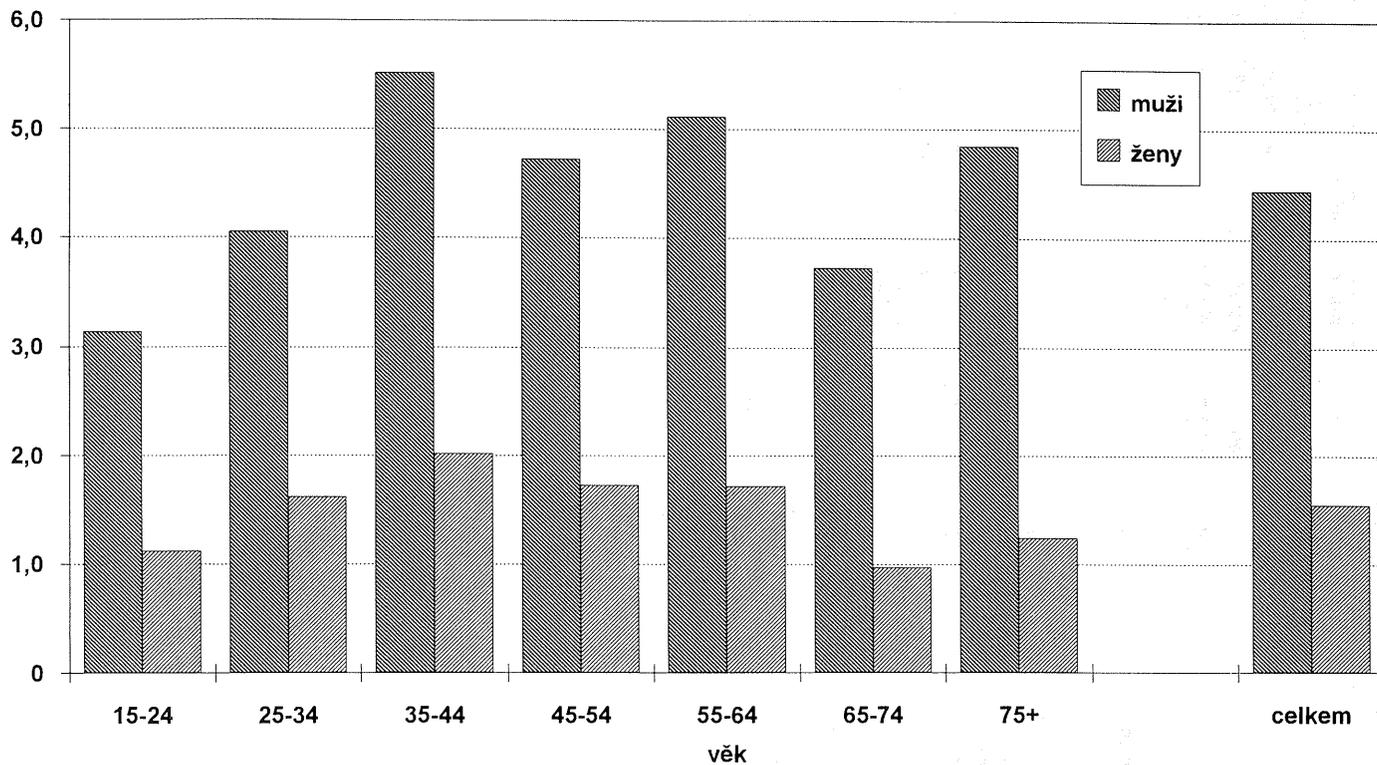
Další podotázky sloužily ke zjištění průměrné týdenní konzumace alkoholu. Tento ukazatel se zřejmým způsobem vypočetl z počtu dnů konzumace alkoholu, průměrné denní konzumace a přepočtu jednotlivých druhů alkoholických nápojů na dávky. Podle počtu týdně vypitých dávek alkoholu byli respondenti zařazeni do tří skupin: abstinenti a výjimeční konzumenti (maximálně 1 dávka alkoholu týdně), přiměřeni konzumenti (muži se 2 - 21 a ženy se 2 - 14 dávkami alkoholu týdně) a nadměrní konzumenti (muži s více než 21 a ženy s více než 14 dávkami týdně). Podíly mužů a žen v těchto třech skupinách jsou zřejmé z tabulky 5.4.1. Nadměrné pití alkoholu přiznalo 15,7 % mužů a 1,8 % žen a tento údaj vcelku odpovídá zjištěné četnosti denních konzumentů alkoholu.

Vztah pití alkoholu a dosaženého vzdělání je obsahem grafu 5.4.2. Z grafu je patrné, že s vyšším vzděláním klesalo zastoupení v obou krajních skupinách. Tento trend je patrnější u mužů. Počet žen s nadměrnou konzumací je natolik malý, že nedovoluje jednoznačnou interpretaci. Na vysoký počet abstinentek se základním vzděláním má zřejmě vliv skutečnost, že abstinentek je nejvíce mezi nejstaršími ženami, které mají převážně základní vzdělání.

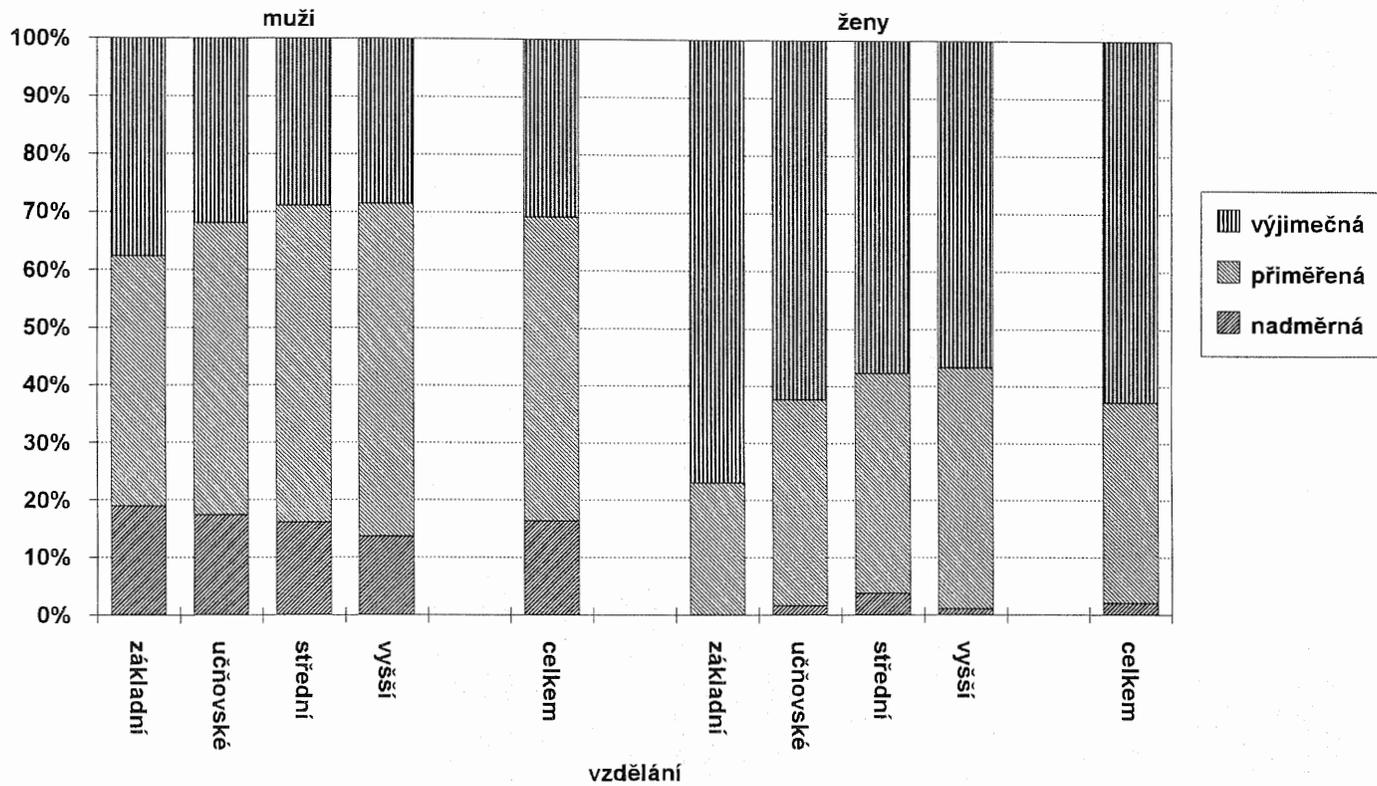
Tab. 5.4.1 Konzumace alkoholu

Věk	Struktura respondentů (v %)						
	podle termínu poslední konzumace alkoholu				podle týdenní spotřeby alkoholu (v dávkách 12g)		
	poslední týden	před 1-4 týdny	před více než 4 týdny	celoživotní abstinent	0-1	2-21 (muži) 2-14 (ženy)	22+ (muži) 15+ (ženy)
	<b>muži</b>						
<b>celkem</b>	67,1	16,0	10,7	6,2	39,8	44,5	15,7
<b>15-24</b>	57,4	19,9	9,9	12,8	43,4	44,8	11,9
<b>25-34</b>	70,4	15,6	8,9	5,2	35,0	49,6	15,3
<b>35-44</b>	75,6	14,0	6,7	3,7	30,5	48,2	21,3
<b>45-54</b>	70,2	15,7	8,3	5,8	41,8	40,2	18,0
<b>55-64</b>	64,6	18,3	15,9	1,2	42,2	42,2	15,7
<b>65-74</b>	57,7	16,7	19,2	6,4	53,2	38,0	8,9
<b>75+</b>	70,8	-	20,8	8,3	48,0	40,0	12,0
	<b>ženy</b>						
<b>celkem</b>	39,4	20,6	26,5	13,5	73,6	24,7	1,8
<b>15-24</b>	37,0	21,3	26,8	15,0	74,8	23,6	1,6
<b>25-34</b>	49,3	23,3	19,3	8,0	70,2	29,8	-
<b>35-44</b>	52,5	21,0	20,4	6,2	62,4	33,3	4,2
<b>45-54</b>	40,9	27,5	22,8	8,7	68,9	28,5	2,7
<b>55-64</b>	31,0	20,0	35,0	14,0	80,6	18,5	1,0
<b>65-74</b>	21,9	11,4	41,2	25,4	87,2	12,0	0,9
<b>75+</b>	18,2	6,1	27,3	48,5	90,9	9,1	-

Graf 5.4.1 Průměrný počet dnů konzumace alkoholu ve 2 týdnech



Graf 5.4.2 Složení respondentů podle konzumace alkoholu



## 5.5 STRAVOVACÍ ZÁSADY

Vedle kouření a nadměrného požívání alkoholu patří nesprávná výživa mezi zdravotně největší behaviorální rizika. Výživa může být nevyvážená z hlediska skladby nebo množství, a to v konfrontaci s přiměřeností energetického výdeje. Přejídání je zpravidla spojeno s obezitou a obezita souvisí s kardiovaskulárními nemocemi, diabetem, hypercholesterolemii a dalšími onemocněními. V mnoha evropských zemích je ve stravě obecně příliš málo vláknin, mnoho tuku a cukru [28].

Definice, měření a kvantifikace racionální výživy zatím nebyly uspokojivě vyřešeny. Stravovací zvyklosti vybrané populace mohou být hodnoceny prostřednictvím různých dotazníků, například formou zjišťování frekvence konzumace určitých druhů jídel. Na bázi SZO zatím nebyla vyvinuta vhodná forma otázky. V otázce 23 šetření HIS CR 93 byla použita ověřená metodika anglického šetření HALS 1985 [3], která spočívá ve zjištění dodržování sedmi vybraných stravovacích zásad a v následném výpočtu dietního indexu (DI). Podle tohoto dietního indexu byli respondenti rozděleni do čtyř kategorií - dobrý DI (dodržováno 5-7 zásad), střední DI (3 nebo 4 zásady) a špatný DI (maximálně 2 zásady).

Frekvence dodržování jednotlivých stravovacích zásad je zřejmá z tabulky 5.5.1. Muži dodržovali v průměru 3,91 stravovacích zásad ze sedmi, ženy 4,51. Největší rozdíly mezi pohlavími (ve prospěch žen) byly zaznamenány u upřednostňování hrubozrnného chleba a rostlinných tuků, naopak v konzumaci smažených brambůrků a sladkostí není mezi muži a ženami rozdíl.

Graf 5.5.1 znázorňuje průměrný počet dodržovaných stravovacích zásad v jednotlivých věkových kategoriích. Mezi těmito dvěma charakteristikami nebyla zjištěna žádná statistická závislost. Tato skutečnost je dobře patrná i z grafu.

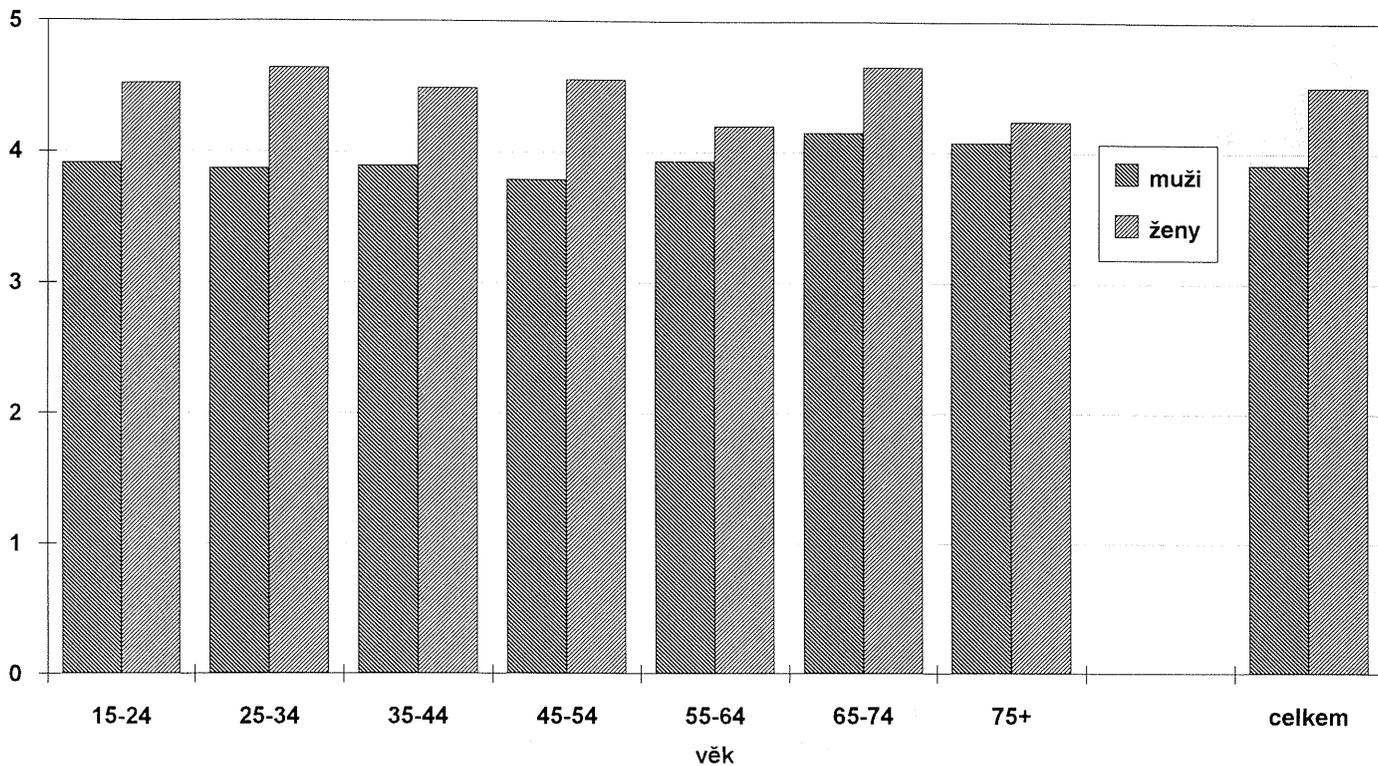
Celkově stravovací minianketa svými výsledky překvapila. Mezi četností dodržování jednotlivých zásad byly velké rozdíly, nejčastěji dodržovanou byla zásada "v létě jím čerstvé ovoce nejméně jednou denně" (84,4 % respondentů), na opačném pólu byla zásada "dávám přednost hrubozrnnému chlebu" (34,1 %). Překvapivé bylo zjištění, že plná polovina respondentů jí více než dvakrát týdně smažené brambůrky.

Závislost osvojení si pozitivních stravovacích zásad na dosaženém stupni vzdělání je zřejmá z grafu 5.5.2. Z tabulky je zřejmé, že u respondentů s vyšším vzděláním byl podíl těch, kteří dosáhli dobrého dietního indexu (tj. dodržovali alespoň pět zásad), proti ostatním vzdělanostním skupinám vyšší (u žen výrazněji než u mužů). U respondentů s vyšším vzděláním bylo tedy zjištěno lepší dodržování pozitivních stravovacích zásad než u ostatních vzdělanostních kategorií, tento rozdíl však není statisticky významný.

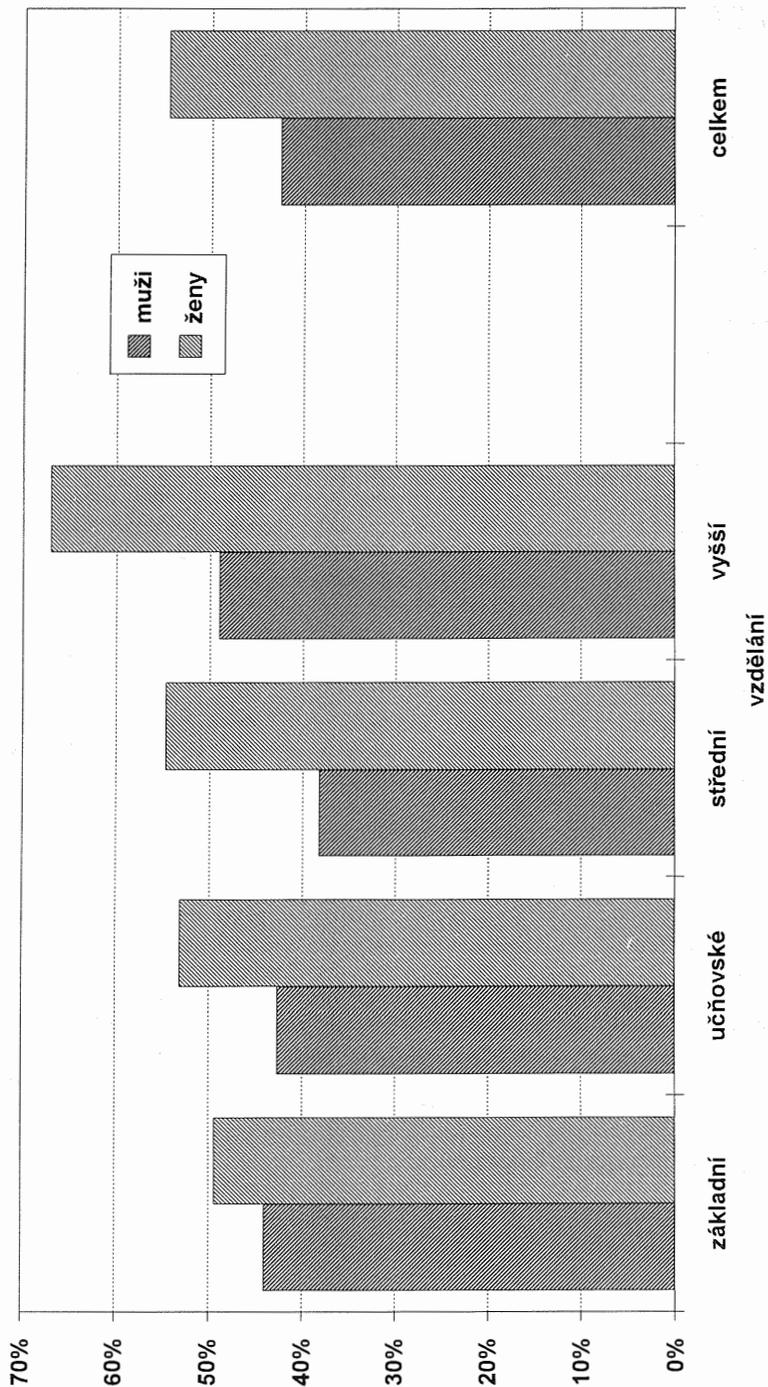
Tab. 5.5.1 Dodržování stravovacích zásad

Stravovací zásada	Procento respondentů dodržujících zásadu						
	věková skupina						
	celkem	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+
	<b>muži</b>						
přednost hrubozrnnému chlebu	26,3	23,8	27,0	22,6	24,6	31,3	32,7
přednost rostlinným tukům	53,0	49,0	49,6	53,0	49,2	61,4	60,6
v létě denně čerstvé ovoce	77,6	86,0	74,5	76,8	75,4	71,1	78,8
v zimě 1x týdně syrovou zeleninu	65,6	68,5	62,8	63,4	67,2	63,9	68,3
brambůrky nejvýš 2x týdně	49,7	55,2	57,7	46,3	42,6	44,6	49,0
smažená jídla nejvýš 2x týdně	56,3	57,3	54,7	56,7	55,7	53,0	59,6
sladkosti ne denně	62,7	51,0	60,6	70,1	63,9	67,5	64,4
	<b>ženy</b>						
přednost hrubozrnnému chlebu	41,1	29,9	41,7	47,3	40,4	34,0	48,7
přednost rostlinným tukům	69,5	62,2	68,9	67,3	72,2	68,0	77,3
v létě denně čerstvé ovoce	90,6	90,6	94,0	89,7	92,7	85,4	89,3
v zimě 1x týdně syrovou zeleninu	77,0	80,3	78,1	77,0	79,5	71,8	74,0
brambůrky nejvýš 2x týdně	49,8	58,3	55,0	50,3	47,0	44,7	43,3
smažená jídla nejvýš 2x týdně	60,6	69,3	59,6	62,4	60,9	53,4	56,7
sladkosti ne denně	62,8	62,2	66,9	55,2	62,9	63,1	67,3

Graf 5.5.1 Počet dodržovaných stravovacích zásad



Graf 5.5.2 Procento respondentů s dobrým dietním indexem



## 6. ZDRAVÍ A NEMOCNOST

### 6.1 SUBJEKTIVNĚ VNÍMANÉ ZDRAVÍ

Jak již bylo řečeno dříve, v šetření HIS CR 93 nebyl zdravotní stav respondentů zjišťován prostřednictvím lékařů ani jejich dokumentace, ale výhradně vlastními odpověďmi respondenta. V obecně formulované otázce 10 měli respondenti sami uvést, jak se celkově zdravotně cítí (velmi dobře, dobře, vcelku dobře, špatně, velmi špatně) a zařadit se tak do jedné z uvedených pěti skupin. Šlo tedy o subjektivně vnímané zdraví, které kromě vlastního zdravotního stavu jednotlivce závisí i na dalších okolnostech (momentální pohoda, věk, duševní úroveň atd.). Z uvedených důvodů se názory na tento ukazatel velmi liší, a to od jeho upřednostňování před lékařskými zprávami [4] až po jeho naprosté odmítání [7].

Otázka sama i použité členění odpovědí v šetření HIS CR 93 byly stanoveny v souladu s doporučením SZO, což do jisté míry umožňuje srovnání se zahraničními šetřeními.

Graf 6.1.1 ukazuje strukturu odpovědí na subjektivní pocit zdraví podle věku a pohlaví. Relativní údaje o rozložení subjektivního pocitu zdraví podle pohlaví, věkových skupin a vzdělání a dále průměrná "známka" ze škály 1-5 (velmi dobré zdraví = 1) jsou zřejmé z tabulky 6.1.1. Velmi dobře se cítilo 14,3 % respondentů, lépe muži (17,8 %) než ženy (11,1 %). Často bývá jako ukazatele subjektivního zdraví populace použito procenta osob cítících se hůře než dobře (v HIS CR 93 odpovědi 3 až 5). V našem šetření se takto cítilo 57,5 % respondentů. Vypočítaná průměrná známka subjektivního zdraví měla hodnotu 2,66 (muži 2,57, ženy 2,74). Přitom vliv věku na subjektivně vnímané zdraví je samozřejmý a zcela evidentní.

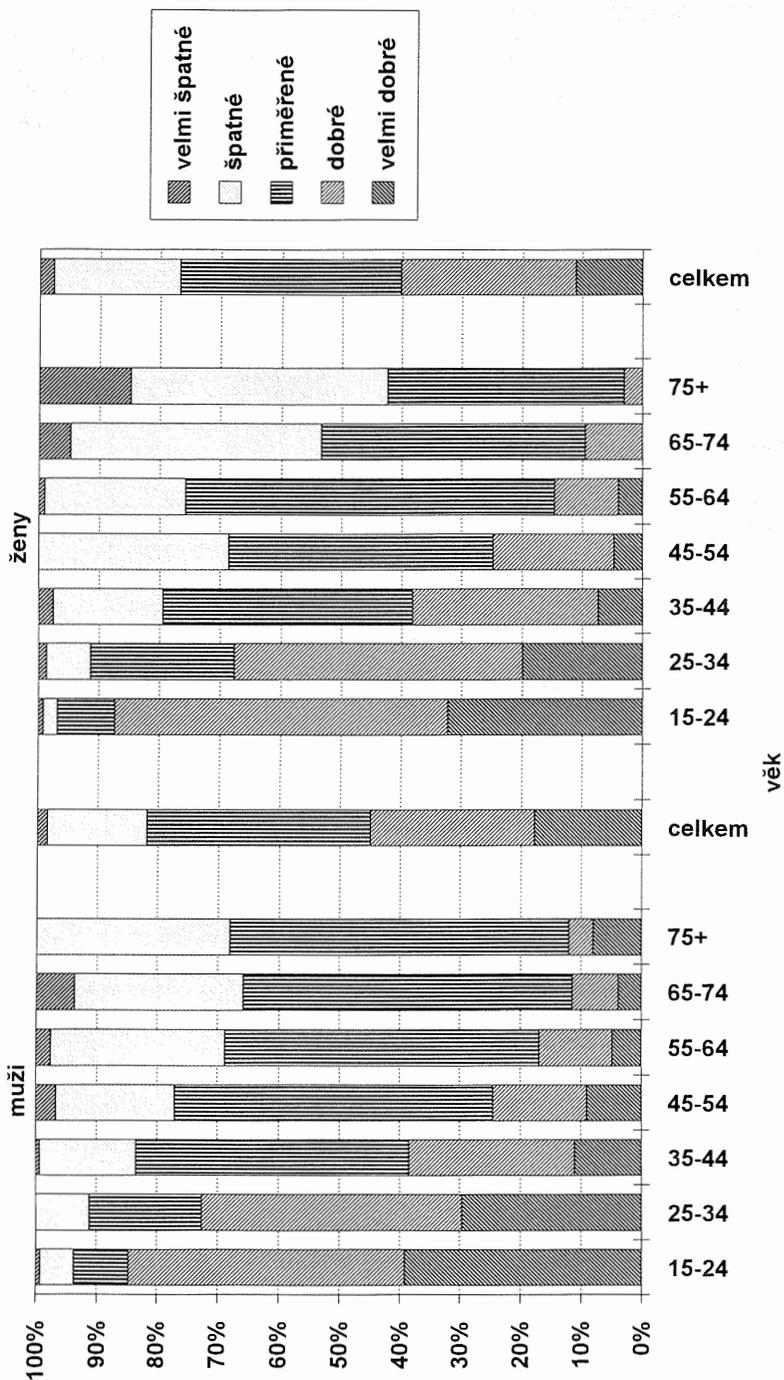
Vliv vzdělání na subjektivně vnímané zdraví není tak jednoznačný jako vliv věku. Průměrné známky pocitu zdraví v jednotlivých vzdělanostních skupinách jsou také uvedeny v tabulce 6.1.2, ze které je patrné zlepšení subjektivně vnímaného zdraví se vzrůstem vzdělání, a to především u žen. Vzhledem k odlišné vzdělanostní struktuře výběru respondentů a populace jsme provedli vzdělanostní standardizaci, čímž se průměrné hodnoty subjektivního zdraví zhoršily u mužů z 2,57 na 2,61 a u žen z 2,74 na 2,89. Souhrnná hodnota za obě pohlaví se zvýšila z 2,66 na 2,76.

Jiný pohled na vztah subjektivně vnímaného zdraví a vzdělání je obsahem grafu 6.1.2, kde je u jednotlivých vzdělanostních kategorií uveden podíl respondentů se subjektivním zdravím horším než dobrým. Po provedení standardizace vzdělanostní a věkové, ovšem na evropský standard, činí podíl mužů s horším než dobrým subjektivním zdravím 57,8 % a žen 62,5 %. V souhrnu za obě pohlaví má tento ukazatel hodnotu 60,3 %. Tento údaj vcelku odpovídá výsledkům obdobných českých šetření z let 1989-91, ale proti zahraničním šetřením je dvojnásobný až trojnásobný. Tak velký rozdíl je jistě nepřijemným překvapením, ale vedle skutečně horšího zdravotního stavu se v něm může odrážet i pesimističtější postoj k životu vůbec a snad i drobné odlišnosti v chápání jednotlivých kategorií vzniklé při překladu jejich popisu z angličtiny.

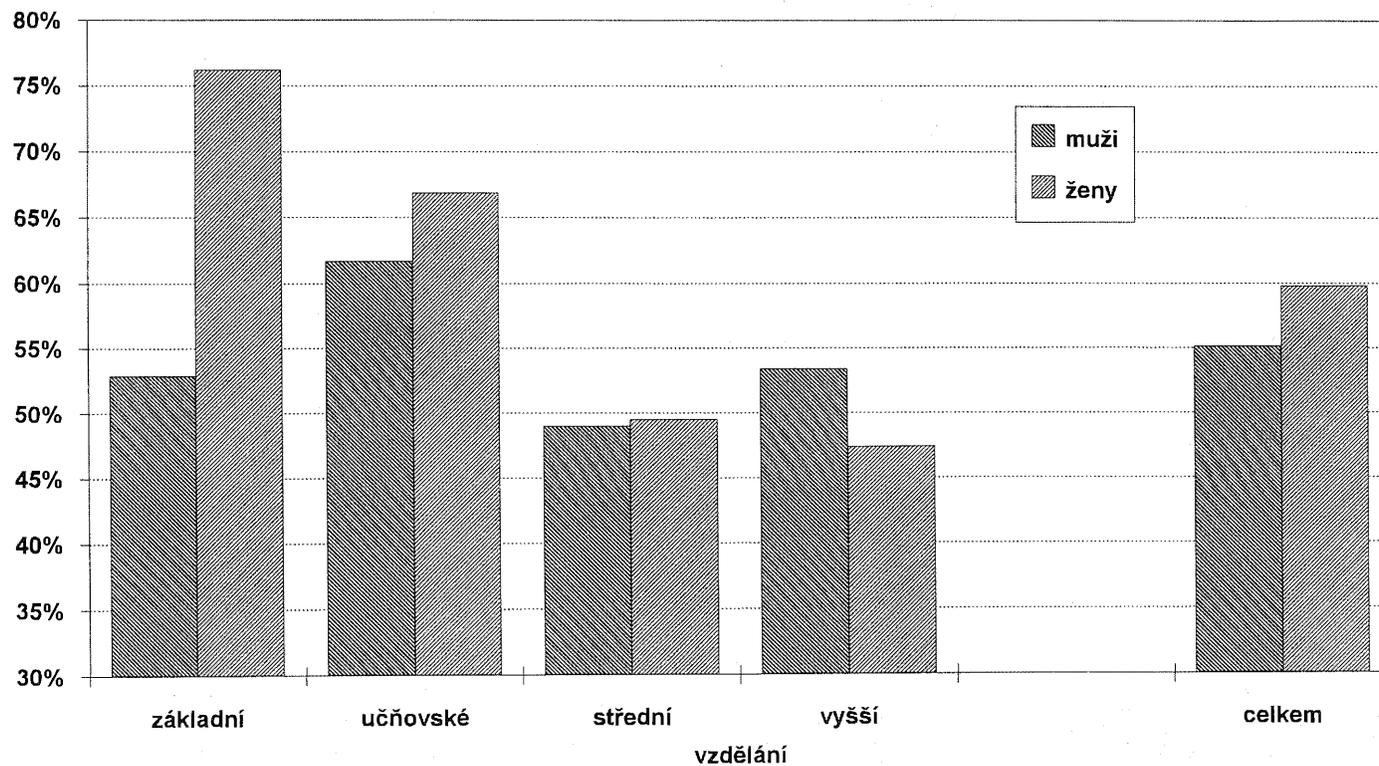
Tab. 6.1.1 Subjektivní zdraví

	Složení respondentů (v %) podle pocitu zdraví					Průměrný pocit zdraví
	velmi dobré	dobré	vcelku dobré	špatné	velmi špatné	
	<b>muži</b>					
<b>celkem</b>	17,8	27,2	36,8	16,5	1,7	2,57
<b>věk</b>						
15-24	39,2	45,5	9,1	5,6	0,7	1,83
25-34	29,6	43,0	18,5	8,9	-	2,07
35-44	11,0	27,4	45,1	15,9	0,6	2,68
45-54	9,0	15,6	52,5	19,7	3,3	2,93
55-64	4,8	12,1	51,8	28,9	2,4	3,12
65-74	3,8	7,6	54,4	27,9	6,3	3,25
75+	8,0	4,0	56,0	32,0	-	3,12
<b>vzdělání</b>						
základní	23,2	24,6	29,0	20,3	2,9	2,55
učňovské	14,6	23,7	35,5	23,0	3,1	2,76
střední	16,5	34,5	38,2	10,0	0,8	2,44
vyšší	24,0	22,6	40,4	13,0	-	2,43
	<b>ženy</b>					
<b>celkem</b>	11,1	29,1	36,5	21,0	2,3	2,74
<b>věk</b>						
15-24	32,3	55,1	9,5	2,4	0,8	1,84
25-34	19,9	47,7	23,8	7,3	1,3	2,23
35-44	7,3	30,9	41,2	18,2	2,4	2,78
45-54	4,7	20,1	43,6	31,5	-	3,02
55-64	3,9	10,7	61,2	23,3	1,0	3,07
65-74	-	9,5	44,0	41,4	5,2	3,42
75+	-	3,0	39,4	42,4	15,2	3,70
<b>vzdělání</b>						
základní	6,1	18,2	33,3	37,0	5,5	3,18
učňovské	8,6	24,5	40,5	24,5	2,0	2,87
střední	14,7	35,8	35,2	13,8	0,6	2,50
vyšší	14,7	37,9	35,8	8,4	3,2	2,47

Graf 6.1.1 Složení respondentů podle subjektivního zdraví



Graf 6.1.2 Procento respondentů s horším než dobrým subjektivním zdravím



## 6.2 DOČASNÁ NESCHOPNOST

Informace o dočasné neschopnosti obyvatelstva čerpáme zpravidla ze statistik pracovní neschopnosti. Tento pohled ovšem není úplný. Především jsme tak omezeni na údaje o ekonomicky aktivním obyvatelstvu, ale navíc dočasná neschopnost podle doporučení SZO zahrnuje podstatně širší škálu stavů než pouhou zdravotní absenci v zaměstnání. V dotazníku HIS CR 93 respondenti uváděli, kolik dnů v posledních dvou týdnech museli ze zdravotních důvodů omezit nebo vynechat nějakou obvykle vykonávanou činnost a kolik dnů se léčili v posteli.

Respondentů, kteří v posledních 14 dnech pocítili aspoň jeden den dočasnou neschopnost, bylo 18,8 %, více mezi ženami (21,0 %) než mezi muži (16,2 %). Proti očekávání nerostl podíl dočasně neschopných s věkem (viz tabulka 6.2.1). Průměrná délka jedné dočasné neschopnosti byla v souhrnu za obě pohlaví 7,8 dne (muži 7,5 dne, ženy 7,9 dne). U mužů tato veličina rostla s věkem, zatímco u žen opět neprojevovala žádnou závislost na věku.

V průměru necelých 60 % z těch, kteří byli dočasně neschopní, muselo během své neschopnosti ležet alespoň jeden den v posteli. Ani neschopnost s ležením nevykazovala z hlediska věku žádnou výraznou tendenci. Větší rozdíly jsme zaznamenali mezi muži a ženami, kde je zajímavý kontrast mezi kratší průměrnou celkovou dobou neschopnosti u mužů než u žen a opačnou relací u průměrné doby neschopnosti s ležením (muži 5,0 dnů, ženy 4,3 dne).

Podle metodiky SZO byl ze zjištěných hodnot získán prostou aritmetickou úpravou ukazatel počtu dnů neschopnosti (případně s ležením) na 1 respondenta za rok. Tato metoda však nepřihlíží k sezónnímu charakteru nemoci, takže výsledky musí být chápány jen jako orientační. Hodnota takto získaných veličin je také uvedena podle věku a pohlaví v tabulce 6.2.1. Podle výpočtů, v souladu s výše uvedenou metodikou, připadalo na jednoho respondenta za rok v průměru 37,8 dnů celkové dočasné neschopnosti (31,7 dnů u mužů, 43,3 dnů u žen). Průměrný roční počet dnů neschopnosti s ležením připadající na jednoho respondenta byl vypočten na 13,1 dnů (11,1 dnů u mužů, 14,9 dnů u žen).

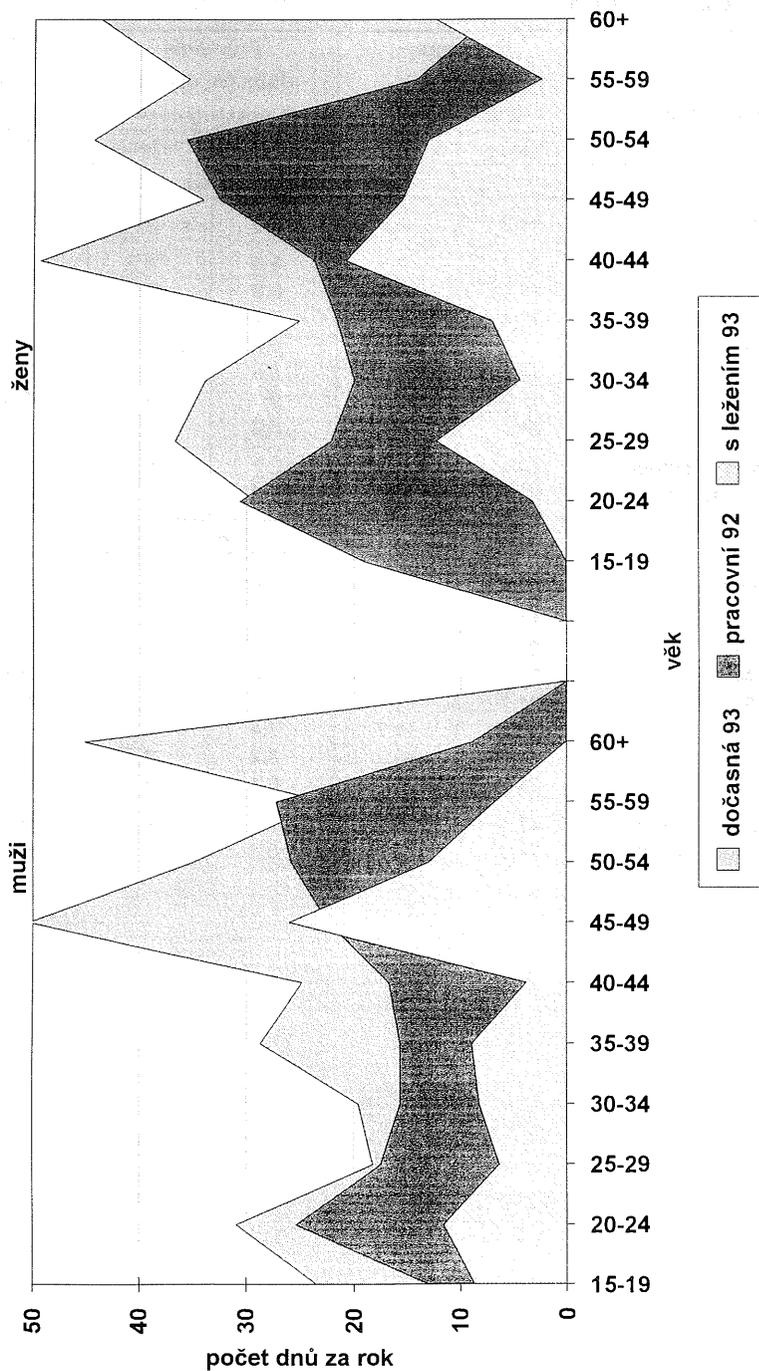
Z podrobnějšího rozboru dále vyplynulo, že na osoby ekonomicky aktivní připadá v průměru asi o třetinu méně dnů s dočasnou neschopností než na ekonomicky neaktivní respondenty, přičemž tento rozdíl byl vyšší u žen než u mužů. Obdobný výsledek jsme získali i pro dny s ležením, kde na jednoho ekonomicky aktivního připadalo téměř dvakrát méně dnů než na jednoho neaktivního respondenta, zde byl rozdíl mezi ženami a muži ještě výraznější. Podrobnější údaje o ekonomicky aktivních a neaktivních respondentech jsou uvedeny v tabulce 6.2.1.

Srovnání námi zjištěné dočasné neschopnosti se statistikami pracovní neschopnosti přineslo předpokládaný výsledek. Počet dnů pracovní neschopnosti na jednoho pracovníka za rok 1993 zapadl mezi počet dnů s dočasnou neschopností a počet proležených dnů ekonomicky aktivních respondentů. U mužů jsme získali následující data: 29,2, 16,7 a 10,0 dnů, u žen: 35,2, 22,6 a 10,9. V grafu 6.2.1 je srovnán počet dnů neschopnosti pro jednotlivé věkové skupiny. Přestože jsou počty respondentů v jednotlivých skupinách velmi nízké, je z grafu patrná podobnost trendu námi zjištěné dočasné neschopnosti a pracovní neschopnosti. Srovnání pro ekonomicky neaktivní obyvatelstvo není možné, protože údaje o pracovní neschopnosti jsou vedeny pouze pro ekonomicky aktivní osoby.

Tab. 6.2.1 Dočasná neschopnost v posledních 14 dnech

Věková skupina	Procento dočasně neschopných		Průměrná doba (ve dnech) 1 neschopnosti		Roční počet dnů neschopnosti na 1 respondenta	
	celkem	s ležením	celkem	s ležením	celkem	s ležením
<b>muži</b>						
celkem	16,2	8,5	7,5	5,0	31,7	11,1
15-24	18,2	9,8	5,8	3,9	27,6	10,0
25-34	10,9	7,3	6,3	3,6	18,0	6,8
35-44	13,4	4,9	7,7	4,5	27,0	5,7
45-54	21,3	13,1	8,2	6,3	45,6	21,3
55-64	14,5	7,2	9,5	5,2	35,7	9,7
65-74	19,0	7,6	9,1	9,2	45,0	18,2
75+	24,0	16,0	6,0	2,3	37,4	9,6
ekonom. aktivní	14,6	7,7	7,7	5,0	29,2	10,0
ekonom. neaktivní	20,2	10,6	7,2	5,1	37,7	14,0
<b>ženy</b>						
celkem	21,0	13,2	7,9	4,3	43,3	14,9
15-24	14,2	7,9	8,1	4,6	29,9	9,4
25-34	21,2	9,9	7,3	4,2	39,9	10,8
35-44	20,0	13,3	8,4	4,2	43,8	14,5
45-54	21,9	15,9	8,5	4,5	48,2	18,6
55-64	20,4	11,7	7,4	4,2	39,4	12,6
65-74	28,2	19,7	8,2	4,5	60,1	23,0
75+	24,2	18,2	6,1	3,7	38,4	17,5
ekonom. aktivní	17,4	10,2	7,8	4,1	35,2	10,9
ekonom. neaktivní	27,0	18,2	8,1	4,5	56,9	21,5

**Graf 6.2.1 Počet dnů neschopnosti na jednoho ek. aktivního respondenta za rok**



### 6.3 ZDRAVOTNÍ POTÍŽE

Otázka 13 byla převzata z anglického šetření HALS 1985 [3] a jejím prostřednictvím jsme zjišťovali přítomnost jednotlivých konkrétních zdravotních potíží (diagnóz) u respondentů během posledního měsíce před šetřením. Soubor "nabídnutých" zdravotních potíží obsahoval 16 položek. V doporučeních "Třetí konzultace" [25] ani v požadavcích SZO k monitorování projektu ZPV 2000 obdobná otázka nebyla zahrnuta. Otázka byla zpracována jednak z hlediska jednotlivých potíží, jednak prostřednictvím tří kategorií zdravotních potíží v souladu s postupem při šetření HALS 1985. Do 1. kategorie (s dobrým zdravím) byli zařazeni ti respondenti, kteří měli maximálně jednu zdravotní potíž, do 2. kategorie (s průměrným zdravím) patřili respondenti se 2 až 4 potížemi a ostatní byli zařazeni do 3. kategorie (se špatným zdravím).

Prevalence jednotlivých potíží podle věku a pohlaví je zřejmá z tabulky 6.3.1. Zcela bez zdravotních potíží bylo jen 20,1 % mužů a 14,4 % žen. Na jednoho muže připadly 2,01 potíže, na jednu ženu to byly 2,73 potíže, tedy asi o třetinu více než u mužů. S věkem pochopitelně tento ukazatel roste, a to dosti výrazně. Daleko nejčastějším zdravotním symptomem z celé škály zdravotních potíží byly u mužů bolesti zad (35,5 %), okolo 20 % respondentů mělo nachlazení a chřipku, bolesti kloubů, bolesti hlavy a potíže s nohama. U žen byly výrazně nejčastěji uváděny bolesti hlavy (44,2 %) a bolesti zad (44,0 %), bolesti kloubů udávalo 29,9 % respondentek, také potíže s nohama a nachlazení a chřipku mělo přes 20 % žen. Zjištěné prevalence bolestí hlavy u žen a bolestí zad u obou pohlaví byly překvapivě vysoké a měly by se stát předmětem dalšího sledování. Struktura respondentů podle kategorií uvedených výše je znázorněna v grafu 6.3.1. Je vidět, že rozdíl mezi muži a ženami je velký, a to ve prospěch mužů. Špatné zdraví, tedy 5 a více zdravotních potíží, měla každá pátá žena, ale jen každý jedenáctý muž.

Tak jako u jiných zdravotních charakteristik, předpokládali jsme i zde existenci vztahu mezi počtem zdravotních potíží a úrovní vzdělání. Z grafu 6.3.2 je zřejmý pokles podílu respondentů s horším než dobrým zdravím (tedy s více než jednou zdravotní potíží) s rostoucím vzděláním. Z tohoto důvodu se i celkový hrubý podíl respondentů s horším než dobrým zdravím (muži 50,1 %, ženy 67,1 %) zvýšil po vzdělanostní standardizaci na 53,1 % u mužů a 70,5 % u žen.

Jistou závislost jednotlivých kategorií zdravotních potíží s dalšími třemi charakteristikami - subjektivní zdraví, chronická nemocnost (viz kap. 6.5) a index tělesné hmotnosti - je naznačena v tabulce 6.3.2. Je vidět, že dobré subjektivní zdraví a nepřítomnost chronické nemoci silně korelují s kategorií dobrého zdraví z hlediska počtu zdravotních potíží a naopak, špatné subjektivní zdraví a přítomnost omezujících chronických nemocí se váží často na kategorii špatného zdraví. U indexu tělesné hmotnosti není vztah ke kategoriím zdravotních potíží jednoznačný.

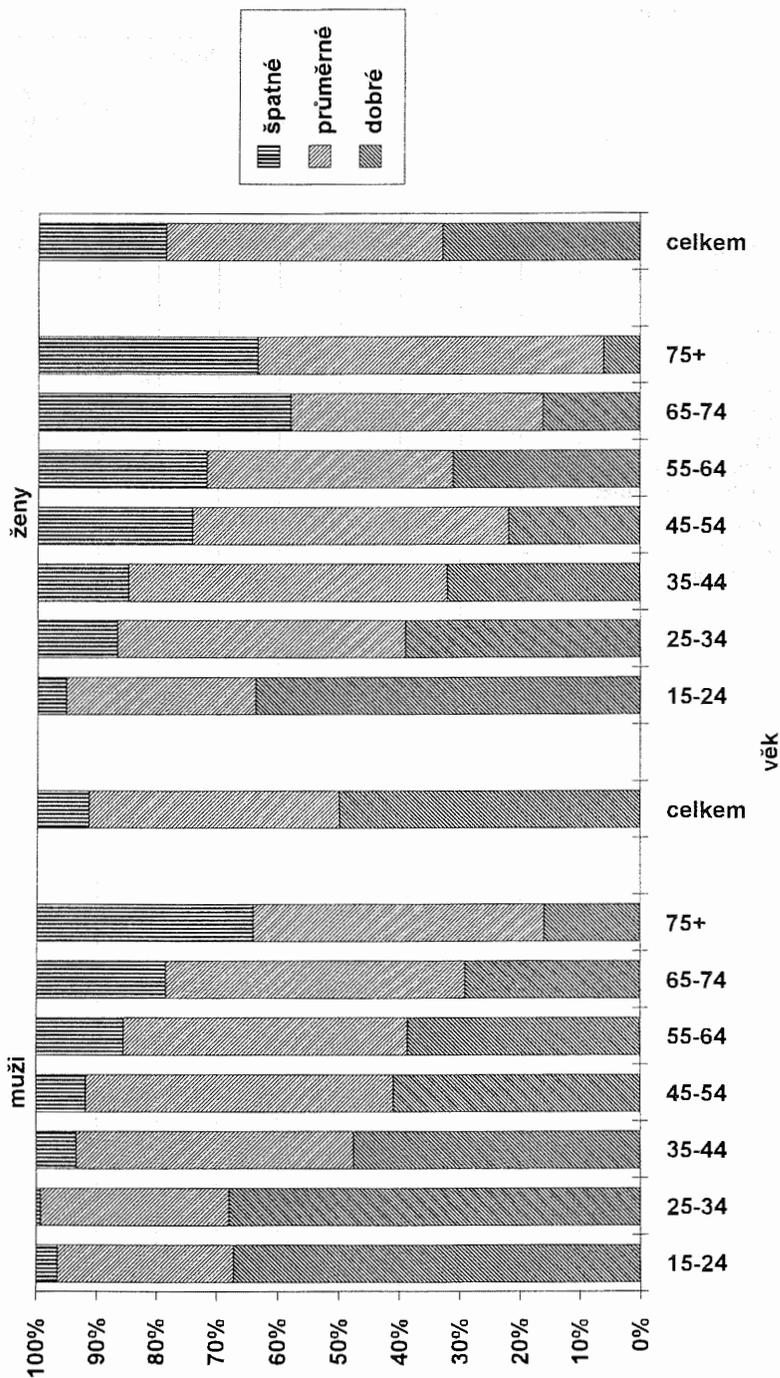
Tab. 6.3.1 Prevalence jednotlivých onemocnění v posledních 4 týdnech

Druh onemocnění	Procento respondentů s nemocí							
	věková skupina							
	celkem	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+
	<b>muži</b>							
bolesti hlavy	20,3	14,7	19,7	22,6	25,4	24,1	17,7	12,0
nachlazení a chřipka	22,7	35,0	22,6	23,2	21,3	12,0	13,9	20,0
přetrvávající kašel	9,3	12,6	2,9	9,1	7,4	9,6	13,9	20,0
senná rýma	5,3	7,7	8,0	3,7	4,9	1,2	6,3	-
zánět čelních a čelistních dutin	2,7	4,9	0,7	1,8	1,6	2,4	5,1	4,0
žaludeční a zažívací potíže	17,1	9,1	10,9	19,5	23,8	24,1	13,9	36,0
zácpa	6,8	4,9	3,6	6,1	5,7	9,6	10,1	24,0
slabost a závratě	5,2	2,1	2,9	5,5	3,3	4,8	16,5	8,0
bolesti kloubů	21,4	8,4	8,8	25,6	23,0	28,9	38,0	52,0
bolesti zad	35,5	25,9	25,5	39,6	45,9	41,0	41,8	28,0
potíže s nohama	19,1	8,4	5,8	12,2	25,4	34,9	39,2	52,0
zrakové potíže	11,6	4,2	6,6	11,0	12,3	12,0	25,3	36,0
sluchové potíže	7,3	0,7	1,5	4,3	10,7	8,4	17,7	44,0
ledvinové a močové potíže	4,6	0,7	2,2	1,8	4,1	14,5	12,7	4,0
srdeční potíže a dušnost	8,9	-	0,7	3,7	9,0	18,1	34,2	28,0
žádné potíže	20,1	24,5	29,2	18,9	17,2	18,1	11,4	-
	<b>ženy</b>							
bolesti hlavy	44,2	35,4	51,0	48,5	54,3	35,0	37,6	30,3
nachlazení a chřipka	20,2	22,0	25,2	22,4	15,9	14,6	19,7	18,2
přetrvávající kašel	9,8	7,9	6,0	10,9	7,9	11,7	13,7	18,2
senná rýma	3,2	3,1	6,0	1,8	4,0	1,0	3,4	-
zánět čelních a čelistních dutin	1,8	-	2,6	1,8	2,6	2,9	0,9	-
žaludeční a zažívací potíže	19,0	11,8	18,5	20,0	21,2	12,6	28,2	21,2
zácpa	12,4	7,1	12,6	5,5	15,9	17,5	17,1	18,2
slabost a závratě	17,5	7,1	14,6	14,5	15,2	18,4	31,6	42,4
bolesti kloubů	29,9	4,7	13,9	18,2	42,4	45,6	53,8	66,7
bolesti zad	44,0	23,6	34,4	50,3	51,0	47,6	57,3	45,5
potíže s nohama	25,7	3,9	12,6	20,6	31,1	32,0	48,7	69,7
zrakové potíže	19,1	3,9	9,3	13,9	26,5	25,2	34,2	42,4
sluchové potíže	7,1	-	4,0	6,7	4,6	10,7	12,8	30,3
ledvinové a močové potíže	6,4	2,4	4,0	3,6	6,6	10,7	11,1	15,2
srdeční potíže a dušnost	10,9	1,6	1,3	3,6	9,3	18,4	28,2	48,5
gynekologické potíže	9,7	8,7	11,3	15,2	17,2	2,9	x	x
žádné potíže	14,4	29,9	17,2	14,6	8,6	10,7	8,6	-

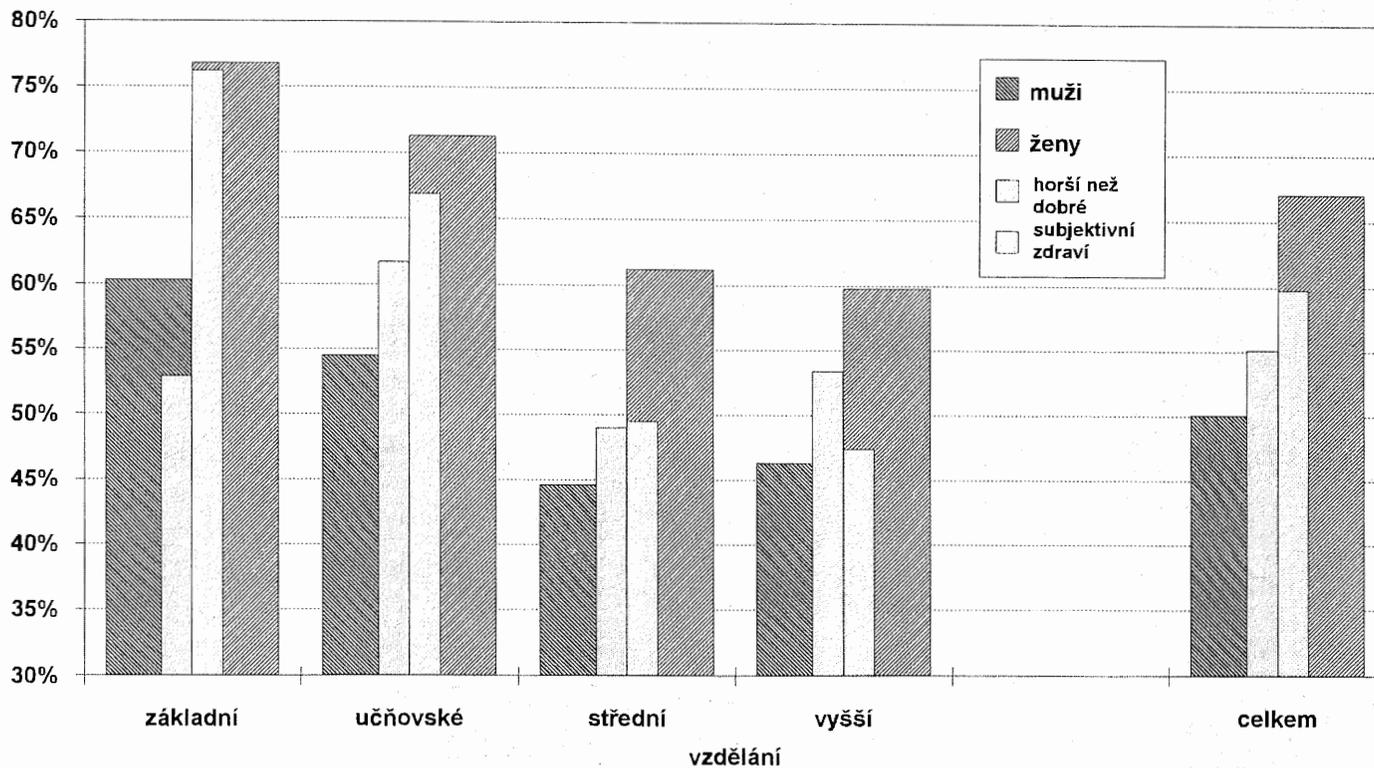
Tab. 6.3.2 Respondenti podle kategorií zdraví

	Procento respondentů se zdravím					
	muži			ženy		
	dobrým	průměrným	špatným	dobrým	průměrným	špatným
<b>celkem</b>	49,9	41,4	8,6	32,9	45,8	21,3
<b>BMI</b>						
-19,9	44,4	51,9	3,7	44,2	40,0	15,8
20,0-26,9	55,1	37,7	7,3	35,4	46,4	18,3
27,0-29,9	39,2	49,7	11,2	25,6	43,4	31,0
30,0+	41,6	45,5	13,0	20,6	49,0	30,4
<b>subjektivní zdraví</b>						
velmi dobré	84,3	15,7	-	83,0	16,0	1,0
dobré	61,8	36,8	1,5	49,6	45,1	5,3
přiměřené	40,2	52,9	6,9	20,8	61,7	17,5
špatné	17,7	54,8	27,4	7,9	36,2	55,9
velmi špatné	15,4	15,4	69,2	5,3	31,6	63,2
<b>chronická nemocnost</b>						
žádná	67,5	30,9	1,6	54,7	39,8	5,5
neomezující	35,9	51,8	12,3	18,8	53,4	27,7
omezující	12,5	54,7	32,8	6,7	37,1	56,2

Graf 6.3.1 Složení respondentů podle kategorie zdraví



Graf 6.3.2 Procento respondentů s horším než dobrým zdravím



## 6.4 PSYCHICKÉ ZDRAVÍ

Otázka 14 byla zařazena do dotazníku na doporučení "Třetí konzultace" [25], a to pod názvem "Emoční pohoda". Byla to jediná otázka týkající se duševního stavu, jmenovitě pocitů a nálad v posledním měsíci před rozhovorem. Sestávala z dvanácti podotázek a měla představovat jistý nástroj k odhalení duševních poruch. Na každou z dvanácti podotázek bylo možno vybrat jedinou odpověď, která nejlépe vyjadřovala stupeň vnímání přítomnosti či nepřítomnosti jednotlivých uvedených charakteristik v období posledního měsíce. Odpovědi 3 a 4 pak byly hodnoceny jako přítomnost emoční poruchy. Přehled typů emočních poruch a jejich prevalenci u respondentů šetření HIS CR 93 poskytuje tabulka 6.4.1.

Nejčastějším typem emoční poruchy bylo z pohledu celého souboru i jeho mužské části trvalé vnitřní napětí (celkem u 18,0 %, muži 16,6 %), u žen byly nejfrekventovanější poruchy spánku pro trápení (u 20,8 % respondentek). Naopak nejméně častým typem poruchy v celém souboru a zároveň mezi ženami byl zvýšený pocit bezvýznamnosti, u mužů pak pokles sebedůvěry.

Až na "nedostatek pocitu užitečnosti" byla u všech ostatních emočních poruch zjištěna vyšší prevalence poruch u žen než u mužů. Největší rozdíl byl zjištěn u poruch spánku pro trápení, následovaly pocit neštěstí a depresivity a pokles sebedůvěry. V průměru připadalo na jednu ženu 1,55 emoční poruchy, na jednoho muže pak jen 1,13 poruchy.

Na základě všech 12 odpovědí bylo definováno "skóre emoční nepohody" (s rozsahem 0-12), dané jako počet přítomných emočních poruch (tedy odpovědi 3 a 4). Podíly respondentů podle tohoto skóre jsou uvedeny v grafu 6.4.1. Ve výborné emoční pohodě (skóre 0) bylo 59,9 % mužů a 53,6 % žen. Dobrou emoční pohodu (skóre 1) vykazalo dalších 15,1 % mužů a 13,0 % žen. Jako špatná emoční pohoda byly označeny případy, kde skóre emoční nepohody mělo hodnotu 4 a více. Takových respondentů bylo celkem 14,2 % (10,4 % mužů a 17,6 % žen). Střední věk této skupiny respondentů byl v obou pohlavích mírně nadprůměrný, tato odlišnost však není statisticky významná. Průměrná hodnota subjektivního zdraví zde však byla významně vyšší, tj. horší.

Byla provedena analýza vztahu průměrného skóre emoční nepohody k vybraným socioekonomickým a zdravotním charakteristikám. Z ní vyplynula nepřítomnost těsnějšího vztahu mezi emoční pohodou na jedné a věkem, dosaženým vzděláním, hlavním zaměstnáním nebo indexem tělesné hmotnosti na druhé straně. Zcela evidentní je však u obou pohlaví výrazná korelace průměrného skóre emoční pohody se subjektivním zdravím (viz tab.6.4.2), tedy mezi zdravím duševním a somatickým. Závislost mezi těmito dvěma charakteristikami je dobře patrná i z grafu 6.4.2.

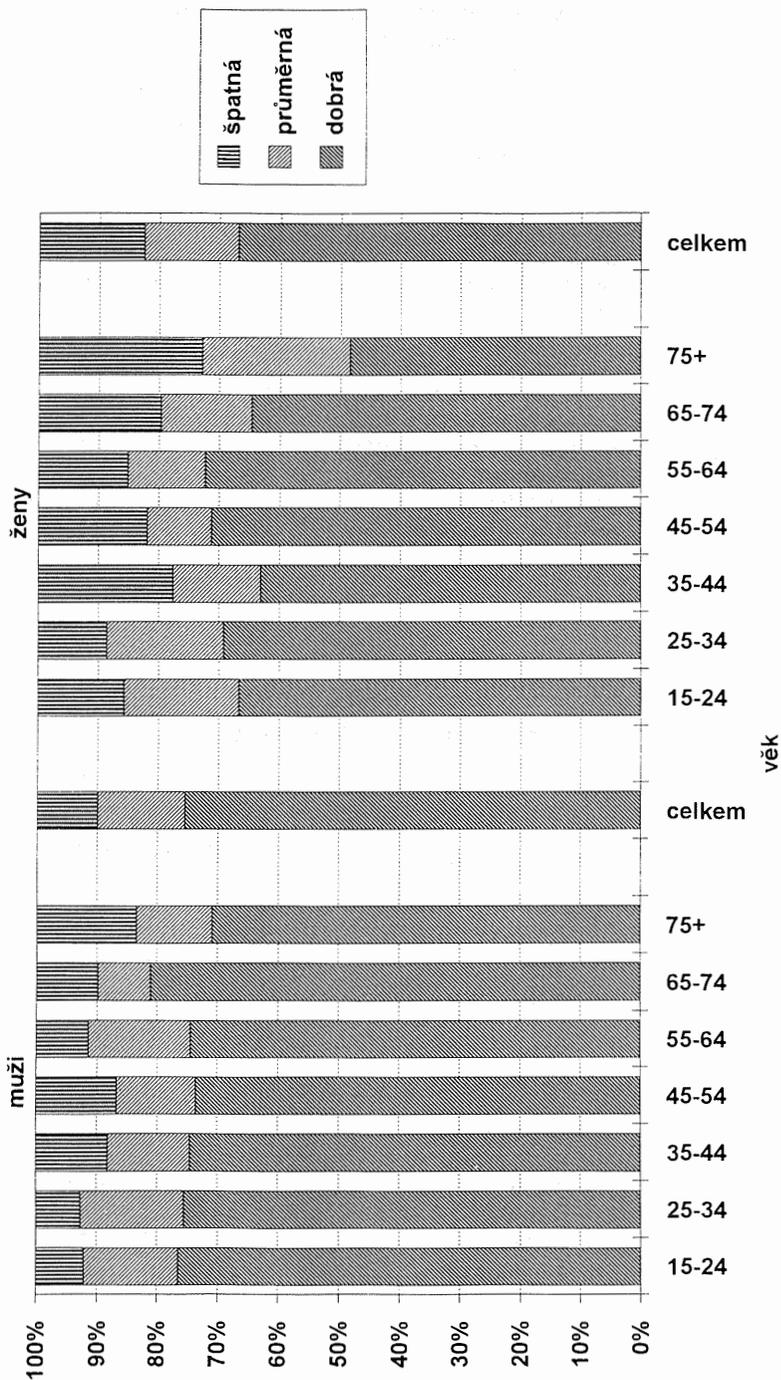
**Tab. 6.4.1 Prevalence emočních poruch  
v posledních 4 týdnech**

Druh onemocnění	Procento respondentů s poruchou	
	muži	ženy
poruchy spánku	10,7	20,8
trvalé vnitřní napětí	16,6	19,3
neschopnost překonat potíže	7,6	12,3
deprese	9,6	17,9
ztráta sebedůvěry	3,1	5,3
pocit bezvýznamnosti	3,7	4,6
neschopnost koncentrace	12,0	15,9
pocit neužitečnosti	9,2	7,7
neschopnost řešit problémy	6,5	8,9
nerozhodnost	4,3	4,7
pocit neštěstí	14,1	19,1
neschopnost těšit se	15,8	19,0

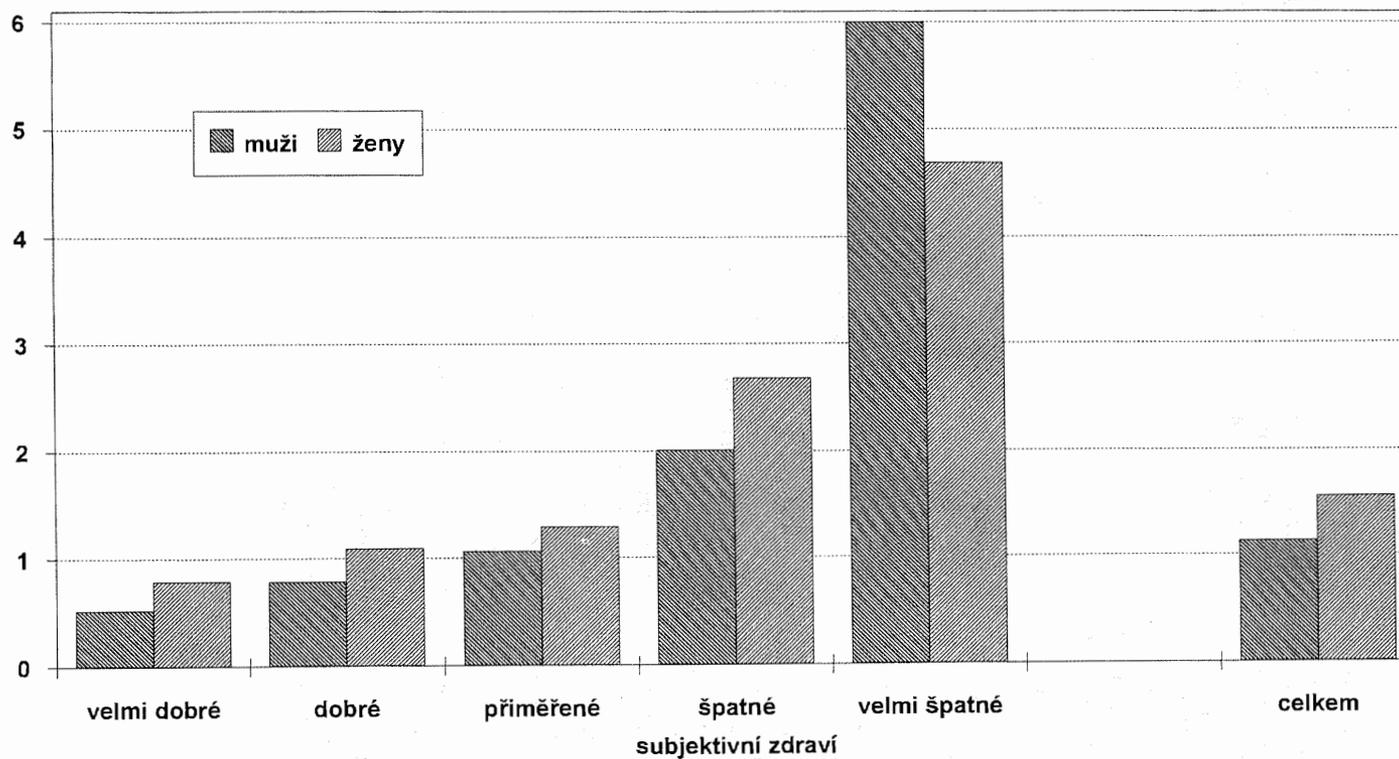
**Tab. 6.4.2 Skóre emoční nepohody**

	Průměrné skóre emoční nepohody	
	muži	ženy
celkem	1,13	1,55
věk		
15-24	0,92	1,43
25-34	0,99	1,18
35-44	1,24	1,90
45-54	1,34	1,51
55-64	1,02	1,25
65-74	1,19	1,80
75+	1,24	2,30
subjektivní zdraví		
velmi dobré	0,52	0,79
dobré	0,78	1,09
přiměřené	1,06	1,29
špatné	2,01	2,68
velmi špatné	6,00	4,68

Graf 6.4.1 Složení respondentů podle emoční pohody



Graf 6.4.2 Průměrné skóre emoční nepohody



## 6.5 CHRONICKÁ NEMOCNOST

Chronická nemocnost patří k nejdůležitějším ukazatelům zdravotního stavu. V šetření HIS CR 93 měla otázka 15, týkající se chronické nemocnosti, dvě samostatné části. První část otázky, která byla převzata z šetření HALS 1985 [3], rozděluje respondenty na skupiny podle nepřítomnosti nebo přítomnosti chronického onemocnění a podle stupně omezení těmito nemocemi. Druhá část otázky byla převzata z holandského šetření NethHIS a zjišťuje, podobně jako tomu bylo u dočasné nemocnosti, přítomnost jednotlivých konkrétních chronických nemocí (diagnóz).

Zcela bez chronických nemocí bylo 46,4 % respondentů, více mužů (50,4 %) než žen (43,0 %), neomezující chronické nemoci byly zjištěny u dalších 44,0 % respondentů, Takové chronické choroby, které respondenty zdravotně či společensky omezovaly, byly hlášeny u 9,6 % osob, (8,5 % mužů a 10,6 % žen). Podrobnější pohled na chronickou nemocnost podle věku a pohlaví poskytuje tabulka 6.5.1, ze které je patrná závislost chronické nemocnosti na věku.

Z druhé části otázky byl vypočtena prevalence chronických onemocnění mezi respondenty. Na jednoho respondenta v průměru připadalo 1,15 chronických nemocí (muži 0,94, ženy 1,33). Podrobný přehled o zjištěném výskytu jednotlivých vybraných chronických nemocí podle pohlaví a hrubých věkových skupin poskytuje tabulka 6.5.2. Nejčastější skupinou chronických nemocí u mužů byla onemocnění páteře (u 10,9 % respondentů), dále pak artrózy (8,9 %) a hypertenzní choroba (8,6 %). Stejně pořadí, ovšem s vyššími hodnotami, bylo zjištěno i u žen - onemocnění páteře 15,7 %, artrózy 13,7 % a hypertenzní choroba 11,6 %. I u prevalence chronické nemocnosti je pochopitelně zřetelná závislost na věku. Zatímco v nejmladší věkové skupině připadalo na jednoho muže 0,34 a na jednu ženu 0,30 onemocnění, u nejstarších respondentů bylo zjištěno 2,05 onemocnění na jednoho muže a 2,87 onemocnění na jednu ženu. V grafu 6.5.2 je zachycen průměrný počet chronických nemocí v jednotlivých věkových kategoriích. Varující jsou především vysoké četnosti nebezpečných oběhových nemocí u starší populace. Naopak se potvrdila nevhodnost podobného šetření pro zjišťování prevalence zhoubných novotvarů, kde získaný údaj byl několikanásobně nižší než prevalence vypočtená z registru zhoubných novotvarů. Mezi respondenty byl zjištěn poměrně velký podíl jiných než vyjmenovaných chronických nemocí, a to u 9,6 % mužů a u 10,5 % žen.

Porovnání chronické nemocnosti s úrovní dosaženého vzdělání, znázorněné v grafu 6.5.1, nepřineslo zjištění výrazné závislosti, jistý pokles chronické nemocnosti s růstem vzdělání je možno pozorovat u žen. Z tabulky 6.5.3 je pak patrná těsná korelace mezi vyšší chronickou nemocností na jedné straně a horším subjektivním zdravím a většími zdravotními potížemi na druhé straně. Byla rovněž zjištěna závislost mezi chronickou nemocností a emoční pohodou. Respondenti, kteří byli ve špatné emoční pohodě trpěli průměrně více chronickými nemocemi (muži 2,03, ženy 2,29). Vztah chronické nemocnosti k indexu tělesné hmotnosti není jednoznačný. Eliminujeme-li vliv věku, je korelace mezi chronickou nemocností a BMI zanedbatelná.

Tab. 6.5.1 Chronická nemocnost

Stupeň omezení	Procento respondentů podle stupně omezení chronickými nemocemi							
	věková skupina							
	celkem	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+
	<b>muži</b>							
bez nemocí	50,4	72,7	73,0	49,7	38,5	31,3	22,8	12,0
neomezující nemoci	41,1	24,5	25,5	42,9	50,0	48,2	64,6	68,0
částečně omezující nemoci	5,7	1,4	0,7	6,7	9,0	14,5	5,1	8,0
středně omezující nemoci	2,7	1,4	0,7	0,6	2,5	6,0	6,3	12,0
zcela omezující nemoci	0,1	-	-	-	-	-	1,3	-
	<b>ženy</b>							
bez nemocí	43,0	75,6	72,2	43,0	29,1	23,5	16,2	3,0
neomezující nemoci	46,5	21,3	23,8	46,7	62,3	62,7	65,8	54,5
částečně omezující nemoci	6,9	2,4	2,0	5,5	4,6	11,8	12,8	27,3
středně omezující nemoci	3,3	-	2,0	4,8	4,0	-	5,1	15,2
zcela omezující nemoci	0,4	0,8	-	-	-	2,0	-	-

Tab. 6.5.3 Chronická nemocnost podle kategorií

	Procento respondentů podle chronických nemocí					
	muži			ženy		
	žádné	neomezující	omezující	žádné	neomezující	omezující
<b>BMI</b>						
-17,9	80,0	20,0	-	61,1	16,7	22,2
18,0-19,9	50,0	40,9	9,1	59,7	31,2	9,1
20,0-26,9	53,8	38,7	7,5	47,0	43,3	9,6
27-29,9	46,9	43,4	9,8	27,9	65,1	7,0
30,0+	35,1	51,9	13,0	24,5	56,9	18,6
<b>zdravotní potíže</b>						
dobré zdraví	68,3	29,6	2,1	71,3	26,5	2,1
průměrné zdraví	37,5	51,3	11,2	37,4	54,1	8,5
špatné zdraví	9,2	58,5	32,3	11,2	60,9	27,9
<b>subjektivní zdraví</b>						
velmi dobré	88,8	11,2	-	91,5	8,5	-
dobré	68,6	29,9	1,5	69,5	29,7	0,8
přiměřené	39,5	58,3	2,2	30,8	64,9	4,2
špatné	7,3	55,6	37,1	5,6	61,0	33,4
velmi špatné	-	30,8	69,2	-	21,1	78,9

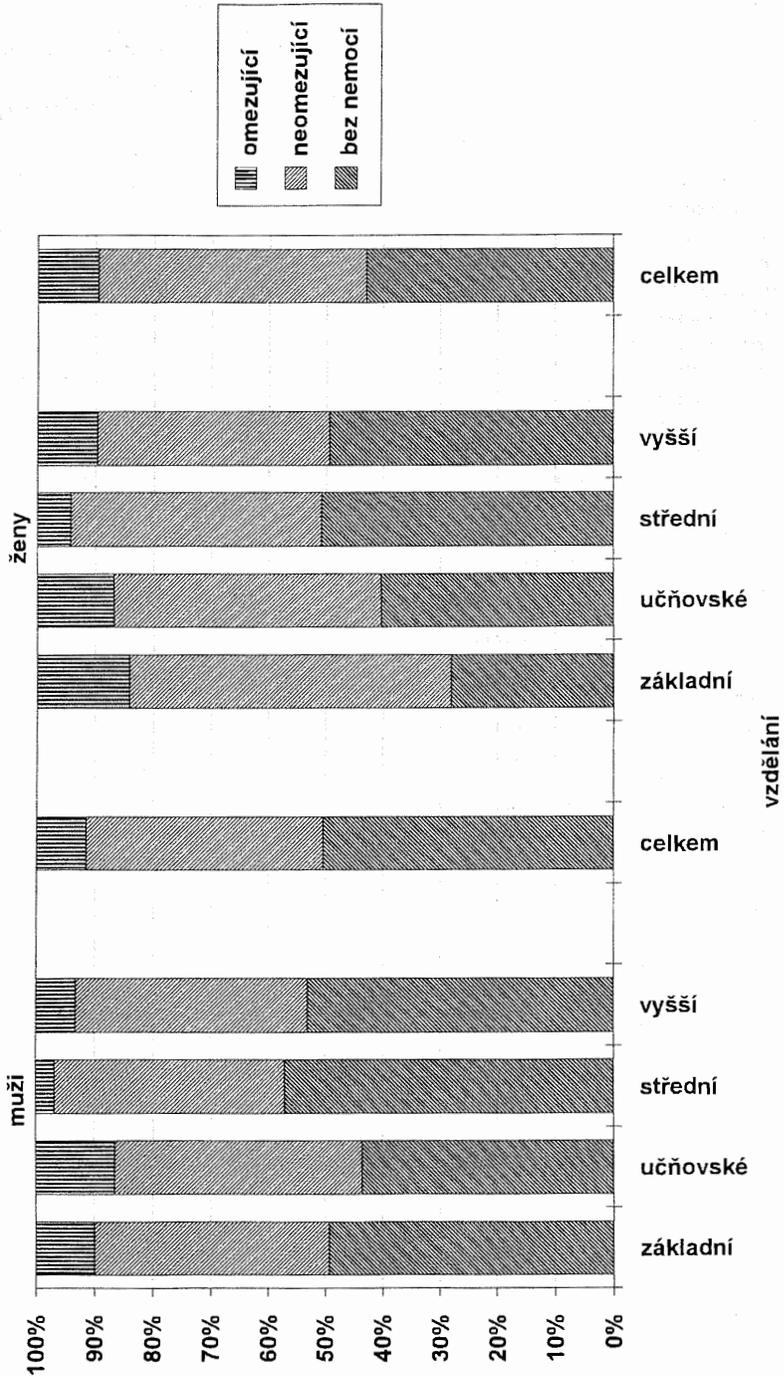
Tab. 6.5.2 Prevalence jednotlivých chronických onemocnění

Druh onemocnění	Procento respondentů s nemocí							
	věková skupina							
	celkem	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+
	muži							
astma, chronická bronchitida aj. plicní onem.	5,2	2,8	2,2	1,2	7,4	4,8	19,0	8,0
chronický zánět čelních nebo čelistních dutin	2,5	2,1	0,7	3,7	2,5	-	7,6	-
ischemická choroba srdeční, akutní infarkt	7,4	-	-	1,2	6,6	16,9	27,8	40,0
hypertenzní choroba	8,6	0,7	1,5	5,5	13,1	19,3	20,3	20,0
mozková mrtvice aj. cévní onemocnění mozku	1,2	-	-	0,6	-	1,2	7,6	4,0
vředová choroba žaludku nebo dvanáctníku	7,0	2,1	4,4	7,3	10,7	10,8	8,9	12,0
dlouhodobé potíže se střevy	1,6	-	0,7	1,8	-	3,6	5,1	4,0
žlučové kameny, zánět žlučového měchýře	3,9	2,1	0,7	4,3	7,4	3,6	5,1	8,0
nemoci jaterní, jaterní cirhóza	1,1	0,7	0,7	1,2	1,6	1,2	-	4,0
ledvinové kameny	1,2	-	-	0,6	1,6	6,0	1,3	-
chronické nemoci ledvin	2,0	-	1,5	1,2	3,3	4,8	3,8	-
chronický zánět močového měchýře	1,3	-	0,7	0,6	-	6,0	3,8	-
cukrovka	5,6	0,7	-	3,0	4,9	19,3	11,4	20,0
onemocnění štítné žlázy, struma	0,7	0,7	-	0,6	-	2,4	1,3	-
chronické onemocnění páteře, výhřez ploténky	10,9	4,9	5,8	10,4	14,8	21,7	12,7	16,0
artróza kolen, kyčlí nebo rukou	8,9	0,7	1,5	6,7	12,3	12,0	20,3	48,0
zánět kloubů rukou nebo nohou	5,8	-	2,2	7,3	5,7	13,3	11,4	8,0
jiné revmatické záněty kloubů	2,7	0,7	0,7	2,4	2,5	4,8	5,1	12,0
epilepsie	0,3	-	-	-	-	-	2,5	-
závrat' s pádem	1,1	-	-	0,6	-	1,2	6,3	4,0
migréna	2,3	2,1	1,5	2,4	2,5	6,0	-	-
chronické nemoci kůže	3,5	3,5	1,5	3,7	3,3	4,8	1,3	16,0
zhoubný novotvar	0,1	-	-	-	0,8	-	-	-
jiná chronická onemocnění	9,6	9,8	7,3	10,4	13,1	3,6	10,1	16,0

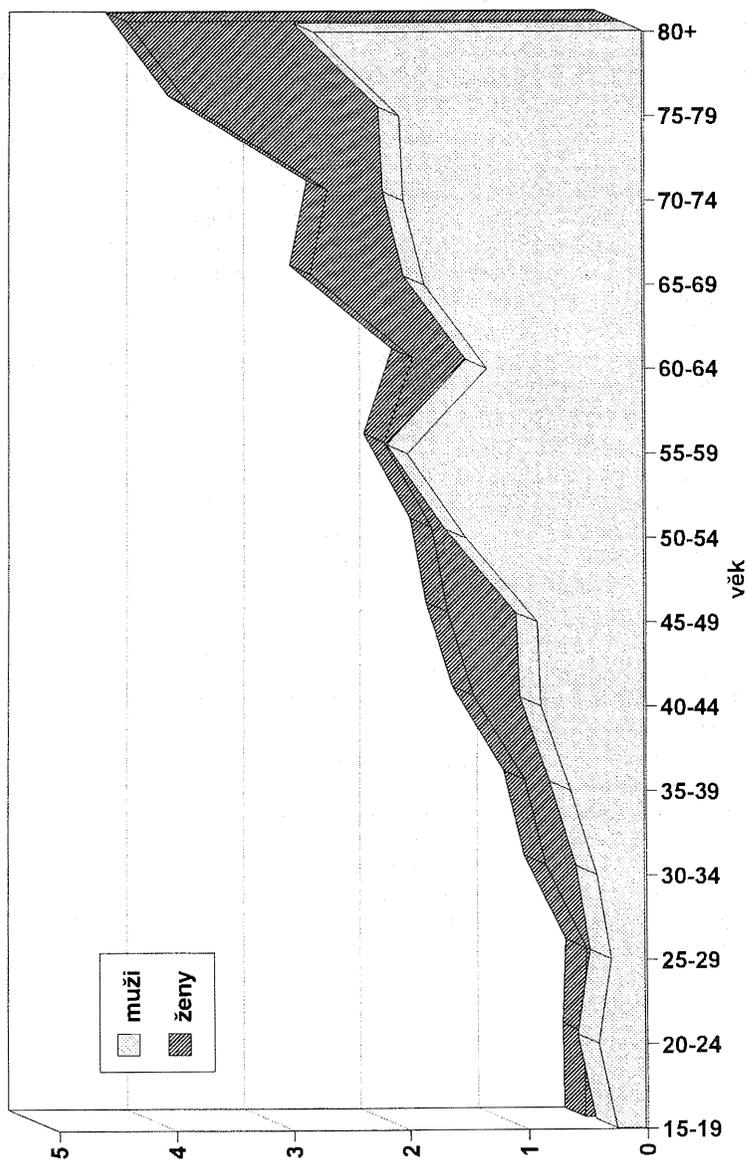
Tab. 6.5.2 Prevalence jednotlivých chronických onemocnění

Druh onemocnění	Procento respondentů s nemocí							
	věková skupina							
	celkem	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+
	ženy							
astma, chronická bronchitida aj. plicní onem.	6,7	5,5	1,3	6,1	6,0	7,8	14,5	12,1
chronický zánět čelních nebo čelistních dutin	1,5	1,6	1,3	-	3,3	1,9	1,7	-
ischemická choroba srdeční, akutní infarkt	7,8	-	-	1,8	5,3	12,6	23,9	42,4
hypertenzní choroba	11,6	-	1,3	6,1	11,3	20,4	31,6	33,3
mozková mrtvice aj. cévní onemocnění mozku	1,5	-	0,7	-	0,7	2,9	3,4	12,1
vředová choroba žaludku nebo dvanáctníku	3,8	0,8	1,3	6,7	4,6	1,9	6,8	3,0
dlouhodobé potíže se střevy	4,0	-	1,3	3,6	2,6	3,9	10,3	18,2
žlučové kameny, zánět žlučového měchýře	7,7	1,6	4,6	6,1	7,9	11,7	13,7	18,2
nemoci jaterní, jaterní cirhóza	1,5	0,8	-	1,8	2,6	1,0	3,4	-
ledvinové kameny	0,7	-	0,7	-	1,3	-	1,7	3,0
chronické nemoci ledvin	2,4	1,6	-	3,0	2,6	4,9	1,7	6,1
chronický zánět močového měchýře	2,8	1,6	0,7	1,8	2,0	4,9	5,1	12,1
výhřez dělohy	0,9	-	-	0,6	2,6	-	1,7	3,0
cukrovka	5,8	-	-	1,8	2,6	10,7	14,5	42,4
onemocnění štítné žlázy, struma	3,8	0,8	0,7	6,1	6,0	5,8	1,7	9,1
chronické onemocnění páteře, výhřez ploténky	15,7	3,9	5,3	16,4	24,5	19,4	22,2	30,3
artróza kolen, kyčlí nebo rukou	13,7	0,8	2,0	4,2	17,2	23,3	31,6	54,5
zánět kloubů rukou nebo nohou	8,0	0,8	2,0	6,1	7,9	12,6	19,7	18,2
jiné revmatické záněty kloubů	8,9	0,8	2,6	3,6	12,6	12,6	21,4	21,2
epilepsie	0,4	-	-	-	1,3	1,0	-	-
závrať s pádem	2,0	-	1,3	1,2	1,3	3,9	2,6	12,1
migréna	7,2	2,4	4,0	9,1	12,6	9,7	6,0	3,0
chronické nemoci kůže	2,7	1,6	0,7	3,6	2,0	2,9	3,4	12,1
zhoubný novotvar	0,9	-	0,7	1,8	-	1,0	1,7	3,0
jiná chronická onemocnění	10,5	5,5	9,3	12,1	9,3	12,6	12,0	21,2

Graf 6.5.1 Složení respondentů podle omezení chronickými nemocemi



Graf 6.5.2 Průměrný počet chronických onemocnění



## 6.6 DLOUHODOBÁ NESCHOPNOST

Účelem zařazení otázky 16 bylo v souladu s pojetím a doporučením SZO získat základní údaje o prevalenci dlouhodobých závažných zdravotních a fyzických omezení v populaci. První část otázky zjišťuje míru omezení pohyblivosti (v souladu s mezinárodní klasifikací). V celém výběru 1600 respondentů byly zjištěny 3 osoby (1 muž a 2 ženy) trvale upoutané na lůžko. Celkem 15 mužů a 23 žen ohodnotilo svůj fyzický stav tak, že není schopno bez cizí pomoci opustit svůj dům, byt či zahradu. Celkem bylo respondentů se sníženou pohyblivostí 41, tedy 2,7 %.

Druhá část otázky je zaměřena na zjištění jistých dlouhodobých potíží, zejména pohybového a smyslového charakteru, a na zjištění potřeby pomoci při provádění běžných denních úkonů souvisejících s osobní hygienou, stravováním a pohybem. K podrobnějšímu charakterizování typu a stupně dlouhodobé neschopnosti jednotlivých respondentů bylo použito 13 podotázek doporučených SZO. Ti respondenti, u nichž byla zjištěna alespoň jedna ze 13 potíží, byli zařazení mezi dlouhodobě neschopné. Rozlišovali jsme přitom neschopnost 1. stupně (pokud žádná z potíží nebyla 2. stupně) a 2. stupně (pokud byla alespoň jednou zjištěna neschopnost 2. stupně).

Přehled podílů dlouhodobě neschopných respondentů a zjištěný celkový počet potíží jsou uvedeny v tabulce 6.6.1. Celkem 18,9 % mužů a 25,8 % žen bylo zařazeno mezi dlouhodobě neschopné. Na každého z nich připadalo v průměru 2,6 dílčích neschopností.

Přehled o prevalenci jednotlivých typů neschopnosti u respondentů poskytuje další tabulka 6.6.2. Ze všech 13 typů dlouhodobých potíží patřily mezi nejfrekventovanější potíže s leháním do postele a vstáváním z ní (u 7,9 % respondentů), potíže s vyjitím 12 schodů (7,4 %) a potíže sluchové (7,3 %). Větší potíže s krátkozrakostí byly zjištěny u 6,3 % respondentů. Necelé 1 % respondentů mělo potíže s mytím rukou a obličeje a jen 4 respondenti (0,3 %) uvedli potíže s mluvením.

V přepočtu na 100 dlouhodobě neschopných připadalo 65,7 pohybových poruch, 40,1 poruch sluchových, 34,9 zrakových a 9,3 poruch kontroly udržení moči. U 45,3 % dlouhodobě neschopných respondentů byla uvedena jediná dlouhodobá potíže, u 21,5 % byly zjištěny potíže dvě, u stejného počtu 3 až 5 potíží a necelých 12 % respondentů hlásilo 6 a více dlouhodobých potíží.

V tabulce 6.6.1 je rovněž uveden průměrný počet dlouhodobých potíží připadajících na jednoho respondenta a na jednoho dlouhodobě neschopného dané věkové skupiny. Je očividné, že jejich počet roste s přibývajícím věkem. Z tabulky je rovněž vidět souvislost mezi počtem dlouhodobých potíží a subjektivním zdravím, chronickou nemocností a počtem zdravotních potíží. Respondenti se špatným subjektivním zdravím, s omezujícími chronickými nemocemi a větším počtem zdravotních potíží měli i více dlouhodobých potíží. Korelace mezi jednotlivými charakteristikami se sice po eliminaci vlivu věku snížila, ale zůstala přesto významná.

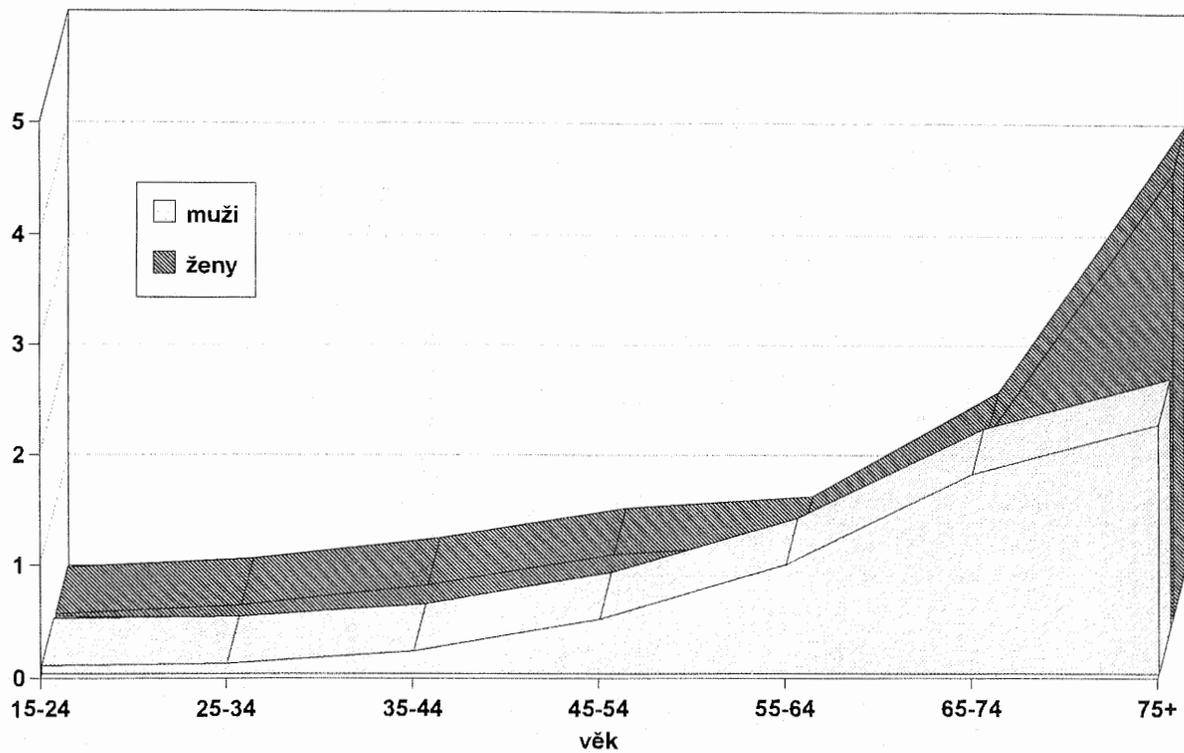
Tab. 6.6.1 Dlouhodobé potíže

Věk	Procento dlouhodobě neschopných		Průměrný počet dlouhodobých potíží			
			na 1 respondenta		na 1 dlouhodobě neschopného	
	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy
<b>celkem</b>	18,94	25,81	0,53	0,65	2,78	2,54
<b>věk</b>						
15-24	4,38	2,97	0,07	0,03	1,60	1,00
25-34	4,54	8,26	0,09	0,11	2,00	1,30
35-44	12,31	15,15	0,20	0,29	1,62	1,90
45-54	21,78	28,46	0,49	0,56	2,23	1,97
55-64	37,70	34,57	0,97	0,67	2,56	1,93
65-74	45,16	60,00	1,79	1,62	3,96	2,70
75+	70,83	83,33	2,25	4,03	3,60	4,84
<b>subjektivní zdraví</b>						
velmi dobré	4,95	2,67	0,05	0,03	1,00	1,00
dobré	3,68	8,04	0,09	0,11	2,50	1,31
průměrné	17,11	26,86	0,30	0,47	1,76	1,75
špatné	52,38	56,46	1,70	1,69	3,24	3,00
velmi špatné	90,00	69,23	4,90	4,46	5,44	6,44
<b>chronické nemoci</b>						
žádné	5,67	8,90	0,09	0,12	1,53	1,31
neomezující	23,67	31,43	0,53	0,66	2,22	2,10
omezující	69,64	70,42	2,89	2,84	4,15	4,04
<b>zdravotní potíže</b>						
dobré zdraví	8,69	7,55	0,16	0,08	1,88	1,12
průměrné zdraví	24,60	23,03	0,60	0,57	2,46	2,46
špatné zdraví	49,09	57,72	2,14	1,65	4,37	2,86

Tab. 6.6.2 Prevalence jednotlivých dlouhodobých potíží

Druh onemocnění	Procento respondentů s potížemi			
	muži		ženy	
	lehkou	těžkou	lehkou	těžkou
lehání a vstávání z postele	6,2	-	9,2	0,1
sedání a vstávání ze židle	2,9	-	4,3	-
oblékání a svlékání	2,8	0,1	3,3	-
mytí rukou a obličej	1,2	-	0,6	-
jedení a krájení jídla	0,9	0,3	1,2	-
použití toalety	1,3	-	1,3	0,1
chůze	2,5	0,7	3,2	0,5
udržení moče	0,5	0,8	0,6	1,4
poslouchání televize	7,3	0,3	6,7	0,2
rozeznávání osob	4,0	0,7	7,2	0,6
vyjítí schodů	5,3	0,9	6,8	1,5
zvednutí bot z podlahy	3,2	x	3,2	x
mluvení	0,1	x	0,4	x

Graf 6.6.1 Průměrný počet dlouhodobých potíží



## 6.7 SOCIÁLNÍ ZDRAVÍ

Sociální problematika je důležitou součástí komplexního pojetí zdraví člověka v souladu s definicemi SZO. Vzhledem k tomu, že v doporučeních "Třetí konzultace" [25] nebyla sociální problematika řešena, byl v šetření HIS CR 93 použit soubor tří otázek z projektu HALS 1985 [3]. Každá ze tří sociálních otázek (17-19) byla hodnocena zvlášť a navíc jsme sestavili vlastní verzi třístupňového indexu sociálního zdraví.

Míra sociální podpory ze strany osob blízkých respondentovi byla měřena prostřednictvím třístupňových odpovědí na sedm podotázek. Přehled struktury odpovědí na každou z nich poskytuje tabulka 6.7.1. Pozitivní odpovědi byly nejčastěji zaznamenány u otázek číslo 1, 4 a 5 (okolo 85 %), u ostatních otázek se četnosti kladných odpovědí pohybovaly okolo 70 %. Nejvíce negativních odpovědí jsme zaznamenali u otázek číslo 2 a 6. Sociální podporu okolí vnímaly u všech podotázek více ženy než muži. Kladné odpovědi se hodnotily 3 body, váhavé 2 body a negativní 1 bodem. Výborná sociální podpora odpovídala všem kladným odpovědím (21 bodů), vyhovující podpora odpovídala zisku 18 až 20 bodů, méně než 18 bodů už znamenalo nedostačující podporu. Výbornou sociální podporu mělo 45,4 % žen, ale jen 38,0 % mužů. V grafu 6.7.1 je zobrazeno zastoupení kategorie nedostačující sociální podpory podle věku a pohlaví. U žen byl nejvyšší podíl respondentů s nedostačující sociální podporou zaznamenán podle očekávání u věkové skupiny nad 75 let, mužů s nedostačující podporou však bylo nejvíce ve věku 55-64 let.

Na rozdíl od sociální podpory, která byla měřena souborem odpovědí vyjadřujících subjektivní názor respondenta, byla sociální role měřena zcela objektivními skutečnostmi. Pro celkové hodnocení byly kladné odpovědi na první dvě otázky hodnoceny 2 body, zbývající kladné odpovědi jedním bodem (záporné vždy nulou). Celkový součet ve výši 6 nebo 7 bodů byl hodnocen jako výborná sociální role, 4 a 5 bodů jako střední a méně než 4 body jako slabá sociální role. Podíl kladných odpovědí na každou z pěti podotázek je zřejmý z tabulky 6.7.2. Zastoupení špatné sociální role je uvedeno v grafu 6.7.1. Zatímco sociální podporu lépe vnímaly ženy, sociální role byla v průměru lepší u mužů. Hlavním důvodem byla velmi slabá sociální role starších osamělých žen. Věkový průměr mužů se slabou sociální rolí byl 37,1 let, zatímco žen 54,7 let. Ženy ve věku nad 55 let měly slabou sociální roli v 53,8 % případů, u mužů byl tento podíl jen 19,8 %.

V otázce na sociální kontakt se hodnotily zvlášť kontakty s příbuznými a s přáteli. Jako bohatý sociální kontakt bylo hodnoceno získání alespoň 18 bodů z celkového možného počtu 30 bodů, do střední kategorie byli zařazeni respondenti se 7-17 body a jako nízký sociální kontakt bylo hodnoceno získání maximálně 6 bodů. Přehled o míře sociálních kontaktů poskytuje tabulka 6.7.3. Ve všech položkách měřících sociální kontakty na tom byly ženy lépe než muži. Ženy získaly v průměru 11,4 bodů, zatímco muži 10,3 bodů. Kontakty s příbuznými byly u obou pohlaví lepší než kontakty s přáteli. Podíl respondentů s nízkým sociálním kontaktem je uveden v grafu 6.7.1, který také dokumentuje lepší situaci u žen než u mužů.

Pro zhodnocení celkového vlivu sociální podpory, role a kontaktu jsme sestavili index sociálního zdraví. Každé z hodnocených kategorií byl přiřazen jeden až tři body (jeden bod pro nejlepší výsledek). Podle výsledného součtu byla každému respondentovi přidělena odpovídající hodnota sociálního zdraví, výborné při nejvýše 4 bodech, vyhovující při 5 nebo 6 bodech a jinak špatné.

Podíly kategorií sociálního zdraví v závislosti na věku jsou zřejmé z tabulky 6.7.4. Celkově nejsou rozdíly mezi pohlavími velké, o něco lepší sociální zdraví vykazaly ženy. Zajímavý je však rozdíl v jednotlivých věkových skupinách. Zatímco mladší ženy měly

výrazně lepší sociální zdraví než stejně staří muži, ve starších věkových skupinách je situace zcela opačná. Četnost respondentů se špatným sociálním zdravím měla u obou pohlaví závislost na věku ve tvaru písmene "J", s minimem ve středních věkových skupinách a s maximem u nejstarších respondentů.

V grafu 6.7.2 je znázorněna průměrná kategorie jednotlivých ukazatelů, tj. sociální podpory, role, kontaktu a zdraví podle věku a pohlaví. Nejlepší kategorii každého z ukazatelů byl přiřazen jeden bod, nejhorší tři body a byl vypočten průměr v jednotlivých věkových skupinách.

Z tabulky 6.7.4 a grafu 6.7.3 je rovněž zřejmá závislost mezi sociálním zdravím a vzděláním. Podíl respondentů se špatným sociálním zdravím klesal se zvyšující se úrovní vzdělání, podíl respondentů s dobrým sociálním zdravím naopak rostl. Po provedení vzdělanostní standardizace se výrazně zvýšil podíl respondentů se špatným sociálním zdravím. Závislost sociálního zdraví na ostatních charakteristikách se nám nepodařilo prokázat.

Tab. 6.7.1 Sociální podpora okolí

Otázka	Procento respondentů s odpovědí					
	muži			ženy		
	ne	částečně	ano	ne	částečně	ano
mají mě rádi	1,3	14,3	84,5	0,9	11,6	87,5
udělali mě šťastným	10,4	25,4	64,1	7,6	20,1	72,3
mohu se na ně spolehnout	3,5	28,8	67,7	4,9	24,6	70,5
pomohou mi, bude-li třeba	1,1	15,8	83,1	1,7	12,9	85,4
berou mě, jaký jsem	2,6	14,8	82,6	2,3	11,3	86,4
jsem důležitou součástí jejich života	8,9	26,0	65,0	6,1	22,7	71,2
poskytují mi podporu a povzbuzení	5,4	26,4	68,2	4,3	22,0	73,7

Tab. 6.7.2 Sociální role respondentů

Otázka	Procento respondentů s odpovědí			
	muži		ženy	
	ano	ne	ano	ne
Žijete v domácnosti s další osobou?	90,3	9,7	84,3	15,7
Jste ženatý (vdaná), máte družku (druhu)?	69,2	30,8	63,2	36,8
Jste nyní zaměstnán?	69,6	30,4	54,3	45,7
Máte děti?	71,2	28,8	80,5	19,5
Máte žijícího rodiče?	67,1	32,9	63,0	37,0

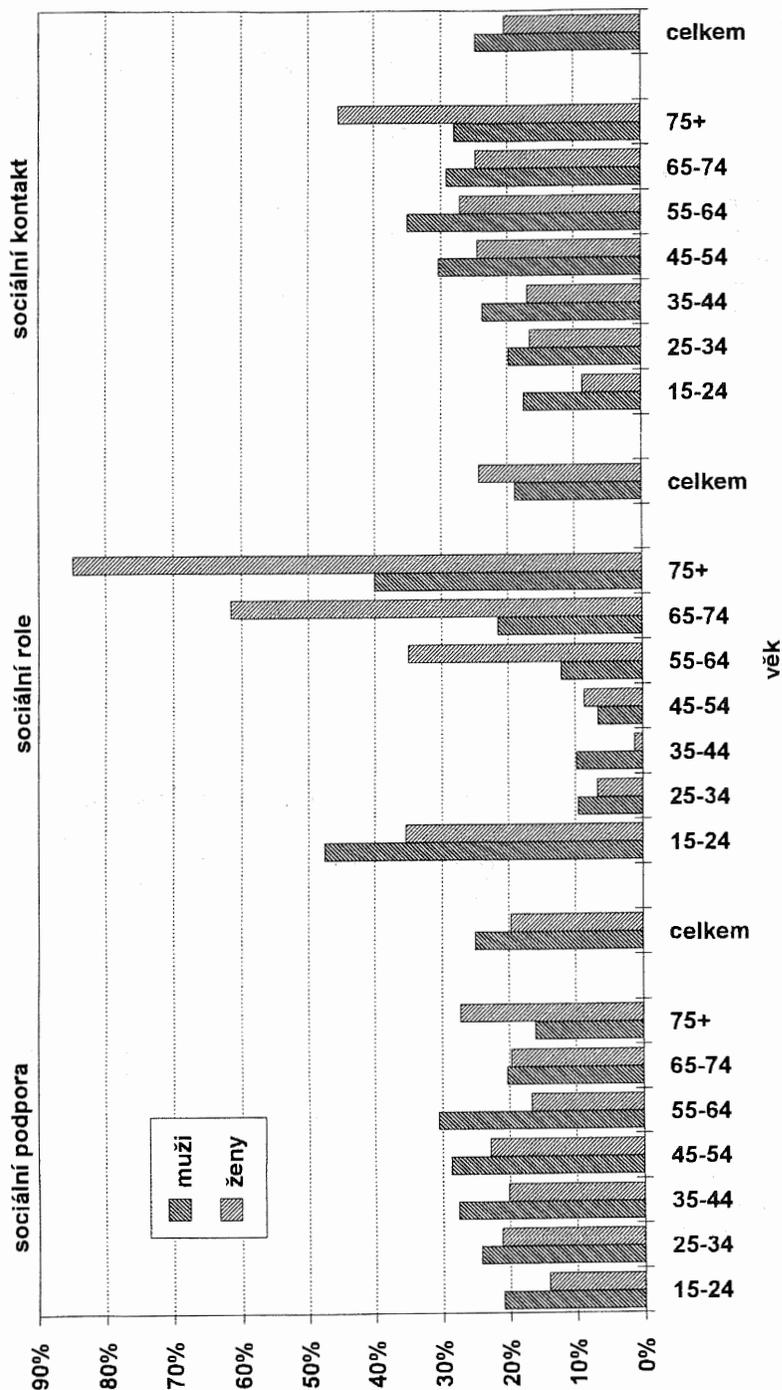
Tab. 6.7.3 Sociální kontakt respondentů

Kontakt	Procento respondentů s četností							
	muži				ženy			
	ne	1-2 x	3-6 x	7 x a více	ne	1-2 x	3-6 x	7 x a více
telefon nebo dopis								
příbuzní	38,8	35,9	15,9	9,4	29,5	39,2	18,1	13,2
přátelé	38,6	30,5	19,4	11,4	32,1	35,8	19,0	13,1
návštěva jiných								
příbuzní	26,0	48,7	16,7	8,5	27,0	42,7	18,1	12,2
přátelé	48,7	26,3	15,3	9,7	42,3	32,2	16,8	8,7
navštívení jinými								
příbuzní	23,5	51,3	14,9	10,4	19,4	44,7	20,1	15,8
přátelé	26,3	47,4	16,3	10,0	25,3	44,6	19,0	11,1

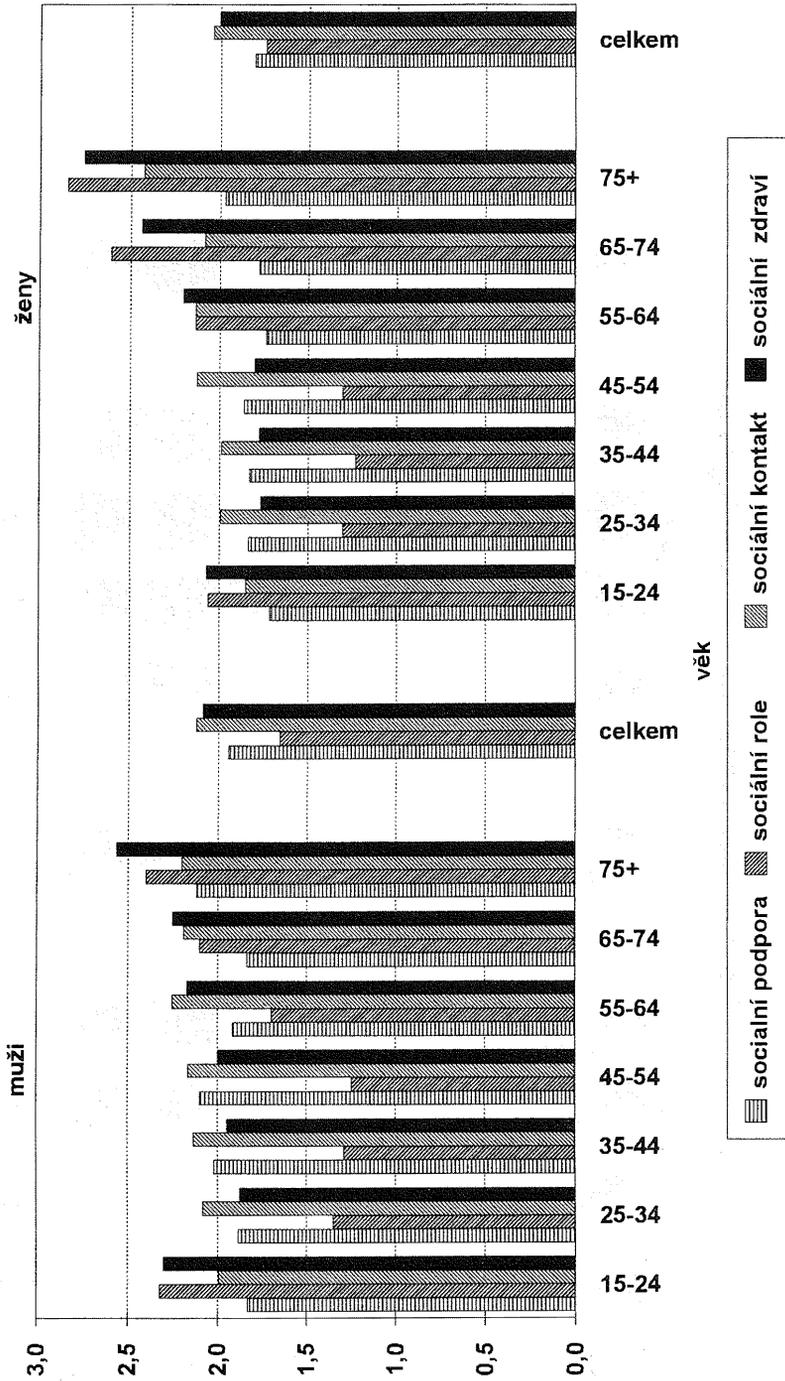
Tab. 6.7.4 Sociální zdraví

Věk	Procento respondentů se sociálním zdravím					
	muži			ženy		
	dobrým	průměrným	špatným	dobrým	průměrným	špatným
celkem	19,87	58,00	22,13	25,62	52,67	21,71
věk						
15-24	8,39	58,04	33,57	22,83	54,33	22,83
25-34	33,82	50,74	15,44	35,10	56,29	8,61
35-44	23,93	62,58	13,50	36,59	53,66	9,76
45-54	24,59	60,66	14,75	36,91	50,34	12,75
55-64	17,07	52,44	30,49	16,67	49,02	34,31
65-74	8,86	65,82	25,32	1,71	58,12	40,17
75+	4,00	48,00	48,00	-	27,27	72,73
vzdělání						
základní	10,14	53,62	36,23	15,24	49,39	35,37
učňovské	17,13	60,49	22,38	27,63	51,36	21,01
střední	18,88	58,23	22,89	28,13	55,66	16,21
vyšší	31,51	54,79	13,70	29,47	51,58	18,95

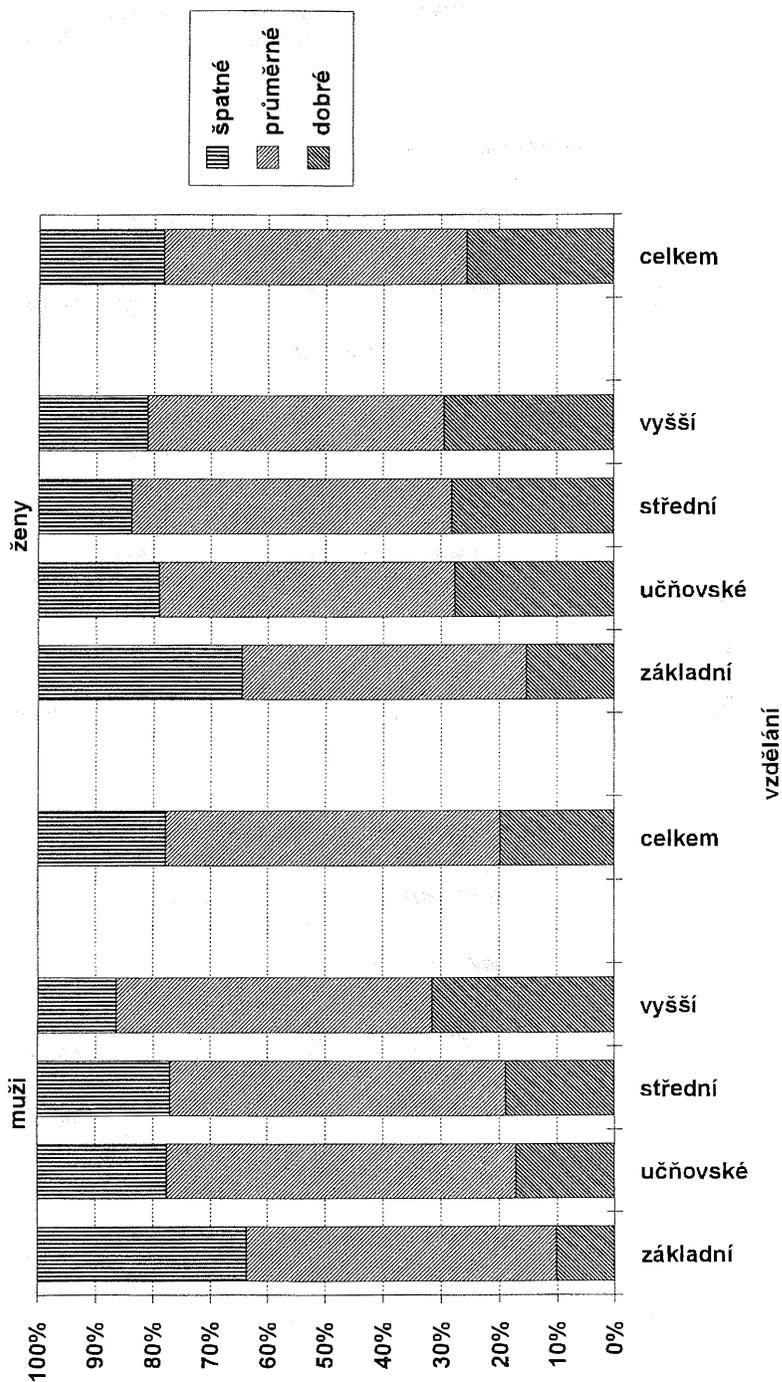
Graf 6.7.1 Podíl respondentů v nejhorší kategorii ukazatelů sociálního zdraví



Graf 6.7.2 Průměrné hodnoty ukazatelů sociálního zdraví



Graf 6.7.3 Složení respondentů podle sociálního zdraví



## 6.8 CELKOVÝ ZDRAVOTNÍ INDEX

Měření zdraví jedince, skupiny obyvatelstva nebo celé populace je dlouhodobým a nedořešeným teoretickým problémem. Komplexnost pojmu "zdraví" činí tento úkol neobyčejně obtížným. V šetření HIS CR 93 jsme použili metodiku anglického šetření HALS 1985, která stanovuje celkový "index zdraví" na základě čtyř veličin: zdravotních potíží (kapitola 6.3), psychického zdraví (6.4), chronické nemocnosti (6.5) a fyziologické zdatnosti (vypočtena na základě BMI a přítomnosti hypertenzní choroby - viz dále). Každá z těchto kategorií byla hodnocena 1-3 body (nejlepší stav = 1 bod), celkový zdravotní index byl pak stanoven v závislosti na součtu těchto bodů; dobré zdraví při hodnotě do 5 bodů, průměrné zdraví při 6-8 bodech a jinak špatné zdraví. Ovšem vzhledem k tomu, že jen dvě ze čtyř uvedených charakteristik byly definovány zcela totožně v našem i anglickém šetření, výsledný celkový zdravotní index není jako celek srovnatelný.

Fyziologická zdatnost respondentů byla odvozena z odpovědí na otázky 11 a 15b4. Index zdatnosti byl konstruován tak, že přiměřená hodnota BMI (20,0-26,9) a normální krevní tlak znamenaly dobrou zdatnost, podváha nebo nadváha (BMI do 19,9 nebo 27,0-29,9) a normální krevní tlak znamenaly střední zdatnost a posléze obezita (BMI 30,0 a více) nebo hypertenze znamenaly špatnou zdatnost. Výskyt takto definované zdatnosti v šetření HIS CR 93 podle věkových skupin poskytuje tabulka 6.8.1.

Do výpočtu celkového zdravotního indexu (CZI) byli zařazeni samozřejmě jen ti respondenti, u kterých bylo možno získat hodnoty všech čtyř potřebných dílčích zdravotních charakteristik. Bylo to celkem 1556 respondentů, z toho 731 mužů a 825 žen.

Přehled rozložení kategorií CZI podle pohlaví, věkových skupin a dalších vybraných charakteristik je obsahem tabulky 6.8.2. Dobré zdraví jsme podle naší metodiky přiřadili 42,8 % mužů a 32,6 % žen, naopak špatné zdraví bylo zjištěno u 9,2 % mužů a 19,2 % žen. Podíl špatného zdraví se s věkem systematicky zvyšoval u obou pohlaví, přitom rozdíly mezi pohlavími jsou překvapivě velké.

V tabulce je rovněž uveden výsledek srovnání vztahu celkového zdraví a dosaženého vzdělání. Hypotéza o výrazné korelaci obou veličin se neprokázala, očekávaná závislost je zde spíše naznačena, více u žen než u mužů. Proto ani zjištěné rozdíly mezi hrubými a vzdělanostně standardizovanými podíly respondentů se špatným celkovým zdravím nebyly u žádného z pohlaví velké.

Z tabulky je zřejmá u obou pohlaví silná korelace mezi celkovým a subjektivním zdravím. Na druhé straně nebyl zjištěn prakticky žádný vztah mezi celkovým zdravím a kuřáctvím ani dietním indexem. Zajímavou závislost jsme zjistili mezi CZI a konzumací alkoholu, zdravotně nejlépe na tom byli příležitostní konzumenti. Špatný zdravotní stav abstinentů souvisí zřejmě se skutečností, že abstinují nejvíce starší osoby, jejichž zdravotní stav není nejlepší. Byla zjištěna poměrně silná závislost CZI na dočasné neschopnosti, dlouhodobých potížích a tělesné aktivitě. Korelace mezi celkovým zdravím, příjmem a sociálním zdravím jsou středně silné a odpovídají očekávání.

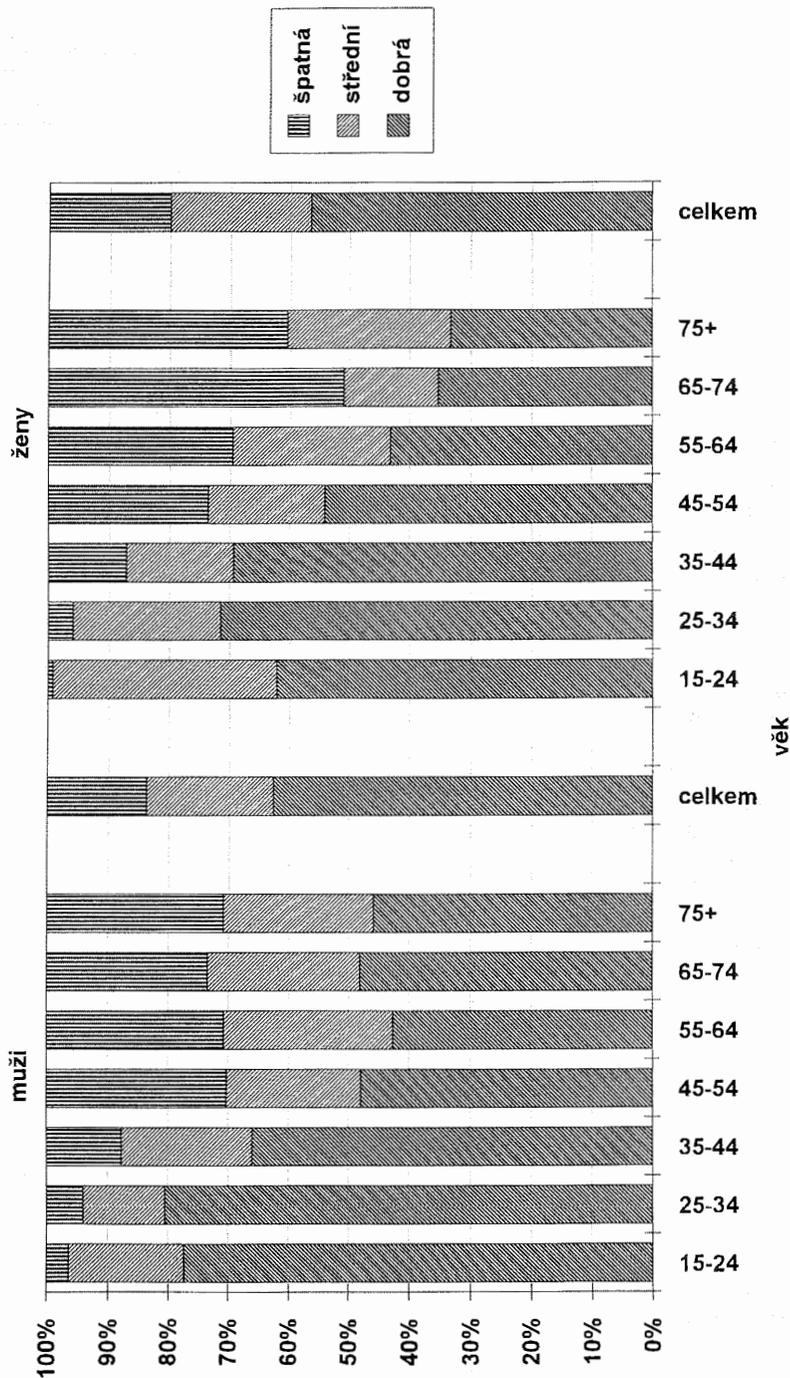
Tab. 6.8.1 Tělesná zdatnost

Věk	Procento respondentů s tělesnou zdatností					
	muži			ženy		
	dobrou	střední	špatnou	dobrou	střední	špatnou
<b>celkem</b>	62,67	21,02	16,31	56,58	23,33	20,10
<b>15-24</b>	77,30	19,15	3,55	62,20	37,01	0,79
<b>25-34</b>	80,45	13,53	6,02	71,43	24,49	4,08
<b>35-44</b>	66,05	21,60	12,35	69,33	17,79	12,88
<b>45-54</b>	47,93	22,31	29,75	54,05	19,59	26,35
<b>55-64</b>	42,68	28,05	29,27	43,14	26,47	30,39
<b>65-74</b>	48,10	25,32	26,58	35,34	15,52	49,14
<b>75+</b>	45,83	25,00	29,17	33,33	27,27	39,39

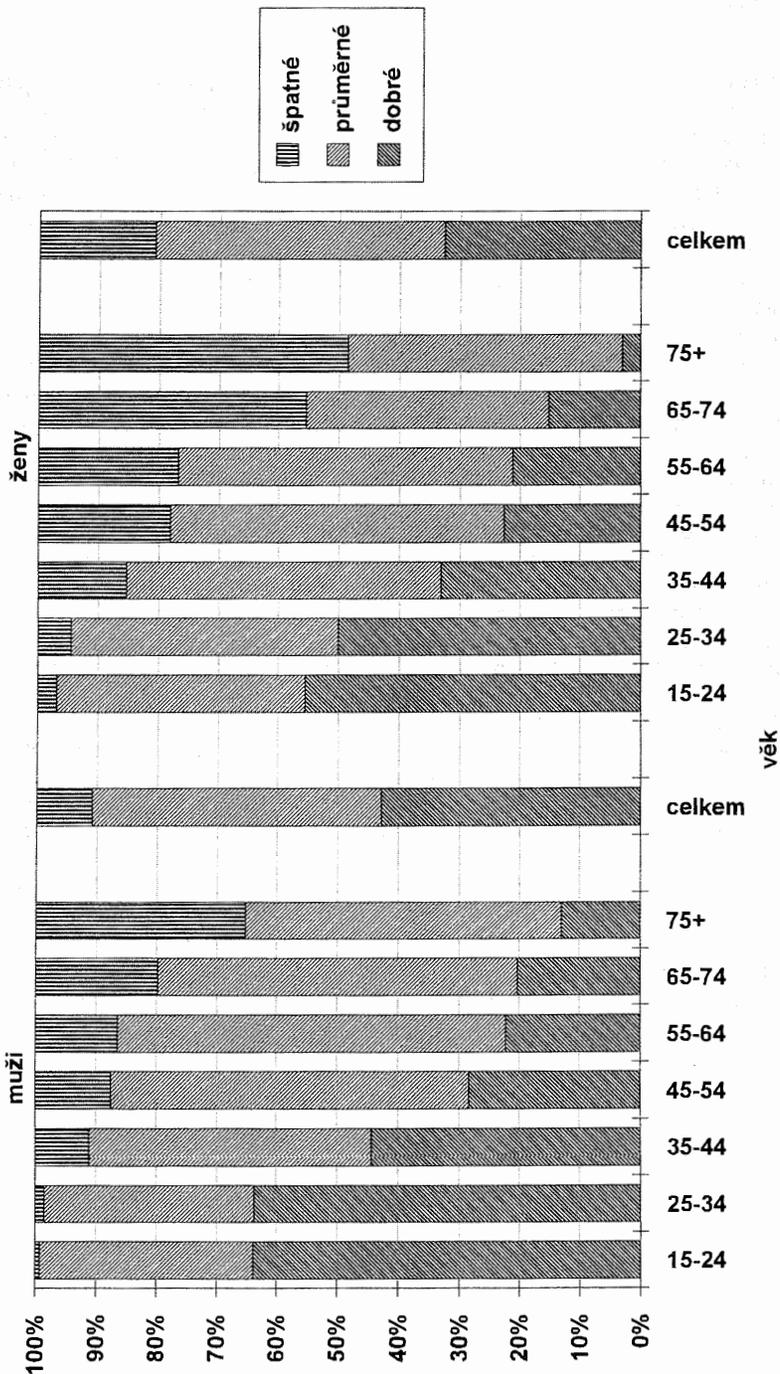
Tab. 6.8.2 Rozložení indexu celkového zdraví

	Procento respondentů s celkovým zdravím					
	muži			ženy		
	dobrým	průměrným	špatným	dobrým	průměrným	špatným
<b>celkem</b>	42,8	48,0	9,2	32,6	48,2	19,2
<b>věk</b>						
15-24	63,8	35,5	0,7	55,6	41,3	3,2
25-34	63,6	34,8	1,5	50,0	44,5	5,5
35-44	44,3	46,8	8,9	33,1	52,1	14,7
45-54	28,3	59,2	12,5	22,6	55,5	21,9
55-64	22,2	64,2	13,6	21,2	55,6	23,2
65-74	20,2	59,5	20,2	15,2	40,2	44,6
75+	13,0	52,2	34,8	3,0	45,5	51,5
<b>vzdělání</b>						
základní	38,8	50,8	10,4	16,2	50,0	33,8
učňovské	35,6	52,9	11,5	29,8	48,0	22,2
střední	50,8	42,6	6,6	40,4	48,4	11,2
vyšší	44,8	46,8	8,4	40,4	45,8	13,8
<b>příjem</b>						
- 2000 Kč	39,0	49,0	12,0	31,1	48,0	20,9
2000-3999 Kč	41,6	50,2	8,2	33,6	47,9	18,5
4000+ Kč	51,6	45,2	3,2	51,0	36,7	12,2
<b>tělesná aktivita</b>						
těžká	68,5	31,5	-	28,6	71,4	-
střední	50,3	46,7	3,1	37,0	50,0	13,0
lehká	44,9	47,7	7,4	37,6	50,2	12,2
sedavá	27,8	53,2	19,0	26,5	45,8	27,7
<b>kuřáci</b>						
nikdy nekouřili	55,3	37,9	6,8	31,7	45,1	23,2
bývalí	27,6	58,6	13,8	27,9	59,5	12,6
příležitostní	45,2	51,6	3,2	50,0	41,7	8,3
slabí	43,9	46,0	10,1	32,9	53,1	14,0
silní	31,3	59,0	9,6	23,1	50,0	26,9
<b>konzumace alkoholu</b>						
výjimečná	37,0	49,3	13,7	29,4	46,0	24,6
přiměřená	46,5	47,0	6,4	38,5	51,9	9,6
nadměrná	41,5	48,8	9,8	29,4	52,9	17,7
<b>dietní index</b>						
dobrý	42,3	49,2	8,5	33,2	47,0	19,8
střední	46,4	46,4	7,2	31,3	49,5	19,2
špatný	36,8	48,5	14,7	33,7	50,6	15,7
<b>subjektivní zdraví</b>						
velmi dobré	79,8	20,2	-	78,3	21,7	-
dobré	56,8	41,2	2,0	53,9	42,8	3,3
přiměřené	33,2	61,2	5,6	19,3	67,8	12,9
špatné	5,8	62,0	32,2	4,1	41,5	54,4
velmi špatné	-	30,8	69,2	-	-	100,0
<b>dočasná neschopnost</b>						
ano	47,3	47,1	5,7	38,8	48,9	12,3
ne	23,3	51,7	25,0	11,4	46,9	41,7
<b>dlouhodobé potíže</b>						
žádné	49,7	45,0	5,3	39,8	51,2	9,0
lehké	14,0	63,4	22,6	9,7	45,1	45,1
těžké	11,1	33,3	55,6	-	25,9	74,1
<b>sociální zdraví</b>						
výborné	47,8	49,2	3,0	37,9	51,5	10,6
vyhovující	41,6	48,0	10,4	37,1	47,3	15,6
špatné	42,0	47,1	10,9	17,4	46,9	35,7

Graf 6.8.1 Složení respondentů podle fyziologické zdatnosti



Graf 6.8.2 Složení respondentů podle celkového zdraví



## 7. ZÁVĚR

Šetření HIS CR 93 splnilo přijaté cíle pilotního šetření a stalo se východiskem pro obdobná šetření v budoucnu. Byla ověřena metodika náhodného výběru respondentů a zjištěna její úskalí (např. nereprezentativnost z hlediska vzdělání), byly získány první tazatelské zkušenosti pracovníky okresních a regionálních pracovišť ÚZIS ČR a potvrzena schůdnost zjišťování subjektivních individuálních dat prostřednictvím osobního rozhovoru.

Z hlediska výsledků byla získána orientační představa o rozložení řady zdravotních charakteristik v populaci, z nichž většina byla zjišťována poprvé. Klíčové výsledky šetření HIS CR 93 jsou obsahem tabulky 7.1. Řada získaných hodnot byla ihned použita pro monitorování stavu plnění úkolů projektu SZO "Zdraví pro všechny do roku 2000" na rozhraní let 1993 a 1994. Většina zjišťovaných charakteristik mohla být navíc alespoň dílčím způsobem srovnána s výsledky minulých šetření a několika zahraničních šetření.

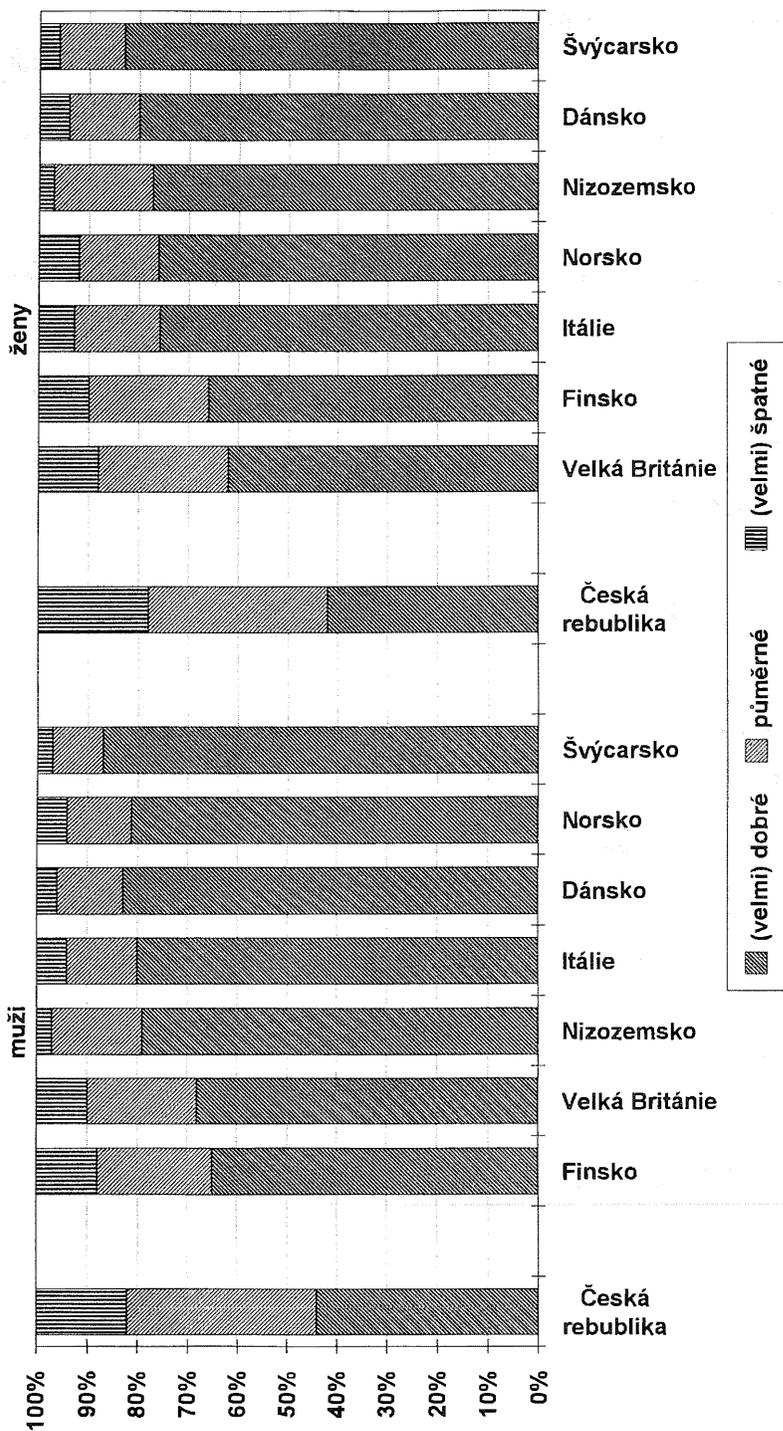
Globálně lze říci, že česká populace ze šetření nevyšla v nijak příznivém světle. Varující zejména je, že ani nejmladší generace příliš nesportuje a hlavně dívky dávají zřejmě často přednost posezení s přáteli či u televize před aktivní zábavou. Tento trend je s přibývajícím věkem stále výraznější. Krizovým věkem se zdá být 35-45 let, kdy se navíc zvyšuje konzumace alkoholu a frekvence kouření. To vše má za následek prudký vzestup hmotnosti, téměř polovina respondentů nad 50 let trpí nadváhou. Tyto skutečnosti se samozřejmě odrážejí na zdravotním stavu. Ve srovnání s hodnotami získanými v rámci anglického, nizozemského a dalších šetření [31] se zdravotní situace v České republice zdá být podstatně horší. V našem souboru jsme zachytili pouze 46 % osob zcela bez chronických nemocí, v šetření HALS to bylo celých 68 %, tj. o polovinu více. Nedostatek pohybu, nadváha a nevhodná strava se projevují zejména ve vysokém počtu srdečně cévních, zažívacích a ledvinových chorob. Ve srovnání s šetřením NethHIS jsme zachytili 9krát vyšší výskyt onemocnění žlučníku, 6krát více revmatických zánětů kloubů a ledvinových onemocnění, 5krát více chorob jater a žaludečních nebo dvanáctníkových vředů a 3,5krát tolik ischemických chorob srdečních a infarktů myokardu. Lidé si svůj zdravotní stav zřejmě uvědomují. Z otázky 10 vyplývá, že pouze 45 % mužů a 40 % žen hodnotí své zdraví velmi dobře či dobře. V dostupných zahraničních šetřeních se tyto hodnoty pohybovaly od 62 % (ženy Velká Británie) až po 87 % (muži Švýcarsko) [31]. Tyto skutečnosti nevyznívají příliš optimisticky, je však třeba si uvědomit, že srovnatelnost rozdílných průzkumů nemůže být nikdy stoprocentní (z důvodu kulturních rozdílů, různé doby šetření, diferencí v chápání otázek v různých jazycích atd.).

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky plánuje navázat na toto šetření dalšími průzkumy, které by již měly být zaměřeny na konkrétnější zdravotnickou problematiku (například jednotlivé třídy nemocí, skupiny obyvatelstva, regiony) podle aktuálních potřeb.

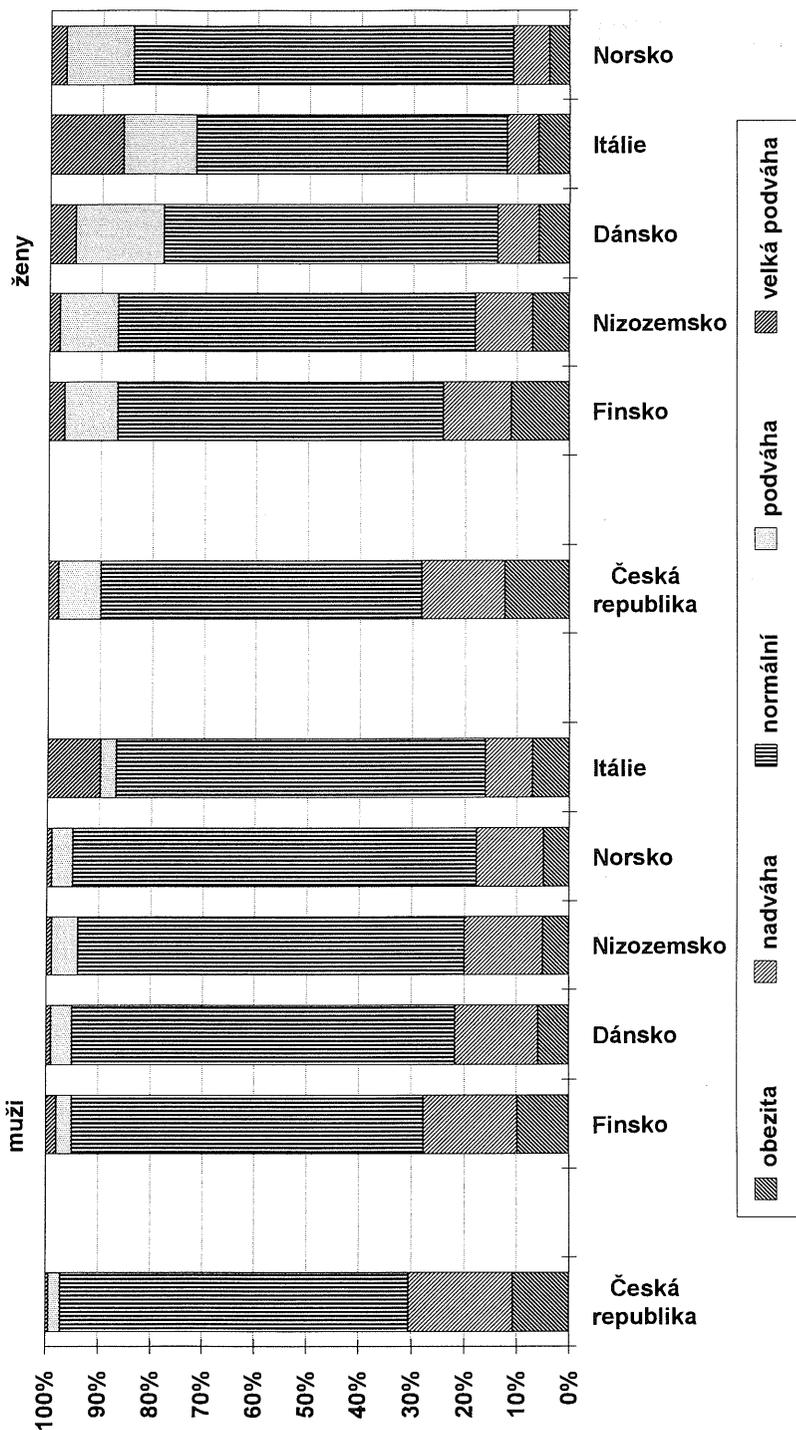
Tab. 7.1 Hlavní výsledky šetření HIS CR 93

	Procento respondentů s odpovědí				
	1	2	3	4	5
<b>Subjektivní zdraví</b>	<b>velmi dobré</b>	<b>dobré</b>	<b>vcelku dobré</b>	<b>špatné</b>	<b>velmi špatné</b>
muži	17,8	27,2	36,8	16,5	1,7
ženy	11,1	29,1	36,5	21,0	2,3
<b>Index tělesné hmotnosti</b>	<b>-18,0</b>	<b>18,0-19,9</b>	<b>20,0-26,9</b>	<b>27,0-29,9</b>	<b>30,0+</b>
muži	0,7	2,9	66,7	19,3	10,4
ženy	2,2	9,2	61,0	15,4	12,2
<b>Kuřáctví</b>	<b>nikdy</b>	<b>bývalí</b>	<b>příležitostní</b>	<b>slabí</b>	<b>silní</b>
muži	35,1	23,1	8,6	20,7	11,2
ženy	55,0	13,7	8,5	17,6	3,3
<b>Tělesná aktivita</b>	<b>těžká</b>	<b>rekreační</b>	<b>lehká</b>	<b>sedavá</b>	
muži	7,8	26,9	35,3	30,0	
ženy	1,7	18,0	38,8	41,5	
<b>Konzumace alkoholu</b>	<b>výjimečná</b>	<b>přiměřená</b>	<b>nadměrná</b>		
muži	39,8	44,5	15,7		
ženy	73,6	24,7	1,8		
<b>Dietní index</b>	<b>dobrý</b>	<b>střední</b>	<b>špatný</b>		
muži	43,6	37,8	18,6		
ženy	55,2	34,8	10,1		
<b>Index zdravotních potíží</b>	<b>dobrý</b>	<b>průměrný</b>	<b>špatný</b>		
muži	49,0	41,8	9,2		
ženy	34,3	45,5	20,2		
<b>Chronické nemoci</b>	<b>žádné</b>	<b>neomezující</b>	<b>omezující</b>		
muži	50,3	41,2	8,5		
ženy	43,0	46,5	10,5		
<b>Sociální zdraví</b>	<b>výborné</b>	<b>vyhovující</b>	<b>špatné</b>		
muži	18,2	55,0	26,8		
ženy	23,9	51,8	24,3		
<b>Celkový zdravotní index</b>	<b>dobrý</b>	<b>průměrný</b>	<b>špatný</b>		
muži	42,8	48,0	9,2		
ženy	32,6	48,2	19,2		

Graf 7.1 Kategorie subjektivního zdraví - mezinárodní srovnání



Graf 7.2 Kategorie BMI - mezinárodní srovnání



## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

- BMI** ..... Body mass index (kg/m<sup>2</sup>), tzv. Queteletův index, index tělesné hmotnosti
- CZI** ..... Celkový zdravotní index - použitý v šetření HIS CR 93
- DI** ..... Dietní index - použitý v šetření HIS CR 93
- HALS** ..... Health and Lifestyle Survey - anglické epidemiologické šetření z roku 1985
- HIS CR 93** Health Interview Survey Czech Republic 1993 - anglický název našeho výběrového šetření
- KZAM** ..... Klasifikace zaměstnání - v ČR zavedena od 1.8.1992 dle klasifikace Mezinárodního úřadu práce ISCO - 88.
- NethHIS** .... Nizozemské šetření o zdravotním stavu obyvatelstva 1989/91
- SZO** ..... Světová zdravotnická organizace - anglicky WHO
- SLDB 91** .. Sčítání lidu, domů a bytů ČR v roce 1991
- ÚZIS ČR** ... Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
- ZPV 2000**.. Projekt SZO "Zdraví pro všechny do roku 2000"

## LITERATURA

1. Amos A. et al.: *Health - Related Behaviour in a Small Scottish Community. Public Health*, 1990, 104 : 131-140
2. Belousov V. V.: Kureníe, alkohol i zdravie naselenija krupnogo goroda. *Sovětskoe zdravoochranenie*, 1991, 2 : 44-48
3. Benzeval M., Judge K., Solomon M.: The Health Status of Londoners. A comparative perspective. *King's Fund Institute, London*, 1992, p.141
4. Grand A. et al.: Predictive value of life events, psycho-social factors and self-rated health on disability in an elderly rural French population. *Soc. Sci. Med.*, 27, 1988, 12: 1337-1342
5. *Health indicators (period 1990-1991). Evaluation in Spain of European regional program Health for all. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid*, 1993, p. 189
6. Hrubá D.: Znak vzdělání v epidemiologických studiích. *Demografie*, 33, 1991, 2 : 134-142
7. Illsley R.: Social equity and health in Europe. In: Socio-economic inequalities in health: questions on trends and explanations. *The Hague, Ministry WHCA*, 1989, p. 81-93
8. Janata Z., Havlík R., Sobotík Z.: Stav biopsychosociálního zdraví vybrané populace ČR v roce 1988/89 jako východisko sledování dalšího vývoje. DÚ 3: Předběžné sociologické charakteristiky výběrového souboru. *Výzkumná zpráva, ÚSLOZ, Praha*, 1992
9. Kalivodová S. et al.: Zdravotní stav vybrané populace ČR v roce 1990/91 a jeho závislost na behaviorálních rizikových faktorech dle projektu CINDI. Závěrečná zpráva výzkumného úkolu, *ÚSLOZ, Praha*, 1992
10. Klasifikace zaměstnání, *FSÚ, Praha*, 1992, 1. vydání
11. Lahelma E., Valkonen T.: Health and social inequities in Finland and elsewhere. *Soc. Sci. Med.*, 31, 1990, 3: 257-265
12. Mackenbach J. P., Maas v. d P. J.: Social inequality and differences in health: A survey of the principal research findings. In: Socio-economic inequalities in health: questions on trends and explanations. *The Hague, Ministry WHCA*, 1989, p. 25-80
13. Mastilica M.: Health and social inequities in Jugoslavia. *Soc. Sci. Med.*, 31, 1990, 3 : 405-412
14. Netherlands Health Interview Survey 1981/91. *Netherlands central bureau of Statistics. The Hague, SDU Publishers / CBS - publications*, 1992, p. 98
15. *Regional Committee for Europe: HFA indicators and evaluation framework for the European region of WHO (1990/91), EUR / RC 40 / 9, Annex 3 (European standard population used to compute the age - standardized rates), Copenhagen, September 1990*
16. Rodriguez J.A., Lemkow L.: Health and social nequities in Spain. *Soc. Sci. Med.*, 31, 1990, 3 : 351-358

17. Sčítání lidu, domů a bytů 3. března 1991. Předběžné výsledky za ČR. Český statistický úřad, Praha, 1991, s. 93
18. Sčítání lidu, domů a bytů 1991. Základní údaje za republiky, kraje a okresy. Česká republika, FSÚ, Praha, 1992
19. Seznam zaměstnání pro zpracování výsledků sčítání lidu, domů a bytů 1991, FSÚ, Praha, 1991
20. Sobotík Z.: Sociální nerovnost ve vyspělých státech a její dopad na nemocnost a úmrtnost zaměstnaneckých tříd a ohrožených skupin. Závěrečná zpráva výzkumného úkolu ÚSLOZ, Praha, 1992, s.84
21. Sobotík Z. et al.: Ještě jednou k šetření o ošetřované nemocnosti v ČR v roce 1986. I. Chronická nemocnost v závislosti na příslušnosti probandů do některé z tříd Jednotné klasifikace zaměstnání. Výzkumná zpráva, ÚSLOZ, Praha, 1992
22. Sobotík Z., Rychtaříková J.: Úmrtnost a vzdělání v České republice. Demografie, 34, 1992, 2 : 97-105
23. Sobotík Z., Skalská H., Třísková J.: Chronická nemocnost zjištěná ve vzorku české populace v roce 1989. I. Prevalence v závislosti na věku a pohlaví. Hygiena, 39, 1994, 3 (v tisku)
24. Škodová Z. et al.: Development of the Cardiovascular risk in the population of the Czech Republic, Cor Vasa, 35, 1993, 5 : 178-182
25. Third consultation to develop common methods and instruments for Health interview surveys, 22-24 September 1992. WHO, Regional Office for Europe and Netherlands Central Bureau of Statistics, Department of Health Statistics, EUR / ICP / HST 124, 1993
26. Urban J., Sobotík Z., Horná J.: Zdravotní stav souboru obyvatel ČR podle výsledků přímých lékařských prohlídek v letech 1988 a 1989. Sborník sociálního lékařství, 1, 1992, 3 : 19-41
27. Yuen P. et al.: Inequalities in Health: Socioeconomic Differences in Self-Reported Morbidity. Public Health, 104, 1990 : 65-71
28. Zdraví pro všechny - cíle. SZO, Avicenum, Praha, 1986
29. Zdravotnická ročenka České republiky 1992. ÚZIS ČR, Praha, 1993
30. Žáček A. : Metody studia zdraví a nemoci v populaci. Avicenum, Praha, 1974
31. Health Interview Survey Project, Evaluation of recommended instruments for selected health for all indicators. WHO Regional Office for Europe / CBS Netherlands 1994

## Šetření o zdravotním stavu české populace 1993

<b>1. Pohlaví</b> muž <input type="checkbox"/> 1 (zakroužkujte) žena <input type="checkbox"/> 2	<b>2. Dosažený věk</b> <input style="width: 50px;" type="text"/> (vepište)	<b>3. Okres bydliště</b> (vypište slovně) _____
<b>4. Rodinný stav</b> (zakroužkujte) svobodný(á) <input type="checkbox"/> 1 ženatý, vdaná <input type="checkbox"/> 2 rozvedený(á) <input type="checkbox"/> 3 vdovec, vdova <input type="checkbox"/> 4 druh, družka <input type="checkbox"/> 5	<b>5. Národnost</b> (zakroužkujte) česká <input type="checkbox"/> 1 slovenská <input type="checkbox"/> 2 rómská <input type="checkbox"/> 3 německá <input type="checkbox"/> 4 jiná <input type="checkbox"/> 5	<b>6. Dosažené vzdělání</b> (ukončené) základní, bez kvalifikace <input type="checkbox"/> 1 učňovské, bez maturity <input type="checkbox"/> 2 střední s maturitou <input type="checkbox"/> 3 nástavbové (pomaturitní) <input type="checkbox"/> 4 vysokoškolské <input type="checkbox"/> 5
<b>7. Zaměstnání</b> a) Pokud jste zaměstnán(a), vypište vaše zaměstnání minulý týden _____ b) Jste soukromník? ANO <input type="checkbox"/> 1 NE <input type="checkbox"/> 2 c) Zaměstnáváte další osoby? ANO <input type="checkbox"/> 1 NE <input type="checkbox"/> 2 <hr/> d) Pokud nejste zaměstnán(a), zakroužkujte jeden z důvodů studující <input type="checkbox"/> 1 mat. dovolená <input type="checkbox"/> 2 v domácnosti <input type="checkbox"/> 3 důchodce (neprac.) <input type="checkbox"/> 4 invalida nesch. práce <input type="checkbox"/> 5 tč. nezaměstnaný(á), hledající práci <input type="checkbox"/> 6 voják zákl. služby <input type="checkbox"/> 7 jiné <input type="checkbox"/> 8		
e) Zakroužkujte své hlavní zaměstnání v životě vedoucí a řídicí pracovník <input type="checkbox"/> 1 vědecký, odb. duševní pracovník <input type="checkbox"/> 2 technik, zdravotník, pedagog <input type="checkbox"/> 3 nižší administrativní pracovník <input type="checkbox"/> 4 provozní pracovník ve službách <input type="checkbox"/> 5 kvalif. zem. a lesní dělník <input type="checkbox"/> 6 řemeslník a kvalif. dělník <input type="checkbox"/> 7 obsluha strojů a zařízení <input type="checkbox"/> 8 pomocný a nekvalif. dělník <input type="checkbox"/> 9 dosud žádné hlavní zaměstnání <input type="checkbox"/> 0		
<b>8. Příjem</b> a) Domácnost, ve které žijí, má <input style="width: 40px;" type="text"/> členů b) Uvedte celkový průměrný měsíční čistý příjem celé domácnosti (všechny platy, důchody, podpory, alimenty) <input style="width: 60px;" type="text"/> Kč	<b>9. Životní podmínky</b> (Zakroužkujte podle skutečnosti třeba i všechny odpovědi) Jsem vlastníkem domu nebo bytu <input type="checkbox"/> 1 Jsem vlastníkem chalupy nebo chaty <input type="checkbox"/> 2 Domácnost, ve které žijí, má auto <input type="checkbox"/> 3 Byt, ve kterém žijí, má vlastní koupelnu a WC <input type="checkbox"/> 4 Byt, ve kterém žijí, má alespoň tolik místností, kolik v něm bydlí lidí <input type="checkbox"/> 5 Dům, ve kterém bydlím, není umístěn v hlučném a (nebo) ekologicky závadném prostředí <input type="checkbox"/> 6	



(Zakroužkujte nejvhodnější číslo odpovědi u každé otázky podle vašich pocitů a nálad v posledním měsíci)	více než obvykle	stejně jako obvykle	méně než obvykle	mnohem méně než obvykle
7. Byl(a) jste schopen(a) se soustředit na cokoliv?	1	2	3	4
8. Měl(a) jste pocit, že jste byl(a) užitečný(á)?	1	2	3	4
9. Byl(a) jste schopen(a) postavit se čelem ke svým problémům?	1	2	3	4
10. Byl(a) jste schopen(a) rozhodovat o svých věcech?	1	2	3	4
11. Cítil(a) jste se vzhledem ke všem okolnostem přiměřeně šťastný(á)?	1	2	3	4
12. Byl(a) jste schopen(a) se těšit z vašich každodenních činností?	1	2	3	4

### 15. Chronická nemocnost

a) Trpíte v současné době nějakým nebo několika chronickými nemocemi? (zakroužkujte jedinou odpověď)

b) Zakroužkujte evidenční číslo každé vybrané chronické nemoci, kterou v současné době trpíte, případně uveďte na závěr jiná onemocnění, která Vás obtěžují a která léčíte po dobu alespoň 3 měsíců:

- <u>netrpím</u> žádným chronickým onemocněním, neužívám pravidelně žádné léky	1	- astma, chronická bronchitida nebo jiné chron. plicní onem.	1	- chronický zánět močového měchýře	12
- trpím chronickým(i) onemocněním(i), ale ty mne nijak <u>neomezují</u> v pracovní, společenské nebo rodinné funkci	2	- chron. zánět čelních nebo čelistních dutin	2	- výhřez dělohy	13
- trpím chronickým(i) onemocněním(i) či stavem a <u>jsem omezen(a)</u> :		- ischemická choroba srdeční nebo akutní infarkt	3	- cukrovka	14
- <u>částečně</u> (např. částečný invalidní důchod)	3	- hypertenzní choroba	4	- onemocnění štítné žlázy nebo struma	15
- <u>středně</u> (např. potřebuji výpomoc, pečovatelskou službu, mám plný invalidní důchod, mám amputovanou končetinu)	4	- mozková mrtvice a jiná cévní onemocnění mozku	5	- chron. onem. páteře déle než 3 měsíce, výhřez ploténky	16
- <u>zcela</u> (např. jsem upoután(a) na lůžko, jsem bezmocný(á), ochrnutý(á), používám vozík, jsem slepý(á))	5	- vředová choroba žaludku nebo dvanáctníku	6	- artróza kolen, kyčlí nebo rukou	17
		- potíže s tlustým nebo tenkým střevem trvající déle než 3 měsíce	7	- zánět kloubů rukou nebo nohou	18
		- žlučové kameny nebo zánět žluč. měchýře	8	- jiné revmatické záněty kloubů déle než 3 měsíce	19
		- nemoci jaterní, jaterní cirhóza	9	- epilepsie	20
		- ledvinové kameny	10	- závrať s pádem	21
		- chronické onemocnění ledvin	11	- migréna	22
		_____		- chronické onem. kůže	23
		_____		- zhoubný novotvar	24
		_____		- jiná chronická onemocnění, popište jaká:	25
		_____			
		_____			

### 16. Dlouhodobá neschopnost

a) (Zakroužkujte u každé otázky jedinou odpověď)

1. Jste trvale upoután(a) na lůžko, i když byste mohl(a) s pomocí vstát? ANO  3 NE  0
2. Sedíte na židli (ne ve vozičku) celý den, i když byste mohl(a) s pomocí chodit? ANO  2 NE  0
3. Je váš pohyb omezen na váš dům, byt nebo zahradu? ANO  1 NE  0

b) (Zakroužkujte nejvhodnější číslo odpovědi u každé otázky)

	bez obtíží	s jistými obtížemi	jen s pomocí jiné osoby
1. Můžete si lehnout a vstát z postele sám(a)?	0	1	2
2. Můžete si sednout nebo vstát ze židle sám(a)?	0	1	2
3. Můžete se obléci a svléci sám(a)?	0	1	2
4. Můžete si umýt ruce a obličej sám(a)?	0	1	2
5. Můžete se najíst sám(a) včetně krájení jídla?	0	1	2
6. Můžete se dostat na toaletu a použít ji bez cizí pomoci?	0	1	2

7. Kam nejdále dojdete sám(a) bez zastavení a bez velkých potíží?

<input type="checkbox"/> 2	pouze několik kroků	<input type="checkbox"/> 1	více kroků, ale méně než 200	<input type="checkbox"/> 0	200 m nebo více
----------------------------	---------------------	----------------------------	------------------------------	----------------------------	-----------------

8. Již jste někdy neudržel(a) moč? Pokud ano, neudržíte moč:

<input type="checkbox"/> 2	nejméně 1x týdně	<input type="checkbox"/> 1	méně než 1x týdně, nejméně 1x měs.	<input type="checkbox"/> 0	méně než 1x měsíčně
----------------------------	------------------	----------------------------	------------------------------------	----------------------------	---------------------

9. Je váš sluch natolik dobrý, abyste sledoval(a) televizi v hlasitosti, která je ostatním přijatelná?

<input type="checkbox"/> 0	ano	<input type="checkbox"/> 1	ne, potřebuji vyšší hlasitost	<input type="checkbox"/> 2	ne, neslyším vůbec
----------------------------	-----	----------------------------	-------------------------------	----------------------------	--------------------

10. Vidíte natolik dobře, abyste rozeznal(a) přítele na vzdálenost 4 metrů (přes cestu)?

<input type="checkbox"/> 0	ano	<input type="checkbox"/> 1	ne, ale rozeznám na 1 m	<input type="checkbox"/> 2	ne, nerozeznám ani na 1m
----------------------------	-----	----------------------------	-------------------------	----------------------------	--------------------------

11. Můžete vyjít a sejít bez odpočinku 12 schodů?

<input type="checkbox"/> 0	ano	<input type="checkbox"/> 1	ano, ale s odpočinkem	<input type="checkbox"/> 2	ne
----------------------------	-----	----------------------------	-----------------------	----------------------------	----

12. Můžete se ze stoje sehnout a zvednout boty z podlahy?

<input type="checkbox"/> 0	ano	<input type="checkbox"/> 1	ne
----------------------------	-----	----------------------------	----

13. Můžete mluvit bez obtíží?

<input type="checkbox"/> 0	ano	<input type="checkbox"/> 1	ne
----------------------------	-----	----------------------------	----

### 17. Sociální podpora

Zhodnotte přiměřeným zakroužkováním odpovědi u každé otázky, jakou sociální podporu máte ve svých příbuzných či přátelích

1. Máte pocit, že vás mají rádi?
2. Udělali něco, co vás udělalo šťastným(šťastnou)?
3. Můžete se na ně spolehnout za všech okolností?
4. Pomohou vám, když bude třeba?
5. Berou vás, jakým (jakou) jste?
6. Víte, že jste důležitou součástí jejich života?
7. Poskytují vám podporu a povzbuzení?

ne	částečně	ano
1	2	3
1	2	3
1	2	3
1	2	3
1	2	3
1	2	3
1	2	3

### 18. Sociální role

Zakroužkujte podle skutečnosti i více - třeba i všechny odpovědi

Žijete ve společné domácnosti

alespoň s jednou další osobou?

 1

Jste nyní zaměstnán(a)?

 3

Máte děti?

 4

Jste ženatý (vdaná), máte druha (družku)?

 2

Máte alespoň 1 žijícího rodiče?

 5

### 19. Sociální kontakt

Charakterizujte svůj sociální kontakt s příbuznými a přáteli za posledních 14 dnů a zakroužkujte u všech 3 otázek odpovídající frekvenci

	1. telefon nebo dopis				2. navštívil(a) jste				3. byl(a) jste navštíven(a)			
	vůbec	1-2x	3-6x	7 a více	vůbec	1-2x	3-6x	7 a více	vůbec	1-2x	3-6x	7 a více
a) příbuzní	0	1	2	3	0	2	4	6	0	2	4	6
b) přátelé	0	1	2	3	0	2	4	6	0	2	4	6

### 20. Tělesná aktivita ve volném čase

a) Zakroužkujte jedinou odpověď, která nejlépe vystihuje vaši aktivitu ve volném čase v posledním roce:

- těžký trénink a soutěživý sport častěji než 1x týdně

 1

- jogging a jiný rekreační sport nebo těžká práce na zahradě alespoň 4 hodiny týdně

 2

- chůze, cyklistika nebo jiné lehké aktivity, alespoň 4 hodiny týdně

 3

- čtení, sledování TV nebo jiné sedavé aktivity

 4

b) Uveďte počet dnů v týdnu, po které se v posledních 4 týdnech věnujete pravidelně aktivitě jako je jogging, cyklistika, běhání, plavání, kolektivní sport a to tak dlouho, až se zpotíte (0 - 7):

### 21. Kouření

(zakroužkujte v každé otázce příslušnou odpověď a řiďte se pokyny vpravo)

#### a) Kouříte?

- ano, denně  1 dále otázka b)
- ano, příležitostně  2 dále otázka e)
- ne  3 dále otázka c)

#### b) Kolik cigaret obvykle kouříte

v průměru každý den?

- nekouřím cigarety,  1 dále otázka e)
- ale doutníky či dýmku  2 dále otázka e)
- méně než 20 cigaret  2 dále otázka e)
- 20 nebo více cigaret  3 dále otázka e)

#### c) Kouřil(a) jste někdy?

- ano, denně do 20 cig.  1 dále otázka d)
- ano, denně 20 a více cig.  2 dále otázka d)
- ano, příležitostně  3 dále otázka d)
- ano, doutníky, dýmky  4 dále otázka d)
- ne  5 KONEC

#### d) Jak je to dlouho, co jste přestal(a) kouřit?

- před méně než 2 roky  1 dále otázka f)
- před 2 a více roky  2 dále otázka f)

#### e) V porovnání s předchozími 2 lety mohl(a) byste říci, že jste kouření omezil(a)?

- ano, omezil(a)  1 dále otázka f)
- ne  2 dále otázka f)

#### f) Uveďte počet let, po která kouříte nebo jste kouřil(a)

### 22. Alkohol

(zakroužkujte nebo vypište)

#### a) Před jakou dobou jste požil(a) naposledy alkoholický nápoj?

- během posledního týdne  1
- před 1 - 4 týdny  2
- před 1 - 3 měsíci  3
- před více než 3 - 12  4
- před více než rokem  5
- celoživotní abstinent(ka)  6

#### b) Po kolik dnů jste pil(a) alkohol během posledních 14 dnů? (0 - 14)

#### c) Ve dny, kdy jste v posledních 14 dnech pil(a) alkohol, kolik to bylo v průměru za den?

- půllitru piva

a (nebo)

- 1 dcl skleniček vína

a (nebo)

- 0,5 dcl skleniček likéru

#### d) Odpovídalo udané množství alkoholu během posledních 14 dnů vaší běžné spotřebě v poslední době?

ANO  1

NE  2

#### e) Pokud jste uvedl(a) NE, bylo vaše pití alkoholu v posledních 14 dnech proti situaci v posledním roce:

VYŠŠÍ  1

NIŽŠÍ  2

### 23. Stravovací zásady

(zakroužkujte čísla těch doporučených stravovacích zásad, které dodržujete, případně odpověď 0)

Dávám přednost hrubozrnnému, černému chlebu  1

Dávám přednost rostlinným tukům a pomazánkám s nízkým obsahem tuku  2

V létě jím čerstvé ovoce nejméně 1x denně  3

V zimě jím saláty a syrovou zeleninu nejméně 1x týdně  4

Smažené brambůrky jím maximálně 2x týdně  5

Jiná smažená jídla jím maximálně 2x týdně  6

Sladkosti nebo sušenky nejím denně  7

Nedodržuji žádnou z doporučených zásad  0

**24. Jak hodnotíte změny ve zdravotnictví po roce 1989?**

(zakroužkujte nejvhodnější z možných odpovědí u každé otázky)

	ano	spíše ano	ano i ne	spíše ne	ne	nevím
1) Zaznamenal(a) jste větší ochotu a zájem o nemocné ze strany:						
a) lékařů	1	2	3	4	5	0
b) ostatního zdravotnického personálu	1	2	3	4	5	0
2) Zlepšila se dostupnost některých služeb nebo léčebných metod?	1	2	3	4	5	0
3) Zlepšila se práce ve zdrav. zař. a projevilo se to v:						
a) kratších čekacích a objednacích dobách	1	2	3	4	5	0
b) kratších léčebných pobytech v nemocnicích	1	2	3	4	5	0
c) lepší léčbě	1	2	3	4	5	0
d) vstřícnějším předepisování léků	1	2	3	4	5	0

**25. Jak hodnotíte systém povinného zdravotního pojištění?**

(zakroužkujte jedinou z nabídnutých odpovědí)

Systém povinného zdravotního pojištění v realizovaném rozsahu mi vyhovuje

a nechci připlácet za služby

1

Dal(a) bych přednost nižšímu pojistnému při zavedení diferencované finanční

spoluúčasti všech občanů

2

Dal(a) bych přednost zcela nepovinnému pojištění a plné úhradě u nepojištěných

3

**26. Jaké finanční částky jste ochoten(a) připlácet na některé zdravotnické služby?**

(u každé otázky zakroužkujte jedinou odpověď)

a) Poplatky za vybrané zdravotnické služby

1. ambulantní návštěva u všeobecného lékaře

(který by zajišťoval další potřebné konziliární vyšetření zdarma)

nebo přímo u odborného lékaře

	žádné	20 Kč	50 Kč	100 Kč
1. ambulantní návštěva u všeobecného lékaře (který by zajišťoval další potřebné konziliární vyšetření zdarma) nebo přímo u odborného lékaře	0	1	2	3
2. jeden ošetrovací den v nemocnici	0	1	2	3
3. jedno balení léku, který není životně důležitý (životně důležité léky jsou zdarma)	0	1	2	3
4. návštěva v bytě mimo pracovní dobu	0	1	2	3

2. jeden ošetrovací den v nemocnici

3. jedno balení léku, který není životně důležitý

(životně důležité léky jsou zdarma)

4. návštěva v bytě mimo pracovní dobu

b) Uveďte částku v Kč, kterou jste zaplatil(a) za léky v posledních 14 dnech:

Kč

Datum vyplnění: \_\_\_\_\_

HIS CR 93  
Výběrové šetření o zdravotním stavu  
české populace

Vydal Ústav zdravotnických informací a statistiky  
České republiky

Vazbu a grafickou úpravu navrhl ÚZIS ČR  
Sazbu zhotovil ÚZIS ČR  
Tisk TYPO B

Vydání první  
Vyšlo v roce 1995  
Náklad 1 000 výtisků

ISBN 80-901856-1-4