

**Ústav zdravotnických informací a statistiky
České republiky**

**Výběrové šetření
o zdravotním stavu
české populace
1996**

HIS CR 96

Použití krátkých výtahů z této publikace v dalších pracích je dovoleno za předpokladu úplného citování zdroje. Pro použití grafů nebo většího objemu informací z této publikace je nutný písemný souhlas Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky, Palackého náměstí 4, P.O.Box 60, 128 01 Praha 2.

© ÚZIS ČR

ISBN 80-86100-66-9

OBSAH

1. Příprava šetření	5
2. Charakteristika šetření	6
3. Průběh a obsah šetření	7
3.1 Zhodnocení práce tazatelů	7
3.2 Obsah šetření	7
4. Charakteristika souboru	8
4.1 Základní demografická struktura	8
4.2 Rodinný stav	8
4.3 Národnost	9
4.4 Vzdělání	9
4.5 Zaměstnání	10
4.6 Ekonomické postavení	10
4.7 Příjem	10
4.8 Materiální situace	11
4.9 Složení respondentů podle velikosti obce	11
5. Životní styl	20
5.1 Index tělesné hmotnosti	20
5.2 Tělesná aktivita	23
5.3 Kouření	28
5.4 Spotřeba alkoholu	32
5.5 Stravovací zásady	36
6. Zdraví a nemocnost	40
6.1 Subjektivně vnímané zdraví	40
6.2 Dočasná neschopnost	45
6.3 Zdravotní potíže	48
6.4 Psychické zdraví	53
6.5 Chronická nemocnost	58
6.6 Dlouhodobá neschopnost	65
6.7 Sociální zdraví	69
6.8 Celkový index zdraví	76
6.9 Velikost obce	81

7. Závěr	84
7.1 Mezinárodní srovnání	84
7.2 Vyhodnocení šetření	88
Seznam použitých zkratk	90
Literatura	91
Dotazník šetření HIS CR 96	93

1. PŘÍPRAVA ŠETŘENÍ

Na podzim roku 1996 proběhlo druhé výběrové šetření (první je z roku 1993) o zdravotním stavu české populace HIS CR 96, jehož výsledky mají sloužit pro získání přehledu o zdraví, nemocnosti a životním stylu obyvatel naší republiky.

Na základě takto získaných informací lze následovně vymezit cíle směřující k identifikaci a zlepšení problematických oblastí z hlediska zdravotního stavu a ukázat tak cestu pro naplňování cílů stanovených Světovou zdravotnickou organizací (WHO) v projektu „Zdraví pro všechny do roku 2000“ (HFA), jejíž zásady, cíle a úkoly naše republika přijala.

Základním cílem WHO je, aby všichni lidé na světě dosáhli do roku 2000 takové úrovně zdraví, která by jim dovolila vést společensky a ekonomicky produktivní život. Tento základní cíl WHO byl stanoven v roce 1977 a patří do již zmíněného programu HFA, zahrnujícího hlavní požadavky, jejichž splnění má vést ke zlepšení zdraví populace. Cíle tohoto programu můžeme dále rozdělit do čtyř podskupin:

- zajištění spravedlnosti v péči o zdraví
- přidat život létům (plně využít zdravotní potenciál všech osob)
- přidat zdraví životu (snížit nemocnost a omezit důsledky nemocí)
- přidat roky životu (omezením předčasných úmrtí prodloužit střední délku života)

Jedním ze záměrů HFA je dát lidem pozitivní pocit zdraví a umožnit jim naplno využívat svých fyzických a duševních schopností. Smyslem podpory zdraví je umožnit lidem podílet se v rostoucí míře na ochraně a posilování svého zdraví, realizovat a rozvíjet zdravý životní styl.

Základním cílem zdravotní politiky ČR je zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva a prodloužení délky a kvality života. Toho lze dosáhnout zlepšováním kvality a dostupnosti zdravotní péče, zvyšováním efektivity při poskytování této péče a dosažením vyšší odpovědnosti všech účastníků. Další otázkou je pak problematika ochrany zdraví zaměřená na vytváření zdravých životních podmínek a způsobu života, programy podpory zdraví a předcházení nemocem a úrazům.

Ke splnění cílů přijatých WHO je třeba poznat a popsat zdravotní stav naší populace. Část informací o zdravotním stavu populace lze získat z rutinních statistik a část pomocí výběrových šetření. Chceme-li totiž řešit určitou problematickou oblast, je nutné znát především možné příčiny, tudíž je nezbytné získat informace (data), ze kterých pak lze vyvodit závěry. Sbíraná (nebo-li primární) data získáváme tzv. výběrovým způsobem. Jelikož tímto způsobem lze získat informace pouze od části jejich nositelů (populace) a získané výsledky analýzy těchto dat se pak aplikují na celou populaci, požaduje se proto tzv. reprezentativnost vzorku. To znamená, aby tento vzorek se co nejvíce podobal celé populaci z hlediska určitých, předem vymezených znaků (např. věk, pohlaví, aj.). Základem výběrových šetření je získat potřebné informace od reprezentativního vzorku populace. Je nutné také zabezpečit, aby výběr byl proveden rovnoměrně po celém území, a k tomu je dobré mít určitou tazatelskou síť. Znamená to v každé oblasti zaškolení pracovníka, který v daných lokalitách zabezpečí požadovaná dotazníková interview.

2. CHARAKTERISTIKA ŠETŘENÍ

Šetření HIS 96 bylo druhým výběrovým šetřením organizovaným a provedeným ÚZIS ČR. Šlo opět o šetření prováděné metodou přímých rozhovorů. Jako opory výběru bylo využito aktualizovaného registru obcí, jehož základem jsou data získaná ve Sčítání lidu, domů a bytů (SLDB) v r. 1991. Tento registr je průběžně (jednorozně) aktualizován jak co do změn v územně administrativním uspořádání, tak co do změn přirozeného pohybu obyvatelstva (narození, úmrtí a migrace) dle údajů demografické statistiky ČSÚ.

Vlastní šetření bylo provedeno třístupňovým výběrem. První stupeň představoval náhodný výběr měst a obcí. Pro zabezpečení reprezentativního výběru obcí postačovala znalost údajů o počtu trvale bydlících obyvatel podle jednotlivých obcí. Tato města a obce byly rozděleny do pěti velikostních skupin podle počtu obyvatel:

- méně než 1 000 obyvatel
- 1 000 - 1 999 obyvatel
- 2 000 - 4 999 obyvatel
- 5 000 - 19 999 obyvatel
- 20 000 a více obyvatel

Z prvních čtyř velikostních skupin byly náhodně vybrány obce a stanoveny počty respondentů. Počet obcí byl stanoven tak, aby nebylo nutné cestovat v okrese na mnoho míst, aby byly zachovány zvolené relace vzhledem k počtu obyvatel ve všech velikostních skupinách a aby v každé obci byl zhruba stejný počet respondentů - (cca 8). Obce z poslední velikostní skupiny byly do výběru zahrnuty všechny. Jejich počet představoval 81. Celkový počet respondentů byl vypočten z požadavku získat 40 respondentů na každých 100 000 obyvatel.

Na druhém stupni pak probíhal výběr lokality (čtvrť, ulice) ve vybrané obci. Pro tento výběr bylo tazatelům doporučeno zastoupení každé charakteristické oblasti obce (např. sídliště, vilová čtvrť, centrum, okrajová oblast, rodinné domky), přičemž vybraný počet respondentů z každé charakteristické oblasti obce měl odpovídat přibližně počtu obyvatel, kteří v dané lokalitě žijí.

Třetí stupeň představoval výběr osob z těchto vybraných lokalit, pro nějž bylo stanoveno jednoznačné kritérium, a to výběr pomocí kontrolované náhody. Toto kritérium bylo zabezpečeno quasi-náhodným výběrem podle počátečního písmene příjmení. Určená písmena byla „K“ a „B“. Tato písmena představují nejčetnější počáteční písmena příjmení v České republice. U písmena „K“ je to 12 až 13 % a u písmena „B“ činí 8 %. Dalším doplňujícím požadavkem pro výběr podle prvního písmene příjmení byl požadavek na různost jednotlivých příjmení, čímž měla být zabezpečena nezkreslenost výběru „příbuzností“ respondentů. Tento způsob výběru měl zlepšit náhodnost výběru a odstranit subjektivní náhodnost volby. Uvedený způsob výběru osob zabezpečoval tedy reprezentativnost výběru podle všech sledovaných znaků - věk, pohlaví, zaměstnání, příjmy, atd.

Statistická významnost rozdílů mezi jednotlivými relativními četnostmi byla otestována t-testem pro relativní četnosti ze dvou nezávislých výběrů a to na 5ti procentní hladině významnosti. Pro přehlednost budou tedy v textu na místo statisticky významný resp. nevýznamný rozdíl uváděny zkratky s.v.r. resp. s.n.r.

3. PRŮBĚH A OBSAH ŠETŘENÍ

3.1 ZHODNOCENÍ PRÁCE TAZATELŮ

Šetření HIS 96 bylo provedeno v říjnu a listopadu roku 1996 zaškolenými pracovníky a pracovnícemi ÚZIS ČR, kteří tvořili tazatelskou síť. Průměrná doba strávená vyplněním dotazníku byla zhruba půl hodiny. Dotazník nebyl příliš složitý, aby neodradil respondenty od ochoty odpovídat. Všechny otázky obsažené v dotazníku byly typu uzavřených otázek, tzn. že možné odpovědi byly součástí textu otázky. Žádná z otázek nebyla z kategorií otázek otevřených, kdy by dotazovaní vyjadřovali svůj názor libovolně.

Jednotlivé otázky byly částečně formulovány jednak podle doporučení WHO, některé pak byly převzaty z anglického šetření HALS 1985 a ostatní otázky, týkající se názorů respondentů na české zdravotnictví, pak byly aktuálně v souladu se současnou situací a reformami ve zdravotnictví zařazeny do šetření přímo zpracovatelem.

Jako tazatelské síť bylo využito pracovníků a pracovník ÚZIS ČR, který celé šetření organizoval. Tazatelé byli před vlastním šetřením proškoleni a zároveň obdrželi podrobné pokyny k vyplnění dotazníků. Při každém interview vyplňoval tazatel i protokol o provedených interview, kde zaznamenával pořadí návštěvy, datum návštěvy, charakteristiku respondenta (věk, pohlaví) a počet předešlých kontaktů. Počet odmítnutí pak sloužil pro stanovení míry neochoty zúčastnit se šetření a pohyboval se okolo 27 %.

3.2 OBSAH ŠETŘENÍ

Použitý dotazník HIS CR 96 je uveden v příloze této publikace. Dotazník obsahoval celkem 26 otázek, přičemž většina z nich obsahovala ještě řadu podotázek.

Celý soubor otázek lze rozdělit do pěti skupin:

- I. Identifikační a socioekonomická charakteristika
- II. Zdravotní stav
- III. Sociální zdraví
- IV. Rizika chování
- V. Názory na změny ve zdravotnictví

Socioekonomická skladba výběrového souboru respondentů je popsána ve 4. kapitole, otázky související s životním stylem jsou obsahem 5. kapitoly a rozbor výsledků zdravotního stavu a sociálního zdraví je obsahem 6. kapitoly. Poslední okruh otázek, týkající se názorů respondentů na změny ve zdravotnictví, měl charakter ankety, byl zpracován formou aktuální informace a do publikace jsme ho nezahrnuli.

4. CHARAKTERISTIKA SOUBORU

4.1 ZÁKLADNÍ DEMOGRAFICKÁ STRUKTURA

V tomto šetření bylo zahrnuto 3396 respondentů starších 15ti let, z toho bylo 1624 (47,8 %) mužů a 1772 (52,2 %) žen.

Věková skladba byla rozepsána do sedmi desetiletých věkových skupin. Hodnoty odchylek věkové struktury respondentů od věkové struktury středního stavu populace České republiky (Statistická ročenka 1996) nepřekročily v průměru u mužů jedno procento a u žen se pohybovaly mírně nad jedním procentem. Dá se říci, že hodnoty odchylek mezi uvedenými strukturami ukazují na dobrou reprezentativnost vybraného vzorku, což potvrdil i tzv. chí test (χ^2) neboli test dobré shody, který jsme použili pro testování dobré shody struktury výběru. V testu jde o vyjádření rozdílů mezi napozorovaným a skutečným rozdělením. Pokud jsou rozdíly malé, hovoříme o tzv. dobré shodě, v opačném případě o uvažovaném vzorku můžeme prohlásit, že nereprezentuje skutečnou populaci. V našem šetření byly vyšší hodnoty odchylek zaznamenány pouze u nejmladší věkové skupiny obou pohlaví. V HIS 93 představovaly průměrné hodnoty odchylek věkového složení respondentů od věkového složení populace k 1.7.1993 u mužů 1,27 % a u žen 2,44 %. HIS ČR 96 mělo výrazně lepší shodu s věkovým složením populace, neboť průměrné hodnoty odchylek v absolutní hodnotě k 1.7.1995 klesly na 0,69 % u mužů a 1,15 % u žen.

Strukturu respondentů podle věku, rodinného stavu, národnosti, vzdělání a podle počtu členů jejich domácnosti a porovnání s výsledky Sčítání lidu 1991 ukazuje tabulka 4.1.-4 a graf 4.1.1 a 4.1.2. Při těchto porovnáních je nutné brát v úvahu, že šetření se provádělo 5 let po sčítání lidu a tudíž může docházet k posunu respondentů v jednotlivých kategoriích.

4.2 RODINNÝ STAV

V šetření byli respondenti rozděleni podle rodinného stavu do pěti skupin: svobodný / svobodná, druh / družka, ženatý / vdaná, rozvedený / rozvedená, vdovec / vdova.

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.

Protože ve Sčítání lidu 1991 nebyla použita kategorie druh / družka, není možné porovnat toto zastoupení v šetření se zastoupením v celé populaci. Z hlediska struktury podle rodinného stavu se soubor respondentů z HIS 96 přibližuje lépe skutečnému stavu, neboť se podařilo snížit odchylku ve skupině ženatých mužů a vdaných žen.

4.3 NÁRODNOST

V této otázce se sledovalo pět národnostních kategorií: česká, slovenská, rómská, německá a skupina "jiných národností". Ve výjimečných případech se respondenti hlásili k moravské národnosti. V tomto případě byli zařazeni do kategorie národnosti české.

V tabulce 4.1-4. je uveden přehled počtu respondentů podle národnosti a porovnání s výsledky ze Sčítání lidu 1991. Z ní je zřejmé, že i když se počet respondentů v HIS 96 zdvojnásobil proti HIS 93 (1600 respondentů), nelze opět pro malé počty respondentů s jinou národností než českou provádět analýzu zdravotního stavu mezi jednotlivými národnostními skupinami.

Dalším velmi závažným faktem, který prakticky znemožňuje srovnání národnostního složení respondentů v HIS 96 se skutečným národnostním složením, je vznik samostatné České republiky k 1.1.1993, při kterém mohlo dojít ke změnám národnosti u některých občanů, speciálně slovenské národnosti.

4.4 VZDĚLÁNÍ

Vzdělanostní struktura respondentů měla v tomto šetření pět skupin: základní (bez kvalifikace), učňovské (bez maturity), střední (s maturitou), nástavbové (pomaturitní) a vysokoškolské. Vzhledem k tomu, že respondenti s nástavbovým vzděláním tvořili velmi málo početnou skupinu, sloučili jsme je, stejně jako v HIS 93, se skupinou vysokoškoláků (pod názvem vyšší vzdělání - viz. tabulka 4.1-4.).

Skladba respondentů podle vzdělání byla nejslabším místem v celém šetření, neboť tazatelé neměli uloženo sledovat celkově vzdělanostní strukturu respondentů, poněvadž 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 patrnou z výše uvedené tabulky. S rostoucím vzděláním prudce roste i zastoupení respondentů ve výběru na rozdíl se vzdělanostní strukturou obyvatelstva České republiky.

I když ve srovnání s HIS 93 došlo k jistému zlepšení, přesto např. respondentů - mužů se základním vzděláním bylo pouze 45 % předpokládaného počtu. Přitom mužů se středním a vyšším vzděláním bylo jedenapůlkrát, resp. dvakrát více, než odpovídá vzdělanostní struktuře podle SLDB.

Důvody tohoto posunu mohou být různé - od ochoty odpovídat na dotazník, pravděpodobnosti být odpoledne doma a nebo pětiletým časovým posunem od Sčítání 1991, odkdy se zvýšily možnosti vzdělávání.

Vzdělanostní složení respondentů podle věku je znázorněno v grafu 4.4.

Vzhledem k rozdílnosti vzdělávacích systémů v minulosti nelze zcela korektně provést srovnání struktury získané šetřením se strukturou ze Sčítání lidu 1991, která zastupuje reálnou populaci. Je zde však, jak již bylo uvedeno, zřejmý posun ve prospěch kategorií s vyšším vzděláním na úkor prvních dvou kategorií. Tento poměr je zhruba stejný jako v r. 1993.

Porovnání s HIS 93 je dostatečně validní, protože disproporce v obou šetřeních jsou velmi podobné.

4.5 ZAMĚŠTNÁNÍ

V otázce týkající se ekonomického postavení a zaměstnání jsme zjišťovali jednak současné zaměstnání respondentů a jednak jejich hlavní zaměstnání v životě. Hlavním zaměstnáním v životě se myslelo nejvýznamnější, nejdelší životní zaměstnání.

Nynější i hlavní zaměstnání byla stejně jako v HIS 93 kódována podle přehledu hlavních tříd a tříd klasifikace zaměstnání (KZAM z r. 1992), 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 sledováno podle jednomístného kódu hlavních tříd KZAM. Tento způsob klasifikace byl totožný u obou šetření (HIS 93 i HIS 96).

Přehled o nynějším či posledním a hlavním zaměstnání respondentů podle pohlaví a devíti hlavních tříd KZAM je uveden v tabulce 4.5. V této tabulce jsou pod pojmem bez pracovního zařazení pouze ti respondenti, kteří nemají a nikdy neměli žádné pracovní zařazení, tzn. studenti a invalidé. Bez pracovního zařazení bylo v době šetření asi 9,5 % mužů a 10,2 % žen. Analýza příčin jejich současné neaktivity je uvedena v následující podkapitole.

4.6 EKONOMICKÉ POSTAVENÍ

Ekonomické postavení respondentů se zjišťovalo otázkou 7 dotazníku. K zajištění srovnatelnosti podílů ekonomicky aktivních a neaktivních osob ve Sčítání lidu a na základě doporučení SZO byli (stejně jako v HIS 93) vojáci základní služby a osoby na mateřské dovolené zařazeni mezi ekonomicky aktivní obyvatele.

Podíl ekonomicky neaktivních respondentů a podrobnější struktura příčin jejich současné ekonomické pasivity je uvedena v tabulce 4.6. Ekonomicky neaktivních bylo 30,9 % mužů a 44,5 % žen, což odpovídá údajům ze Sčítání lidu 1991, kdy bylo zjištěno 28,9 % ekonomicky neaktivních mužů a 49,5 % ekonomicky neaktivních žen.

Nejčastějším důvodem neaktivity byl věk (56,6 % mužů - v r. 1993 60,6 % a 58 % žen - v r. 1993 71,7 % ekonomicky neaktivních bylo důchodci) a druhým nejčastějším důvodem bylo studium (27 % mužů - v r. 1993 22 % a 16,4 % žen - v r. 1993 9,7 %). Je zde vidět patrný posun ekonomicky neaktivních ve prospěch studujících, jejichž podíl se od r. 1993 zvýšil.

4.7 PŘÍJEM

Vyšší příjem bývá zpravidla spojen s vyšším stupněm vzdělání, s vyšším společenským postavením a zpravidla se zdravějším způsobem života. Výše příjmu se tedy stejně jako výše vzdělání považuje za jeden z významných faktorů, které mohou ovlivňovat zdravotní stav. U osob s vyšším příjmem je většinou zjištěna nižší nemocnost.

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.

Tabulka 4.7 ukazuje rozložení počtu respondentů v závislosti na pohlaví, vzdělání a příjmové skupině a je v ní též uveden průměrný příjem v jednotlivých vzdělanostních kategoriích.

Porovnáme-li výsledky šetření HIS 96 s předchozím šetřením, dospějeme k závěru, že je zde patrná rostoucí tendence příjmu s rostoucím vzděláním, zároveň výrazný pokles příjmu do Kč 2 000,- (z 13,4 % v r.1993 na 1,9 % v r. 1996 u mužů a z 20,3 % na 2,6 % u žen) a výrazný vzestup příjmu nad Kč 4 000,- (z 21,2 % na 67,4 % u mužů a z 14,7 % na 62,4 % u žen). Průměrný příjem vzrostl z původních Kč 3 115,- u mužů (2 842,- u žen) na současných Kč 5 272,- u mužů (4 798,- u žen). Shodná je tendence vyšších příjmů u mužů než u žen. Srovnáme-li růst inflace a minimální mzdy v období let 1993 a 1996, můžeme konstatovat, že minimální mzda v České republice vzrostla od r. 1993 do r. 1996 o Kč 300,- (z původních Kč 2 200,- na Kč 2 500,-), tedy přibližně o 12 %. Inflace se naopak snížila z původních 20,8 % v r. 1993 (tento skok nahoru byl způsoben rozdělením federace) na 8,8 % v r. 1996. Její meziroční pokles v jednotlivých letech se pohyboval okolo 1 %.

4.8 MATERIÁLNÍ SITUACE

Na materiální situaci jednotlivce a jeho rodiny má vliv jeho vzdělání, zaměstnání a výše příjmu. Čím vyšší vzdělání, které umožňuje získat dobré zaměstnání a dosáhnout nadprůměrného příjmu, tím jsou lepší materiální a zároveň i životní podmínky celé rodiny. S lepšími životními podmínkami souvisí lepší životní úroveň, která je úzce svázána s dobrým zdravotním stavem a s nižší úmrtností.

Přehled o četnosti pozitivních charakteristik životních podmínek v šetření poskytuje tabulka 4.8. V průměru bylo registrováno ze 6 možných odpovědí 3,66 kladných odpovědí (v r. 1993 3,42), přičemž u mužů byl výsledek jen nepatrně lepší než u žen (muži 3,81, ženy 3,50). Tento trend je totožný s výsledky šetření v r. 1993.

Z grafu 4.8.1 je zřejmé věkové rozložení respondentů podle průměrného počtu pozitivních charakteristik životních podmínek. Vrcholu je dosaženo okolo 55 let (v r. 1993 okolo 50 let), největším materiálním nedostatkem pak trpí nejmladší a nejstarší věková skupina.

4.9 SLOŽENÍ RESPONDENTŮ PODLE VELIKOSTI OBCE

Údaj velikostní kategorie obce byl v šetření HIS 1996 doplněn nově a spolu s počty respondentů je znázorněn v tabulce 4.9.

Můžeme konstatovat, že složení respondentů v tomto šetření lze považovat ze všech hledisek, s výjimkou vzdělání, za reprezentativní vzorek populace v České republice.

Tab. 4.1-4 Základní demografické charakteristiky

	HIS CR 96		SLBD 91	Index	HIS CR 96		SLBD 91	Index
	počet	%	%	HIS/SLBD	počet	%	%	HIS/SLBD
	muži				ženy			
věk								
15 - 24	320	19,7	20,4	96,6	298	16,8	17,9	94,0
25 - 34	302	18,6	17,9	103,9	296	16,7	15,8	105,7
35 - 44	299	18,4	21,3	86,4	323	18,2	19,3	94,4
45 - 54	292	18,0	15,3	117,5	327	18,5	14,5	127,3
55 - 64	199	12,3	12,5	98,0	215	12,1	13,3	91,2
65 - 74	150	9,2	8,1	114,0	202	11,4	10,7	106,5
75 +	62	3,8	4,5	84,8	111	6,3	8,4	74,6
rodinný stav								
svobodný, -á	392	24,1	25,0	96,6	294	16,6	15,7	105,7
ženatý, vdaná	1007	62,0	65,4	94,8	1015	57,3	60,0	95,5
rozvedený, -á	115	7,1	6,2	114,2	150	8,5	7,8	108,5
vdovec, vdova	71	4,4	3,3	132,5	274	15,5	16,4	94,3
druh, družka	39	2,4	.	x	37	2,1	.	x
neudáno	-	-	0,1	x	2	0,1	0,1	x
národnost								
česká	1555	95,8	94,3	101,5	1715	96,8	94,0	103,0
slovenská	36	2,2	3,5	63,3	27	1,5	3,5	43,5
romská	9	0,6	0,3	184,7	7	0,4	0,2	197,5
německá	11	0,7	0,5	135,5	10	0,6	0,7	80,6
jiná	13	0,8	1,1	72,8	13	0,7	1,4	52,4
neudáno	-	-	0,3	x	-	-	0,2	x
vzdělání								
základní	179	11,0	24,7	44,6	363	20,5	40,9	50,1
učňovské	623	38,4	43,2	88,8	443	25,0	28,2	88,7
střední	524	32,3	21,2	152,2	750	42,3	24,3	174,2
vyšší	297	18,3	9,5	192,5	211	11,9	5,2	229,0
neudáno								
a bez vzdělání	1	0,1	1,4	x	5	0,3	1,4	x

Poznámka: Při výpočtu % bylo vzato za základ obyvatelstvo ve věku 15 let a více

Tab. 4.5 Kategorie zaměstnání

Třída zaměstnání (podle KZAM)	Respondenti se zaměstnáním							
	současným		hlavním		současným		hlavním	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
	muži				ženy			
vedoucí a řídicí pracovník	65	4,0	53	3,3	9	0,5	3	0,2
vědecký a odborný pracovník	134	8,3	147	9,1	99	5,6	102	5,8
technik, zdravotník, pedagog	310	19,1	332	20,4	370	20,9	404	22,8
nižší administrativní pracovník	93	5,7	90	5,5	438	24,7	425	24,0
provozní pracovník ve službách	159	9,8	109	6,7	261	14,7	254	14,3
kvalifikovaný zemědělský a lesní dělník	28	1,7	31	1,9	39	2,2	41	2,3
řemeslník a kvalifikovaný dělník	363	22,4	432	26,6	82	4,6	110	6,2
obsluha strojů a zařízení	207	12,7	205	12,6	46	2,6	45	2,5
pomocný a nekvalifikovaný dělník	110	6,8	75	4,6	247	13,9	218	12,3
bez pracovního zařazení	155	9,5	150	9,2	181	10,2	170	9,6

Tab. 4.6 Ekonomicky neaktivní respondenti

Příčina neaktivity	Ekonomicky neaktivní			
	muži		ženy	
	počet	%	počet	%
celkem	502	100,0	788	100,0
studující	135	26,9	129	16,4
v domácnosti	1	0,2	25	3,2
důchodci	284	56,6	457	58,0
invalidé	21	4,2	21	2,7
nezaměstnaní	40	8,0	32	4,1
jiný důvod	21	4,2	124	15,7

Tab. 4.7 Příjmy domácností respondentů

Vzdělání	Příjem na 1 člena domácnosti v Kč			
	struktura podle příjmu (%)			průměrný příjem
	-2000	2000-3999	4000+	
	muži			
celkem	1,9	30,7	67,4	5 272
základní	3,9	44,2	51,9	4 399
učňovské	2,5	36,1	61,4	4 683
střední	1,3	28,3	70,4	5 371
vyšší	0,4	15,6	84,0	6 869
	ženy			
celkem	2,6	35,0	62,4	4 798
základní	5,1	45,1	49,8	3 953
učňovské	2,7	40,5	56,7	4 341
střední	1,8	32,2	66,0	5 002
vyšší	1,1	17,6	81,3	6 237

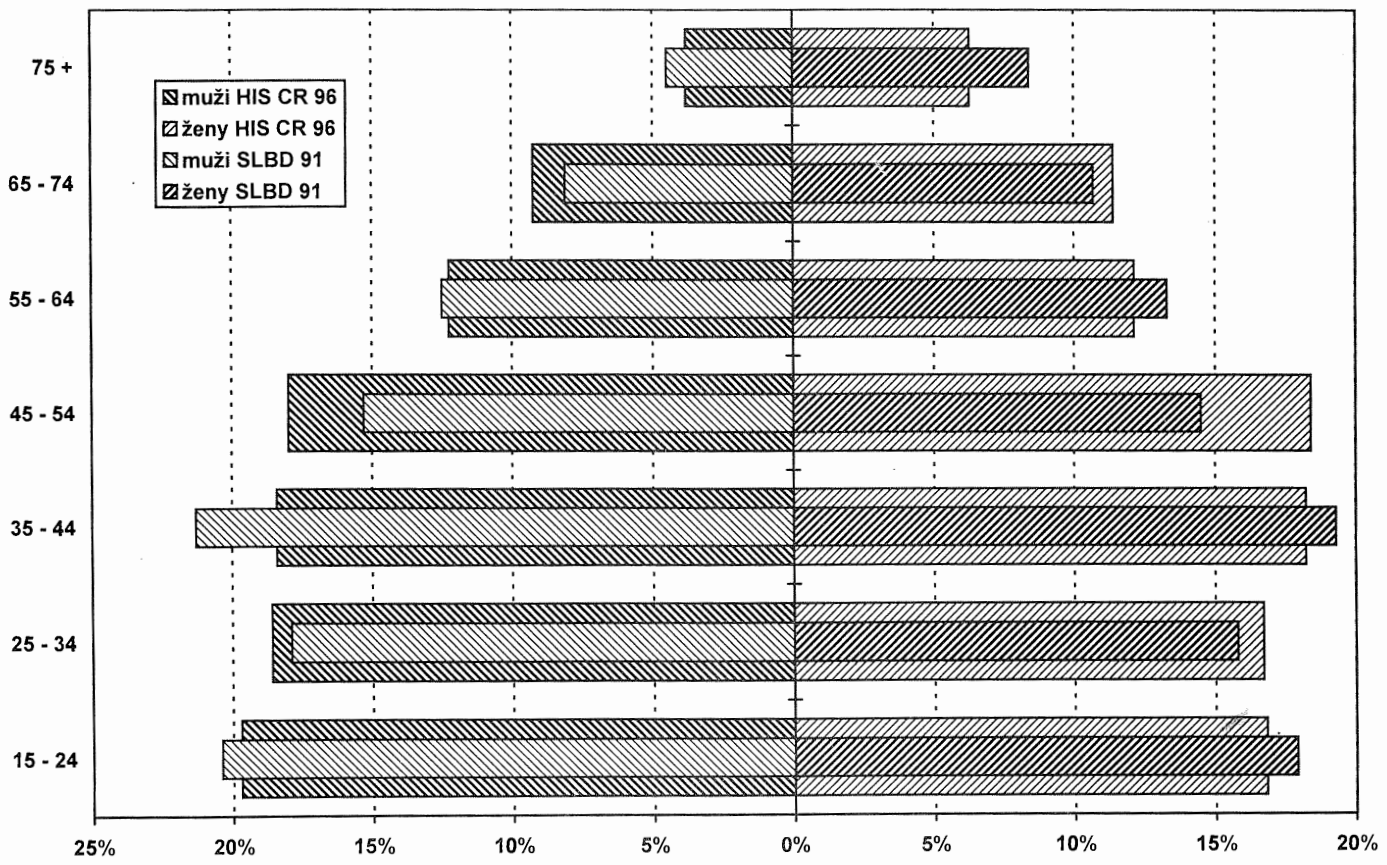
Tab. 4.8 Materiální situace

Charakteristika	Kladné odpovědi			
	muži		ženy	
	počet	%	počet	%
vlastník domu nebo bytu	813	50,1	895	50,5
vlastník chalupy nebo chaty	275	16,9	262	14,8
vlastník auta	1 109	68,3	982	55,4
byt s koupelnou a WC	1 589	97,8	1 723	97,2
byt s alespoň tolika místnostmi, kolika obyvateli	1 272	78,3	1 374	77,5
byt v nehlukném a nezávadném prostředí	859	52,9	965	54,5

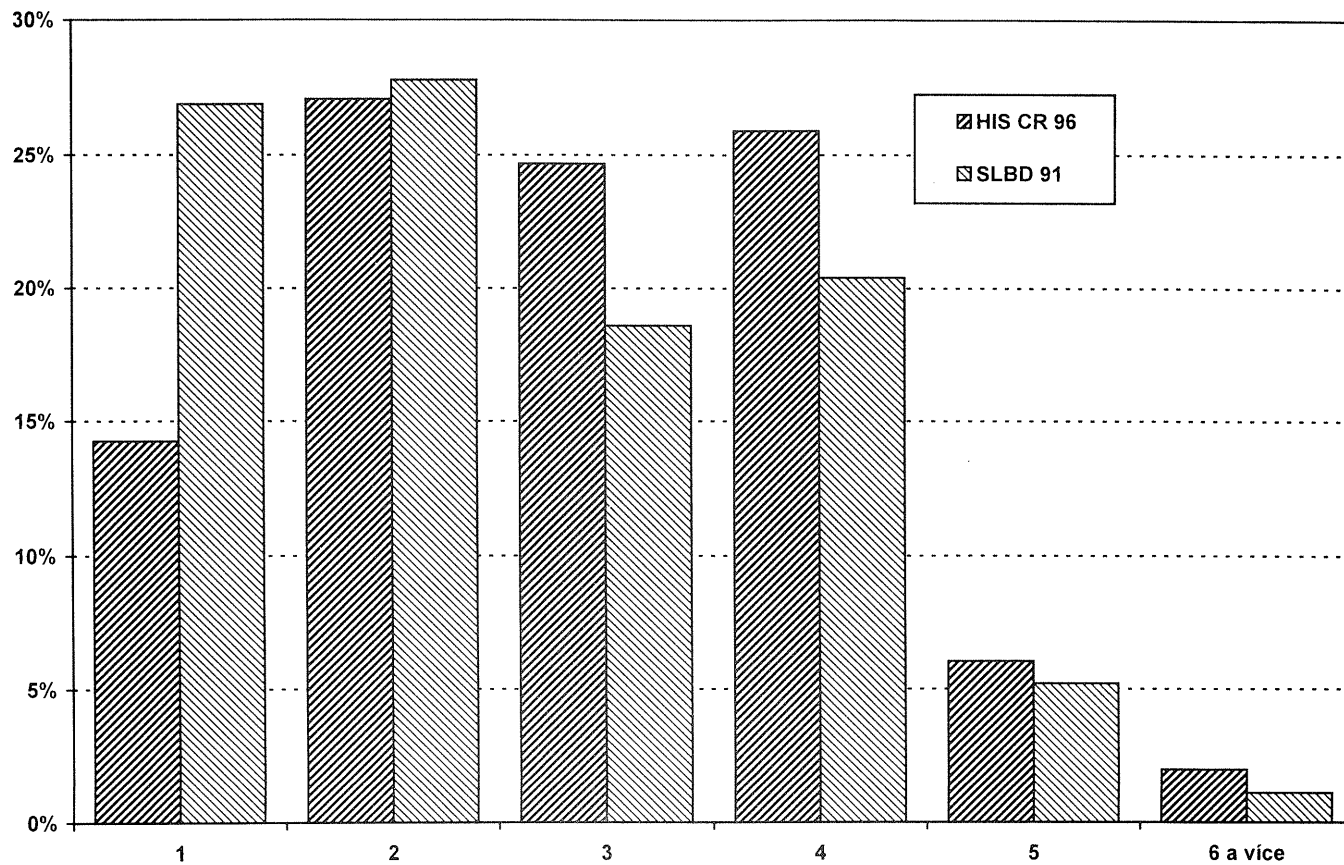
Tab. 4.9 Složení respondentů podle velikosti obce

Velikost obce	Respondenti			
	muži		ženy	
	počet	%	počet	%
obce do 999 obyvatel	270	16,6	291	16,4
obce s 1000 - 1999 obyvateli	137	8,4	161	9,1
obce s 2000 - 4999 obyvateli	173	10,7	185	10,4
obce s 5000 - 19999 obyvateli	317	19,5	330	18,6
obce s 20000 a více obyvateli	726	44,7	804	45,4

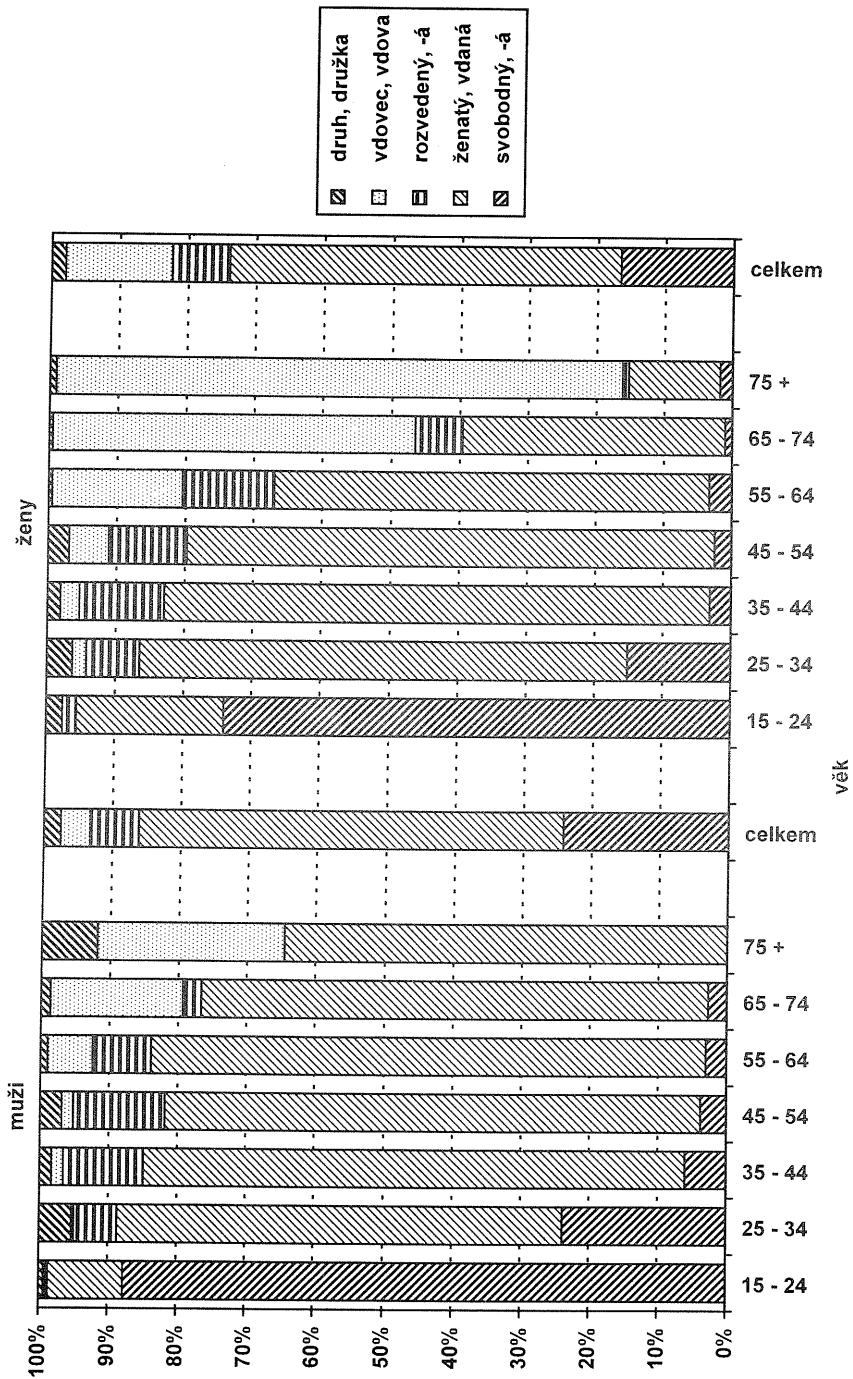
Graf 4.1.1 Složení respondentů podle věku



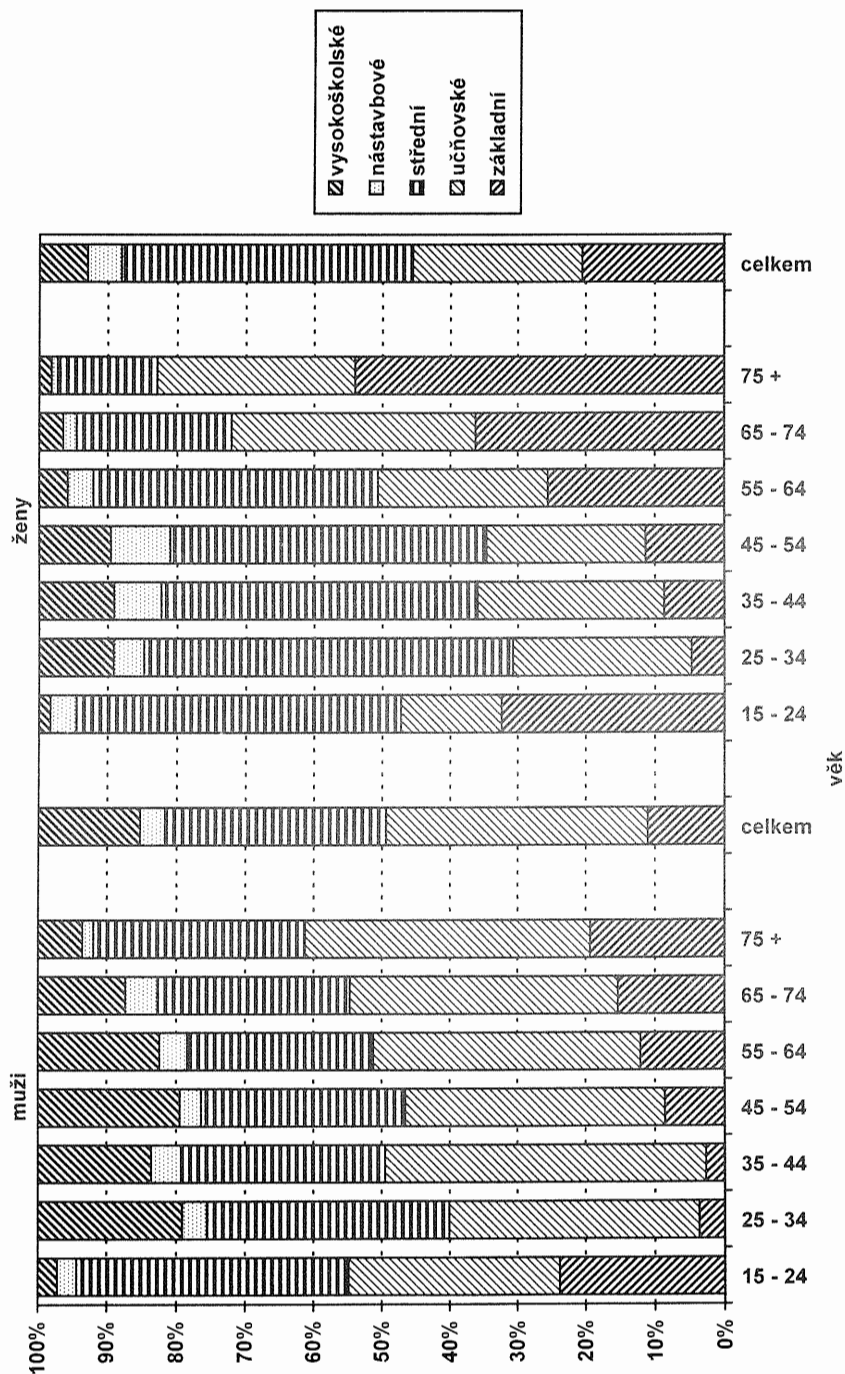
Graf 4.1.2 Složení respondentů podle počtu členů domácnosti



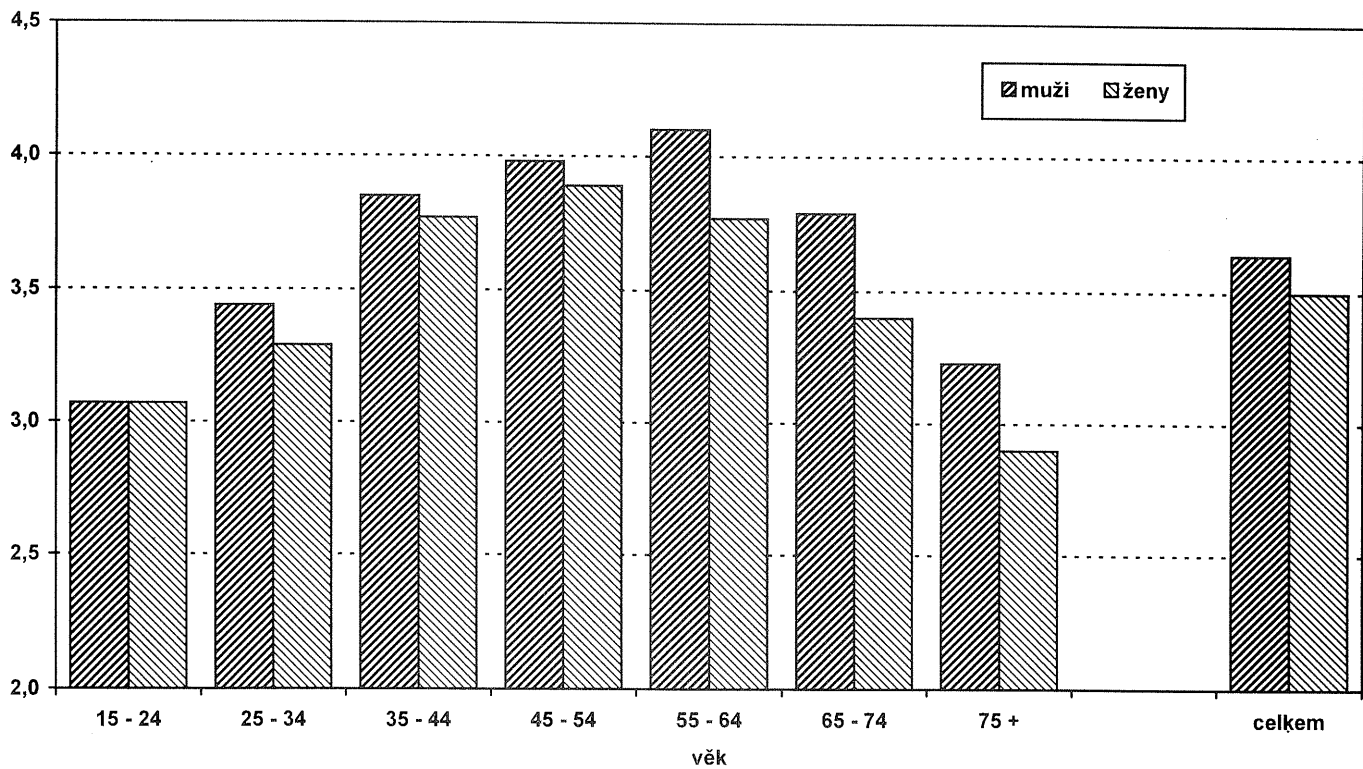
Graf 4.2 Složení respondentů podle rodinného stavu



Graf 4.4 Složení respondentů podle vzdělání



Graf 4.8 Průměrný počet kladných materiálních charakteristik



5. ŽIVOTNÍ STYL

5.1 INDEX TĚLESNÉ HMOTNOSTI

Pro zdravý vývoj každého jednotlivce je důležitá správná proporce mezi výškou a hmotností. Zdravý vývoj zejména nejmladší populace je jednou ze základních podmínek harmonického rozvoje osobnosti a vytváří předpoklady k úspěšnému zapojení do produktivního, společensky prospěšného a osobně šťastného života v dospělosti. Tělesnou konstrukci člověka neovlivňují pouze genetické dispozice, ale velkou roli hrají i stravovací zvyklosti a pohybová aktivita.

Jedním ze způsobů hodnocení vztahu hmotnosti k tělesné výšce je využití indexů tělesné hmotnosti, jejichž vypovídací hodnota je odrazem vztahů mezi těmito veličinami. Tyto indexy nám mohou poskytnout orientační údaje o hmotnostně-výškových relacích jednotlivců či populace.

K vyjádření vztahu mezi tělesnou výškou a hmotností se nejčastěji používá BMI index (Body Mass Index), který u dospělé populace dobře koreluje s tělesným tukem a který definujeme jako podíl hmotnosti a druhé mocniny výšky (tj. kg/m^2). Podle hodnot BMI rozlišujeme celkem pět skupin, a to: velká podváha (do 18), podváha (18 - 20), normální váha (20 - 27), nadváha (27 - 30) a obezita (30 a více).

V tomto šetření byly výška a hmotnost respondentů zjišťovány z hodnot, které oni sami nahlásili a následné přeměrování nebylo prováděno. Průměrná výška a hmotnost mužů byla 177,4 cm a 79,8 kg a žen 165,2 cm a 67,5 kg. Porovnáme-li tyto hodnoty s hodnotami zjištěnými v rámci šetření z roku 1993, vidíme pouze nepatrný rozdíl (průměrná výška a hmotnost mužů byla 177,2 cm a 80,1 kg, žen 164,4 cm a 66,8 kg).

Celkový BMI vyplývající z výsledků šetření byl u mužů 25,4 a u žen 24,7. Srovnáme-li opět s předchozím šetřením, lze říci, že se téměř nezměnil (u mužů činil 25,5 a u žen 24,8). Můžeme tedy konstatovat, že jak muži, tak i ženy měli a mají v průměru normální váhu.

Přehled výšek, hmotností a hodnot BMI podle věkových skupin a pohlaví je uveden v tabulce 5.1.1. Z ní zřetelně vyplývá, že s rostoucím věkem jak muži, tak i ženy mají nižší výšku, neboli starší generace mají nižší vzrůst (u mužů je pokles výraznější).

Další tabulka 5.1.2 poskytuje přehled rozložení kategorií BMI podle pohlaví. Podíl obézních žen (12,1 %) převyšoval podíl obézních mužů (10,5 %). Rozdíl mezi současným a minulým šetřením je patrný pouze u žen, kde došlo k mírnému nárůstu podílu obézních žen (z původních 11,3 % na 12,1 % - s.n.r.). U mužů byl nárůst nepatrný (o 0,1 % z původních 10,4 % na 10,5 % - s.n.r.). Z tabulky též vyplývá značný podíl žen s hodnotami BMI do 20, který je zřetelný zvláště u věkové skupiny 15 - 24 letých. Tato tendence byla patrná už i v předchozím šetření.

Při hodnocení průměrné hodnoty BMI v jednotlivých věkových skupinách je opět zřetelná rostoucí tendence BMI s věkem, která se v jistém věku mění v pokles. V grafu 5.1 je vidět pokles BMI u mužů ve věkové skupině 55 - 64 let a u žen ve věkové skupině 65 - 74 let. Tento trend je totožný s trendem zjištěným v předchozím šetření.

Zatímco růst BMI s věkem je podmíněn fyziologicky, vysvětlení poklesu ve vyšším věku souvisí zřejmě nejenom se změnami stravovacími návyky různých generací, ale i s přirozenou tendencí snižování tělesné hmotnosti ve stáří. Další skutečností ovlivňující tento pokles je i fakt, že lidé s nadváhou patří do nejrizikovější skupiny, předčasných úmrtí a déle tedy přežívají lidé s nižší tělesnou hmotností.

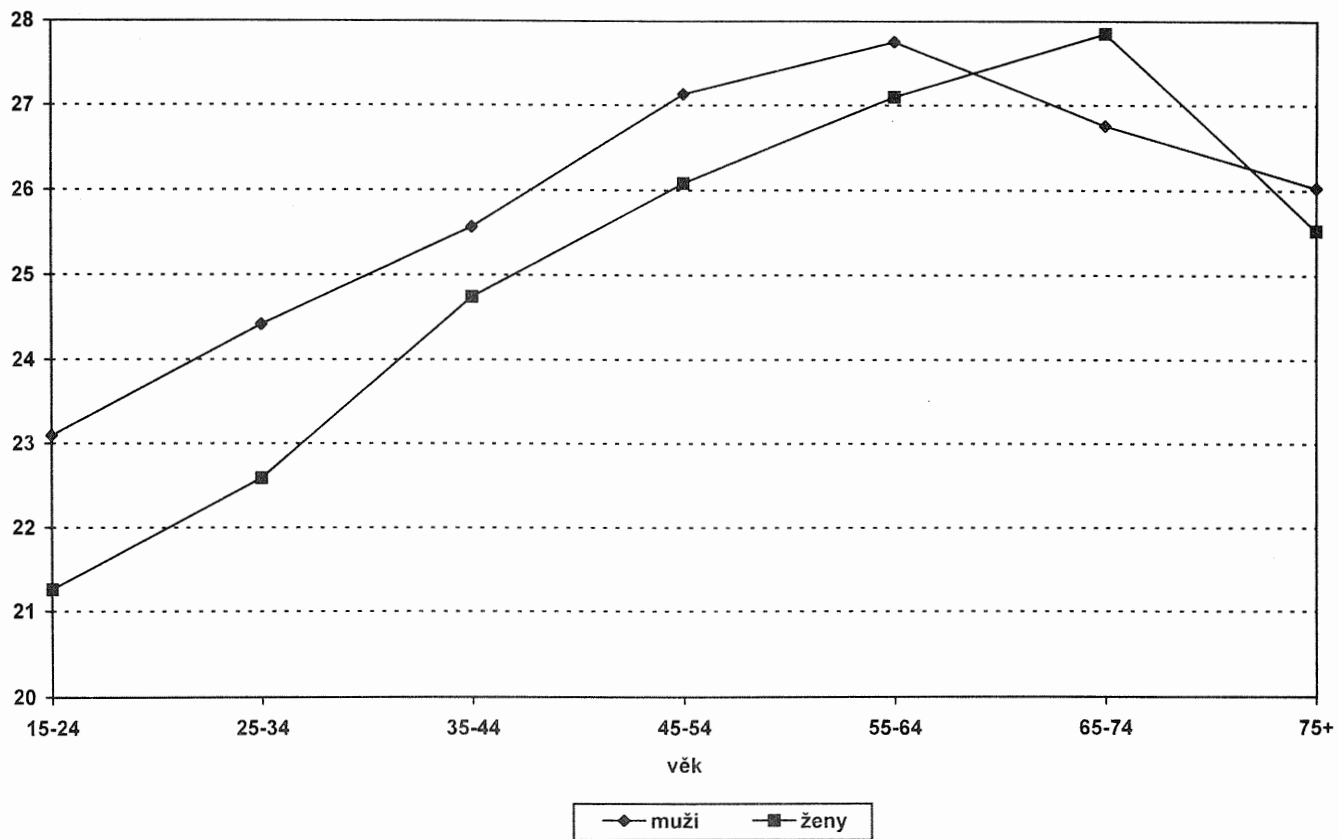
Tab. 5.1.1 Průměrná výška, hmotnost a BMI

Věk	Průměrná hodnota					
	muži			ženy		
	výška (cm)	hmotnost (kg)	BMI (kg/m ²)	výška (cm)	hmotnost (kg)	BMI (kg/m ²)
celkem	177,4	79,8	25,4	165,2	67,5	24,73
15 - 24	179,0	74,1	23,1	167,9	60,2	21,35
25 - 34	180,9	79,6	24,3	166,7	63,2	22,74
35 - 44	178,0	81,1	25,6	166,0	68,2	24,75
45 - 54	176,4	84,3	27,1	164,9	70,8	26,04
55 - 64	175,2	81,7	26,6	163,1	71,5	26,88
65 - 74	173,2	80,0	26,7	162,8	74,0	27,92
75 +	169,3	75,7	26,4	161,6	66,9	25,62

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+
celkem	1,0	2,1	68,5	17,6	10,5	1,5	9,5	61,5	15,3	12,1
15 - 24	1,6	6,6	84,1	5,0	2,8	5,0	25,5	64,8	3,0	1,7
25 - 34	1,7	1,3	76,5	13,3	7,0	1,0	14,2	73,3	8,1	3,4
35 - 44	1,7	0,3	68,2	20,7	9,0	0,6	7,1	68,4	13,9	9,3
45 - 54	0,3	0,3	54,1	25,3	19,2	0,3	3,4	59,3	20,2	16,8
55 - 64	-	0,5	6,3	24,1	15,1	0,5	2,8	49,3	26,5	20,9
65 - 74	-	2,7	58,7	24,7	13,3	0,5	1,5	45,5	24,8	27,7
75 +	-	3,2	67,7	14,5	12,9	2,7	6,3	60,4	18,0	12,6

Graf 5.1 Průměrný index tělesné hmotnosti



5.2 TĚLESNÁ AKTIVITA

Tělesná aktivita je důležitým činitelem, který významně ovlivňuje stav zdraví. Stav zdraví je ve svém souhrnu vytvářen vzájemně se podmiňujícími a různě silně působícími biologickými, sociálními, ekonomickými, ekologickými, hygienickými, epidemiologickými a dalšími vlivy.

Zdravotní stav je zároveň úzce provázán se stavem životního prostředí a též se způsoby a formami životního stylu populace. Právě tělesná aktivita ve volném čase je jeho nedílnou součástí.

Volbou svého životního stylu můžeme směřovat do určité míry k naplňování své životní spokojenosti. Životní styl je projevem lidské osobnosti, je svázán s tím, jak člověk strukturuje svůj čas a prostor a jakými činnostmi je naplňuje.

V tomto šetření byla tělesná aktivita zjišťována pomocí dvou otázek.

V první z nich respondenti vyjadřovali svou tělesnou aktivitu tak, že ze čtyř možných odpovědí odstupňovaných podle fyzické zátěže si vybírali vždy pouze jedinou. Nejvíce mužů, a to 37,8 %, upřednostňovalo sedavou aktivitu, tj. sledování televize, čtení, apod. Ženy se stejně jako muži nejvíce věnovaly ve svém volném čase čtení, sledování televize, tedy měly tzv. nejmenší zátěž. Konkrétně šlo o 48,1 % ze zkoumaného počtu žen. V roce 1993 do této neaktivní skupiny respondentů patřilo podle šetření 30,0 % mužů - s.v.r. a 41,5 % žen - s.v.r. Nejvýrazněji se toto zvýšení projevilo u všech respondentů z věkové skupiny 45 - 64 letých. Naopak těžkému tréninku a soutěžnímu sportu častěji než 1x týdně se věnovalo pouze 7,7 % mužů a 1,3 % žen (v roce 1993 7,8 % mužů - s.n.r. a 1,9 % žen - s.n.r.). U obou pohlaví byla hranicí výskytu věková skupina 45 - 54 let, lidé starší se tomuto druhu aktivity nevěnovali. Nejvíce preferovala těžký trénink věková skupina mužů a žen 15 - 24letých (muži pak více než ženy). Rekreačnímu sportu dávala přednost nejvíce věková skupina mužů a žen 35 - 44letých (muži 24,4 % a ženy 18,9 %) a také 55 - 64letých (muži 25,1 % a ženy 17,2 %). V roce 1993 byl tento trend obdobný. Celkem se rekreačnímu sportu věnovalo 22,1 % mužů (v r. 1993 26,9 % - s.v.r.) a 13,7 % žen (v r. 1993 18 % - s.v.r.). Zajímavé je, že tento druh aktivity udalo i 6 mužů a 2 ženy z věkové skupiny nad 75 let (v r. 1993 pouze 2 muži). Více než třetina mužů i žen se přihlásila k lehkým tělesným aktivitám. Konkrétně šlo o 32,3 % mužů a 36,7 % žen. V roce 1993 to bylo 35,3 % mužů - s.n.r. a 38,7 % žen - s.n.r. Přesto je tento podíl menší než podíl zcela neaktivních, o nichž jsme se již zmínili.

Z uvedeného vyplývá, že s věkem sice roste podíl neaktivních, ale varovným signálem zůstává i fakt, že i vysoký počet mladých lidí nevykazuje žádnou aktivní činnost. Porovnáme-li tuto skutečnost se stavem zjištěným v šetření z r. 1993, zjistíme, že ve struktuře respondentů podle typu tělesné aktivity je zřetelný posun směrem k nižší aktivitě. Lze říci, že pohodlnost stále ještě vítězí nad aktivitou. Lidé si prozatím ještě jakoby neuvědomují, že pohyb přispívá k jejich zdraví nejenom fyzickému, ale i k dobrému stavu psychickému. V důsledku stále narůstajících nároků a potřeb společnosti dochází zejména k psychickému přetěžování populace, z čehož vyplývá nutnost relaxace a tělesná aktivita se stává, dá se říci, nutností.

Podrobnější přehled o zastoupení jednotlivých kategorií a procentuální členění respondentů podle tělesné aktivity, pohlaví a věkových skupin zachycuje tabulka 5.2.1.

Ve druhé otázce pak respondenti uváděli počet dnů v týdnu, po které se v posledních 4 týdnech věnovali pravidelně aktivitě jako je jogging, cyklistika, běhání, plavání, kolektivní sport a to tak dlouho, až se zpotili.

Ani jeden den v týdnu neprovozovalo žádnou pravidelnou tělesnou aktivitu 57 % mužů (v r. 1993 60 % - s.n.r.) a 68 % žen (v r. 1993 80 % - s.v.r.), přičemž s věkem tento podíl stoupal. Jeden nebo dva dny v týdnu pravidelně sportovalo asi 21 % mužů (v r. 1993 20 % - s.n.r.) a stejné procento žen (v r. 1993 10 % - s.v.r.). Fyziologicky dostatečně, tedy alespoň 3 dny v týdnu, sportovalo 22 % mužů (v r. 1993 18,8 % - s.n.r.) a 11 % žen (v r. 1993 9,9 % - s.n.r.).

Přehled průměrného počtu dnů v týdnu s pravidelnou tělesnou aktivitou podle věku a pohlaví poskytuje tabulka 5.2.2 a graf 5.2.2. Z tabulky vyplývá, že muži jsou více aktivní než ženy (to je shodné se šetřením z roku 1993). To zřejmě souvisí i s faktem, že ženy nemají tolik volného času a více je zatěžuje práce v domácnosti.

Z hlediska vzdělání se ukazuje, že s rostoucím vzděláním se respondenti věnují více tělesné aktivitě ve svém volném čase. U vzdělanějších lidí stoupá potřeba tělesné aktivity vzhledem k jejich pracovnímu vytížení, stresu a větší únavě. Více si také uvědomují souvislost mezi pracovním výkonem a tělesnou a psychickou odolností. Naopak lidé s nízkým vzděláním preferují spíše sedavou aktivitu.

Struktura respondentů podle vzdělání a tělesné aktivity je zakreslena v grafu 5.2.1.

Na závěr je možno říci, že struktura respondentů podle typu tělesné aktivity nevykazuje přílišné změny, tedy že se tělesná aktivita mužů a žen naší republiky za poslední tři roky výrazně nezměnila a není nijak vysoká.

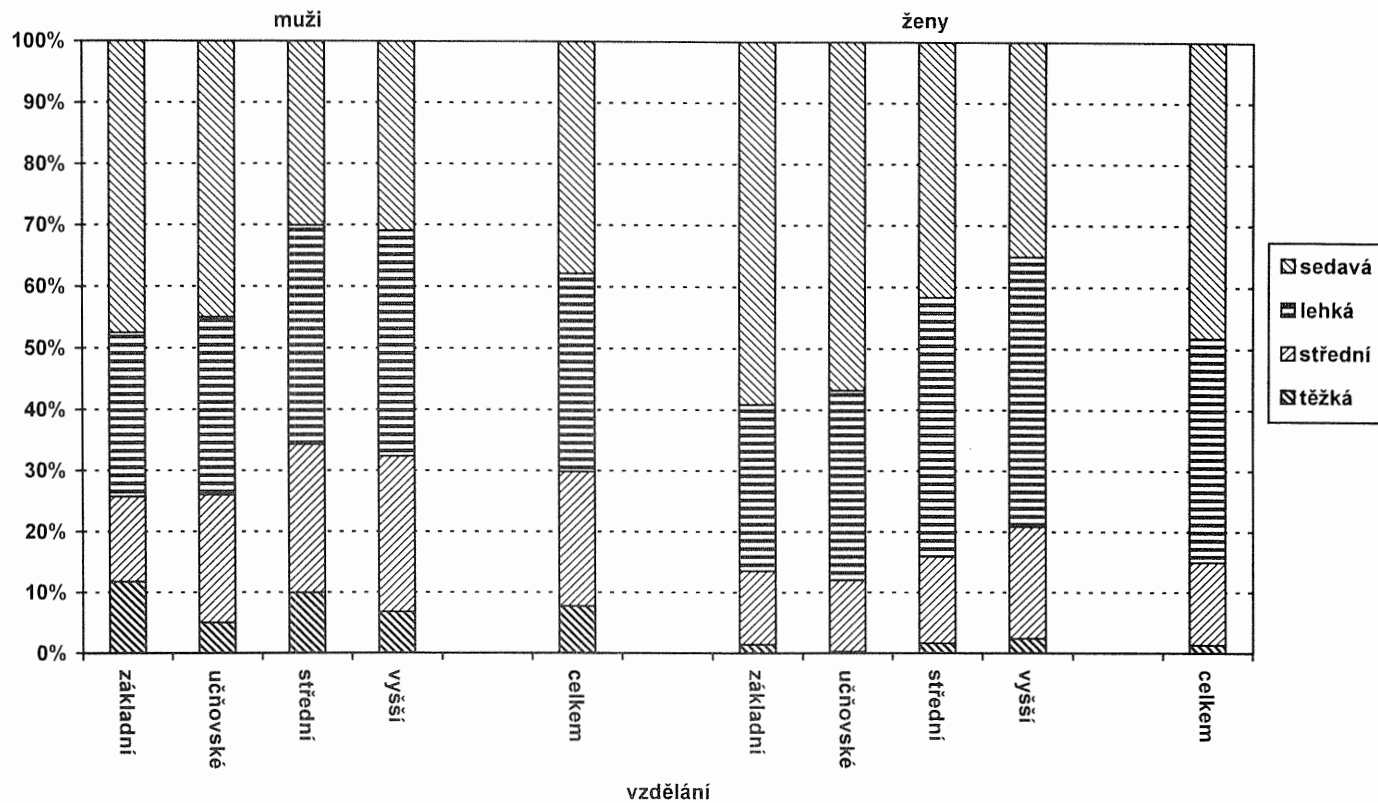
Tab. 5.2.1 Tělesná aktivita

Věk	Typ aktivity							
	muži				ženy			
	náročný sport	rekreační sport	lehký pohyb	sedavá činnost	náročný sport	rekreační sport	lehký pohyb	sedavá činnost
	absolutně							
celkem	125	359	524	614	23	242	651	853
15 - 24	73	69	108	69	16	29	177	76
25 - 34	32	71	117	82	3	46	138	109
35 - 44	13	73	102	111	3	61	116	142
45 - 54	7	59	81	145	1	51	110	165
55 - 64	-	50	61	88	-	37	57	121
65 - 74	-	31	42	76	-	16	38	147
75 +	-	6	13	43	-	2	15	93
	v procentech							
celkem	7,7	22,1	32,3	37,8	1,3	13,7	36,7	48,1
15 - 24	22,8	21,6	33,8	21,6	5,4	9,7	59,4	25,5
25 - 34	10,6	23,5	38,7	27,2	1,0	15,5	46,6	36,8
35 - 44	4,3	24,4	34,1	37,1	0,9	18,9	35,9	44,0
45 - 54	2,4	20,2	27,7	49,7	0,3	15,6	33,6	50,5
55 - 64	-	25,1	30,7	44,2	-	17,2	26,5	56,3
65 - 74	-	20,7	28,0	50,7	-	7,9	18,8	72,8
75 +	-	9,7	21,0	69,4	-	1,8	13,5	83,8

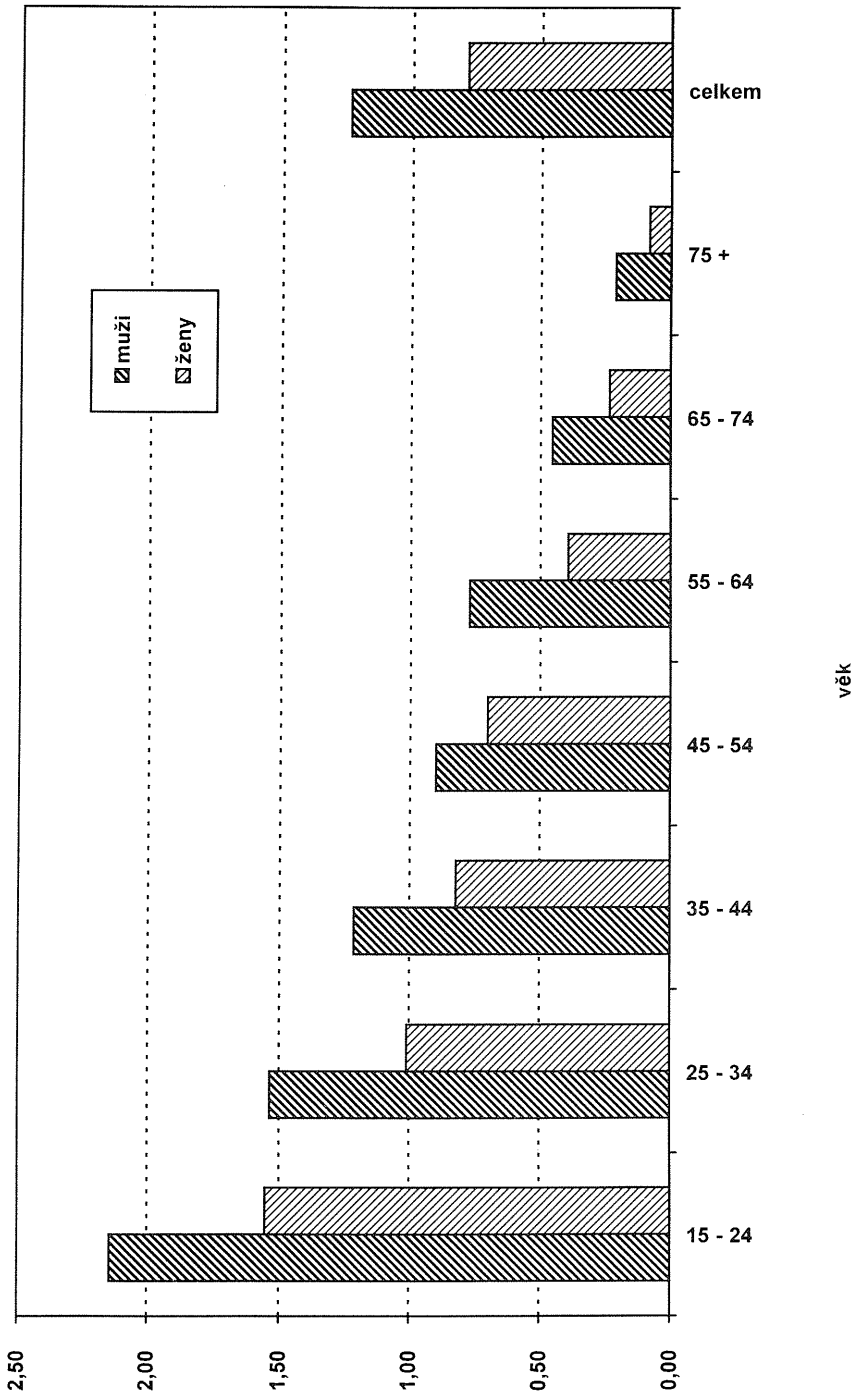
Tab. 5.2.2 Průměrný počet dnů s tělesnou aktivitou

Pohlaví	Věk							
	celkem	15 - 24	25 - 34	35 - 44	45 - 54	55 - 64	65 - 74	75 +
muži	1,24	2,14	1,54	1,21	0,90	0,77	0,45	0,21
ženy	0,79	1,55	1,01	0,82	0,70	0,39	0,23	0,08

Graf 5.2.1 Složení respondentů podle typu tělesné aktivity



Graf 5.2.2 Průměrný počet dnů v týdnu s tělesnou aktivitou



5.3 KOUŘENÍ

Kouření je považováno za jeden z nejrizikovějších faktorů ovlivňující zdravotní stav populace. Bylo prokázáno, že dlouhodobé kuřáctví zvyšuje pravděpodobnost rakoviny plic, chronické bronchitidy a jiných onemocnění. Kouření patří nejenom k nejmasověji rozšířeným rizikům, ale i k rizikům teoreticky „snadněji“ odstranitelným, neboť závisí na každém jedinci, jak se k tomuto problému postaví.

Podle výsledků šetření nikdy v životě nekouřilo 37,4 % mužů a 55,9 % žen (v r. 1993 36,4 % mužů - s.n.r. a 56,7 % žen - s.n.r.), v době našeho šetření nekouřilo 59 % mužů a 71,2 % žen (téměř shodné s r. 1993). Naopak denně kouřilo 32,8 % mužů a 20,2 % žen starších 15 let. Ostatní respondenti kouřili pouze příležitostně. Tento trend je totožný s údaji zjištěnými v uplynulém šetření.

U respondentů, kteří kouřili denně, jsme zjišťovali, jak silnými jsou kuřáky. Podíl silných kuřáků (tedy těch, kteří vykouřili 20 a více cigaret denně) z pravidelných kuřáků byl celkem 31,1 %, přičemž podíl mužů z toho činil 38,2 % a podíl žen 20,3 % (v r. 1993 činil 34,6 % mužů - s.n.r. a 15,8 % žen - s.v.r.). Zde došlo oproti r. 1993 k mírnému zvýšení podílu silných kuřáků, což se u obou pohlaví projevilo zejména ve věkové skupině nad 55 let. Naopak u mužů ve věkové skupině 25 - 44 let došlo k poklesu podílu silných kuřáků. Těch slabších kuřáků, kteří vykouřili méně než 20 cigaret denně, bylo celkem 67,6 %, mužů pak 59,7 % a žen 79,3 %. Zbytek respondentů - denních kuřáků, nekouřil cigarety, nýbrž doutníky nebo dýmku.

Struktura respondentů podle typu kuřáctví v rozdělení na pohlaví a věkové skupiny je uvedena v tabulce 5.3.1. Co se týče závislosti typu kuřáctví na věku, nejvyšší podíl pravidelných kuřáků byl u mužů i u žen zjištěn ve věkové skupině 45 - 54 let (muži 41,8 %, ženy 27,2 %). V r. 1993 naopak největší podíl byl zjištěn u mužů a žen o 10 let mladších. Příležitostných kuřáků bylo nejvíce mezi mladými, ze kterých se později stanou buď nekuřáci nebo pravidelní kuřáci. Nikdy nekouřících mužů bylo nejvíce v nejmladší věkové skupině (přes 50 %), žen pak ve věkové skupině nejstarší (přes 80 %). Podíl bývalých kuřáků rostl u mužů spolu s věkem, u žen se tato tendence neprojevovala, neboť nekouřily dříve tolik, jako muži. U respondentů, kteří kouřili denně nebo příležitostně, jich zhruba 35 % kouření omezilo, přičemž u žen podíl respondentek, které omezily kouření, byl 34 % a u mužů 37 %. Ke kouření v minulosti se hlásilo 21,3 % mužů (v r. 1993 23,5 % - s.n.r.) a 15,3 % žen (v r. 1993 14 % - s.n.r.).

Podrobnější rozbor doby kouření 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 velký, což je totožné s výsledky zjištěnými v šetření HIS 93.

Další otázkou, na kterou byli respondenti dotazováni, byl počet let, během nichž kouřili či kouří. Průměrný počet let kouření u současných a minulých kuřáků je 17 let (u mužů 18 let a u žen 14 let). Průměrný věk respondentů, kteří v minulosti kouřili či ještě kouří, je 43 let. U mužů byl pak průměrný věk kuřáků vyšší než u žen, a to sice 44 let (u žen 42 let).

V dřívějších dobách bylo kouření zvykem vyšších sociálních tříd a týkalo se výhradně mužské části populace, později se rozšířilo i na nižší sociální skupiny a na ženy. V současné době většinou i nadále kouří více muži než ženy. Pozoruhodné však

je, že zatímco mezi muži - kuřáky převažují respondenti se základním a učňovským vzděláním, mezi ženami - kuřáčkami naopak respondentky se středním a vyšším vzděláním.

Závislost typu kuřáctví a vzdělání názorně ukazuje graf 5.3.

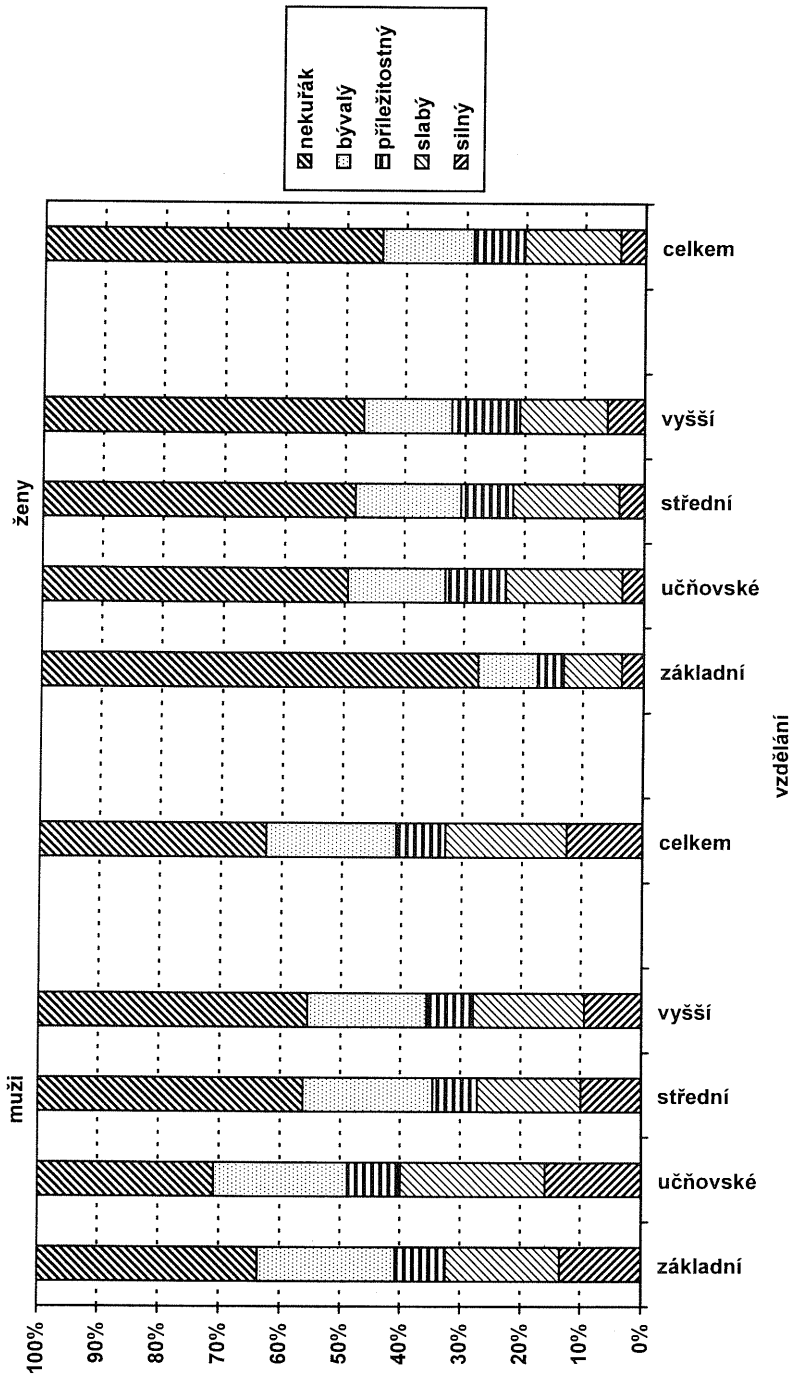
Tab. 5.3.1 Typ kuřáctví

Věk	Struktura respondentů (v %) podle typu kuřáctví				
	nikdy nekouřil	bývalý kuřák	příležitostný kuřák	slabý kuřák	silný kuřák
	muži				
celkem	37,4	21,3	8,1	19,8	12,5
15 - 24	53,4	10,6	10,3	19,1	5,3
25 - 34	40,1	14,9	10,3	23,8	10,9
35 - 44	29,8	18,1	10,7	22,1	18,7
45 - 54	25,3	26,4	5,5	21,2	20,6
55 - 64	36,2	33,2	7,0	13,1	9,6
65 - 74	35,3	32,0	3,3	16,7	11,3
75 +	43,6	35,5	1,6	14,5	1,6
	ženy				
celkem	55,9	15,3	8,5	16,1	4,1
15 - 24	56,7	17,1	10,4	14,1	1,7
25 - 34	51,7	15,2	8,8	21,0	3,0
35 - 44	45,8	14,6	13,6	18,6	7,4
45 - 54	45,9	16,2	10,7	21,1	6,1
55 - 64	61,4	9,8	4,7	18,1	5,6
65 - 74	71,8	19,8	2,0	5,5	1,0
75 +	83,8	12,6	0,0	2,7	0,9

Tab. 5.3.2 Průměrná doba kouření

Věk	Průměrná doba kouření v letech			
	bývalí kuřáci	příležitostní kuřáci	slabí kuřáci	silní kuřáci
	muži			
celkem	15,1	13,8	19,9	24,8
15 - 24	1,9	2,8	4,3	5,8
25 - 34	5,5	7,7	10,7	13,1
35 - 44	10,2	16,5	18,8	21,4
45 - 54	15,0	19,4	25,9	28,6
55 - 64	19,7	30,9	32,4	38,7
65 - 74	26,1	33,6	43,6	47,6
75 +	31,0	x	51,2	x
	ženy			
celkem	8,9	12,3	18,3	22,9
15 - 24	1,6	3,2	4,2	6,2
25 - 34	3,6	6,6	10,4	11,2
35 - 44	7,5	14,4	17,1	18,8
45 - 54	9,1	16,5	23,2	26,8
55 - 64	14,0	21,6	31,3	35,4
65 - 74	18,4	28,3	41,8	45,0
75 +	21,8	x	46,5	x

Graf 5.3 Složení respondentů podle typu kuřáctví



5.4 SPOTŘEBA ALKOHOLU

Alkohol je opět jedním z faktorů, který, pokud jeho konzumace přeroste určitou hranici, může výrazně ovlivnit zdravotní stav člověka jak po stránce fyzické, tak i po stránce duševní.

Podle posledního dne konzumace alkoholu (tzn. před jakou dobou byl naposledy požit alkohol) byli respondenti rozděleni do čtyř skupin: ti, kteří pili alkohol poslední týden, ti, kteří pili před 1 - 4 týdny, ti, kteří pili před více než 1 měsícem a celoživotní abstinenti.

Poslední týden přiznalo pití alkoholu 64 % mužů (v r. 1993 67,1 % - s.n.r.) a 39,4 % žen (totožné s r. 1993 - s.n.r.). V posledním týdnu se tedy z celkového počtu respondentů k pití přiznala celá polovina respondentů. Dá se říci, že u mužů byly tyto hodnoty ve všech věkových kategoriích vcelku vyrovnané, zatímco u žen počet těch, které pily během posledního týdne, výrazně klesal se zvyšujícím se věkem. Nejvyšší zastoupení těch, kteří pili poslední týden, byl u obou pohlaví zjištěn ve věkové skupině 35 - 54letých, což je téměř shodné s výsledky předchozího šetření. Těch, co požili alkohol naposledy před 1 - 4 týdny, bylo přes 18 % a těch, co naposledy konzumovali alkohol ještě před delší dobou, bylo téměř 17 %. Naopak za celoživotní abstinenty se prohlásilo 8,9 % mužů (v r. 1993 6,2 % - s.v.r.) a 17,7 % žen (v r. 1993 13,5 % - s.v.r.), tedy celkem téměř 14 % všech respondentů. Mužů abstinentů bylo nejvíce v nejmladší (15 - 24 let) věkové skupině, a to 14,1 % (v r. 1993 12,8 % - s.n.r.), žen abstinetek bylo naopak nejvíce ve věkové skupině nejstarší (75 a více let), a to 39,6 % (v r. 1993 48,5 % - s.n.r.). Oproti r. 1993 zde došlo k nárůstu mladých mužů - abstinentů o 1,3 % a k výraznému poklesu starších žen - abstinetek, a to o téměř 9 %. Výsledky podle věkových skupin a pohlaví jsou uvedeny v tabulce 5.4.

Druhá otázka se týkala počtu dnů během posledních 14 dnů, kdy respondent požil alkohol. Náznorný předhled výsledků odpovědí na tuto otázku poskytuje graf 5.4.1, v němž jsou znázorněny průměrné počty dnů konzumace alkoholu podle věku a pohlaví. U respondentů, kteří konzumovali alkoholický nápoj během posledních 14 dnů, představoval průměrný počet dnů konzumace během této doby necelých 5 dnů u mužů a téměř 2 dny u žen. Muži pak vypili v průměru za den necelý litr piva, 0,8 dcl vína a 0,7 dcl likéru (tvrdého). U žen představovala průměrná denní dávka alkoholu pouze 0,15 l piva, 1,5 dcl vína a 0,35 dcl likéru (tvrdého).

Dále byla zjišťována průměrná týdenní konzumace alkoholu, která se vypočetla z počtu dnů konzumace alkoholu, průměrné denní konzumace a přepočtu jednotlivých druhů alkoholických nápojů na dávky čistého alkoholu. Ze získaných odpovědí byl zkonstruován ukazatel průměrné týdenní dávky alkoholu (PTDA). Jedná se vlastně o přepočet uvedeného množství konzumovaných druhů nápojů na jednotnou dávku čistého alkoholu v průměru za týden. 1 dávka = 12 g etanolu (96 %), což je přibližně 33 cl piva, 13 cl vína nebo 3 cl likéru (tvrdého). Tato definice jedné dávky alkoholu byla vypočtena podle podkladů SZO. Běžné míry alkoholu byly přepočteny na jednotnou dávku (12 g) takto:

0,5 l piva	=	1,515 dávky
1 dl vína	=	0,769 dávky
0,5 dl likéru	=	1,667 dávky.

Podle PTDA byla vytvořena charakteristika konzumenta - abstinent, resp. výjimečný konzument alkoholu, přiměřený konzument a nadměrný konzument. Při hodnotách PTDA = 0 - 1, se jednalo o abstinenta (výjimečného konzumenta), při PTDA = 2 - 21 u mužů (resp. 2 - 14 u žen) se jednalo o přiměřeného konzumenta a při PTDA = 21 a více u mužů (resp. 14 a více u žen) se jednalo o nadměrného konzumenta. Podíly mužů a žen v těchto třech skupinách jsou zřejmé z již uvedené tabulky 5.4.

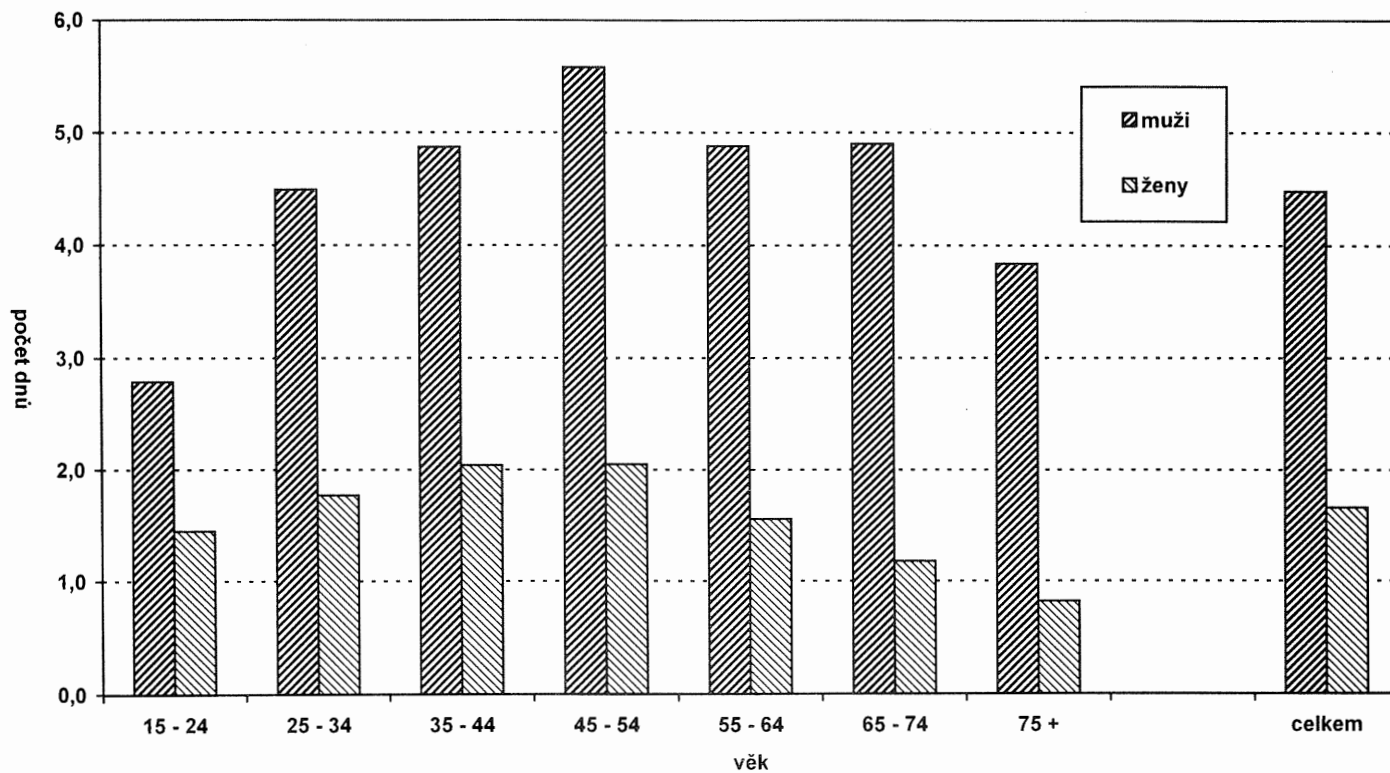
Nadměrné pití alkoholu přiznalo 12,5 % mužů (v r. 1993 15,7 % - s.v.r.) a 2,9 % žen (v r. 1993 1,8 % - s.n.r.), naopak abstinentů bylo mezi muži 39 % a žen přibližně 73 % . Tyto výsledky jsou téměř shodné s výsledky předchozího šetření.

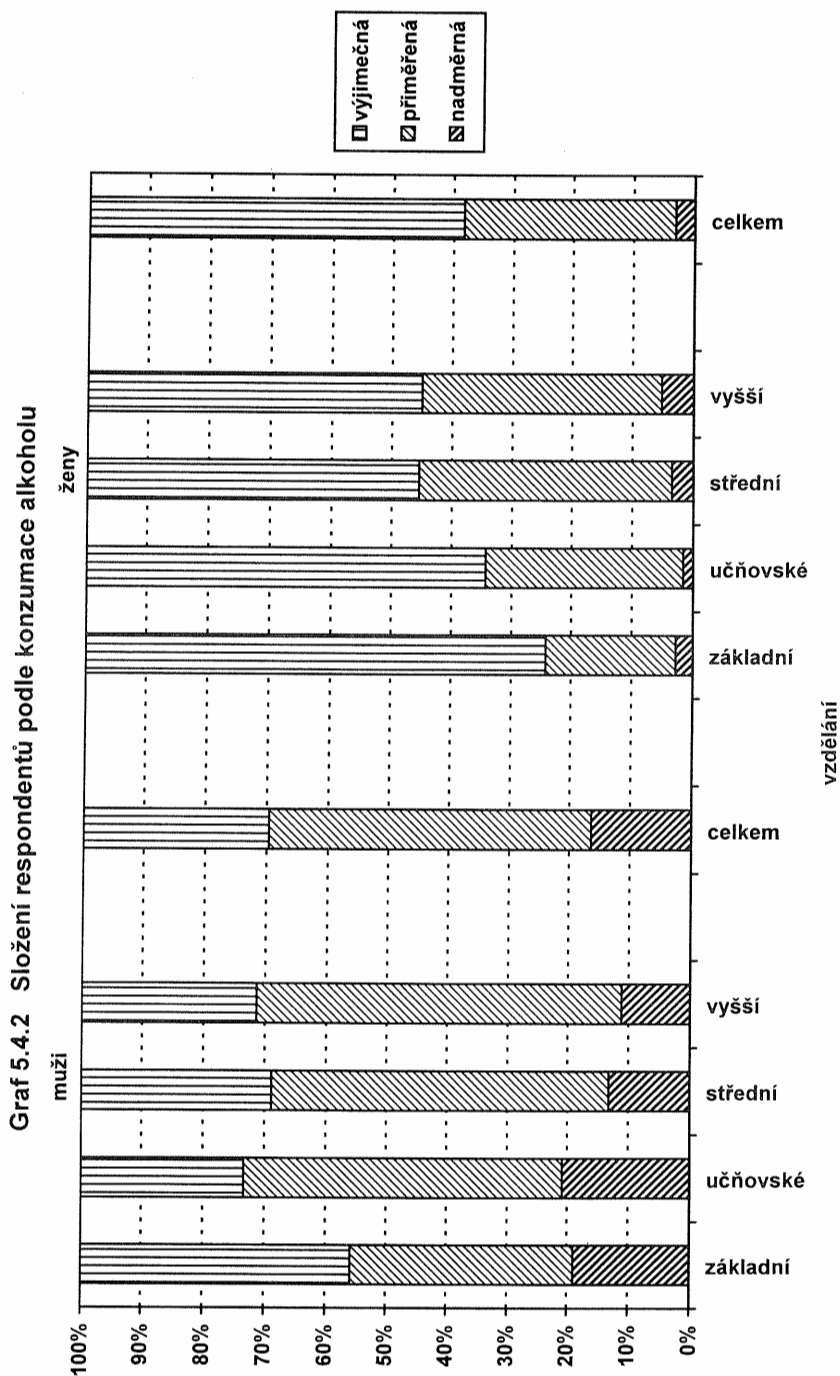
Složení respondentů podle konzumace alkoholu a vzdělání je znázorněno v grafu 5.4.2. Z něho je patrné, že s vyšším vzděláním klesá nadměrná spotřeba alkoholu u mužů (nejvyšší je u základního a učňovského vzdělání), u žen naopak stoupá a nejvyšší je u žen s vyšším vzděláním. Celkově lze říci, že u mužů je nejvíce zastoupená přiměřená a u žen pak výjimečná spotřeba alkoholu.

Tab. 5.4 Konzumace alkoholu

Věk	Struktura respondentů (v %)						
	podle termínu poslední konzumace alkoholu				podle týdenní spotřeby alkoholu (v dávkách 12 g)		
	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)
	muži						
celkem	64,0	16,1	10,7	8,9	39,0	48,5	12,5
15 - 24	51,3	18,1	16,3	14,1	52,5	38,4	9,1
25 - 34	69,2	19,5	4,3	7,0	30,5	59,3	10,3
35 - 44	71,2	14,7	9,4	4,3	32,1	53,2	14,7
45 - 54	72,6	12,3	8,6	5,5	30,8	51,4	17,8
55 - 64	63,8	13,6	11,1	11,1	42,7	45,7	11,6
65 - 74	54,7	20,7	11,3	12,7	44,7	44,0	11,3
75 +	51,6	9,7	25,8	12,9	61,3	30,6	11,3
	ženy						
celkem	39,4	20,4	22,2	17,7	72,6	24,5	2,9
15 - 24	40,6	18,8	16,8	23,2	72,1	24,2	3,7
25 - 34	46,3	27,7	17,6	8,4	65,9	31,1	3,0
35 - 44	47,7	23,8	18,3	10,2	65,6	31,0	3,4
45 - 54	47,7	20,5	19,9	11,9	67,6	28,7	3,7
55 - 64	34,0	17,7	27,0	20,9	76,7	20,9	2,3
65 - 74	20,8	13,4	35,6	28,7	87,1	11,4	1,5
75 +	13,5	13,5	33,3	39,6	91,9	8,1	-

Graf 5.4.1 Průměrný počet dnů konzumace alkoholu ve 2 týdnech





5.5 STRAVOVACÍ ZÁSADY

Mezi další faktory, výrazně ovlivňující naše zdraví, patří vedle kouření a konzumace alkoholu též nesprávná výživa. Nesprávná jak po stránce kvantitativní, tak po stránce kvalitativní. S přejídáním souvisí obezita, s obezitou pak např. nemoci oběhové soustavy, diabet a vysoký cholesterol.

Stravovací zvyklosti naší populace byly posuzovány na základě konzumace určitých druhů jídel. Dodržování pravidel zdravé výživy bylo sledováno na celkem osmi vybraných stravovacích zásadách. Zde respondent pomocí odpovědí ANO a NE vyjadřoval, zda danou zásadu dodržuje či nikoli.

Zásadou, kterou respondenti dodržovali nejvíce, byla konzumace čerstvého ovoce v létě nejméně 1x denně (86,2 % všech respondentů). Naopak nejméně byl konzumován hrubozrný chléb (38,3 % všech respondentů). Tato nejčtenější a nejméně četná hodnota odpovídá stejným zásadám jako v šetření z r. 1993. Zároveň téměř více než 60 % všech respondentů konzumovalo více než 2x týdně smažené brambůrky a jiná smažená jídla, přičemž mezi muži a ženami nebyl podstatný rozdíl.

Dodržování jednotlivých stravovacích zásad podle věku a pohlaví je zřejmé z tabulky 5.5. Největší rozdíly mezi pohlavími byly zaznamenány u upřednostňování hrubozrného chleba a rostlinných tuků ve prospěch žen. Podíl respondentek, které upřednostňovaly hrubozrný chléb, činil přes 40 %, kdežto podíl mužů necelých 30 %. Co se rostlinných tuků týče, podíl žen, které jim dávaly přednost, činil přibližně 80 %, podíl mužů pak téměř o 20 % méně.

Na základě jednotlivých odpovědí byl zkonstruován tzv. dietní index (DI), který podle četnosti dodržovaných zásad rozděluje respondenty do tří kategorií. Pokud respondent dodržoval 5 až 8 zásad, byl jeho DI dobrý, v případě, že dodržoval 3 až 4 zásady, byl jeho DI střední a pokud dodržoval pouze 2 a méně zásad, byl jeho DI špatný.

Do kategorie dobrý DI se zařadilo celkem 59,7 % mužů a 76 % žen, dohromady tedy mělo dobrý DI přes 68 % respondentů. Naopak špatný DI mělo celkem okolo 8 % všech respondentů. Muži dodržovali v průměru 4,82 stravovacích zásad z osmi uvedených (v r. 1993 3,91), ženy pak 5,58 stravovacích zásad (v r. 1993 4,51). Je zde vidět určité zlepšení oproti r. 1993.

V grafu 5.5.1. je znázorněn průměrný počet dodržovaných stravovacích zásad v jednotlivých věkových kategoriích.

Dodržování stravovacích zásad z hlediska vzdělání ukazuje, že s rostoucím vzděláním roste podíl respondentů, kteří dbají více na svou výživu. Závislost osvojení si pozitivních stravovacích zásad na dosaženém stupni vzdělání je znázorněna v grafu 5.5.2. Vidíme, že u respondentů s vyšším vzděláním byl podíl těch, kteří dosáhli dobrého DI (tj. dodržovali alespoň 5 zásad) proti ostatním vzdělanostním skupinám vyšší (u žen pak výrazněji - přes 80 % než u mužů - 70 %).

Souvisí to zřejmě s faktem, že čím vyšší je vzdělání, tím více si člověk uvědomuje nutnost kvalitní a vyvážené stravy, aby mohl podávat lepší pracovní výkon, aby byl tzv. produktivnější.

Při srovnání výsledků šetření HIS 96 a HIS 93 je vidět, že ženy za poslední tři roky začaly dodržovat stravovací zásady více než muži a tato změna se patrně projeví i na

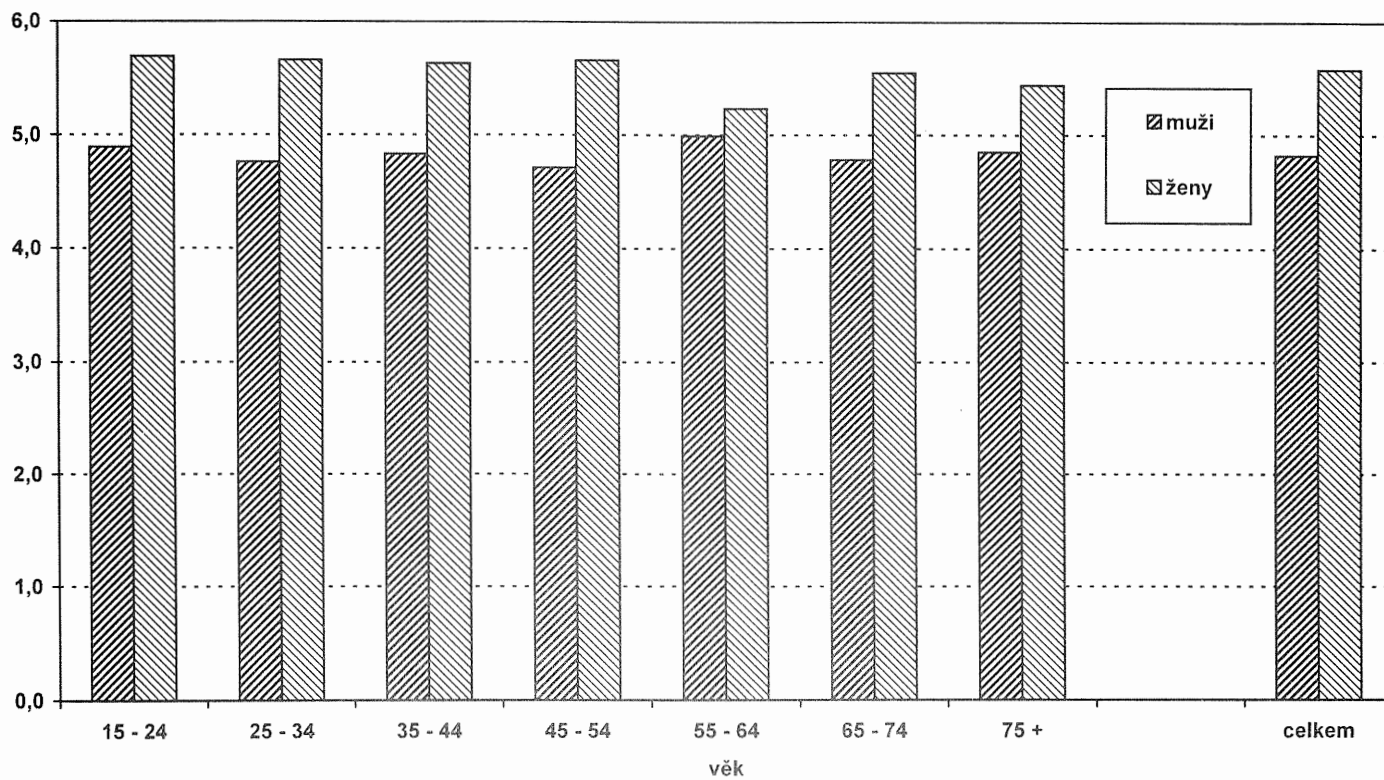
mužích, se kterými žijí. Ve stravovacích návycích dochází k určitým, ne však příliš výrazným změnám k lepšímu.

Na zdravotní stav populace příznivě působí jak vysoká tělesná aktivita, tak i nekuřáctví, abstinence a dodržování správných stravovacích návyků. Informace získané v šetření o zdravotním stavu populace umožňují popsat vztah mezi zdravím a životním stylem populace. Dalo by se říci, že tím, jak žijeme, zároveň pečujeme o své zdraví.

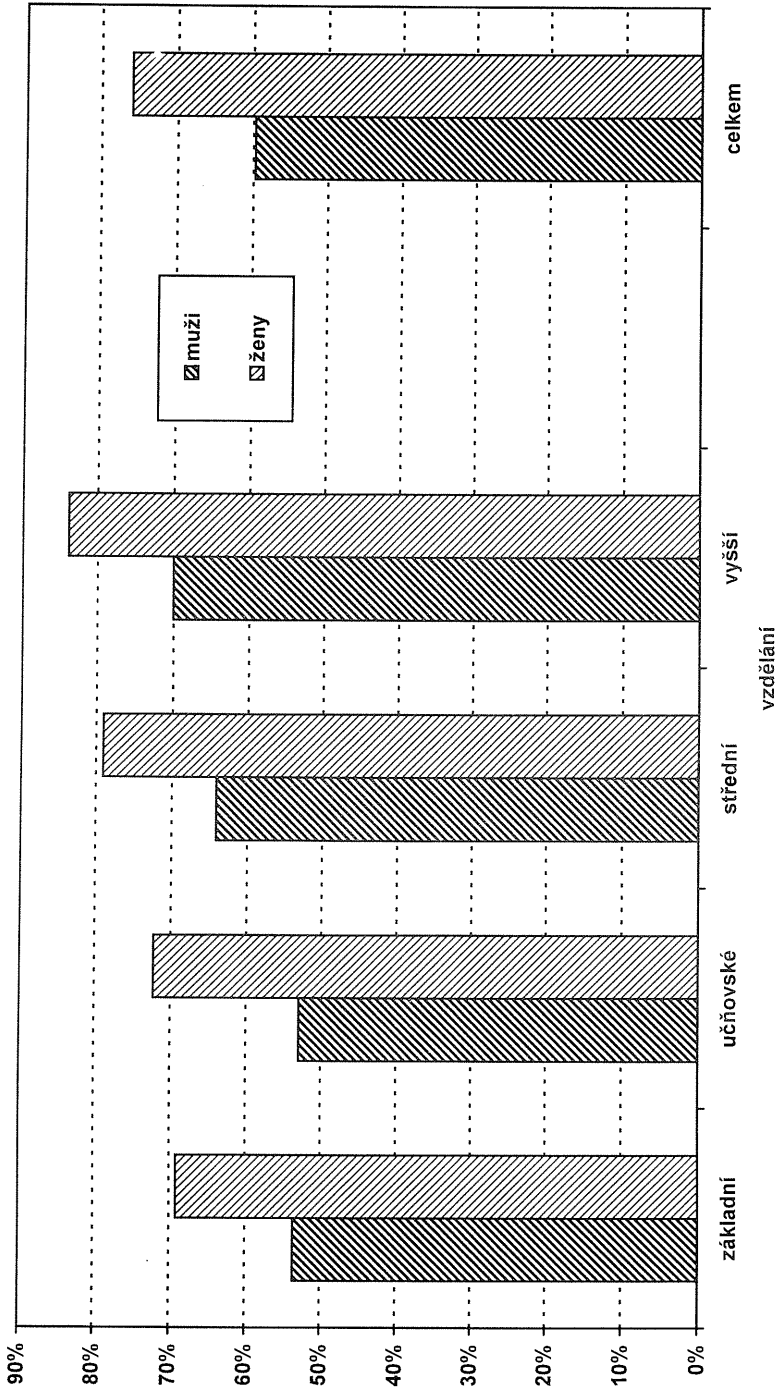
Tab. 5.5 Dodržování stravovacích zásad

Stravovací zásada	Procento respondentů dodržujících zásadu							
	věková skupina							
	celkem	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+
	muži							
přednost hrubozrnnému chlebu	29,4	27,8	28,1	23,7	31,2	38,7	30,0	30,6
přednost rostlinným tukům	57,8	55,9	51,7	58,2	55,8	69,3	58,0	66,1
čerstvé ovoce min. 1x denně	79,5	88,4	74,2	79,9	74,7	81,9	78,7	74,2
saláty, syrová zelenina min. 1x týdně	71,9	74,4	72,2	73,6	70,5	72,9	68,0	61,3
smažené brambůrky max. 2x týdně	59,7	60,6	62,3	64,2	56,8	53,3	60,0	54,8
jiná smažená jídla max. 2x týdně	64,7	64,7	62,3	64,2	66,8	61,3	70,7	66,1
sladkosti, sušenky ne denně	62,3	62,8	67,9	62,9	59,9	61,8	52,0	66,1
max. 2 vejce týdně	57,1	54,1	57,6	56,2	54,8	60,3	60,7	66,1
	ženy							
přednost hrubozrnnému chlebu	46,4	48,7	41,2	49,8	51,4	43,3	44,6	39,6
přednost rostlinným tukům	78,1	77,2	76,7	79,3	80,7	77,7	78,7	73,0
čerstvé ovoce min. 1x denně	92,3	94,6	94,6	92,6	94,5	86,0	87,6	93,7
saláty, syrová zelenina min. 1x týdně	82,4	82,9	87,5	85,1	84,4	77,7	75,7	74,8
smažené brambůrky max. 2x týdně	62,0	67,8	68,6	61,9	57,2	53,5	60,4	62,2
jiná smažená jídla max. 2x týdně	67,6	73,5	74,0	66,6	63,3	60,9	68,8	61,3
sladkosti, sušenky ne denně	62,6	63,4	59,8	61,9	65,4	57,2	67,8	63,1
max. 2 vejce týdně	66,7	61,1	63,2	66,3	69,4	66,5	71,3	76,6

Graf 5.5.1 Průměrný počet dodržovaných stravovacích zásad



Graf 5.5.2 Procento respondentů s dobrým dietním indexem



6. ZDRAVÍ A NEMOCNOST

6.1 SUBJEKTIVNĚ VNÍMANÉ ZDRAVÍ

Zdraví člověka je nejdůležitějším předpokladem pro to, aby mohl vést společensky a ekonomicky produktivní život. Pouze zdravý člověk se může ve svém životě plně realizovat sociálně i ekonomicky.

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje zdraví jako „stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, nikoliv pouze nepřítomnost nemoci nebo vady“. Zdravotní stav populace tedy představuje zdraví jejích jednotlivců. Se zdravým vývojem populace po tělesné, duševní i sociální stránce pak úzce souvisí životní spokojenost.

Soubory otázek zjišťující zdraví respondentů patřily v našem šetření k těm nejdůležitějším z hlediska obsahu, neboť byly vlastně hlavním smyslem šetření. Respondenti konkrétně byli dotazováni na svůj subjektivní pocit zdraví, dočasnou neschopnost, na objektivní zdravotní potíže, emoční pohodu, chronickou nemocnost a dlouhodobou neschopnost.

Zdravotní stav v HIS 96 (i 93) nebyl zjišťován prostřednictvím lékařů ani jejich dokumentace, ale pouze na základě vlastních odpovědí respondentů. Dotazování měli uvést, jak se celkově zdravotně cítí. Šlo tedy o subjektivně vnímané zdraví, závisející nejenom na vlastním zdravotním stavu jednatelce, ale i např. na momentální pohodě, na věku a nebo na duševní úrovni (na rozdíl od objektivně chápaného zdraví). Respondenti si mohli vybrat jednu z následujících odpovědí (cítím se): velmi dobře, dobře, vcelku dobře, špatně a velmi špatně.

Tabulka 6.1 ukazuje procentuální rozložení respondentů podle pohlaví, dosaženého vzdělání a subjektivního pocitu zdraví. Zároveň je v ní znázorněn i tzv. průměrný pocit zdraví jednotlivců, vyjádřený průměrnou „známkou“ 1 - 5 (velmi dobré zdraví = 1, velmi špatné zdraví = 5). Velmi dobře se cítilo 14,7 % všech respondentů (v r. 1993 14,4 % - s.n.r.), lépe pak se cítili muži (17,9 % - v r. 1993 17,8 % - s.n.r.) než ženy (11,8 % - v r. 1993 11,1 % - s.n.r.). V grafu 6.1.1 je znázorněna struktura odpovědí na subjektivní pocit zdraví podle věku a pohlaví.

Často bývá jako ukazatele subjektivního zdraví populace použito procenta osob cítících se hůře než dobře (odpovědi 4 - 5). V našem šetření se takto cítilo 54,2 % všech respondentů (mužů pak 49,3 % a žen 58,6 %). V r. 1993 se jednalo celkem o 57,5 % respondentů (s.v.r.), tudíž došlo v této kategorii k určitému zlepšení. Nejvýrazněji se to projevilo u žen ve věkové skupině 45 - 54 let a u mužů ve věkové skupině 35 - 44 let a 65 - 74 let.

Vypočtená průměrná známka subjektivního zdraví měla hodnotu 2,60 (v r. 1993 2,66), u mužů pak 2,50 (v r. 1993 2,57) a u žen 2,70 (v r. 1993 2,74). Přes mírné zlepšení zde k podstatným rozdílům oproti minulému šetření nedošlo.

Zcela evidentní pak je vliv věku na subjektivně vnímané zdraví. S rostoucím věkem klesá počet respondentů, kteří se cítí dobře a naopak narůstá počet těch, kteří pocítují určité zdravotní potíže.

U mužů odpovědělo nejvíce dotázaných na subjektivní pocit zdraví „dobře, jsem celkem zdrav“ (32,7 %). Ženy se cítily celkově o něco hůře, nejčastější odpověď byla: „cítím se vcelku dobře, přiměřeně věku“ (37,1 %).

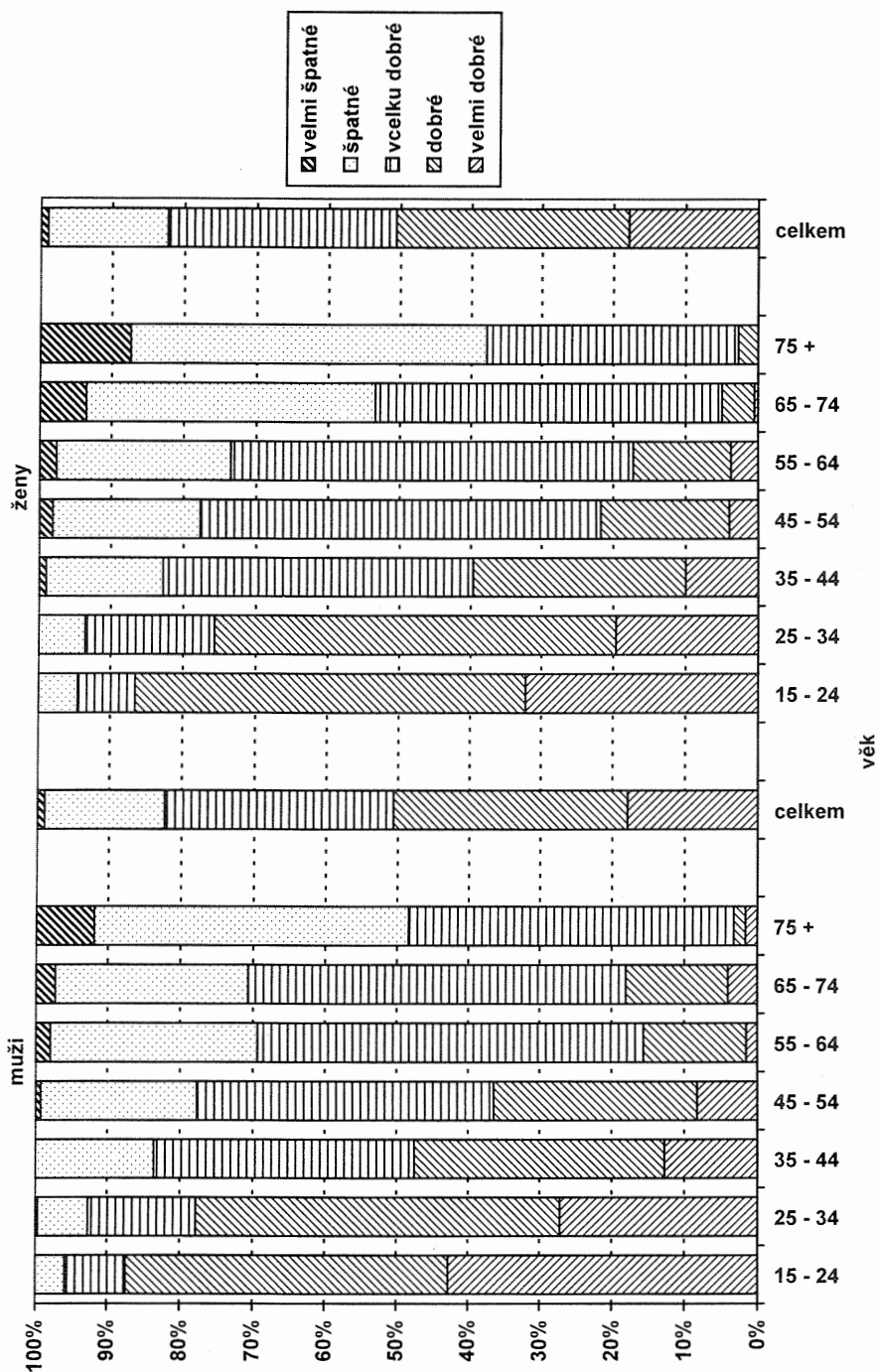
V dalším grafu 6.1.2 je u jednotlivých vzdělanostních kategorií uveden podíl respondentů se subjektivním zdravím horším než dobrým (tzn. těch, kteří se cítili „špatně nebo velmi špatně“). Lze pozorovat, že respondentů cítících se hůře, či majících nějaké zdravotní problémy, mírně ubývá se zvyšujícím se dokončeným vzděláním (zejména u žen). Celkový počet však přesahuje 54 %, jak již bylo uvedeno výše. Zatímco vliv věku na subjektivně vnímané zdraví je samozřejmý a zcela evidentní, u vlivu vzdělání už to nelze tvrdit tak jednoznačně.

Porovnáme-li výsledky šetření HIS 96 s výsledky šetření HIS 93, můžeme říci, že došlo k určitému zlepšení v této kategorii, neboť dříve se ke zdraví horšímu než dobrému hlásilo přes 60 % všech respondentů.

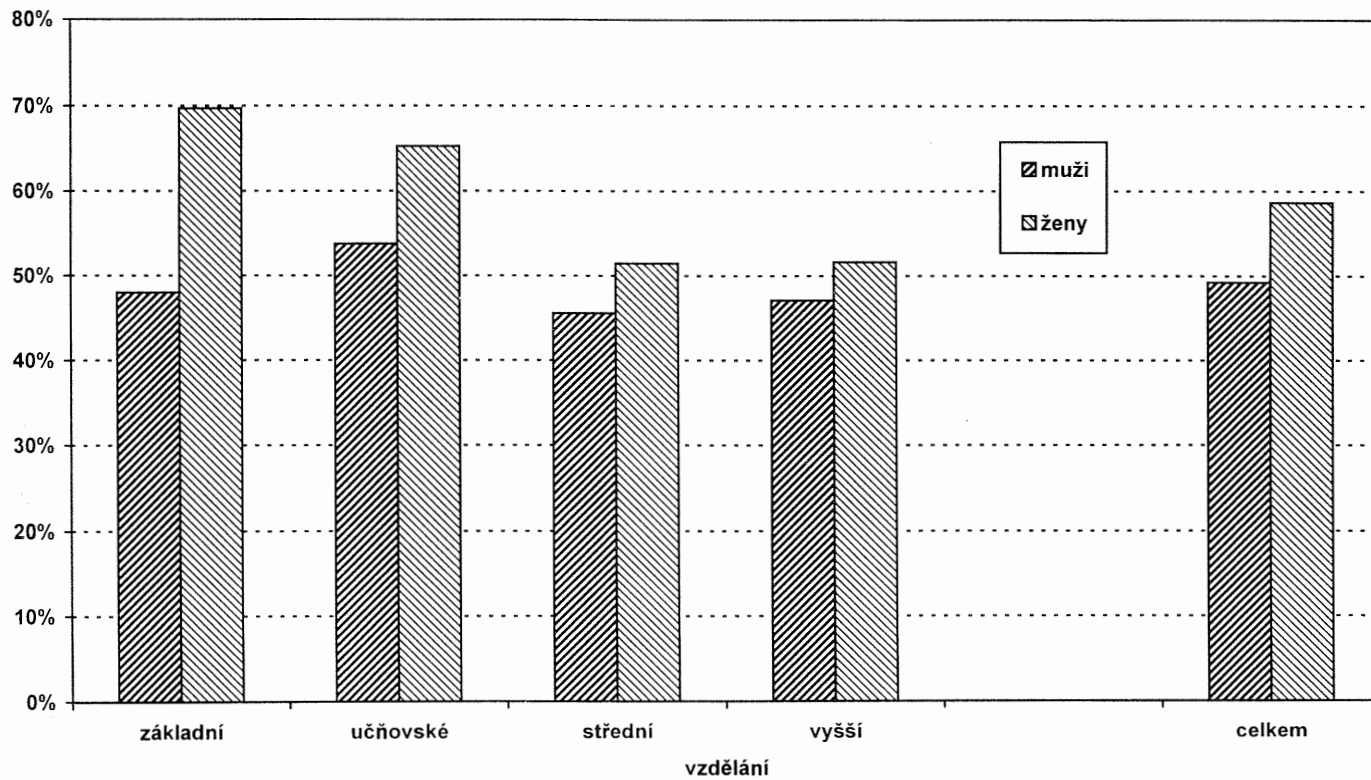
Tab. 6.1 Subjektivní zdraví

	Složení respondentů podle pocitu zdraví (v %)					Průměrný pocit zdraví
	velmi dobré	dobré	vcelku dobré	špatné	velmi špatné	
	muži					
celkem	17,9	32,7	31,7	16,6	1,0	2,50
věk						
15 - 24	42,5	44,4	8,4	4,1	0,0	1,73
25 - 34	27,2	50,7	14,9	7,0	0,3	2,03
35 - 44	12,7	34,8	36,1	16,4	0,0	2,56
45 - 54	8,2	28,1	41,1	21,6	0,7	2,77
55 - 64	1,5	14,1	53,8	28,6	2,0	3,16
65 - 74	4,0	14,0	52,7	26,7	2,7	3,10
75 +	1,6	1,6	45,2	43,5	8,1	3,55
vzdělání						
základní	26,8	25,1	19,0	26,8	2,2	2,53
učňovské	12,0	33,9	33,5	19,3	1,0	2,62
střední	21,2	33,0	33,4	11,3	1,0	2,37
vyšší	18,5	34,3	32,3	14,5	0,3	2,44
	ženy					
celkem	11,8	29,5	37,1	19,3	2,3	2,70
věk						
15 - 24	32,2	54,4	8,1	5,4	0,0	1,87
25 - 34	19,6	56,1	17,9	6,4	0,0	2,11
35 - 44	10,0	29,7	43,1	16,3	0,9	2,66
45 - 54	4,0	17,7	56,0	20,5	1,8	2,98
55 - 64	3,7	13,5	56,3	24,2	2,3	3,08
65 - 74	0,5	4,5	48,5	40,1	6,4	3,48
75 +	0,0	2,7	35,1	49,5	12,6	3,72
vzdělání						
základní	12,9	17,4	32,0	32,0	5,8	3,00
učňovské	6,8	27,5	38,4	24,4	2,5	2,87
střední	13,2	35,2	38,3	12,5	0,7	2,52
vyšší	14,7	33,6	38,4	11,4	1,9	2,52

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

U nás běžně čerpáme informace o dočasné neschopnosti obyvatelstva zpravidla ze statistik pracovní neschopnosti, které se týkají jen ekonomicky aktivního obyvatelstva. Dočasná neschopnost podle doporučení SZO zahrnuje podstatně širší oblast než pouhou absenci v zaměstnání.

V první části našeho šetření odpovídali respondenti na dotaz, zda museli v posledních 2 týdnech omezit svou obvyklou činnost v důsledku nemoci (včetně duševní) nebo zranění. Počet záporných odpovědí, tedy počet respondentů bez dočasné neschopnosti, představoval u mužů 82,1 % a u žen 78,4 %. Naopak respondentů, kteří v posledních 14 dnech měli alespoň 1 den dočasnou neschopnost, bylo celkem 19,8 %, více pak žen (21,6 %), než mužů (17,9 %), což je znázorněno v tabulce 6.2. Oproti r. 1993 zde došlo k nárůstu respondentů s dočasnou neschopností pouze o 1 %, jedná se tedy o nárůst pouze napatrný (s.n.r.). Z hlediska jednotlivých věkových skupin pak je zřejmé, že s rostoucím věkem klesá podíl respondentů bez dočasné neschopnosti.

Ve druhé části jsme zjišťovali, kolik dnů během dočasné neschopnosti museli respondenti strávit v posteli, tedy v kolika případech se jednalo o neschopnost s ležením. Dočasně neschopných s ležením bylo celkem 13,1 %, z toho 12 % mužů a 14,2 % žen. V průměru 66 % z těch, kteří byli dočasně neschopní, muselo během své neschopnosti ležet alespoň 1 den v posteli (v r. 1993 se jednalo o 60 % respondentů - s.v.r.). Oproti minulému šetření došlo k posunu co se neschopnosti s ležením týče, neboť zatímco dříve u mužů činila průměrná doba neschopnosti s ležením 5 dnů a u žen 4,3 dne, nyní došlo k vyrovnání této doby na 4,9 dne u obou pohlaví. Celková průměrná doba neschopnosti byla nyní kratší u žen (7,7 dne) než u mužů (7,9 dne), v r. 1993 to bylo přesně naopak, u mužů činila méně (7,5 dne) než u žen (7,9 dne).

Ze zjištěných hodnot byl podle metodiky SZO získán prostou aritmetickou úpravou ukazatel počtu dnů neschopnosti na 1 respondenta za rok. Na 1 respondenta připadalo tedy v průměru u mužů 36,4 (v r. 1993 31,7) dnů dočasné neschopnosti a u žen 42,6 (v r. 1993 43,3) dnů dočasné neschopnosti. Průměrný roční počet dnů dočasné neschopnosti s ležením činil u mužů 15,2 (v r. 1993 11,1) dnů a u žen 17,9 (v r. 1993 14,9) dnů. U obou pohlaví tedy došlo ke zvýšení, u mužů o 4,1 dne a u žen pak o 3 dny. Všechny tyto údaje jsou uvedené v již zmiňované tabulce 6.2.

Z hlediska ekonomické aktivity bylo dočasně neschopno 14,8 % ekonomicky aktivních mužů (v r. 1993 14,6 % s.n.r.) a 18,4 % ekonomicky aktivních žen (v r. 1993 17,4 % - s.n.r.). Na osoby ekonomicky aktivní připadalo v průměru asi o třetinu méně dnů s dočasnou neschopností než na ekonomicky neaktivní respondenty, což je shodné s předchozím šetřením.

U mužů byl podíl ekonomicky neaktivních respondentů dočasně neschopných vyšší přibližně o 9 % než u ekonomicky aktivních (v r. 1993 o necelých 6 %) a u žen o necelých 7 % (v r. 1993 o necelých 10 %), přičemž tento rozdíl byl opět, tak jako v předchozím šetření, vyšší u žen než u mužů. Zatímco u ekonomicky aktivních činil roční počet dnů neschopnosti na 1 respondenta u mužů celkem 30 dnů (z toho 11 dnů s ležením), u ekonomicky neaktivních pak celkem 50 dnů (z toho s ležením téměř 24 dnů). U ekonomicky aktivních žen činil tento počet téměř 37 dnů (z toho 14 dnů s ležením), u ekonomicky neaktivních žen potom téměř 50 dnů (z toho s ležením 23

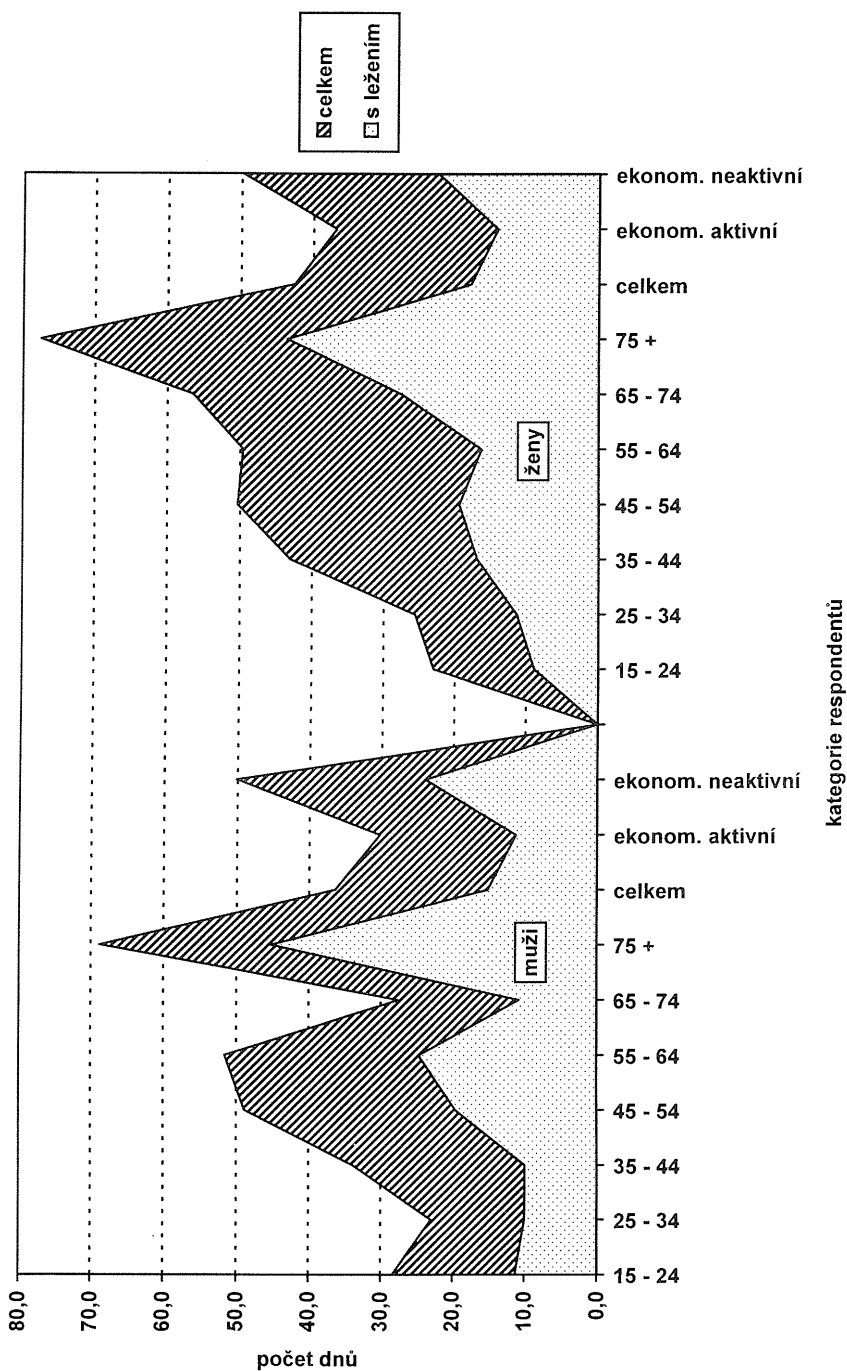
dnů). Podrobnější údaje o ekonomicky aktivních a neaktivních respondentech jsou opět uvedeny v tabulce 6.2. V grafu 6.2 je znázorněn roční počet dnů neschopnosti na 1 respondenta v jednotlivých věkových skupinách.

Průměrná doba 1 neschopnosti u ekonomicky aktivních respondentů představovala u mužů 7,9 dnů (z toho 4,5 dnů s ležením) a u žen 7,7 dnů (z toho 4,6 dnů s ležením). Ekonomicky neaktivní muži pak byli v průměru dočasně neschopni 8,1 dnů (z toho 5,3 dnů s ležením) a ženy opět 7,7 dnů (z toho 5,1 dnů s ležením), přičemž průměrný počet dnů neschopnosti ekonomicky aktivních respondentů byl stejný jako u respondentů celkem.

Tab. 6.2 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
muži						
15 - 24	16,3	11,9	6,7	3,7	28,4	11,3
25 - 34	12,6	8,6	7,2	4,5	23,0	10,0
35 - 44	15,4	9,4	8,5	4,1	33,9	9,9
45 - 54	22,3	13,0	8,9	5,8	48,9	19,6
55 - 64	23,6	17,1	8,4	5,6	51,6	24,7
65 - 74	14,7	9,3	7,2	4,4	27,6	10,7
75 +	32,3	27,4	8,2	6,4	68,8	45,3
celkem	17,9	12,0	7,9	4,9	36,4	15,2
ekonomicky aktivní	14,8	9,5	7,9	4,5	30,2	11,3
neaktivní	23,9	17,5	8,1	5,3	50,1	23,9
ženy						
15 - 24	12,4	8,4	7,3	4,1	22,9	8,9
25 - 34	15,9	9,8	6,2	4,4	25,6	11,3
35 - 44	21,7	14,6	7,7	4,5	43,0	16,9
45 - 54	23,2	15,0	8,3	5,0	50,3	19,5
55 - 64	26,5	15,3	7,5	4,1	49,6	16,3
65 - 74	29,7	20,3	7,4	5,2	56,5	27,5
75 +	32,4	24,3	9,2	6,9	77,5	43,6
celkem	21,6	14,2	7,7	4,9	42,6	17,9
ekonomicky aktivní	18,4	11,8	7,7	4,6	36,8	14,2
neaktivní	25,0	17,1	7,7	5,1	49,8	22,6

Graf 6.2 Roční počet dnů neschopnosti na 1 respondenta



6.3 ZDRAVOTNÍ POTÍŽE

V šetření jsme zjišťovali přítomnost jednotlivých konkrétních zdravotních potíží u respondentů během posledního měsíce. Seznam potíží v dotazníku obsahoval celkem 16 položek. Respondenti pak pomocí odpovědí ANO a NE vyjadřovali, zda se ve sledovaném období u nich daná obtíž (nemoc) vyskytla.

Ze získaných odpovědí byl sestrojen ukazatel zdravotní kategorie, který měl tři stupně. První stupeň představoval dobré zdraví a respondent byl do tohoto stupně zařazen, pokud se u něho vyskytovala nanejvýše jedna zdravotní potíže. Ve druhém stupni (průměrné zdraví) byli respondenti s prevalencí dvou až čtyř potíží a ve třetím stupni (špatné zdraví) byli ostatní respondenti, tedy ti, kteří měli pět a více zdravotních potíží. Prevalence jednotlivých potíží podle věku a pohlaví je zřejmá z tabulky 6.3.1.

Zcela bez zdravotních potíží bylo 19,6 % mužů (v r. 1993 20,1 % - s.n.r.) a pouze 8,1 % žen (v r. 1993 14,4 % - s.v.r.). Na jednoho muže připadaly 2,5 potíže (v r. 1993 2,01), na jednu ženu pak 3,5 potíže (v r. 1993 2,73). Ženy na tom byly tedy podstatně hůře než muži a s věkem tento ukazatel zcela pochopitelně rostl.

Co se týče jednotlivých potíží (ze 16 nabídnutých), nejčastěji se vyskytovaly u mužů bolesti zad (43,5 %), následovaly bolesti hlavy (29,8 %) a pak v rozmezí 20 - 30 % nachlazení a chřipka, bolesti kloubů a potíže s nohama. U žen byly nejčastěji uváděny bolesti hlavy (53,8 %) a bolesti zad (49,9 %), dále pak bolesti kloubů a potíže s nohama (přes 30 %), přibližně okolo 30 % žen bylo nachlazené a mělo chřipku. Oproti r. 1993 došlo ve výše uvedených kategoriích k nárůstu v rozmezí 1 - 10 % a naopak k poklesu co se týče kategorie žádné potíže.

Struktura respondentů podle kategorie zdraví v závislosti na věku a pohlaví 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 pět a více zdravotních potíží, mělo 28,6 % žen, mužů pak pouze 16,6 %. Naopak dobré zdraví mělo jenom 22,9 % žen a 39,9 % mužů. Zbytek respondentů, tedy 43,5 % mužů a 48,5 % žen se hlásilo ke zdraví průměrnému. Z uvedeného grafu vyplývá zřetelná tendence růstu zdravotních potíží (špatné zdraví) spolu se zvyšujícím se věkem a zároveň poklesu zdraví dobrého. Všechny tyto tendence byly zjištěny i v uplynulém šetření HIS 93.

Co se vztahu mezi počtem zdravotních potíží a úrovní vzdělání týče, z grafu 6.3.2 je patrný mírný pokles podílu respondentů s průměrným a špatným zdravím s rostoucím vzděláním. Celkový hrubý podíl těchto respondentů činil 60 % u mužů a 77 % u žen (oproti r. 1993 o 10 % více u obou pohlaví - s.v.r.).

V tabulce 6.3.2 je naznačena jistá závislost jednotlivých kategorií zdravotních potíží s dalšími třemi charakteristikami. Jedná se o subjektivní zdraví, chronickou nemocnost a index tělesné hmotnosti. Jak se dalo očekávat, dobré subjektivní zdraví a nepřítomnost chronické nemoci 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.

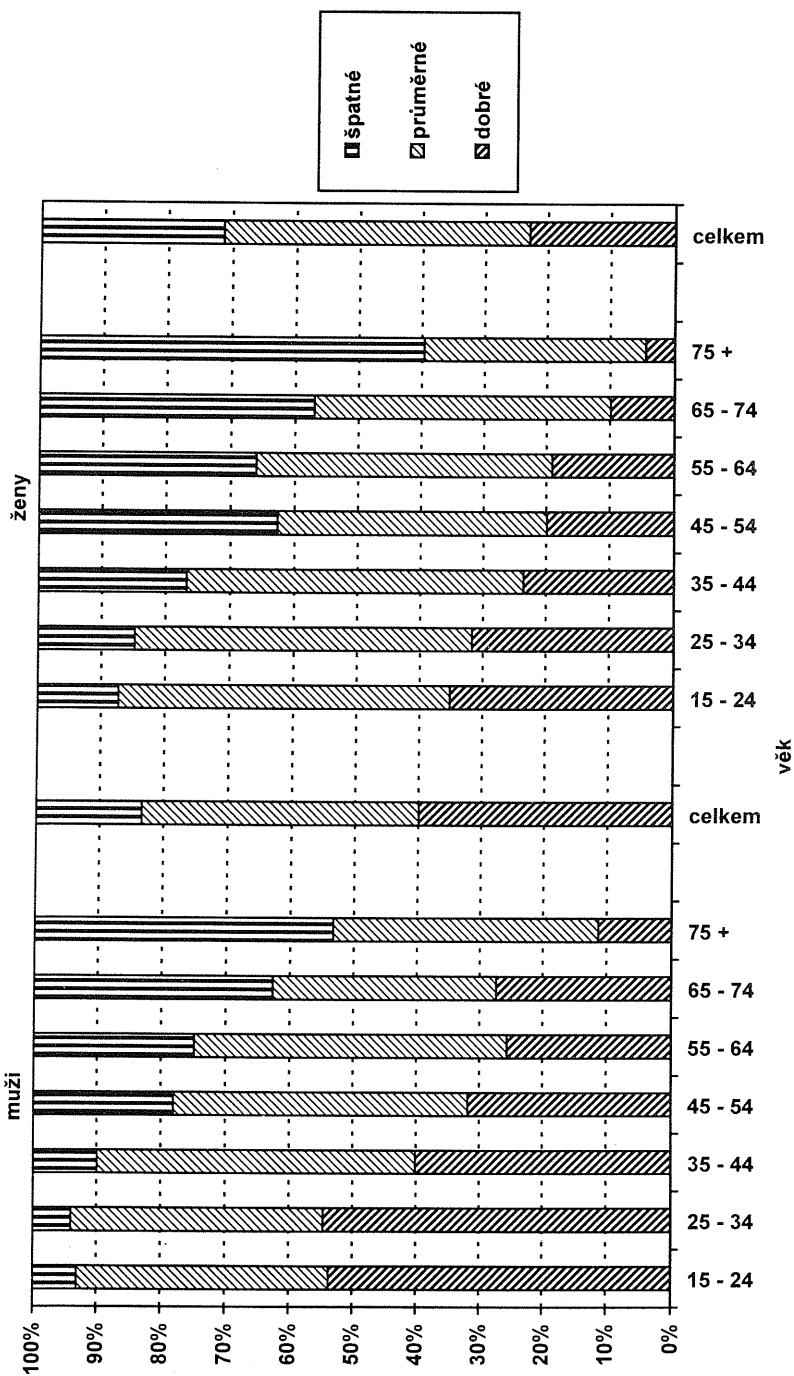
Tab. 6.3.1 Prevalence jednotlivých zdravotních potíží v posledních 4 týdnech

Druh potíže	Procento respondentů s uvedenými potížemi							
	celkem	věková skupina						
		15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+
muži								
bolesti hlavy	29,8	27,5	26,8	35,5	32,9	28,1	28,7	22,6
nachlazení a chřipka	26,6	32,2	29,1	23,7	28,1	19,6	20,7	29,0
přetrvávající kašel	13,4	12,8	11,3	10,0	16,1	15,6	13,3	22,6
senná rýma	6,2	10,3	6,3	5,4	5,1	4,0	5,3	3,2
zánět čelních a čelistních dutin	3,4	2,2	3,0	4,0	5,1	3,5	2,7	3,2
žaludeční a zažívací potíže	17,2	7,2	14,9	16,1	2,4	20,6	22,7	19,4
zácpa	5,6	2,5	2,3	3,7	5,8	6,5	15,3	19,4
slabost nebo závratě	9,2	4,4	5,0	7,0	8,2	15,6	16,7	32,3
bolesti kloubů	25,3	10,0	9,6	24,4	33,2	38,2	48,0	51,6
bolesti zad	43,5	27,8	33,4	50,2	52,7	55,8	50,7	41,9
potíže s nohama	20,4	11,9	7,9	15,7	23,3	28,6	41,3	58,1
zrakové potíže	14,2	6,6	10,9	10,4	17,8	21,1	23,3	25,8
sluchové potíže	8,0	2,5	2,3	5,0	7,2	10,6	26,0	30,6
ledvinové nebo močové potíže	8,0	2,5	2,6	5,4	7,2	14,1	20,7	29,0
srdeční potíže nebo dušnost	11,6	1,9	3,3	4,3	14,7	25,1	28,0	40,3
ostatní potíže	5,6	4,3	6,4	4,8	6,0	7,3	21,0	6,2
žádné potíže	19,6	32,2	25,8	18,4	13,4	12,1	12,0	3,2
ženy								
bolesti hlavy	53,8	51,3	60,1	61,3	61,5	41,9	43,1	41,4
nachlazení a chřipka	28,4	40,9	31,8	30,0	25,1	25,1	20,3	11,7
přetrvávající kašel	13,0	11,4	14,2	14,2	14,4	13,5	11,4	9,0
senná rýma	5,2	8,1	3,4	5,6	5,8	4,7	4,0	2,7
zánět čelních a čelistních dutin	3,8	2,3	3,7	5,6	4,9	3,3	3,5	0,9
žaludeční a zažívací potíže	21,2	15,4	19,3	19,5	22,9	25,1	25,7	26,1
zácpa	12,0	5,4	9,5	8,4	12,2	13,0	17,8	34,2
slabost nebo závratě	18,4	9,1	12,2	14,6	19,3	20,5	25,2	52,3
bolesti kloubů	35,6	10,1	16,9	29,4	40,7	47,4	68,8	73,0
bolesti zad	49,9	27,5	41,2	54,8	58,4	56,3	64,4	55,0
potíže s nohama	30,1	7,4	13,5	24,8	31,8	44,7	57,9	66,7
zrakové potíže	20,7	11,4	9,1	16,4	26,9	22,3	32,7	45,9
sluchové potíže	7,1	3,4	1,7	2,2	7,0	12,6	11,9	26,1
ledvinové nebo močové potíže	8,7	3,7	5,4	6,8	8,9	11,6	14,4	20,7
srdeční potíže nebo dušnost	14,2	1,3	2,4	6,8	13,8	22,8	35,6	47,7
gynekologické potíže	14,5	17,8	14,2	18,6	26,3	7,4	-	-
ostatní potíže	8,4	7,1	8,0	10,1	10,2	10,9	11,7	9,1
žádné potíže	8,1	15,8	11,5	7,7	4,9	5,6	3,5	1,8

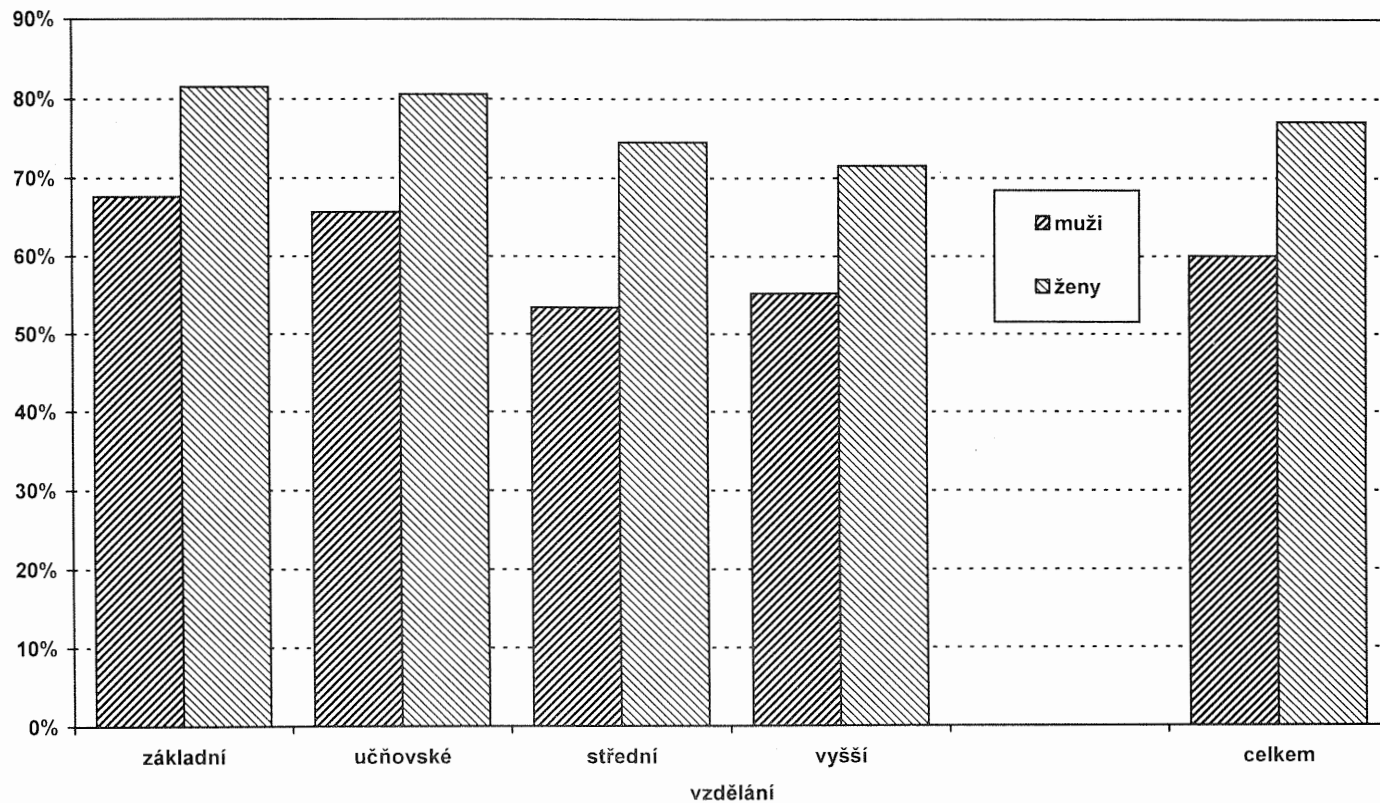
Tab. 6.3.2 Respondenti podle kategorií zdraví

	Procento respondentů se zdravím					
	muži			ženy		
	dobrým	průměrným	špatným	dobrým	průměrným	špatným
celkem	39,9	43,5	16,6	22,9	48,5	28,6
BMI						
- 19,9	45,1	39,2	15,7	30,5	50,3	19,3
20,0 - 26,9	43,5	42,2	14,2	25,6	49,5	25,0
27,0 - 29,9	31,9	47,7	20,4	16,7	48,8	34,5
30,0 +	28,4	46,2	25,4	9,8	41,1	49,1
subjektivní zdraví						
velmi dobré	77,6	21,0	1,4	63,9	33,2	2,9
dobré	49,7	45,8	4,5	30,1	37,5	12,5
přiměřené	26,3	55,1	18,7	15,5	55,2	29,3
špatné	8,9	42,6	48,5	3,5	34,5	62,0
velmi špatné	-	12,5	87,5	2,4	22,0	75,6
chronická nemocnost						
žádná	60,5	35,4	4,2	40,6	49,2	10,2
neomezující	22,7	54,5	22,7	11,8	53,0	35,1
omezující	10,7	37,1	52,2	2,9	28,6	68,4

Graf 6.3.1 Složení respondentů podle kategorie zdraví



Graf 6.3.2 Procento respondentů s průměrným a špatným zdravím



6.4 PSYCHICKÉ ZDRAVÍ

S lidským zdravím úzce souvisí životní spokojenost. Z hlediska vývojových potřeb společnosti je důležité, aby se rozvíjel i lidský jedinec, a to je možné pouze tehdy, když má pozitivní vztah k životu, když si důvěřuje, cítí se tzv. "v pohodě", neboť sféra osobního života a sféra života společnosti spolu úzce souvisí. Pocit uspokojení a sebevědomí je důležitým prvkem vnitřní harmonie člověka.

V našem šetření respondenti prostřednictvím otázky týkající se emoční pohody vyjadřovali svůj duševní stav, svoje pocity a nálady během posledního měsíce před rozhovorem. Jednotlivé pocity a nálady byly shrnuty do dvanácti podotázek, na něž dotazovaní odpovídali pomocí čtyřbodové škály (odpovědi ani ne, ne více než obvykle, poněkud více než obvykle a mnohem více než obvykle) a tím vyjadřovali stupeň svého „narušení“ příslušnou příčinou. Odpovědi 3 a 4 pak byly hodnoceny jako přítomnost emoční poruchy. Přehled typů emočních poruch a jejich prevalenci u respondentů v rozdělení na pohlaví poskytuje tabulka 6.4.1.

Nejčastějším typem emočních poruch byly u mužů neschopnost těšit se (16,50 %), dále pak pocit neštěstí (15,83 %) a trvalé vnitřní napětí (14,59 %). U žen byly za nejčastější poruchy označeny poruchy spánku, trvalé vnitřní napětí a pocit neštěstí (22,12 %), dále pak následovala neschopnost těšit se (21,44 %), neschopnost koncentrace (20,26 %) a deprese (19,41 %). Naopak nejméně častým typem poruchy byl u mužů pokles sebedůvěry (3,82 %) a u žen pocit bezvýznamnosti (5,98 %). Zatímco u všech typů poruch došlo oproti r. 1993 k nárůstu u mužů i žen v rozmezí od 0,3 % do 4,2 %, pouze u trvalého vnitřního napětí došlo u mužů k poklesu, a to přibližně o 2 %. U všech emočních poruch pak byla zjištěna jejich vyšší prevalence u žen než u mužů, a to v rozmezí od 1 % do téměř 9 %. Největší rozdíl pak byl zjištěn u poruch spánku, dále u depresivity a u trvalého vnitřního napětí.

Jak již bylo uvedeno, stupeň „narušení“ vyjadřovali respondenti pomocí čtyřbodové škály, přičemž body 1 a 2 byly považovány za pohodu a body 3 a 4 za nepohodu. Na základě výskytu emočních poruch (nepohody) byl zkonstruován ukazatel „skóre emoční nepohody“, daný jako počet přítomných emočních poruch (tedy odpovědi 3 a 4) průměrné skóre emoční nepohody podle jednotlivých věkových skupin je uvedeno v tabulce 6.4.2. Vyplyvá z ní, že v průměru připadalo na 1 ženu 1,86 emoční poruchy (v r. 1993 1,55) a na 1 muže 1,25 emoční poruchy (v r. 1993 1,13). Toto skóre je též zřejmé z grafu 6.4.2.

Emoční pohodu pak vyjadřovali respondenti jako výbornou, dobrou, průměrnou nebo špatnou. Složení respondentů podle ní v rozdělení na pohlaví a podle jednotlivých věkových skupin je znázorněno v grafu 6.4.1.

Ve výborné emoční pohodě se nacházeli ti, kteří neměli žádný výskyt poruchy. Výbornou emoční pohodu vyjádřilo celkem 57,66 % respondentů, z toho 62,68 % mužů (v r. 1993 59,9 % s.n.r.) a 53,05 % žen (v r.1993 53,6 % - s.n.r.). Pokud se u někoho objevila pouze jedna porucha, znamenalo to dobrou emoční pohodu, kterou udalo celkem 11,98 % respondentů, z toho 11,95 % mužů (v r. 1993 15,1 % s.v.r.) a 12,02 % žen (v r. 1993 13,0 % - s.n.r.).

Pokud měl někdo špatnou náladu či pocity u dvou až tří příčin, byl zařazen již do kategorie průměrná emoční pohoda. Konečně v poslední skupině se ocitli ti respondenti, kteří měli 4 a více emočních poruch.

Zatímco se vzrůstajícím věkem docházelo k poklesu podílu respondentů vyjadřujících výbornou emoční pohodu, naopak docházelo k vzestupu respondentů hlásících se ke špatné emoční pohodě (neboli nepohodě). Špatnou emoční pohodu vyjádřilo celkem 17,02 % všech respondentů (v r. 1993 14,2 % - s.v.r.), z toho 12,81 % mužů (v r. 1993 10,4 % - s.n.r.) a 20,88 % žen (v r. 1993 17,6 % - s.v.r.). Zbytek respondentů, tj. 13,34 % z celkového počtu všech dotazovaných (12,56 % mužů a 14,05 % žen) se hlásil k již zmíněné průměrné emoční pohodě.

Tak jako v předchozím šetření byla provedena analýza vztahu průměrného skóre emoční nepohody k vybraným socioekonomickým a zdravotním charakteristikám. Zcela evidentní je u obou pohlaví výrazná korelace průměrného skóre emoční nepohody se subjektivním zdravím, což je patrné i z již uvedeného grafu 6.4.2.

Můžeme říci, že cítí-li se člověk špatně, je tzv. psychicky přetížen, z toho pak vyplývá nutnost relaxace spojená s tělesnou aktivitou, takže zde dochází k určité vazbě i mezi těmito dvěma kategoriemi.

Srovnáme-li výsledky našeho šetření s výsledky šetření předchozího (HIS 93), dospějeme k závěru, že došlo k mírnému zhoršení psychického zdraví naší populace, což je zřejmě způsobeno vzrůstajícími nároky v oblasti pracovní i mimopracovní. Vyšší podíl psychických problémů u žen může souviset i s tzv. „ženskou přirozeností“, tedy se sklonem k většímu prožívání problémů.

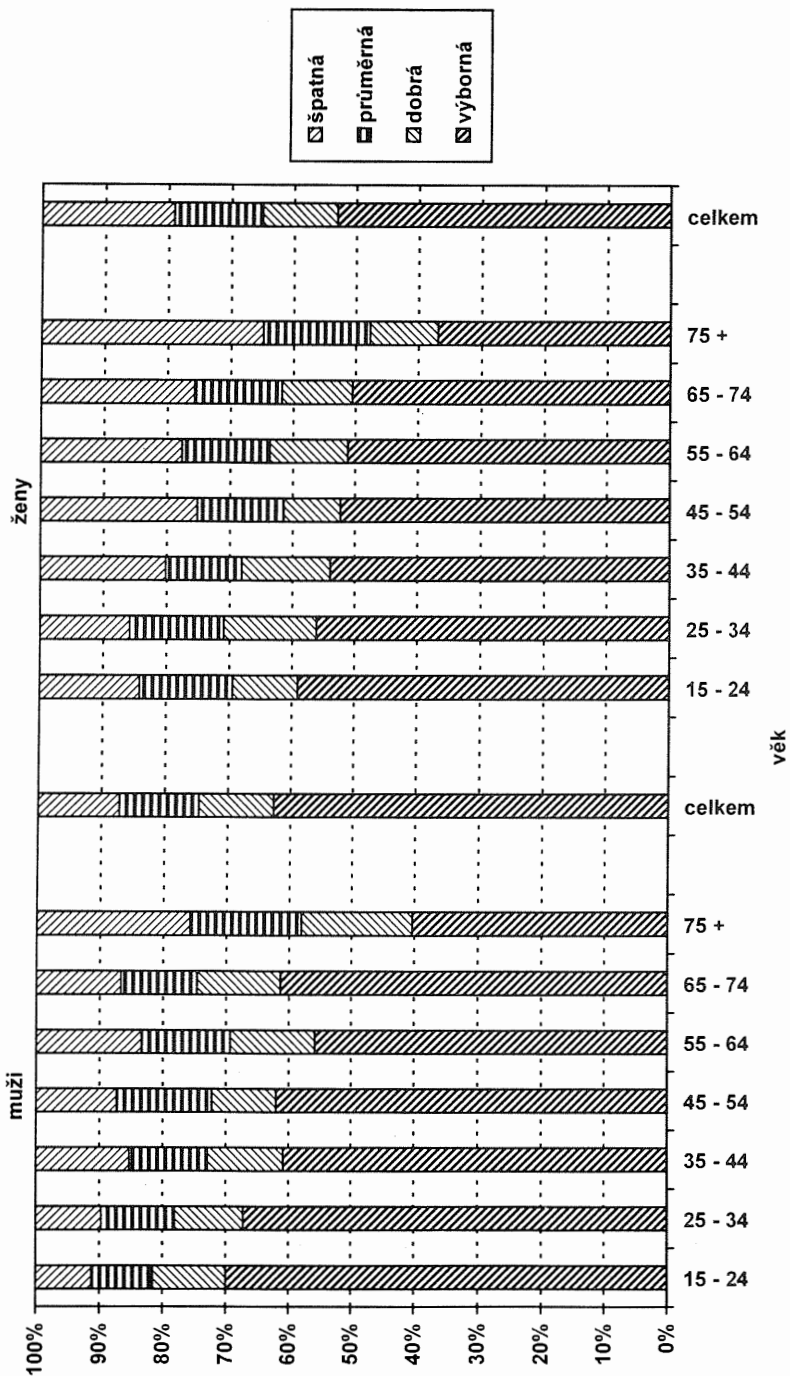
**Tab. 6.4.1 Prevalence emočních poruch
v posledních 4 týdnech**

Druh poruchy	Procento respondentů s poruchou	
	muži	ženy
poruchy spánku	13,24	22,12
trvalé vnitřní napětí	14,59	22,12
neschopnost překonat potíže	9,42	15,18
deprese	11,02	19,41
ztráta sebedůvěry	3,82	6,43
pocit bezvýznamnosti	4,13	5,98
neschopnost koncentrace	14,22	20,26
pocit neužitečnosti	9,48	10,38
neschopnost řešit problémy	7,64	13,09
nerozhodnost	4,62	7,22
pocit neštěstí	15,83	22,12
neschopnost těšit se	16,50	21,44

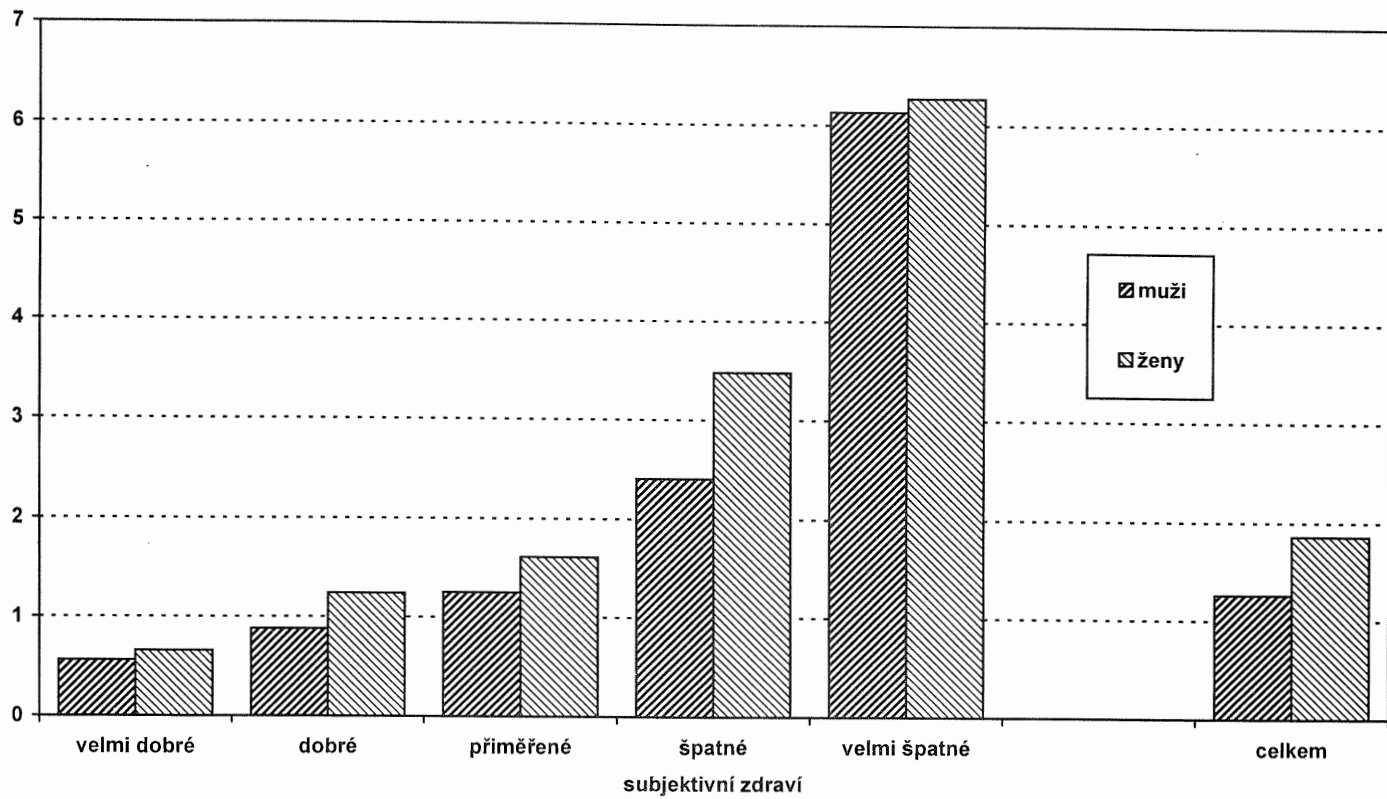
Tab. 6.4.2 Skóre emoční nepohody

	Průměrné skóre emoční nepohody	
	muži	ženy
celkem	1,25	1,86
věk		
15 - 24	0,87	1,45
25 - 34	1,02	1,29
35 - 44	1,42	1,81
45 - 54	1,24	2,10
55 - 64	1,62	1,91
65 - 74	1,27	2,14
75 +	2,21	3,26
subjektivní zdraví		
velmi dobré	0,56	0,66
dobré	0,88	1,24
přiměřené	1,25	1,61
špatné	2,41	3,48
velmi špatné	6,13	3,27

Graf 6.4.1 Složení respondentů podle emoční pohody



Graf 6.4.2 Průměrné skóre emoční nepohody



6.5 CHRONICKÁ NEMOCNOST

Mezi nejdůležitější ukazatele zdravotního stavu patří chronická nemocnost. V našem šetření, tak jako v šetření předchozím, tedy HIS 93, jsme otázku týkající se chronické nemocnosti rozdělili na dvě části.

V první části otázky byli respondenti rozděleni na skupiny podle toho, zda měli nějaká chronická onemocnění a jak je tato onemocnění omezovala. Stupeň omezení chronickou chorobou respondenti vyjadřovali v pětibodové škále (netrpím žádným chronickým onemocněním, trpím neomezujícím chronickým onemocněním, jsem omezen - částečně, středně nebo zcela). Podle stupně omezení byl vypočten ukazatel kategorie chronické nemocnosti se třemi stupni. První stupeň odpovídal neexistenci chronické choroby, druhý stupeň výskytu neomezující chronické choroby a třetí stupeň znamenal výskyt omezující chronické choroby bez ohledu na výši omezení.

Zcela bez chronických nemocí bylo 45,4 % všech respondentů (v r. 1993 46,4 % - s.n.r.), více pak mužů 48,8 % (v r. 1993 50,4 % - s.n.r.), než žen 42,2 % (v r. 1993 43,0 % - s.n.r.). Neomezující chronické nemoci byly zjištěny u dalších 43,7 % respondentů (v r. 1993 u 44,0 % - s.n.r.), z toho pak u 41,4 % mužů (v r. 1993 u 41,1 % - s.n.r.) a u 45,8 % žen (v r. 1993 u 46,5 % - s.n.r.). Ty chronické choroby, které respondenty zdravotně či společensky omezovaly, nahlásilo celkem 10,9 % dotazovaných (v r. 1993 9,6 % - s.n.r.), z toho 9,8 % mužů (v r. 1993 8,5 % - s.n.r.) a téměř 12 % žen (v r. 1993 10,6 % - s.n.r.). Podrobnější přehled o chronické nemocnosti podle věku a pohlaví poskytuje tabulka 6.5.1, z níž je patrná závislost chronické nemocnosti na věku.

Ve druhé části otázky pak respondenti označili, kterými ze 24 (u žen 25) vybraných diagnóz trpí. Podrobný přehled o zjištěném výskytu jednotlivých vybraných chronických nemocí podle pohlaví a věkových skupin poskytuje tabulka 6.5.3.

Nejčastější skupinou chronických nemocí u mužů byla onemocnění páteře (12,9 %) a hypertenzní choroba (12,9 %), dále pak artrózy (9,1 %) a akutní infarkt (9,1 %). U žen pak nejčastější skupinou byla opět, ovšem s vyššími hodnotami, onemocnění páteře (16,9 %), dále pak artrózy (15,5 %) a hypertenzní choroba (14,2 %). I u prevalence chronické nemocnosti je zřetelná závislost na věku. Zatímco v nejmladší věkové skupině připadalo na 1 muže 0,39 (v r. 1993 0,34) a na 1 ženu 0,38 (v r. 1993 0,30) onemocnění, u nejstarších respondentů bylo zjištěno 3,31 onemocnění na 1 muže (v r. 1993 2,05) a 3,95 onemocnění na 1 ženu (v r. 1993 2,87). Celkem na 1 respondenta připadalo v průměru 1,38 chronických nemocí (v r. 1993 1,15), na 1 muže pak 1,16 (v r. 1993 0,94) a na 1 ženu 1,61 (v r. 1993 1,33) chronických nemocí. Oproti r. 1993 došlo ke zvýšení v průměru o 0,3 nemoci. Současně byl mezi respondenty zjištěn i poměrně vysoký podíl jiných než vyjmenovaných chronických nemocí, a to 8,3 % u mužů (v r. 1993 9,6 %) a 9,3 % u žen (v r. 1993 10,5 %).

V grafu 6.5.2 je znázorněn průměrný počet chronických onemocnění v jednotlivých věkových skupinách.

Porovnání chronické nemocnosti s úrovní dosaženého vzdělání je znázorněno v grafu 6.5.1, z něhož vyplývá, že žádná výrazná závislost mezi těmito dvěma kategoriemi není, pouze u žen můžeme pozorovat jistý pokles chronické nemocnosti s růstem vzdělání, což je shodné s předchozím šetřením.

Z tabulky 6.5.2 naopak vyplývá těsná korelace mezi vyšší chronickou nemocností na jedné straně a horším subjektivním zdravím a vyššími zdravotními potížemi na straně druhé. Potvrzuje se i určitá závislost mezi indexem tělesné hmotnosti (BMI) a chronickými nemocemi. Čím je člověk obéznější, tím je i náchylnější k nemocem, zvláště pak, jak již bylo uvedeno dříve v kapitole o BMI, k hypertenzním chorobám a onemocněním srdce a cév. Též byla zjištěna závislost mezi chronickou nemocností a emoční pohodou, neboť respondenti, kteří byli ve špatné emoční pohodě, trpěli v průměru více chronickými nemocemi a naopak. Také nedodržování správného životního stylu mělo z hlediska chronických onemocnění velmi často za následek poruchu zdraví. Špatný životní styl (málo tělesné aktivity, kouření, alkohol, špatné stravovací zásady) totiž přispívá k výskytu chronických onemocnění, a to jak neomezujících, tak i omezujících.

Srovnáme-li výsledky tohoto šetření s výsledky předchozího šetření, můžeme konstatovat, že přes mírný nárůst chronických onemocnění k výrazným změnám v oblasti chronické nemocnosti nedošlo.

Tab. 6.5.1 Chronická nemocnost

Stupeň omezení	Procento respondentů podle stupně omezení chronickými nemocemi							celkem
	věková skupina							
	15 - 24	25 - 34	35 - 44	45 - 54	55 - 64	65 - 74	75 +	
	muži							
bez nemoci	71,6	68,2	55,5	39,4	21,1	22,0	1,6	48,8
neomezující nemoci	26,9	28,8	36,8	46,2	61,8	63,3	59,7	41,4
částečně omezující nemoci	1,3	2,6	6,4	9,6	11,1	10,7	25,8	7,0
středně omezující nemoci	-	0,3	1,3	4,8	5,5	4,0	12,9	2,7
zcela omezující nemoci	0,3	-	-	-	0,5	-	-	0,1
	ženy							
bez nemoci	71,5	63,9	48,3	33,3	25,1	9,9	6,3	42,2
neomezující nemoci	27,9	34,1	43,7	56,0	59,5	62,4	44,1	45,8
částečně omezující nemoci	0,3	1,0	6,2	7,0	11,2	19,8	23,4	7,7
středně omezující nemoci	0,3	-	1,9	3,7	3,3	6,4	22,5	3,6
zcela omezující nemoci	-	-	-	-	-	1,0	2,7	0,5

Tab. 6.5.2 Chronická nemocnost podle kategorií

	Procento respondentů podle chronických nemocí					
	muži			ženy		
	žádné	neomezující	omezující	žádné	neomezující	omezující
BMI						
- 17,9	63,2	26,3	10,5	61,3	29,0	9,7
18,0 - 19,9	50,0	46,9	3,1	68,9	23,8	7,3
20,2 - 26,9	53,9	37,1	9,0	45,9	44,7	9,5
27,0 - 29,9	38,2	53,0	8,8	26,5	55,3	18,3
30,0 +	31,4	50,9	17,8	20,2	61,0	18,8
zdravotní potíže						
dobré zdraví	73,8	23,6	2,6	74,9	23,6	1,5
průměrné zdraví	39,7	52,0	8,4	42,9	50,2	6,9
špatné zdraví	12,3	56,9	30,9	15,1	56,8	28,1
subjektivní zdraví						
velmi dobré	87,6	11,7	0,7	85,6	14,4	-
dobré	65,9	32,8	1,3	67,2	32,6	0,2
přiměřené	34,0	62,1	3,9	31,5	64,0	4,4
špatné	4,1	53,0	43,0	3,5	55,8	40,7
velmi špatné	-	18,8	81,3	-	9,8	90,2

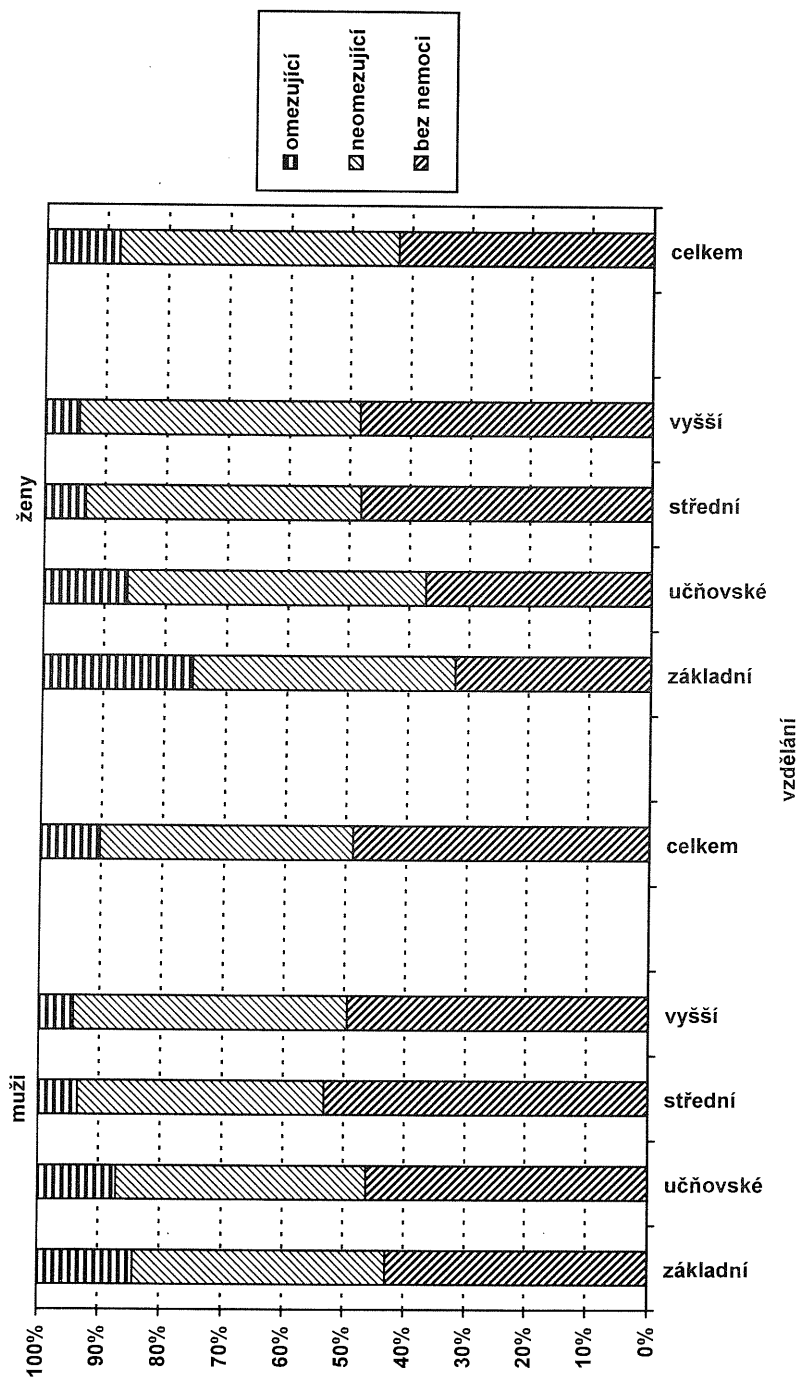
Tab. 6.5.3 Prevalence jednotlivých chronických onemocnění

Druh onemocnění	Procento respondentů s nemocí							celkem
	věková skupina							
	15 - 24	25 - 34	35 - 44	45 - 54	55 - 64	65 - 74	75 +	
	muži							
astma, chronická bronchitida aj. plicní onemocnění	4,7	4,3	2,7	10,3	11,6	10,0	16,1	7,0
chronický zánět čelních nebo čelistních dutin	1,3	1,7	3,0	2,1	2,5	3,3	1,6	2,2
ischemická choroba srdeční, akutní infarkt	0,3	1,7	1,3	7,5	23,6	28,0	41,9	9,1
hypertenzní choroba	1,9	2,3	7,4	17,8	27,1	29,3	40,3	12,9
mozková mrtvice aj. cévní onemocnění mozku	0,3	-	0,3	1,0	3,0	7,3	11,3	1,8
vředová choroba žaludku nebo dvanáctníku	1,9	5,0	6,0	10,3	12,1	7,3	4,8	6,6
dlouhodobé potíže se střevy	0,6	3,3	3,3	4,8	6,0	6,0	11,3	3,9
žlučové kameny, zánět žluč. měchýře	-	1,0	4,0	4,5	7,0	4,0	16,1	3,6
nemoci jaterní, jaterní cirhóza	0,9	2,0	2,0	3,4	6,0	4,0	4,8	2,8
ledvinové kameny	0,3	0,7	1,0	3,1	4,0	5,3	8,1	2,2
chronické onemocnění ledvin	0,9	2,0	2,0	3,8	4,0	8,0	8,1	3,1
chronický zánět močového měchýře	0,6	0,3	0,7	2,1	2,5	4,7	9,7	1,8
cukrovka	0,6	0,7	1,0	5,5	14,6	18,0	19,4	5,6
onemocnění štítné žlázy, struma	1,6	0,7	-	1,0	1,5	2,0	-	1,0
chronické onemocnění páteře, výhřez ploténky	5,6	4,3	18,7	16,4	20,1	19,3	9,7	12,9
artróza kolen, kyčlí nebo rukou	1,3	1,0	5,4	11,0	15,6	24,7	38,7	9,1
zánět kloubů rukou nebo nohou	0,9	1,7	4,3	11,6	13,1	16,0	29,0	7,6
jiné revmatické záněty kloubů	0,9	1,3	3,7	8,9	11,1	14,7	17,7	6,1
epilepsie	-	-	-	0,7	-	0,7	1,6	0,2
závrať s pádem	-	0,7	0,7	2,4	1,0	4,7	12,9	1,7
migréna	1,6	2,0	3,0	3,4	4,5	4,7	1,6	2,9
chronické onemocnění kůže	3,1	3,6	2,3	3,8	4,0	1,3	6,5	3,3
zhoubný novotvar	-	0,3	0,3	0,7	1,5	2,0	3,2	0,7
jiná chronická onemocnění	10,0	8,6	6,7	4,8	7,0	9,2	16,1	8,3

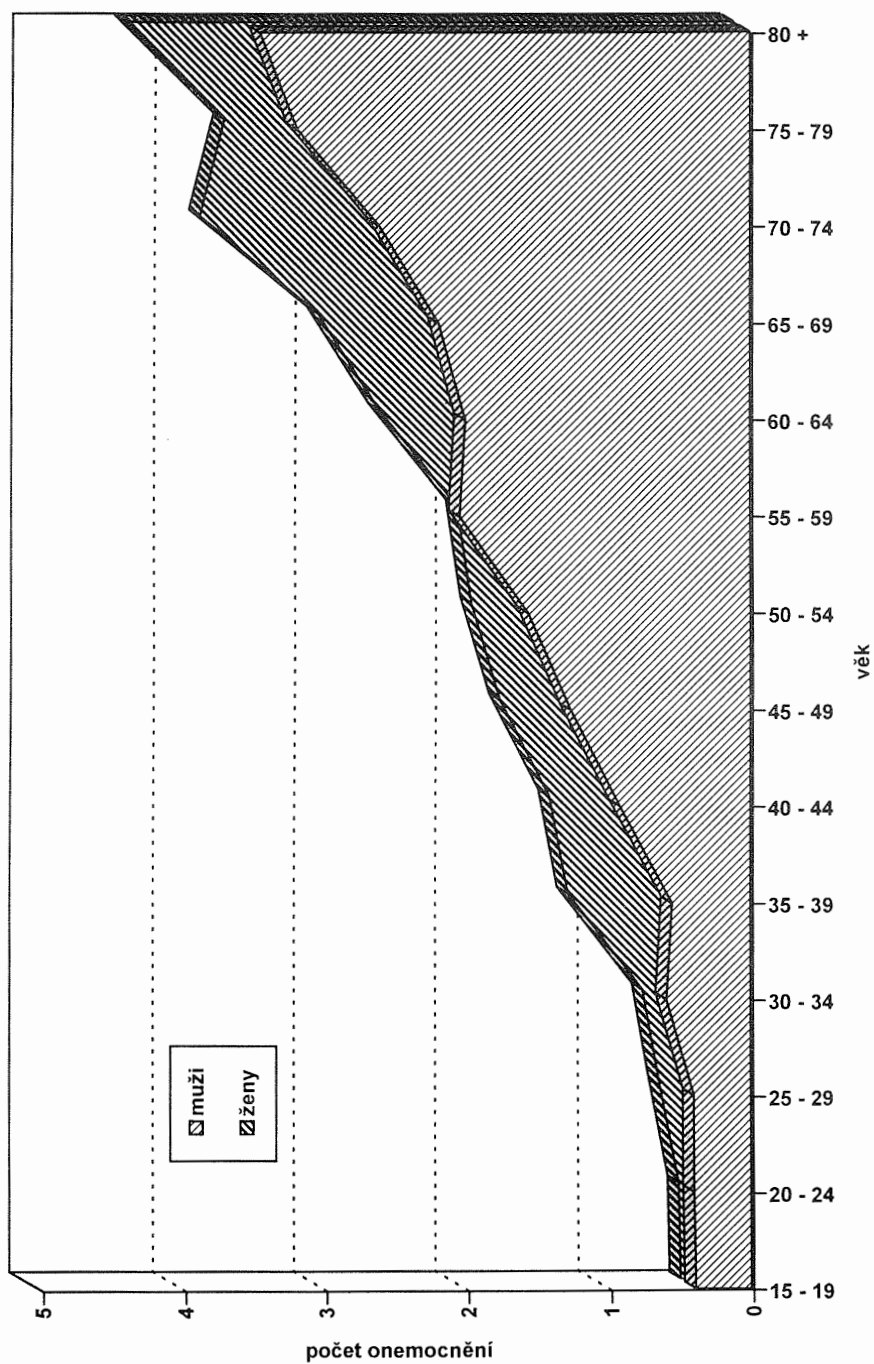
Tab. 6.5.3 Prevalence jednotlivých chronických onemocnění

Druh onemocnění	Procento respondentů s nemocí							celkem
	věková skupina							
	15 - 24	25 - 34	35 - 44	45 - 54	55 - 64	65 - 74	75 +	
	ženy							
astma, chronická bronchitida aj. plicní onemocnění	3,0	2,0	5,9	6,7	12,1	10,9	9,0	6,4
chron. zánět čelních nebo čelistních dutin	1,0	1,0	4,6	4,0	2,8	2,5	3,6	2,8
ischemická choroba srdeční, akutní infarkt	-	0,7	1,2	6,7	14,0	28,7	45,9	9,4
hypertenzní choroba	1,3	1,4	6,8	14,4	22,8	42,1	36,9	14,2
mozková mrtvice aj. cévní onemocnění mozku	-	-	0,9	1,5	0,9	7,9	9,9	2,1
vředová choroba žaludku nebo dvanáctníku	0,7	1,4	5,3	5,5	5,6	4,5	10,8	4,2
dlouhodobé potíže se střevy	0,3	2,7	3,1	4,3	5,6	5,4	11,7	3,9
žlučové kameny, zánět žlučového měchýře	0,3	2,4	8,7	8,6	14,0	14,4	9,9	7,6
nemoci jaterní, jaterní cirhóza	0,3	1,4	0,9	4,0	3,3	2,5	0,9	1,9
ledvinové kameny	-	1,4	2,5	2,4	2,8	5,9	4,5	2,4
chronické onemocnění ledvin	0,7	2,0	4,0	2,8	4,7	7,9	5,4	3,5
chronický zánět močového měchýře	0,3	2,0	1,9	4,0	4,2	7,9	10,8	3,6
výhřez dělohy	-	0,3	0,6	3,1	6,0	5,4	3,6	2,3
cukrovka	0,3	1,4	2,8	6,7	9,3	23,8	21,6	7,2
onemocnění štítné žlázy, struma	3,0	3,4	5,3	7,0	6,5	6,4	3,6	5,1
chronické onemocnění páteře, výhřez ploténky	4,0	8,4	17,0	21,1	27,0	24,3	27,9	16,9
artróza kolen, kyčlí nebo rukou	0,7	0,7	7,1	14,7	25,6	42,1	53,2	15,5
zánět kloubů rukou nebo nohou	1,3	2,0	9,6	10,7	17,2	28,2	37,8	12,0
jiné revmatické záněty kloubů	1,7	1,0	8,0	10,4	14,4	29,2	36,0	11,2
epilepsie	0,7	-	0,6	-	0,5	0,5	0,9	0,4
závrať s pádem	1,7	0,3	2,8	2,4	2,8	6,4	22,5	3,8
migréna	4,7	8,8	13,3	15,0	9,3	8,4	9,9	10,2
chronické onemocnění kůže	4,4	4,1	4,0	5,8	4,2	3,5	2,7	4,3
zhoubný novotvar	-	-	0,3	1,8	2,3	2,0	2,7	1,1
jiná chronická onemocnění	8,1	8,4	6,8	11,3	8,4	11,4	13,5	9,3

Graf 6.5.1 Složení respondentů podle omezení chronickými nemocemi



Graf 6.5.2 Průměrný počet chronických onemocnění



6.6 DLOUHODOBÁ NESCHOPNOST

Účelem této otázky bylo získat základní údaje o prevalenci dlouhodobých závažných zdravotních a fyzických omezení v naší populaci.

V první části otázky byla zjišťována míra omezení pohyblivosti. Z celého výběru 3396 respondentů bylo zjištěno 9 osob (1 muž a 8 žen) trvale upoutaných na lůžko. Celkem 83 respondentů (24 mužů a 59 žen) ohodnotilo svůj fyzický stav tak, že není schopno bez cizí pomoci opustit svůj dům, byt či zahradu. Všech respondentů se sníženou pohyblivostí pak bylo 92, tedy 2,7 %. Stejně procento respondentů bylo zjištěno i v předchozím šetření HIS 93.

Druhá část otázky byla zaměřena na zjištění dlouhodobých potíží (zejména pohybového a smyslového charakteru) a na zjištění potřeby pomoci při provádění běžných denních úkonů souvisejících s osobní hygienou, stravováním a pohybem. U celkem 13 každodenních činností respondenti odpovídali, jak moc je u nich tato činnost v důsledku dlouhodobých zdravotních potíží omezena. Ti respondenti, u nichž byla zjištěna alespoň jedna ze 13 potíží, byli zařazeni mezi dlouhodobě neschopné. Na základě odpovědí respondentů byl vypočten ukazatel kategorie dlouhodobé neschopnosti, který měl tři stupně: bez potíží, dlouhodobá neschopnost 1. stupně a dlouhodobá neschopnost 2. stupně.

Do první kategorie byli zařazeni respondenti pouze v případě, že všechny vybrané denní činnosti zvládali bez potíží. Jednalo se celkem o 75,3 % všech respondentů, z toho o 78,4 % mužů a 72,4 % žen. Ve druhé kategorii byli respondenti, u kterých zvládnutí alespoň jedné činnosti představovalo menší obtíž, resp. menší omezení, a zároveň žádnou činnost nezvládali s většími potížemi. Jednalo se u nich o 1. stupeň dlouhodobé neschopnosti a v našem šetření do tohoto stupně patřilo celkem 20,9 % všech respondentů, z toho 19,5 % mužů a 22,2 % žen. Pokud respondenti alespoň jednu denní činnost vykonávali s větší potíží, resp. omezením, byli zařazeni do kategorie s 2. stupněm dlouhodobé neschopnosti. V tomto případě se jednalo celkem o 3,8 % všech respondentů, z toho o 2,1 % mužů a 5,4 % žen. Celkem bylo všech respondentů s potížemi (1. i 2. stupně) 24,7 %, z toho pak 21,6 % mužů a 27,6 % žen.

Přehled podílů dlouhodobě neschopných respondentů v rozdělení na pohlaví a věkové skupiny je uveden v tabulce 6.6.1. Z ní vyplývá, že s rostoucím věkem narůstá i počet dlouhodobých potíží, což je podmíněno fyziologicky. Zároveň je zřetelná i souvislost mezi počtem dlouhodobých potíží a subjektivním zdravím, chronickou nemocností a počtem zdravotních potíží. Respondenti se špatným subjektivním zdravím, s omezujícími chronickými nemocemi a s větším počtem zdravotních potíží měli i více dlouhodobých potíží. V této tabulce je rovněž uveden průměrný počet dlouhodobých potíží připadajících na 1 respondenta (0,56 u mužů a 0,91 u žen) a na 1 dlouhodobě nemocného dané věkové skupiny (2,53 u mužů a 3,18 u žen). Tyto údaje jsou rovněž znázorněny v grafu 6.6.

Přehled o prevalenci jednotlivých typů neschopnosti u respondentů poskytuje další tabulka 6.6.2. Ze všech 13 typů dlouhodobých potíží patřily mezi nejfrekventovanější u mužů sluchové potíže (10,8 %), dále pak potíže spojené s leháním do postele a vstáváním z ní (8,7 %) a potíže s vyjitím schodů (7,3 %). U žen pak to byly opět potíže

spojené s leháním do postele a vstáváním z ní (12,9 %), potíže s vyjitím schodů (11,6 %) a potíže zrakové (9,8 %).

V přepočtu na 100 dlouhodobě neschopných připadalo 69,4 pohybových poruch (v r. 1993 65,7), 40,9 sluchových poruch (v r. 1993 40,1), 32,8 zrakových poruch (v r. 1993 34,9), 11,9 poruch kontroly udržení moči (v r. 1993 9,3) a 2,3 poruch souvisejících s mluvením. Na 1 dlouhodobě neschopného respondenta připadalo v průměru 2,9 dílčích neschopností (v r. 1993 2,6).

Pokud se chceme dlouhodobým potížím vyhnout, měli bychom se vyvarovat špatným zvykostem, tzn. nekouřit, nadměrně nekonzumovat alkohol, dodržovat správnou výživu a alespoň občas udělat něco pro svou tělesnou kondici.

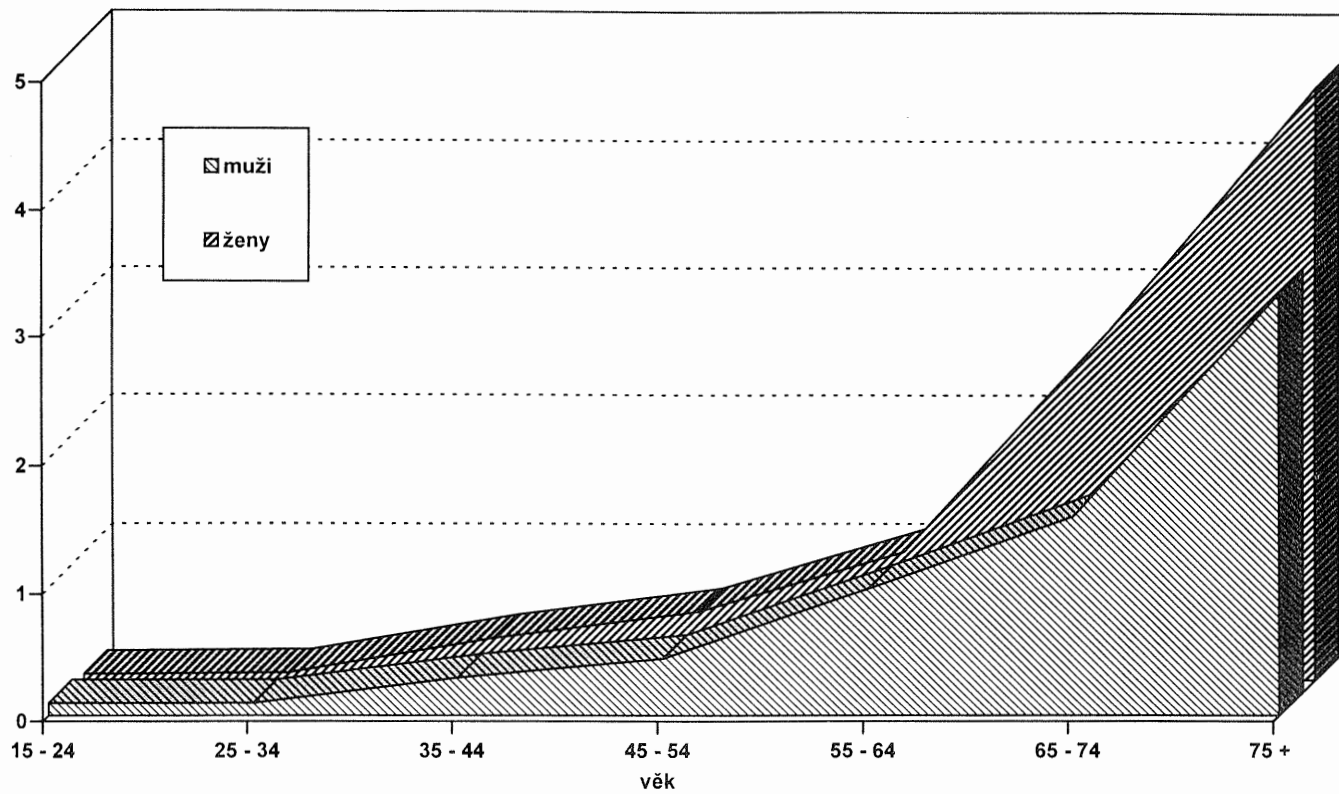
Tab. 6.6.1 Dlouhodobé potíže

Věk	Procento dlouhodobě neschopných		Průměrný počet dlouhodobých potíží			
	muži	ženy	na 1 respondenta		na 1 dlouhodobě nemocného	
			muži	ženy	muži	ženy
celkem	22,41	31,03	0,56	0,91	2,53	3,18
věk						
15 - 24	4,69	4,36	0,10	0,05	2,13	1,08
25 - 34	8,28	6,42	0,10	0,06	1,20	0,89
35 - 44	15,72	16,10	0,30	0,33	1,87	2,06
45 - 54	22,26	26,30	0,45	0,54	2,02	2,06
55 - 64	39,70	41,40	0,99	1,01	2,49	2,45
65 - 74	57,33	72,28	1,57	2,74	2,74	3,79
75 +	75,81	89,19	3,32	4,66	4,38	5,22
subjektivní zdraví						
velmi dobré	3,45	2,88	0,50	0,05	1,40	1,50
dobré	8,47	8,43	0,14	0,10	1,64	1,16
průměrné	27,63	30,95	0,49	0,69	1,76	2,22
špatné	57,41	61,99	1,86	2,42	3,23	3,91
velmi špatné	75,00	92,68	5,06	6,46	6,75	6,97
chronické nemoci						
žádné	6,94	8,02	0,10	0,11	1,38	1,32
neomezující	29,87	34,65	0,63	0,85	2,10	2,46
omezující	67,92	76,70	2,65	3,96	3,90	5,16
zdravotní potíže						
dobré zdraví	8,47	6,65	0,15	0,11	1,76	1,63
průměrné zdraví	22,66	24,91	0,45	0,69	1,96	2,77
špatné zdraví	55,39	51,87	1,90	1,91	3,42	3,68

Tab. 6.6.2 Prevalence jednotlivých dlouhodobých potíží

Druh potíže	Procento respondentů s potíží			
	muži		ženy	
	lehkou	těžkou	lehkou	těžkou
lehání a vstávání z postele	8,7	0,2	12,9	0,3
sedání a vstávání ze židle	4,2	0,3	7,2	0,3
oblékání a svlékání	2,5	0,2	4,9	0,5
mytí rukou a obličeje	1,1	0,2	1,7	0,2
jedení a krájení jídla	1,1	0,2	1,7	0,2
použití toalety	1,2	0,3	3,0	0,4
udržení moče	1,0	0,7	2,0	2,1
chůze	3,4	1,0	7,3	1,7
poslouchání televize	10,8	0,1	9,1	0,3
rozeznávání osob	5,2	0,2	9,8	0,8
vyjítí schodů	7,3	1,0	11,6	3,6
zvednutí bot z podlahy	5,2	x	8,2	x
mluvení	0,6	x	0,5	x

Graf 6.6 Průměrný počet dlouhodobých potíží



6.7 SOCIÁLNÍ ZDRAVÍ

Zlepšení sociálního zdraví je součástí druhé podskupiny cílů programu HFA 2000 - „přidat život létům“, což souvisí s využíváním zdravotního potenciálu tak, aby se každý mohl ve svém životě plně realizovat sociálně i ekonomicky. Zdraví nelze chápat pouze jako nepřítomnost nemoci nebo neschopnosti, ale také jako plné využití všech funkčních schopností během života. Snížení těchto schopností se projevuje nejčastěji u starých lidí, což souvisí s věkem. Přestože je většina starých lidí schopna vést ekonomicky aktivní život, jsou často vyřazováni z pracovního procesu a někdy žijí osamocně, izolovaně. Do popředí posilování zdraví patří hlavně oblast zvýšení kvality zdraví, podíl na tvorbě zdravého životního prostředí a posílení sociálních vazeb a sociální podpory.

V našem šetření jsme souborem tří otázek (sociální podpora, sociální role, sociální kontakt) zjišťovali, jak jsou respondenti zařazeni do kontaktu se svým okolím, zda nejsou osamoceni. Každá z těchto tří otázek byla hodnocena zvlášť a na základě odpovědí respondentů byl zkonstruován celkový ukazatel - index sociálního zdraví.

Míra sociální podpory ze strany osob blízkých respondentovi byla měřena, opět tak jako v předchozím šetření HIS 93, prostřednictvím třístupňových odpovědí (ne, částečně, ano) na sedm podotázek. Pozitivní odpovědi byly nejčastěji zaznamenány u otázek číslo 1 (mají mě rádi), 4 (pomohou mi, bude-li třeba) a 5 (berou mě, jaký jsem), kde přes 80 % žen a přes 70 % mužů odpovědělo kladně. U ostatních otázek se četnosti kladných odpovědí pohybovaly nad 60 %. Naopak nejvíce negativních odpovědí bylo zaznamenáno u otázek číslo 2 (udělali mě šťastným) a 6 (jsem důležitou součástí jejich života), kdy záporně odpovědělo přes 9 % mužů a okolo 6 - 7 % žen. Sociální podporu vnímaly u všech podotázek více ženy než muži, což zřejmě souvisí s větším emocionálním citěním žen. Tyto výsledky jsou téměř totožné s výsledky předchozího šetření a jsou znázorněny v tabulce 6.7.1.

Kladné odpovědi na otázky byly hodnoceny 3 body, váhavé 2 body a negativní 1 bodem. Součet bodů za všech 7 vyjmenovaných možností podpory představoval respondentovo skóre sociální podpory. Pokud respondent dosáhl maxima, tedy 21 bodů, byl zařazen do 1. stupně ukazatele index sociální podpory, jednalo se v tomto případě o výbornou sociální podporu. Vyhovující podpory, tedy 2. stupně zmíněného ukazatele, se dostávalo respondentům se skóre 18 až 20 bodů a pokud měli respondenti méně než 18 bodů, byli zařazeni do posledního stupně, který představoval nedostatečnou podporu. Výbornou sociální podporu mělo 37,6 % mužů (v r. 1993 38,0 % - s.n.r.) a 41,4 % žen (v r. 1993 45,4 % - s.n.r.). Vyhovující podporu mělo 31,4 % mužů a 35,3 % žen a nedostatečnou podporu vyjádřilo 31,0 % mužů a 23,3 % žen. V grafu 6.7.1 je zobrazeno zastoupení kategorie nedostatečné sociální podpory podle věku a pohlaví.

Na rozdíl od sociální podpory měřené souborem odpovědí vyjadřujících subjektivní názor respondenta, byla sociální role měřena objektivními skutečnostmi. Jednalo se o bodované odpovědi a pro celkové hodnocení byly opět, tak jako v předchozím šetření, kladné odpovědi na první dvě otázky hodnoceny 2 body, zbývající kladné odpovědi pak 1 bodem a za zápornou odpověď získal respondent nula bodů.

Součet jednotlivých bodů pak představoval skóre sociální role. Ze získaných hodnot skóre sociální role byl odvozen index sociální role, podle něhož byli respondenti rozčleněni do tří skupin: s výbornou, vyhovující a nevyhovující sociální rolí. Pokud součet

bodů byl roven 6 nebo 7, jednalo se o výbornou sociální roli (muži 50,5 %, ženy 48,3 %), v případě, že se součet rovnal 4 nebo 5, byla sociální role respondenta vyhovující (muži 27,9 %, ženy 23,9 %) a konečně při 3 a méně bodech byla sociální role nevyhovující (muži 21,6 %, ženy 27,8 %). Podíl kladných odpovědí na každou z pěti podotázek je zřejmý z tabulky 6.7.2 a zastoupení nevyhovující sociální role je uvedeno v již zmíněném grafu 6.7.1. Zatímco sociální podporu lépe vnímaly ženy, sociální role byla v průměru lepší u mužů. Důvodem může být delší střední délka života žen než mužů a z toho vyplývající fakt, že osaměle žije podstatně více žen než mužů.

V otázce na sociální kontakt se hodnotily kontakty s příbuznými a přáteli v období posledních 14 dnů před rozhovorem, a to buď písemné, telefonické nebo osobní. Také u této otázky byly jednotlivé odpovědi obodovány a součet představoval skóre sociálního kontaktu. Podle hodnot tohoto skóre byl vypočten třístupňový index sociálního kontaktu. Bohatý sociální kontakt měli respondenti, jejichž skóre bylo alespoň 18 bodů (z celkového možného počtu 30 bodů), průměrný (střední) kontakt měli respondenti se skóre 7 až 17 bodů a konečně špatný (nízký) kontakt byl u respondentů s méně než 7 body. Bohatý sociální kontakt udalo 12,9 % mužů a 13,8 % žen, průměrný kontakt 61,2 % mužů a 65,7 % žen a konečně špatný kontakt udalo 25,9 % mužů a 20,5 % žen. Přehled o míře sociálních kontaktů poskytuje tabulka 6.7.3 a podíl respondentů s nízkým sociálním kontaktem je opět uveden v grafu 6.7.1.

Z uvedených tří otázek zahrnujících sociální postavení byl zkonstruován celkový ukazatel nazvaný index sociálního zdraví, odvozený ze skóre sociálního zdraví, které bylo vypočteno jako součet všech indexů získaných z odpovědí na otázky ohledně sociálního zdraví, tedy z indexu sociální podpory, z indexu sociální role a z indexu sociálního kontaktu. Pokud toto skóre bylo rovno 3 nebo 4, byl index sociálního zdraví výborný, pokud se rovnalo 5 nebo 6, bylo sociální zdraví vyhovující a pokud se skóre rovnalo 7 až 9, bylo sociální zdraví nevyhovující.

Podíly kategorií sociálního zdraví v závislosti na věku jsou zřejmé z tabulky 6.7.4. Z ní vyplývá, že do kategorie výborného sociálního zdraví náleželo 21,4 % mužů a 22,7 % žen, do kategorie vyhovujícího sociálního zdraví pak 48,6 % mužů a 49,4 % žen a do poslední kategorie nevyhovujícího (špatného) sociálního zdraví patřilo 30,0 % mužů a 27,9 % žen. Celkově můžeme říci, že rozdíly mezi pohlavími nejsou velké, o něco lepší sociální zdraví bylo zjištěno u žen. Mezi jednotlivými věkovými skupinami už jsou rozdíly patrnější. Zatímco mladší ženy měly lepší sociální zdraví (12,1 %) než stejně staří muži (9,7 %), ve starších věkových skupinách (nad 55 let) byla situace zcela opačná. Pozoruhodné je i to, že v nejmladší věkové skupině mužů i žen bylo zjištěno velmi vysoké procento respondentů se špatným sociálním zdravím (muži 40,0 %, ženy 31,9 %). Oproti r. 1993 došlo ke zhoršení o téměř 7 % u mužů a o 9 % u žen (s.v.r.). Co se špatného sociálního zdraví týče, maxima bylo dosaženo u nejstarších respondentů (téměř 70 % žen a 50 % mužů).

V grafu 6.7.2 je znázorněna průměrná hodnota 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. U sociální podpory činil tento průměr u mužů 1,93 a u žen 1,82, u sociální role u mužů 1,71 a u žen 1,80, u sociálního kontaktu pak u mužů 2,13 a u žen 2,07 bodu. Celkově u sociálního zdraví činil tento průměr u mužů 2,09 a u žen 2,05 bodu.

Z již uvedené tabulky 6.7.4 a dále z grafu 6.7.3 je zřejmá i 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. Dá se říci, že pokud sociální podpora, sounáležitost, zájem okolí a společenské zařazení je na dobré úrovni, projeví se tento vliv pozitivně i na celkovém zdravotním stavu.

Tab. 6.7.1 Sociální podpora okolí

Otázka	Procento respondentů s odpovědí					
	muži			ženy		
	ne	částečně	ano	ne	částečně	ano
mají mě rádi	2,8	21,2	76,0	1,2	15,7	83,0
udělali mě šťastným	9,8	29,8	60,2	6,3	24,8	68,7
mohu se na ně spolehnout	7,0	30,6	62,3	4,8	28,1	66,9
pomohou mi, bude-li třeba	2,8	20,3	76,8	1,2	17,5	81,2
berou mě, jaký jsem	3,3	21,7	74,8	2,3	17,2	80,4
jsem důležitou součástí jejich života	9,4	27,5	62,9	7,3	26,4	66,0
poskytují mi podporu a povzbuzení	5,6	30,7	63,5	3,7	26,7	69,4

Tab. 6.7.2 Sociální role respondentů

Otázka	Procento respondentů s odpovědí			
	muži		ženy	
	ano	ne	ano	ne
Žijete v domácnosti s další osobou?	89,3	10,7	82,3	17,7
Jste ženatý (vdaná), máte družku (druha)?	64,4	35,6	59,4	40,6
Jste nyní zaměstnán?	69,0	31,0	55,5	44,5
Máte děti?	69,1	30,9	78,0	22,0
Máte žijícího rodiče?	69,0	31,0	63,5	36,5

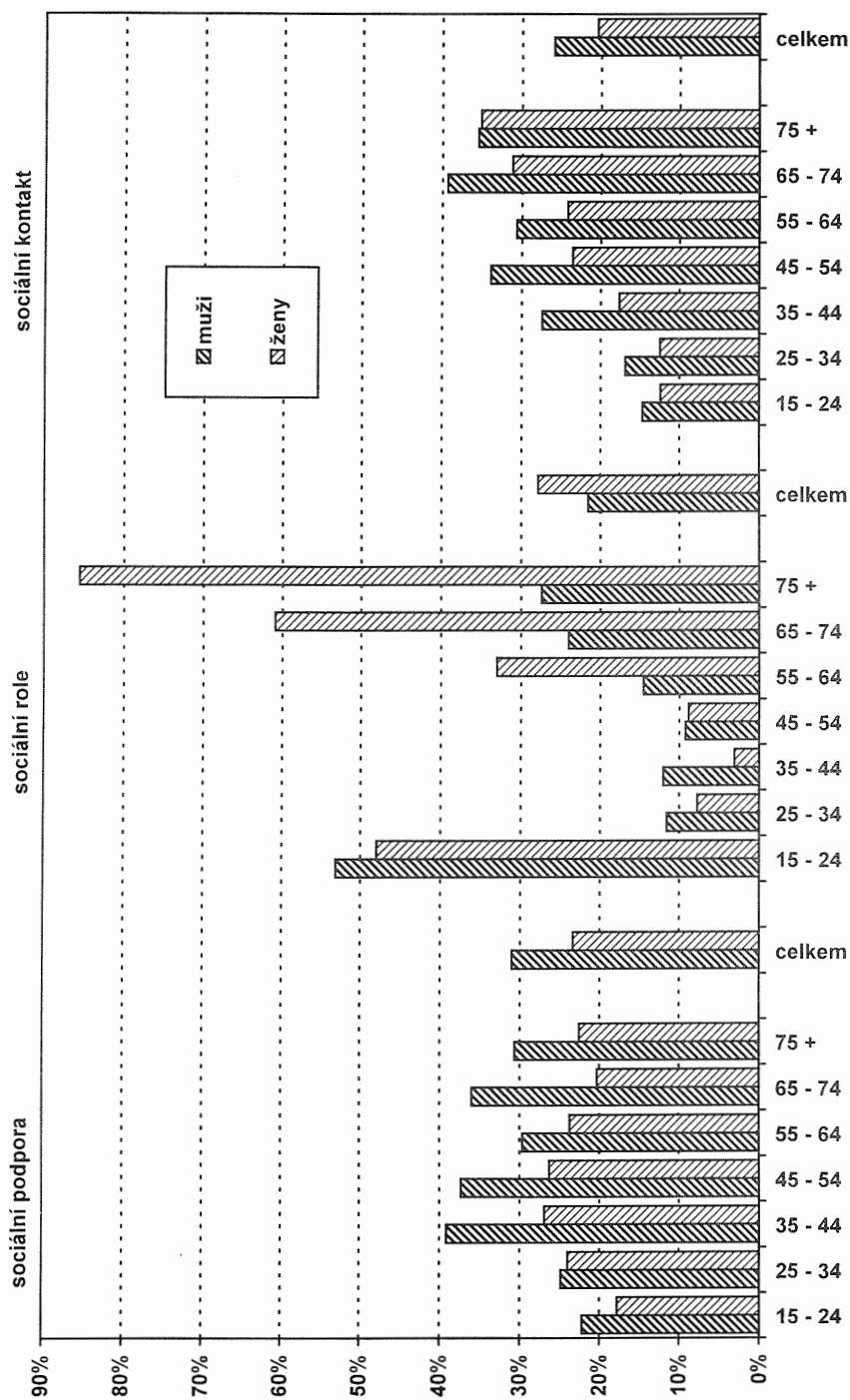
Tab.6.7.3 Sociální kontakt respondentů

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	34,0	40,1	16,7	9,2	24,8	38,7	22,1	14,4
přátelé	33,7	34,4	18,5	13,5	29,4	35,6	21,8	13,2
návštěva jiných								
příbuzní	25,6	51,1	16,3	7,0	24,2	47,1	19,7	9,1
přátelé	28,3	45,8	17,0	9,0	32,0	45,4	15,7	6,9
navštívení jinými								
příbuzní	26,0	50,7	16,6	6,7	21,0	47,6	21,6	9,8
přátelé	24,9	49,5	16,5	9,1	24,8	51,0	16,0	8,2

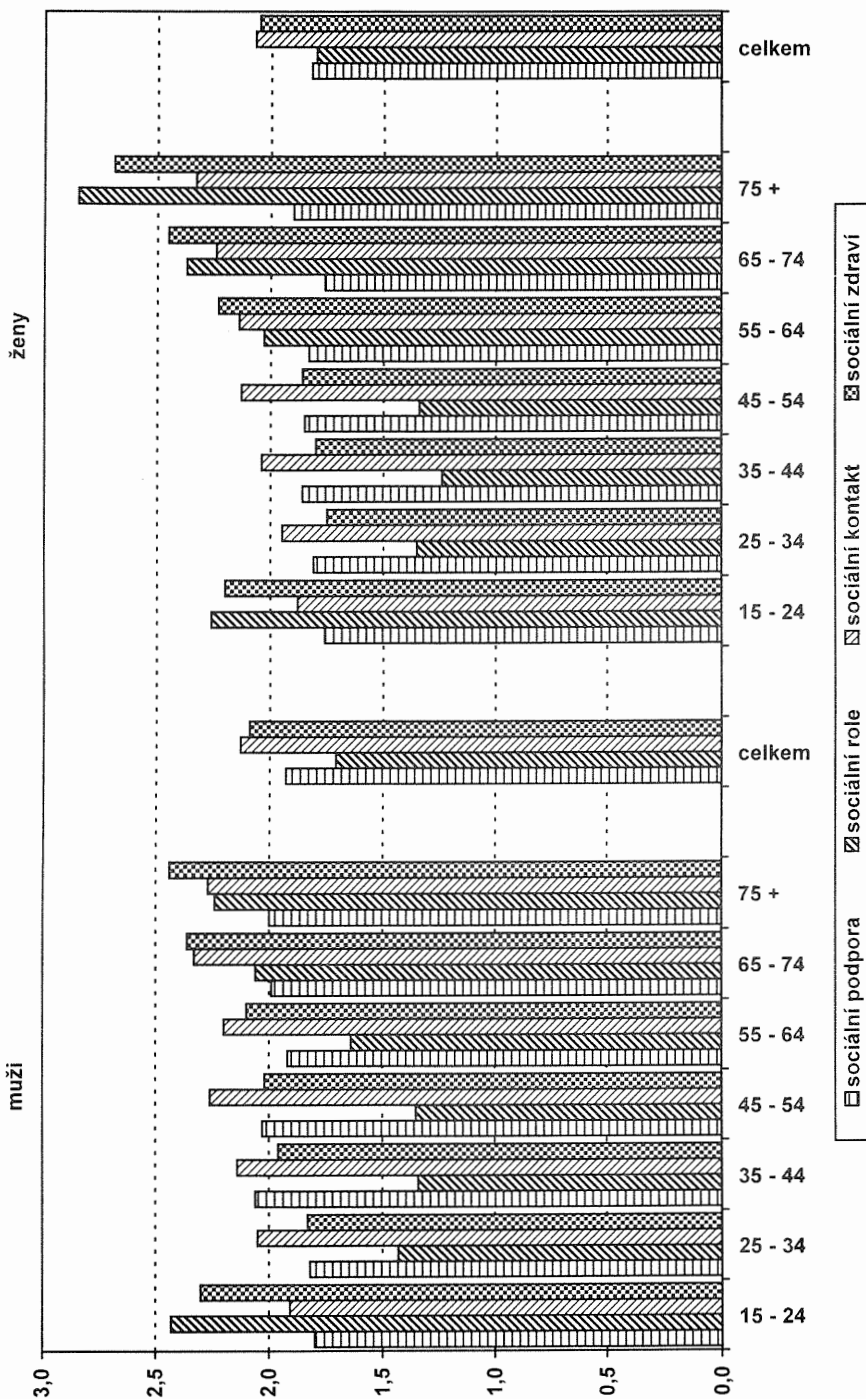
Tab. 6.7.4 Sociální zdraví

Věk	Procento respondentů se sociálním zdravím					
	muži			ženy		
	dobrým	průměrným	špatným	dobrým	průměrným	špatným
celkem	21,4	48,6	30,0	22,7	49,4	27,9
věk						
15 - 24	9,7	50,3	40,0	12,1	56,0	31,9
25 - 34	32,5	51,7	15,9	37,5	50,0	12,5
35 - 44	29,1	45,5	25,4	35,6	48,3	16,1
45 - 54	22,9	52,4	24,7	31,8	50,5	17,7
55 - 64	22,6	45,2	32,2	14,4	48,4	37,2
65 - 74	10,0	44,0	46,0	2,5	50,5	47,0
75 +	6,5	43,5	50,0	-	30,6	69,4
vzdělání						
základní	6,7	43,6	49,7	8,5	46,0	45,5
učňovské	22,3	49,3	28,4	23,3	47,2	29,6
střední	21,8	49,2	29,0	27,9	51,6	20,5
vyšší	27,6	49,2	23,2	28,0	52,6	19,4

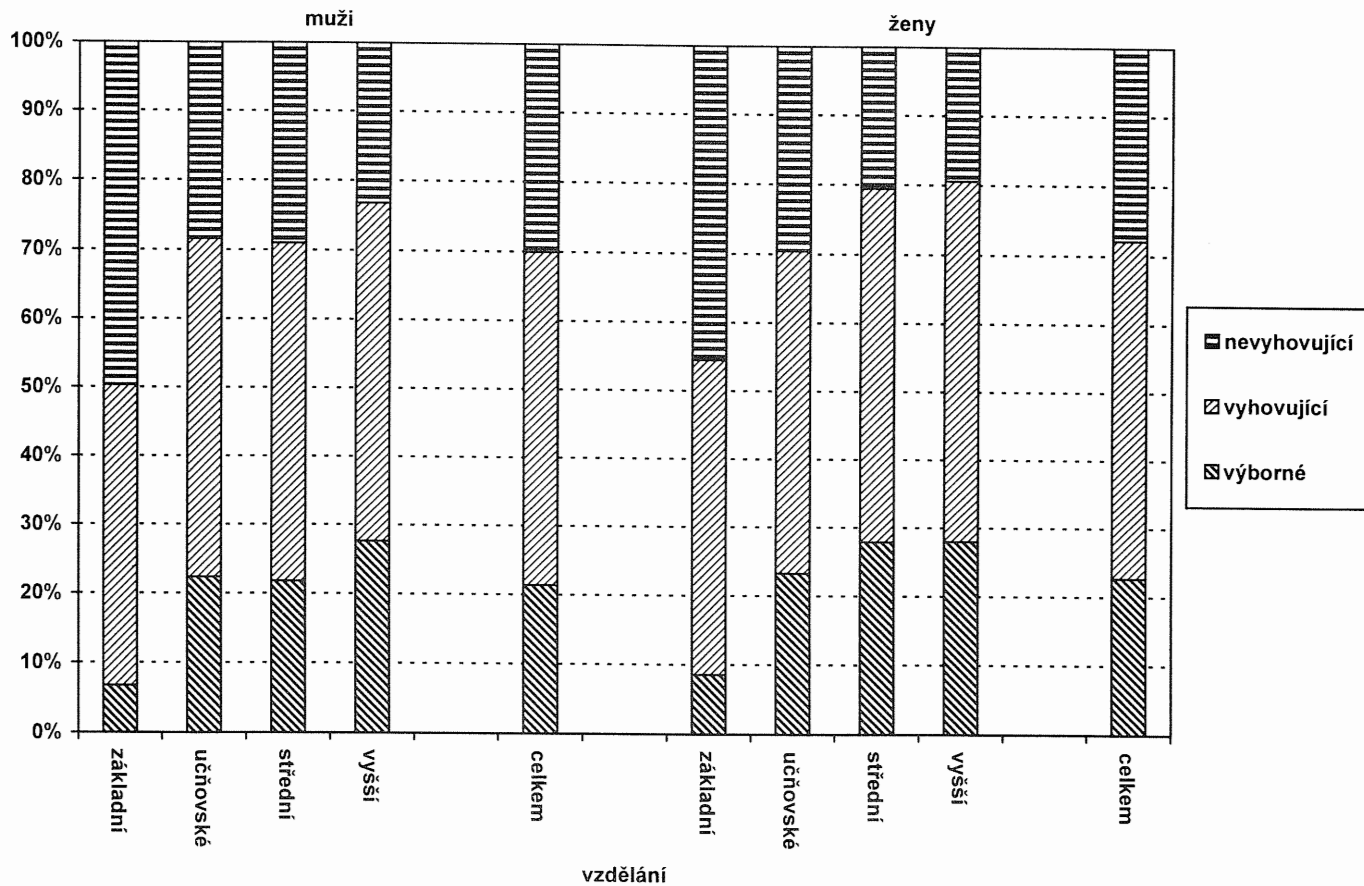
Graf 6.7.1 Podíl respondentů v nejhorší kategorii ukazatelů sociálního zdraví



Graf 6.7.2 Průměrné hodnoty ukazatelů sociálního zdraví



Graf 6.7.3 Složení respondentů podle sociálního zdraví



6.8 CELKOVÝ INDEX ZDRAVÍ

O lidském zdraví platí, že se na něm spolu s genetickým vybavením podílejí ve velké míře i další četné faktory, tvořící ve svém souhrnu kvalitu života. Z nich jsou nejčastěji uváděny jako nejdůležitější tyto složky: životní úroveň, způsob života, životní prostředí a životní spokojenost. Vliv všech těchto faktorů je podstatný pro zdraví každého jednotlivce a tím i společnosti.

Komplexnost pojmu „zdraví“ je problémem, chceme-li změřit zdraví, ať už jednotlivců, či celé populace. K vyjádření zdravotního stavu jako jediného ukazatele nám slouží celkový index zdraví (CIZ), kterým lze charakterizovat úroveň zdraví jedinců. CIZ jsme v našem šetření odvodili z výpočtu skóre celkového zdraví, které je dané jako součet ukazatelů zdravotní kategorie, indexu emoční pohody, kategorie chronické nemocnosti a ukazatele fyziologická zdatnost. Je nutné ale připomenout, že se jedná o ukazatel charakterizující úroveň zdraví jedince, nikoliv celé populace. Zdraví celé populace lze vyjádřit např. sumarizací ukazatelů hospitalizace, úmrtnosti, invalidity, apod., přičemž jednotlivé ukazatele mají různé váhy. Každá z těchto výše uvedených kategorií CIZ byla hodnocena 1 - 3 body (nejlepší stav = 1 bod), celkový index zdraví byl pak stanoven v závislosti na součtu těchto bodů.

Fyziologická zdatnost byla odvozena z odpovědí na otázky 11 (týkající se BMI) a 15b4 (týkající se hypertenzní choroby). Index zdatnosti byl zkonstruován tak, že průměrná hodnota BMI (normální váha s hodnotami 20 - 27) a normální krevní tlak znamenaly dobrou zdatnost, podváha (18 - 20) nebo nadváha (27 - 30) a normální krevní tlak znamenaly střední zdatnost a obezita (BMI nad 30) nebo hypertenze znamenaly špatnou zdatnost.

V tabulce 6.8.1 je uveden přehled o tělesné zdatnosti mužů a žen v jednotlivých věkových skupinách. Dobrou tělesnou zdatnost mělo přes 62 % mužů a téměř 56 % žen, špatnou mělo přes 20 % mužů a přes 22 % žen. Muži na tom byli tedy poněkud lépe než ženy, což je shodné s předchozím šetřením. Složení respondentů podle fyziologické zdatnosti názorně ukazují i graf 6.8.1.

Celkový index zdraví má tři stupně, podle kterých dělíme respondenty do tří skupin: s dobrým, průměrným a špatným zdravím. Dobré zdraví měli ti, jejichž skóre celkového zdraví bylo rovno 3 až 5, průměrné zdraví měli respondenti při skóre 6 až 8 a při vyšších hodnotách se jednalo již o špatné zdraví. Přehled rozložení kategorií CIZ podle pohlaví, věkových skupin a dalších vybraných charakteristik je obsahem tabulky 6.8.2. Podle výsledků našeho šetření mělo dobré zdraví téměř 36 % mužů (v r. 1993 43 % - s.v.r.) a necelých 24 % žen (v r. 1993 33 % - s.v.r.). Jelikož podíl mužů i žen s průměrným zdravím byl přibližně stejný a činil téměř 43 % - s.v.r. u mužů a 44 % u žen - s.n.r. (v r. 1993 48 % u obou pohlaví), vyšší procento zdravých mužů vůči ženám bylo na úkor poměru mužů a žen se špatným zdravím, kde tedy bylo naopak více žen, a to 32 % (v r. 1993 19 % - s.v.r.) než mužů, jejichž podíl činil 21 % (v r. 1993 9 % - s.v.r.). Podíl špatného zdraví se s věkem systematicky zvyšoval u obou pohlaví. Jde o přirozenou tendenci související se zvyšujícím se věkem. Z tabulky je patrný i vysoký podíl respondentů s dobrým zdravím v nižších věkových skupinách a naopak v té samé věkové skupině velmi nízký podíl osob se špatným zdravím. Velké rozdíly jsou i mezi pohlavími, kdy mnohem větší podíl osob se špatným CIZ byl zjištěn u žen. V grafu 6.8.2 je znázorněno složení respondentů podle celkového zdraví v rozdělení na pohlaví.

Průměrný věk respondentů s dobrým zdravím (resp. CIZ) byl u mužů 34 let a u žen 36 let. Průměrné zdraví měli pak muži, jejichž průměrný věk byl 44 let a ženy s průměrným věkem 43 let. Průměrný věk respondentů se špatným zdravím byl u mužů 53 let a u žen 54 let. Je vidět, že mezi jednotlivými kategoriemi úrovně zdraví je rozdíl ve věku vždy přibližně 10 let.

V již zmíněné tabulce 6.8.2 je rovněž uveden výsledek srovnání vztahu celkového zdraví a dosaženého vzdělání. Můžeme konstatovat, že čím vyšší vzdělání muži a ženy mají, tím mají zároveň i lepší zdraví a samozřejmě opačně, přičemž u žen je toto tvrzení jednoznačnější než u mužů.

Z tabulky je zřejmá u obou pohlaví též silná korelace mezi celkovým a subjektivním zdravím, kdy v této vazbě proti sobě stojí jednak objektivně chápáné zdraví, nebo-li CIZ, a subjektivní pocit zdraví, tzn. to, jak se respondenti cítí. U respondentů, kteří se cítili velmi dobře, resp. dobře, odpovídal jejich subjektivní pocit zdraví zdraví skutečnému, tedy objektivnímu. Zároveň z tabulky vyplývá, že čím lepší sociální zdraví respondenti mají, tím větší je zastoupení podílu osob s dobrým zdravím. Znamená to, že pokud sociální podpora, sounáležitost, zájem okolí a společenské zařazení jsou na dobré úrovni, projeví se tento pozitivní vliv i na celkovém zdravotním stavu.

Zajímavá je rovněž závislost mezi CIZ a konzumací alkoholu, neboť zdravotně nejlépe na tom byli příležitostní konzumenti alkoholu. Špatný zdravotní stav abstinentů souvisí nejspíš i se skutečností, že abstinují nejvíce starší osoby a osoby, jejichž zdravotní stav není dobrý. Byla zjištěna i silná závislost CIZ na dočasné neschopnosti, dlouhodobých potížích a tělesné aktivitě, na druhé straně nebyl zjištěna téměř žádný vztah mezi celkovým zdravím a kuřáctvím ani dietním indexem. Korelace mezi celkovým zdravím, příjmem a sociálním zdravím jsou středně silné a odpovídají očekávání.

Na závěr můžeme říci, že jelikož je celkové zdraví (představované CIZ) kombinací ukazatelů tvořících životní styl (např. zdravotní potíže, chronická nemocnost, dlouhodobé potíže), je tudíž na životním stylu závislé. Globálně vzato mají dobrý i průměrný životní styl na celkové zdraví ten vliv, že vedou k dobrému zdraví. Špatný životní styl má pak na naše zdraví jednoznačně negativní vliv.

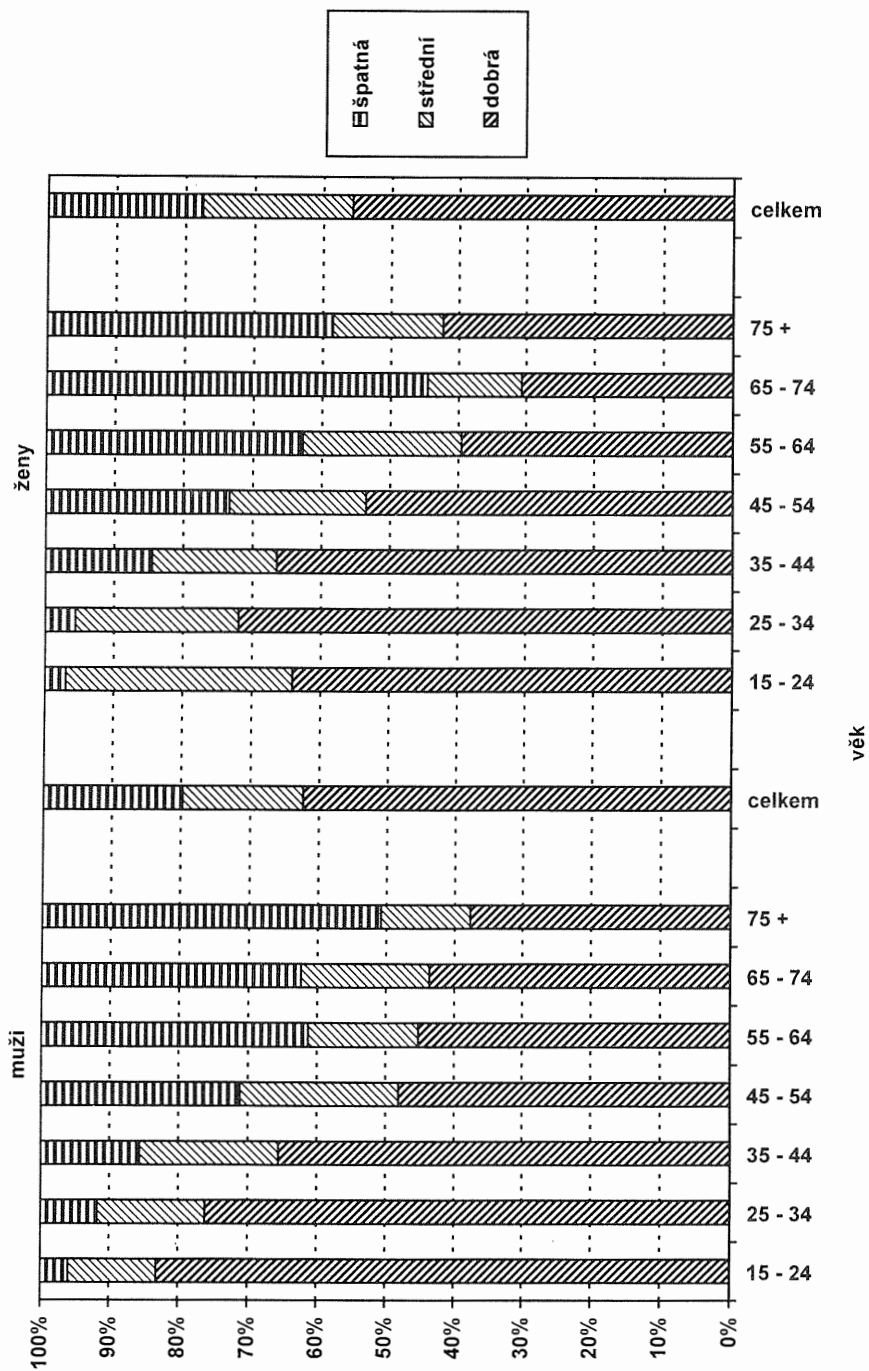
Tab. 6.8.1 Tělesná zdatnost

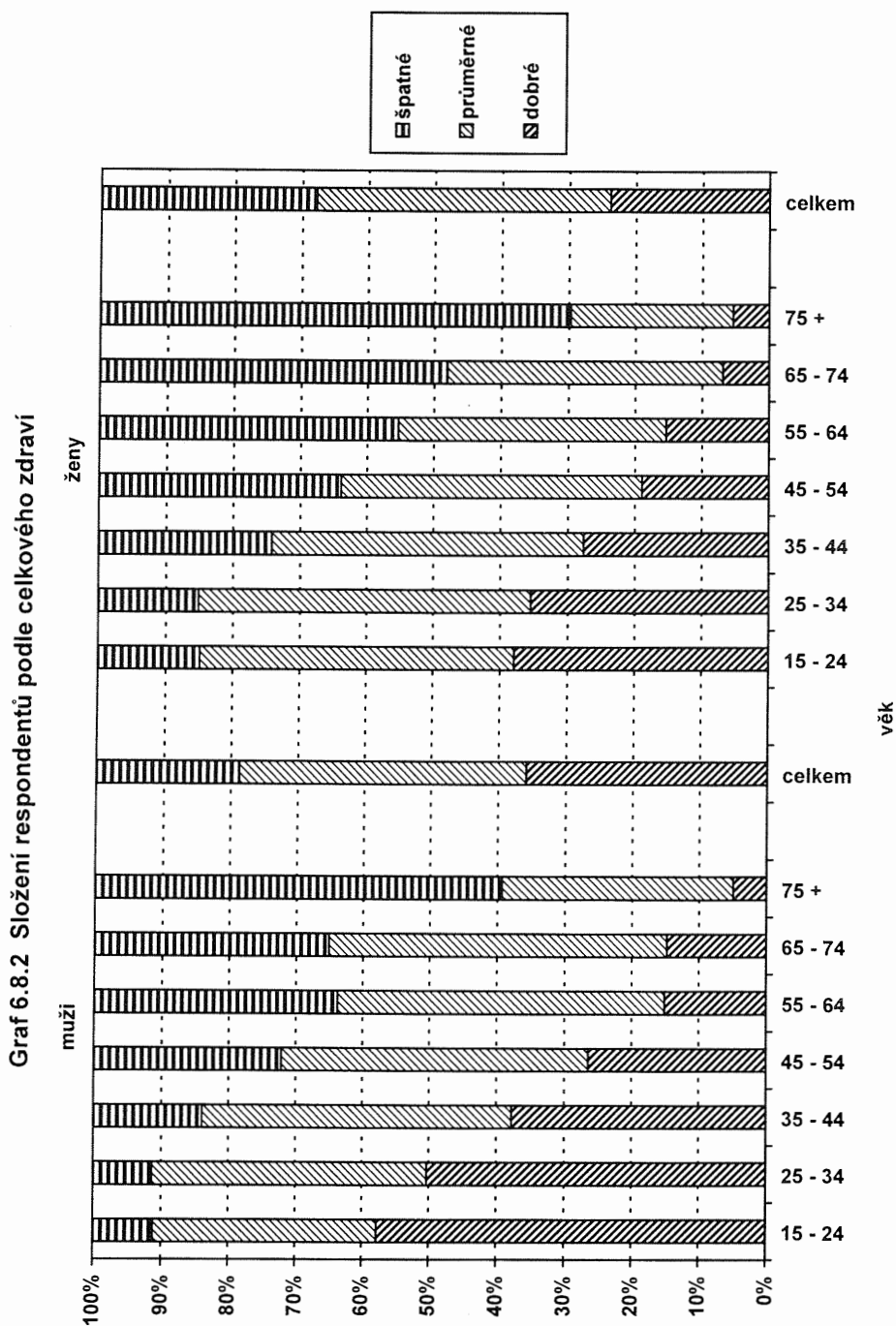
Věk	Procento respondentů s tělesnou zdatností					
	muži			ženy		
	dobrou	střední	špatnou	dobrou	střední	špatnou
celkem	62,19	17,43	20,20	55,70	21,84	22,40
15 - 24	83,13	12,81	4,06	64,09	32,89	3,02
25 - 34	76,16	15,56	8,28	71,96	23,65	4,39
35 - 44	65,55	20,07	14,38	66,25	17,96	15,48
45 - 54	47,95	22,95	28,77	53,52	19,88	26,61
55 - 64	45,23	16,08	38,69	39,53	23,26	37,21
65 - 74	43,33	18,67	37,33	30,69	13,86	55,45
75 +	37,10	12,90	48,39	42,34	16,22	41,11

Tab. 6.8.2 Rozložení indexu celkového zdraví

	Procento respondentů s celkovým zdravím					
	muži			ženy		
	dobrym	prumernym	spatnym	dobrym	prumernym	spatnym
celkem	35,8	42,8	21,2	23,8	44,0	32,1
věk						
15 - 24	57,8	33,4	8,8	37,9	47,0	15,1
25 - 34	50,3	41,1	8,6	35,5	49,7	14,9
35 - 44	37,8	46,2	16,1	27,6	46,4	25,7
45 - 54	26,4	45,6	27,7	19,0	45,0	36,1
55 - 64	15,1	48,7	36,2	15,4	40,0	44,7
65 - 74	14,7	50,0	34,7	6,9	41,1	52,0
75 +	4,8	33,9	59,7	5,4	24,3	70,3
vzdělání						
základní	31,8	36,3	31,8	16,3	35,5	48,2
učňovské	31,9	43,5	24,4	16,5	51,0	32,3
střední	39,9	42,4	17,6	28,7	44,3	27,1
vyšší	39,4	45,8	14,5	35,6	42,2	22,3
příjem						
- 2000 Kč	38,7	42,9	17,8	24,5	50,0	25,5
2000 - 3999 Kč	15,0	50,0	35,0	7,4	25,9	66,7
4000 + Kč	35,7	42,7	21,4	24,6	44,2	31,2
tělesná aktivita						
těžká	66,4	28,0	5,6	56,5	39,1	4,4
střední	41,5	46,5	12,0	26,9	47,1	26,0
lehká	39,5	43,7	16,8	31,5	48,7	19,8
sedavá	23,1	43,0	33,4	16,3	39,7	43,9
kuřáctví						
nikdy nekouřili	43,8	39,7	16,3	22,9	43,7	33,2
bývalí	21,4	48,4	29,6	22,1	42,4	35,4
příležitostní	38,4	44,4	17,3	31,1	43,7	25,2
slabí	37,4	42,0	20,7	25,6	47,7	26,7
silní	33,0	42,4	24,6	20,6	38,4	41,1
konzumace alkoholu						
výjimečná	35,1	38,7	25,8	23,0	41,0	36,0
přiměřená	38,0	43,6	18,3	25,0	49,6	25,2
nadměrná	30,1	47,7	22,2	25,5	41,8	32,7
dietní index						
dobry	38,4	42,7	18,9	25,5	43,5	31,1
střední	32,8	42,5	24,2	18,4	46,3	35,1
spatny	30,2	44,1	25,7	19,2	43,6	37,2
subjektivní zdraví						
velmi dobré	71,4	27,6	1,0	63,9	32,2	3,9
dobré	50,5	41,4	8,1	34,3	54,2	11,5
přiměřené	19,5	56,8	23,5	15,7	52,0	32,3
špatné	2,2	37,4	60,0	2,1	24,3	73,7
velmi špatné	-	6,3	93,8	-	12,2	87,8
dočasná neschopnost						
ano	11,2	39,9	48,6	8,7	30,2	61,1
ne	41,1	43,4	15,3	27,9	47,8	24,3
dlouhodobé potíže						
žádné	43,4	43,1	13,3	31,9	48,0	20,1
lehké	10,3	42,4	47,3	3,7	37,5	58,6
těžké	2,9	35,3	61,8	2,1	19,8	78,1
sociální zdraví						
výborné	41,2	44,1	14,7	34,3	46,8	18,7
vyhovující	38,8	43,2	18,0	23,7	45,9	30,4
špatné	27,3	41,2	30,9	15,4	38,5	46,2

Graf 6.8.1 Složení respondentů podle fyziologické zdatnosti





6.9 VELIKOST OBCE

Jak již bylo uvedeno ve 4. kapitole, údaj velikostní kategorie obce byl v šetření HIS 96 doplněn nově a posloužil nám k určitému porovnání odpovědí respondentů v závislosti na velikosti obce, kde žijí. O výběru obcí jsme se již zmínili ve 2. kapitole. Záměrně jsme vybrali určité ukazatele, prostřednictvím kterých jsme chtěli vyjádřit, kde se žije zdravěji, zda ve větších nebo naopak v menších obcích. Mezi vybrané ukazatele jsme zařadili index tělesné hmotnosti (BMI), tělesnou aktivitu, kouření, dietní index, spotřebu alkoholu a celkový index zdraví.

Nejprve jsme zjišťovali souvislost mezi indexem tělesné hmotnosti a velikostí obce, kdy nám šlo o to, zda lidé obéznější žijí více na vesnici nebo ve větších městech. Ze zjištěných výsledků jsme dospěli k závěru, že podíl obézních osob (BMI 30+) byl větší v obcích do 20 000 obyvatel (v rozmezí od 11 - 15 %), zatímco v obcích nad 20 000 obyvatel se pohyboval okolo 10 %. Totožné to bylo i u populace s nadváhou (BMI 27 - 30), která byla rovněž nejvíce zastoupena u obcí do 20 000 obyvatel (v rozmezí od 15 - 20 %), zatímco v obcích nad 20 000 obyvatel činil její podíl 14,5 %. Naopak u podváhy (BMI 18 - 20) a velké podváhy (BMI <18) byly podíly vcelku vyrovnané, pohybovaly se v rozmezí 1 - 2 % u velké podváhy a 4,5 - 6,4 % u podváhy ve všech velikostních kategoriích obcí. Procentuální rozložení respondentů podle BMI a velikosti obce je znázorněno v tabulce 6.9.1. V tabulce jsme rozdělili velikostní kategorie obcí do pěti skupin: 1 - obce do 999 obyvatel, 2 - obce s 1000 - 1999 obyvateli, 3 - obce s 2000 - 4999 obyvateli, 4 - obce s 5000 - 19 999 obyvateli a 5 - obce nad 20 000 obyvatel.

Co se kategorie tělesné aktivity týče, zjistili jsme, že náročný sport preferovali nejvíce lidé žijící v obcích od 2000 do 4999 obyvatel (6,1 %), nejméně pak lidé žijící v obcích do 999 obyvatel (3 %). Rekreační sport naopak nejvíce preferovali respondenti žijící v obcích do 20 000 obyvatel (18 - 21%) 18 % a pouze přes 14 % respondentů žijících v obcích nad 20 000 obyvatel. Sedavá činnost byla nejvíce zastoupena u respondentů v obcích do 999 obyvatel (přes 46 %), kde jsou menší možnosti rozvíjet tělesnou aktivitu a zároveň i v obcích nad 20 000 obyvatel (přes 45 %), kde jsou sice větší možnosti pro rozvoj tělesné aktivity, ale zároveň i více obyvatel. V tabulce 6.9.2 je uvedeno procentuální rozložení respondentů podle tělesné aktivity v jednotlivých kategoriích obcí.

V kategorii kouření jsme zjistili pouze nepatrné rozdíly, co se velikosti obce týče. V obcích do 20 000 obyvatel se pohyboval podíl denních kuřáků v rozmezí od 24 - 25 %, v obcích nad 20 000 obyvatel pak činil okolo 28 %. Největší podíl abstinentů jsme zjistili u obcí do 20 000 obyvatel, a to 65 - 68 %, v obcích nad 20 000 obyvatel se pohyboval okolo 64 %. Údaje jsou znázorněny v tabulce 6.9.3.

Co se stravovacích zásad týče, procentní zastoupení respondentů s dobrým dietním indexem se pohybovalo v rozmezí 65 - 75 %, přičemž nejvyšších hodnot dosáhl u respondentů v obcích do 1999 obyvatel. Střední dietní index byl nejvíce zastoupen u respondentů v obcích do 999 obyvatel a nad 20 000 obyvatel (přes 25 %) a špatný dietní index pak v obcích do 999 obyvatel (přes 9 %). Tyto údaje jsou názorně ukázány v tabulce 6.9.4.

Co se spotřeby alkoholu týče, nadměrní konzumenti byli zastoupeni téměř rovnoměrně ve všech velikostních kategoriích obcí (v rozmezí 8,5 - 11 %), průměrní konzumenti v rozmezí 39 - 46 % (nejméně v obcích do 999 obyvatel) a abstinentů bylo nejvíce opět v obcích do 999 obyvatel (přes 51 %), zatímco v obcích nad 1000 obyvatel činil jejich podíl okolo 46 %. V tabulce 6.9.5 jsou znázorněny údaje o rozložení respondentů podle konzumace alkoholu a velikosti obce.

Nakonec jsme zjišťovali, jaké byly rozdíly v celkovém zdraví respondentů mezi jednotlivými obcemi. Zjistili jsme, že jejich zastoupení v kategoriích dobrého, průměrného a špatného zdraví je až na malé rozdíly téměř vyrovnané. Dobré zdraví udali respondenti v rozmezí 28 - 32 %, přičemž nižší procento bylo zastoupeno v kategorii obcí nad 20 000 obyvatel. Naopak podíl respondentů hlásících se k průměrnému zdraví se pohyboval v rozmezí 40 - 44 % a špatné zdraví udalo 24 - 30 % respondentů, nejvíce pak z obcí do 999 obyvatel, což může souviset i s horší dostupností lékařské péče. Údaje jsou znázorněny v tabulce 6.9.6.

Shrneme-li zjištěné výsledky, můžeme konstatovat, že v menších obcích je o něco vyšší podíl lidí obézních a lidí s nadváhou, že tělesná aktivita je nejmenší v obcích nejmenších (do 999 obyvatel) a také největších (nad 20 000 obyvatel), takže se zdá, že podmínky pro provozování sportu jsou příznivější ve středně velkých obcích. Co se kouření týče, nepatrně vyšší podíl kuřáků je v obcích nad 20 000 obyvatel, u spotřeby alkoholu můžeme konstatovat, že o něco méně se pije v obcích do 999 obyvatel a co se celkového zdraví týče, většina respondentů (přes 40 %) udala svoje zdraví jako průměrné.

Tab. 6.9.1 Index tělesné hmotnosti

Kategorie BMI	Velikost obce				
	1	2	3	4	5
- 18	1,8	2,0	1,7	1,1	1,4
18 - 20	4,5	6,0	6,4	6,0	6,0
20 - 27	61,1	61,1	60,6	66,6	68,2
27 - 30	20,3	15,4	17,6	15,2	14,5
30 +	12,3	15,1	13,7	10,9	9,7

Tab. 6.9.2 Tělesná aktivita

Tělesná aktivita	Velikost obce				
	1	2	3	4	5
náročný sport	3,0	4,7	6,1	4,5	4,3
rekreační sport	21,2	21,8	21,5	17,8	14,7
lehký pohyb	29,2	34,2	33,2	37,9	35,6
sedavá činnost	46,3	39,3	39,1	39,4	45,4

Tab. 6.9.3 Kouření

Kouření	Velikost obce				
	1	2	3	4	5
denně	24,8	24,2	25,4	25,2	27,7
příležitostně	7,1	7,1	8,9	8,9	8,7
abstinent	68,1	68,5	65,6	65,8	63,5

Tab. 6.9.4 Dietní index

DI	Velikost obce				
	1	2	3	4	5
dobry	65,2	75,8	66,8	70,5	67,2
střední	25,3	18,8	24,9	22,3	25,6
špatný	9,4	5,4	8,4	7,3	7,3

Tab. 6.9.5 Konzumace alkoholu

Konzument	Velikost obce				
	1	2	3	4	5
abstinent	51,4	45,6	46,1	45,4	46,0
přiměřený konzument	38,9	43,3	43,9	46,1	44,7
nadměrný konzument	9,8	11,1	10,0	8,5	9,3

Tab. 6.9.6 Celkový index zdraví

CIZ	Velikost obce				
	1	2	3	4	5
dobré zdraví	29,4	29,2	31,6	31,5	28,4
průměrné zdraví	40,6	44,3	42,7	44,1	44,2
špatné zdraví	29,9	26,2	25,7	24,3	27,3

7. ZÁVĚR

7.1 MEZINÁRODNÍ SROVNÁNÍ

Jak již bylo v úvodu této publikace řečeno, některé ukazatele vztahující se k zdravotnímu stavu se nedají zjišťovat z rutinních statistik a prakticky jediný způsob, jak potřebné údaje získat, jsou výběrová šetření. Hodnota výsledků z výběrových šetření o zdravotním stavu se výrazně zvyšuje, dají-li se mezinárodně srovnávat. Aby k něčemu takovému mohlo dojít, připravila Světová zdravotnická organizace pro zájemce návrh metod jak dané šetření připravit. Podrobnosti o přípravě šetření lze najít v publikaci Health Interview Survey - Towards international harmonization of methods and instruments, WHO Regional Office for Europe 1996, European Series No. 58.

Výběrové šetření (HIS) připravené podle navržené metodiky zorganizovalo v 90tých letech 13 zemí Evropského regionu SZO a v této kapitole bychom chtěli porovnat výsledky obdobných šetření HIS, tak jak je prezentovala v roce 1998 Světová zdravotnická organizace.

I přesto, že jednotlivé státy použily unifikovaný dotazník SZO, nebylo možné výsledky přímo srovnávat a bylo nutné nejprve provést „harmonizaci“ výsledků. Proto SZO požádala všechny země, které šetření prováděly, aby do Regionální úřadovny SZO v Kodani zaslaly základní data, včetně dotazníku. Tato data se pak upravovala tak, aby bylo možné připravit jednotné výstupy (tabulky) pro všechny země. Znamenalo to např. vytvoření stejných věkových skupin, vyřazení neporovnatelných kategorií, porovnávaly se výsledky v jednotlivých zemích. Důležitým momentem bylo porovnání anglického překladu otázek v národním dotazníku s „doporučeným“ dotazníkem. Po úpravách byla očištěná data standardizována na evropský standard a podle kvality rozdělena do tří skupin. Do skupiny A byla zahrnuta ta data ze šetření, kde znění otázek je srovnatelné s doporučeným zněním a nejsou zde žádné náznaky posunu významu otázky. Tato data lze interpretovat jako nejlepší možná v rámci „harmonizace“ ale jejich srovnatelnost nelze vždy považovat za zaručenou. Do této skupiny patří otázky týkající se indexu tělesné hmotnosti (BMI) a některé otázky z oblasti kouření. Do skupiny B byly zahrnuty otázky, které sice byly doporučeny, ale jsou ovlivněny místní kulturou, ukazují podivné výsledky nebo jejich znění je odlišné od doporučeného. Avšak tyto výsledky po přeformátování a jiných úpravách vypadají přijatelně (bez značných odlišností od jiných států) a rozumně korelují s ostatními ukazateli v téže populaci. Tato data je nutno používat s větší opatrností, ale přesto jsou pro srovnání užitečná. Sem patří otázky týkající subjektivního pocitu zdraví.

Do skupiny C se zařadily údaje neporovnatelné a ty nebyly SZO vůbec prezentovány.

Jaké je tedy postavení populace České republiky, porovnáváme-li subjektivní pocit zdraví, BMI index a kouření.

7 a) Subjektivní pocit zdraví

Procento populace, které své zdraví pociťuje jako dobré nebo velmi dobré se ve sledovaných zemích pohybuje u mužů od více než 80 % (Dánové) po 35 % (Litevci). U žen je rozpětí ještě větší: od 80 % u Norek až po 22 % u Litevek. Česká republika patří mezi země, kde větší část populace pociťuje své zdraví jako špatné a jen 49 % mužů a 43 % žen si myslí, že jejich zdraví je dobré či velmi dobré.

Je zajímavé, že subjektivní pocit zdraví nekorresponduje zcela s obecnými ukazateli, které se používají pro popis zdravotního stavu (úmrtnost, střední délka života). Seřadíme-li si země evropského regionu, příznivější hodnoty úmrtnosti a střední délky života se ukazují u zemí západní Evropy a ty méně příznivé u zemí střední a východní Evropy a přitom své zdraví považuje za dobré méně mužů v Portugalsku (46,8 %), Finsku (67,0) i Itálii (65,5) než v Bulharsku (69,9 %). Ženy hodnotí své zdraví v průměru o 6 % hůře než muži - v Litvě, Portugalsku a Rumunsku dokonce více než o 12 %. Výjimku tvoří Finové, u kterých je o 3 % žen více než mužů, kdo hodnotí svůj stav jako dobrý. Graf 7.1.1.

7 b) BMI index

Z 11 porovnávaných zemí mají výrazně nejvyšší podíl populace s BMI větší než 30 Bulhaři (14,7 %) a za nimi následují Češi (12,1 %). O něco nižší podíl mají Finové a Portugalci (stejná hodnota u mužů, nepatrně vyšší u Portugalců proti Finkám). Nejnižší podíl osob u obou pohlaví s BMI > 30 mají Švédové a Norové. Rozdíl mezi pohlavími je u většiny zemí poměrně malý. S výjimkou Ruska, kde je dvojnásobný počet žen s BMI větším než 30 na rozdíl od mužů.

U Norů, Švédů, Italů a Dánů je procento mužů s BMI >30 nepatrně vyšší než u žen, u ostatních států je to naopak. Graf 7.1.2

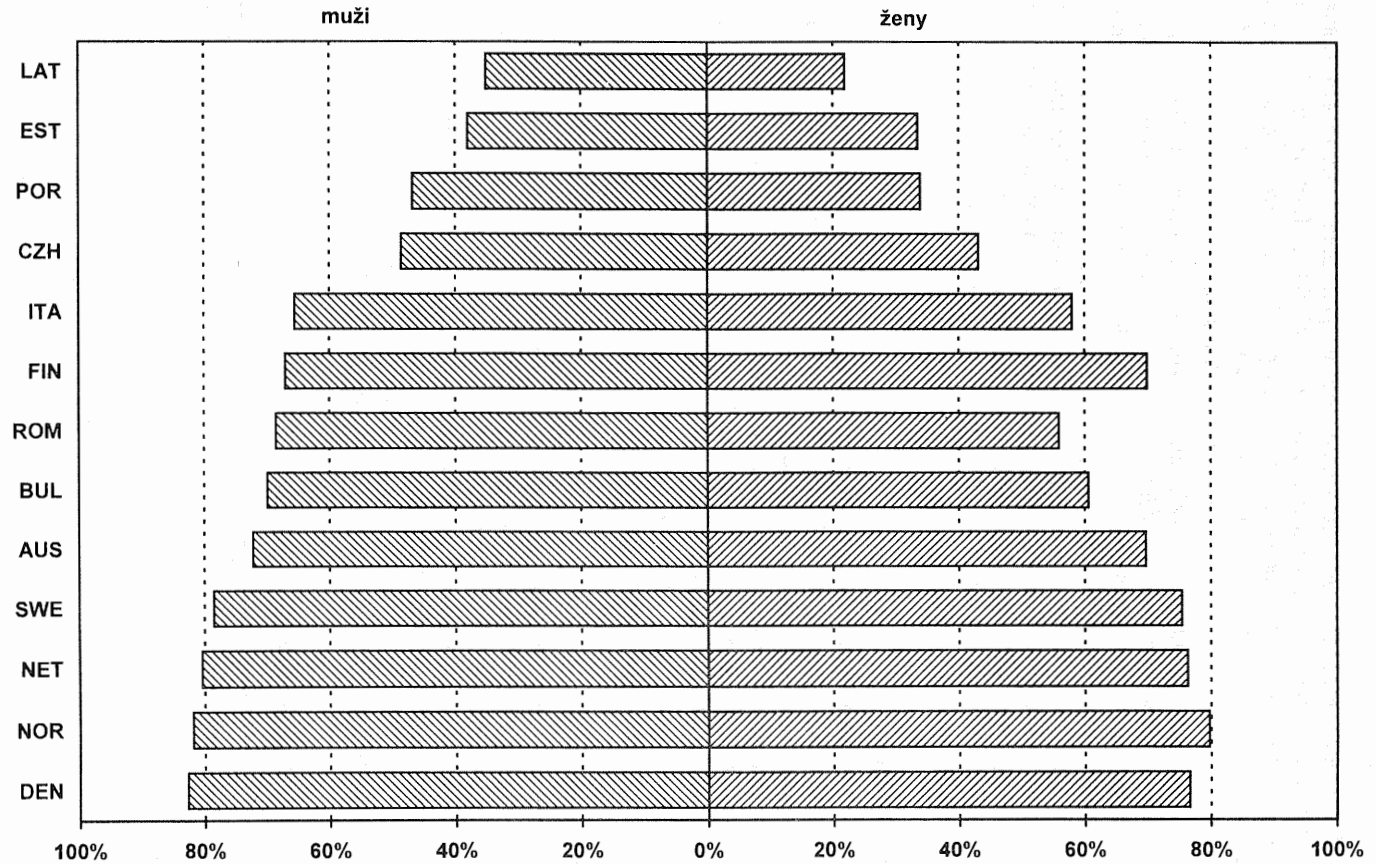
7 c) Kouření

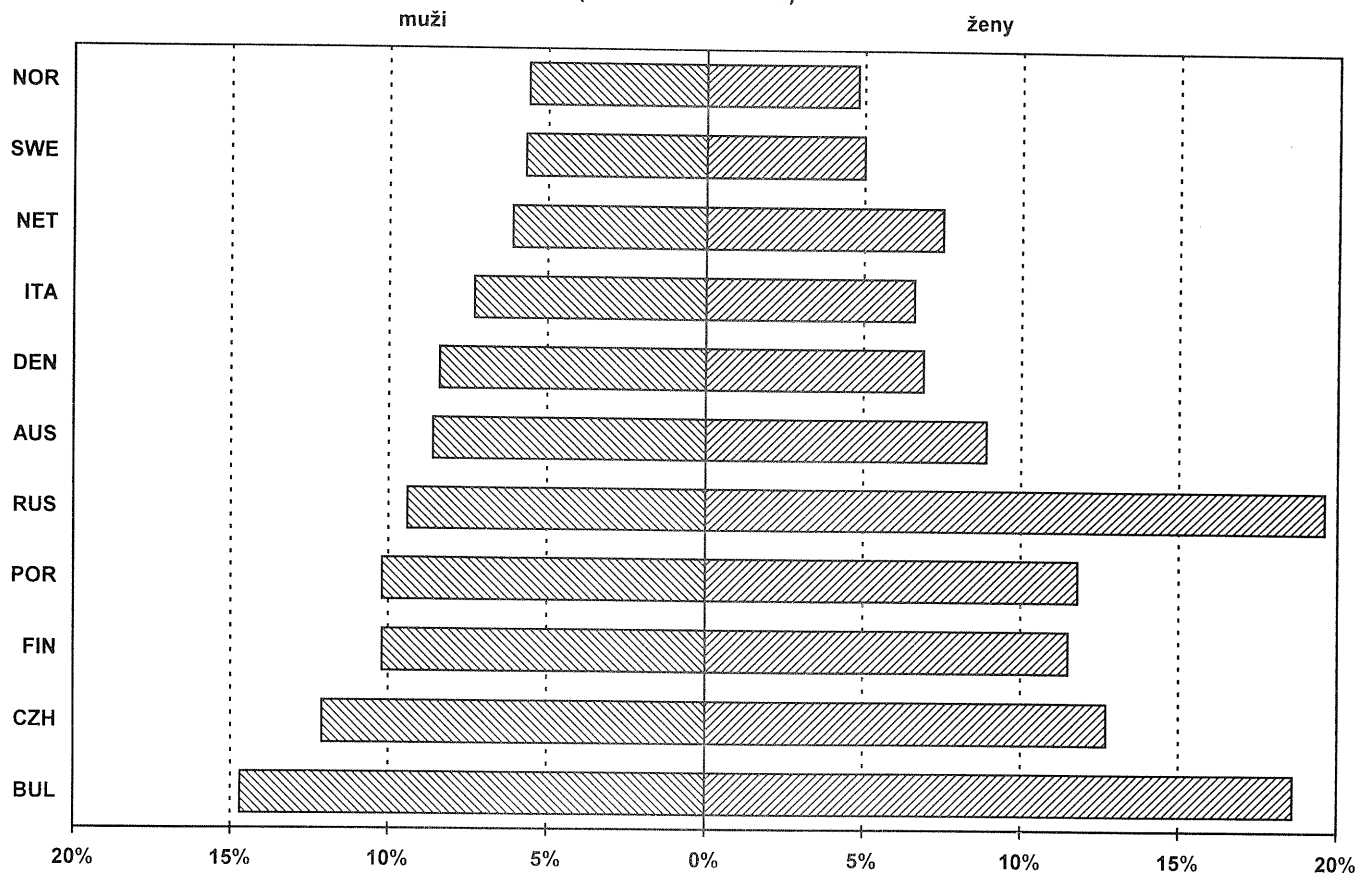
Podíl nekuřáků v populaci ve sledovaných zemích se pohybuje od 58 % v Dánsku po 78 % v Portugalsku. S trochou nadsázky by se dalo říci, že na fenomenu kouření se dá sledovat emancipace žen v uvedených zemích, což je zřejmé z tabulky 7.1. Z ní vyplývá, že bez ohledu na absolutní podíl kuřáků v populaci, je v Rusku a Portugalsku čtyřnásobný počet kouřících mužů než žen, kdežto ve Švédsku a Dánsku pouze 1,1 násobek. Z tohoto hlediska se Česká republika velmi blíží severským státům, se svým 1,6 násobkem mužů - kuřáků proti ženám - kuřačkám.

Tab. 7.1 Poměr kuřáků a kuřaček

Země	Muži	Ženy	M/Ž
BUL	43,0	19,2	2,2
CZH	32,5	20,8	1,6
DAN	41,8	37,6	1,1
POR	31,1	8,0	4,0
RUM	38,2	11,4	3,4
RUS	28,8	6,7	4,3
SWE	17,9	15,7	1,1

Graf 7.1.1 Procento populace, které své zdraví pociťuje jako dobré nebo velmi dobré (standardizováno)



Graf 7.1.2 Procento populace s BMI rovným nebo větším než 30kg/m^2
(standardizováno)

7.2 VYHODNOCENÍ ŠETŘENÍ

Jak již bylo řečeno, cílem HIS 96 bylo popsat zdravotní stav české populace. Snažili jsme se odpovědět na otázku, proč vůbec existuje snaha získat informace o zdravotním stavu a snažili jsme se též popsat důvody, které vedou k provádění šetření. Tím hlavním aspektem je pomocí zmapování zdravotního stavu obyvatelstva zvolit vhodnou politiku, která by redukovala negativní vlivy působící na zdraví a naopak posilovala ty oblasti, které přispívají k dobrému zdraví.

Pokusili jsme se objasnit, jak se potřebné informace získávají, přiblížit základní terminologii a popsat, jak probíhal sběr informací při šetření HIS 96. Otázky zařazené do šetření byly zvoleny tak, aby reprezentovaly jednak oblast zjišťující zdraví a jednak i oblasti blízké zdraví a se zdravím související. Zároveň jsme získali orientační představu o rozložení řady zdravotních charakteristik v populaci.

Klíčové výsledky šetření jsou obsahem tabulky 7.2. Oproti minulému šetření nemůžeme konstatovat nijak výrazné zlepšení ve zdravotním stavu naší populace, neboť nadále nejmladší generace příliš nesportuje a zejména dívky preferují sedavou činnost před aktivní zábavou, vysoká je i frekvence kouření a spotřeba alkoholu, značná část populace (zejm. nad 50 let) trpí nadváhou, a to vše se negativně projevuje v celkovém zdravotním stavu populace.

Shrneme-li všechna fakta, můžeme říci, že zdravotní stav české populace je průměrný, přičemž podíl populace s dobrým a špatným zdravím je přibližně stejný. Z hlediska pohlaví pak podíl mužů s dobrým zdravím převyšuje podíl mužů se špatným zdravím, zatímco u žen je tomu naopak.

Tab. 7.2 Hlavní výsledky šetření HIS CR 96

	Procento respondentů s odpovědí				
	1	2	3	4	5
Subjektivní zdraví	velmi dobré	dobré	vcelku dobré	špatné	velmi špatné
muži	17,9	32,7	31,7	16,6	1,0
ženy	11,8	29,5	37,1	19,3	2,3
Index tělesné hmotnosti	-18,0	18,0 - 19,9	20,0 - 26,9	27,0 - 29,9	30,0 +
muži	1,0	2,1	68,5	17,6	10,5
ženy	1,5	9,5	61,5	15,3	12,1
Kuřáctví	nikdy	bývalí	příležitostní	slabí	silní
muži	37,4	21,3	8,1	19,8	12,5
ženy	55,9	15,3	8,5	16,1	4,1
Tělesná aktivita	těžká	rekreační	lehká	sedavá	
muži	7,7	22,1	32,3	37,8	
ženy	1,3	13,7	36,7	48,1	
Konzumace alkoholu	výjmečná	přiměřená	nadměrná		
muži	39,0	48,5	12,5		
ženy	72,6	24,5	2,9		
Dietní index	dobrý	střední	špatný		
muži	59,7	29,2	11,0		
ženy	76,0	19,6	4,4		
Index zdravotních potíží	dobrý	průměrný	špatný		
muži	39,9	43,5	16,6		
ženy	22,9	48,5	28,6		
Chronické nemoci	žádné	neomezující	omezující		
muži	48,8	41,4	9,8		
ženy	42,2	45,8	11,6		
Sociální zdraví	výborné	vyhovující	špatné		
muži	21,4	48,6	30,0		
ženy	22,7	49,4	27,9		
Celkový zdravotní index	dobrý	průměrný	špatný		
muži	35,8	42,8	21,2		
ženy	23,8	44,0	32,1		

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

- BMI** Body mass index (kg/m²), tzv. Queteletův index, index tělesné hmotnosti
- CIZ** Celkový index zdraví - použitý v šetření HIS CR 96
- DI** Dietní index - použitý v šetření HIS CR 96
- HALS** Health and Lifestyle Survey - anglické epidemiologické šetření z r.1985
- HIS CR 96**.... Health Interview Survey Czech Republic 1996 - anglický název našeho výběrového šetření
- KZAM**..... Klasifikace zaměstnání - v ČR zavedena od 1.8.1992 dle klasifikace Mezinárodního úřadu práce ISCO - 88
- SZO** Světová zdravotnická organizace - anglicky WHO
- SLDB 91** Sčítání lidu, domů a byt ČR v roce 1991
- ÚZIS ČR**..... Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
- HFA** Projekt SZO „Zdraví pro všechny do roku 2000“
- PTDA** ukazatel průměrné týdenní dávky alkoholu
- s.v.r.** statisticky významný rozdíl
- s.n.r.** statisticky nevýznamný rozdíl

LITERATURA

1. Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace HIS CR 93, Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, Praha 1995
2. Health interview surveys, Towards international harmonization of methods and instruments, WHO 1996

ÚZIS ČR

Šetření o zdravotním stavu české populace 1996

1. Pohlaví muž <input type="checkbox"/> 1 (zakroužkujte) žena <input type="checkbox"/> 2	2. Dosažený věk <input type="text"/> (vepište)	3. Okres bydliště a vel. sk. obce a) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> b) <input type="text"/>
4. Rodinný stav (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	5. Národnost (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	6. Dosažené vzdělání (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
7. Ekonomické postavení a zaměstnání a) Ekonomické postavení (zakroužkujte číslo odpovídající Vašemu současnému zaměstnání) zaměstnaný <input type="checkbox"/> 1 nezaměstnaný (á) hledající práci <input type="checkbox"/> 2 nezaměstnaný (á) dočasně neschopný hledat práci <input type="checkbox"/> 3 nezaměstnaný (á) trvale neschopný pracovat <input type="checkbox"/> 4 důchodce (nepracující) <input type="checkbox"/> 5 studující <input type="checkbox"/> 6 v domácnosti <input type="checkbox"/> 7 mateřská dovolená, voják zákl. služby, neplac. dovolená, ostat. nepracující s vlastním příjmem apod. <input type="checkbox"/> 8 ostatní <input type="checkbox"/> 9 b) Současné zaměstnání (v posl. týdnu), resp. poslední zaměstnání <input type="text"/> <input type="text"/> c) Hlavní zaměstnání v životě <input type="text"/> <input type="text"/> d) Jste soukromník? ANO <input type="checkbox"/> 1 NE <input type="checkbox"/> 2 e) Zaměstnáváte další osoby? ANO <input type="checkbox"/> 1 NE <input type="checkbox"/> 2		
8. Příjem a) Domácnost, ve které žijí, má <input type="text"/> členů b) Uveďte celkový průměrný měsíční čistý příjem celé domácnosti (všechny platy, důchody, podpory, alimony) <input type="text"/> Kč	9. Životní podmínky (Zakroužkujte podle skutečnosti třeba i všechny odpovědi) 1. Jsem vlastníkem domu nebo bytu ANO <input type="checkbox"/> 1 NE <input type="checkbox"/> 2 2. Jsem vlastníkem chalupy nebo chaty <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. Domácnost, ve které žijí, má auto <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. Byt, ve kterém žijí, má vlastní koupelnu a WC <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. Byt, ve kterém žijí, má alespoň tolik obyvat. místností, kolik v něm bydlí lidí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 6. Dům, ve kterém bydlím, není umístěn v hlučném a (nebo) ekologicky závadném prostředí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	

<p>10. Jak se celkově zdravotně cítíte? (Zakroužkujte jedinou odpověď)</p> <ul style="list-style-type: none"> - velmi dobře 1 - dobře, jsem celkem zdrav(a) 2 - vcelku dobře, přiměřeně věku 3 - necítím se dobře, mám dlouhodobé zdrav. potíže 4 - velmi špatně, cítím se vážně nemocen(a) 5 	<p>11. Index tělesné hmotnosti</p> <p>a) Jaká je vaše výška ? cm</p> <p>b) Kolik vážíte ? kg</p>
---	---

12. Počet dní dočasné neschopnosti na osobu a rok

a) Musel(a) jste v posledních 2 týdnech omezit nějakou činnost, kterou obvykle děláte v domě, v práci nebo ve svém volném čase z důvodu nemoci(vč. duševních) nebo zranění? ANO 1
NE 2

b) Pokud ANO, kolik dní to bylo v průběhu těchto 2 týdnů, vč. So a Ne (1 - 14) - vypište:

c) Kolik dnů z toho jste ležel(a) v posteli celý den, nebo většinu dne (0 - 14) - vypište:

13. Trpěl(a) jste v posledním měsíci (4 týdny) některými z uvedených zdravotních potíží?
(Zakroužkujte ano / ne všech skutečně vnímaných potíží)

<p>1. bolesti hlavy ANO 1 NE 2</p> <p>2. nachlazení a chřipka ANO 1 NE 2</p> <p>3. přetrvávající kašel ANO 1 NE 2</p> <p>4. senná rýma (alergická) ANO 1 NE 2</p> <p>5. zánět čelních a čelistních dutin ANO 1 NE 2</p> <p>6. žaludeční a zažívací potíže ANO 1 NE 2</p> <p>7. zácpa ANO 1 NE 2</p> <p>8. slabost nebo závratě ANO 1 NE 2</p> <p>9. bolesti kloubů ANO 1 NE 2</p> <p>10. bolesti zad ANO 1 NE 2</p>	<p>11. potíže s nohama ANO 1 NE 2</p> <p>12. oční - zrakové potíže ANO 1 NE 2</p> <p>13. potíže s ušima nebo sluchem ANO 1 NE 2</p> <p>14. ledvinové nebo močové potíže ANO 1 NE 2</p> <p>15. srdeční potíže nebo dušnost ANO 1 NE 2</p> <p>16. potíže s měsíčky či přechodem (jen ženy do 60 let) ANO 1 NE 2</p> <p>17. jiné potíže - jaké - uveďte: ANO 1 NE 2</p> <p>..... ANO 1 NE 2</p> <p>18. neměl jsem žádné potíže ANO 1 NE 2</p>
---	---

14. Emoční pohoda
(Zakroužkujte nejvhodnější číslo odpovědi u každé otázky podle vašich pocitů a nálad v posledním měsíci)

	ani ne	ne více než obvykle	poněkud více než obvykle	mnohem více než obvykle
1. Měl(a) jste poruchy spánku pro úzkosti či trápení?	1	2	3	4
2. Cítil(a) jste trvale vnitřní napětí?	1	2	3	4
3. Měl(a) jste pocit, že nejste schopen(a) překonat potíže?	1	2	3	4
4. Cítil(a) jste se nešťastný(á) a depresivní?	1	2	3	4
5. Ztratil(a) jste důvěru v sebe?	1	2	3	4
6. Považoval(a) jste se za bezvýznamnou osobu?	1	2	3	4

(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 cokoli?	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)

- netrpím žádným chronickým onemocněním, neužívám pravidelně žádné léky 1
- trpím chronickým(i) onemocněním(i), ale ty mne nijak neomezují v pracovní, společenské nebo rodinné funkci 2
- trpím chronickým(i) onemocněním(i) či stavem a jsem omezen(a):
 - částečně (např. částečný invalidní důchod) 3
 - středně (např. potřebuji výpomoc, pečovatelskou službu, mám plný invalidní důchod, mám amputovanou končetinu) 4
 - zcela (např. jsem upoután(a) na lůžko, jsem bezmocný(á), ochrnutý(á), používám vozík, jsem slepý(á)) 5

b) Zakroužkujte jedinou odpověď u 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:

	ANO	NE		ANO	NE
1. astma, chronická bronchitida nebo jiné chron. plicní onem.	1	2	12. chronický zánět močového měchýře	1	2
2. chron. zánět čelních čelistních dutin nebo	1	2	13. výhřez dělohy	1	2
3. ischemická choroba srdeční nebo akutní infarkt	1	2	14. cukrovka	1	2
4. hypertenzní choroba	1	2	15. onemocnění štítné žlázy nebo struma	1	2
5. mozková mrtvice a jiná cévní onemocnění mozku	1	2	16. chron. onem. páteře déle než 3 měsíce, výhřez ploténky	1	2
6. vředová choroba žaludku nebo dvanáctníku	1	2	17. artróza kolen, kyčlí nebo rukou	1	2
7. potíže s tlustým nebo tenkým střevem trvající déle než 3 měsíce	1	2	18. zánět kloubů rukou nebo nohou	1	2
8. žlučové kameny nebo zánět žluč. měchýře	1	2	19. jiné revmatické záněty kloubů déle než 3 měsíce	1	2
9. nemoci jaterní, jaterní cirhóza	1	2	20. epilepsie	1	2
10. ledvinové kameny	1	2	21. závrť s pádem	1	2
11. chronické onemocnění ledvin	1	2	22. migréna	1	2
			23. chronické onem. kůže	1	2
			24. zhoubný novotvar	1	2
			25. jiná chronická onemocnění, popište jaká:	1	2

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

<input type="checkbox"/> 1	méně než 1x měsíčně	<input type="checkbox"/> 2	méně než 1x týdně, nejméně 1x měs.	<input type="checkbox"/> 3	nejméně 1x týdně
----------------------------	---------------------	----------------------------	------------------------------------	----------------------------	------------------

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

<input type="checkbox"/> 1	200 m nebo více	<input type="checkbox"/> 2	více kroků, ale méně než 200	<input type="checkbox"/> 3	pouze několik kroků
----------------------------	-----------------	----------------------------	------------------------------	----------------------------	---------------------

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

<input type="checkbox"/> 1	ano	<input type="checkbox"/> 2	ne, potřebuji vyšší hlasitost	<input type="checkbox"/> 3	ne, neslyším vůbec
----------------------------	-----	----------------------------	-------------------------------	----------------------------	--------------------

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

<input type="checkbox"/> 1	ano	<input type="checkbox"/> 2	ne, ale rozeznám na 1 m	<input type="checkbox"/> 3	ne, nerozeznám ani na 1m
----------------------------	-----	----------------------------	-------------------------	----------------------------	--------------------------

11. Můžete vyjít a sejít bez odpočinku 12 schodů?

<input type="checkbox"/> 1	ano	<input type="checkbox"/> 2	ano, ale s odpočinkem	<input type="checkbox"/> 3	ne
----------------------------	-----	----------------------------	-----------------------	----------------------------	----

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

<input type="checkbox"/> 1	ano	<input type="checkbox"/> 2	ne
----------------------------	-----	----------------------------	----

13. Můžete mluvit bez obtíží?

<input type="checkbox"/> 1	ano	<input type="checkbox"/> 2	ne
----------------------------	-----	----------------------------	----

17. Sociální podpora

Zhodnoťte přiměřeným zakroužkováním odpovědí 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.	1	2	3
2.	1	2	3
3.	1	2	3
4.	1	2	3
5.	1	2	3
6.	1	2	3
7.	1	2	3

18. Sociální role

Zakroužkujte podle skutečnosti i více - třeba i všechny kladné odpovědi

- | | | | |
|---|---|------------------------------------|---|
| 1. Žijete ve společné domácnosti alespoň s jednou další osobou? | 2 | 3. Jste nyní zaměstnán(a)? | 1 |
| 2. Jste ženatý (vdaná), máte druha (družku)? | 2 | 4. Máte děti? | 1 |
| | | 5. Máte alespoň 1 žijícího rodiče? | 1 |

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 ne	1-2x	3-6x	7 a více	vůbec ne	1-2x	3-6x	7 a více	vůbec ne	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 vaší aktivitu ve volném čase v posledním roce:

- těžký trénink a soutěžní 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):

<p>21. Kouření (zakroužkujte v každé otázce příslušnou odpověď a řiďte se pokyny vpravo)</p> <p>a) <u>Kouříte?</u></p> <p>- ano, denně <input type="checkbox"/> 1 dále otázka b)</p> <p>- ano, příležitostně <input type="checkbox"/> 2 dále otázka e)</p> <p>- ne <input type="checkbox"/> 3 dále otázka c)</p> <p>b) <u>Kolik cigaret</u> obvykle kouříte v průměru každý den?</p> <p>- nekouřím cigarety, ale doutníky či dýmku <input type="checkbox"/> 1 dále otázka e)</p> <p>- méně než 20 cigaret <input type="checkbox"/> 2 dále otázka e)</p> <p>- 20 nebo více cigaret <input type="checkbox"/> 3 dále otázka e)</p> <p>c) <u>Kouřil(a) jste někdy?</u></p> <p>- ano, denně do 20 cig. <input type="checkbox"/> 1 dále otázka d)</p> <p>- ano, denně 20 a více cig. <input type="checkbox"/> 2 dále otázka d)</p> <p>- ano, příležitostně <input type="checkbox"/> 3 dále otázka d)</p> <p>- ano, doutníky, dýmky <input type="checkbox"/> 4 dále otázka d)</p> <p>- ne <input type="checkbox"/> 5 KONEC</p> <p>d) Jak je to dlouho, co jste <u>přestal(a)</u> kouřit?</p> <p>- před méně než 2 roky <input type="checkbox"/> 1 dále otázka f)</p> <p>- před 2 a více roky <input type="checkbox"/> 2 dále otázka f)</p> <p>e) V porovnání s předchozími 2 lety mohl(a) byste říci, že jste kouření <u>omezil(a)</u>?</p> <p>- ano, omezil(a) <input type="checkbox"/> 1 dále otázka f)</p> <p>- ne <input type="checkbox"/> 2 dále otázka f)</p> <p>f) Uveďte <u>počet let</u>, po která kouříte nebo jste kouřil(a) <input style="width: 50px;" type="text"/></p>	<p>22. Alkohol (zakroužkujte nebo vypište)</p> <p>a) Před jakou dobou jste požil(a) naposledy alkoholický nápoj?</p> <p>- během posledního týdne <input type="checkbox"/> 1</p> <p>- před 1 - 4 týdny <input type="checkbox"/> 2</p> <p>- před 1 - 3 měsíci <input type="checkbox"/> 3</p> <p>- před více než 3 - 12 <input type="checkbox"/> 4</p> <p>- před více než rokem <input type="checkbox"/> 5</p> <p>- celoživotní abstinent(ka) <input type="checkbox"/> 6</p> <p>b) Po kolik dnů jste pil(a) alkohol během posledních 14 dnů? (0 - 14) <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p>c) Ve dny, kdy jste v posledních 14 dnech pil(a) alkohol, kolik to bylo <u>v průměru za den?</u></p> <p>- půllitru piva <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p> a (nebo)</p> <p>- 1 dcl skleniček vína <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p> a (nebo)</p> <p>- 0,5 dcl skleniček likéru (tvrdého) <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p>d) Odpovídalo udané množství alkoholu během posledních 14 dnů vaší běžné spotřebě v poslední době?</p> <p style="text-align: right;">ANO <input type="checkbox"/> 1</p> <p style="text-align: right;">NE <input type="checkbox"/> 2</p> <p>e) Pokud jste uvedl(a) NE, bylo vaše pití alkoholu v posledních 14 dnech proti běžné situaci v posledním roce</p> <p style="text-align: right;">VYŠŠÍ <input type="checkbox"/> 1</p> <p style="text-align: right;">NIŽŠÍ <input type="checkbox"/> 2</p>																																								
<p>23. Stravovací zásady (zakroužkujte vždy jedinou odpověď u každé z doporučených stravovacích zásad, které dodržujete)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">1. Dávám přednost hrubozrnnému, černému chlebu</td> <td style="width: 5%;">ANO</td> <td style="width: 5%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="width: 5%;">NE</td> <td style="width: 5%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>2. Dávám přednost rostlinným tukům, sýrům a pomazánkám s nízkým obsahem tuku</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>3. V létě jím čerstvé ovoce nejméně 1x denně</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>4. V zimě jím saláty a syrovou zeleninu nejméně 1x týdně</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>5. Smažené brambůrky jím maximálně 2x týdně</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>6. Jiná smažená jídla jím maximálně 2x týdně</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>7. Sladkostí nebo sušenky nejím denně</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>8. Jím max. 2 vejce týdně</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> </table>		1. Dávám přednost hrubozrnnému, černému chlebu	ANO	<input type="checkbox"/> 1	NE	<input type="checkbox"/> 2	2. Dávám přednost rostlinným tukům, sýrům a pomazánkám s nízkým obsahem tuku		<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 2	3. V létě jím čerstvé ovoce nejméně 1x denně		<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 2	4. V zimě jím saláty a syrovou zeleninu nejméně 1x týdně		<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 2	5. Smažené brambůrky jím maximálně 2x týdně		<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 2	6. Jiná smažená jídla jím maximálně 2x týdně		<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 2	7. Sladkostí nebo sušenky nejím denně		<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 2	8. Jím max. 2 vejce týdně		<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 2
1. Dávám přednost hrubozrnnému, černému chlebu	ANO	<input type="checkbox"/> 1	NE	<input type="checkbox"/> 2																																					
2. Dávám přednost rostlinným tukům, sýrům a pomazánkám s nízkým obsahem tuku		<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 2																																					
3. V létě jím čerstvé ovoce nejméně 1x denně		<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 2																																					
4. V zimě jím saláty a syrovou zeleninu nejméně 1x týdně		<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 2																																					
5. Smažené brambůrky jím maximálně 2x týdně		<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 2																																					
6. Jiná smažená jídla jím maximálně 2x týdně		<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 2																																					
7. Sladkostí nebo sušenky nejím denně		<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 2																																					
8. Jím max. 2 vejce týdně		<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 2																																					

24. Jak hodnotíte změny ve zdravotnictví v posledních dvou letech?

(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. Systém povinného zdravotního pojištění?

- | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|
| 1. Měl(a) jste nějaký problém v souvislosti se zdravotní pojišťovnou v posledních 12 měsících? | ANO | NE |
| | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 2. Máte konkrétní představu, co znamená individuální účet pojistěnce | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 3. Změnil(a) jste v posledních dvou letech zdravotní pojišťovnu | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |

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

(u každé otázky zakroužkujte jedinou odpověď)

a) Poplatky za vybrané zdravotnické služby	žádné	20 Kč	50 Kč	100 Kč	200 Kč	500 Kč
1. ambulanti návštěva u všeobecného lékaře (který by zajišťoval další potřebné konziliární vyšetření zdarma)	0	1	2	3	4	5
2. ambulanti návštěva specialisty	0	1	2	3	4	5
3. ambulanti návštěva zubaře	0	1	2	3	4	5
4. jeden ošetrovací den v nemocnici	0	1	2	3	4	5
5. jedno balení léku, který není životně důležitý	0	1	2	3	4	5
6. návštěva v bytě mimo pracovní dobu	0	1	2	3	4	5

Uvedte částku v Kč, kterou jste zaplatil(a) v posledním měsíci:

b) za léky Kč

c) za zdravotnické služby (mimo léků) Kč

Datum vyplnění:

Výběrové šetření o zdravotním stavu
české populace
1996
HIS CR 96

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 1998
Náklad 800 výtisků

ISBN 80-86100-66-9