

**Ústav zdravotnických informací a statistiky
České republiky**

**VÝBĚROVÉ ŠETŘENÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU
ČESKÉ POPULACE
1999**

HIS CR 99

Praha 2001

Publikace obsahuje souhrnné výsledky periodicky se opakujícího anketního průzkumu zdravotního stavu populace prováděného každé 3 roky. Průzkum prováděl ÚZIS na celostátním vzorku cca 3000 respondentů starších 15 let. Šetření bylo realizováno na základě otázek doporučených Světovou zdravotnickou organizací a umožňuje tak srovnání zdravotního stavu populace České republiky s jinými evropskými zeměmi. Otázky se týkaly životního stylu, tělesného a duševního zdraví, sociální situace a názorů na poskytované zdravotnické služby. Výsledky jsou uvedeny ve formě textů doplněných tabulkami a grafy.

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, e-mail: sekretariat@uzis.cz, <http://www.uzis.cz>.

© ÚZIS ČR, 2001

ISBN 80-7280-033-9

OBSAH

1. ÚVOD	5
2. PŘÍPRAVA A PRŮBĚH ŠETŘENÍ	7
2.1 Výběr respondentů	7
2.2 Průběh šetření a práce tazatelů	8
3. OBSAH ŠETŘENÍ	9
4. CHARAKTERISTIKA SOUBORU	10
4.1 Základní demografická struktura	10
4.2 Rodinný stav	10
4.3 Národnost	11
4.4 Vzdělání	11
4.5 Velikost obce	11
4.6 Zaměstnání	15
4.7 Ekonomické postavení	15
4.8 Příjem domácnosti	17
4.9 Životní podmínky	17
5. ŽIVOTNÍ STYL	21
5.1 Index tělesné hmotnosti	21
5.2 Tělesná aktivita	24
5.3 Stravovací zásady	30
5.4 Kouření	35
5.5 Alkohol	40
5.6 Drogy	45
6. ZDRAVÍ A NEMOCNOST	49
6.1 Subjektivně vnímané zdraví	49
6.2 Dočasná neschopnost	54
6.3 Zdravotní potíže	58
6.4 Psychické zdraví	64
6.5 Chronická nemocnost	68
6.6 Dlouhodobá neschopnost	76
6.7 Sociální zdraví	81
6.8 Celkový index zdraví	90
6.9 Kvalita života	96
7. ZÁVĚR	100
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	106
LITERATURA	107
DOTAZNÍK ŠETŘENÍ HIS CR 99	108

1. ÚVOD

V zdravotnictví závisí hodnota informací na mnoha faktorech. Zejména na úplnosti, dostupnosti v správný čas i na jejich potřebné úrovni. Informační podpora je nezbytná pro plánování, realizaci a hodnocení zdravotnických opatření směřujících k zabezpečení dobrého zdraví pro všechny. Ale i pro stanovení priorit v procesu rozhodování a při rozdělování finančních prostředků. Údaje o zdravotním stavu populace, trendech a faktorech, které jej ovlivňují, jsou podstatnou částí informací nutných pro dlouhodobou zdravotnickou politiku.

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

Velkou část potřebné informační podpory poskytuje rutinní zdravotnická statistika. Na druhou stranu dotazníková šetření (provedená na reprezentativním vzorku populace) přinášejí další velmi podstatné informace, které nelze jinými metodami získat. Šetření zahrnují různé podskupiny populace, i ty, které zdravotnickou pomoc sami nevyhledávají. Výběrová šetření jsou také jediným (nebo alespoň nejdůležitějším) nástrojem ke zjištění určitých zdravotních rizik. Například prevalence negativních životních návyků (kouření, alkohol, špatné stravování), určitých dimenzí zdravotního stavu (subjektivní pocit zdraví, kvalita života, vzorce chování) a dopadů zdravotních problémů na denní život a pohodu.

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), respektive od roku 2000 programu Health21, jehož 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, které by měly vést ke zlepšení zdraví populace. Cíle tohoto programu můžeme 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 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.

Výběrová šetření HIS (Health Interview Survey) patří do skupiny průřezových epidemiologických studií, jejichž hlavním úkolem je stanovení četnosti určitého jevu v populaci a v jejich podskupinách. Zároveň je možné zjistit postoje občanů ke zdraví, názory na zdravotnické služby a charakteristiky chování (pozitivní i negativní), které významně ovlivňují zdraví jedince. Nejlepší výsledky jsou dosahovány při tzv. metodě „face to face“, tj. při přímém standardizovaném rozhovoru proškolených tazatelů s respondenty, představujícími náhodně vybraný reprezentativní vzorek populace. Vzhledem k této skutečnosti je dobré mít určitou tazatelskou síť. To znamená pracovníka v každé oblasti, který v daných lokalitách zabezpečí požadovaná dotazníková interview.

Ani u nás nikdo nepochyboval o významu a účelu šetření HIS, a proto jsme na začátku 90. let velmi uvítali možnost připojení se k těmto mezinárodním aktivitám a progresivním trendům. ÚZIS ČR v roce 1993 uskutečnil první šetření (pilotní studii, 1 600 respondentů) tohoto typu. A to na základě mezinárodních doporučení 3. konzultace a zkušeností z holandských a anglických šetření. Už při přípravě prvního šetření jsme se rozhodli opakovat tato šetření s tříletou periodicitou. A tak se v roce 1996 uskutečnilo druhé, již plnohodnotné, šetření HIS CR 96 (rozsah šetření 3 400 respondentů).

Již na začátku byla stanovena určitá pravidla (zásady), kterými jsme se rozhodli řídit při přípravě všech šetření:

- Dodržovat tříletou periodicitu odpovídající periodicitě předávání informací tohoto typu do WHO.
- Všeobecný a komplexní dotazník zaměřený na populaci ve věku 15 let a více (s vyloučením osob umístěných v institucích).
- Reprezentativní, několikastupňový výběr, rozsah cca 3 000 respondentů z celé republiky.
- Metoda „face to face“, tazatelskou síť tvoří pracovníci Ústavu zdravotnických informací a statistiky.
- Využívání mezinárodně standardizovaných nástrojů a postupů.
- Zachování srovnatelnosti v čase, tzn. dotazník musí být z hlediska obsahu stabilizovaný a případné změny musí vyplývat z vyhodnocení předchozích šetření nebo z nových poznatků a doporučení.
- Zachování rozumného rozsahu dotazníku (doba vyplnění v průměru cca 30-60 minut) tak, aby neúměrně nezatěžoval, jak respondenta, tak i tazatele.

Tato pravidla (zásady) se nám daří dodržovat. Všechna dosud realizovaná šetření proběhla podle stejné metodiky, jen s mírně modifikovanými dotazníky a v prakticky stejných podmínkách. Výsledky jsou tedy dobře srovnatelné a z porovnání šetření i věrohodné.

Na podzim roku 1999 proběhlo již třetí výběrové šetření o zdravotním stavu české populace HIS CR 99. Součástí dotazníku byla i otázka týkající se úrazů v domácnosti a ve volném čase (European Home and Leisure Accident Surveillance System - EHLASS). Tuto studii provádí i EU a naším úkolem bylo zajistit ji i u nás.

2. PŘÍPRAVA A PRŮBĚH ŠETŘENÍ

2.1 VÝBĚR RESPONDENTŮ

Základní požadavky výběru byly stanoveny na centrálním pracovišti ÚZIS ČR. Výběr měl zahrnout 3 500 osob s trvalým bydlištěm v České republice ve věku 15 let a výše v době šetření (tj. narození před říjnem 1984). Výběr měl být reprezentativní z těchto hledisek: věkové složení respondentů, zastoupení obou pohlaví a z hlediska geografického rozložení (zastoupení všech velikostních skupin obcí, zastoupení všech okresů). Výběr měl zároveň omezit počet míst, na která bude nutné za respondenty cestovat (cíl – snížení nákladů na šetření).

Na základě úvah o počtu tazatelů, rozsahu výběru a limitu peněz na cestovné jsme zvolili následující vícestupňový výběr respondentů:

1. stupeň - náhodný výběr obcí rozdělených do pěti strat podle velikosti obcí. Počty respondentů pro každou velikostní skupinu obcí byly stanoveny úměrně celkovému počtu obyvatel v dané skupině. Jako oporu výběru jsme k výběru obcí použili registr ČSÚ. Ve větších obcích by měly být pokryty všechny charakteristické lokality (sídlíště, centrum města, vilové čtvrti, periferie apod.). Všechny obce ČR (podle stavu v roce 1998) jsme rozdělili do pěti kategorií:

1. do 1 999 obyvatel,
2. 2 000 - 4 999,
3. 5 000 - 9 999,
4. 10 000 - 29 999,
5. nad 30 000 obyvatel.

Počet obcí, vybraných v každé velikostní skupině, byl stanoven na základě skutečného procentuálního rozložení obyvatel České republiky. Zároveň byl stanoven průměrný počet respondentů na vybranou obec. U první kategorie bylo požadováno 223 obcí a 892 respondentů (v průměru 4 respondenti na obec). Ve druhé kategorii bylo požadováno 62 obcí a 367 respondentů (v průměru 6 respondentů na obec). Ve třetí kategorii bylo požadováno 40 obcí a 317 respondentů (v průměru 8 respondentů na obec). Ve čtvrté kategorii požadováno 54 obcí a 541 respondentů (v průměru 10 respondentů na obec). Do páté kategorie byly zařazeny všechny obce. Počet respondentů v každém městě je dán násobkem počtu obyvatel daného města krát 0,00034.

2. a 3. stupeň - náhodný výběr lokalit a osob ve vybraných obcích. Zde byla oporou výběru poprvé evidence obyvatel v Centrálním registru obyvatel (CRO). Centrální registr obyvatel provedl výběr podle vlastní metodiky a předal nám seznamy vybraných osob. U každého respondenta bylo uvedeno jméno, příjmení, adresa a ročník narození (důležitý pro správné určení respondenta v případě shody jmen v rodině). Požadavkem byl náhodný výběr osob, který bude reprezentativní z hlediska věku a pohlaví a dalších socioekonomických charakteristik.

2.2 PRŮBĚH ŠETŘENÍ A PRÁCE TAZATELŮ

Šetření HIS CR 99 bylo provedeno v říjnu a listopadu roku 1999 zaškolenými pracovníky a pracovníci ÚZIS ČR, kteří tvořili tazatelskou síť. Dotazník nebyl příliš složitý, aby neodradil respondenty od ochoty odpovídat. Všechny otázky v dotazníku byly typu uzavřených otázek, tzn. že možné odpovědi byly součástí textu otázky. Žádná z otázek nebyla z kategorie otázek otevřených, kdy by dotazovaní vyjadřovali svůj názor libovolně.

Jednotlivé otázky byly částečně formulovány jednak podle doporučení WHO nebo byly převzaty z anglického šetření HALS 1985 a ostatní otázky byly zařazeny přímo zpracovatelem. Oproti předchozím dvěma šetřením byla do dotazníku zařazena otázka týkající se konzumace drog, kvality života a úrazů ve volném čase.

Vybraným respondentům byla nejprve zaslána obálka, ve které byl dotazník a průvodní dopis. Tento dopis měl respondenta seznámit s významem šetření, základním popisem výběru respondentů a zároveň měl respondenta ubezpečit o hodnověrnosti šetření. Dále byl nabídnut termín schůzky s tazatelem, tento termín šlo samozřejmě po dohodě s krajským pracovištěm ÚZIS ČR změnit.

Před vlastním šetřením obdrželi tazatelé podrobné pokyny k vyplnění dotazníků. Při každém interview musel tazatel vyplnit protokol o provedeném interview. Zde bylo zaznamenáváno pořadové číslo respondenta, obec, charakteristika bydliště respondenta, velikostní skupina obce, počet kontaktů s respondentem nutných k uskutečnění návštěvy, datum návštěvy, postoj respondenta k rozhovoru (popřípadě důvod nezastižení či odmítnutí). Počet odmítnutí pak sloužil pro stanovení míry neochoty zúčastnit se šetření. Ta se pohybovala okolo 20 %.

3. OBSAH ŠETŘENÍ

V šetření je sledováno zhruba šest okruhů a každý z nich obsahuje 3-10 otázek (celkem 28 otázek). Většina otázek má další podotázky, takže celkový rozsah dotazníku dosahuje téměř 200 otázek. Dotazník použitý v šetření HIS CR 99 je uveden v příloze této publikace. Základní okruhy byly tyto:

- 1) Demografická a socioekonomická charakteristika (věk, pohlaví, rodinný stav, socioekonomické postavení, životní podmínky),
- 2) Zdravotní stav (subjektivně vnímané zdraví, dočasná a dlouhodobá neschopnost, mobilita, výskyt zdravotních potíží a chronických nemocí),
- 3) Sociální a psychické zdraví,
- 4) Životní styl a rizikové chování (BMI, fyzická aktivita, stravovací návyky, kouření, konzumace alkoholu a drog),
- 5) Zdravotnické služby (názory na zdravotnictví, platby mimo zdravotní pojištění),
- 6) Úrazy ve volném čase (okolnosti a příčiny úrazu - čas, místo, činnost, důvod, původce, popis zranění).

Socioekonomická skladba výběrového souboru respondentů je popsána a analyzována ve 4. kapitole této publikace. Otázky související s životním stylem jsou obsahem 5. kapitoly a rozbor výsledků zdravotního stavu a sociální zdraví je obsahem 6. kapitoly. Okruh otázek, týkající se názoru respondentů na změny ve zdravotnictví či ochoty připlácet na některé zdravotnické služby, měl charakter ankety a přímo nesouvisel se zdravotním stavem populace. Zhodnocení bylo zpracováno formou aktuální informace a do publikace nebylo zahrnuto (viz Aktuální informace č. 55). To samé bude učiněno s blokem otázek, týkajících se úrazů ve volném čase.

4. CHARAKTERISTIKA SOUBORU

4.1 ZÁKLADNÍ DEMOGRAFICKÁ STRUKTURA

CRO vybral 3 456 respondentů starších 15 let, kteří byli kontaktováni pracovníky ÚZIS ČR. Aktivně se zúčastnilo 2 356 respondentů (68,2 %), ostatní respondenti buď odmítli (19,6 %) nebo nebyli zastiženi (12,2 %). Mezi důvody odmítnutí patřil například nezájem respondenta o šetření či obavy z puštění cizí osoby do bytu. Nezastižení respondenta bylo způsobeno například dlouhodobým pobytem v zahraničí, hospitalizací v nemocnici či vojenskou službou.

Z respondentů, kteří se aktivně zúčastnili šetření, tvořili muži 48,7 % a ženy 51,3 %. Toto procentuelní zastoupení přibližně odpovídá údajům o složení obyvatelstva populace České republiky k 31.12. 1999 dle Statistické ročenky ČR 2000.

Respondenti byli rozděleni do sedmi desetiletých věkových skupin. Průměrné hodnoty odchylek věkové struktury respondentů se od věkové struktury populace České republiky 31.12. 1999 pohybovaly v průměru 1,6 % u mužů a 0,5 % u žen. χ^2 - test dobré shody prokázal, že soubor není z hlediska věkové struktury plně reprezentativní (pokud se posuzují obě pohlaví zvlášť, pak muži nejsou plně reprezentativním a ženy jsou reprezentativním výběrem). V testu jde o vyjádření rozdílů mezi napozorovaným a skutečným rozdělením hodnot. Pokud jsou rozdíly malé, hovoříme o tzv. dobré shodě, v opačném případě můžeme prohlásit, že existují určité rozdíly mezi výběrem a skutečnou populací.

V tabulce 4.1.-5. je uvedena struktura respondentů podle věku, rodinného stavu, národnosti, vzdělání a velikosti obce.

4.2 RODINNÝ STAV

V šetření jsme rozlišili pět kategorií rodinného stavu – svobodný (svobodná), druh (družka), ženatý (vdaná), rozvedený (rozvedená), vdovec (vdova).

Struktura respondentů podle rodinného stavu v jednotlivých věkových skupinách je znázorněna v grafu 4.1.

Naše údaje nelze plnohodnotně porovnat s údaji ve Statistické ročence ČR 2000, která rozlišuje pouze 4 kategorie (svobodný/á, ženatý/vdaná, rozvedený/á, vdovec/vdova). I přesto hodnoty odchylek byly nízké. U skupiny ženatý/vdaná, kterou lze jako jedinou porovnat, byla hodnota odchylky u mužů 1,0 procentního bodu (p.b.) a u žen 2,4 p.b.

4.3 NÁRODNOST

V této otázce se sledovalo pět nejčastěji se vyskytujících národnostních skupin v České republice: 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. Poslední dostupné informace o národnostním složení obyvatelstva jsou z roku 1991 (Sčítání lidu, domu a bytů).

Vzhledem k malému počtu respondentů s jinou než českou národností, lze jen těžko údaje o zdravotním stavu z hlediska národnostních skupin porovnávat.

4.4 VZDĚLÁNÍ

V řadě studií o vlivu socioekonomických faktorů na zdraví populace mívá úroveň vzdělání prioritu. Vyšší vzdělání bývá spojeno s vyšším společenským postavením, vyšším příjmem a zpravidla i se zdravějším způsobem života. Vzdělanostní struktura respondentů měla v tomto šetření pět skupin: základní (bez kvalifikace), učňovské (bez maturity), střední (s maturitou), vyšší (pomaturitní, bakalářské, nástavbové) a vysokoškolské. Vzhledem k tomu, že respondenti s vyšším vzděláním tvořili velmi málo početnou skupinu sloučili jsme je, stejně jako v HIS CR 93 či HIS CR 96, se skupinou vysokoškoláků a uvedli pod názvem „respondenti s vyšším vzděláním.“

Vzdělanostní složení respondentů podle věku je znázorněno v grafu 4.2. Ve srovnání s minulým šetřením je v HIS CR 99 vyšší podíl respondentů se základním a učňovským vzděláním. Na tomto místě je ale nutno podotknout, že v předchozích šetřeních probíhal výběr respondentů jiným způsobem než v roce 1999. A šetření HIS CR 99 lze považovat za více reprezentativní z hlediska vzdělání než předchozí dvě šetření.

4.5 VELIKOST OBCE

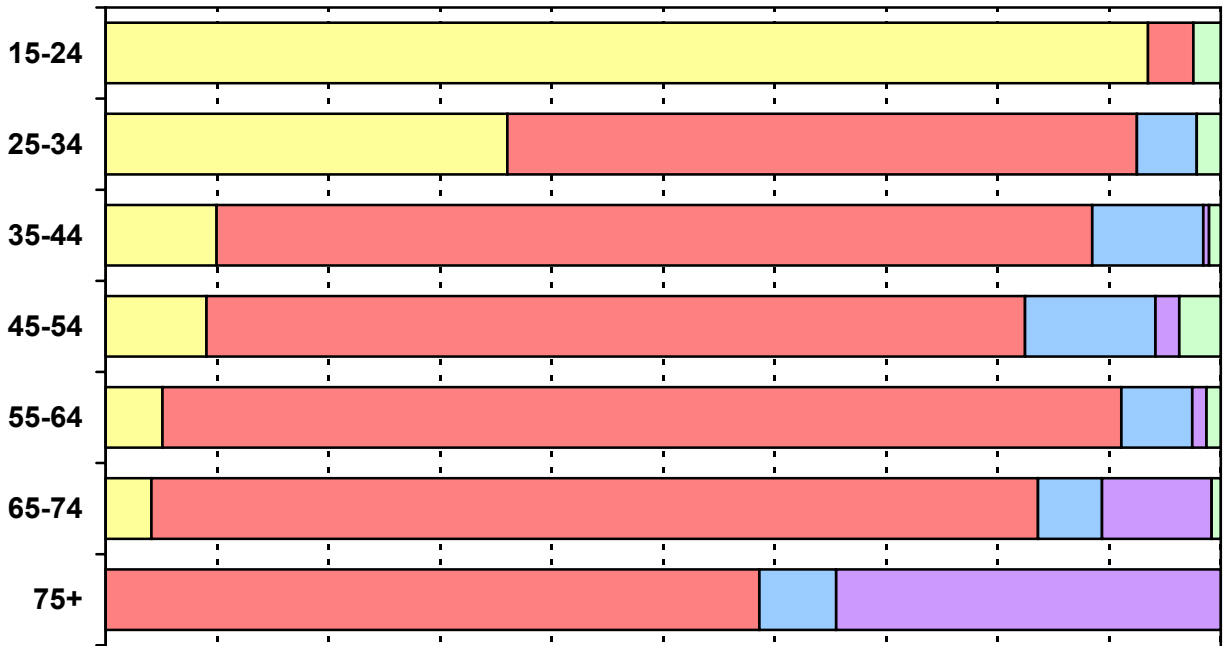
Složení souboru podle velikostní kategorie obce, charakterizováno počtem obyvatel, je znázorněno v tabulce 4.1-5. Rozložení respondentů lze porovnat s údaji v Malém lexikonu obcí ČR 1998 (zde jsou zahrnuti i občané mladší 15 let). Procento zastoupení respondentů z hlediska velikosti obce lze považovat za reprezentativní.

Tab. 4.1-5 Demografická struktura souboru

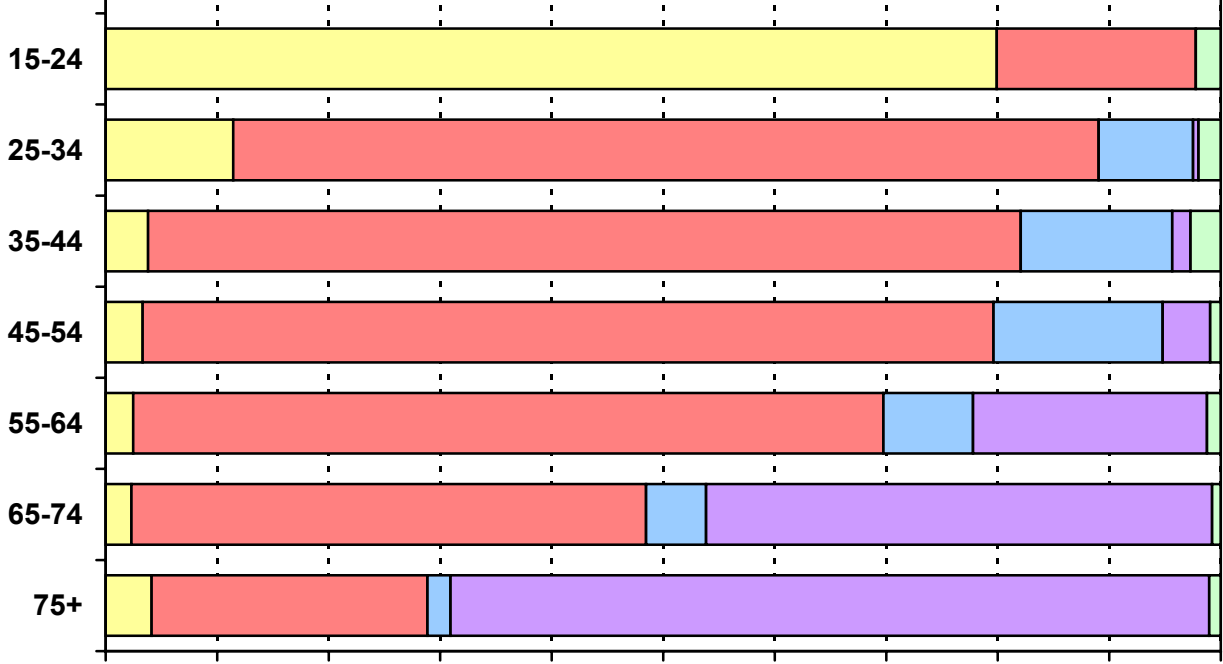
Ukazatel	Muži		Ženy	
	počet	%	počet	%
Celkem	1147	100,0	1209	100,0
věk				
15-24	245	21,4	224	18,5
25-34	186	16,2	201	16,6
35-44	191	16,7	184	15,2
45-54	188	16,4	211	17,5
55-64	157	13,7	162	13,4
65-74	122	10,6	130	10,8
75+	58	5,1	97	8,0
rodinný stav				
svobodný	345	30,1	227	18,8
ženatý, vdaná	669	58,3	694	57,4
rozvedený	72	6,3	96	7,9
vdovec, vdova	39	3,4	172	14,2
druh, družka	22	1,9	20	1,7
národnost				
česká	1106	96,4	1161	96,0
slovenská	23	2,0	22	1,8
romská	5	0,4	2	0,2
německá	3	0,3	11	0,9
jiná	8	0,7	10	0,8
neudáno	2	0,2	3	0,2
vzdělání				
základní	180	15,7	339	28,0
učňovské	521	45,4	364	30,1
střední	316	27,6	416	34,4
vyšší	17	1,5	23	1,9
vysokoškolské	113	9,9	64	5,3
neudáno	-	-	3	0,2
velikost obce (počet obyvatel)				
0 - 1 999	336	29,3	322	26,6
2 000 - 4 999	123	10,7	141	11,7
5 000 - 9 999	93	8,1	112	9,3
10 000 - 29 999	171	14,9	210	17,4
30 000 +	424	37,0	424	35,1

Graf 4.1 Složení respondentů podle rodinného stavu

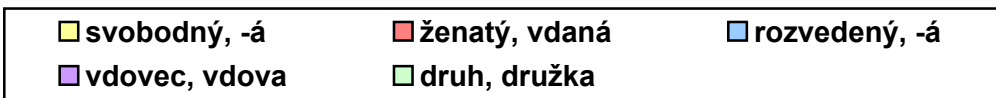
MUŽI



ŽENY

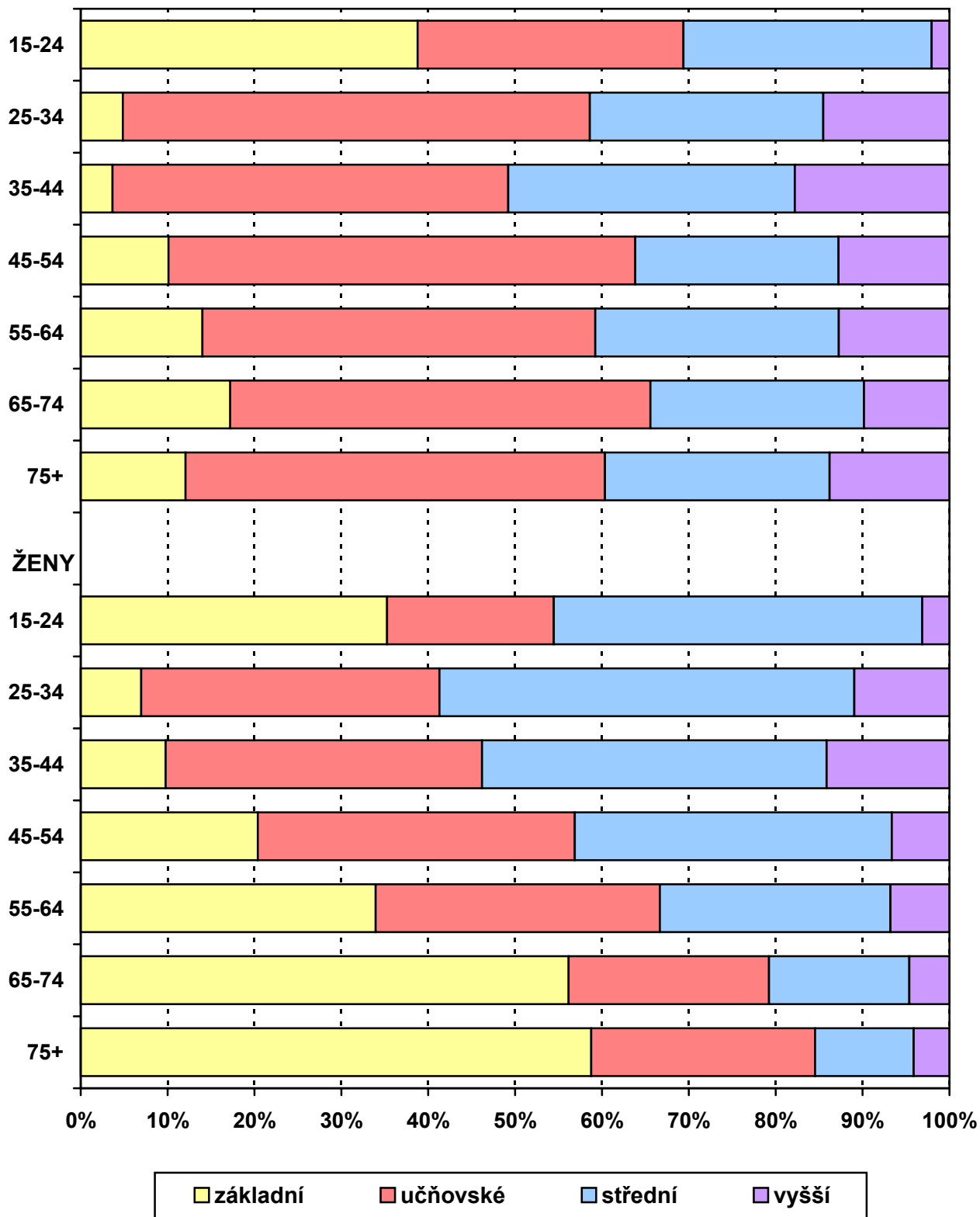


0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%



Graf 4.2 Složení respondentů podle vzdělání

MUŽI



4.6 ZAMĚSTNÁNÍ

Zaměstnání je věnována otázka sedmá. Je v ní zahrnuto ekonomické postavení respondenta, které je rozvedeno v kapitole 4.7. Dále jsme se ptali na současné (resp. poslední) a hlavní zaměstnání v životě respondenta. Hlavním zaměstnáním v životě se myslelo nejvýznamnější (či nejdelší životní zaměstnání). Rovněž jsme zjišťovali, zda je respondent soukromníkem a zda zaměstnává další osoby.

Nynější i hlavní zaměstnání byla stejně jako v předchozích šetřeních HIS kódována podle přehledu hlavních tříd a tříd klasifikace zaměstnání (KZAM z roku 1992), která byla u nás zavedena Federálním statistickým úřadem od 1.8.1992. KZAM vychází z principu klasifikace ISCO 88 Mezinárodního úřadu práce. Zaměstnání byla kódována dvoumístným kódem tříd klasifikace. Tento způsob klasifikace byl totožný u všech doposud provedených šetření.

Přehled o nynějším či posledním a hlavním zaměstnání respondentů podle pohlaví a devíti hlavních tříd KZAM je uveden v tabulce 4.6.

4.7 EKONOMICKÉ POSTAVENÍ

Na základě odpovědí na již zmíněnou otázku číslo sedm byli respondenti rozděleni na ekonomicky aktivní a neaktivní. Definice ekonomické aktivity byla zvolena tak, aby odpovídala definici používané ČSÚ (to znamená, že nezaměstnaní, vojáci základní služby a osoby na mateřské dovolené byli zařazeni mezi ekonomicky aktivní obyvatele).

Podíl respondentů podle ekonomického postavení je uveden v tabulce 4.7. Ekonomicky neaktivních mužů bylo 35 % a žen 43 %. Nejčastějším důvodem neaktivity byl věk - 66 % mužů a 74 % žen byli respondenti pobírající důchod a druhým nejčastějším důvodem bylo studium - 31 % mužů a 21 % žen.

Na základě dat ze Statistické ročenky ČR 2000 činil podíl ekonomicky aktivních pro populaci 15 a více let 61,1 % a podle našeho šetření 60,9 %. Registrovaná míra nezaměstnanosti činila ke konci roku 1999 9,37 % a obecná míra nezaměstnanosti za 4. čtvrtletí roku 1999 byla 9,0 % (viz Statistická ročenka ČR 2000). Odhad míry nezaměstnanosti ze šetření HIS CR 99 činil 9,8 %.

Tab. 4.6 Kategorie zaměstnání

Třídy zaměstnání (podle KZAM)	Respondenti se zaměstnáním							
	současné		hlavní		současné		hlavní	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
	muži				ženy			
vedoucí a řídící pracovník	37	3,2	21	1,8	21	1,7	12	1,0
vědecký a odborný pracovník	73	6,4	78	6,8	71	5,9	80	6,6
technik, zdravotník, pedagog	150	13,1	163	14,2	167	13,8	173	14,3
nižší administrativní pracovník	30	2,6	33	2,9	199	16,5	200	16,5
pracovník v obchodě a službách	75	6,5	55	4,8	197	16,3	207	17,1
kvalifikovaný zemědělský a lesní dělník	31	2,7	29	2,5	30	2,5	33	2,7
řemeslník a kvalifikovaný dělník	359	31,3	404	35,2	96	7,9	113	9,3
obsluha strojů a zařízení	146	12,7	140	12,2	70	5,8	78	6,5
pomocný a nekvalifikovaný dělník	73	6,4	54	4,7	205	17,0	168	13,9
bez zařazení	168	14,6	165	14,4	151	12,5	142	11,7
neudáno	5	0,4	5	0,4	2	0,2	3	0,2

Tab. 4.7 Respondenti podle ekonomického postavení

	Muži		Ženy	
	počet	%	počet	%
Celkem	1 147	100,0	1 209	100,0
zaměstnaní	667	58,2	528	43,7
nezaměstnaní	71	6,2	69	5,7
mateřské dovolené, vojáci základní služby	8	0,7	92	7,6
důchodci (nepracující)	266	23,2	386	31,9
studující	126	11,0	109	9,0
v domácnosti	1	0,1	20	1,7
ostatní	8	0,7	5	0,4

4.8 PŘÍJEM DOMÁCNOSTI

Výše příjmu se tedy stejně jako stupeň dosaženého 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 č. 8 celkový průměrný čistý příjem na jednoho člena respondentovy domácnosti bez ohledu na nositele příjmu. Respondenti měli udat počet členů domácnosti a celkový měsíční čistý příjem domácnosti nebo zařadit svou rodinu podle příjmu na osobu dle připravených skupin příjmového rozpětí.

Čistý měsíční příjem domácnosti nevedlo 592 respondentů, tzn. 25 %. Ale pouze 186 (tzn. 8 %) respondentů neudalo ani příjmové rozpětí na jednoho člena domácnosti.

Tabulka 4.8 ukazuje rozložení respondentů v závislosti na pohlaví, vzdělání a příjmové skupině a je v ní též uveden průměrný příjem v jednotlivých vzdělanostních kategoriích. Průměrný příjem byl 5 556 Kč u mužů a 4 984 Kč u žen. Stálo by jistě za úvahu hledání příčin tohoto rozdílu, neboť v tomto šetření jsou sledovány příjmy domácností a ne osob. Z tabulky vyplývá, že zůstala zachována tendence, kterou jsme zaznamenali i v šetření HIS CR 1993 a 1996 a to, že s růstem vzdělání respondenta roste i průměrný příjem domácnosti na osobu.

Rozložení respondentů podle vzdělání do příjmových skupin je patrné z grafu 4.3.

4.9 ŽIVOTNÍ PODMÍNKY

Na materiální situaci a životních podmínkách jednotlivce a jeho rodiny má vliv již výše zmíněné dosažené vzdělání, zaměstnání a výše příjmu. Vyšší vzdělání umožňuje získat nadprůměrný příjem, a tím i lepší materiální a životní podmínky celé rodiny.

V dotazníku bylo uvedeno 6 charakteristik (vlastnictví domu/bytu, chaty či automobilu, vybavenost obydlí koupelnou a WC, počet místností a prostředí, v němž je obydlí umístěno). Přehled o četnosti kladných odpovědí na tyto otázky poskytuje tabulka 4.9. V průměru bylo evidováno 3,7 kladných odpovědí (v roce 1996 3,6 a v roce 1993 3,4). Graf 4.4 znázorňuje věkové složení respondentů podle průměrného počtu charakteristik životních podmínek. Nejvyšších hodnot dosáhly respondenti ve věkové skupině 45-54 a 55-64 let. Oproti šetření z roku 1996 došlo k poklesu vlastníků domu/bytu a chaty/chalupy. Zvýšil se, ale počet respondentů žijících v nehlukném a nezávadném prostředí. Nejhorší životní podmínky mají, stejně jako v předchozím šetření, nejmladší a nejstarší věková skupina.

Tab. 4.8 Příjmy domácností respondentů

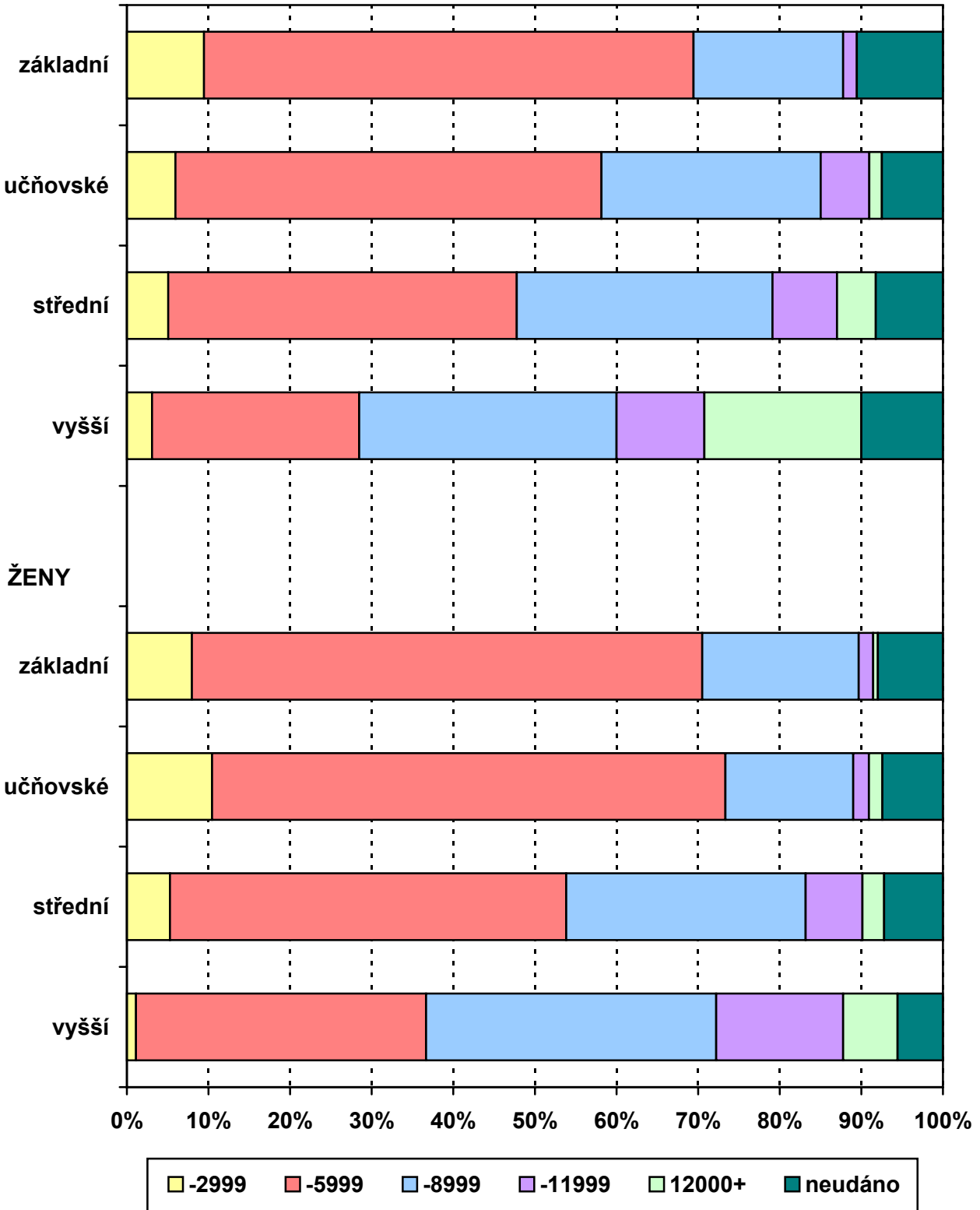
Vzdělání	Příjem na 1 člena domácnosti v Kč							průměrný příjem
	struktura podle příjmu (%)							
	neudáno	-2 999	-5 999	-8 999	-11 999	12 000+		
	muži							
Celkem	8,5	5,9	47,8	27,3	6,4	4,2	5 556	
základní	10,6	9,4	60,0	18,3	1,7	-	4 459	
učňovské	7,5	6,0	52,2	26,9	6,0	1,5	5 231	
střední	8,2	5,1	42,7	31,3	7,9	4,7	5 586	
vyšší	10,0	3,1	25,4	31,5	10,8	19,2	8 629	
	ženy							
Celkem	7,4	7,3	55,8	22,8	4,6	2,1	4 984	
základní	8,0	8,0	62,5	19,2	1,8	0,6	4 582	
učňovské	7,4	10,4	62,9	15,7	1,9	1,6	4 524	
střední	7,2	5,3	48,6	29,3	7,0	2,6	5 382	
vyšší	5,6	1,1	35,6	35,6	15,6	6,7	6 416	

Tab. 4.9 Životní podmínky

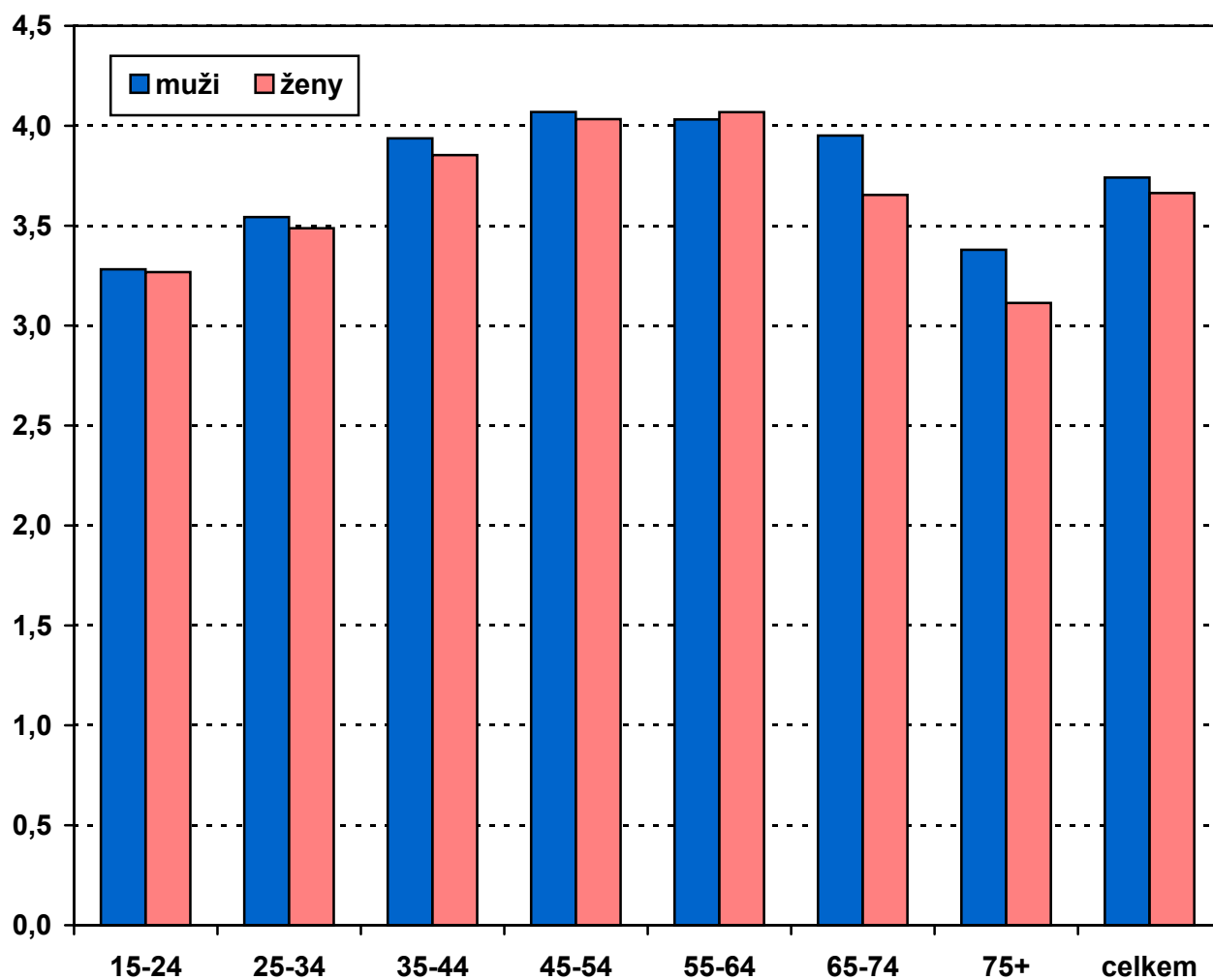
Charakteristika	Kladné odpovědi			
	muži		ženy	
	počet	%	počet	%
vlastník domu nebo bytu	527	45,9	582	48,1
vlastník chalupy nebo chaty	115	10,0	112	9,3
vlastník auta	768	67,0	716	59,2
byt s koupelnou a WC	1 109	96,7	1 161	96,0
byt s alespoň tolika místnostmi, kolika obyvateli	893	77,9	942	77,9
byt v nehlukném a nezávadném prostředí	879	76,6	916	75,8

Graf 4.3 Složení respondentů podle vzdělání a příjmové skupiny

MUŽI



Graf 4.4 Průměrný počet podmínek kvalitního života
(z 6 možných)



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 srovnávací 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. Tento index definujeme jako podíl hmotnosti a druhé mocniny výšky (tj. kg/m^2). Podle doporučení WHO se hodnoty BMI člení do těchto pěti skupin: velká podváha (do 17,9), podváha (18-19,9), normální váha (20-26,9), nadváha (27-29,9) a obezita (30 a více).

Výška a hmotnost respondenta byla zjišťována dotazem a nebyla následně ověřována. Průměrná výška mužů činila 176,9 cm (v roce 1996 177,4 cm) a žen 164,3 cm (v roce 1996 165,2 cm). Průměrná hmotnost mužů byla 81,4 kg (v roce 1996 79,8 kg) a žen 67,1 kg (v roce 1996 67,5 kg). Nepatrně se mezi oběma šetřeními liší hmotnost mužů a výška žen. Tato skutečnost byla potvrzena statistickým testem.

Průměrná hodnota BMI mužů byla 25,9 a žen 24,8. V šetření HIS CR 96 činily tyto hodnoty 25,4 a 24,7. U mužů je toto zhoršení statisticky významné, u žen nikoliv. Můžeme konstatovat, že jak muži, tak i ženy měli a mají v průměru přiměřenou hmotnost.

Přehled výšek, hmotností a hodnot BMI podle věkových skupin a pohlaví je uveden v tabulce 5.1.1. Z ní jsou zřetelně patrné rozdíly tělesné výšky mezi generacemi.

Další tabulka 5.1.2 poskytuje přehled rozložení kategorií BMI podle pohlaví. Podíl obézních mužů (15,0 %) převyšoval mírně podíl obézních žen (13,5 %), což je opačné než při minulém zjišťování, kde byl podíl obézních mužů 10,5 % a žen 12,1 %. U obou pohlaví je tedy vidět vyšší podíl obézních, ale jen u mužů jej lze považovat za významný.

Graf 5.1 zobrazuje průměrné hodnoty BMI v jednotlivých věkových skupinách. Hodnota BMI roste do věku okolo 60 let a je vyšší u mužů. Od tohoto věku klesá a není již výrazný rozdíl mezi muži a ženami. Podobný průběh měl BMI i v minulých šetřeních.

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

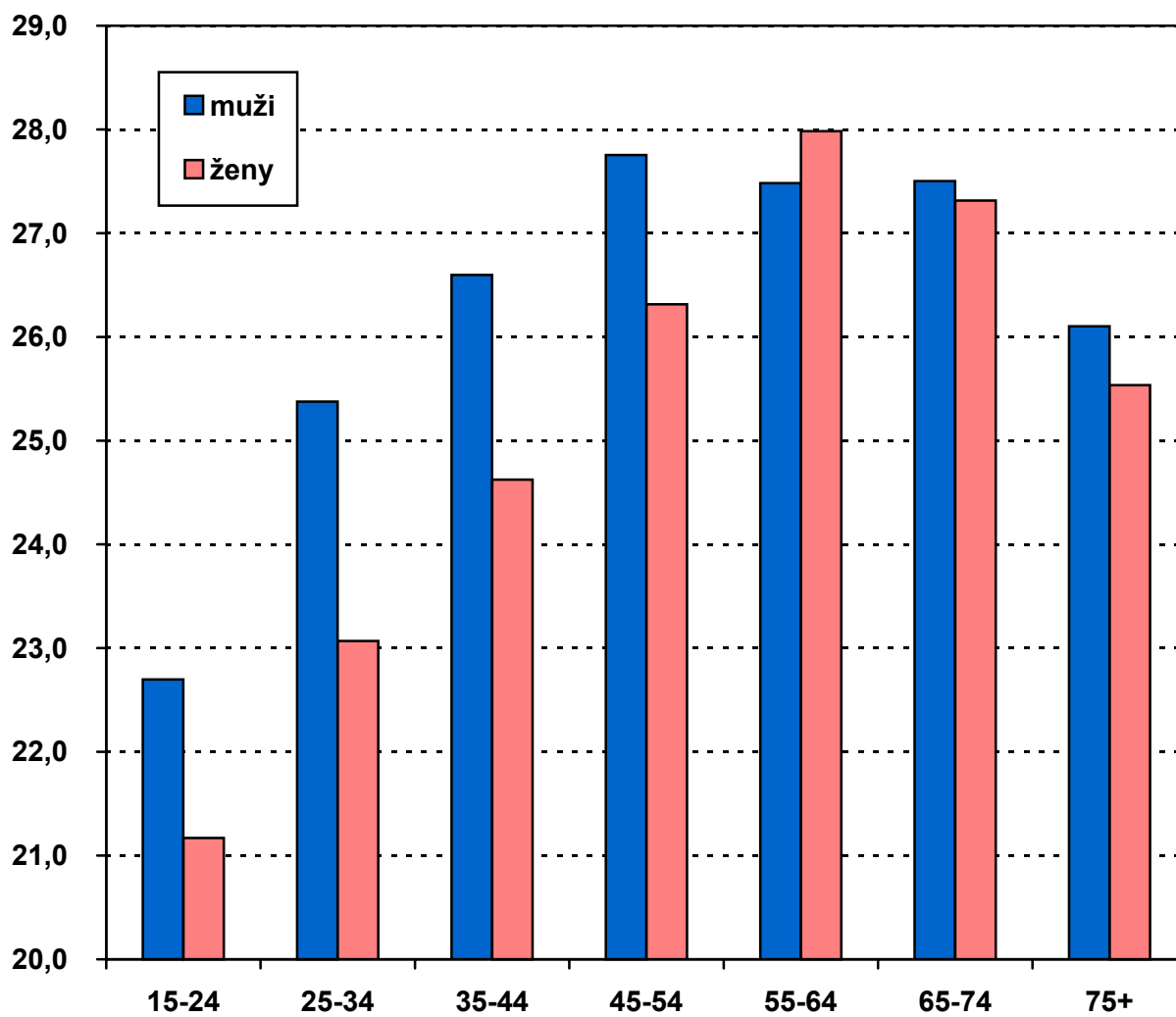
Tab. 5.1.1 Průměrná výška, hmotnost a BMI

Věk	Průměrná hodnota					
	muži			ženy		
	výška (cm)	hmotnost (kg)	BMI (kg/m ²)	výška (cm)	hmotnost (kg)	BMI (kg/m ²)
Celkem	176,9	81,4	25,9	164,3	67,1	24,8
15-24	178,2	73,1	22,7	166,8	59,4	21,2
25-34	179,2	81,5	25,4	166,6	64,0	23,1
35-44	178,8	85,2	26,6	165,2	67,2	24,6
45-54	177,3	87,2	27,8	164,3	71,0	26,3
55-64	174,8	84,1	27,5	162,2	73,5	28,0
65-74	172,4	81,7	27,5	161,9	71,7	27,3
75+	172,2	77,4	26,1	159,2	66,3	25,5

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	0,7	4,0	58,7	21,5	15,0	3,0	9,9	58,1	15,3	13,5
15-24	2,4	13,5	74,7	5,3	3,7	11,6	25,4	58,0	2,2	2,2
25-34	1,1	2,6	67,2	20,6	6,9	1,5	16,4	67,7	10,0	4,5
35-44	-	1,6	57,6	24,6	16,2	1,1	8,2	68,5	12,0	10,3
45-54	-	0,5	47,9	23,4	28,2	0,9	3,3	55,9	23,2	16,6
55-64	-	1,3	42,0	38,2	18,5	0,6	0,6	46,3	22,8	29,6
65-74	-	0,8	48,4	24,6	26,2	-	-	53,8	20,0	26,2
75+	-	1,7	65,5	24,1	8,6	2,1	7,2	49,5	26,8	13,4

Graf 5.1 Průměrný index tělesné hmotnosti (BMI)



5.2 TĚLESNÁ AKTIVITA

Tělesná aktivita je důležitým činitelem, který významně ovlivňuje stav zdraví, který 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.

Stejně tak jako v šetření HIS CR 1993 a 1996 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. Šlo o náročný sport, rekreační sport, lehký pohyb a sedavou činnost. Nejvíce mužů (34,4 %) i žen (44,4 %) upřednostňovalo sedavou aktivitu, tj. sledování televize, čtení, apod. V roce 1996 (resp. 1993) do této neaktivní skupiny respondentů patřilo 37,8 % (resp. 30,0 %) mužů a 48,1 % (resp. 41,5 %) žen. Je vidět malé a statisticky nevýznamné snížení sedavých aktivit v souboru oproti roku 1996, ale stále jsou hodnoty vyšší než v roce 1993, což může být způsobeno odlišným chápáním pojmu převažující sedavá aktivita. S rostoucím věkem se podíl osob s převažující sedavou aktivitou zvyšuje.

Těžkému tréninku a soutěžnímu sportu častěji než 1x týdně se věnovalo 8,3 % mužů a 3,1 % žen (v roce 1996 7,7% mužů - statisticky nevýznamný rozdíl (s.n.r.) a 1,3 % žen - statisticky významný rozdíl (s.v.r.)). Podíl osob provozujících náročný sport s rostoucím věkem výrazně ubývá.

Podíl mužů (v průměru 23,9 %) provozujících rekreační sport je vyšší než podíl žen (v průměru 14,5 %) a je také více rovnoměrný vzhledem k věku. Oproti minulým rokům se tento podíl příliš nezměnil (např. v roce 1996 to bylo 22,1 % mužů a 13,7 % žen).

33,1 % mužů a 37,3 % žen se přihlásilo k lehkým tělesným aktivitám. V roce 1996 to bylo 32,3 % mužů a 36,7 % žen a v roce 1993 35,3 % mužů a 38,7% žen. Tyto rozdíly se jeví jako nevýznamné.

Z uvedeného vyplývá, že podíl mladých aktivních osob je větší než podíl starších aktivních osob, ale varující je stále vysoký počet mladých lidí s nízkou nebo žádnou fyzickou aktivitou. Celkově se zdá, že lidé si snad ještě 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 procentuálním členění respondentů podle tělesné aktivity, pohlaví a věkových skupin a průměrného počtu dnů v týdnu s pravidelnou tělesnou aktivitou zachycuje tabulka 5.2 a graf 5.2.1.

Z grafu 5.2.2 vyplývá, že fyzická aktivita roste s dosaženým vzděláním. Při hlubší analýze se ukazuje, že tyto rozdíly jsou patrné až ve vyšších věkových skupinách.

Ve druhé otázce pak respondenti uváděli průměrný 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 60 % (v roce 1996 57 % a v roce 1993 60 %) a 72 % žen (v roce 1996 68 % a v roce 1993 80 %), přičemž s věkem tento podíl rostl. Jeden nebo dva dny v týdnu sportovalo 21 % mužů (v roce 1996 21 % a v roce 1993 20 %) a 16 % žen (v roce 1996 21 % a v roce 1993 10 %). Fyziologicky dostatečně, tedy alespoň 3 dny v týdnu, sportovalo 19 % mužů (v roce 1996 22 % a v roce 1993 19 % - s.n.r.) a 11 % žen (v roce 1996 11 % a v roce 1993 10 % - s.n.r.).

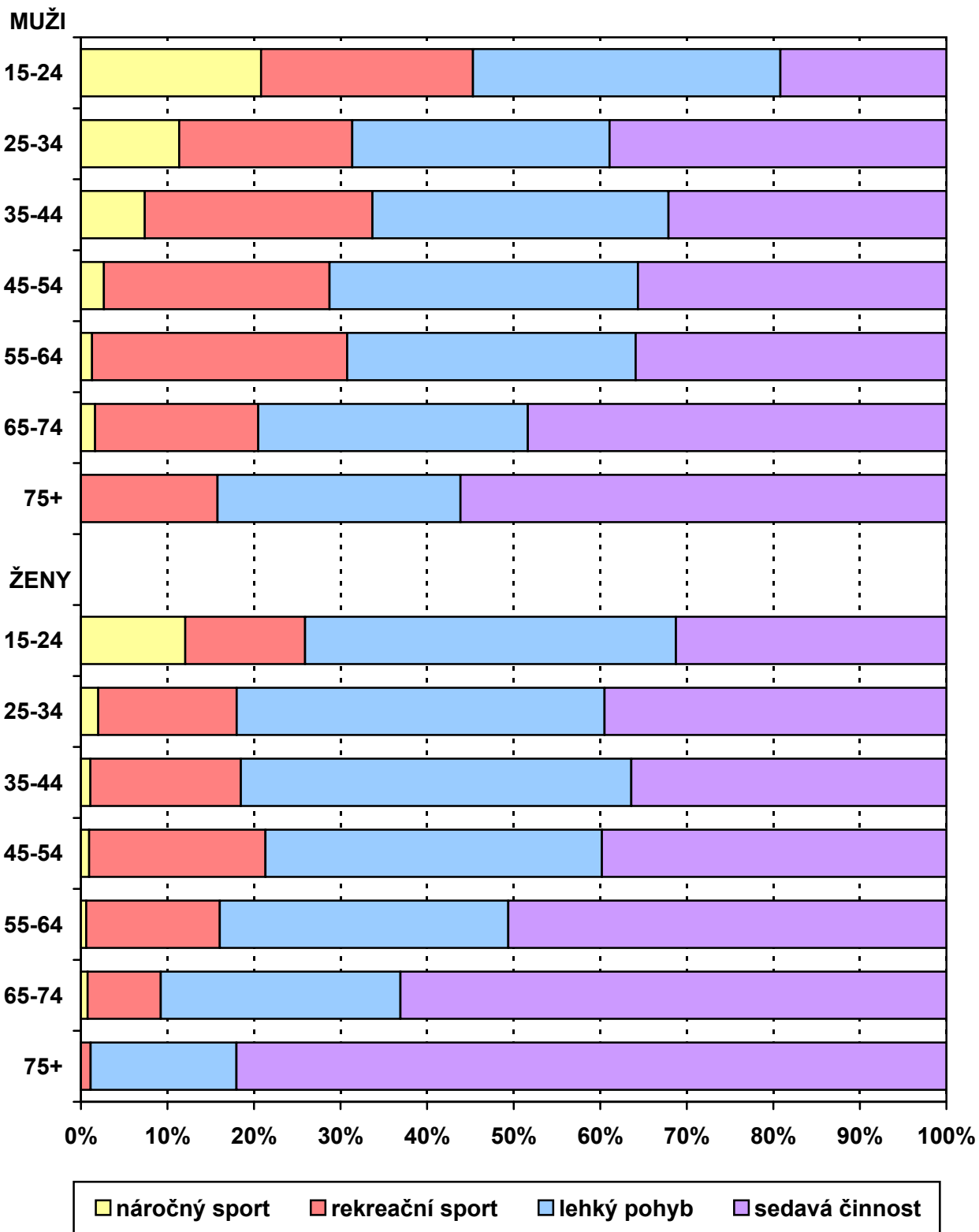
Přehled průměrného počtu dnů v týdnu s pravidelnou tělesnou aktivitou podle věku a pohlaví poskytuje graf 5.2.3. Vyplývá z něj, že muži jsou více aktivní než ženy (to je shodné se šetřeními z let 1996 a 1993). To zřejmě souvisí i s faktem, že ženy nemají tolik volného času a více je zatěžuje práce v domácnosti. S rostoucím věkem lze prokázat snižování počtu dnů fyzické aktivity. Tento faktor se odráží i v rozdílné aktivitě podle rodinného stavu. Nejvíce sportují svobodní, což je dáno částečně jejich průměrně nízkým věkem a částečně jinými faktory (zřejmě mají více volného času). S rostoucím vzděláním roste i počet dnů s fyzickou aktivitou. Rozdíl v počtu dnů aktivity je nevýrazný mezi osobami se základním vzděláním a vyučením a dále mezi osobami se středním a vyšším vzděláním.

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 Tělesná aktivita

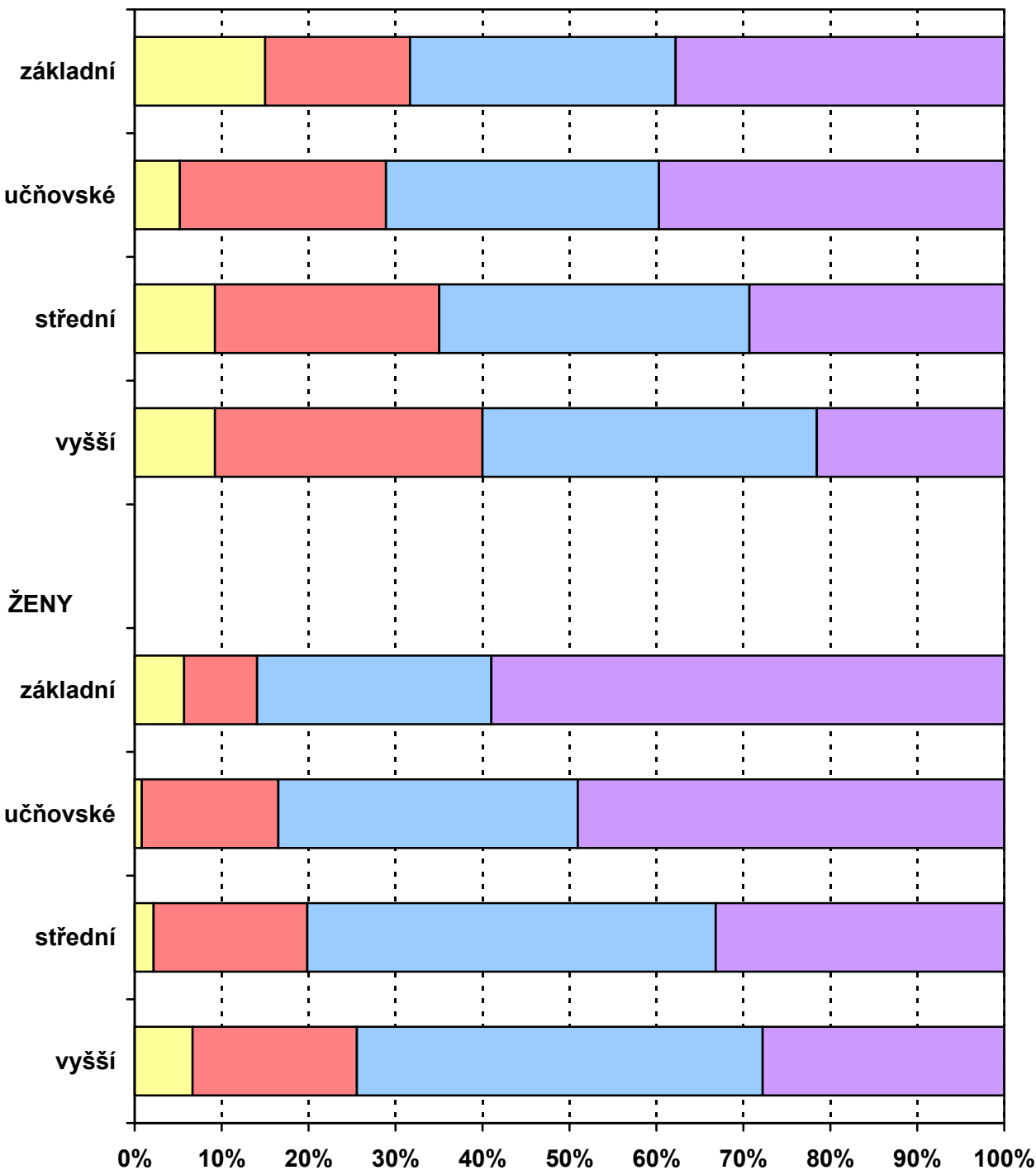
Věk	Typ aktivity				Průměrný počet dnů s tělesnou aktivitou
	náročný sport	rekreační sport	lehký pohyb	sedavá činnost	
	v procentech				
	muži				
Celkem	8,3	23,9	33,1	34,4	1,2
15-24	20,8	24,5	35,5	19,2	2,0
25-34	11,3	19,9	29,6	38,7	1,1
35-44	7,3	26,2	34,0	31,9	1,2
45-54	2,7	26,1	35,6	35,6	1,0
55-64	1,3	29,3	33,1	35,7	1,0
65-74	1,6	18,9	31,1	48,4	0,7
75+	-	15,5	27,6	55,2	0,1
	ženy				
Celkem	3,1	14,5	37,3	44,4	0,8
15-24	12,1	13,8	42,9	31,3	1,5
25-34	2,0	15,9	42,3	39,3	0,9
35-44	1,1	17,4	45,1	36,4	0,8
45-54	0,9	20,4	38,9	39,8	0,6
55-64	0,6	15,4	33,3	50,6	0,5
65-74	0,8	8,5	27,7	63,1	0,3
75+	-	1,0	15,5	75,3	0,0

Graf 5.2.1 Složení respondentů podle typu tělesné aktivity a věku



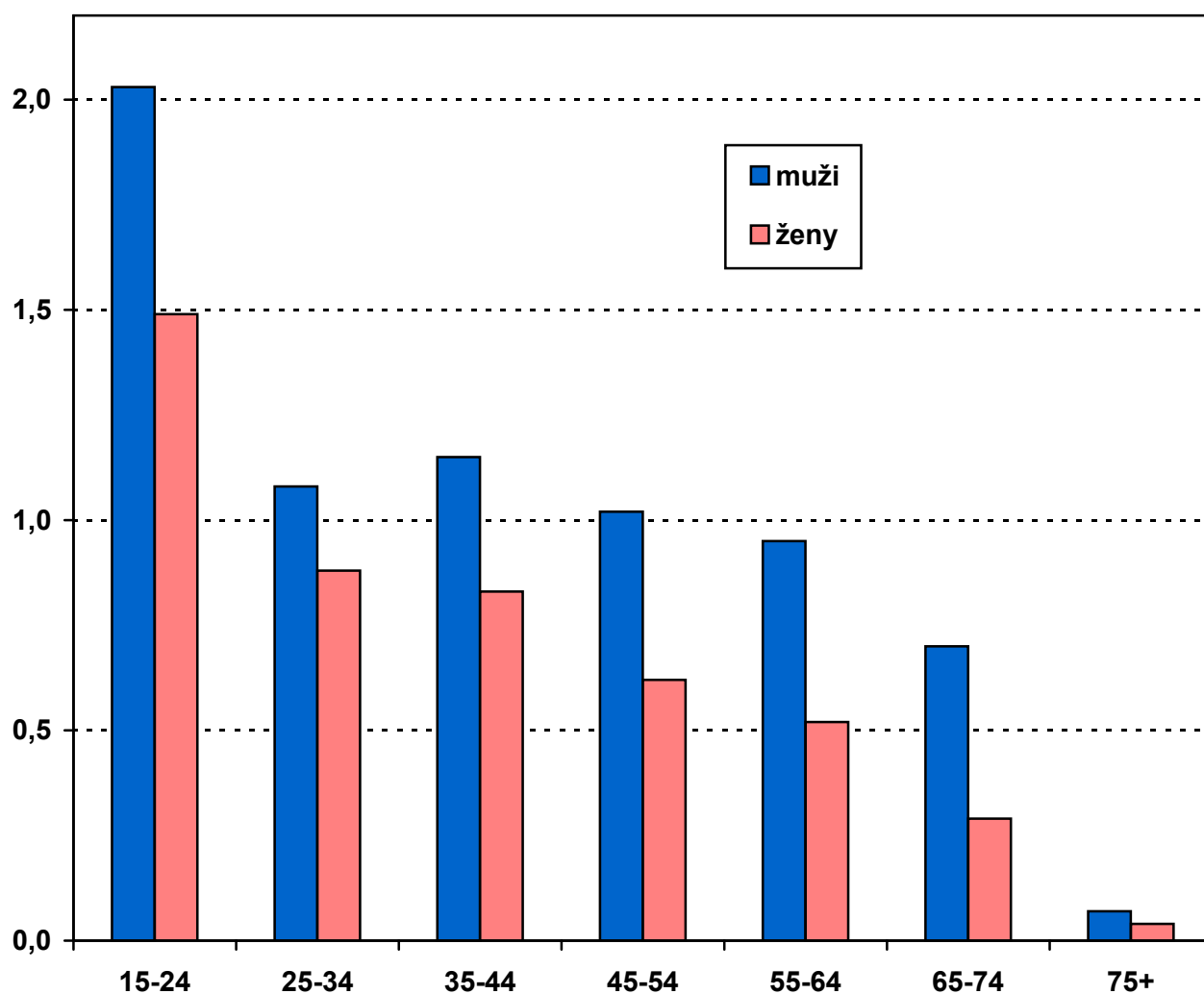
Graf 5.2.2 Složení respondentů podle typu tělesné aktivity a vzdělání

MUŽI



náročný sport
 rekreační sport
 lehký pohyb
 sedavá činnost

Graf 5.2.3 Průměrný počet dnů v týdnu s tělesnou aktivitou



5.3 STRAVOVACÍ ZÁSADY

Mezi další faktory, které negativně ovlivňují naše zdraví, patří též nesprávná výživa. Nesprávná jak po stránce kvantitativní, tak po stránce kvalitativní. S přejídáním souvisí obezita, s obezitou pak např. nemoci oběhové soustavy, diabetes 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.

Nejvíce dodržovanou zásadou byla, stejně tak jako v předchozích dvou šetřeních, konzumace čerstvého ovoce v letním období min. 1x denně. Tuto zásadu dodržuje 86 % mužů a 93 % žen. Druhou nejvíce dodržovanou zásadou je konzumace syrové zeleniny v zimním období min. 1x týdně. Nejméně dodržovanou zásadou je opět konzumace hrubozrnného chleba. Největšího zlepšení došlo v konzumaci syrové zeleniny ze 77 % na 86 %. Ke zhoršení nedošlo u žádné položky.

Dodržování jednotlivých stravovacích zásad podle věku a pohlaví je zřejmé z tabulky 5.3. Ženy dodržují většinu zásad častěji než muži. Oproti roku 1996 však došlo k mírnému zlepšení. Největší rozdíly mezi pohlavími byly zaznamenány u upřednostňování hrubozrnného chleba (27 % mužů a 43 % žen) a rostlinných tuků (60 % mužů a 78 % žen).

V grafu 5.3.1. je znázorněn průměrný počet dodržovaných stravovacích zásad v jednotlivých věkových kategoriích. Muži dodržovali v průměru 5,2 stravovacích zásad z osmi uvedených (v roce 1996 4,8 a v roce 1993 3,9), ženy pak 5,7 zásad (v roce 1996 5,6 a v roce 1993 4,5). Oproti roku 1996 se významněji zlepšil pouze počet stravovacích návyků u mužů.

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 67 % mužů (v roce 1996 60 % - s.v.r.) a 78 % žen (v roce 1996 76 % - s.n.r.), dohromady 73 % respondentů (v roce 1996 68 %). Naopak špatný DI mělo 4 % všech respondentů (v roce 1996 8 %). Z grafu 5.3.2 není u žen patrný významný rozdíl v dietním indexu podle věku. U mužů podíl osob s dobrým dietním indexem s věkem roste, až na nejstarší věkovou skupinu.

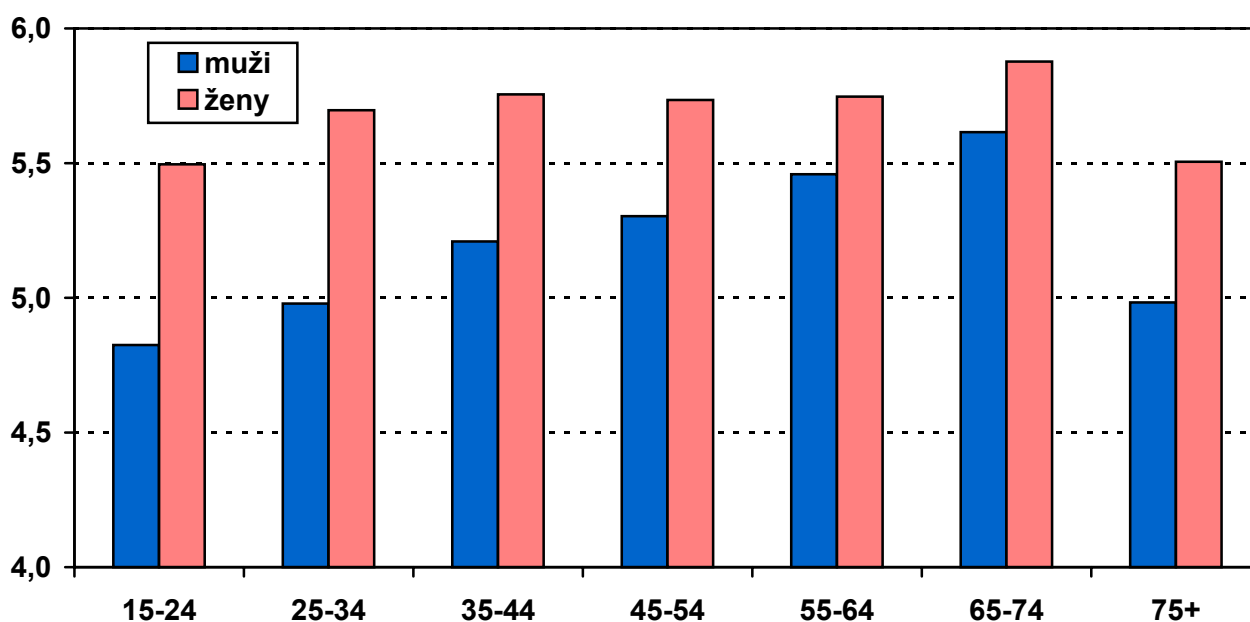
Dodržování stravovacích zásad z hlediska vzdělání ukazuje, že s rostoucím vzděláním roste i průměrný počet dodržovaných stravovacích zásad. To dokumentuje i graf 5.3.3. Podíl osob s dobrým DI a základním vzděláním (62 % mužů a 71 % žen) a je výrazně nižší než osob s vyšším vzděláním (79 % mužů a 84 % žen). Souvisí to zřejmě s faktem, že čím vyšší je vzdělání, tím více si člověk uvědomuje nutnost kvalitní a vyvážené stravy.

Z našich údajů je zřejmé, že pokud je člověk mladý a zdravý nebo mladý a s nižší tělesnou hmotností dodržuje stravovací zásady méně než člověk starší.

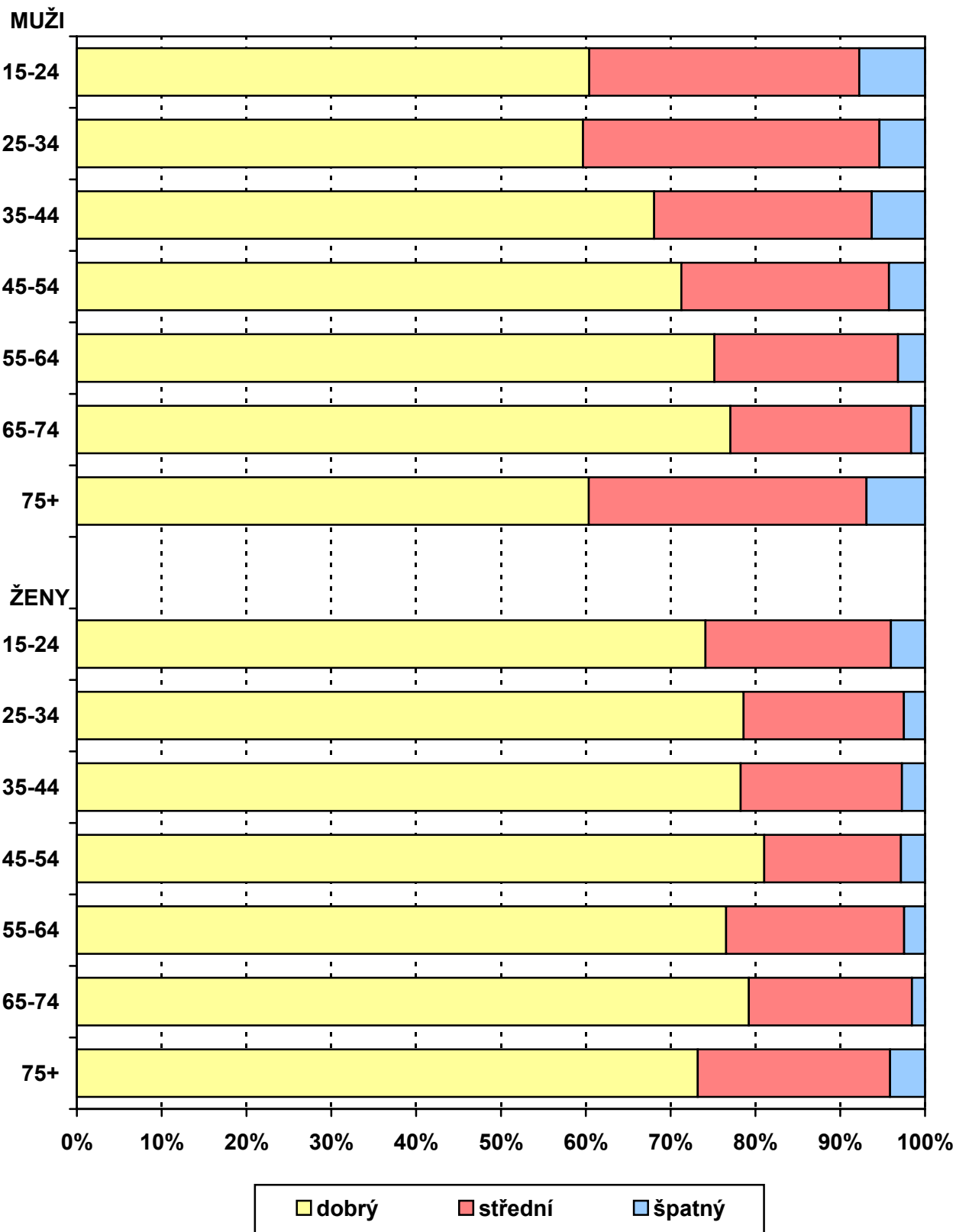
Tab. 5.3 Dodržování stravovacích zásad

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	27,1	18,8	21,0	28,8	27,7	35,0	37,7	31,0
rostlinné tuky	60,0	46,5	51,1	60,2	66,0	66,9	77,0	70,7
čerstvé ovoce min. 1x týdně v létě	85,6	86,5	81,7	87,4	85,6	87,3	87,7	79,3
syrová zelenina min. 1x týdně v zimě	82,5	80,0	78,0	82,2	83,0	88,5	87,7	79,3
smažené brambůrky max. 2x týdně	61,1	65,3	66,1	58,6	60,6	56,7	59,8	51,7
jiná smažená jídla max. 2x týdně	68,2	66,5	66,7	67,0	72,3	73,9	67,2	56,9
sladkosti ne denně	69,9	62,4	74,7	77,0	69,7	69,4	75,4	53,4
vejce max. 2x týdně	62,7	56,3	58,6	59,7	65,4	68,2	68,9	75,9
	ženy							
přednost hrubozrnnému chlebu	42,6	37,9	43,3	41,8	48,3	50,0	41,5	29,9
rostlinné tuky	78,2	67,0	77,6	77,2	83,4	80,2	86,2	81,4
čerstvé ovoce min. 1x týdně v létě	93,1	95,1	91,5	90,8	94,3	95,7	93,1	88,7
syrová zelenina min. 1x týdně v zimě	89,2	88,4	92,5	92,4	89,1	87,7	87,7	83,5
smažené brambůrky max. 2x týdně	60,6	68,3	61,7	64,1	56,9	53,7	59,2	55,7
jiná smažená jídla max. 2x týdně	69,6	73,2	73,6	73,4	66,4	61,7	68,5	67,0
sladkosti ne denně	68,1	58,9	63,2	66,8	70,1	74,1	77,7	74,2
vejce max. 2x týdně	67,2	55,5	66,2	69,0	64,9	71,6	73,8	70,1

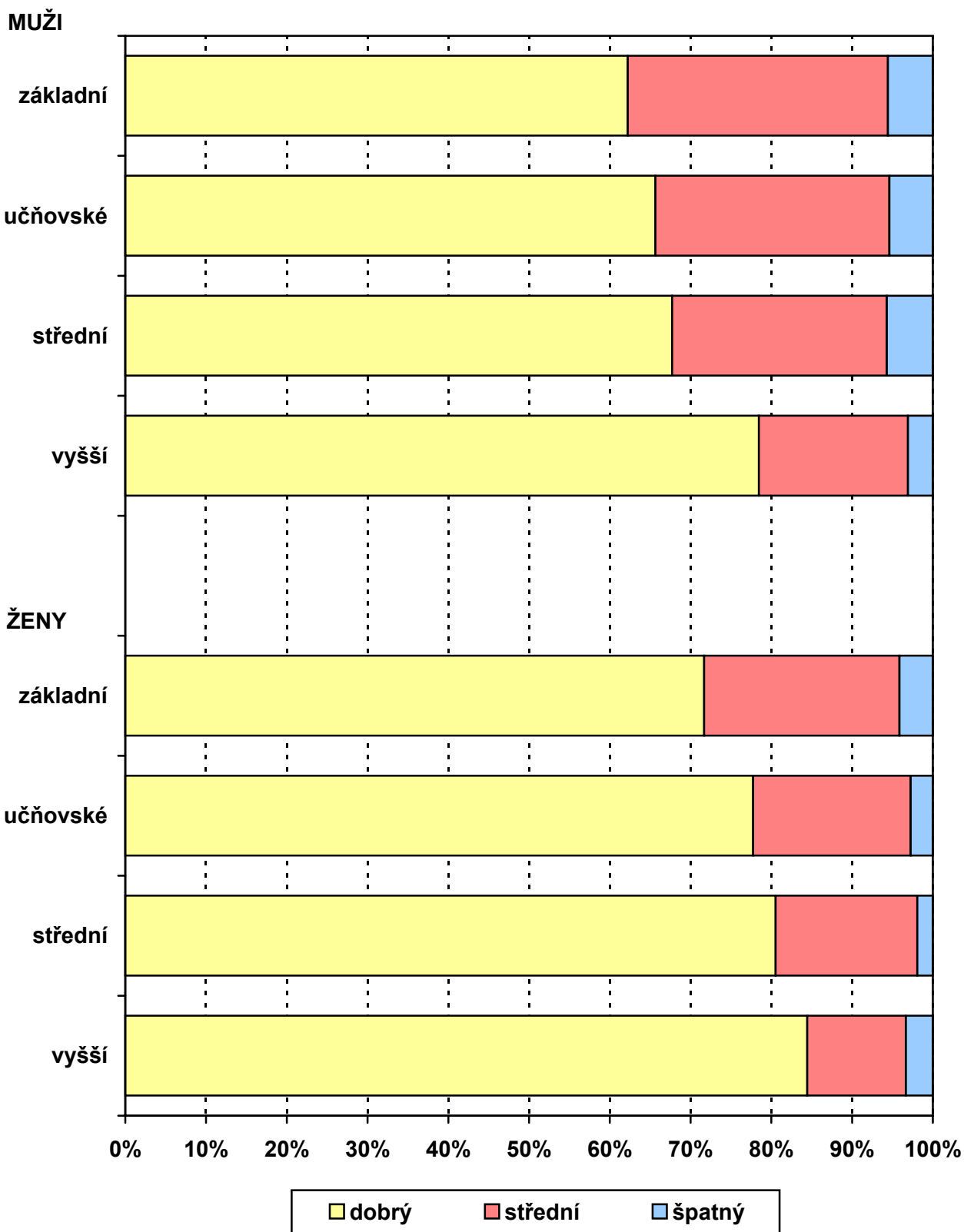
Graf 5.3.1 Průměrný počet dodržovaných stravovacích zásad (z 8 možných)



Graf 5.3.2 Složení respondentů podle dietního indexu a věku



Graf 5.3.3 Složení respondentů podle dietního indexu a vzdělání



5.4 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 36,9 % mužů a 61,1 % žen (v roce 1996 37,4 % mužů – s.n.r. a 55,9 % žen – s.v.r.). U žen je zarážející (i když mírné) zvýšení tohoto podílu, neboť je velmi patrný vyšší podíl nekuřáček ve starších generacích a z důvodu věkového posunu oproti minulému šetření by mělo spíše dojít ke snížení tohoto podílu. Současných nekuřáků bylo 61,2 % mužů a 76,2 % žen (v roce 1996 59,0 % mužů a 71,2 % žen). Naopak denně kouřilo 30,2 % mužů a 17,4 % žen (v roce 1996 32,8 % mužů – s.n.r. a 20,2 % žen – s.n.r.) mužů a žen starších 15 let. Ostatní respondenti (8,6 % mužů a 6,4 % žen) kouřili pouze příležitostně (tedy ne denně).

Mezi pravidelnými kuřáky bylo u mužů 38 % silných kuřáků (tedy těch, kteří vykouří 20 a více cigaret denně) a u žen 5 % silných kuřáček (pokles z 20 % oproti roce 1996). 0,3 % všech respondentů kouřilo doutníky nebo dýmku.

Struktura respondentů podle typu kuřáctví v rozdělení na pohlaví a věkové skupiny je uvedena v tabulce 5.4.1 a grafu 5.4.1. Od 55. roku věku je u obou pohlaví znatelný růst podílu nekuřáků. Nejvíce nekuřáků je tedy v nejvyšší věkové skupině. Nejvyšší podíl nikdy nekouřících je u mužů ve věku 15-24 let (patrně již v minulém šetření a možná dochází ke změně trendu směrem k omezování kouření nebo jde o zamlčování skutečnosti) a u žen opět v nejvyšší věkové skupině. U mužů je ve vyšších věkových skupinách patrný vysoký podíl těch, kteří přestali kouřit, zřejmě ze zdravotních důvodů. Nejvíce pravidelných kuřáků je u mužů (38,3 %) i žen (26,1 %), stejně jako v minulém šetření, ve věku 45-54 let. Nejvíce příležitostných kuřáků je do věku 35 let. Zdá se, že většina těchto osob se stanou pravidelnými kuřáky, neboť podíl nekuřáků zůstává víceméně až do zmíněného věku 55 let stejný (výrazně patrné u žen). To ovšem za předpokladu, že s kouřením se nezačíná ve větší míře i ve středním věku.

V posledních dvou letech omezilo kouření 36 % mužů a 40 % žen. V HIS CR 96 uvedlo omezení kouření více mužů než žen. V minulosti kouřilo 24,4 % mužů a 15,1 % žen (v roce 1996 21,3 % mužů - s.v.r., 15,3 % žen - s.n.r.). Podíl žen, které přestaly kouřit v posledních dvou letech (23 %) převyšuje podíl mužů (14 %) a tyto výsledky korespondují s výsledky z minulého šetření.

Podrobnější rozbor doby kouření podle věkových skupin poskytuje tabulka 5.4.2. Déle kouří silní než slabí kuřáci, tento rozdíl je významný pouze u mužů. Průměrný počet let kouření slabých kuřáků je u mužů 18 let a žen 17 let, u silných kuřáků u mužů 24 let a u žen 19 let.

Zajímavou otázkou je porovnání věku počátku kouření pro různé věkové skupiny. Do výpočtu jsou zahrnuti současní každodenní kuřáci. Průměrný věk počátku kouření je 21 let pro muže a 24 let pro ženy. Muži i ženy ve věku 15-24 let začali kouřit okolo 16. roku věku. Osoby ve věku 64-75 let začali kouřit okolo 25. roku věku. S rostoucím věkem vznikají jistě větší chyby v odhadu délky doby kouření, ale patrně lze usuzovat, že věk počátku kouření se snižuje.

Závislost typu kuřáctví a vzdělání ukazuje graf 5.4.2. Mezi muži i ženami více kouří osoby se základním vzděláním a vyučením než osoby se středním a vyšším vzděláním. Oproti minulému šetření se obrátil poměr u vzdělanějších žen.

Závislost typu kuřáctví na velikosti sídla nelze v průměru prokázat. Pokud sledujeme závislost na rodinném příjmu, lze zjistit rozdíly u respondentů nejchudších a ostatních. Podíl denních kuřáků s příjmem do 3 000 Kč na osobu činí 34 % a podíl denních kuřáků s příjmem nad 3 000 Kč na osobu činí 23 %. S růstem příjmu klesá tedy podíl denních kuřáků a roste podíl nekuřáků.

Tab. 5.4.1 Typ kuřáctví

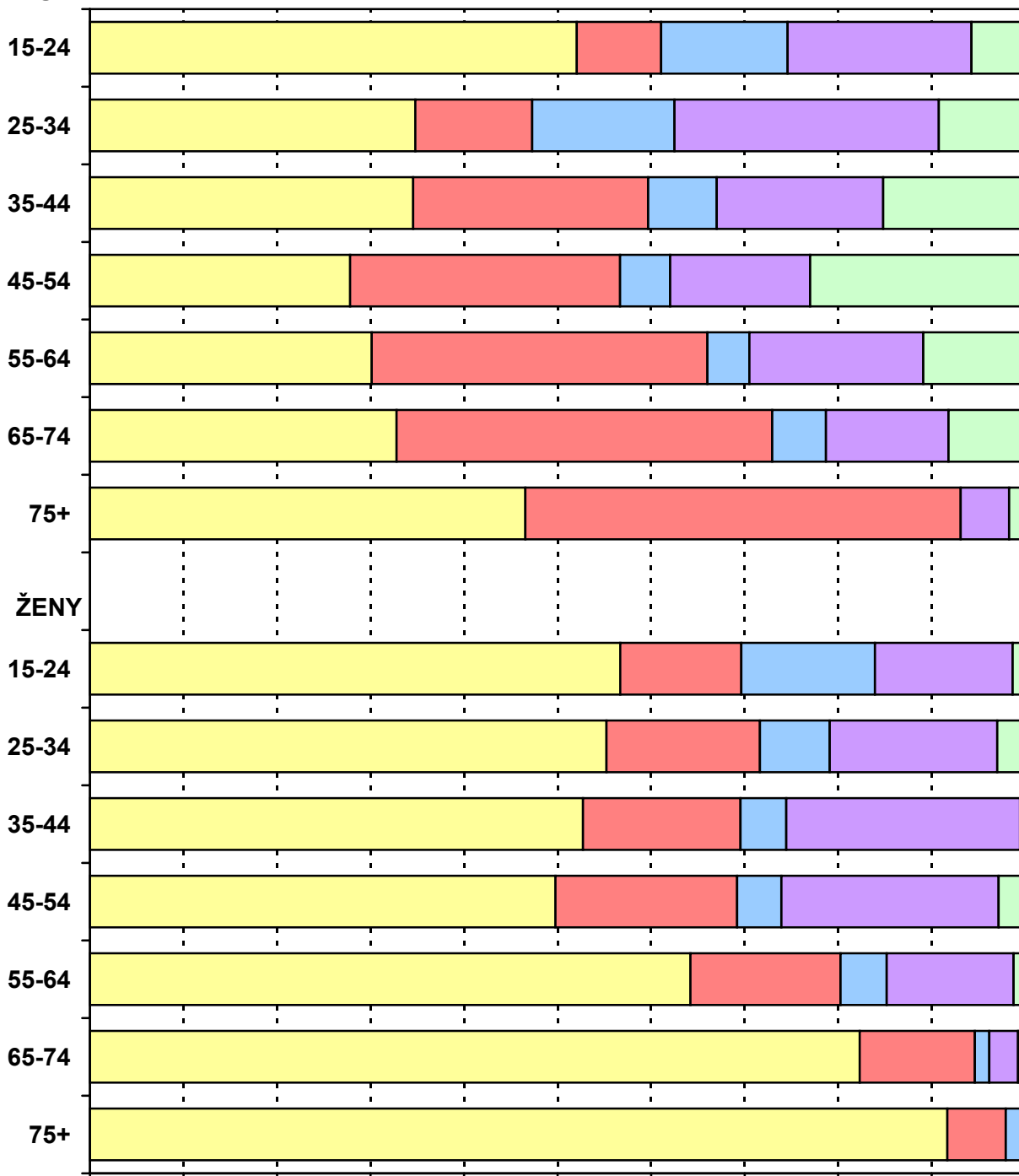
Věk	Struktura respondentů podle typu kuřáctví (v %)				
	nikdy nekouřil	bývalý kuřák	příležitostný kuřák	slabý kuřák	silný kuřák
muži					
Celkem	36,9	24,3	8,6	18,3	11,4
15-24	51,8	9,0	13,5	19,6	5,7
25-34	34,4	12,4	15,1	28,0	9,1
35-44	34,6	25,1	7,3	17,8	15,2
45-54	27,7	28,7	5,3	14,9	22,9
55-64	29,9	35,7	4,5	18,5	10,8
65-74	32,8	40,2	5,7	13,1	8,2
75+	46,6	46,6	-	5,2	1,7
ženy					
Celkem	61,1	15,1	6,5	15,7	1,6
15-24	56,7	12,9	14,3	14,7	1,3
25-34	55,2	16,4	7,5	17,9	3,0
35-44	52,7	16,8	4,9	25,0	0,5
45-54	49,8	19,4	4,7	23,2	2,8
55-64	64,2	16,0	4,9	13,6	1,2
65-74	82,3	12,3	1,5	3,1	0,8
75+	90,7	6,2	2,1	-	-

Tab. 5.4.2 Průměrná doba kouření

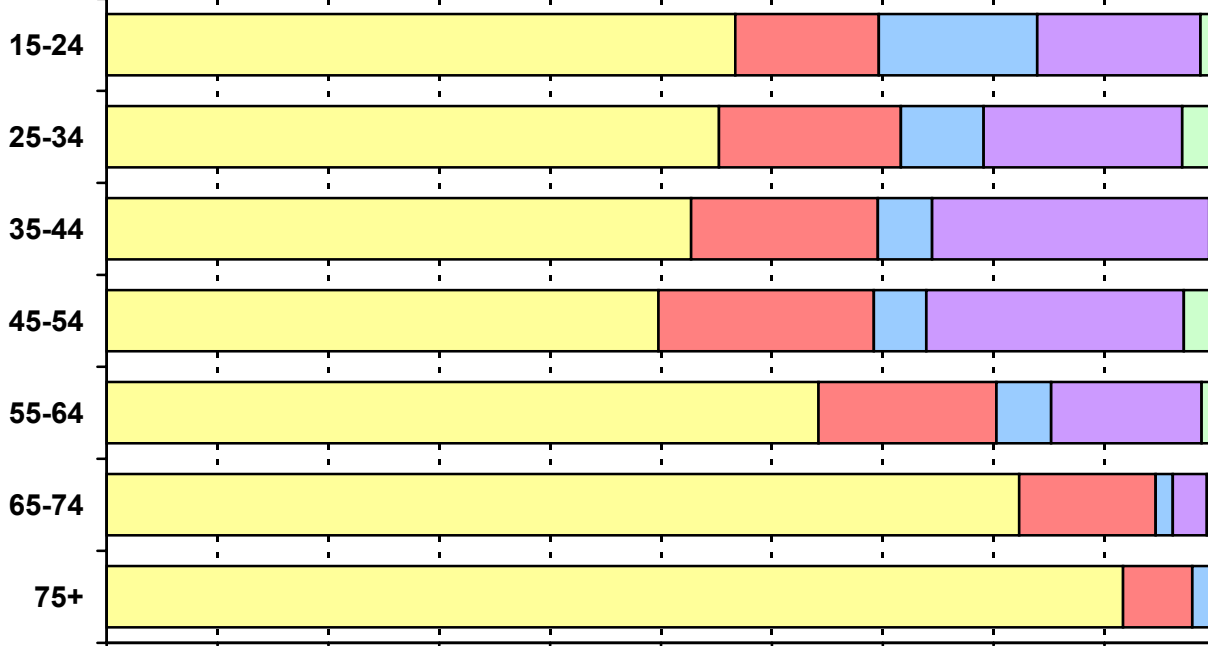
Věk	Průměrná doba kouření v letech			
	bývalý kuřák	příležitostný kuřák	slabý kuřák	silný kuřák
muži				
Celkem	15,3	12,5	18,2	24,0
15-24	1,9	3,3	4,1	8,1
25-34	5,0	7,7	10,0	11,0
35-44	10,1	16,8	17,9	19,3
45-54	12,3	22,2	24,3	27,9
55-64	19,1	25,6	33,1	33,8
65-74	24,2	36,9	44,8	44,5
75+	25,9	-	43,0	60,0
ženy				
Celkem	9,1	9,0	16,9	18,8
15-24	2,0	3,1	3,8	4,3
25-34	4,0	6,5	9,7	10,7
35-44	6,6	12,6	15,5	25,0
45-54	11,8	16,0	23,3	25,2
55-64	18,0	16,4	32,1	35,0
65-74	12,4	25,0	15,0	35,0
75+	18,8	27,5	-	-

Graf 5.4.1 Složení respondentů podle typu kouření a věku

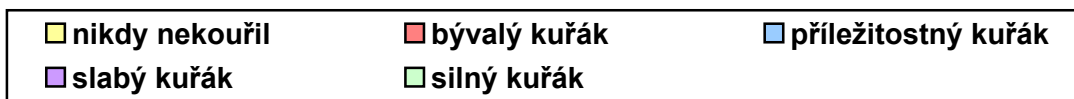
MUŽI



ŽENY

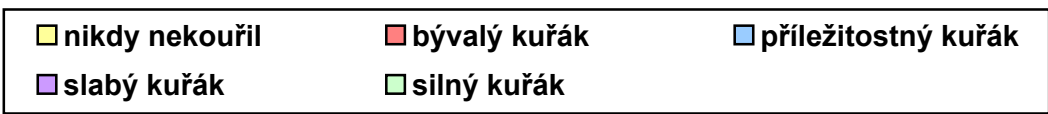
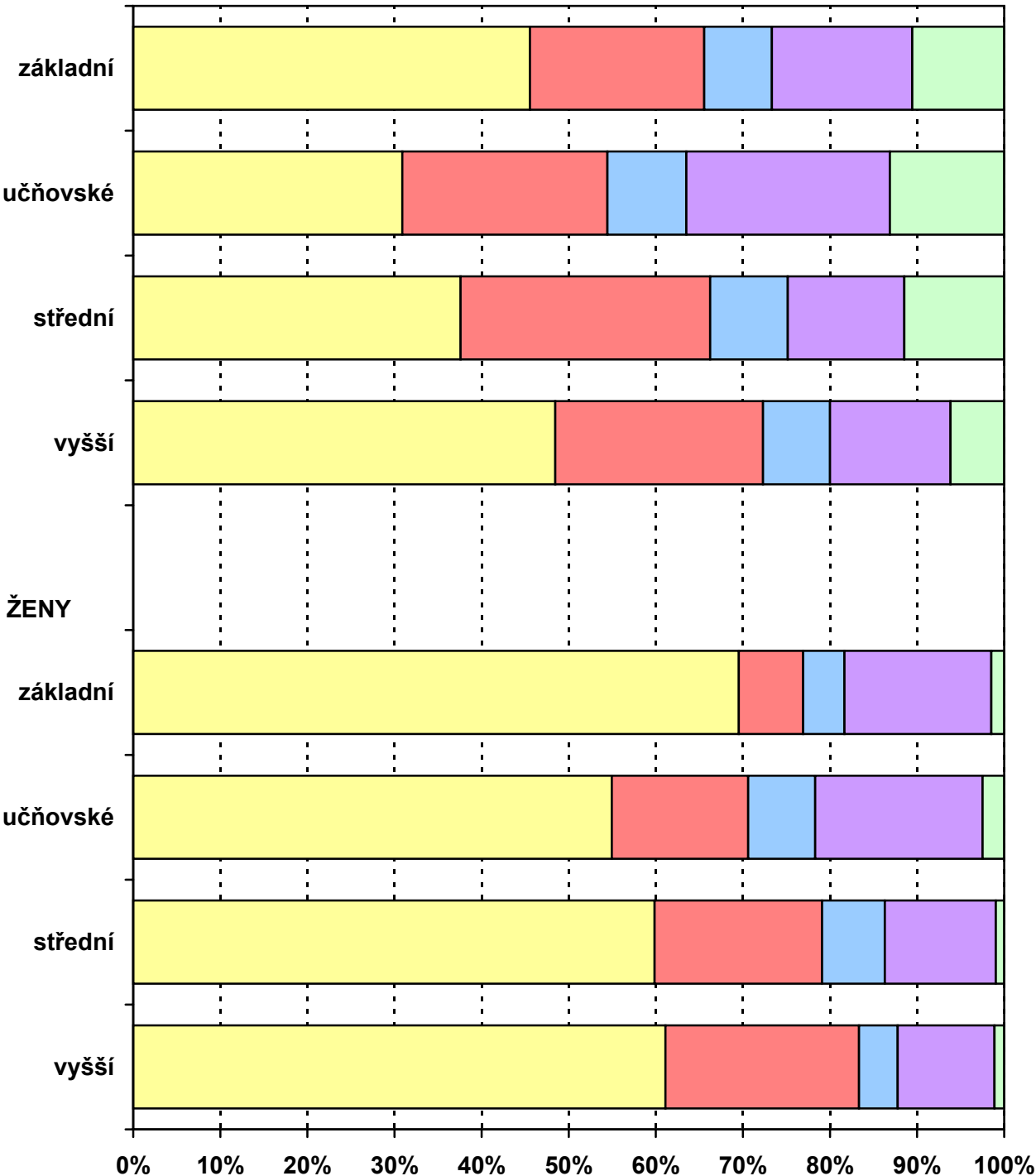


0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%



Graf 5.4.2 Složení respondentů podle typu kouření a vzdělání

MUŽI



5.5 ALKOHOL

Alkohol je další návykovou látkou ovlivňující zdraví člověka. V malých dávkách se dokonce doporučuje pro podporu zdraví, ve větších dávkách však působí na zdravotní stav velmi negativně.

Otázky byly zaměřeny na:

- dobu od poslední konzumace alkoholu
- počet dní konzumace alkoholu za posledních 14 dní
- průměrné týdenní dávky alkoholu (PTDA)

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

Konzumaci alkoholu během posledního týdne přiznalo cca 64 % mužů a 33 % žen (v roce 1996 64 % mužů – s.n.r. a 39 % žen – s.v.r.). Na druhou stranu téměř 9 % mužů (v roce 1996 9 % - s.n.r.) a 21 % žen (v roce 1996 18 % - s.v.r.) uvedlo, že jsou celoživotními abstinenty. U mužů ve věkové skupině 45-54 a u žen 35-44 bylo nejvyšší procento respondentů s častou konzumací alkoholu a zároveň nejnižší procento celoživotních abstinentů (stejně jako u kouření). To odpovídá i výsledkům předchozího šetření. Mužů abstinentů bylo nejvíce ve skupině 15-24 let, a to 18 %, žen abstinetek bylo naopak nejvíce ve věku 75 a více let, a to 43 %.

Druhá otázka se týkala počtu dnů během posledních 14 dnů, kdy respondent požil alkohol. Přehled výsledků odpovědí na tuto otázku poskytuje graf 5.5.1, v němž jsou znázorněny průměrné počty dnů v jednom týdnu, ve kterých respondent konzumoval alkohol (oproti minulému šetření, kde jsme uváděli průměry za 14 dnů, uvádíme nyní týdenní průměry). Muži konzumují alkohol v průměru 2,1 dne (v roce 1996 2,2 dne) a ženy 0,7 dne (v roce 1996 0,8 dne) v týdnu. Muži vypili v průměru týdně 2,9 piv, 0,8 dcl vína a 0,4 dcl likéru (tvrdého). U žen představovala průměrná týdenní dávka alkoholu pouze 0,1 piva, 0,5 dcl vína a 0,1 dcl likéru (tvrdého).

U respondentů, kteří konzumovali alkoholický nápoj během posledních 14 dnů, představoval průměrný počet dnů konzumace v jednom týdnu 2,8 u mužů a 1,4 u žen. Muži vypili v průměru týdně 5,1 piv, 1,3 dcl vína a 0,7 dcl likéru (tvrdého). Průměrná konzumentka vypila za týden 0,4 piva, 2,0 dcl vína a 0,3 dcl likéru.

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 1 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 WHO. 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 - abstinenty, resp. výjimečný konzument alkoholu, přiměřený konzument a nadměrný konzument. Při hodnotách PTDA z intervalu 0 - 1, se jednalo o abstinenty (výjimečného konzumenta), při PTDA 2 - 21,9 u mužů (resp. 2 - 14,9 u žen) se jednalo o přiměřeného konzumenta a při PTDA 22 a více u mužů (resp. 15 a více u žen) se jednalo o nadměrného konzumenta. Podíly mužů a žen v těchto třech skupinách jsou zřejmé z již uvedené tabulky 5.5.

Nadměrné pití alkoholu přiznalo 9,5 % mužů (v roce 1996 12,5 % a v roce 1993 15,7 %) a 1,5 % žen (v roce 1996 2,9 % a v roce 1993 1,8 %). Oproti roku 1996 je podíl nadměrných konzumentů statisticky významně nižší. Naopak abstinenty nebo výjimečnými konzumenty bylo 42 % mužů (v roce 1996 39 %) a 81 % žen (v roce 1996 73 %). U mužů i žen došlo k mírnému snížení spotřeby alkoholu. To lze dokumentovat průměrným týdenním počtem dávek čistého alkoholu, která činila 8,4 u mužů (v roce 1996 11,5) a 1,5 u žen (v roce 1996 2,7).

Složení respondentů podle konzumace alkoholu a věku je znázorněno v grafu 5.5.2. Muži mají největší spotřebu alkoholu ve věku 45-54 let a ženy ve věku 35-44 let. Jednostranná závislost spotřeby mezi věkovými skupinami nebyla prokázána u mužů, u žen s věkem mírně klesá.

Složení respondentů podle konzumace alkoholu a vzdělání je znázorněno v grafu 5.5.3. Zdá se, že s vyšším vzděláním roste i konzumace alkoholu. U mužů na to má částečný vliv vysoký podíl nejmladších osob se základním vzděláním a vyšší spotřebou alkoholu a u žen vysoký podíl starších osob, které mají nižší spotřebu alkoholu. Značná nerovnost v konzumaci alkoholu je i mezi mladšími a staršími osobami v jednotlivých skupinách podle vzdělání a mezi nimi. Vliv obou zmíněných faktorů nelze jednoznačně určit. Obecně jsou muži převážně přiměřenými konzumenty a ženy výjimečné konzumentky.

Podíl výjimečných ani přiměřených konzumentů alkoholu podle velikosti sídla není příliš významný. Podíl nadměrných konzumentů je mírně nižší v sídlech od 5 000 do 30 000 obyvatelů. Zde je také nejnižší průměrná spotřeba alkoholu (3,9 PTDA oproti 5,3 v obcích do 5 000 obyvatelů a 5,0 v obcích nad 30 000 obyvatelů).

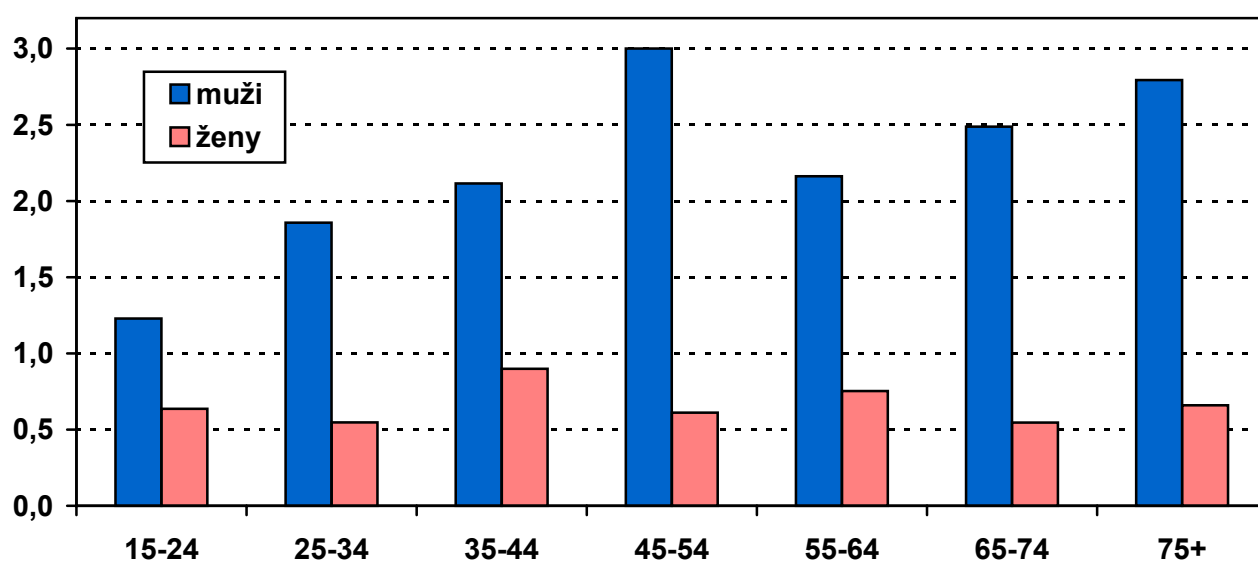
Pokud zkoumáme závislost spotřeby alkoholu na příjmové skupině rodiny respondenta, lze naopak sledovat významné rozdíly. U osob s měsíčním rodinným příjmem do 3 000 Kč na osobu činí podíl výjimečných abstinenty 70 %, u osob s měsíčním rodinným příjmem od 3 000 do 9 000 Kč 63 % a u osob s měsíčním rodinným příjmem nad 9 000 Kč 47 % (mezi skupinami jsou s.v.r.). Stejná závislost je i u průměrné týdenní spotřeby alkoholu.

Mezi konzumací alkoholu a kouřením lze nalézt určitou spojitost. 69 % nekuřáků je jsou rovněž výjimečnými konzumenty alkoholu, zatímco u kuřáků je už jen 44 % výjimečných konzumentů alkoholu.

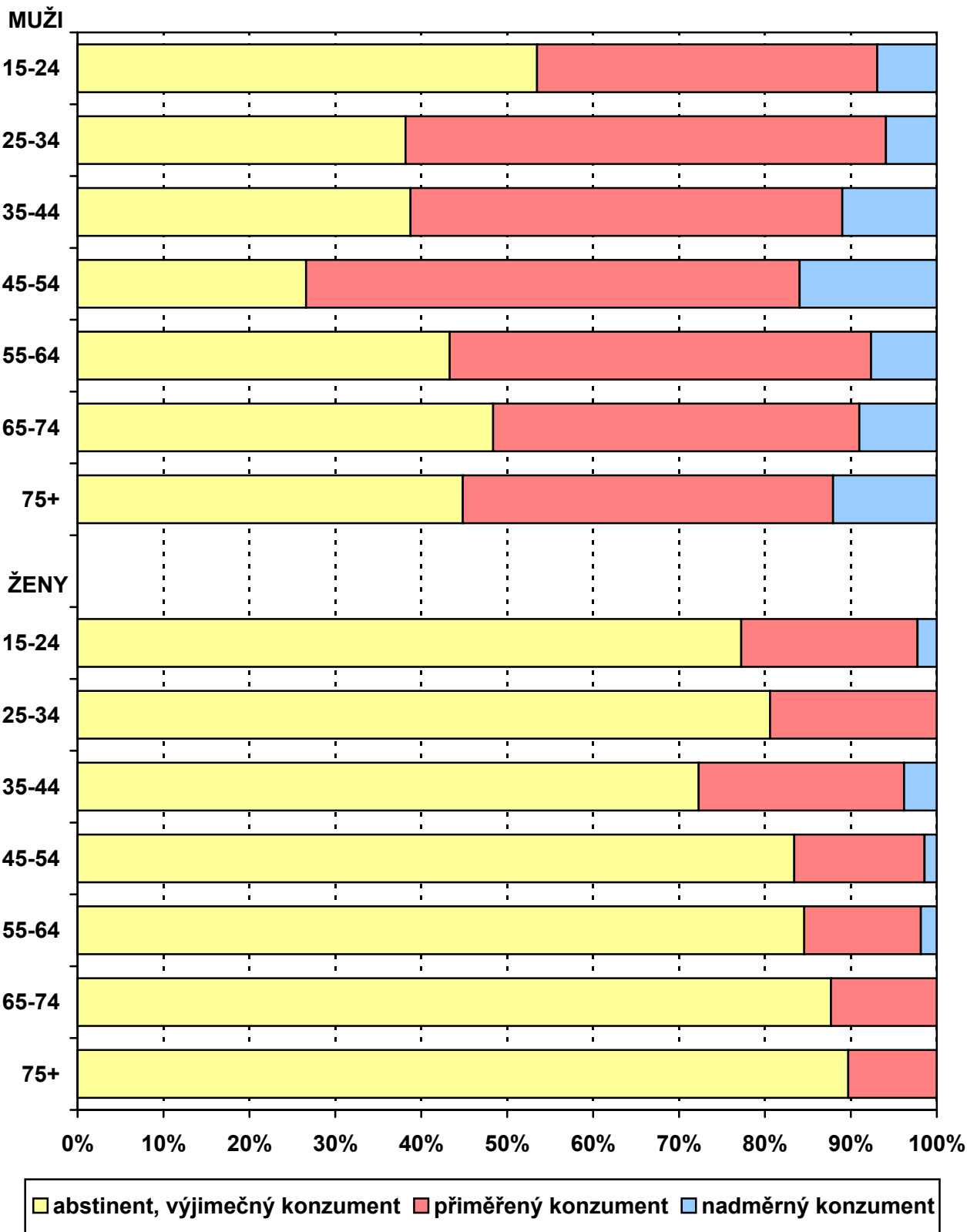
Tab. 5.5 Konzumace alkoholu

Věk	Struktura respondentů v %						
	podle termínu poslední konzumace alkoholu				podle týdenní spotřeby alkoholu (v dávkách 12g)		
	poslední týden	před 1-4 týdny	před více než 4 týdny	celoživotní abstinent	0-1,9	2,0-21,9 (m) 2,0-14,9 (ž)	22+ (m) 15+ (ž)
	muži						
Celkem	64,0	15,7	11,5	8,6	41,8	48,7	9,5
15-24	49,0	18,4	15,1	17,6	53,5	39,6	6,9
25-34	62,9	20,4	11,3	4,8	38,2	55,9	5,9
35-44	69,1	15,2	7,3	8,4	38,7	50,3	11,0
45-54	75,0	17,0	4,8	3,2	26,6	57,4	16,0
55-64	69,4	11,5	12,7	5,7	43,3	49,0	7,6
65-74	61,5	11,5	19,7	7,4	48,4	42,6	9,0
75+	69,0	6,9	12,1	12,1	44,8	43,1	12,1
	ženy						
Celkem	32,7	21,1	25,1	20,8	81,2	17,3	1,5
15-24	33,5	19,6	22,8	24,1	77,2	20,5	2,2
25-34	34,8	26,4	28,4	10,4	80,6	19,4	-
35-44	45,1	26,1	19,6	8,2	72,3	23,9	3,8
45-54	37,4	23,7	23,7	15,2	83,4	15,2	1,4
55-64	30,2	19,1	25,9	24,1	84,6	13,6	1,9
65-74	16,9	15,4	30,0	37,7	87,7	12,3	-
75+	17,5	9,3	29,9	43,3	89,7	10,3	-

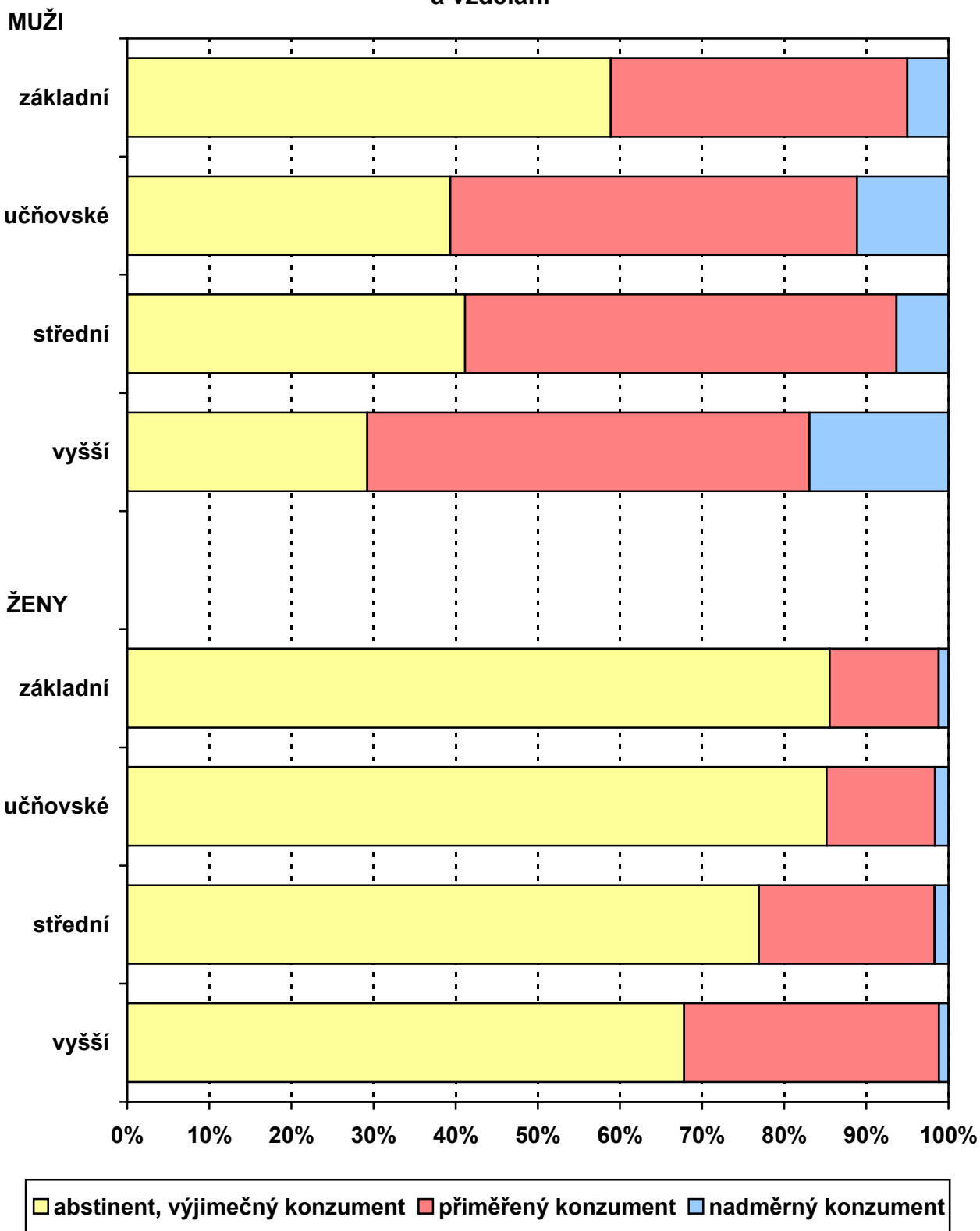
Graf 5.5.1 Průměrný počet dnů konzumace alkoholu v jednom týdnu



Graf 5.5.2 Složení respondentů podle spotřeby alkoholu a věku



Graf 5.5.3 Složení respondentů podle spotřeby alkoholu a vzdělání



5.6 DROGY

Posledním návykovou látkou zkoumanou v našem šetření jsou drogy. V dnešní době patří drogy k velkým nebezpečím ohrožující zdraví, především mladé generace. Otázka drog byla do dotazníku HIS CR zařazena poprvé. Zajímalo nás, zda respondent někdy ve svém životě vyzkoušel některou z vybraných druhů drog a popřípadě jak často ji užil v posledním roce.

Největší diference v užívání drog je mezi různými věkovými skupinami, jak je patrné z grafu 5.6.1. Je třeba zdůraznit, že uživatelem drog je označen i člověk, který vyzkoušel některou drogu jen jedenkrát. Z celkového počtu respondentů s drogou experimentovalo 7,1 % mužů a 4,1 % žen. Nejvíce s drogami experimentovali respondenti z věkové skupiny 15-24 let. V této skupině vyzkoušelo drogu alespoň jednou 17,6 % mužů a 14,3 % žen. S rostoucím věkem klesá i podíl osob, kteří vyzkoušely drogy.

Zajímavou otázkou se jeví, zda se odlišují osoby zkusivší drogu podle vzdělání, velikosti sídla či příjmu. Drogy vyzkoušelo 4,6 % osob se základním vzděláním, 5,0 % osob vyučených, 5,9 % osob se středním vzděláním a 8,8 % osob s vyšším vzděláním. Významněji se od ostatních odlišují osoby s vyšším vzděláním, což prokazují i provedené testy.

Při rozdělení osob podle velikosti sídla je podíl osob, kteří užili drogu takovýto: 4,3 % osob se sídlem do 5 000 obyvatelů, 4,3 % osob se sídlem do 30 000 obyvatelů a 7,7 % osob se sídlem s více než 30 000 obyvateli (u osob žijících ve větších sídlech je oproti osobám žijících v menších sídlech statisticky významný rozdíl v podílu těch, které užily drogu). Při rozdělení osob podle příjmu nejsou rozdíly mezi skupinami statisticky významné.

Jednoznačně nejužívanějšími drogami byly marihuana nebo hašiš, které se podílejí 81 % na celkové spotřebě drog (viz. graf 5.6.2). Toto číslo se vztahuje pouze k rozšířenosti užívání a ne k celkovému spotřebovanému množství (nepočítá se s frekvencí užívání). S touto drogou experimentovalo 6,5 % mužů a 3,7 % žen (přes 90 % všech lidí, jež zkusili drogy). 88 % osob, které užily drogy, zkusilo pouze jedinou drogu. 10 % osob užilo 2 drogy a 2 % vyzkoušelo více než 3 druhy drog.

Při posuzování užívání drog je třeba též zjistit, jak často jsou drogy užívány, o čemž nás spravuje graf 5.6.3. Je patrné, že podstatná část osob (56 %) , které zkusily drogy, je užilo naposledy před více jak jedním rokem. 29 % osob užilo drogy 1-3x v posledním roce, 10 % osob 4-12x a pouze 5 % osob je užívalo častěji. Z toho lze usuzovat na nepřilíšnou závažnost v užívání drog, neboť většinu osob tvoří pouze „experimentátoři.“ Samozřejmě, na základě dat v tomto šetření nelze dělat dalekosáhlé závěry.

Obecně lze předpokládat, že výsledky užívání drog jsou podhodnoceny, neboť na rozdíl od alkoholu a cigaret jsou přece jen v očích veřejnosti viděny jednoznačně negativně, takže lze očekávat větší zamlčování údajů. Navíc je užívání drog, zejména pravidelného, zřejmě rozšířeno více u osob, které lze hůře zapojit do tohoto typu šetření.

Výrazný rozdíl v užívání drog mezi generacemi neznamena rozdíl v úhrnném používání návykových látek. Zvláště, když si uvědomíme, že většina osob, které užily drogu, jen s drogou experimentuje. Mladí mají stále nižší spotřebu cigaret a alkoholu než střední generace. Tyto látky působí daleko více škod kvůli většímu úhrnnému užívání než drogy. Na druhou stranu nelze nebezpečí drog podceňovat, neboť celosvětový trend, zejména v ekonomicky vyspělých zemích ukazuje, jakým nebezpečím může rozšiřování drog být. Navíc toto šetření nebylo primárně zaměřeno na výzkum užívání drog, takže skutečnou situaci v této oblasti musí posoudit výzkumy jiné.

Nyní se pokusíme popsat závislost v užívání drog a ostatních návykových látek. Výsledky ukazuje tabulka 5.6.1. V ní jsou podíly osob, které zkusily někdy užít drogu, v závislosti na spotřebě cigaret a alkoholu. Překvapujícím zjištěním je, že největší podíl drog je mezi příležitostnými kuřáky (statisticky významný rozdíl oproti nekuřákům i kuřákům) a činí téměř 20 %. Mezi nekuřáky je to 2,6 % a mezi kuřáky 9,4 % osob. Rozdíly v podílech jsou částečně dány věkem osob v jednotlivých skupinách osob podle kouření – nejmladší jsou v průměru příležitostní kuřáci.

Mezi výjimečnými konzumenty alkoholu jsou 3 %, mezi přiměřenými konzumenty 8 % a mezi nadměrnými konzumenty 16 % osob, které zkusily drogu (s.v.r. mezi všemi skupinami). Věkový průměr v jednotlivých skupinách se příliš neliší. Lze říci, že osoby s vyšší konzumací alkoholu častěji zkoušejí některou drogu.

Souhrnný přehled o návykových látkách ukazuje tabulka 5.6.2.

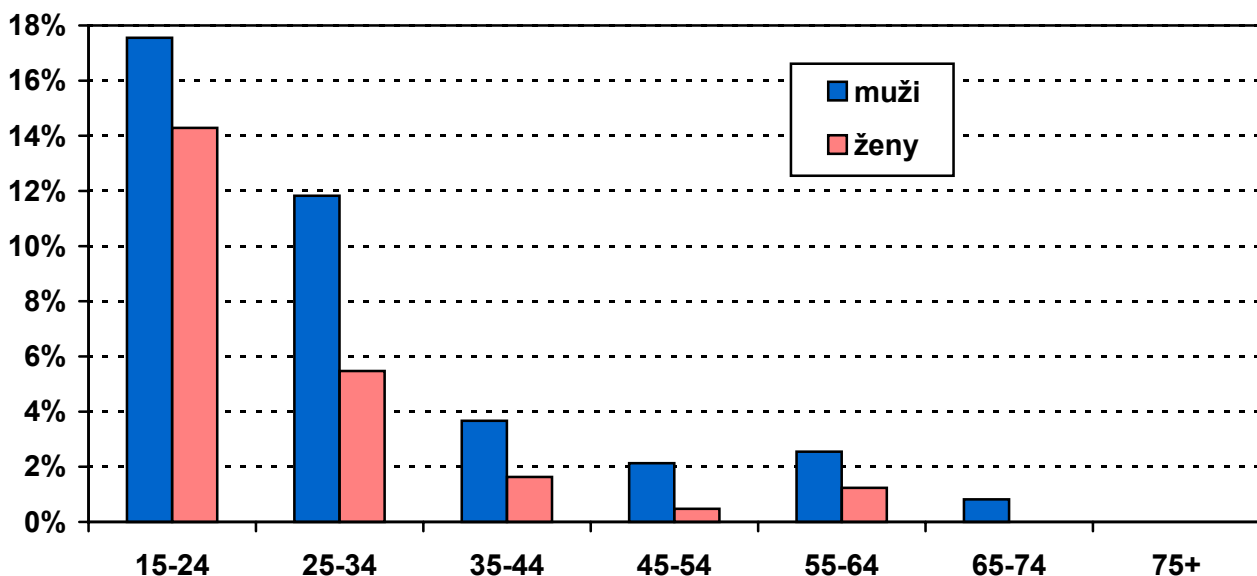
Tab. 5.6.1 Souvislosti v užívání návykových látek

Ukazatel	Procento respondentů, kteří zkusili drogu	
	muži	ženy
Celkem	7,1	4,1
Kuřáctví		
nekuřák	2,8	2,5
příležitostný	24,2	14,1
každodenní	10,7	7,2
Konzument alkoholu		
výjimečný	4,6	2,3
přiměřený	7,5	11,0
nadměrný	15,6	16,7

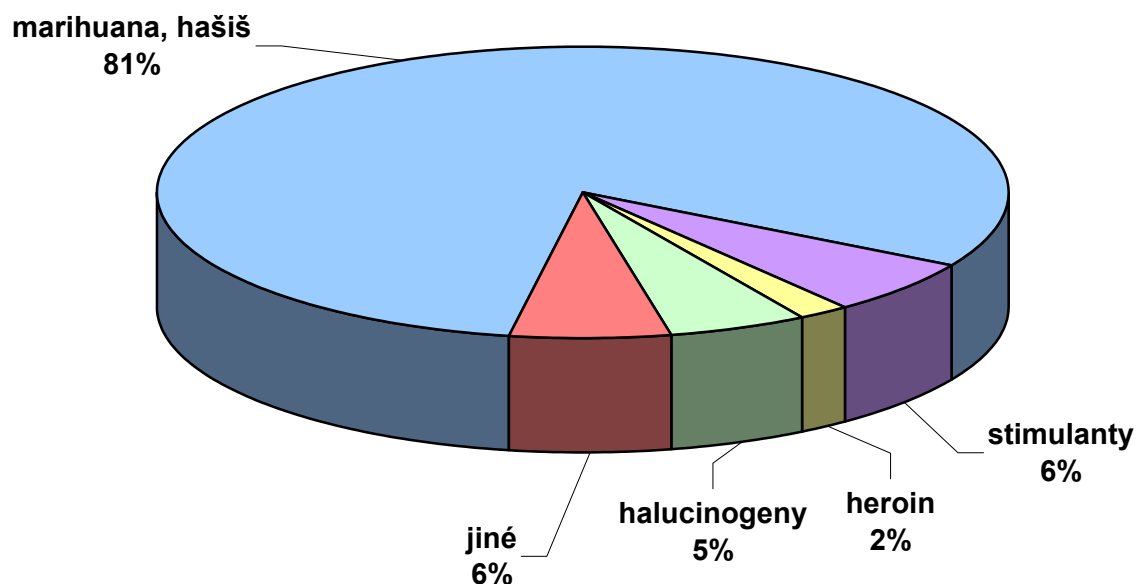
Tab. 5.6.2 Návykové látky - shrnutí

Ukazatel	Procento respondentů				
	nikdy	bývalí	příležitostní	slabí	silní
Kuřáctví					
muži	36,9	24,3	8,6	18,3	11,4
ženy	61,1	15,1	6,5	15,7	1,6
Alkohol (konzumace)	výjimečná	přiměřená	nadměrná		
muži	41,8	48,7	9,5	x	x
ženy	81,2	17,3	1,5	x	x
Drogy	nezkusil/a	zkusil/a			
muži	92,9	7,1	x	x	x
ženy	95,9	4,1	x	x	x

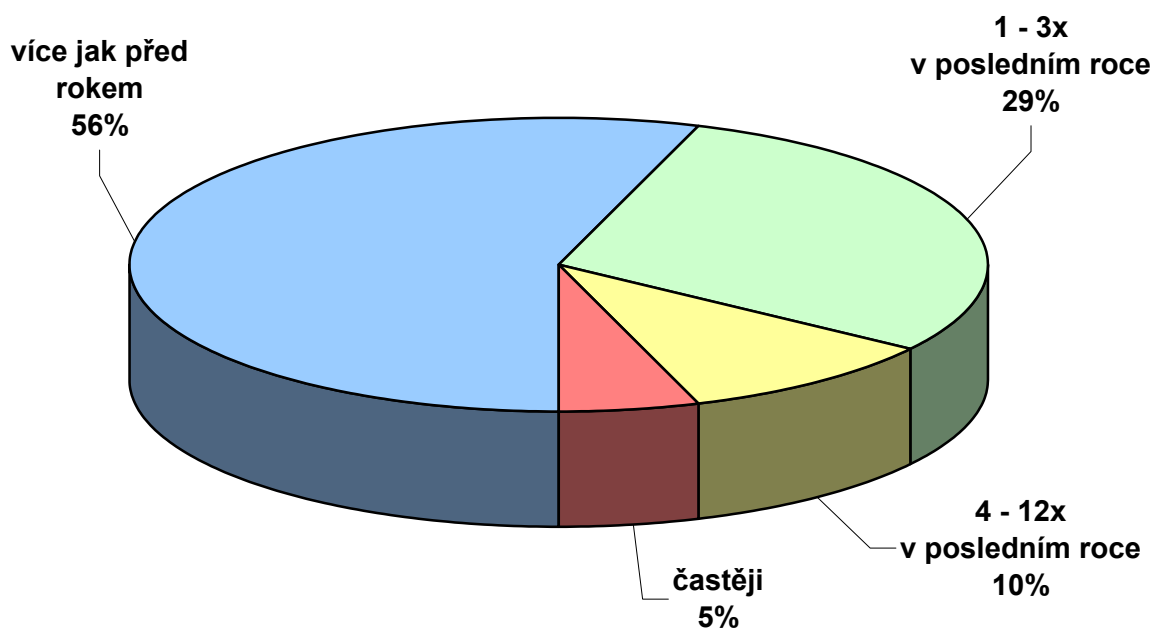
Graf 5.6.1 Procento respondentů, kteří zkusili drogu



Graf 5.6.2 Struktura užívaných drog



**Graf 5.6.3 Jak často užívají lidé drogy?
(jen osoby, které zkusily drogy)**



6. ZDRAVÍ A NEMOCNOST

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.

WHO definuje zdraví jako „stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, nikoliv pouze nepřítomnost nemoci nebo vady“. Zdravotní stav populace tedy představuje zdraví jejich 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, dlouhodobou neschopnost, sociální zdraví a celkovou kvalitu života.

6.1 SUBJEKTIVNĚ VNÍMANÉ ZDRAVÍ

Zdravotní stav v šetřeních HIS nebyl zjišťován prostřednictvím lékařů ani jejich dokumentace, ale pouze na základě vlastních odpovědí respondentů. Dotazovaní měli uvést, jak se celkově zdravotně cítí. Šlo tedy o subjektivně vnímané zdraví, závislé nejenom na vlastním zdravotním stavu jednotlivce, ale i např. na momentální pohodě, na věku a nebo na duševní úrovni (na rozdíl od objektivně chápaného zdraví). Subjektivně vnímané zdraví bylo zjišťováno na základě odpovědi na otázku: „Jak se celkově zdravotně cítíte?“. Respondent mohl zvolit jednu z pěti odpovědí: velmi dobře, dobře, vcelku dobře, špatně a velmi špatně.

Tabulka 6.1 ukazuje procentuální rozložení respondentů podle pohlaví, věku 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 15,6 % mužů (v roce 1996 17,9 %) a 12,4 % žen (v roce 1996 11,8 %). Nejvýznamněji se u mužů změnil podíl osob s dobrým subjektivním zdravím (ze 33 % v roce 1996 na 42 % - s.v.r.) a podíl osob se špatným subjektivním zdravím (ze 17 % v roce 1996 na 10 % - s.v.r.). U žen taktéž, a to podíl osob s dobrým subjektivním zdravím (ze 30 % v roce 1996 na 38 % - s.v.r.) a podíl osob se špatným subjektivním zdravím (z 19 % v roce 1996 na 12 % - s.v.r.). Nejvíce respondentů, mužů i žen, se cítilo dobře. Oproti minulému šetření došlo ke statisticky významnému přesunu osob mezi jednotlivými skupinami subjektivně vnímaného zdraví (χ^2 - test homogenity), a to ve prospěch lepšího zdraví.

V grafu 6.1.1 je znázorněna struktura odpovědí na subjektivní pocit zdraví podle věku a pohlaví. Je patrné, že s rostoucím věkem se u obou pohlaví snižuje podíl osob s dobrým subjektivním zdravím a naopak přibývá osob se špatným subjektivně vnímaným zdravím. Podle průměrného pocitu se zlepšilo subjektivně hodnocené zdraví, znatelněji u žen, avšak u nich je stále ještě horší než u mužů. Největší rozdíl je mezi muži a ženami ve věku 35-44 let. U mužů je největší rozdíl mezi 50. a 60. rokem věku a u žen mezi 20. a 30. rokem věku.

Výsledky k posouzení subjektivního zdraví z hlediska závislosti ukazatele průměrného pocitu zdraví na různých socioekonomických faktorech ukazuje tabulka 6.1.2.

Vliv vzdělání na subjektivní zdraví není již tak jednoznačný jako tomu bylo u věku (viz graf 6.1.2). U osob nad 45 let se s vyšším vzděláním zlepšuje subjektivní zdraví. Do 45 let věku mají nejhorší subjektivní zdraví osoby s vyučením. Mezi ostatními skupinami není rozdíl výrazný. Pokud by neexistovaly rozdíly ve věkovém složení u osob s různým vzděláním, vyrovnalo by se hodnocení subjektivního zdraví u osob se základním vzděláním a vyučením, nepatrná závislost na věku by byla zachována.

Subjektivní zdraví se podle velikosti sídla významně neliší. S rostoucím příjmem na osobu klesá i průměrná známka subjektivního zdraví, neboli je lepší subjektivně nahlížené zdraví. Významné rozdíly jsou však pouze mezi osobami s příjmem nad 9 000 Kč a ostatními osobami.

Tab. 6.1.1 Subjektivní zdraví

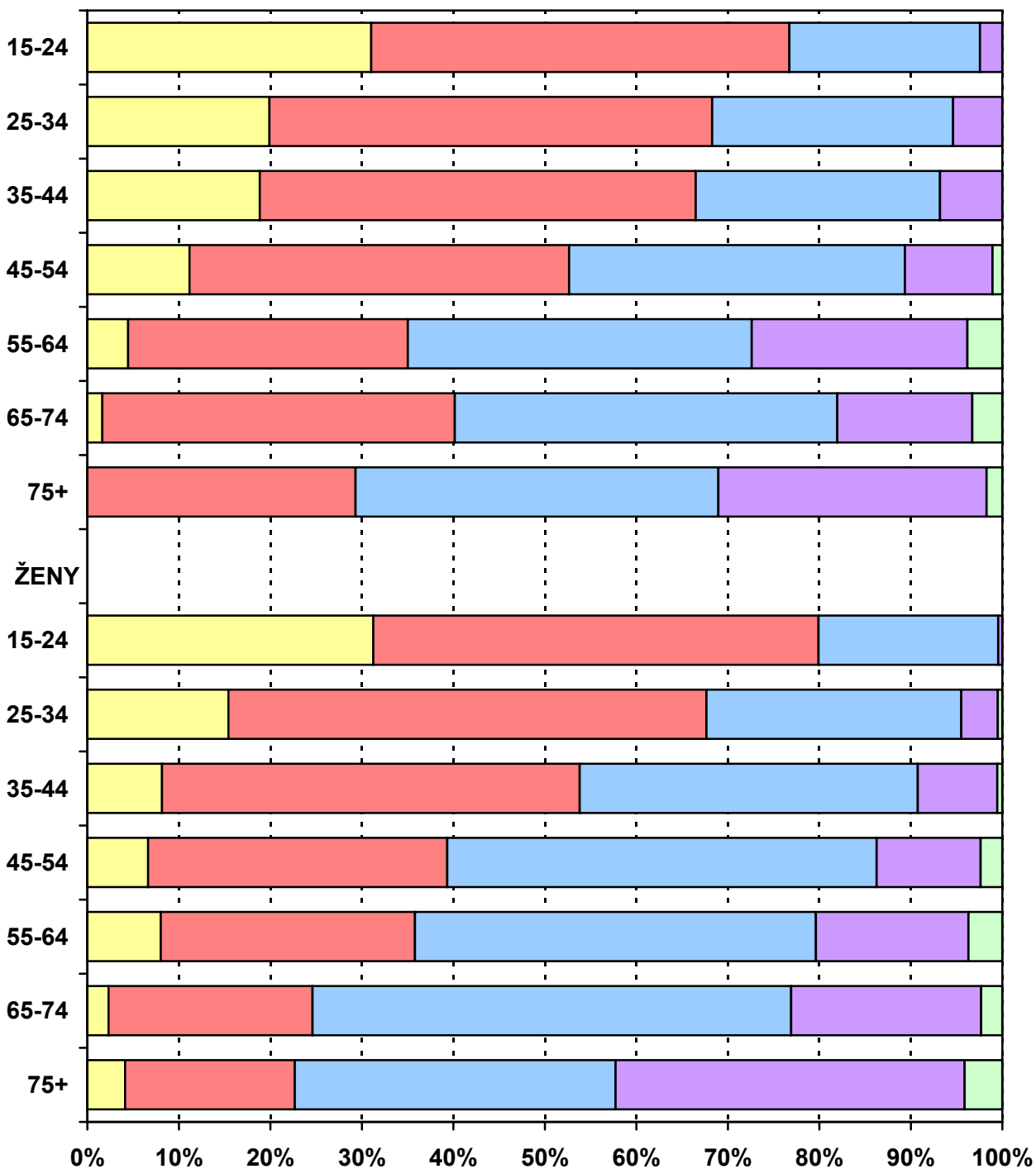
Věk	Složení respondentů podle pocitu zdraví (v %)					Průměrný pocit zdraví
	velmi dobré	dobré	vcelku dobré	špatné	velmi špatné	
	muži					
Celkem	15,6	42,1	30,8	10,4	1,1	2,4
15-24	31,0	45,7	20,8	2,4	-	2,0
25-34	19,9	48,4	26,3	5,4	-	2,2
35-44	18,8	47,6	26,7	6,8	-	2,2
45-54	11,2	41,5	36,7	9,6	1,1	2,5
55-64	4,5	30,6	37,6	23,6	3,8	2,9
65-74	1,6	38,5	41,8	14,8	3,3	2,8
75+	-	29,3	39,7	29,3	1,7	3,0
	ženy					
Celkem	12,4	37,9	36,4	11,6	1,7	2,5
15-24	31,3	48,7	19,6	0,4	-	1,9
25-34	15,4	52,2	27,9	4,0	0,5	2,2
35-44	8,2	45,7	37,0	8,7	0,5	2,5
45-54	6,6	32,7	46,9	11,4	2,4	2,7
55-64	8,0	27,8	43,8	16,7	3,7	2,8
65-74	2,3	22,3	52,3	20,8	2,3	3,0
75+	4,1	18,6	35,1	38,1	4,1	3,2

Tab. 6.1.2 Subjektivní zdraví podle vybraných faktorů

Ukazatel	Průměrný pocit zdraví	
	muži	ženy
Celkem	2,4	2,5
vzdělání		
základní	2,3	2,7
učňovské	2,5	2,6
střední	2,3	2,3
vyšší	2,1	2,2
velikost obce		
0 - 4 999	2,5	2,5
5 000 - 29 999	2,3	2,6
30 000 +	2,4	2,5
příjem na osobu		
0 - 2 999	2,5	2,6
3 000 - 8 999	2,4	2,5
9 000 +	2,1	2,1

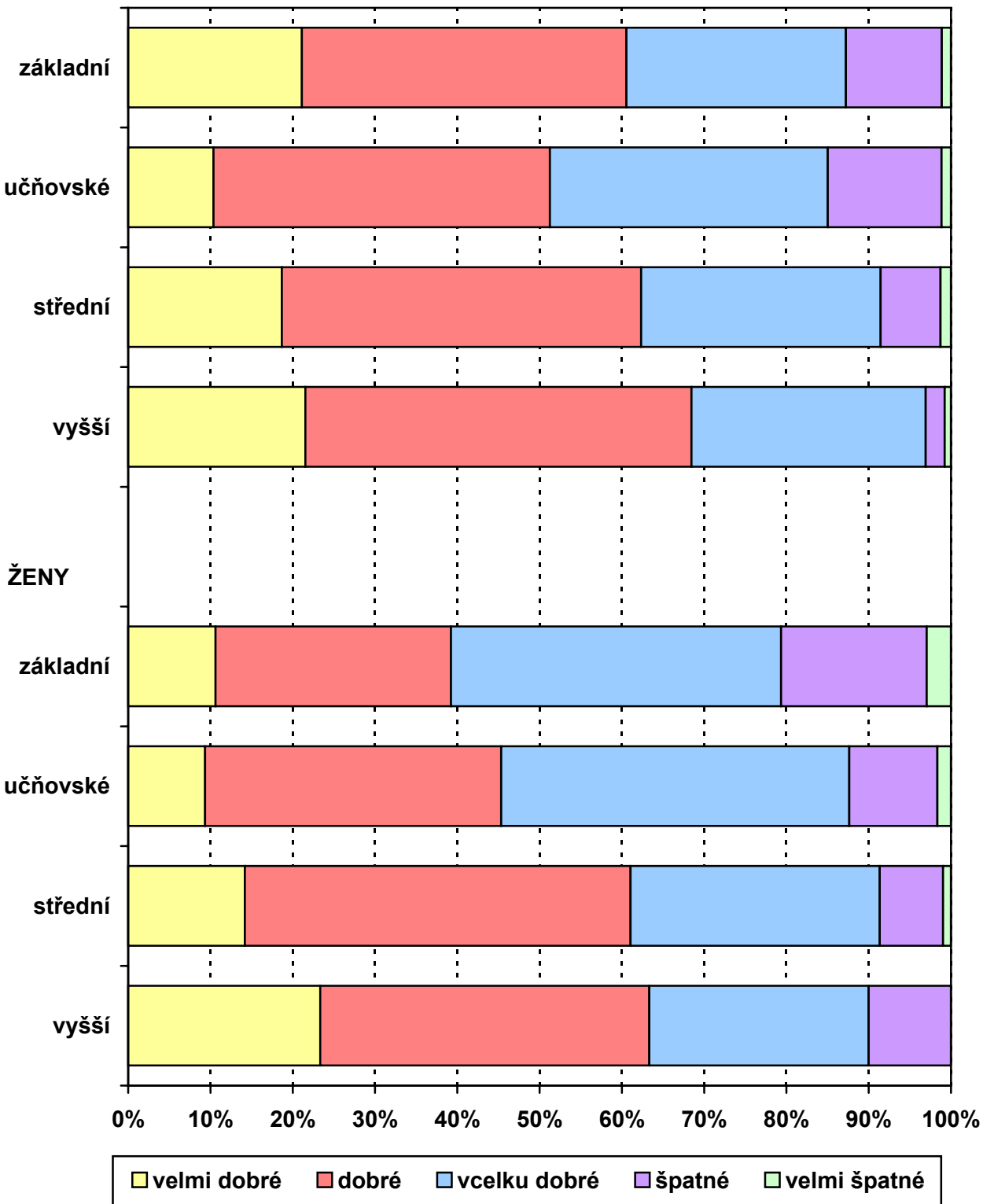
Graf 6.1.1 Složení respondentů podle subjektivního zdraví a věku

MUŽI



Graf 6.1.2 Složení respondentů podle subjektivního zdraví a vzdělání

MUŽI



6.2 DOČASNÁ NESCHOPNOST

V ČR se běžně čerpají informace o dočasné neschopnosti obyvatelstva zpravidla ze statistik pracovní neschopnosti, které se týkají jen ekonomicky aktivního obyvatelstva. Dočasná neschopnost podle doporučení WHO zahrnuje podstatně širší oblast než pouhou absenci v zaměstnání.

V první části otázky odpovídali respondenti na dotaz, zda museli v posledních 2 týdnech omezit svou obvyklou činnost v důsledku nemoci (včetně duševní) nebo zranění. Dočasnou neschopností nebyla myšlena pouze nepřítomnost v zaměstnání, ale i jakékoliv omezení činností v domácnosti či ve volném čase vlivem nemoci (i duševní) či zranění. V otázce jsme evidovali i lehčí stavy, kdy se respondent necítil dobře a po práci si šel lehnout atd.

Podíl respondentů bez dočasné neschopnosti představoval u mužů 82,7 % a u žen 82,2 %. Naopak respondentů, kteří v posledních 14 dnech měli alespoň 1 den dočasnou neschopnost bylo mezi muži 17,3 % (17,9 % v roce 1996 – s.n.r.) a mezi ženami 17,8 %, (21,6 % v roce 1996 – s.v.r.), což je uvedeno v tabulce 6.2. Závislost na věku není kvůli malé obsazenosti skupin jednoznačně vypovídající (viz graf 6.2.1). Obecně se dá říci, že starší osoby bývají častěji dočasně neschopní než osoby mladší.

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. Podíl osob dočasně neschopných s ležením se oproti minulému šetření výrazně nezměnil: 10,5 % mužů (12,0 % v roce 1996) a 12,0 % žen (14,2 % v roce 1996). To znamená, že cca 64 % dočasně neschopných respondentů během své neschopnosti muselo alespoň jeden den ležet (v roce 1996 to bylo 66 % a v roce 1993 60 %).

Průměrná doba jedné neschopnosti trvala u mužů 8,6 dne a u žen 8,7 dne. Oproti rokům 1993 a 1996 došlo k prodloužení o cca 1 den. Naopak, ale došlo k poklesu průměrného počtu dní strávených na lůžku. Muži strávili v průměru 3,3 dne a ženy 3,6 dní na lůžku. V roce 1996 to bylo u obou pohlaví 4,9 dne a v roce 1993 to bylo 5,0 dní u mužů a 4,3 dní u žen.

Ze zjištěných hodnot byl podle metodiky WHO získán prostou aritmetickou úpravou ukazatel počtu dnů neschopnosti na 1 respondenta za rok (viz graf 6.2.2). Na 1 respondenta připadalo tedy v průměru u mužů 38,7 dnů (v roce 1996 36,4 a v roce 1993 31,7) dočasné neschopnosti a u žen 40,4 dnů (v roce 1996 42,6 a v roce 1993 43,3) dočasné neschopnosti. Průměrný roční počet dnů dočasné neschopnosti s ležením činil u mužů 14,9 dnů (v roce 1996 15,2 a v roce 1993 11,1) a u žen 16,5 dnů (v roce 1996 17,9 a v roce 1993 14,9).

Roční počet dní pracovní neschopnosti činil podle Statistické ročenky ČR 2000 26,1 dne. Podle našeho odhadu v tomto výpočtu (zahrnuli jsem srovnatelné části obyvatelstva dle ekonomického postavení), to bylo 31,5 dne. Vyšší počet dní lze vysvětlit širší definicí dočasné neschopnosti v našem šetření.

Zajímavým může být porovnání dočasné neschopnosti mezi zaměstnanými a nezaměstnanými osobami. 14 % zaměstnaných a 24 % nezaměstnaných mužů (s.v.r.) bylo dočasně neschopných. 16 % zaměstnaných a 19 % nezaměstnaných žen (s.n.r.) bylo dočasně neschopných.

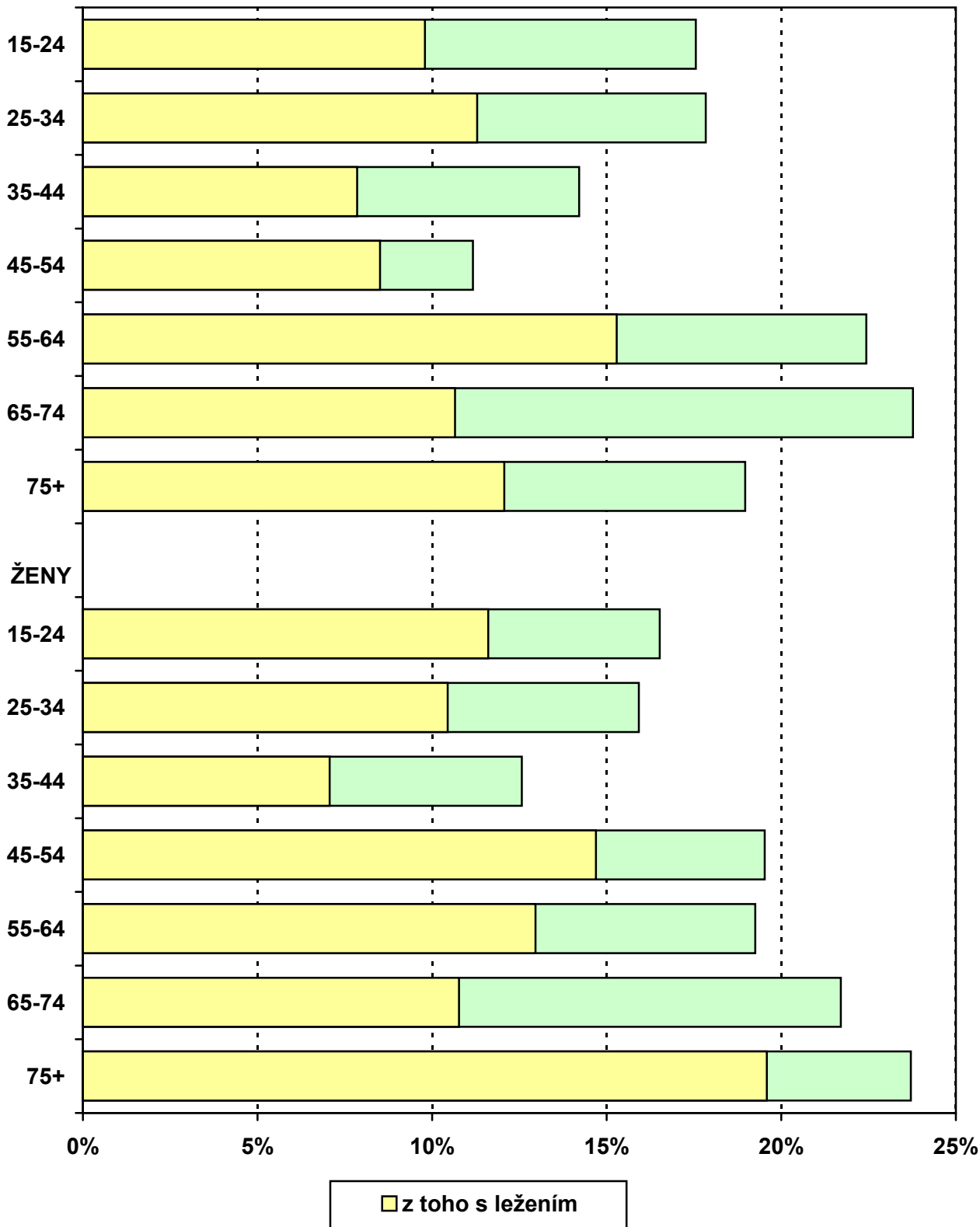
Osoby s nižšími příjmy mají více dočasné neschopnosti a její trvání je delší, než u osob s vyššími příjmy.

Tab. 6.2 Dočasná neschopnost v posledních 14 dnech

Věk	Procento dočasně neschopných		Průměrná doba jedné neschopnosti ve dnech		Roční počet dní neschopnosti na 1 respondenta	
	celkem	s ležením	celkem	s ležením	celkem	s ležením
	muži					
Celkem	17,3	10,5	8,6	3,3	38,7	14,9
15-24	17,6	9,8	7,1	1,8	32,4	8,2
25-34	17,7	11,3	7,9	2,7	36,6	12,3
35-44	13,6	7,9	9,3	3,6	34,3	13,1
45-54	11,2	8,5	9,2	4,7	26,7	13,6
55-64	22,3	15,3	9,7	4,3	56,0	25,2
65-74	23,8	10,7	8,3	2,8	51,6	17,5
75+	19,0	12,1	10,4	5,6	51,1	27,8
	ženy					
Celkem	17,8	12,0	8,7	3,6	40,4	16,5
15-24	16,5	11,6	9,0	3,5	38,5	15,0
25-34	15,9	10,4	8,1	3,1	33,6	12,9
35-44	12,5	7,1	8,8	2,6	28,5	8,3
45-54	19,4	14,7	8,7	3,9	44,0	19,8
55-64	19,1	13,0	8,1	3,9	40,3	19,6
65-74	21,5	10,8	8,5	2,1	47,4	11,6
75+	23,7	19,6	10,5	6,0	64,6	37,0

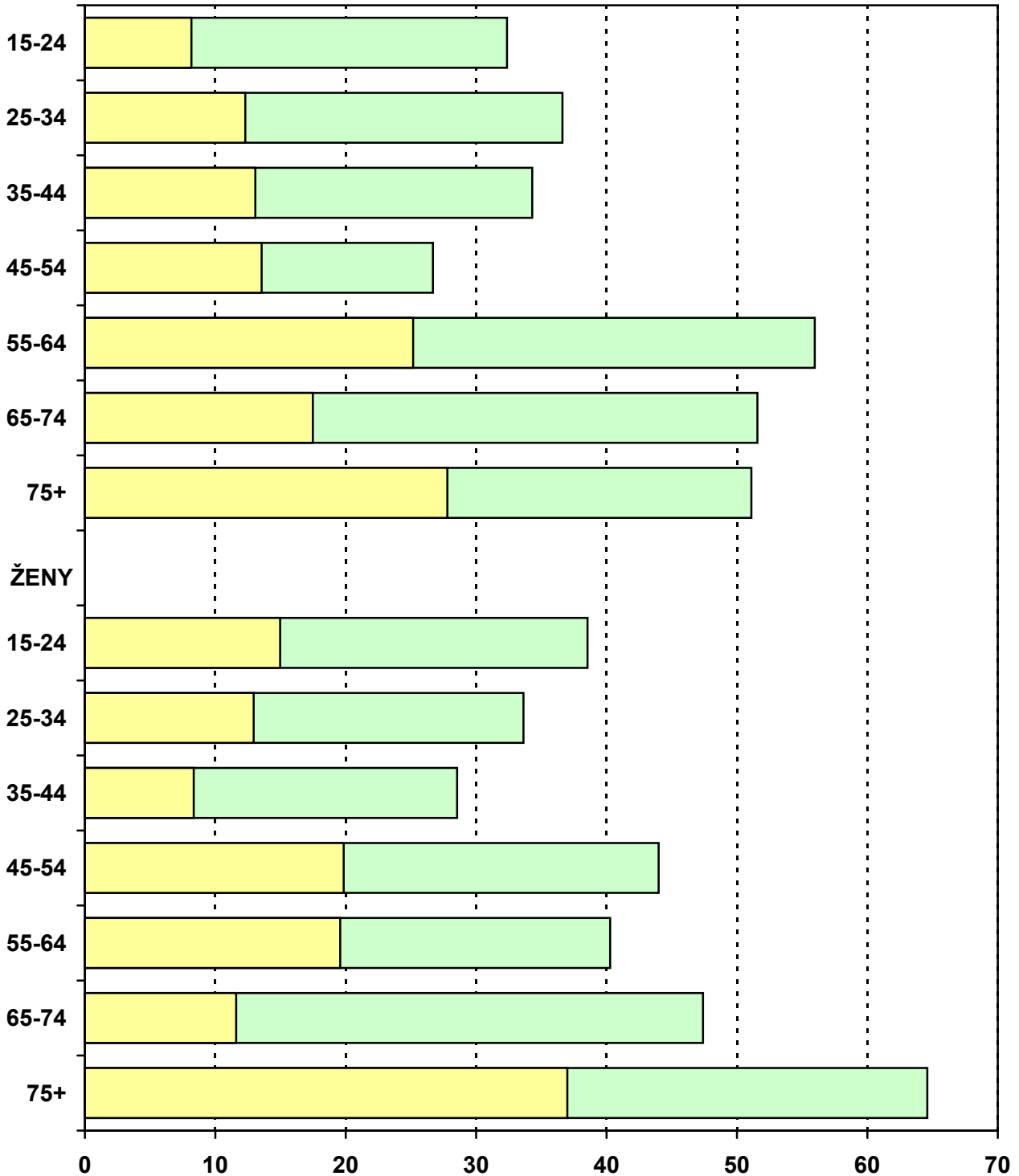
Graf 6.2.1 Podíl dočasně neschopných v posledních 14 dnech

MUŽI



Graf 6.2.2 Průměrný roční počet dnů dočasné neschopnosti na 1 respondenta

MUŽI



z toho s ležením

6.3 ZDRAVOTNÍ POTÍŽE

V šetření jsme zjišťovali přítomnost jednotlivých konkrétních zdravotních potíží u respondentů během posledních 14 dnů (za poslední 4 týdny v roce 1993 a 1996 - údaje nejsou srovnatelné). Seznam potíží v dotazníku obsahoval celkem 16 položek a položku „jiné potíže“, kde mohl respondent dopsat v seznamu neuvedenou zdravotní potíž. Respondenti pak pomocí odpovědí ANO a NE vyjadřovali, zda se u nich ve sledovaném období daná obtíž (nemoc) vyskytla nebo ne.

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 potíž. 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 potíží bylo 28,6 % mužů (v roce 1996 19,6 % a v roce 1993 20,1 %) a 18,4 % žen (v roce 1996 8,1 % a v roce 1993 14,4 %). Na jednoho muže připadaly 2,1 potíže (v roce 1996 2,5 a v roce 1993 2,1) a na jednu ženu 2,8 potíže (v roce 1996 3,5 a v roce 1993 2,7). Rozdíl mezi počtem potíží u mužů a žen je statisticky významný. Počet potíží je závislý přímo úměrně věku.

Co se týká jednotlivých potíží (ze 16 nabídnutých), nejčastěji se u mužů vyskytovaly bolesti zad 38,5 % (v roce 1996 43,5 % - nejčastější v tomto roce), následovaly bolesti kloubů se 26,1 % (v roce 1996 25,3 %) a bolesti hlavy 21,4% (v roce 1996 29,8 %). U žen byly nejčastěji uváděny bolesti zad 43,6 % (v roce 1996 49,9 %), bolesti hlavy 40,6 % (v roce 1996 53,8 % - nejčastější v tomto roce) a bolesti kloubů 33,3 % (v roce 1996 35,6 %).

Rozdíl mezi muži a ženami podle kategorie zdraví je značný, a to ve prospěch mužů. 49 % mužů a 37 % žen patřilo do kategorie „dobré zdraví“. V šetření HIS CR 96 to bylo 40 % mužů a 23 % žen a v roce 1993 50 % mužů a 33 % žen. Struktura respondentů podle kategorie zdraví v závislosti na věku a pohlaví je znázorněna v grafu 6.3.1. Je zřetelná tendence růstu zdravotních potíží (špatného zdraví) spolu se zvyšujícím se věkem a zároveň pokles osob s dobrým zdravím. Všechny tyto tendence byly zjištěny i v uplynulých šetřeních. Ve věku 15-24 let byl průměrný počet zdravotních potíží u mužů 1,4 a u žen 2,0, ve věku 75 a více let to bylo u mužů 3,5 a u žen 4,2 zdravotních potíží.

Tabulka 6.3.2 ukazuje přehled zdravotních potíží podle různých faktorů. S vyšším vzděláním mírně klesá podíl osob se špatným zdravím. Pokud zavedeme ještě věkový pohled, pak u osob starších 45 let je tato závislost více patrná než u osob mladších. Z grafu 6.3.2 je patrný i pokles průměrného počtu zdravotních potíží podle vzdělání.

V největších obcích mají nejméně osob s dobrým zdravím, významné odchylky jsou pouze u mužů.

Zdraví hodnocené počtem zdravotních potíží se statisticky významně liší mezi skupinou osob s nejvyššími příjmy a ostatními osobami. 62 % mužů a žen 47 % s příjmem nad 9 000 Kč má dobré zdraví. Oproti tomu má dobré zdraví jen 48 % mužů a 36 % žen s příjmy nižšími než 9 000 Kč.

Lidé s dobrým subjektivním zdravím nebo bez chronických potíží mají také lepší zdraví z hlediska počtu zdravotních potíží.

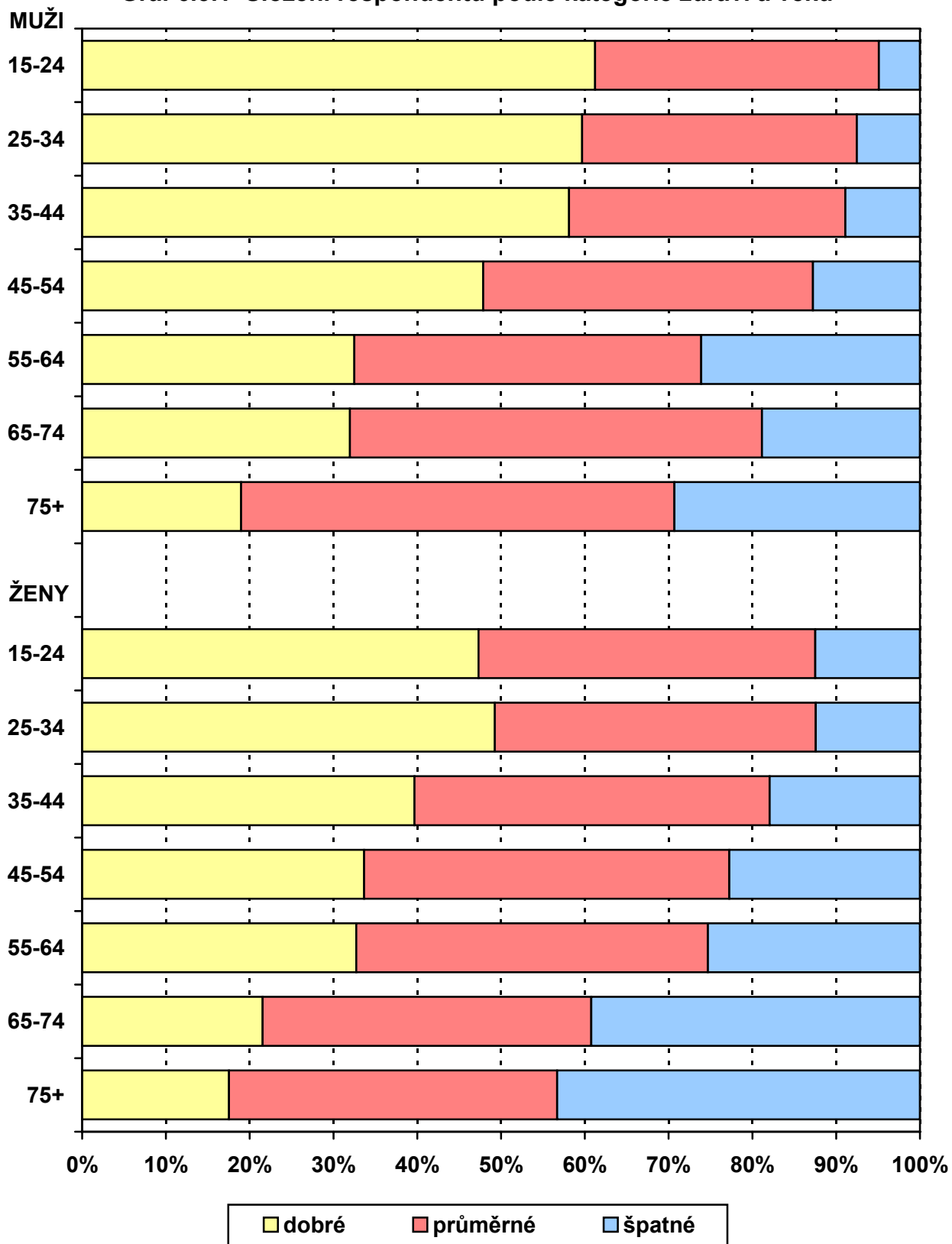
Tab. 6.3.1 Prevalence jednotlivých zdravotních potíží v posledních 14 dnech

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	21,4	23,7	22,6	23,6	19,1	26,1	16,4	6,9
nachlazení a chřipka	20,7	25,7	23,7	19,4	19,7	22,9	11,5	12,1
přetrvávající kašel	12,3	12,7	12,9	10,5	8,0	15,3	13,1	19,0
senná rýma	4,5	6,1	7,0	2,6	1,1	3,8	6,6	5,2
zánět čelních a čelistních dutin	2,4	1,6	2,2	3,7	1,1	2,5	2,5	5,2
žaludeční a zažívací potíže	12,3	8,6	10,8	14,1	15,4	14,6	11,5	12,1
zácpa	2,1	0,4	-	2,1	1,1	4,5	3,3	10,3
slabost nebo závratě	7,1	2,9	3,2	3,7	2,7	17,2	14,8	20,7
bolesti kloubů	26,1	8,2	14,0	21,5	31,4	45,9	44,3	46,6
bolesti zad	38,4	25,7	34,9	37,7	42,6	54,1	40,2	46,6
potíže s nohama	20,3	7,3	10,2	11,5	21,8	31,2	41,0	58,6
oční - zrakové potíže	11,1	4,9	4,3	6,3	16,5	17,8	15,6	29,3
potíže s ušima nebo sluchem	8,8	3,7	2,7	4,2	8,5	17,2	15,6	29,3
ledvinové nebo močové potíže	4,4	1,2	1,6	2,6	3,7	7,0	7,4	20,7
srdeční potíže nebo dušnost	8,5	1,6	2,7	0,5	7,4	19,1	27,0	19,0
jiné potíže	6,6	4,1	7,0	3,7	6,9	10,2	11,5	5,2
bez potíží	28,6	39,2	34,4	35,6	28,2	16,6	13,1	8,6
ženy								
bolesti hlavy	40,6	42,0	47,3	50,0	43,1	33,3	30,8	25,8
nachlazení a chřipka	21,9	27,2	28,4	21,2	19,0	19,1	20,0	11,3
přetrvávající kašel	12,2	11,6	11,9	13,0	12,8	12,3	11,5	11,3
senná rýma	4,5	4,0	4,5	3,3	4,7	4,3	5,4	7,2
zánět čelních a čelistních dutin	3,6	6,3	3,0	3,8	3,3	2,5	3,8	1,0
žaludeční a zažívací potíže	15,7	12,5	12,9	15,2	15,2	19,1	20,8	18,6
zácpa	6,9	2,7	5,0	4,3	6,6	8,6	13,1	15,5
slabost nebo závratě	14,6	11,2	10,4	10,3	14,7	10,5	23,1	34,0
bolesti kloubů	33,3	11,2	13,9	21,7	38,4	50,0	63,8	67,0
bolesti zad	43,6	30,8	32,8	47,8	49,8	49,4	52,3	52,6
potíže s nohama	27,2	8,5	10,0	17,9	29,4	36,4	59,2	60,8
oční - zrakové potíže	16,2	7,6	6,5	8,7	18,5	21,0	32,3	36,1
potíže s ušima nebo sluchem	6,3	2,2	1,0	3,8	2,8	9,3	16,2	20,6
ledvinové nebo močové potíže	6,5	4,9	3,0	6,5	6,6	4,3	12,3	12,4
srdeční potíže nebo dušnost	11,2	1,3	3,5	4,3	9,0	20,4	21,5	39,2
potíže s měsíčky či přechodem	7,1	10,3	8,5	6,5	12,8	4,3	-	-
jiné potíže	7,4	5,8	8,5	6,5	6,2	6,2	12,3	9,3
bez potíží	18,4	26,3	22,4	20,7	18,0	14,2	10,0	6,2

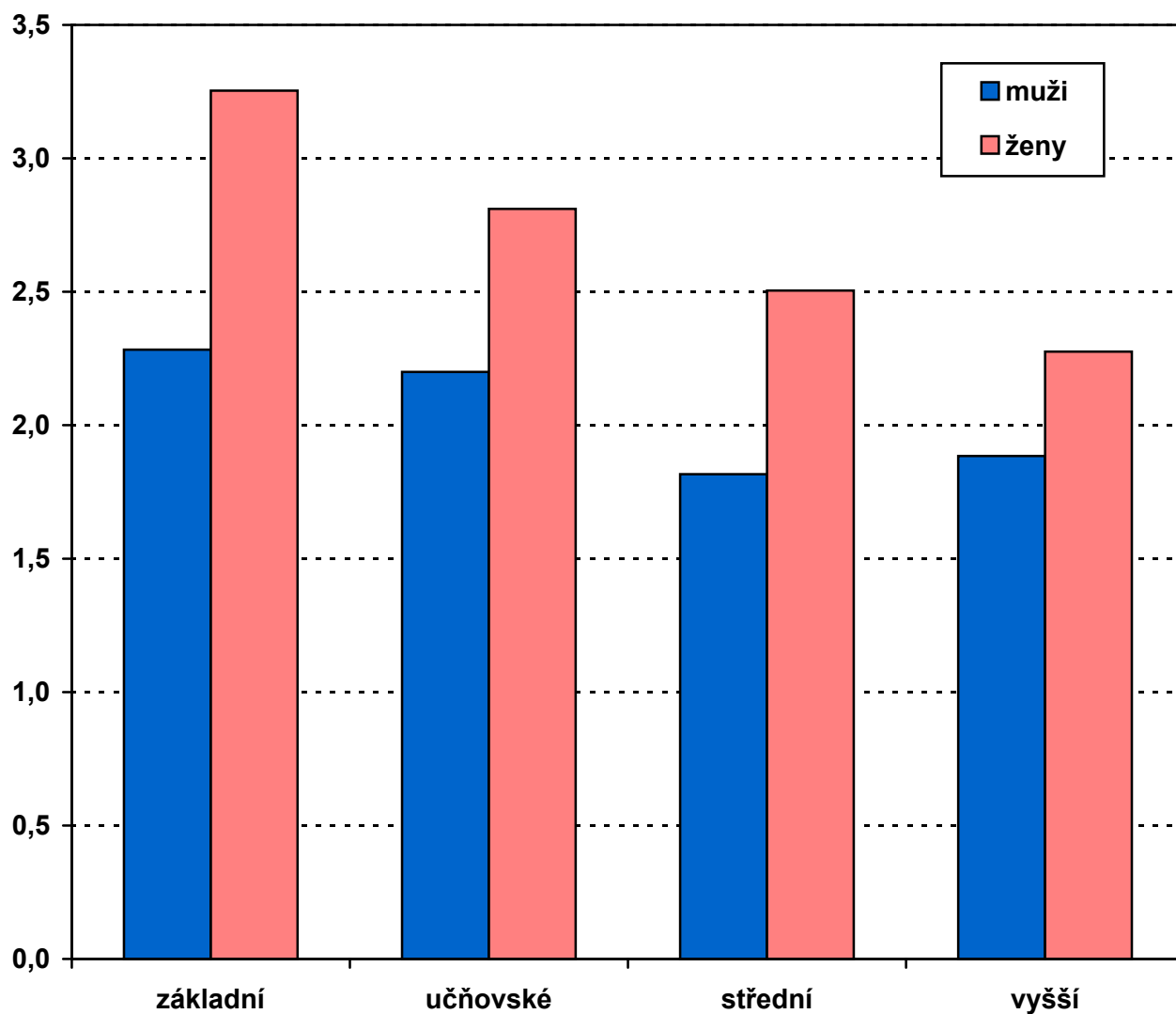
Tab. 6.3.2 Respondenti podle kategorie zdraví

Ukazatel	Procento respondentů se zdravím					
	muži			ženy		
	dobré	průměrné	špatné	dobré	průměrné	špatné
Celkem	49,1	38,0	12,9	37,0	40,8	22,2
vzdělání						
základní	45,6	37,8	16,7	28,9	41,3	29,8
učňovské	48,0	37,0	15,0	36,5	42,0	21,4
střední	52,2	38,3	9,5	41,1	40,9	18,0
vyšší	50,8	41,5	7,7	49,4	35,6	14,9
velikost obce						
0 - 4 999	51,6	37,0	11,3	39,1	40,8	20,1
5 000 - 29 999	53,0	33,3	13,6	36,6	40,4	23,0
30 000 +	43,9	42,0	14,2	34,9	41,3	23,8
příjem na osobu						
0 - 2 999	45,6	39,7	14,7	35,2	40,9	23,9
3 000 - 8 999	47,6	39,1	13,2	35,6	42,1	22,3
9 000 +	62,0	31,4	6,6	46,9	35,8	17,3
subjektivní zdraví						
velmi dobré	81,6	17,9	0,6	73,3	24,7	2,0
dobré	62,7	34,0	3,3	49,9	40,5	9,6
docela dobré	29,5	53,3	17,3	23,0	50,2	26,8
špatné	8,4	41,2	50,4	4,3	29,3	66,4
velmi špatné	-	23,1	76,9	5,0	45,0	50,0
chronická nemocnost						
žádná	68,1	28,8	3,2	54,1	37,5	8,4
neomezující	31,6	49,0	19,4	24,6	47,0	28,4
omezující	16,4	44,8	38,8	10,2	35,0	54,8

Graf 6.3.1 Složení respondentů podle kategorie zdraví a věku



Graf 6.3.2 Vzdělání a průměrný počet zdravotních potíží



6.4 PSYCHICKÉ ZDRAVÍ

S lidským zdravím souvisí nepochybně i 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 tomto bloku otázek měli respondenti možnost zhodnotit svoji momentální duševní pohodu, pocity a náladu. Do tématu bylo zahrnuto 7 otázek (z toho dvě kontrolní) se šestibodovou škálou. Například hodnota 5 vyjadřovala, že pocit trval „po celou dobu“, 1 cítil/a jsem se tak „málokdy“ či 0 necítil/a jsem se tak „nikdy“. Respondent měl uvést, který stav nejlépe vystihoval jeho pocity během posledních dvou týdnů. Otázky byly převzaty z aktualizovaných materiálů WHO a jejich struktura byla tudíž jiná než v dotaznících HIS CR v letech 1993 a 1996. Blok otázek byl zpracován na stejném principu jako v podkladu WHO (Five) Well Being Index (1998 version). To znamená, že byl stanoven celkový počet bodů (max. 25 bodů) z tohoto oddílu a vypočítáno procento, kterého respondent dosáhl. Hodnota 100 % odpovídala nejlepší možné emoční pohodě. Respondent, který dosáhl méně než 50 % byl zařazen mezi respondenty s „emoční poruchou“. Dalším ukazatelem je *průměrné emoční skóre*, které se vypočte jako průměrná hodnota ukazatelů charakterizujících psychické zdraví. Respondent byl do výpočtů zařazen pouze tehdy, když odpověděl na všechny otázky (takto bylo vyřazeno 6,3 % respondentů).

Ke konstrukci celkového indexu zdraví, jehož součástí je i emoční pohoda, je třeba zkonstruovat index emoční pohody z celkového skóre (součtu) hodnot ukazatelů emoční pohody. Pokud bylo skóre 21-25, respondent byl zařazen do kategorie s dobrým psychickým zdravím. Při skóre 16-20 byl respondent zařazen do skupiny průměrného psychického zdraví a pokud bylo skóre nižší, respondent byl klasifikován do skupiny špatného psychického zdraví.

Bez emoční poruchy bylo 71 % mužů a 65 % žen (s.v.r. mezi pohlavími). Z grafu 6.4 nelze pozorovat jednoznačnou závislost podílu osob s emoční poruchou na věku. Rozšířenou informaci nám dává tabulka 6.4.1, která navíc udává i průměrný počet problémů a emoční skóre v jednotlivých věkových skupinách. S rostoucím podílem osob s emoční poruchou klesá emoční skóre. Vztah mezi podílem osob s emoční poruchou a průměrným počtem emočních poruch již není tak jednoznačný, i když stále patrný.

Z maximálně pěti možných emočních problémů jich připadalo na jednoho muže 1,6 a na jednu ženu 2,0. Největším problémem bylo pro respondenty cítit se po probuzení čerství a odpočatí a to u 42,7 % mužů a 50,0 % žen. Druhou velmi častou poruchou byla absence energie a aktivity a to u 36,2 % mužů a 49,8 % žen. Na třetím místě byla absence dobré nálady a veselosti, která se vyskytla u 27,5 % mužů a 33,3 % žen. U všech emočních poruch byla zjištěna vyšší prevalence u žen než u mužů.

Tabulka 6.4.2 udává průměrné emoční skóre podle dalších faktorů. Vzdělání na první pohled nerozděluje respondenty podle emoční pohody. U osob do 45 let neexistuje vůbec žádná souvislost mezi vzděláním a emoční pohodou. U osob starších než 45 let se s rostoucím vzděláním emoční pohoda, měřená průměrným emočním skóre, mírně zlepšuje.

Podle velikosti obce se průměrné emoční skóre nemění. Lidé s vyššími příjmy mají vyšší průměrné emoční skóre, neboli jsou v lepší emoční pohodě. Zaměstnaní se cítí psychicky lépe než nezaměstnaní a to u obou pohlaví. Lidé s lepším subjektivním zdravím, menšími zdravotními potížemi a bez dočasné neschopnosti jsou i v lepší emoční pohodě.

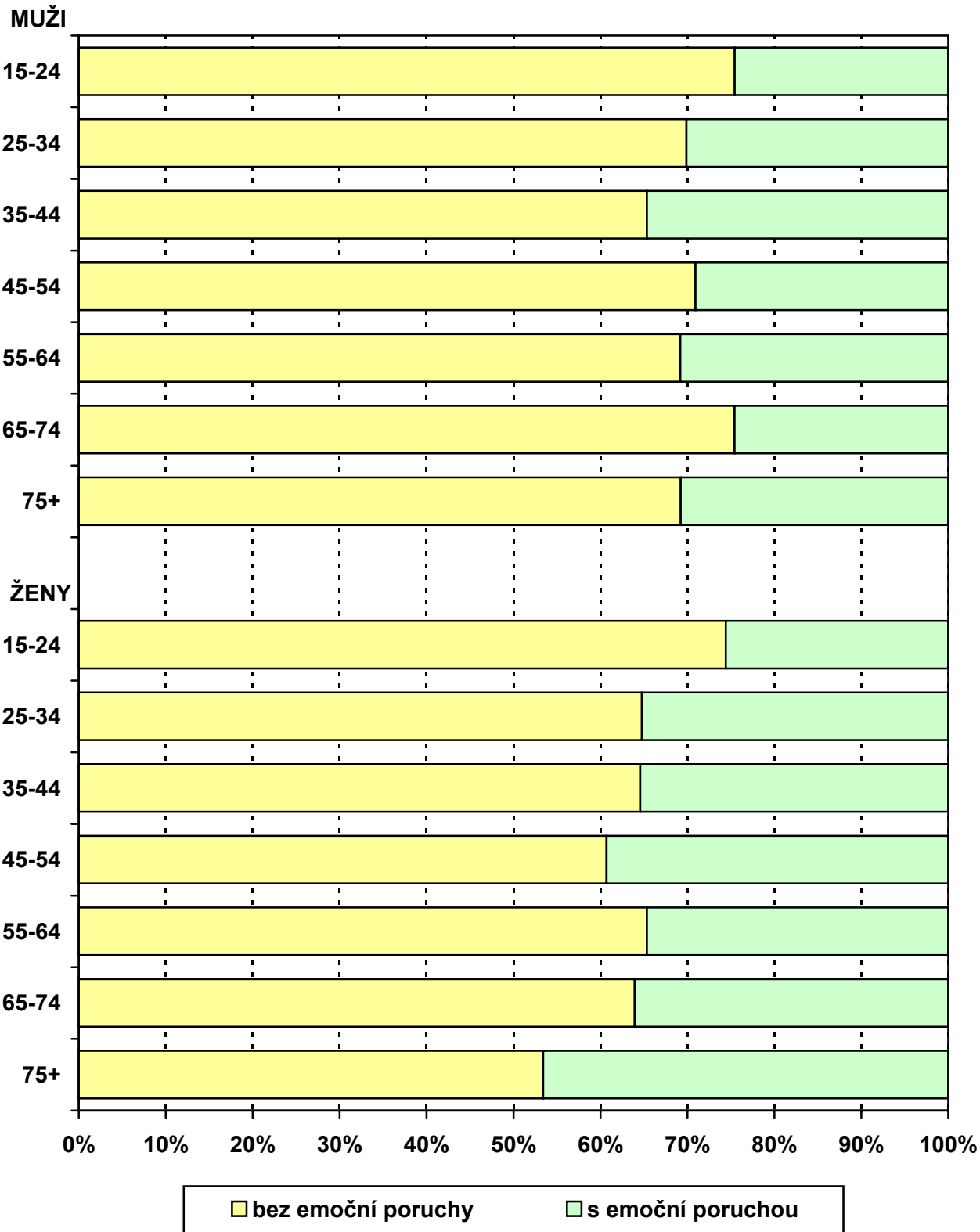
Tab. 6.4.1 Prevalence emočních poruch

Věk	Procento respondentů s poruchou		Průměrné emoční skóre		Průměrný počet problémů	
	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy
Celkem	29,0	35,1	3,1	2,9	1,6	2,0
15-24	24,6	25,6	3,2	3,2	1,5	1,5
25-34	30,1	35,2	3,0	2,9	1,7	2,0
35-44	34,7	35,4	3,0	2,8	1,7	2,0
45-54	29,1	39,3	3,0	2,8	1,6	2,1
55-64	30,8	34,7	3,1	2,9	1,8	1,9
65-74	24,6	36,1	3,2	3,0	1,4	1,9
75+	30,8	46,6	3,0	2,6	1,7	2,6

Tab. 6.4.2 Průměrné emoční skóre

Faktor	Muži	Ženy
Celkem	3,1	2,9
vzdělání		
základní	3,1	2,9
učňovské	3,0	2,8
střední	3,1	3,0
vyšší	3,2	3,2
velikost obce		
0 - 4 999	3,0	2,9
5 000 - 29 999	3,1	2,9
30 000 +	3,1	2,9
příjem na osobu		
0 - 2 999	2,9	2,5
3 000 - 8 999	3,1	2,9
9 000 +	3,3	3,3
zaměstnanost		
zaměstnaní	3,1	3,0
nezaměstnaní	2,7	2,7
subjektivní zdraví		
velmi dobré	3,7	3,7
dobré	3,3	3,2
přiměřené	2,8	2,7
špatné	2,1	1,8
velmi špatné	1,8	1,4
dočasná neschopnost		
ano	2,5	2,3
ne	3,2	3,0

Graf 6.4 Složení respondentů podle přítomnosti emoční poruchy a věku



6.5 CHRONICKÁ NEMOCNOST

V našem šetření, tak jako v předchozích šetřeních, jsme otázku týkající se chronické nemoci 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 nemoci 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 50,2 % všech respondentů (v roce 1996 45,4 % - s.v.r. a v roce 1993 46,4 %), více pak mužů 52,1 % (v roce 1996 48,8 % - s.n.r. a v roce 1993 50,4 %), než žen 48,3 % (v roce 1996 42,2 % - s.v.r. a v roce 1993 43,0 %). U žen se podíl oproti minulému šetření zlepšil významně a rozdíl mezi muži a ženami byl v roce 1999 nižší než v letech předchozích. Neomezující chronické nemoci byly zjištěny u dalších 38,2 % respondentů (v roce 1996 43,7 % - s.v.r. a v roce 1993 44,0 %), z toho pak u 37,8 % mužů (v roce 1996 41,4 % - s.n.r. a v roce 1993 41,4 %) a u 38,7 % žen (v roce 1996 45,8 % - s.v.r. a v roce 1993 46,5 %). Omezující chronické choroby nahlásilo 11,6 % dotazovaných (v roce 1996 10,9 % a v roce 1993 9,6 %), u mužů 10,1 % (v roce 1996 9,8 % a v roce 1993 8,5 %) a u žen 13,0 % (v roce 1996 12,0 % a v roce 1993 10,6 %). Jelikož se podíl osob omezených chronickými chorobami nemění, došlo pouze k přesunu osob ze skupiny s neomezujícími chronickými chorobami do skupiny bez chronických chorob, a to zejména u žen. Podrobnější přehled o chronické nemoci podle věku a pohlaví poskytuje tabulka 6.5.1 a graf 6.5.1, z nichž je patrná závislost chronické nemoci na věku.

Ve druhé části otázky bylo konkrétně uvedeno 24 chronických nemocí, u kterých respondenti odpovídali, zda mají či nemají uvedenou nemoc. Vybrané chronické nemoci byly doplněny o položku „jiná chronická onemocnění,“ kde měli respondenti možnost individuálně zapsat chronickou nemoc, která nebyla uvedena v základním seznamu. Podrobný přehled o zjištěném výskytu jednotlivých vybraných chronických nemocí podle pohlaví a věkových skupin poskytuje tabulka 6.5.3.

Nejčastější chronickou nemocí byla u mužů hypertenze (11,8 %), onemocnění páteře (11,5 %) a dále pak artróza (10,2 %). U žen to byl výskyt artrózy (15,9 %), hypertenze (15,2 %) a onemocnění páteře (11,3 %). Mezi respondenty bylo zjištěno velké procentuální zastoupení skupiny „jiná chronická onemocnění“. U mužů i žen toto procento překročilo 10 %. Nejrozšířenější chronická onemocnění ukazuje graf 6.5.2.

Na jednoho respondenta připadalo v průměru 1,24 chronických nemocí (na muže 1,06 a na ženu 1,40). Oproti roku 1996 došlo ke snížení počtu chronických onemocnění z 1,40 (na muže 1,16 a na ženu 1,61), a to zejména u žen. U prevalence chronické nemoci je patrná závislost na věku. Ve věkové skupině 15-24 let připadala na jednoho muže 0,33 a na jednu ženu 0,37 nemoci. U věkové skupiny 75+ to bylo 2,57 na muže a 3,52 nemoci na jednu ženu. Závislost průměrného počtu chronických nemocí připadajících na jednoho respondenta dle věkové skupiny zachycuje graf 6.5.3.

Tabulka 6.5.2 ukazuje souvislost mezi výskytem chronických nemocí a vybranými faktory. Určitá závislost je mezi indexem tělesné hmotnosti (BMI) a chronickými nemocemi. Čím je člověk obéznější, tím je i náchylnější k chronické nemoci, zvláště pak, jak již bylo uvedeno dříve v kapitole o BMI, k hypertenzním chorobám a onemocněním srdce a cév. Podle velikosti obce se chronická nemocnost statisticky významně neliší. Nejmenší podíl osob bez chronické nemoci je u osob s průměrnými příjmy, což je dáno zřejmě jen nejvyšším průměrným věkem osob v této skupině. Těsná korelace je mezi vyšší chronickou nemocností na jedné straně a horším subjektivním zdravím na straně druhé. Též byla zjištěna závislost mezi chronickou nemocností a emoční pohodou, neboť respondenti, kteří trpěli v průměru více chronickými nemocemi byli ve špatné emoční pohodě.

V tabulce 6.5.4 je prezentováno srovnání s roky 1993 a 1996. V první části je uvedeno procentuální zastoupení ve třech kategoriích chronických nemocí podle pohlaví. V druhé části jsou vybrány čtyři nejčastěji se vyskytující potíže (opět podle pohlaví, v procentech). V poslední části je uveden průměrný počet chronických nemocí na jednoho respondenta.

Pomocí testu homogenity (kritérium χ^2) jsme testovali, zda rozdělení výskytu chronických nemocí v letech 1993 až 1999 se od sebe statisticky významně liší. Zvláště jsme testovali muže a ženy. U mužů nebyl mezi uvedenými roky zjištěn statisticky významný rozdíl. U žen hypotézu homogenity na 5% hladině významnosti zamítáme, tzn. rozdělení četností se v uvedených letech liší.

Mezi nejčastější chronické nemoci i nadále patří artróza, hypertenze a potíže s páteří. U potíží s páteří došlo k mírnému poklesu ve výskytu, naopak u artróz a hypertenze k vzrůstu.

Obecně lze říci, že zdravotní stav se z hlediska chronických onemocnění mírně zlepšil oproti roku 1996 a to zejména u žen. Nejčastější chronická onemocnění zůstávají stejná a průměrný počet chronických nemocí klesnul oproti roku 1996 a dostal se zpět na hodnoty roku 1993.

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	52,1	73,1	71,5	67,5	48,9	26,8	15,6	6,9
neomezující nemoci	37,8	24,9	22,6	26,2	40,4	57,3	64,8	60,3
částečně omezující nemoci	7,1	1,6	3,8	4,2	6,4	11,5	16,4	22,4
středně omezující nemoci	2,4	0,4	1,6	1,6	4,3	3,8	1,6	6,9
zcela omezující nemoci	0,6	-	0,5	0,5	-	0,6	1,6	3,4
	ženy							
bez nemoci	48,3	73,7	76,1	60,9	44,5	21,0	11,5	11,3
neomezující nemoci	38,7	24,1	20,9	33,2	43,6	62,3	62,3	38,1
částečně omezující nemoci	7,4	1,8	2,0	4,3	5,7	11,1	18,5	20,6
středně omezující nemoci	4,6	-	1,0	1,6	5,7	5,6	7,7	20,6
zcela omezující nemoci	0,9	0,4	-	-	0,5	-	-	9,3

Tab. 6.5.2 Chronická nemocnost podle kategorií

Ukazatel	Procento respondentů podle chronických nemocí					
	muži			ženy		
	žádné	neomezující	omezující	žádné	neomezující	omezující
Celkem	52,1	37,8	10,1	48,3	38,7	13,0
BMI						
- 19,9	67,3	27,3	5,5	69,6	23,4	7,0
20,0 - 26,9	58,8	33,4	7,7	53,8	35,7	10,5
27,0 +	39,4	46,1	14,6	27,6	51,7	20,7
velikost obce						
0 - 4 999	50,0	37,0	13,0	50,5	36,7	12,9
5 000 - 29 999	56,9	37,5	5,5	46,3	38,1	15,6
30 000 +	50,1	39,7	10,2	44,7	43,1	12,2
příjem na osobu						
0 - 2 999	54,4	26,5	19,1	63,6	29,5	6,8
3 000 - 8 999	49,8	39,7	10,5	44,9	40,3	14,8
9 000 +	63,6	33,1	3,3	58,0	38,3	3,7
subjektivní zdraví						
velmi dobré	88,3	11,7	-	86,7	13,3	-
dobré	64,2	33,1	2,7	67,8	30,5	1,7
přiměřené	35,4	54,1	10,5	31,4	56,4	12,3
špatné	4,2	45,4	50,4	2,9	38,6	58,6
velmi špatné	-	53,8	46,2	5,0	30,0	65,0
zdravotní potíže						
dobré zdraví	72,3	24,3	3,4	70,7	25,7	3,6
průměrné zdraví	39,4	48,6	11,9	44,3	44,5	11,1
špatné zdraví	12,8	56,8	30,4	18,3	49,6	32,1

Tab. 6.5.3 Prevalence jednotlivých chronických onemocnění

1/2

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	5,2	4,5	2,2	2,1	4,8	13,4	5,7	6,9
chronický zánět čelních nebo čelistních dutin	1,1	0,8	0,5	1,6	0,5	1,9	0,8	3,4
ischemická choroba srdeční, akutní infarkt	5,9	0,8	0,5	1,0	4,8	11,5	19,7	20,7
hypertenzní choroba	11,8	0,8	1,1	2,1	14,9	29,3	30,3	27,6
mozková mrtvice aj. cévní onemocnění mozku	2,4	-	-	0,5	1,1	3,2	12,3	6,9
vředová choroba žaludku nebo dvanáctníku	3,7	0,4	2,2	2,6	4,8	7,6	7,4	5,2
dlouhodobé potíže se střevy žlučové kameny, zánět žluč. měchýře	1,7	0,4	0,5	1,6	2,1	3,2	4,1	1,7
nemoci jaterní, jaterní cirhóza	2,5	0,8	0,5	2,1	5,3	5,7	2,5	-
ledvinové kameny	1,7	-	0,5	1,6	1,1	3,8	3,3	5,2
chronické onemocnění ledvin	2,0	-	1,6	1,6	2,1	3,2	3,3	6,9
chronický zánět močového měchýře	1,4	-	-	-	-	3,2	2,5	13,8
cukrovka	6,9	-	1,1	2,6	5,3	15,3	22,1	19,0
onemocnění štítné žlázy, struma	1,0	1,6	-	-	1,1	0,6	2,5	1,7
chronické onemocnění páteře, výhřez ploténky	11,5	4,1	5,4	9,9	14,4	21,0	18,0	19,0
artróza kolen, kyčlí nebo rukou	10,2	-	2,2	3,1	11,2	19,1	28,7	36,2
zánět kloubů rukou nebo nohou	7,9	0,8	2,2	5,2	8,5	21,0	14,8	13,8
jiné revmatické záněty kloubů	6,4	0,4	2,2	3,1	9,0	14,0	11,5	15,5
epilepsie	0,8	0,8	0,5	1,0	1,1	1,3	-	-
závrat' s pádem	2,3	0,4	0,5	1,6	1,6	4,5	3,3	12,1
migréna	2,6	2,9	1,6	2,6	1,6	5,7	0,8	3,4
chronické onemocnění kůže	4,1	3,7	4,3	1,6	3,7	7,0	4,1	6,9
zhoubný novotvar	0,4	-	-	-	0,5	1,3	0,8	1,7
jiná chronická onemocnění	10,4	9,4	10,8	7,9	6,4	8,9	17,2	24,1

Tab. 6.5.3 Prevalence jednotlivých chronických onemocnění

2/2

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	5,6	2,7	3,5	2,2	6,6	8,6	6,2	15,5
chron. zánět čelních nebo čelistních dutin	2,2	0,5	2,0	1,6	3,8	3,7	2,3	2,1
ischemická choroba srdeční, akutní infarkt	8,1	0,4	1,0	-	1,4	14,8	23,1	39,2
hypertenzní choroba	15,2	-	1,0	6,0	15,6	27,8	45,4	35,1
mozková mrtvice aj. cévní onemocnění mozku	2,4	-	0,5	1,1	3,3	4,3	3,8	7,2
vředová choroba žaludku nebo dvanáctníku	4,1	0,4	1,0	3,8	5,2	8,0	7,7	5,2
dlouhodobé potíže se střevy	2,6	-	0,5	1,6	2,4	3,7	4,6	10,3
žlučové kameny, zánět žlučového měchýře	7,3	0,4	0,5	3,8	9,5	13,6	12,3	21,6
nemoci jaterní, jaterní cirhóza	1,7	-	1,0	2,2	3,3	4,3	-	1,0
ledvinové kameny	1,5	-	1,5	2,2	0,9	1,9	2,3	3,1
chronické onemocnění ledvin	2,5	0,9	2,0	1,6	2,8	1,9	6,2	4,1
chronický zánět močového měchýře	3,7	1,3	1,5	2,7	3,8	3,7	6,9	11,3
výhřez dělohy	1,6	-	-	1,1	-	4,3	4,6	4,1
cukrovka	6,7	-	1,0	0,5	3,3	14,2	23,8	17,5
onemocnění štítné žlázy, struma	4,8	3,1	2,0	3,8	5,7	5,6	5,4	12,4
chronické onemocnění páteře, výhřez ploténky	11,3	3,1	5,5	8,2	12,3	20,4	17,7	22,7
artróza kolen, kyčlí nebo rukou	15,9	1,3	1,0	2,2	13,3	25,9	47,7	52,6
zánět kloubů rukou nebo nohou	9,9	0,4	1,5	3,8	12,3	16,7	24,6	24,7
jiné revmatické záněty kloubů	7,1	0,4	0,5	3,8	8,1	8,6	17,7	23,7
epilepsie	0,7	0,9	-	1,1	0,5	1,9	-	-
závrať s pádem	3,8	1,3	1,5	3,3	4,7	1,9	4,6	15,5
migréna	7,2	6,3	5,5	9,2	10,0	8,6	3,8	5,2
chronické onemocnění kůže	2,7	1,3	2,5	0,5	3,3	4,9	4,6	3,1
zhoubný novotvar	0,9	-	0,5	0,5	0,5	1,2	3,1	2,1
jiná chronická onemocnění	10,6	11,6	7,5	12,0	8,5	11,1	13,1	12,4

Tab. 6.5.4 Chronická onemocnění - srovnání šetření HIS CR 93, 96, 99

Ukazatel	Rok					
	1993		1996		1999	
	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy
Chronická nemocnost						
bez nemoci	50,4	43,0	48,8	42,2	52,1	48,3
neomezující	41,1	46,5	41,4	45,8	37,8	38,7
omezující	8,5	10,6	9,8	12,0	10,1	13,0
Nejčastější potíže						
1	páteř	páteř	páteř	páteř	tlak	artróza
2	artróza	artróza	tlak	artróza	páteř	tlak
3	tlak	tlak	artróza	tlak	artróza	páteř
Průměrný počet nemocí na 1 respondenta	0,94	1,33	1,14	1,61	1,06	1,40

Vysvětlivky:

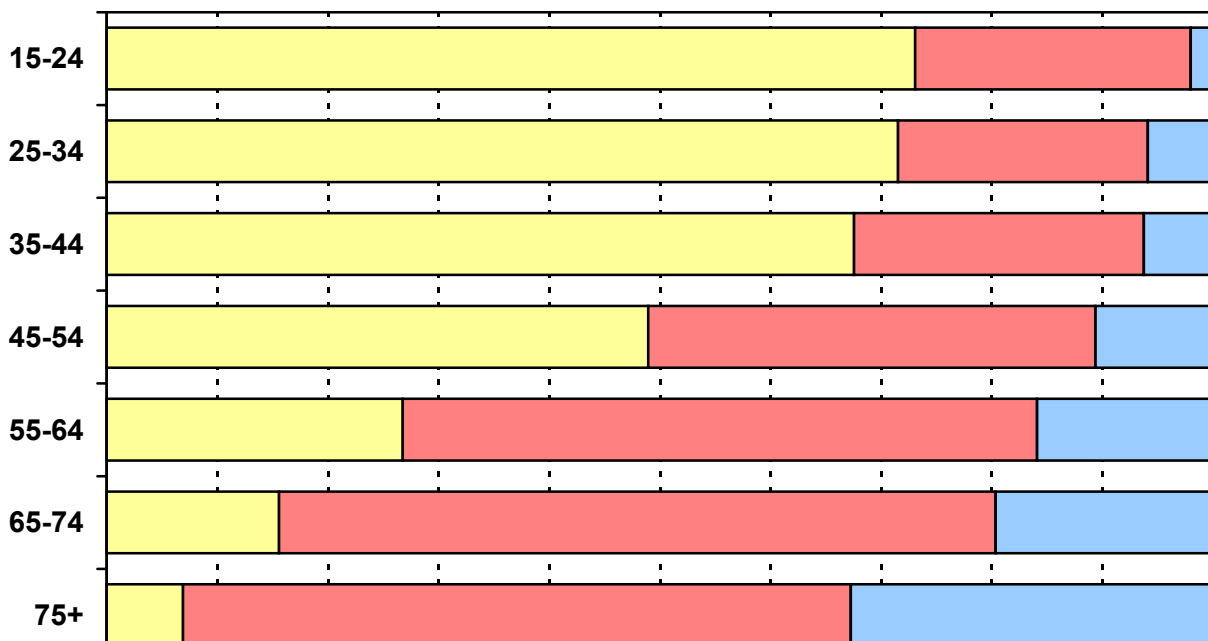
páteř: chronické onemocnění páteře trvající déle než 3 měsíce, výhřez ploténky

artróza: artróza kolen, kyčlí nebo rukou

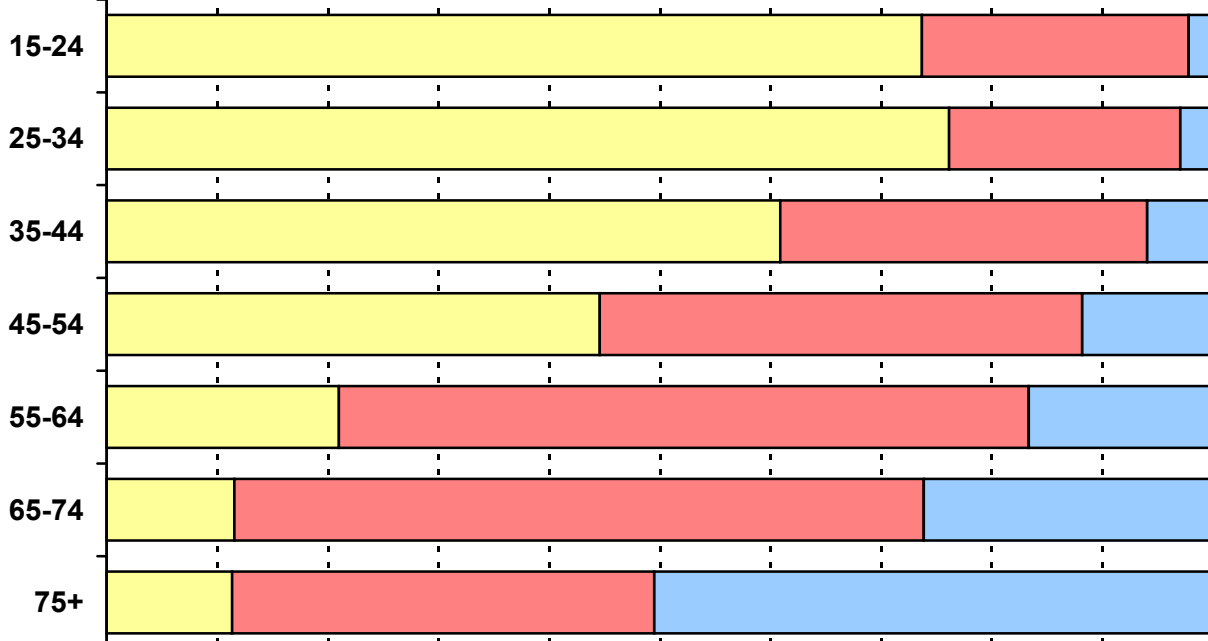
tlak: hypertenzní choroba

Graf 6.5.1 Složení respondentů podle stupně omezení chronickými nemocemi a věku

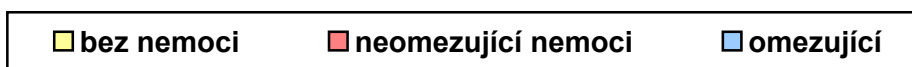
MUŽI



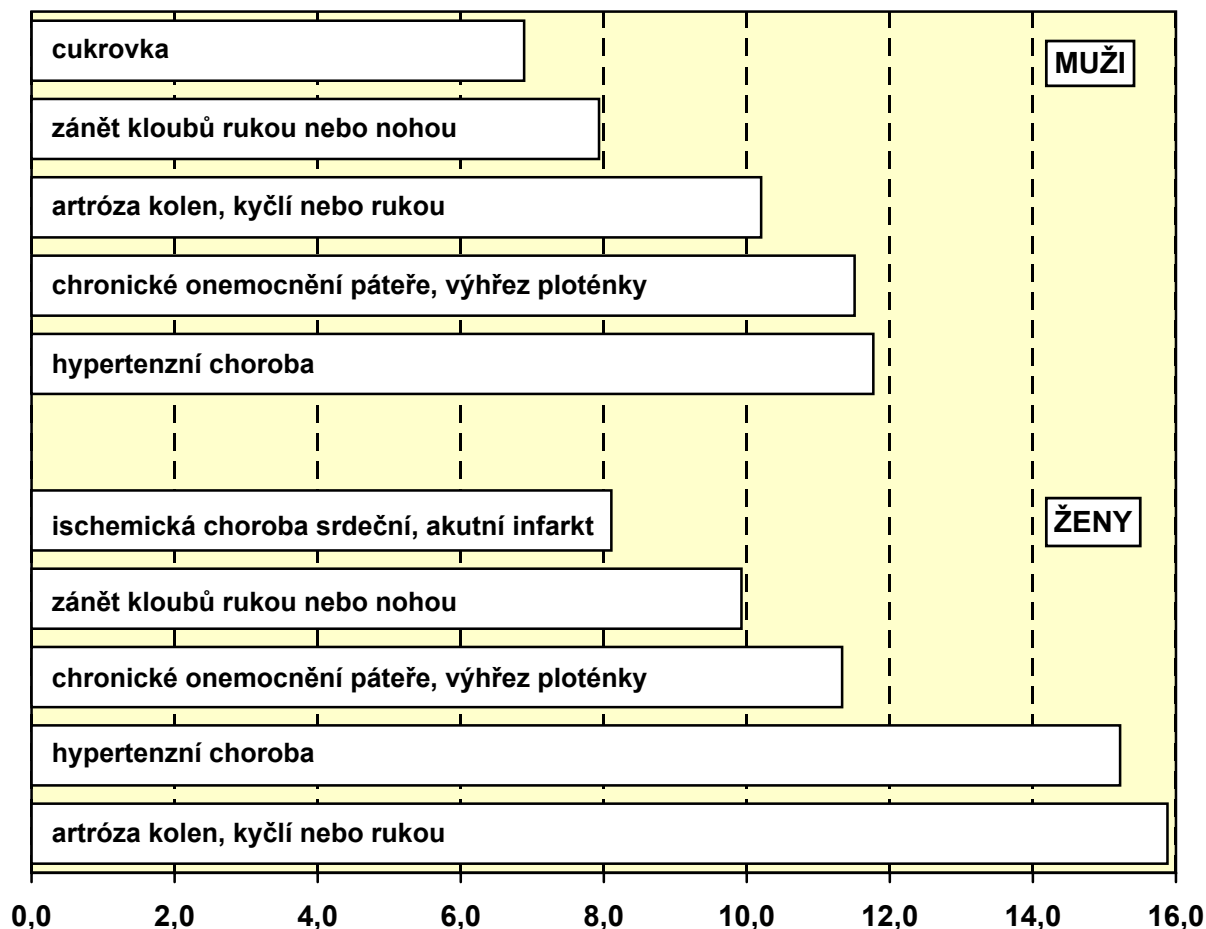
ŽENY



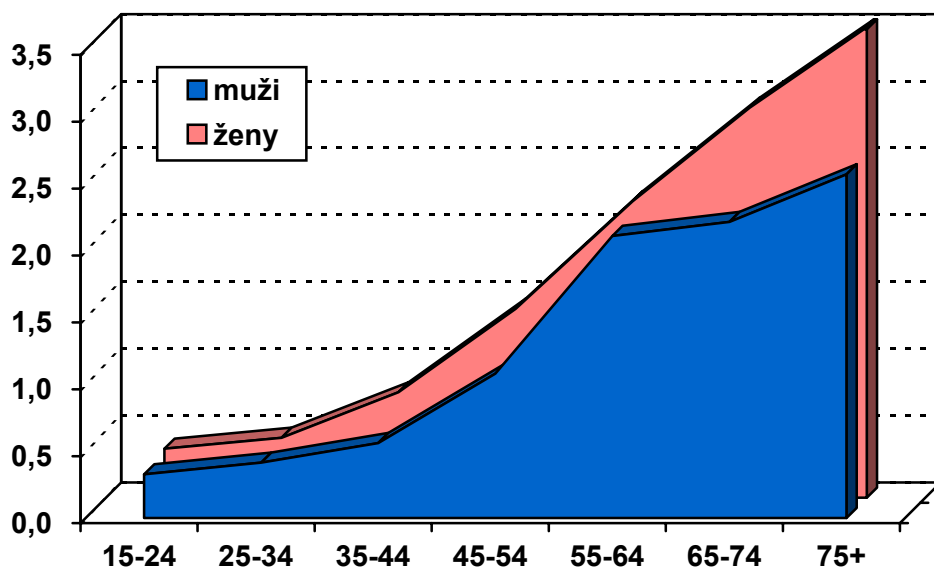
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%



Graf 6.5.2 Nejčastější chronická onemocnění (procento prevalence)



Graf 6.5.3 Průměrný počet chronických onemocnění podle věku



6.6 DLOUHODOBÁ NESCHOPNOST

V rámci této otázky jsme chtěli zjistit výskyt závažných dlouhodobých zdravotních (fyzických a psychických) omezení.

První část byla orientována na zjištění míry omezení pohyblivosti. V šetření HIS CR 99 uvedlo 7 respondentů (3 muži a 4 ženy), že jsou trvale upoutáni na lůžko. Celkem 12 respondentů přiznalo, že sedí na židli celý den, i když by mohlo s pomocí chodit. Celkem jsme zaznamenali 104 respondentů (34 mužů a 70 žen) se sníženou pohyblivostí, tj. 4,4 % (v roce 1996 a 1993 to bylo 2,7 % respondentů).

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. V roce 1999 bylo uvedeno 15 činností (v letech 1996 a 1993 pouze 13 činností). Proti předchozím rokům byly přidány tyto dvě činnosti: obstarání běžného nákupu a zvládnutí středně namáhavých domácích prací. Zjišťovali jsme případnou míru omezení. V případě, že byla u respondenta zaznamenána alespoň jedna dlouhodobá potíže, byl zařazen mezi dlouhodobě neschopné.

Na základě odpovědí respondentů byl vypočten ukazatel kategorie dlouhodobé neschopnosti, který měl tři stupně - bez potíží (u respondenta nebyla zaznamenána žádná dlouhodobá obtíž), lehká potíže (respondent zvládá alespoň jednu činnost s jistými obtížemi, ale žádná z nich pro něj nepředstavovala větší problémy), těžká potíže (alespoň jednu z činností vykonával respondent jen s pomocí cizí osoby).

Bez potíží bylo 80,7 % mužů (v roce 1996 78,4 %) a 76,9 % žen (v roce 1996 72,4 %). Lehké potíže uvedlo 15,6 % mužů (v roce 1996 19,5 %) a 15,6 % žen (v roce 1996 22,2 %). Těžké potíže uvedlo 3,7 % mužů a 7,5 % žen. Podíly osob podle skupiny dlouhodobých potíží a věku jsou zobrazeny v grafu 6.6.1. Je patrné, že s rostoucím věkem se zvyšuje podíl osob s dlouhodobými potížemi.

Tabulka 6.6.1 uvádí prevalenci jednotlivých potíží v rozlišení na lehké a těžké omezení. U mužů byly nejčastější problémy se sluchem, vyjitím schodů a domácími pracemi. U žen to byly především domácí práce, vyjití schodů a nákup.

Průměrný počet dlouhodobých potíží, zobrazený v grafu 6.6.2, činil u mužů 0,59 a u žen 0,94 potíží na jednoho respondenta. Na jednoho dlouhodobě neschopného připadalo v průměru 3,0 potíží u mužů a 4,1 potíží u žen. S věkem roste nejen podíl dlouhodobě neschopných, ale i počet dlouhodobých potíží na osobu.

V přepočtu na 100 dlouhodobě neschopných připadalo 66 pohybových poruch (v roce 1996 69 a v roce 1993 66 poruch), 33 sluchových poruch (v roce 1996 41 a v roce 1993 40 poruch), 18 zrakových poruch (v roce 1996 33 a v roce 1993 35 poruch), 14 poruch kontroly udržení moči (v roce 1996 12 a v roce 1993 9 poruch) a 5 poruch souvisejících s mluvením (v roce 1996 2 poruchy).

Tabulka 6.6.2 ukazuje na 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. Dále respondenti, kteří byli ve špatné emoční pohodě, měli v průměru více dlouhodobých potíží.

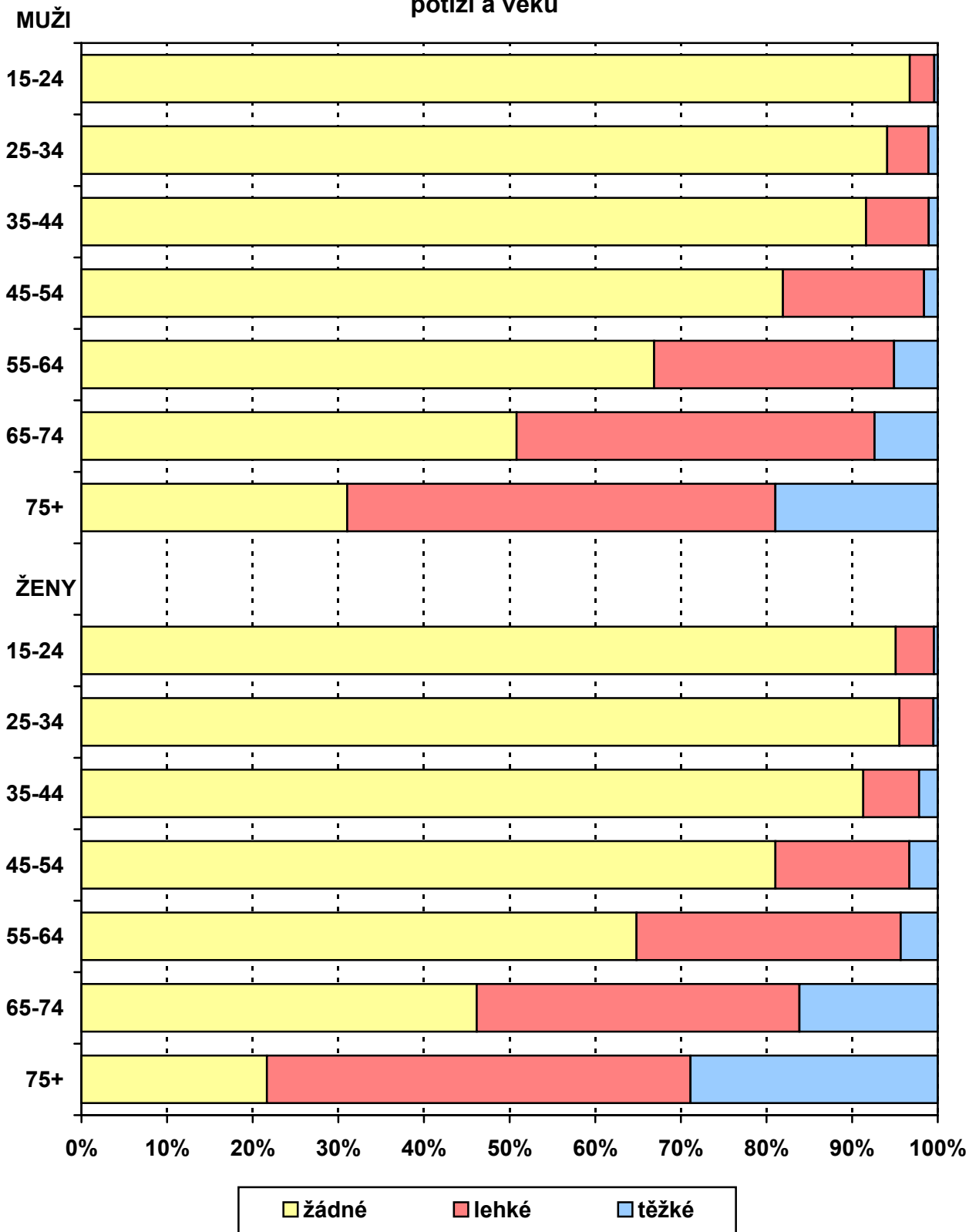
Tab. 6.6.1 Prevalence jednotlivých dlouhodobých potíží

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

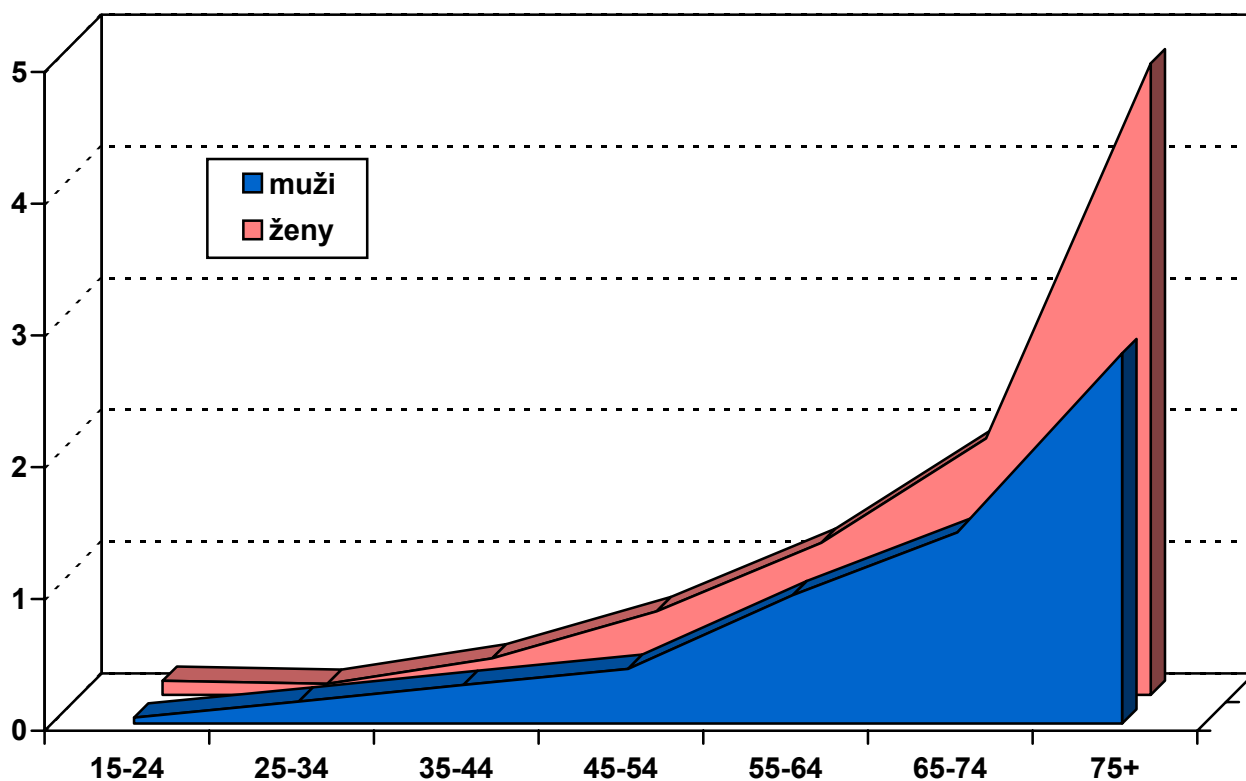
Tab. 6.6.2 Dlouhodobé potíže

Ukazatel	Procento dlouhodobě neschopných		Průměrný počet dlouhodobých potíží			
			na 1 respondenta		na 1 dlouhodobě nemocného	
	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy
Celkem	19,3	23,1	0,6	0,9	3,0	4,1
věk: 15-24	3,3	4,9	0,0	0,1	1,4	2,2
25-34	5,9	4,5	0,2	0,1	3,0	1,9
35-44	8,4	8,7	0,3	0,3	3,5	3,2
45-54	18,1	19,0	0,4	0,6	2,3	3,4
55-64	33,1	35,2	1,0	1,2	2,9	3,3
65-74	49,2	53,9	1,5	2,0	3,0	3,6
75+	69,0	78,4	2,8	4,8	4,1	6,1
subjektivní zdraví						
velmi dobré	1,7	2,7	0,0	0,0	1,3	1,3
dobré	8,3	8,3	0,2	0,2	1,8	2,9
průměrné	25,5	26,4	0,6	0,8	2,1	2,9
špatné	63,9	76,4	2,9	4,2	4,5	5,5
velmi špatné	92,3	70,0	4,3	4,6	4,7	6,5
chronické nemoci						
žádné	4,7	5,3	0,1	0,1	1,4	2,3
neomezující	26,8	26,5	0,6	0,7	2,2	2,7
omezující	66,4	79,0	3,3	4,6	4,9	5,8
zdravotní potíže						
dobré zdraví	6,9	8,5	0,2	0,2	2,7	2,1
průměrné zdraví	24,5	21,3	0,6	0,8	2,6	3,6
špatné zdraví	50,7	50,8	2,0	2,5	3,8	5,0

Graf 6.6.1 Složení respondentů podle kategorie dlouhodobých potíží a věku



Graf 6.6.2 Průměrný počet dlouhodobých potíží podle věku



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. Přestože je většina starých lidí schopna vést ekonomicky aktivní život, jsou často vyřazováni z pracovního procesu a někdy žijí osamoceně, izolovaně. Do popředí posilování zdraví patří hlavně oblast zvýšení kvality zdraví, podíl na tvorbě zdravého životního prostředí a posílení sociálních vazeb a sociální podpory.

Šetření sociálního zdraví bylo rozděleno do třech bloků:

- sociální podpora
- sociální role
- sociální kontakt

Sociální podpora

Podle podkladů WHO byl tento blok formálně rozdělen do dvou částí:

- sociální podpora
- sociální zdraví

V rámci každé části bylo respondentovi položeno několik otázek. Respondent měl zaškrtnout odpověď, která nejlépe vyjadřovala jeho pocity. Škála začínala pocity „po celou dobu“, pokračovala například přes „dost často“ až po situace nenastala „nikdy“. U každé otázky mohl respondent získat maximálně 5 bodů.

Otázky byly zpracovávány na stejném principu jako emoční skóre. To znamená, že byl stanoven celkový počet bodů u dané části a tyto body byly převedeny na procenta z celku, kterého respondent dosáhl. Podle dosaženého počtu bodů (procent) byli respondenti rozřazeni do tří kategorií sociální podpory: dobrá (12-15 bodů), vyhovující (8-11) a špatná (0-7) a sociálního zdraví: dobré (21-25 bodů), vyhovující (16-20) a špatné (0-15). K tomu, aby byla odpověď respondenta zpracována, musel odpovědět na každou otázku.

Hodnoty průměrného skóre u jednotlivých otázek jsou uvedeny v tabulce 6.7.1. Nejlepší odpovědi byly zaznamenány u mužů i žen v otázce č. 5, která se táže, zda neměl respondent nerozumné či neúměrné požadavky. Nejhorší skóre mají muži u otázky č.7, zda byli milí na ostatní lidi a ženy u otázky č.1, zda se cítily být milovány.

Grafy 6.7.1 a 6.7.2 ukazují průměrné skóre ukazatelů sociální podpory a sociálního zdraví.

Sociální role

Na rozdíl od subjektivního názoru respondenta na jeho sociální podporu, byla sociální role odrazem objektivních skutečností. Koncepte této otázky byla zachována a lze ji tudíž porovnat s šetřením HIS CR 93 a 96. Odpovědi byly bodovány a na základě dosaženého počtu bodů bylo sestrojeno skóre sociální role. Respondenti byli opět rozděleni do tří kategorií: dobrá (6-7 bodů), vyhovující (3-5) a špatná (0-2) sociální role. Přehled o odpovědích na jednotlivé otázky je v tabulce 6.7.2.

Sociální role je jediným blokem otázek sociálního zdraví, který nezměnil obsahovou strukturu (ale změnil se klíč k zařazení respondentů mezi kategoriemi vyhovující a špatná, takže bylo nutné údaje z minulých šetření přepočítat). Podíl mužů s dobrou sociální rolí činil 42,6 % (v roce 1996 50,5 % - s.v.r.) a žen 43,7 % (v roce 1996 48,3 % - s.v.r.). Sociální role se tedy zhoršila.

Sociální role je závislá na věku, jak ukazuje graf 6.7.3. Nejhorší je v nejnižších a nejvyšších věkových skupinách. Je to dáno nerovnoměrným rozložením jednotlivých sociálních rolí během života (např. mladí lidé ještě nemají a staří už nemají partnera).

Sociální kontakt

Poslední blok otázek byl věnován respondentovu subjektivnímu hodnocení kontaktů s příbuznými a přáteli během posledních 14 dnů. V této části se sledují dvě složky sociálních kontaktů:

- intenzita kontaktů
- kvalita kontaktů

Podle odpovědí na obě otázky byli respondenti zařazeni do skupin podle: intenzity kontaktů - bohatá (odpovědi 1 a 2), průměrná (3) a nízká (4-6) a podle kvality kontaktů - dobrá (odpovědi 1 a 2), vyhovující (3), špatná (4-5).

Určitý vztah mezi intenzitou a kvalitou kontaktů je patrný z tabulky 6.7.3. Častější kontakty jsou rovněž kvalitnější. Například špatnou kvalitu sociálních kontaktů potvrdilo 13,3 % mužů s nízkou intenzitou sociálních kontaktů, ale pouze 0,9 % mužů s bohatou intenzitou těchto kontaktů.

Vztah mezi sociálními kontakty a věkem zobrazují grafy 6.7.4 a 6.7.5.

Index sociálního zdraví

K výpočtu indexu sociálního zdraví se využilo hodnot skóre zjištěného v předchozích třech blocích (celkem v pěti částech). Podíly osob v jednotlivých skupinách podle pěti částí sociálního zdraví zobrazuje tabulka 6.7.4. Ženy jsou na tom lépe v oblasti sociálního zdraví, intenzity a kvality sociálních kontaktů (s.v.r.).

V každé části mohl respondent získat 1 (nejhorší), 2 (průměr) nebo 3 body (nejlepší). Součtem bodů se získal index sociálního zdraví. Pokud respondent celkově dosáhl 15, 14 či 13 bodů byl zařazen do kategorie s „dobrým“ sociálním zdravím. Získal-li 12, 11 nebo 10 bodů, spadl do kategorie „průměrného“ sociálního zdraví. Ostatní byli zařazeni do kategorie se „špatným“ sociálním zdravím. Do hodnocení byli zařazeni jen ti respondenti, kteří odpověděli na všechny otázky v každém z pěti bloků otázek. Tím se rozsah zpracovávaných dat snížil o 20 %. Bylo proto zajímavé otestovat a použít některou z metod dopočtu chybějících údajů. My jsme provedli tento dopočet: pokud respondent odpověděl na více než polovinu otázek v každé části a pokud byla hodnocena alespoň polovina částí, skóre respondenta se dopočítlo podle průměrného skóre zbylých odpovědí. Tímto výpočtem se podíl osob s dobrým sociálním zdravím snížil v průměru o 5 p. b.. V dalším zpracování jsme používali prvotní, nedopočtené výsledky. Z důvodu jiné volby otázek i jejich hodnocení nelze index sociálního zdraví s předchozími šetřeními srovnat.

V grafu 6.7.6 je zobrazeno rozdělení respondentů podle pohlaví, věku a skupiny celkového sociálního zdraví.

Tabulka 6.7.5 ukazuje rozdělení respondentů podle indexu sociálního zdraví a některých faktorů. Celkový podíl osob s dobrým sociálním zdravím byl u mužů 71,9 % a u žen 75,1 %. U žen nastává mírný pokles tohoto podílu s věkem, u mužů nikoliv. U mužů není patrný rozdíl v sociálním zdraví podle vzdělání, u žen s vyšším vzděláním je mírně lepší i index sociálního zdraví. Podle velikosti obce ani příjmu na osobu nelze sledovat žádné statisticky významné rozdíly v sociálním zdraví. Po uvážení věkových nerovností lze snad pouze říci, že sociální zdraví se u žen s rostoucím příjmem na osobu zlepšuje. Osoby s dobrým subjektivním zdravím a v emoční pohodě mají výrazně lepší i sociální zdraví.

Tab. 6.7.1 Sociální podpora

Jak dlouho (často) během posledních dvou týdnů (14 dnů)	Průměrné skóre	
	muži	ženy
Celkem	4,27	4,33
1. cítil jste se milovaný(á) a chtěný(á)	4,07	4,07
2. zda byl někdo, kdo by vám pomohl, kdyby to bylo potřeba	4,51	4,57
3. cítil(a) jste se osamělý(á)	4,48	4,38
4. jednal(a) jste podrážděně, vznětlivě	4,09	4,10
5. měl(a) jste nerozumné, neúměrné požadavky	4,59	4,68
6. cítil(a) jste se dobře mezi lidmi	4,05	4,18
7. byl(a) jste milý(á) na ostatní lidi	3,87	4,12

Pozn.: stupnice 1 (nejhorší) - 5 (nejlepší)

Tab. 6.7.2 Sociální role

Otázka	Procento respondentů s odpovědí			
	muži		ženy	
	ano	ne	ano	ne
Žijete v domácnosti s další osobou?	91,5	8,5	86,5	13,5
Jste ženatý/vdaná, máte druha/družku?	60,2	39,8	59,1	40,9
Jste nyní zaměstnán/a?	58,2	41,8	43,7	56,3
Máte děti?	64,8	35,2	77,2	22,8
Máte žijícího rodiče?	66,4	33,6	63,7	36,3

Tab. 6.7.3 Sociální kontakt

Intenzita kontaktů	Kvalita kontaktů (% osob podle kategorie intenzity kontaktu)					
	muži			ženy		
	špatná	vyhovující	dobrá	špatná	vyhovující	dobrá
nízká	13,3	29,4	57,3	6,0	36,1	57,9
průměrná	0,3	16,3	83,4	0,4	10,1	89,5
bohatá	0,9	4,7	94,4	0,1	4,8	95,0

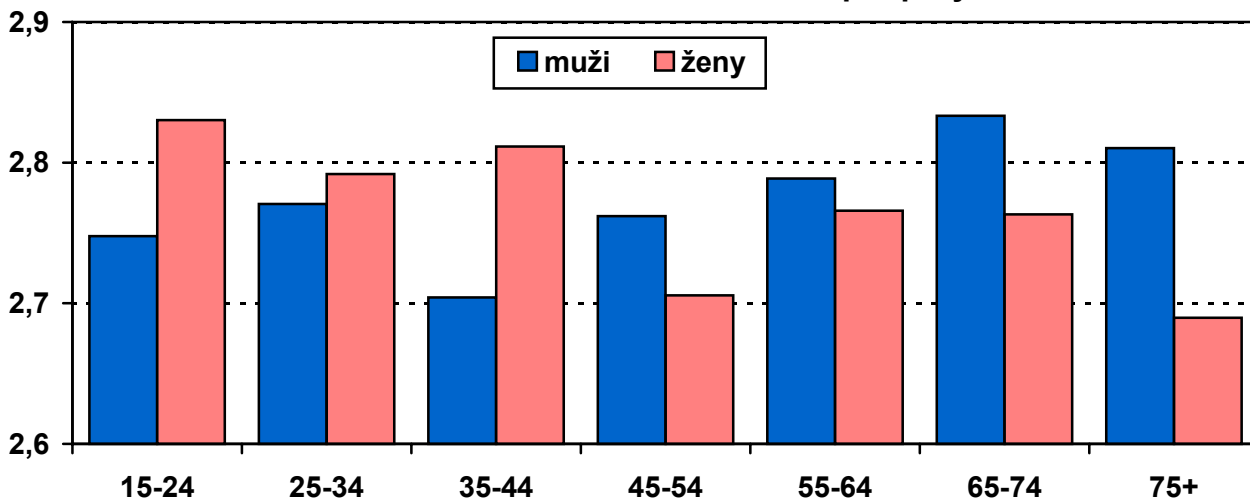
Tab. 6.7.4 Složky sociálního zdraví

Ukazatel	Procento respondentů	
	muži	ženy
Sociální podpora		
- sociální podpora		
špatná	1,5	1,9
vyhovující	20,6	18,9
dobrá	77,9	79,2
- sociální zdraví		
špatné	2,5	1,9
vyhovující	34,5	29,2
dobré	63,0	68,9
Sociální role		
špatná	7,1	13,0
vyhovující	50,3	43,3
dobrá	42,6	43,7
Sociální kontakt		
- intenzita		
nízký	13,8	12,6
průměrný	26,2	23,1
bohatý	60,0	64,3
- kvalita		
špatný	2,3	0,8
vyhovující	11,0	9,6
dobrý	86,7	89,6

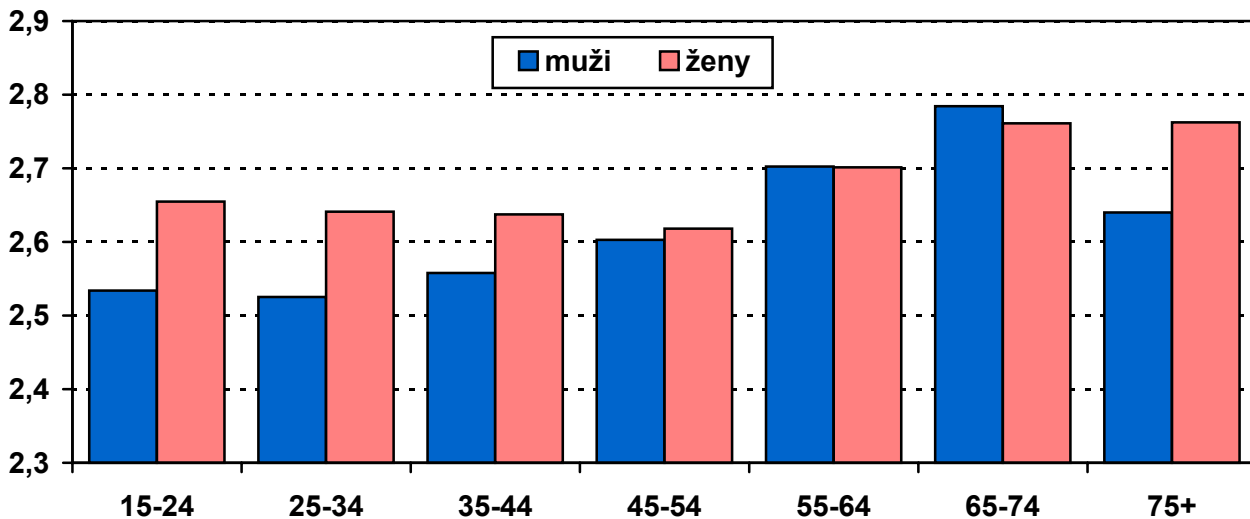
Tab. 6.7.5 Sociální zdraví

Ukazatel	Procento respondentů se sociálním zdravím					
	muži			ženy		
	dobré	průměrné	špatné	dobré	průměrné	špatné
Celkem	71,9	25,5	2,6	75,1	22,4	2,6
věk						
15-24	68,6	30,3	1,1	78,0	21,5	0,5
25-34	72,0	23,5	4,5	82,1	17,3	0,6
35-44	70,8	27,0	2,2	76,0	22,1	1,9
45-54	73,4	24,5	2,2	76,5	19,8	3,7
55-64	77,0	19,7	3,3	72,5	23,9	3,6
65-74	75,8	24,2	-	66,0	28,0	6,0
75+	64,0	28,0	8,0	63,4	32,4	4,2
vzdělání						
základní	71,8	25,8	2,4	70,4	25,8	3,7
učňovské	70,2	26,3	3,6	74,7	23,6	1,7
střední	75,2	22,7	2,1	77,8	19,6	2,6
vyšší	71,4	28,6	-	82,2	16,4	1,4
velikost obce						
0 - 4 999	73,9	23,7	2,4	76,7	20,7	2,6
5 000 - 29 999	72,9	25,1	1,9	71,1	25,7	3,2
30 000 +	69,3	27,6	3,1	76,1	21,8	2,0
příjem na osobu						
0 - 2 999	77,8	22,2	-	73,9	26,1	-
3 000 - 8 999	72,1	25,0	2,9	74,9	22,1	3,0
9 000 +	69,7	29,3	1,0	81,3	18,7	-
subjektivní zdraví						
velmi dobré	81,5	17,8	0,7	86,4	12,8	0,8
dobré	75,3	23,9	0,8	81,2	17,5	1,3
průměrné	65,8	31,1	3,1	70,9	26,2	2,8
špatné	63,9	27,7	8,4	55,8	37,5	6,7
velmi špatné	33,3	33,3	33,3	58,8	29,4	11,8
emoční porucha						
ne	78,4	20,1	1,5	83,0	16,0	1,0
ano	55,2	39,4	5,4	60,3	33,8	6,0

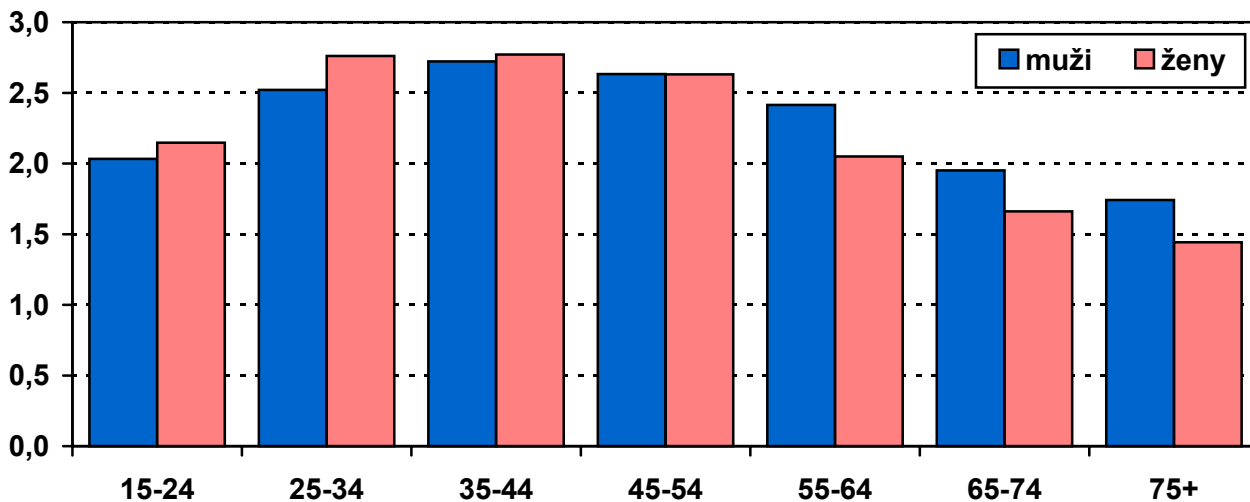
Graf 6.7.1 Průměrné skóre sociální podpory



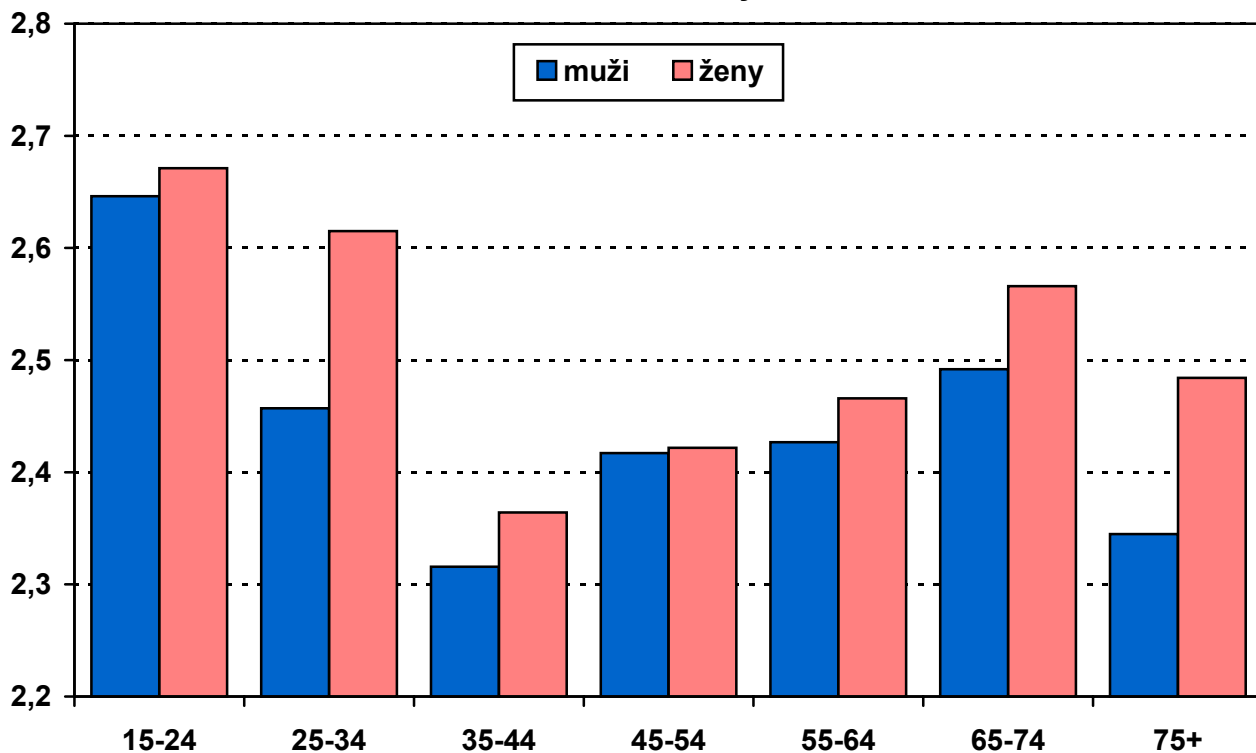
Graf 6.7.2 Průměrné skóre sociálního zdraví



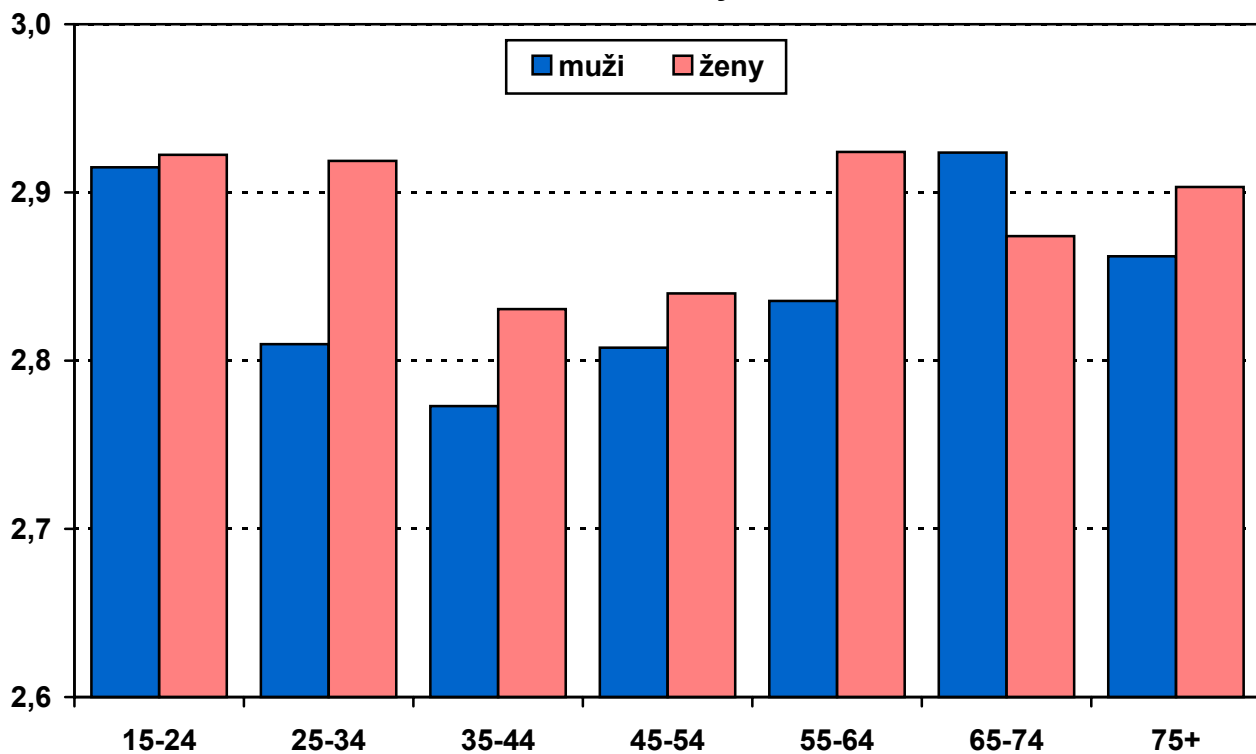
Graf 6.7.3 Průměrné skóre sociální role



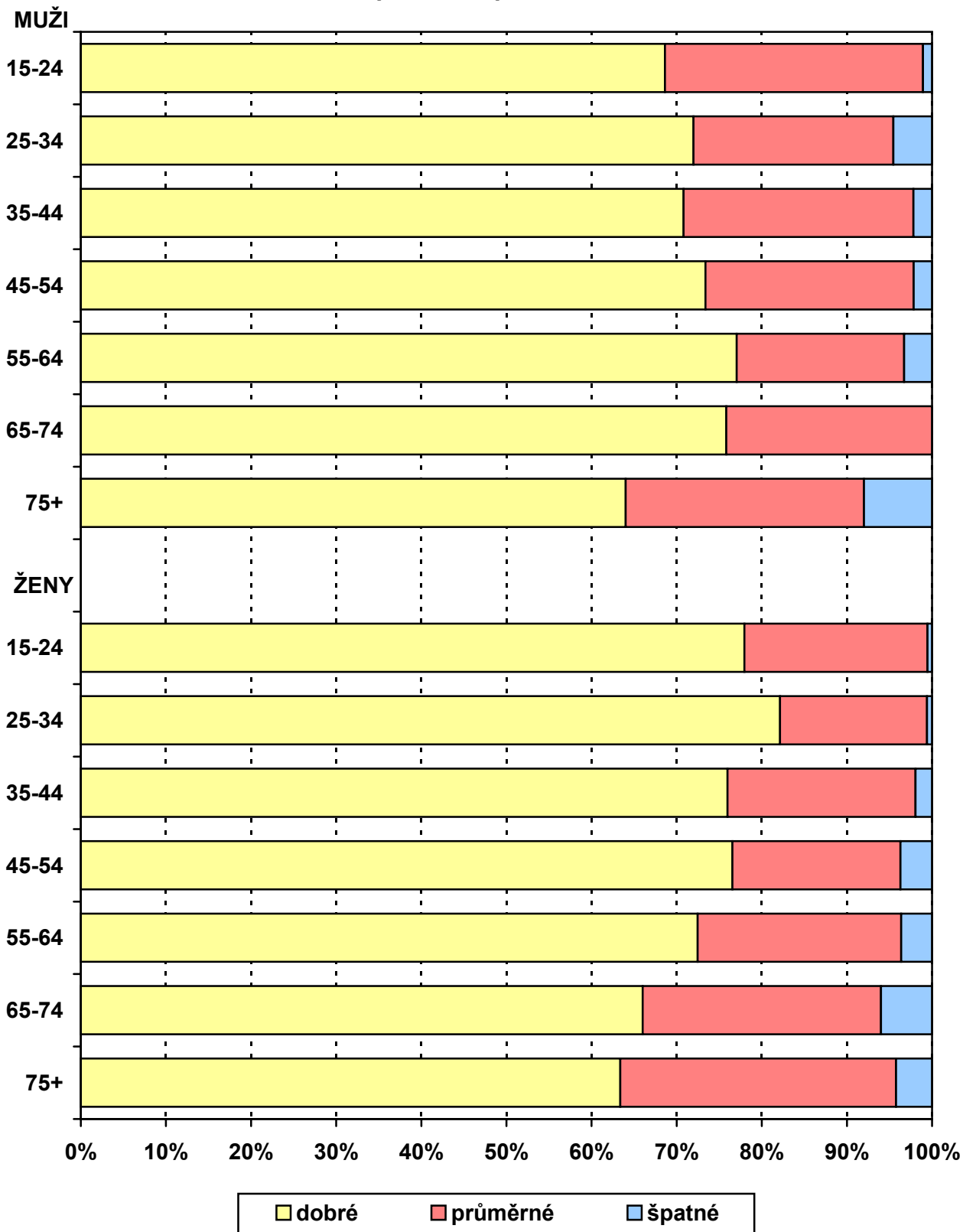
Graf 6.7.4 Průměrné skóre intenzity sociálního kontaktu



Graf 6.7.5 Průměrné skóre kvality sociálního kontaktu



Graf 6.7.6 Složení respondentů podle sociálního zdraví a věku



6.8 CELKOVÝ INDEX ZDRAVÍ

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. Celkový index zdraví byl odvozen ze součtu hodnot ukazatelů:

- tělesná zdatnost
- emoční pohoda
- chronická nemocnost
- zdravotní potíže.

Každý ukazatel nabýval hodnot 1 až 3. Nejlepší stav byl ohodnocen bodem 1 a nejhorší byl oceněn 3 body. Respondenti byli podle součtu hodnot těchto ukazatelů rozděleni do skupin s: dobrým (4-6 bodů), průměrným (7-9 bodů) a špatným (10-12) celkovým indexem zdraví. Pokud nebyla zaznamenána hodnota alespoň jednoho ze čtyř ukazatelů, celkový index zdraví se nepočítal (vyřazeno bylo 5,5 % respondentů). Jelikož byly oproti minulému šetření změněny otázky, nelze index celkového zdraví srovnávat mezi jednotlivými roky.

Fyziologická (tělesná) zdatnost byla odvozena z odpovědí na otázky týkající se BMI (č.11) a otázky týkající se hypertenzní choroby (č. 15b4). Index zdatnosti byl zkonstruován tak, že přiměřená hodnota BMI (normální váha s hodnotami 20-27) a normální krevní tlak znamenaly dobrou zdatnost, podváha (BMI nižší než 20) nebo nadváha (27-30) a normální krevní tlak znamenaly střední zdatnost. Přítomnost hypertenze nebo obezity (BMI nad 30) znamenala „špatnou“ zdatnost.

V tabulce 6.8.1 je uveden přehled o tělesné zdatnosti mužů a žen v jednotlivých věkových skupinách. Dobrou tělesnou zdatnost mělo 55 % mužů (v roce 1996 62 %) a 52 % žen (v roce 1996 56 %). Naopak špatnou zdatnost mělo 23 % mužů (v roce 1996 20 %) a 24 % žen (v roce 1996 22 %). Složení respondentů podle fyziologické zdatnosti názorně ukazuje i graf 6.8.1.

Přehled rozložení respondentů do kategorií CIZ podle pohlaví, věkových skupin a dalších vybraných charakteristik je obsahem tabulky 6.8.2 a grafu 6.8.2. Podle výsledků našeho šetření mělo dobré zdraví téměř 39 % mužů (v roce 1996 36 % a v roce 1993 43 %) a 32 % žen (v roce 1996 24 % a v roce 1993 33 %). Rozdílnost v podílu mužů i žen zůstává, stejně jako v minulých šetřeních statisticky významná. Průměrného celkového zdraví dosáhla necelá polovina mužů i žen. Do kategorie špatného zdraví spadalo 13 % mužů (v roce 1996 21 % a v roce 1993 9 %) a 19 % žen (v roce 1996 32 % a v roce 1993 19 %).

S rostoucím věkem klesá podíl osob s dobrým celkovým zdravím a roste podíl osob se špatným celkovým zdravím. Například ve věku 15-24 let je v kategorii dobrého zdraví 59 % mužů a 48 % žen, zatímco ve věku 75+ let je to pouze 15 % mužů a 9 % žen.

Posuzování závislosti celkového zdraví na vzdělání je problematické z důvodu věkových nerovností v jednotlivých vzdělanostních skupinách. Na první pohled se zdá, že s vyšším vzděláním roste celkové zdraví, významněji u žen. Pokud rozdělíme osoby na dvě skupiny, do 45 let a nad 45 let, výsledky se změň. U osob do 45 let je mezi některými vzdělanostními skupinami rozdíl v celkovém zdraví, ale neexistuje jednostranná závislost zdraví na vzdělání. U osob starších než 45 let lze prokázat, že s vyšším vzděláním se celkové zdraví zlepšuje. Podle velikosti obce nelze prokázat statisticky významnou odlišnost podle celkového zdraví. Výrazně lepší zdraví lze přisoudit mužům i ženám, kteří uvedli nejvyšší příjmy (rozdíl zejména u mladších osob).

Nyní popíšeme souvislost charakteristik životního stylu a celkového zdraví. Vyšší fyzická aktivita má pozitivní dopad na celkové zdraví i s vyloučením věkových nerovností. Nepodařilo se prokázat souvislost mezi požíváním alkoholu a celkovým zdravím. Příležitostní kuřáci jsou na tom se zdravím mírně lépe než ostatní, ale vzhledem k jejich malému podílu, jsou tyto difference statisticky významné pouze u žen. Bez zahrnutí faktoru věku se nejeví žádná souvislost mezi stravovacími návyky a celkovým zdravím. U osob do 45 let klesá mírně podíl osob s dobrým celkovým zdravím při zhoršené výživě. U osob starších 45 let je tomu opačně. Zřejmě starší lidé dodržují stravovací návyky kvůli zhoršenému zdraví. Významnost rozdílů je však na hranici významnosti.

Horší celkové zdraví koresponduje i s většími dlouhodobými potížemi i po eliminaci věkových nerovností. Z tabulky je dále zřejmá u obou pohlaví též silná závislost mezi celkovým a subjektivním zdravím, kdy v této vazbě proti sobě stojí jednak objektivně chápané zdraví (celkový index zdraví) a subjektivně vnímané zdraví (ukazatel subjektivního zdraví). U respondentů, kteří se cítili velmi dobře resp. dobře, odpovídal jejich subjektivní pocit zdraví objektivně pojatému. Podobně silná a přímo úměrná je i závislost mezi celkovým a sociálním zdravím.

Tab 6.8.1 Tělesná zdatnost

Věk	Procento respondentů s tělesnou zdatností					
	muži			ženy		
	dobrou	střední	špatnou	dobrou	střední	špatnou
Celkem	55,0	21,9	23,1	51,6	24,1	24,3
15-24	74,2	21,3	4,5	58,3	39,5	2,2
25-34	68,3	23,7	8,1	67,2	27,9	5,0
35-44	57,1	25,7	17,3	64,7	20,7	14,7
45-54	43,6	20,7	35,6	50,2	23,7	26,1
55-64	35,0	24,8	40,1	36,4	16,0	47,5
65-74	38,0	14,9	47,1	31,5	10,0	58,5
75+	51,7	15,5	32,8	34,4	20,8	44,8

Tab 6.8.2 Celkový index zdraví

1/2

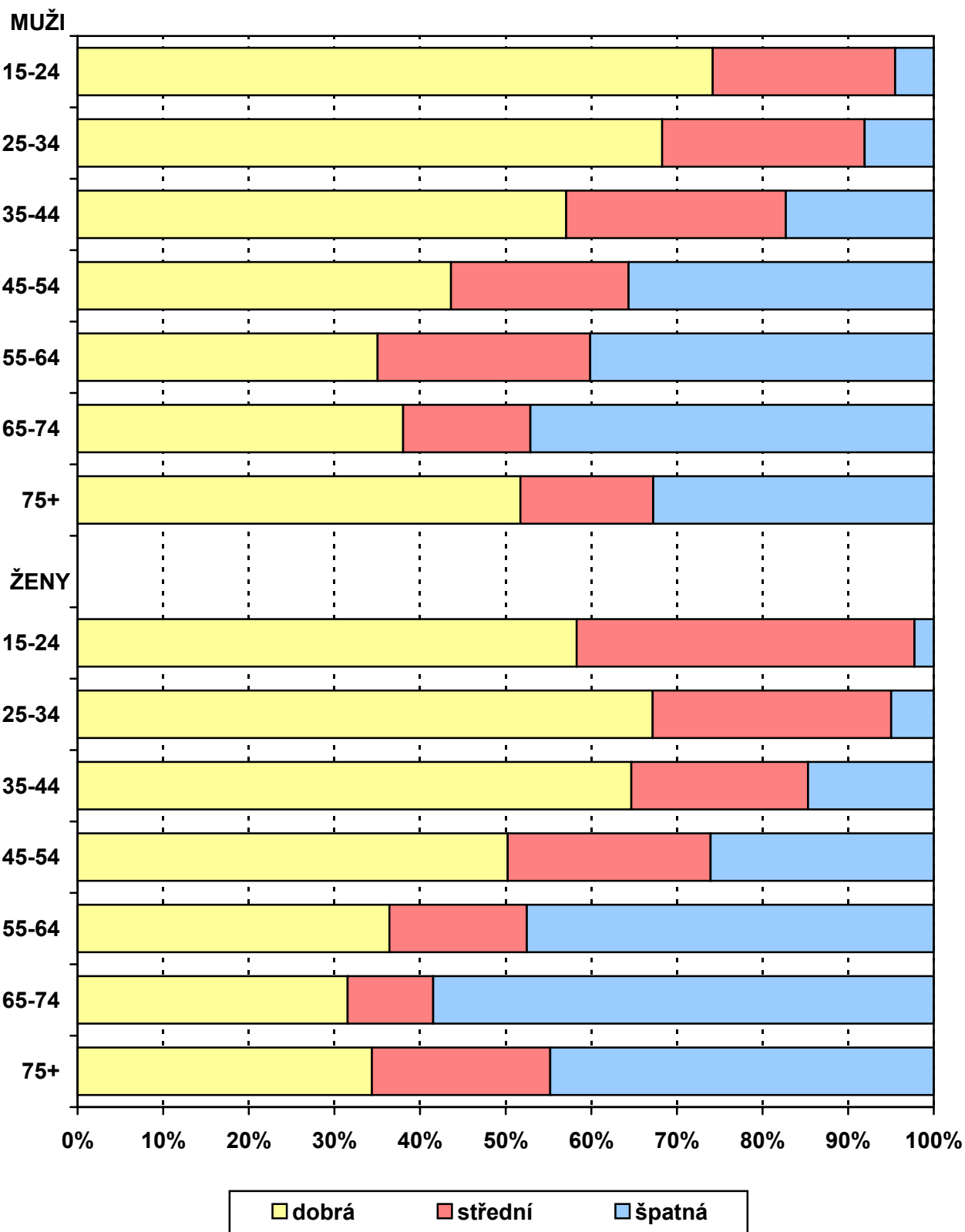
Ukazatel	Procento respondentů s celkovým zdravím					
	muži			ženy		
	dobrým	průměrným	špatným	dobrým	průměrným	špatným
Celkem	38,7	47,9	13,4	32,0	48,7	19,3
věk						
15-24	59,0	38,3	2,6	47,9	49,8	2,4
25-34	51,1	43,8	5,1	46,1	50,3	3,6
35-44	44,3	47,2	8,5	31,4	59,4	9,1
45-54	27,9	55,8	16,3	29,4	45,3	25,4
55-64	21,2	52,1	26,7	20,0	51,3	28,7
65-74	19,7	57,3	23,1	18,0	36,9	45,1
75+	15,4	48,1	36,5	9,2	41,4	49,4
vzdělání						
základní	39,4	43,8	16,9	25,9	44,1	30,0
učňovské	35,6	49,4	15,0	32,1	47,4	20,6
střední	43,0	47,0	9,9	33,0	55,3	11,8
vyšší	38,7	50,0	11,3	48,8	41,7	9,5
velikost obce						
0 - 4 999	37,6	49,2	13,3	32,9	49,2	17,9
5 000 - 29 999	44,4	43,2	12,4	31,4	44,9	23,8
30 000 +	36,2	49,6	14,2	31,4	51,1	17,5
příjem na osobu						
0 - 2 999	40,0	43,3	16,7	26,6	63,3	10,1
3 000 - 8 999	36,2	49,0	14,8	30,3	48,0	21,7
9 000 +	55,6	42,7	1,7	47,5	46,3	6,3

Tab 6.8.2 Celkový index zdraví

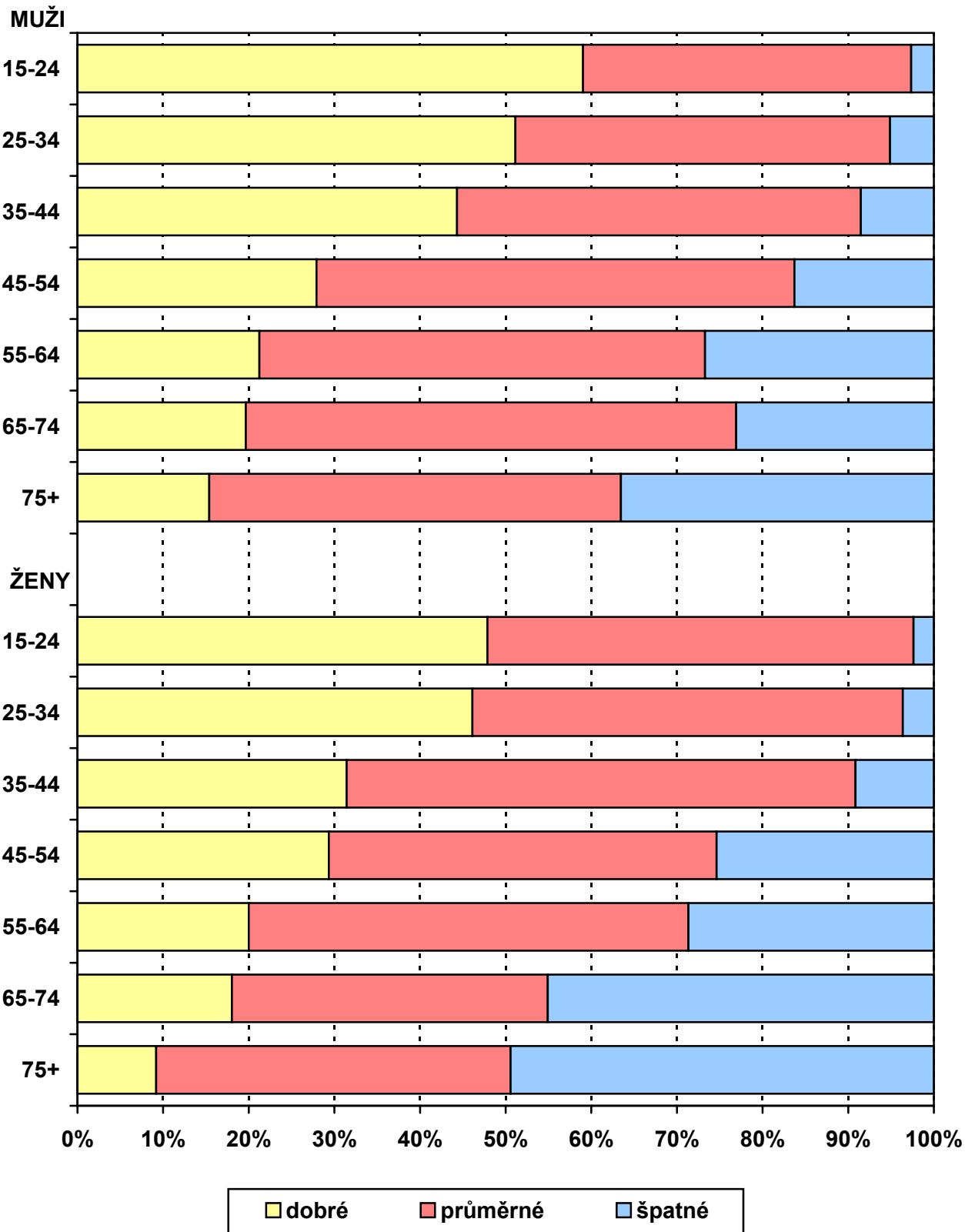
2/2

Ukazatel	Procento respondentů s celkovým zdravím					
	muži			ženy		
	dobrým	průměrným	špatným	dobrým	průměrným	špatným
tělesná aktivita						
těžká	72,6	26,3	1,1	59,5	40,5	-
střední	39,9	50,6	9,6	40,0	47,4	12,6
lehká	38,9	50,3	10,8	36,9	52,7	10,4
sedavá	28,8	49,5	21,8	23,0	45,3	31,6
kuřáctví						
každodenní kuřák	39,6	51,1	9,3	32,3	54,9	12,8
příležitostný kuřák	41,8	46,2	12,1	43,6	42,3	14,1
nekuřák	37,7	46,7	15,6	30,9	47,9	21,3
konzumace alkoholu						
výjmečná	38,7	44,4	16,9	31,2	47,4	21,4
přiměřená	39,3	50,0	10,7	34,5	54,5	11,0
nadměrná	35,3	52,9	11,8	41,2	52,9	5,9
dietní index						
dobrý	38,3	47,6	14,2	32,7	46,5	20,8
střední	39,7	47,6	12,7	28,0	54,2	17,8
špatný	32,8	56,9	10,3	28,6	51,4	20,0
dlouhodobé potíže						
žádné	45,9	46,6	7,5	38,9	52,1	8,9
lehké	9,2	54,6	36,2	9,7	41,7	48,6
těžké	-	50,0	50,0	3,8	26,3	70,0
subjektivní zdraví						
velmi dobré	79,4	20,6	-	75,7	24,3	-
dobré	48,0	48,5	3,5	44,7	51,2	4,1
průměrné	18,3	63,8	18,0	13,5	62,0	24,5
špatné	0,9	44,0	55,0	1,6	26,2	72,2
velmi špatné	-	25,0	75,0	-	40,0	60,0
sociální zdraví						
dobré	41,5	48,7	9,7	37,9	47,6	14,5
průměrné	34,4	48,3	17,2	18,4	53,6	28,0
špatné	19,0	47,6	33,3	12,0	40,0	48,0

Graf 6.8.1 Složení respondentů podle tělesné zdatnosti a věku



Graf 6.8.2 Složení respondentů podle celkového zdraví a věku



6.9 KVALITA ŽIVOTA

Úkolem této části publikace bylo zjistit, jak respondenti celkově hodnotí svou kvalitu života z hlediska zdraví, osobního života (finanční situace, sociálních a rodinných podmínek, bydlení, vztahů s okolím, kvality životního prostředí apod.), postavení v povolání, naplnění svých zájmů a koníčků a vůbec všeho, co pokládali v životě za důležité. Měl by to být vlastně protiklad objektivně posuzovaného zdraví. Kvalitu života mohli respondenti označit jako velmi dobrou, dobrou, běžnou, špatnou a velmi špatnou. Pro lepší orientaci a vypovídací schopnost byly, v případě potřeby, sloučeny kategorie „velmi dobré a dobré kvality“ do kategorie dobré a „špatné a velmi špatné kvality“ do kategorie špatné.

Přehled rozdělení respondentů podle kategorií kvality života a dalších faktorů jsou uvedeny v tabulce 6.9 a grafu 6.9. 11 % mužů a 10 % žen uvedlo velmi dobrou kvalitu života, 43 % mužů a 38 % žen uvedlo dobrou kvalitu života, 41 % mužů a 46 % žen uvedlo běžnou kvalitu života, 5 % mužů i žen uvedlo špatnou kvalitu života a 1 % mužů i žen hodnotilo svou kvalitu života jako velmi špatnou. Muži mají statisticky významně vyšší podíl osob s velmi dobrým a dobrým zdravím.

Nelze jednoznačně určit závislost kvality života na věku. Mírně lepší kvalitu života uvedly osoby ve věku 15-24 let. Mezi skupinami osob podle vzdělání jsou patrné rozdíly v podílu osob s dobrou kvalitou života. Až na skupinu osob se základním vzděláním se kvalita života s vyšším vzděláním zlepšuje. Muži (a v menší míře i ženy) se základním vzděláním mají vysoký podíl nejmladších osob, kteří uvedli také nejlepší kvalitu života. S velikostí obce mírně roste podíl mužů s dobrou kvalitou života, u žen to patrně není. S rostoucími příjmy se statisticky významně zvyšuje podíl osob s dobrou kvalitou života.

Dobrá kvalita života souvisí s vyšší fyzickou aktivitou, což je patrné spíše u mladších osob. Nepodařilo se prokázat souvislost mezi požíváním alkoholu a kvalitou života. Existují statisticky významné rozdíly v hodnocení kvality života podle typu kuřáctví. Nekuřáci hodnotí svou kvalitu života výrazně lépe než kuřáci. Lidé, kteří více dodržují zásady správné výživy, hodnotí pozitivněji svou kvalitu života.

Osoby bez dlouhodobých potíží hodnotí výrazně lépe i svou kvalitu života. Rozdíly mezi osobami s lehkými a těžkými potížemi jsou patrné pouze u mladších respondentů. Dobré subjektivní, sociální i celkové zdraví implikuje i dobrou kvalitu života.

Tab 6.9 Kvalita života

1/2

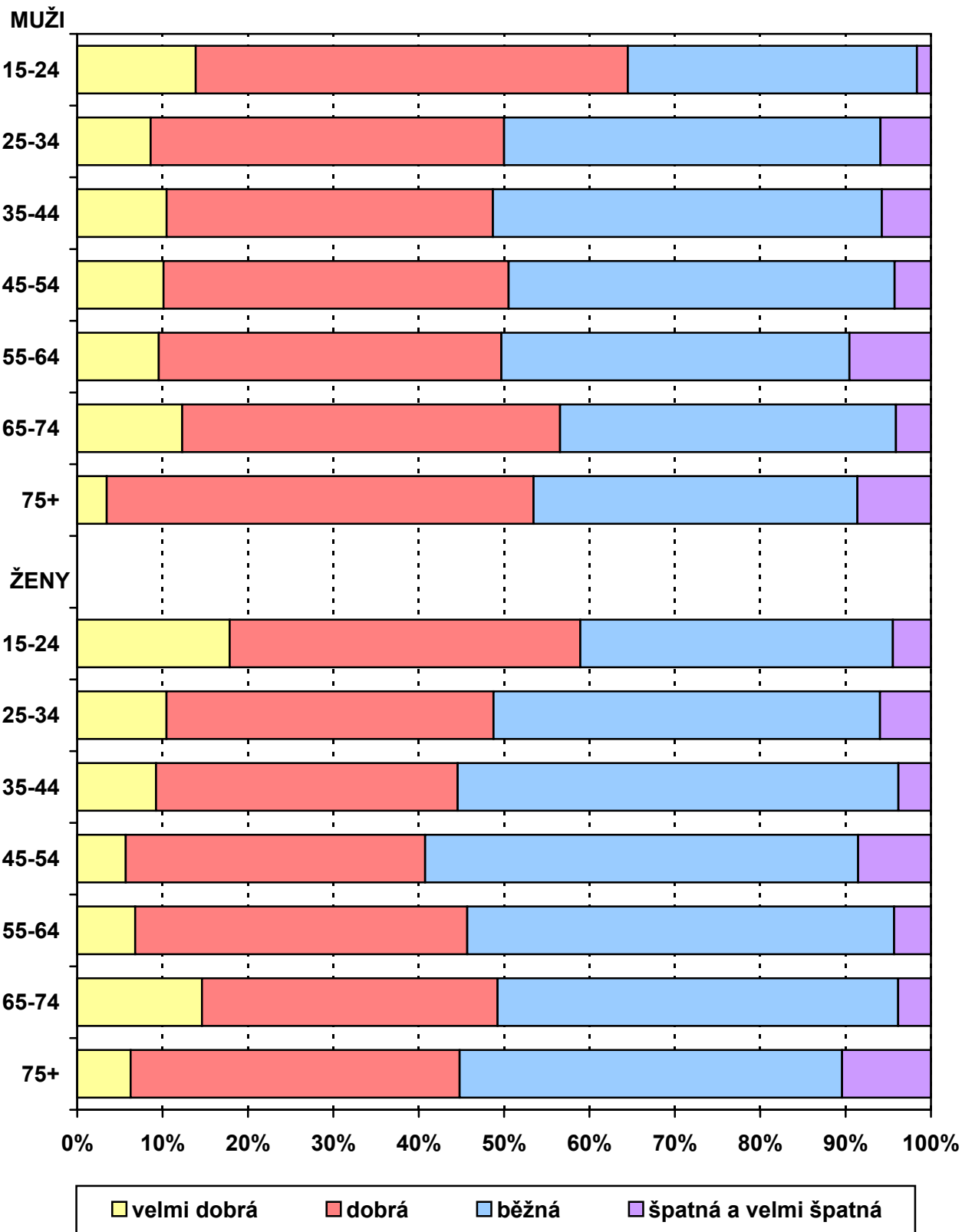
Ukazatel	Složení respondentů podle kvality života v %					
	muži			ženy		
	dobrá	běžná	špatná	dobrá	běžná	špatná
Celkem	53,8	41,1	5,1	47,9	46,4	5,7
věk						
15-24	64,5	33,9	1,6	58,9	36,6	4,5
25-34	50,0	44,1	5,9	48,8	45,3	6,0
35-44	48,7	45,5	5,8	44,6	51,6	3,8
45-54	50,5	45,2	4,3	40,8	50,7	8,5
55-64	49,7	40,8	9,6	45,7	50,0	4,3
65-74	56,6	39,3	4,1	49,2	46,9	3,8
75+	53,4	37,9	8,6	44,8	44,8	10,4
vzdělání						
základní	60,0	35,0	5,0	47,0	46,2	6,8
učňovské	46,3	47,6	6,1	38,2	54,4	7,4
střední	57,6	38,3	4,1	54,1	42,3	3,6
vyšší	66,2	30,0	3,8	63,2	33,3	3,4
velikost obce						
0 - 4 999	49,9	44,7	5,4	47,4	46,8	5,8
5 000 - 29 999	54,2	40,5	5,3	45,3	49,1	5,6
30 000 +	57,8	37,5	4,7	50,5	43,9	5,7
příjem na osobu						
0 - 2 999	45,6	45,6	8,8	34,1	58,0	8,0
3 000 - 8 999	53,0	41,9	5,1	47,3	46,9	5,8
9 000 +	65,3	31,4	3,3	66,7	30,9	2,5
tělesná aktivita						
těžká	67,4	31,6	1,1	70,3	27,0	2,7
střední	59,1	37,6	3,3	52,6	43,4	4,0
lehká	55,8	40,3	3,9	53,9	43,5	2,7
sedavá	45,4	45,9	8,6	40,2	51,0	8,8
kuřáctví						
každodenní kuřák	45,5	47,5	7,0	33,5	56,5	10,0
příležitostný kuřák	54,5	38,4	7,1	50,0	44,9	5,1
nekuřák	57,7	38,3	4,0	51,0	44,2	4,8
konzumace alkoholu						
výjmečná	54,5	39,0	6,5	48,0	45,9	6,1
přiměřená	53,5	41,9	4,7	47,8	47,8	4,3
nadměrná	52,3	45,9	1,8	44,4	55,6	-
dietní index						
dobrý	54,8	41,0	4,2	50,7	44,1	5,1
střední	53,6	39,1	7,3	39,2	54,0	6,8
špatný	41,7	51,7	6,7	31,4	54,3	14,3

Tab 6.9 Kvalita života

2/2

Ukazatel	Složení respondentů podle kvality života v %					
	muži			ženy		
	dobrá	běžná	špatná	dobrá	běžná	špatná
dlouhodobé potíže						
žádné	57,1	39,6	3,2	52,5	43,9	3,7
lehké	39,7	50,3	10,1	33,0	56,4	10,6
těžké	40,5	33,3	26,2	32,2	51,1	16,7
subjektivní zdraví						
velmi dobré	81,0	18,4	0,6	76,0	21,3	2,7
dobré	61,1	38,1	0,8	58,2	39,4	2,4
průměrné	40,8	53,0	6,2	38,3	56,7	5,0
špatné	26,1	51,3	22,7	19,3	63,6	17,1
velmi špatné	15,4	46,2	38,5	15,0	45,0	40,0
sociální zdraví						
dobré	65,2	32,2	2,6	57,4	39,6	3,0
průměrné	46,1	48,4	5,5	32,9	58,9	8,2
špatné	22,7	59,1	18,2	16,0	56,0	28,0
celkové zdraví						
dobré	68,7	30,8	0,5	66,2	32,1	1,6
průměrné	51,7	42,5	5,9	45,8	49,4	4,9
špatné	29,4	55,9	14,7	28,6	60,0	11,4

Graf 6.9 Složení respondentů podle pohlaví, věku a kvality života



7. ZÁVĚR

Šetření HIS CR 99 mělo stejný cíl jako předchozí dvě šetření, tedy popis zdravotního stavu obyvatel České republiky. Hlavním aspektem i nadále zůstává snaha zmapovat zdravotní stav v sociodemografických souvislostech. Rozpoznání činitelů určujících zdraví populace umožní zaměřit se na problematické oblasti zdraví a životního stylu a výsledky mohou sloužit jako nástroj k účinnějšímu rozhodování ve zdravotní politice.

Souhrnné výsledky jsou uvedeny v tabulce 7.1 (srovnání mužů a žen v HIS CR 99) a tabulce 7.2 (souhrn výsledků za všechna tři šetření v letech 1993, 1996 a 1999).

U mužů došlo k mírnému zhoršení indexu tělesné hmotnosti a stále jsou na tom hůře než ženy. Nedošlo ke změnám v tělesné aktivitě, stále je vysoký podíl osob se sedavým způsobem života. Vyšší tělesnou aktivitu vykazují muži. Ženy dodržují stále více stravovacích zásad než muži. Avšak u mužů dochází k rychlejšímu zlepšování tohoto ukazatele. V oblasti kouření nedošlo k významným změnám, mírné zlepšení oproti minulým šetřením zaznamenaly ženy. Ženy v průměru kouří a konzumují alkohol méně než muži. U žen se zvýšil podíl výjimečných konzumentek alkoholu a u mužů se snížil podíl nadměrných konzumentů. Vyšší konzumaci drog uvedli muži. Tento problém se týká převážně mladších osob.

Celkově došlo ke zlepšení subjektivně vnímaného zdraví. Podíl dočasně neschopných žen poklesl a vyrovnal se podílu dočasně neschopných mužů. Zdravotními potížemi trpěl stejný počet osob jako v roce 1993. Muži jsou na tom o něco lépe. V lepší emoční pohodě jsou stejně jako v minulých šetřeních muži. Mírně se zlepšila situace v prevalenci chronických chorob, muži jsou na tom stále lépe než ženy. Nejčastějšími chronickými nemocemi zůstávají hypertenze, onemocnění páteře a artróza. Z hlediska dlouhodobých potíží jsou na tom stále lépe muži než ženy. Mírně lepší sociální zdraví bylo zjištěno u žen. Celkové zdraví mají lepší a kvalitu života hodnotí lépe muži než ženy.

S věkem se ukazatele tělesného zdraví zhoršují, ukazatele sociálního a psychického zdraví se s věkem příliš nemění. Hodnocení zdraví podle vzdělání bylo znesnadněno věkovými nerovnostmi osob s různým vzděláním. Pozitivní souvislost mezi vyšším vzděláním a ukazateli celkového, sociálního i subjektivního zdraví se jevila významněji spíše u starších osob. Velikost obce není dobrý diferenciativní faktor. Nejvyšší příjmová skupina dosahovala lepších hodnot v základních zdravotních ukazatelích. V našem šetření se ukázala úzká provázanost mezi zdravotními ukazateli subjektivního, sociálního a celkového zdraví i kvalitou života.

Tab. 7.1 Hlavní výsledky šetření HIS CR 1999

Ukazatel	Procento respondentů s odpovědí				
	-18,0	18,0-19,9	20,0-26,9	27,0-29,9	30,0+
Index tělesné hmotnosti					
muži	0,7	4,0	58,7	21,5	15,0
ženy	3,0	9,9	58,1	15,3	13,5
Tělesná aktivita	těžká	rekreační	lehká	sedavá	
muži	8,3	23,9	33,1	34,4	x
ženy	3,1	14,5	37,3	44,4	x
Dietní index	dobry	střední	špatný		
muži	67,1	27,7	5,2	x	x
ženy	77,5	19,6	2,9	x	x
Kuřáctví	nikdy	bývalí	příležitostní	slabí	silní
muži	36,9	24,3	8,6	18,3	11,4
ženy	61,1	15,1	6,5	15,7	1,6
Konzumace alkoholu	výjimečná	přiměřená	nadměrná		
muži	41,8	48,7	9,5	x	x
ženy	81,2	17,3	1,5	x	x
Drogy	nezkusil/a	zkusil/a			
muži	92,9	7,1	x	x	x
ženy	95,9	4,1	x	x	x
Subjektivní zdraví	velmi dobré	dobré	docela dobré	špatné	velmi špatné
muži	15,6	42,1	30,8	10,4	1,1
ženy	12,4	37,9	36,4	11,6	1,7
Dočasná neschopnost	ne	ano			
muži	82,7	17,3	x	x	x
ženy	82,2	17,8	x	x	x
Index zdravotních potíží	dobry	průměrný	špatný		
muži	49,1	38,0	12,9	x	x
ženy	37,0	40,8	22,2	x	x
Emoční pohoda	dobrá	špatná			
muži	71,0	29,0	x	x	x
ženy	64,9	35,1	x	x	x
Chronické nemoci	žádné	neomezující	omezující		
muži	52,1	37,8	10,1	x	x
ženy	48,3	38,7	13,0	x	x
Dlouhodobé potíže	žádné	lehké	těžké		
muži	80,7	15,6	3,7	x	x
ženy	76,9	15,6	7,5	x	x
Sociální zdraví	výborné	vyhovující	špatné		
muži	71,9	25,5	2,6	x	x
ženy	75,1	22,4	2,6	x	x
Celkový index zdraví	dobry	průměrný	špatný		
muži	38,7	47,9	13,4	x	x
ženy	32,0	48,7	19,3	x	x
Kvalita života	velmi dobrá	dobrá	běžná	špatná	velmi špatná
muži	10,5	43,2	41,1	4,5	0,6
ženy	10,4	37,5	46,3	4,6	1,2

Tab. 7.2.1 Hlavní výsledky šetření HIS CR 1993, 1996, 1999 - muži

1/2

Ukazatel	Procento respondentů s odpovědí				
	-18,0	18,0-19,9	20,0-26,9	27,0-29,9	30,0+
Index tělesné hmotnosti					
1993	0,7	2,9	66,7	19,3	10,4
1996	1,0	2,1	68,5	17,6	10,5
1999	0,7	4,0	58,7	21,5	15,0
Tělesná aktivita	těžká	rekreační	lehká	sedavá	
1993	7,8	26,9	35,3	30,0	x
1996	7,7	22,1	32,3	37,8	x
1999	8,3	23,9	33,1	34,4	x
Dietní index	dobrý	střední	špatný		
1993	43,6	37,8	18,6	x	x
1996	59,7	29,2	11,0	x	x
1999	67,1	27,7	5,2	x	x
Kuřáctví	nikdy	bývalí	příležitostní	slabí	silní
1993	35,1	23,1	8,6	20,7	11,2
1996	37,4	21,3	8,1	19,8	12,5
1999	36,9	24,3	8,6	18,3	11,4
Konzumace alkoholu	výjimečná	přiměřená	nadměrná		
1993	39,8	44,5	15,7	x	x
1996	39,0	48,5	12,5	x	x
1999	41,8	48,7	9,5	x	x

Tab. 7.2.1 Hlavní výsledky šetření HIS CR 1993, 1996, 1999 - muži

2/2

Ukazatel	Procento respondentů s odpovědí				
	velmi dobré	dobré	docela dobré	špatné	velmi špatné
Subjektivní zdraví					
1993	17,8	27,2	36,8	16,5	1,7
1996	17,9	32,7	31,7	16,6	1,0
1999	15,6	42,1	30,8	10,4	1,1
Dočasná neschopnost	ne	ano			
1993	83,8	16,2	x	x	x
1996	82,1	17,9	x	x	x
1999	82,7	17,3	x	x	x
Index zdravotních potíží *)	dobry	průměrný	špatný		
1993	49,0	41,8	9,2	x	x
1996	39,9	43,5	16,6	x	x
1999	49,1	38,0	12,9	x	x
Chronické nemoci	žádné	neomezující	omezující		
1993	50,3	41,2	8,5	x	x
1996	48,8	41,4	9,8	x	x
1999	52,1	37,8	10,1	x	x
Dlouhodobé potíže *)	žádné	lehké	těžké		
1993	84,9	12,7	2,4	x	x
1996	78,4	19,5	2,1	x	x
1999	80,7	15,6	3,7	x	x
Sociální zdraví *)	výborné	vyhovující	špatné		
1993	18,2	55,0	26,8	x	x
1996	21,4	48,6	30,0	x	x
1999	71,9	25,5	2,6	x	x
Celkový index zdraví *)	dobry	průměrný	špatný		
1993	42,8	48,0	9,2	x	x
1996	35,8	42,8	21,2	x	x
1999	38,7	47,9	13,4	x	x

Pozn.: ukazatele označené *) nejsou plně srovnatelné

Tab. 7.2.2 Hlavní výsledky šetření HIS CR 1993, 1996, 1999 - ženy

1/2

Ukazatel	Procento respondentek s odpovědí				
	-18,0	18,0-19,9	20,0-26,9	27,0-29,9	30,0+
Index tělesné hmotnosti					
1993	2,2	9,2	61,0	15,4	12,2
1996	1,5	9,5	61,5	15,3	12,1
1999	3,0	9,9	58,1	15,3	13,5
Tělesná aktivita	těžká	rekreační	lehká	sedavá	
1993	1,7	18,0	38,8	41,5	x
1996	1,3	13,7	36,7	48,1	x
1999	3,1	14,5	37,3	44,4	x
Dietní index	dobrý	střední	špatný		
1993	55,2	34,8	10,1	x	x
1996	76,0	19,6	4,4	x	x
1999	77,5	19,6	2,9	x	x
Kuřáctví	nikdy	bývalí	příležitostní	slabí	silní
1993	55,0	13,7	8,5	17,6	3,3
1996	55,9	15,3	8,5	16,1	4,1
1999	61,1	15,1	6,5	15,7	1,6
Konzumace alkoholu	výjimečná	přiměřená	nadměrná		
1993	73,6	24,7	1,8	x	x
1996	72,6	24,5	2,9	x	x
1999	81,2	17,3	1,5	x	x

Tab. 7.2.2 Hlavní výsledky šetření HIS CR 1993, 1996, 1999 - ženy

2/2

Ukazatel	Procento respondentek s odpovědí				
	velmi dobré	dobré	docela dobré	špatné	velmi špatné
Subjektivní zdraví					
1993	11,1	29,1	36,5	21,0	2,3
1996	11,8	29,5	37,1	19,3	2,3
1999	12,4	37,9	36,4	11,6	1,7
Dočasná neschopnost	ne	ano			
1993	79,0	21,0	x	x	x
1996	78,4	21,6	x	x	x
1999	82,2	17,8	x	x	x
Index zdravotních potíží ^{*)}	dobry	průměrný	špatný		
1993	34,3	45,5	20,2	x	x
1996	22,9	48,5	28,6	x	x
1999	37,0	40,8	22,2	x	x
Chronické nemoci	žádné	neomezující	omezující		
1993	43,0	46,5	10,5	x	x
1996	42,2	45,8	11,6	x	x
1999	48,3	38,7	13,0	x	x
Dlouhodobé potíže ^{*)}	žádné	lehké	těžké		
1993	79,3	17,4	3,3	x	x
1996	72,4	22,2	5,4	x	x
1999	76,9	15,6	7,5	x	x
Sociální zdraví ^{*)}	výborné	vyhovující	špatné		
1993	23,9	51,8	24,3	x	x
1996	22,7	49,4	27,9	x	x
1999	75,1	22,4	2,6	x	x
Celkový index zdraví ^{*)}	dobry	průměrný	špatný		
1993	32,6	48,2	19,2	x	x
1996	23,8	44,0	32,1	x	x
1999	32,0	48,7	19,3	x	x

Pozn.: ukazatele označené ^{*)} nejsou plně srovnatelné

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

- BMI** Body mass index (kg/m²), tzv. Queteletův index, index tělesné hmotnosti
- CIZ** celkový index zdraví
- CRO** Centrální registr obyvatel
- DI** dietní index
- HALS** Health and Lifestyle Survey - anglické epidemiologické šetření z roku 1985
- HFA**..... projekt WHO „Zdraví pro všechny do roku 2000“
- HIS** Health Interview Survey
- HIS CR 99**... označení tohoto šetření
- KZAM**..... Klasifikace zaměstnání - v ČR zavedena od 1.8.1992 dle klasifikace Mezinárodního úřadu práce ISCO - 88
- PTDA** ukazatel průměrné týdenní dávky alkoholu
- s.n.r.** statisticky nevýznamný rozdíl
- s.v.r.**..... statisticky významný rozdíl
- ÚZIS ČR**..... Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
- WHO** World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

LITERATURA

1. Aktuální informace č. 13, 20, 21, 34, 41, 42, 44, 49, 50, 53, 54, 55, 61 a 64. ÚZIS ČR, 2000. (<http://www.uzis.cz/cz/archiv00/archiv00.htm>)
2. Common Methods and Instruments for Health Interview Surveys in Europe – Report on the 4th WHO Consultation. Copenhagen, 26.-28. February 1997.
3. Gandek, B. and Ware, J. E., Jr. (editors): Translating functional health and well-being: International quality of life assessment (IQOLA) projects studies of the SF-36 health survey. In: Journal of Clinical Epidemiology. Volume 51, Number 11, November 1998.
4. Health interview surveys, Towards international harmonization of methods and instruments. WHO Regional Publications, European Series, No. 58. WHO 1996
5. Klasifikace zaměstnání. FSÚ, Praha 1992, 1. vydání
6. Mackenbach, J. P., Maas v. d P. J.: Social inequality and differences in health: A survey of the principal research findings. In: Socio-economic inequalities in health: questions on trends and explanations. The Hague, Ministry WHCA, 1989, p. 25-80.
7. Malý lexikon obcí České republiky 1998. ČSÚ, Praha 1998
8. Statistická ročenka České republiky 2000. ČSÚ, Praha 2000
9. Third consultation to develop common methods and instruments for Health interview surveys, 22-24 September 1992. WHO, Regional Office for Europe and Netherlands Central Bureau of Statistics, Department of Health Statistics, EUR / ICP / HST 124, 1993.
10. Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace HIS CR 93. ÚZIS ČR, Praha 1995
11. Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace 1996 HIS CR 96. ÚZIS ČR, Praha 1998
12. WHO (Five) Well Being Index (1998 version). In: Info Package MASTERING DEPRESSION IN PRIMARY CARE version 2.2 (<http://qct.who.dk/depcare/infopack.htm>)

Šetření o zdravotním stavu české populace 1999

1. Pohlaví (zakroužkujte) muž..... 1 žena2	2. Dosažený věk (vepište) <div style="text-align: center; border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	3. Okres bydliště a vel. sk. obce a) <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; margin-right: 10px;"></div> b) <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div>																					
4. Rodinný stav (zakroužkujte) svobodný(á)1 ženatý, vdaná2 rozvedený(á)3 vdovec, vdova4 druh, družka5	5. Národnost (zakroužkujte) česká 1 slovenská 2 rómská 3 německá 4 jiná 5	6. Dosažené vzdělání (ukončené) základní, bez kvalifikace..... 1 učňovské, bez maturity.....2 střední s maturitou 3 vyšší4 vysokoškolské5																					
7. Ekonomické postavení a zaměstnání a) Ekonomické postavení (zakroužkujte číslo odpovídající Vašemu současnému zaměstnání) zaměstnaný 1 nezaměstnaný(á) hledající práci2 nezaměstnaný(á) dočasně neschopný hledat práci3 nezaměstnaný(á) trvale neschopný pracovat.....4 důchodce (nepracující)5 studující6 v domácnosti7 mateřská dovolená, voják zákl. služby, neplac. dovolená, ostat. nepracující s vlastním příjmem apod.8 ostatní9 b) Současné zaměstnání (v posl. týdnu) resp. poslední zaměstnání c) Hlavní zaměstnání v životě d) Jste soukromník? ANO 1 NE 2 e) Zaměstnáváte další osoby? ANO 1 NE 2																							
8. Příjem a) Domácnost, ve které žijí má členů b) Uveďte celkový průměrný měsíční příjem celé domácnosti (všechny platy, důchody, podpory, alimenty) Kč c) příjmové rozpětí na 1 člena domácnosti 	9. Životní podmínky (zakroužkujte podle skutečnosti třeba i všechny odpovědi) <table style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">ANO</th> <th style="text-align: center;">NE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Jsem vlastníkem domu nebo bytu.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>2. Jsem vlastníkem chalupy nebo chaty.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>3. Domácnost, ve které žijí, má auto</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>4. Byt, ve kterém žijí, má vlastní koupelnu a WC....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>5. Byt, ve kterém žijí, má alespoň tolik obytných místností, kolik v něm bydlí lidí.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>6. Dům, ve kterém bydlím, je umístěn v hlučném a (nebo) ekologicky závadném prostředí</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> </tbody> </table>			ANO	NE	1. Jsem vlastníkem domu nebo bytu.....	1	2	2. Jsem vlastníkem chalupy nebo chaty.....	1	2	3. Domácnost, ve které žijí, má auto	1	2	4. Byt, ve kterém žijí, má vlastní koupelnu a WC....	1	2	5. Byt, ve kterém žijí, má alespoň tolik obytných místností, kolik v něm bydlí lidí.....	1	2	6. Dům, ve kterém bydlím, je umístěn v hlučném a (nebo) ekologicky závadném prostředí	2	1
	ANO	NE																					
1. Jsem vlastníkem domu nebo bytu.....	1	2																					
2. Jsem vlastníkem chalupy nebo chaty.....	1	2																					
3. Domácnost, ve které žijí, má auto	1	2																					
4. Byt, ve kterém žijí, má vlastní koupelnu a WC....	1	2																					
5. Byt, ve kterém žijí, má alespoň tolik obytných místností, kolik v něm bydlí lidí.....	1	2																					
6. Dům, ve kterém bydlím, je umístěn v hlučném a (nebo) ekologicky závadném prostředí	2	1																					

<p>10. Jak se celkově zdravotně cítíte? (zakroužkujte jedinou odpověď)</p> <p>velmi dobře 1 dobře 2 docela dobře 3 špatně 4 velmi špatně 5</p>	<p>11. Index tělesné hmotnosti</p> <p>a) Jaká je vaše výška? cm</p> <p>b) Kolik vážíte? kg</p>																																																																		
<p>12. Počet dní dočasné neschopnosti na osobu a rok</p> <p>a) Musel(a) jste v <u>posledních 2 týdnech</u> 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</p> <p>b) Pokud ANO, kolik dní to bylo v průběhu těchto 2 týdnů, vč. So a Ne (1 – 14) – vypište:</p> <p>c) Kolik dnů z toho jste ležel(a) v posteli celý den, nebo většinu dne (0 – 14) – vypište:</p>																																																																			
<p>13. Trpěl(a) jste v posledních 14 dnech (2 týdnech) některými z uvedených zdravotních potíží? (zakroužkujte ano / ne všech skutečně vnímaných potíží)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;"></th> <th style="width: 5%;">ANO</th> <th style="width: 5%;">NE</th> <th style="width: 50%;"></th> <th style="width: 5%;">ANO</th> <th style="width: 5%;">NE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. bolesti hlavy.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>11. potíže s nohama</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2. nachlazení a chřipka.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>12. oční – zrakové potíže</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3. přetrvávající kašel.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>13. potíže s ušima nebo sluchem.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>4. senná rýma (alergická)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>14. ledvinové nebo močové potíže.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>5. zánět čelních a čelistních dutin</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>15. srdeční potíže nebo dušnost.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>6. žaludeční a zažívací potíže.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>16. potíže s měsíčky či přechodem</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>7. zácpa.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>17. jiné potíže – jaké – uveďte:</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>8. slabost nebo závratě.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>.....</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>9. bolesti kloubů</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>18. byl(a) jsem bez potíží.....</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>10. bolesti zad</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			ANO	NE		ANO	NE	1. bolesti hlavy.....	1	2	11. potíže s nohama	1	2	2. nachlazení a chřipka.....	1	2	12. oční – zrakové potíže	1	2	3. přetrvávající kašel.....	1	2	13. potíže s ušima nebo sluchem.....	1	2	4. senná rýma (alergická)	1	2	14. ledvinové nebo močové potíže.....	1	2	5. zánět čelních a čelistních dutin	1	2	15. srdeční potíže nebo dušnost.....	1	2	6. žaludeční a zažívací potíže.....	1	2	16. potíže s měsíčky či přechodem	1	2	7. zácpa.....	1	2	17. jiné potíže – jaké – uveďte:	1	2	8. slabost nebo závratě.....	1	2			9. bolesti kloubů	1	2	18. byl(a) jsem bez potíží.....	2	1	10. bolesti zad	1	2			
	ANO	NE		ANO	NE																																																														
1. bolesti hlavy.....	1	2	11. potíže s nohama	1	2																																																														
2. nachlazení a chřipka.....	1	2	12. oční – zrakové potíže	1	2																																																														
3. přetrvávající kašel.....	1	2	13. potíže s ušima nebo sluchem.....	1	2																																																														
4. senná rýma (alergická)	1	2	14. ledvinové nebo močové potíže.....	1	2																																																														
5. zánět čelních a čelistních dutin	1	2	15. srdeční potíže nebo dušnost.....	1	2																																																														
6. žaludeční a zažívací potíže.....	1	2	16. potíže s měsíčky či přechodem	1	2																																																														
7. zácpa.....	1	2	17. jiné potíže – jaké – uveďte:	1	2																																																														
8. slabost nebo závratě.....	1	2																																																																
9. bolesti kloubů	1	2	18. byl(a) jsem bez potíží.....	2	1																																																														
10. bolesti zad	1	2																																																																	
<p>14. Emoční pohoda (zakroužkujte nejvhodnější číslo odpovědi u každé otázky podle vašich pocitů a nálad v posledních dvou týdnech)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 55%;"></th> <th style="width: 5%;">po celou dobu</th> <th style="width: 5%;">po většinu doby</th> <th style="width: 5%;">dost často</th> <th style="width: 5%;">méně často</th> <th style="width: 5%;">málokdy</th> <th style="width: 5%;">nikdy</th> <th style="width: 5%;">nevím</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Cítil(a) jsem se veselý(á) a v dobré náladě</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2. Cítil(a) jsem se klidný(á) a v pohodě</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>3. Cítil(a) jsem se aktivní a plný(á) energie</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>4. Po probuzení jsem se cítil(a) čerstvý(á) a odpočatý(á)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>5. Moje dny života byly naplněny věcmi, které mě zajímají</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>6. Cítil(a) jsem se vyčerpaný(á) a unavený(á)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>7. Cítil(a) jsem se sklíčený(á), skleslý(á), smutný(á)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>			po celou dobu	po většinu doby	dost často	méně často	málokdy	nikdy	nevím	1. Cítil(a) jsem se veselý(á) a v dobré náladě	1	2	3	4	5	6	0	2. Cítil(a) jsem se klidný(á) a v pohodě	1	2	3	4	5	6	0	3. Cítil(a) jsem se aktivní a plný(á) energie	1	2	3	4	5	6	0	4. Po probuzení jsem se cítil(a) čerstvý(á) a odpočatý(á)	1	2	3	4	5	6	0	5. Moje dny života byly naplněny věcmi, které mě zajímají	1	2	3	4	5	6	0	6. Cítil(a) jsem se vyčerpaný(á) a unavený(á)	1	2	3	4	5	6	0	7. Cítil(a) jsem se sklíčený(á), skleslý(á), smutný(á)	1	2	3	4	5	6	0		
	po celou dobu	po většinu doby	dost často	méně často	málokdy	nikdy	nevím																																																												
1. Cítil(a) jsem se veselý(á) a v dobré náladě	1	2	3	4	5	6	0																																																												
2. Cítil(a) jsem se klidný(á) a v pohodě	1	2	3	4	5	6	0																																																												
3. Cítil(a) jsem se aktivní a plný(á) energie	1	2	3	4	5	6	0																																																												
4. Po probuzení jsem se cítil(a) čerstvý(á) a odpočatý(á)	1	2	3	4	5	6	0																																																												
5. Moje dny života byly naplněny věcmi, které mě zajímají	1	2	3	4	5	6	0																																																												
6. Cítil(a) jsem se vyčerpaný(á) a unavený(á)	1	2	3	4	5	6	0																																																												
7. Cítil(a) jsem se sklíčený(á), skleslý(á), smutný(á)	1	2	3	4	5	6	0																																																												

15. Chronická nemocnost

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

16. Dlouhodobá neschopnost

a) (zakroužkujte u každé otázky jedinou odpověď)

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

b) (zakroužkujte nejvhodnější číslo odpovědi u každé otázky)

bez obtíží	s jistými obtížemi	jen s pomocí jiné osoby
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2

1. Můžete si lehnout a vstát z postele sám(a)?
2. Můžete si sednout nebo vstát ze židle sám(a)?
3. Můžete se obléci a svléci sám(a)?
4. Můžete si umýt ruce a obličej sám(a) ?
5. Můžete se najíst sám(a) (včetně krájení jídla)?
6. Můžete se dostat na toaletu a použít ji bez cizí pomoci?
7. Můžete si obstarat běžný nákup (vč. odnesení)?
8. Zvládáte středně namáhavé domácí práce(úklid, luxování, apod.)?

9. Již jste někdy neudržel(a) moč? NE ... 0 Pokud ANO, neudržíte moč:

1	méně než 1x měsíčně	2	méně než 1x týdně nejméně 1x měsíčně	3	nejméně 1x týdně
---	---------------------	---	---	---	------------------

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

1	200 m nebo více, bez omezení	2	více kroků, ale méně než 200 m	3	pouze několik kroků
---	---------------------------------	---	-----------------------------------	---	---------------------

11. Je váš sluch natolik dobrý, abyste (i s použitím naslouchadla) sledoval(a) televizi v hlasitosti, která je ostatním přijatelná ?

1	ano	2	ne, potřebuji vyšší hlasitost	3	ne, neslyším vůbec
---	-----	---	----------------------------------	---	--------------------

12. Vidíte natolik dobře, abyste (i s brýlemi, kontaktními čočkami) rozeznal(a) přítele na vzdálenost 4 metrů (přes cestu)?

1	ano	2	ne, ale rozeznám na 1 m	3	ne, nerozeznám ani na 1 m
---	-----	---	----------------------------	---	------------------------------

13. Můžete vyjít a sejít bez odpočinku 12 schodů?

1	ano	2	ano, ale s odpočinkem	3	ne
---	-----	---	--------------------------	---	----

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

1	ano	2	ne		
---	-----	---	----	--	--

15. Můžete mluvit bez obtíží?

1	ano	2	ne		
---	-----	---	----	--	--

17. Sociální podpora (vztahy s příbuznými, známými, přáteli)

Zakroužkujte v tabulce u každé otázky číslo, které nejlépe odpovídá vašim pocitům.

Jak dlouho (často) během posledních dvou týdnů (14) dnů

1. cítil jste se milovaný(á) a chtěný(á)
2. zda byl někdo, kdo by vám pomohl, kdyby to bylo potřeba
3. cítil(a) jste se osamělý(á)
4. jednal(a) jste podrážděně, vznětlivě
5. měl(a) jste nerozumné, neúměrné požadavky
6. cítil(a) jste se dobře mezi lidmi
7. byl(a) jste milý(á) na ostatní lidi

po celou dobu	po většinu doby	dost často	méně často	málokdy	nikdy	nevím
1	2	3	4	5	6	0
1	2	3	4	5	6	0
1	2	3	4	5	6	0
1	2	3	4	5	6	0
1	2	3	4	5	6	0
1	2	3	4	5	6	0
1	2	3	4	5	6	0

18. Sociální role

(zakroužkujte podle skutečnosti i více – třeba i všechny kladné odpovědi)

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Žijete ve společné domácnosti alespoň s jednou další osobou?2 2. Jste ženatý (vdaná), máte druha (družku)?2 | <ol style="list-style-type: none"> 3. Jste nyní zaměstnán(a)?..... 1 4. Máte děti?..... 1 5. Máte alespoň 1 žijícího rodiče?..... 1 |
|---|--|

19. Sociální kontakt

a) Jak časté byly vaše sociální kontakty s vašimi příbuznými, přáteli, apod. během posledních dvou týdnů?

- po celou dobu 1
- po většinu doby 2
- dost často 3
- méně často 4
- málokdy 5
- nikdy 6
- nevím 0

b) Jak byste hodnotil(a) tyto vaše sociální kontakty v posledních dvou týdnech?

- velmi dobré 1
- dobré 2
- ani dobré ani špatné 3
- špatné 4
- velmi špatné 5
- nevím, nedovedu zhodnotit 0

20. Tělesná aktivita ve volném čase

a) (zakroužkujte odpověď, která nejlépe vystihuje vaši aktivitu ve volném čase v posledním roce)

- těžký trénink a aktivní sport častěji než 1x týdně 1
- jogging a jiný rekreační sport nebo těžká práce na zahradě alespoň 4 hodiny týdně 2
- chůze, cyklistika nebo jiné lehké aktivity, alespoň 4 hodiny týdně 3
- čtení, sledování TV nebo jiné sedavé aktivity 4

b) Uveďte počet dnů v týdnu, po které se v posledních 4 týdnech

- věnujete pravidelně aktivitě jako je jogging, cyklistika, běhání, plavání, kolektivní sport, a to tak dlouho, až se zpotíte (0 – 7):

21. Kouření

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

a) Kouříte?

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

b) Kolik cigaret obvykle kouříte v průměru každý den?

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

c) Kouřil(a) jste někdy?

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

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

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

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

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

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

22. Alkohol

(zakroužkujte a vypište)

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

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

b) Po kolik dnů jste pil(a) alkohol během posledních 14 dnů? (0 – 14).....

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

- půllitru piva
- a (nebo)
- 1 dcl skleniček vína
- a (nebo)
- 0,5 dcl skleniček likéru (tvrdého)

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

- ANO 1
- NE 2

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

- VYŠŠÍ 1
- NIŽŠÍ 2

23. Drogy

Někteří lidé užívají z nejrůznějších důvodů látky označované jako drogy. Zajímalo by nás, zda jste některou z těchto látek osobně zkusil(a) a jak často? V každém řádku označte příslušnou odpověď.

Název látky

1. marihuana nebo hašiš (někdy přezdívána tráva)
2. stimulující látky, např. pervitin, amfetaminy, apod.
3. heroin či jiné omamné látky obsahující opiáty
4. halucinogenní látky, např. houbičky, apod.
5. jiné

	Nikdy v životě	Více jak před rokem	V posledním roce			
			1 – 3 x	4 – 6 x	7 – 12 x	častěji
0	1	2	3	4	5	
0	1	2	3	4	5	
0	1	2	3	4	5	
0	1	2	3	4	5	
0	1	2	3	4	5	

24. Stravovací zásady

(zakroužkujte vždy jedinou odpověď u každé z doporučených stravovacích zásad, které dodržujete)

	ANO	NE
1. Dávám přednost hrubozrnnému, černému chlebu	1	2
2. Dávám přednost rostlinným tukům, sýrům a pomazánkám s nízkým obsahem tuku	1	2
3. V létě jím čerstvé ovoce nejméně 1x denně.....	1	2
4. V zimě jím saláty a syrovou zeleninu nejméně 1x týdně	1	2
5. Smažené brambůrky jím maximálně 2x týdně.....	1	2
6. Jiná smažená jídla jím maximálně 2x týdně	1	2
7. Sladkosti nebo sušenky jím denně.....	2	1
8. Jím max. 2 vejce týdně	1	2

25. Kvalita života

Na závěr bychom vám chtěli položit otázku, jak celkově hodnotíte vaši současnou kvalitu života z hlediska zdraví, vašeho osobního života (finanční situace, sociální a rodinné podmínky, bydlení, vztahy s okolím, kvalita životního prostředí apod.), postavení v povolání, naplnění vašich zájmů a koníčků a vůbec všeho, co pokládáte v životě za důležité.

Moje kvalita života je:

velmi dobrá	1
dobrá.....	2
běžná	3
špatná	4
velmi špatná	5

26. Zdravotnictví

Naše šetření provádíme každý třetí rok a poslední proběhlo v roce 1996. Domníváte se, že se od té doby naše zdravotnictví celkově:

výrazně zlepšilo	1
zlepšilo	2
zůstalo na stejné úrovni	3
zhoršilo se	4
výrazně se zhoršilo	5

27. Platby mimo zdravotní pojištění

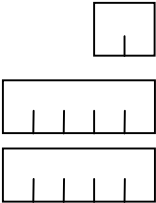
Zajímá nás, kolik lidí zaplatí mimo zdravotní pojištění za léky, zdravotnické služby a podobně. Můžete uvést odhadem, kolik vaše domácnost přibližně utratila za poslední měsíc:

a) za léky	Kč
b) za vitamíny, zdravotní pomůcky apod.	Kč
c) za zdravotnické služby (ambulantní péče, nemocnice, pohotovost, doprava sanitkou aj.)	Kč

28. Úrazy ve volném čase

Poslední část dotazníku se týká nepracovních úrazů (mimo zaměstnání), které jste vy nebo někdo z vaší domácnosti utrpěl v posledních třech měsících. Jde o takové úrazy, které se přihodily v domácnosti, při trávení volného času (zahradka, sport, koníčky, aj.), u dětí i školní úrazy, patří sem i všechny úrazy způsobené přírodními živly, zvířaty, hmyzem nebo rostlinami. Zajímají nás závažnější úrazy, kdy jste museli vyhledat lékařskou péči. Nepatří sem sebevraždy. Prosíme vás o detailní popis úrazového děje vzhledem k nutnosti správného okódování uvedeného úrazu.

Zakroužkujte nebo vepište odpověď	Vyplní pracovník ÚZIS ČR
1. Komu se stal v domácnosti úraz: nikomu ... 0 respondentovi.....1 jinému členu domácnosti 3	<input type="checkbox"/>
2. Jestliže někomu jinému z domácnosti, uveďte jeho pohlaví a věk.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Datum a hodina úrazu (pokud neznáte přesné časové údaje, uveďte přibližné hodnoty):	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> den měsíc hod. min.
4. Šlo o volný nebo pracovní den pracovní den 1 volný den..... 2	<input type="checkbox"/>
5. Datum a hodina ošetření úrazu (pokud neznáte přesné časové údaje, uveďte přibližné hodnoty):	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> den měsíc hod. min.
6. Místo prvního ošetření: záchranná služba 1 praktický lékař 4 pohotovost ambulantní 2 odborný lékař..... 5 pohotovost v nemocnici 3 nemocnice 6	<input type="checkbox"/>
7. Způsob léčby: vyšetřen (a ošetřen), bez další léčby..... 1 léčba proběhla ambulantně..... 2 byla nutná hospitalizace..... 3 šlo o smrtelný úraz (bez léčby) 4	<input type="checkbox"/>
8. Výsledek léčby: vyléčen bez následků..... 1 vyléčen s nezávažnými trvalými následky 2 vyléčen, ale se závažnými trvalými následky 3 přes léčbu pacient zemřel 4	<input type="checkbox"/>
Datum ukončení léčby nebo odhad délky léčby ve dnech	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> den měsíc délka léčby
Podrobný popis úrazu a úrazového děje (odpovědi na otázky 9 až 14 popište co nejpodrobněji)	
9. Místo úrazu:	<input type="checkbox"/>
10. Mechanismus úrazu:	<input type="checkbox"/>
11. Činnost při úrazu:	<input type="checkbox"/>
12. O jaké šlo zranění:	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

<p>13. Příčina úrazu:</p> <p>.....</p> <p>14. Zavinil úraz nebo se na úrazu podílel nějaký výrobek, předmět, zvíře, apod.:</p> <p>.....</p> <p>15. Poznámky, vysvětlivky k úrazu:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	 <p>The diagram shows a simplified human torso with a grid of vertical lines for marking injury locations. At the top right is a small square box with a vertical line. Below it are two larger rectangular boxes, each containing four vertical lines, representing the chest and abdominal areas.</p>
---	--