

**Ústav zdravotnických informací a statistiky
České republiky**

**VÝBĚROVÉ ŠETŘENÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU
ČESKÉ POPULACE
2002**

HIS CR 2002

Praha 2003

Publikace obsahuje souhrnné výsledky periodicky se opakujícího anketního průzkumu zdravotního stavu populace prováděného každé 3 roky. Průzkum prováděl ÚZIS ČR 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 obyvatel České republiky s jinými evropskými zeměmi. Otázky se týkaly životního stylu, tělesného a duševního zdraví, sociální situace, využívání zdravotnických služeb a jejich hodnocení. 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, 2003

ISBN 80-7280-296-8

OBSAH

| | |
|---------------------------------------|----|
| OBSAH | 3 |
| 1. ÚVOD | 5 |
| 2. PŘÍPRAVA A PROVEDENÍ ŠETŘENÍ | 8 |
| 2.1 Výběr respondentů | 8 |
| 2.2 Provedení šetření | 9 |
| 3. CHARAKTERISTIKA SOUBORU | 10 |
| 3.1 Pohlaví a věk | 10 |
| 3.2 Rodinný stav | 10 |
| 3.3 Národnost | 13 |
| 3.4 Vzdělání | 13 |
| 3.5 Velikost domácnosti | 13 |
| 3.6 Ekonomická aktivita | 16 |
| 3.7 Současné zaměstnání | 16 |
| 3.8 Další charakteristiky | 19 |
| 3.9 Geografické rozložení | 19 |
| 4. ŽIVOTNÍ STYL | 21 |
| 4.1 Index tělesné hmotnosti | 21 |
| 4.2 Stravovací návyky | 25 |
| 4.3 Fyzická aktivita | 30 |
| 4.4 Kouření | 36 |
| 4.5 Alkohol | 41 |
| 4.6 Drogy | 48 |
| 5. ZDRAVÍ A NEMOCNOST | 52 |
| 5.1 Subjektivně vnímané zdraví | 53 |
| 5.2 Chronická nemocnost | 57 |
| 5.3 Úrazy ve volném čase | 65 |
| 5.4 Dlouhodobá neschopnost | 67 |
| 5.5 Zdravotní potíže | 72 |
| 5.6 Dočasná neschopnost | 76 |
| 5.7 Duševní zdraví | 80 |
| 5.8 Sociální zdraví | 85 |
| 5.9 Kvalita života | 90 |

| | |
|---|-----|
| 6. ZDRAVOTNICKÉ SLUŽBY A JEJICH VYUŽÍVÁNÍ | 94 |
| 6.1 Lůžková péče | 94 |
| 6.2 Ambulantní péče..... | 98 |
| 6.3 Užívání léků | 102 |
| 6.4 Prevence | 106 |
| 6.5 Platby mimo zdravotní pojištění..... | 110 |
| 6.6 Úroveň zdravotnictví | 113 |
| 7. ZÁVĚR..... | 116 |
| METODICKÁ PŘÍLOHA..... | 126 |
| SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK..... | 127 |
| LITERATURA | 128 |
| DOTAZNÍK ŠETŘENÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU ČESKÉ POPULACE 2002 | |

1. ÚVOD

Tvorba a realizace zdravotní politiky by měla být založena na vědecky objektivizovaných poznatcích. Tak zní jeden z požadavků programu Zdraví pro všechny, přijatý v současné revizi v roce 1998 členskými státy Světové zdravotnické organizace (WHO). Celá koncepce této strategie vychází z jednoho základního cíle: dosažení plného zdravotního potenciálu pro všechny.

Obecně lze cíle zdravotní politiky, kterou schválila Světová zdravotnická organizace pro první dekádu 21. století, vyhlášené jako program Zdraví 21 a rozpracované v rámci národní koncepce jednotlivých republik, rozdělit do několika okruhů:

- zajištění spravedlnosti a solidarity ve zdraví
- lepší zdraví pro 870 miliónů obyvatel evropského regionu (zdravý start do života, zdravé stárnutí)
- prevence a zvládnání nemocí a úrazů (zlepšení duševního zdraví, snížení výskytu infekčních i neinfekčních nemocí, snížení výskytu poranění, úrazů)
- společné zdravotní strategie více odvětví (zdravé životní prostředí, zdravý životní styl)
- resort zdravotnictví zaměřený na výsledek (řízení v zájmu kvality péče, financování zdravotnických služeb)
- opatření a mechanismy k realizaci změn (výzkum a znalosti pro zdraví)

Konkrétní opatření a cíle zdravotnické politiky musejí vycházet z poznání a analýzy současné situace a z dostupných poznatků a ukazatelů. Zdravotní politika tak závisí na dostupné informační základně a na její kvalitě. Proto byly pro dílčí položky ve všech uvedených oblastech stanoveny ukazatele, které slouží jednak k formulaci cílů, ale také k monitorování jejich plnění.

K hlavním podkladům pro racionální zdravotní politiku patří znalost zdravotního stavu populace. Ten je běžně monitorován prostřednictvím rutinní zdravotnické statistiky. Tato statistika však neposkytuje kompletní popis současné zdravotní situace využitelný pro další plánování a formování zdravotnické politiky. Sběr dalších doplňujících informací se proto provádí prostřednictvím výběrových šetření.

Populační šetření jsou obecně charakterizována jako takový způsob sběru informací, kdy je dostatečně rozsáhlý počet respondentů, reprezentující cílovou populaci, systematicky a strukturovaně dotazován. Výběrová šetření o zdravotním stavu jsou takovým typem populačních šetření, která zahrnují otázky týkající se zdravotního stavu a k němu se vztahujícího chování. Význam těchto šetření spočívá především v zajištění těch údajů, které nelze zjistit jinými způsoby, ale zároveň v možnosti sledovat vzájemnou provázanost a podmíněnost jednotlivých charakteristik. Uvedená šetření (provedená na reprezentativním vzorku populace) přinášejí tedy velmi podstatné, jinak nedostupné informace. Zahrnují různé podskupiny populace, i ty, které zdravotnickou pomoc samy nevyhledávají. Hlavní výhodou výběrových šetření je jejich relativní finanční nenáročnost

a rychlost, zejména ve srovnání s běžnými nástroji zdravotnické statistiky. Použití mezinárodně harmonizovaných nástrojů, metod a postupů při jejich provádění pak zajišťuje jejich využití nejen pro potřeby zdravotnické politiky, ale i k mezinárodní komparaci.

Zásady, kterými se provádění šetření HIS řídí, vycházejí z následujících doporučení WHO:

- dodržování tříleté periodicity 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 respondenta, ani tazatele

V České republice bylo přistoupeno k provádění těchto šetření počátkem 90. let. ÚZIS ČR v roce 1993 uskutečnil první šetření (pilotní studii, 1 600 respondentů) tohoto typu, a to na základě mezinárodních doporučení (formulovaných na pracovním semináři k této problematice - tzv. „Třetí konzultace“) a zkušeností z holandských a anglických šetření. V roce 1996 se pak uskutečnilo druhé, již plnohodnotné, šetření HIS CR 96 (rozsah šetření 3 400 respondentů). Další šetření proběhlo v roce 1999 podle stejných zásad. Všechna 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.

V roce 2001 světová zdravotnická organizace iniciovala vytvoření nového, mezinárodně použitelného nástroje, který by umožnil zpřesnit dosavadní odhady ukazatelů zdravotního stavu populace. Cílem tohoto projektu bylo navržení standardního nástroje, použitelného v národních šetřeních HIS. Na základě tohoto projektu, který spočíval v testování zcela nových otázek v dotazníku EUROHIS (Health Interview Surveys in Europe), bylo upraveno znění některých otázek v šetření HIS CR 2002. Toto šetření, které je již čtvrtým v řadě, proběhlo v České republice v květnu a červnu 2002. Řada otázek zde byla zařazena nově. Všechny změny však byly navrhovány tak, aby se v maximální možné míře zachovala srovnatelnost s minulými šetřeními.

Obsahem uvedených výběrových šetření je zejména zjištění zdravotního stavu obyvatelstva. Zdraví jedince je však výsledkem celé řady podmiňujících činitelů a jejich vzájemné provázanosti. Svým efektem zde působí zejména biologické vlivy, které se

projevují především v počáteční fázi života jedince. Další charakteristikou podmiňující zdravotní stav jedince je životní prostředí. Lidské zdraví závisí na dostupnosti a kvalitě potravin, vody, ovzduší apod. Dále je podmíněno společenskými a ekonomickými faktory. K hlavním determinantám v této oblasti patří příjem, vzdělání a zaměstnání jedince. S těmito charakteristikami pak úzce souvisí životní styl jedince, jeho fyzická aktivita, stravovací návyky apod. Lze tedy říci, že zdravotní stav je ve svém souhrnu vytvářen vzájemně se podmiňujícími a různě silně působícími biologickými, sociálními, ekonomickými, ekologickými, hygienickými, epidemiologickými a dalšími vlivy. Proto se šetření zaměřilo jak na sledování zdravotního stavu respondentů, tak na možné podmiňující a rizikové faktory.

V šetření bylo sledováno několik základních okruhů a každý z nich obsahoval řadu dílčích otázek (celkem 31 otázek), z nichž některé zahrnovaly další podotázky a pokrývaly tak komplexně širokou oblast zjišťování. Dotazník použitý v šetření HIS CR 2002 je uveden v příloze této publikace. Základní okruhy byly následující:

- demografická a socioekonomická charakteristika (pohlaví, věk, rodinný stav, národnost, vzdělání, ekonomické postavení, velikost a příjem domácnosti)
- životní styl a rizikové chování (tělesná výška a váha, stravovací návyky, fyzická aktivita, kouření, konzumace alkoholu a drog)
- zdravotní stav (subjektivně vnímané zdraví, dočasná a dlouhodobá neschopnost, výskyt zdravotních potíží a chronických nemocí, úrazy)
- sociální a psychické zdraví, kvalita života
- zdravotnické služby a jejich využívání (využívání ambulantní a lůžkové péče, užívání léků, preventivní zdravotní péče, názory na zdravotnictví, platby mimo zdravotní pojištění)

Tato publikace obsahuje analýzu všech tématických okruhů, které byly v našem šetření sledovány. Většina ukazatelů je zde analyzována jednak z hlediska věku a pohlaví, ale také z hlediska základních socio-ekonomických charakteristik. K testování statistické závislosti ukazatele na těchto charakteristikách bylo nejčastěji (pokud to charakter ukazatele umožňoval) použito metody logistické regrese. K dalšímu testování kategorizovaných proměnných byl použit Chí-kvadrát test. K testování průměrných ukazatelů byly použity T-test a ANOVA (Analýza rozptylu). Charakteristika jednotlivých statistických testů je uvedena v Metodické příloze.

2. PŘÍPRAVA A PROVEDENÍ ŠETŘENÍ

2.1 VÝBĚR RESPONDENTŮ

V tomto šetření byl použit vícestupňový stratifikovaný náhodný výběr 3 500 osob starších 15 let s trvalým pobytem na území České republiky. Samotný výběr respondentů byl zajištěn z Centrálního registru obyvatel (CRO) při Ministerstvu vnitra. Výběrová populace měla odpovídat z hlediska geografického členění obyvatelstvu celé České republiky. Náhodnost výběru pak měla zajistit shodu i v ostatních základních charakteristikách, jakými jsou například pohlaví, věk, vzdělání apod.

Požadovaný počet respondentů byl rozdělen z geografického hlediska do skupin tak, aby podíl respondentů v každé skupině odpovídal podílu v celé populaci České republiky. Skupiny byly utvořeny kombinací každé z osmi oblastí NUTS2 a každé velikostní skupiny obce podle počtu obyvatel (viz tabulka 2.1). Na základě počtu respondentů v každé skupině byl určen počet obcí, které mají být vybrány. Podmínkou pro výpočet počtu obcí bylo, aby na každou z nich připadal počet respondentů dělitelný beze zbytku číslem 7.

Na základě znalosti počtu obcí pro každou oblast a velikostní skupinu obce mohl být proveden třístupňový výběr respondentů.

1. stupeň (Výběr obcí)

Výběr obcí, ve kterých měly být rozhovory provedeny zajistil ÚZIS ČR. Náhodně bylo vybráno 270 obcí.

2. stupeň (Výběr ulic)

V každé obci byl z CRO náhodně vylosován požadovaný počet výběrových skupin. Výběrovou skupinou se rozumí ulice nebo, pokud nejsou v obci ulice, pak celá obec. Celkem bylo získáno 500 výběrových skupin.

3. stupeň (Výběr osob)

V každé výběrové skupině (ulici nebo obci) bylo, podle výše uvedené specifikace výběru, prostým náhodným výběrem vylosováno 7 osob. To znamená, že celkem bylo vybráno $500 \cdot 7 = 3\,500$ osob.

Tab. 2.1 Požadovaný počet respondentů podle oblasti a velikosti obce

| Oblast | Velikostní skupina obce | | | | | | Celkem |
|------------------------|-------------------------|-------------|-------------|--------------|---------------|---------|--------|
| | -999 | 1 000-1 999 | 2 000-4 999 | 5 000-19 999 | 20 000-49 999 | 50 000+ | |
| Praha | - | - | - | - | - | 399 | 399 |
| Střední Čechy | 119 | 49 | 49 | 98 | 42 | 28 | 385 |
| Jihozápad | 91 | 42 | 63 | 70 | 49 | 91 | 406 |
| Severozápad | 49 | 28 | 42 | 91 | 49 | 126 | 385 |
| Severovýchod | 112 | 42 | 56 | 147 | 56 | 98 | 511 |
| Jihovýchod | 126 | 56 | 70 | 84 | 77 | 147 | 560 |
| Střední Morava | 70 | 56 | 63 | 84 | 84 | 63 | 420 |
| Moravskoslezsko | 28 | 35 | 42 | 56 | 70 | 203 | 434 |
| Celkem | 595 | 308 | 385 | 630 | 427 | 1 155 | 3 500 |

2.2 PROVEDENÍ ŠETŘENÍ

Šetření se uskutečnilo metodou přímého rozhovoru tazatele s vybraným respondentem, při kterém tazatel vyplnil s respondentem dotazník. Tazatelskou síť tvořili zaměstnanci ÚZIS po celém území ČR, kteří absolvovali jednodenní školení věnované obsahu dotazníku a způsobu provedení rozhovoru. Rozhovory s respondenty byly uskutečněny v období od začátku května do začátku července 2002.

Vybraní respondenti nejprve dostali od tazatele kontaktní dopis se základními informacemi o účelu šetření a jeho anonymitě (s možností ověřit si hodnověrnost výzkumu) a leták s výsledky předchozího šetření. V dopise byl nabídnut termín schůzky s tazatelem, který si respondent mohl libovolně změnit - určit místo a čas setkání. Tazatel byl povinen v případě neprovedení rozhovoru na první pokus kontaktovat respondenta vícekrát (zpravidla třikrát). Pro každého respondenta musel tazatel vyplnit protokol o uskutečněných či neuskutečněných rozhovorech, kde byla zaznamenána charakteristika bydliště respondenta, počet kontaktů s respondentem nutných k uskutečnění návštěvy, délka a obtížnost rozhovoru, resp. důvod neuskutečnění rozhovoru. Pro kontrolu kvality dat byli náhodně vybraní respondenti telefonicky osloveni vedoucím regionálního pracoviště ÚZIS - v průběhu celého šetření nebyl zjištěn žádný případ nekorektního jednání ze strany tazatelů.

Průměrná délka rozhovoru tazatele s respondentem při vyplňování dotazníku byla 44 minut (minimum 10 minut, maximum 180 minut). Úměrně se zvyšujícím se věkem respondentů narůstala i délka rozhovoru. Pokud byli respondenti ochotni odpovídat, neměli většinou tazatelé žádné obtíže při rozhovoru. Ze 75,5 % byly rozhovory s respondenty označeny jako snadné, obvyklé. Mírné obtíže určili tazatelé u 20,5 % rozhovorů. Jako velmi obtížné až namáhavé byly rozhovory označeny u 4 % respondentů. Stejně jako u délky byly i u obtížnosti rozhovoru z hlediska věku respondentů zjištěny statisticky významné rozdíly. Starším osobám připadalo vyplnění dotazníku obtížnější než osobám mladším. Narůstající obtížnost vyplňování dotazníku s věkem pravděpodobně také souvisí se zdravotním stavem respondentů.

Z celkového počtu 3 500 kontaktovaných osob nebyly uskutečněny rozhovory s 1 024 (tj. 29,3 %) z nich. Téměř 13 % vybraných osob jednoznačně odmítlo účast na šetření. Velkou část neprovedených rozhovorů (8,2 %) tvořily osoby, které v průběhu šetření nebyly tazateli zastíženy v místě bydliště. Pokud z celkového počtu 3 500 vybraných osob nebudeme brát v úvahu ty, které se odstěhovaly, nebyly nalezeny a nebo zemřely, činí procento neuskutečněných rozhovorů 24,8 %; tj. míra neúčasti s vyloučením neproveditelných rozhovorů. Největší podíl na neuskutečněných rozhovorech měly osoby nejmladší z větších měst.

Po sběru a kontrole byly dotazníky postupně pořízeny do počítače. Poté bylo provedeno vyčištění datového souboru, spočívající v kontrole extrémních hodnot a posouzení logické vazby mezi jednotlivými odpověďmi.

3. CHARAKTERISTIKA SOUBORU

V šetření HIS CR 2002 byly uskutečněny rozhovory s 2 476 respondenty z celého území České republiky ve věku 15 a více let, z toho bylo 1 169 mužů a 1 307 žen. V roce 2001 proběhlo v České republice Sčítání lidu, domů a bytů (dále jen SLDB), které poskytuje podrobná data o základních charakteristikách populace. Proto je možné, na rozdíl od předchozích šetření, podrobněji porovnat rozložení výběrového souboru z hlediska více sledovaných charakteristik a posoudit tak reprezentativnost výběru.

U většiny charakteristik (s výjimkou velikosti domácnosti) bylo možné porovnat struktury obou souborů pro obyvatelstvo starší 15 let (šetření se účastnili pouze respondenti starší 15 let). Určitý problém však představuje odlišná definice obyvatelstva, na něž se údaje vztahují. Zatímco v našem šetření se jednalo pouze o osoby s trvalým bydlištěm na území našeho státu, SLDB z roku 2001 zahrnuje do obyvatelstva České republiky i cizince s dlouhodobým pobytem na našem území (těch bylo sečteno cca 70 tisíc), což může mít vliv na některé charakteristiky, jako je např. národnost.

3.1 POHLAVÍ A VĚK

Z celkového počtu osob, které poskytly rozhovor, bylo 47,2 % mužů a 52,8 % žen, což zhruba odpovídá zastoupení mužů a žen v populaci podle údajů SLDB. Výběrový soubor je tedy z tohoto hlediska reprezentativní.

Rozložení respondentů podle věkových kategorií se příliš neliší od rozložení celé populace. Určité odchylky byly zaznamenány ve věkové skupině 35 - 44 let, podíl těchto osob v souboru respondentů byl nižší než jejich podíl v celkové populaci. Naopak podíl osob 55 - 64 letých byl v našem šetření vyšší než v celé populaci (viz graf 3.1).

Na základě Chí-kvadrát testu bylo zjištěno, že rozložení respondentů do věkových skupin odpovídá rozložení celé populace podle věku, proto lze považovat výběrový soubor i z tohoto hlediska za reprezentativní (statistický test potvrdil reprezentativnost výběru podle věku především u mužů, u žen na 5 % hladině významnosti reprezentativnost potvrzena nebyla).

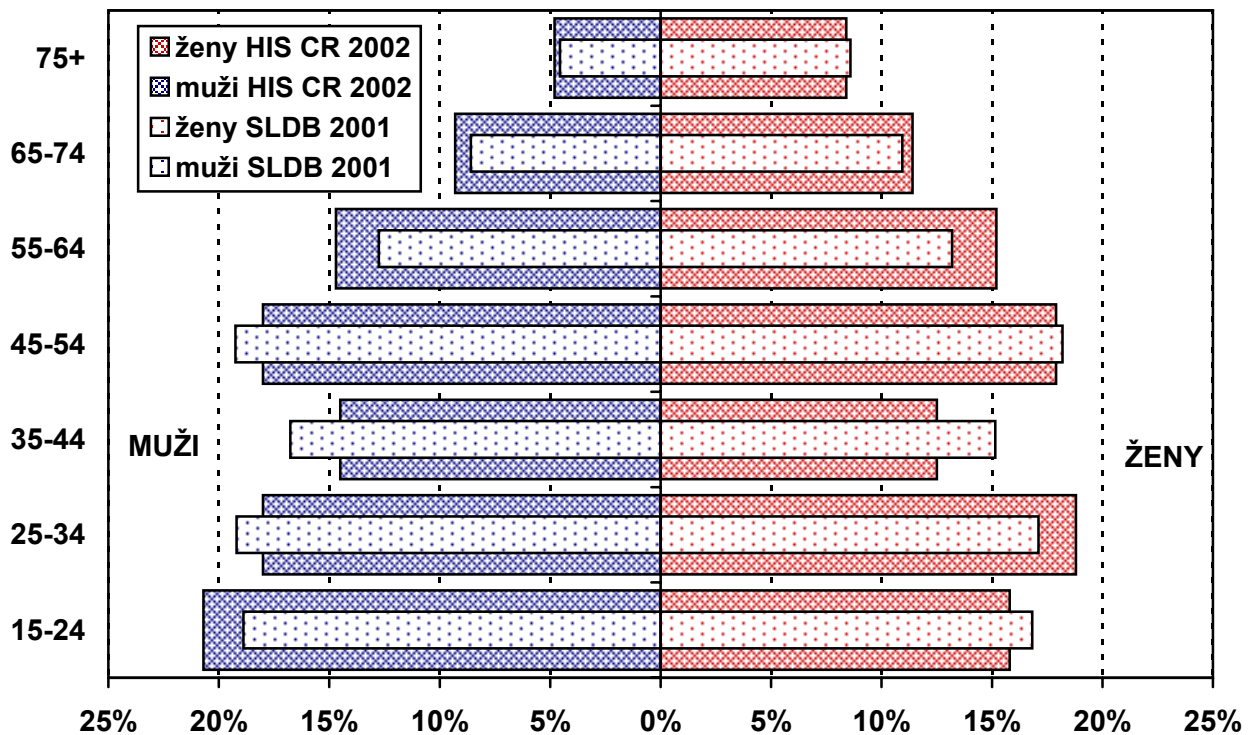
3.2 RODINNÝ STAV

Pro porovnání struktury podle rodinného stavu bylo nutné údaje poněkud transformovat, neboť ze SLDB je dostupné členění pouze do čtyř základních kategorií. Proto byly kategorie „dosud svobodný(á)“ a „druh, družka“ sloučeny do kategorie „svobodný(á)“, kategorie „žijící odděleně“ pak byla přiřazena ke kategorii „sezdaný(á)“. V našem šetření bylo zahrnuto celkem 85 osob žijících v nesezdaném soužití, odděleně žilo 17 sezdaných respondentů. Rozdělení respondentů ve výběrovém souboru podle rodinného stavu do značné míry odpovídá rozložení osob v celé populaci. Výraznější odchylka je patrná u osob svobodných, což může být způsobeno skutečností, že do kategorie „druh, družka“, kterou jsme k dosud svobodným osobám pro toto srovnání přiřadili, jsou zahrnuty nejen osoby svobodné, ale i rozvedené a ovdovělé.

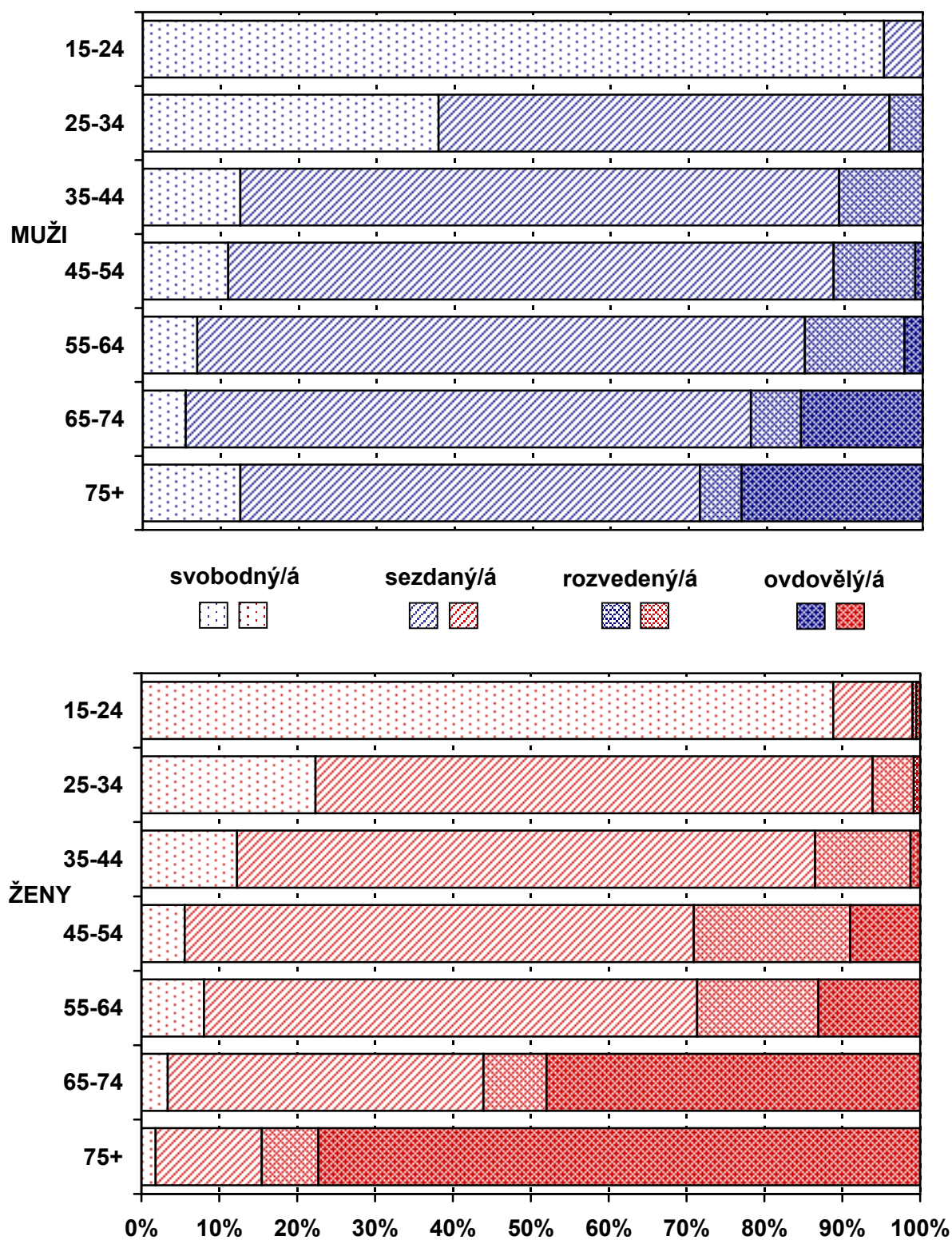
Tab. 3.1 Struktura souboru respondentů podle věku a rodinného stavu

| Věková skupina | Muži | | | | Ženy | | | |
|---------------------|----------|------|------|---------|----------|------|------|---------|
| | HIS 2002 | | ČSÚ | HIS/ČSÚ | HIS 2002 | | ČSÚ | HIS/ČSÚ |
| | počet | % | % | | počet | % | % | |
| Celkem | 1 169 | 47,2 | 48,2 | 0,98 | 1 307 | 52,8 | 51,8 | 1,02 |
| 15-24 | 242 | 20,7 | 18,9 | 1,10 | 206 | 15,8 | 16,8 | 0,94 |
| 25-34 | 211 | 18,0 | 19,2 | 0,94 | 246 | 18,8 | 17,1 | 1,10 |
| 35-44 | 169 | 14,5 | 16,8 | 0,87 | 163 | 12,5 | 15,1 | 0,83 |
| 45-54 | 210 | 18,0 | 19,2 | 0,94 | 234 | 17,9 | 18,2 | 0,98 |
| 55-64 | 172 | 14,7 | 12,8 | 1,15 | 199 | 15,2 | 13,2 | 1,15 |
| 65-74 | 109 | 9,3 | 8,6 | 1,08 | 149 | 11,4 | 10,9 | 1,04 |
| 75+ | 56 | 4,8 | 4,6 | 1,05 | 110 | 8,4 | 8,6 | 0,98 |
| Rodinný stav | | | | | | | | |
| svobodný(á) | 379 | 32,4 | 30,5 | 1,06 | 294 | 22,5 | 20,7 | 1,09 |
| sezdáný(á) | 672 | 57,5 | 57,4 | 1,00 | 672 | 51,4 | 53,4 | 0,96 |
| rozvedený(á) | 81 | 6,9 | 8,5 | 0,81 | 132 | 10,1 | 10,3 | 0,98 |
| ovdovělý(á) | 36 | 3,1 | 3,0 | 1,04 | 208 | 15,9 | 14,9 | 1,07 |
| nezjištěno | 1 | 0,1 | 0,7 | 0,12 | 1 | 0,1 | 0,6 | 0,13 |

Graf 3.1 Věková struktura respondentů



Graf 3.2 Struktura souboru respondentů podle věku a rodinného stavu



3.3 NÁRODNOST

V šetření byla zjišťována také národnost respondentů. Oproti předchozím šetřením byla zavedena národnost polská. Z porovnání struktury výběrového souboru se strukturou celé populace z hlediska národnosti vyplývá, že ve výběrovém souboru jsou častěji zastoupeny osoby s českou národností (uvažováno včetně moravské a slezské), nižším podílem jsou zde zastoupeny osoby s jinou národností (s výjimkou Romů, kteří jsou v našem šetření zastoupeni ve srovnání s celkovou populací poměrně často). Rozložení osob s jinou než českou národností však nelze příliš dobře srovnat s rozložením v celé populaci, neboť jejich zastoupení je poměrně nízké a náhodným výběrem nemusely být vždy zahrnuty. Lze však rovněž předpokládat, že osoby s jinou než českou, případně slovenskou národností nebyly tak často ochotné šetření se zúčastnit, v šetření pro ně nebyly připraveny žádné další jazykové mutace dotazníků, jejich dotazování tedy bylo poměrně obtížné i z tohoto důvodu. Další problém zde představuje již zmíněná odlišnost definice obyvatelstva České republiky, kterého se údaje ze SLDB týkají. Lze předpokládat, že podíl cizinců je v nově definované celorepublikové populaci vyšší. Vysoký podíl občanů romské národnosti v našem šetření může být způsoben mimo jiné i tím, že zatímco ve SLDB se z určitých důvodů ke své národnosti nepřihlásili, v méně „oficiálním“ dotazníkovém šetření byli ochotnější uvést svou pravou národnost.

3.4 VZDĚLÁNÍ

V šetření jsme rozlišovali 5 kategorií dokončeného vzdělání, pro další analýzy však byly kategorie „vyšší odborné“ a „vysokoškolské“ sloučeny do jedné, označené jako „vyšší vzdělání“. Rozložení respondentů z hlediska vzdělání bylo po této úpravě plně srovnatelné se strukturou celé populace. Osoby jsou v obou srovnávaných souborech rozloženy přibližně stejně, výběrový soubor se od celé populace mírně liší nižším zastoupením osob se základním a učňovským vzděláním, vyšší je naopak podíl osob se středním a vyšším vzděláním. Tato skutečnost může být způsobena menší ochotou respondentů s nižším vzděláním šetření se účastnit, neboť si dostatečně neuvědomují jeho význam a o své zdraví se tolik nezajímají.

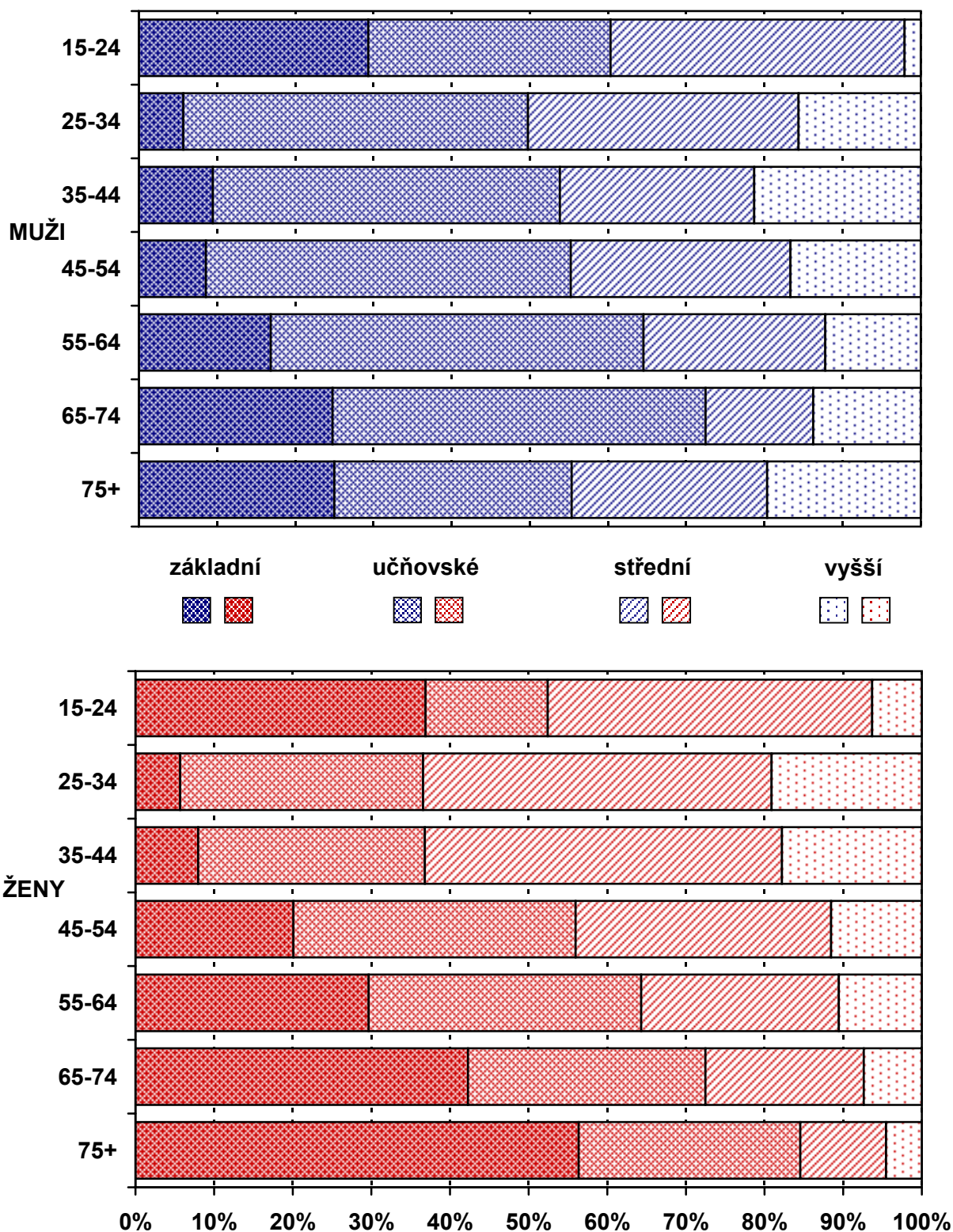
3.5 VELIKOST DOMÁCNOSTI

Jednou z charakteristik, které byly zjišťovány v našem šetření nikoliv o respondentovi, ale o jeho domácnosti je ukazatel velikosti domácnosti. Údaje lze opět srovnat s celkovou populací. K tomuto účelu byl použit údaj o velikosti hospodařící domácnosti. Zde však nemá smysl uvažovat věk jedince či jeho pohlaví. Ze srovnání za obě pohlaví dohromady lze říci, že ve výběrovém souboru je nižší podíl domácností jednotlivců (ve výběru 13,5 %, v celé populaci 30,3 %) a vyšší podíl domácností 3 a vícečlenných. Nižší podíl domácností jednotlivců ve výběrovém souboru je logickým důsledkem menší pravděpodobnosti zastižení osob žijících osaměle ve srovnání s osobami z vícečlenných domácností.

Tab. 3.2 Struktura souboru respondentů podle sociodemografických charakteristik

| Národnost | Muži | | | | Ženy | | | |
|----------------------------|----------------------------|------|------|---------|----------|------|------|---------|
| | HIS 2002 | | ČSÚ | HIS/ČSÚ | HIS 2002 | | ČSÚ | HIS/ČSÚ |
| | počet | % | % | | počet | % | % | |
| česká | 1 120 | 95,8 | 93,6 | 1,02 | 1 257 | 96,2 | 94,1 | 1,02 |
| slovenská | 33 | 2,8 | 2,2 | 1,27 | 26 | 2,0 | 2,1 | 0,93 |
| rómská | 6 | 0,5 | 0,1 | 4,79 | 8 | 0,6 | 0,1 | 6,91 |
| německá | 5 | 0,4 | 0,4 | 0,94 | 6 | 0,5 | 0,4 | 1,12 |
| polská | 1 | 0,1 | 0,5 | 0,21 | 5 | 0,4 | 0,6 | 0,62 |
| jiná | 4 | 0,3 | 3,2 | 0,09 | 5 | 0,4 | 2,6 | 0,15 |
| Vzdělání | | | | | | | | |
| základní, bez vzdělání | 187 | 16,0 | 17,2 | 0,93 | 334 | 25,6 | 29,9 | 0,86 |
| učňovské | 492 | 42,1 | 46,0 | 0,92 | 384 | 29,4 | 31,5 | 0,93 |
| střední | 334 | 28,6 | 24,6 | 1,16 | 436 | 33,4 | 30,1 | 1,11 |
| vyšší odborné | 20 | 1,7 | 1,2 | 1,38 | 49 | 3,7 | 1,3 | 2,79 |
| vysokoškolské | 136 | 11,6 | 10,9 | 1,06 | 104 | 8,0 | 7,2 | 1,11 |
| Velikost domácnosti | obyvatelstvo celkem | | | | | | | |
| 1 | 335 | 13,5 | 30,3 | 0,45 | | | | |
| 2 | 668 | 27,0 | 28,2 | 0,96 | | | | |
| 3 | 559 | 22,6 | 18,9 | 1,20 | | | | |
| 4 | 661 | 26,7 | 17,5 | 1,53 | | | | |
| 5+ | 250 | 10,1 | 5,2 | 1,93 | | | | |
| nezjištěno | 3 | 0,1 | - | - | | | | |

Graf 3.3 Struktura souboru respondentů podle věku a vzdělání



3.6 EKONOMICKÁ AKTIVITA

Pro srovnání struktury souboru respondentů s celou populací podle ekonomické aktivity byly provedeny určité metodické úpravy. Ke kategorii „zaměstnaní“ byly přiřazeny osoby na mateřské dovolené, ke kategorii „ostatní“ byli přiřazeni studenti a osoby v domácnosti.

Srovnáním se strukturou celé populace z hlediska ekonomické aktivity zjišťujeme, že ve výběrovém souboru je u mužů nižší podíl zaměstnaných, více je naopak osob nezaměstnaných a důchodců. Tyto rozdíly souvisí pravděpodobně s neuskutečněnými rozhovory, osoby, které jsou zaměstnané mají menší pravděpodobnost zastížení v domácnosti a zřejmě jsou i z důvodu časové vytíženosti méně ochotné poskytnout rozhovor, u důchodců a nezaměstnaných osob je větší jak pravděpodobnost zastížení, tak i ochota šetření se zúčastnit.

Míra nezaměstnanosti vypočítaná na základě výběrového souboru činí 10,9 % (hranice 95 % intervalu spolehlivosti jsou 9,4 % až 12,5 %), což je údaj mírně vyšší, než uvádí MPSV (8,7 % ke konci 2. čtvrtletí 2002).

Vedle ekonomické aktivity byl respondent dále dotázán (v případě že je zaměstnaný) zda podniká a pokud ano, zda zaměstnává další osoby.

3.7 SOUČASNÉ ZAMĚSTNÁNÍ

Další otázka zjišťovala respondentovo současné, resp. poslední zaměstnání. Respondenti měli uvést podrobný popis povolání, tazatelem pak byla jednotlivá zaměstnání zařazena a kódována dvoumístným kódem klasifikace zaměstnání KZAM. Vedle současného zaměstnání jsme zjišťovali také hlavní zaměstnání respondentů v životě, čímž je myšleno jejich nejvýznamnější, nejdelší životní zaměstnání. Ve většině případů (87 %) se však obě zaměstnání, nebo alespoň jejich zařazení v rámci hlavních skupin klasifikace, shodovala.

Z hlediska současného zaměstnání (podle klasifikace zaměstnání KZAM) je možné výběrový soubor porovnat s celou populací. Uvedené srovnání vychází opět z údajů o struktuře obyvatelstva ze SLDB, a to z údajů o osobách ekonomicky aktivních. Sem se řadí jak osoby zaměstnané, tak osoby nezaměstnané (u nichž se zjišťovalo poslední zaměstnání), ženy na mateřské dovolené a pracující studenti a důchodci. Do uvedeného srovnání nejsou z těchto osob zahrnuti nezaměstnaní absolventi škol a ženy na mateřské dovolené bez předchozího zaměstnání.

Ve výběrovém souboru je zahrnuto méně zákonodárců, vedoucích a řídicích pracovníků, dále pak kvalifikovaných zemědělských dělníků, pracovníků obsluhujících stroje a zařízení. Nižší zastoupení posledních dvou uvedených skupin zřejmě souvisí s jejich nižším vzděláním a menším zájmem o problémy, kterým se šetření věnuje a nezastížitelností či neochotou dotazník vyplnit. Naopak je zde více nižších administrativních pracovníků a více nekvalifikovaných a pomocných dělníků, což uvedenou souvislost se vzděláním zpochybňuje. Některé rozdíly však mohou být způsobeny chybným zařazením respondenta do klasifikační třídy ze strany tazatele.

Tab. 3.3 Struktura souboru respondentů podle ekonomických charakteristik

| Ekonomická aktivita | Muži | | | | Ženy | | | |
|--|----------|------|------|------|----------|------|------|------|
| | HIS 2002 | | ČSÚ | HIS/ | HIS 2002 | | ČSÚ | HIS/ |
| | počet | % | % | ČSÚ | počet | % | % | ČSÚ |
| zaměstnaný | 710 | 60,7 | 63,7 | 0,95 | 648 | 49,6 | 48,4 | 1,03 |
| nezaměstnaný | 82 | 7,0 | 6,2 | 1,13 | 84 | 6,4 | 5,3 | 1,21 |
| důchodce | 251 | 21,5 | 20,4 | 1,05 | 440 | 33,7 | 32,1 | 1,05 |
| ostatní | 126 | 10,8 | 9,7 | 1,11 | 135 | 10,3 | 14,3 | 0,72 |
| Pracovní zařazení | | | | | | | | |
| vedoucí a řídící pracovník | 51 | 6,6 | 7,8 | 0,85 | 20 | 2,8 | 4,5 | 0,62 |
| vědecký a odborný pracovník | 67 | 8,7 | 7,8 | 1,11 | 78 | 10,9 | 11,0 | 0,99 |
| technik, zdravotník, pedagog | 120 | 15,5 | 17,2 | 0,90 | 184 | 25,7 | 29,2 | 0,88 |
| nižší administrativní pracovník | 24 | 3,1 | 2,7 | 1,14 | 115 | 16,1 | 9,0 | 1,78 |
| pracovník v obchodě a službách | 70 | 9,1 | 8,4 | 1,08 | 132 | 18,5 | 18,7 | 0,99 |
| kvalifikovaný zemědělský a lesní dělník | 12 | 1,6 | 2,2 | 0,71 | 6 | 0,8 | 1,9 | 0,43 |
| řemeslník a kvalifikovaný dělník | 244 | 31,6 | 30,8 | 1,03 | 63 | 8,8 | 9,7 | 0,91 |
| obsluha strojů a zařízení | 98 | 12,7 | 16,1 | 0,79 | 20 | 2,8 | 5,6 | 0,50 |
| pomocný a nekvalifikovaný dělník | 74 | 9,6 | 5,3 | 1,80 | 97 | 13,6 | 10,3 | 1,31 |
| příslušníci armády | 13 | 1,7 | 1,7 | 0,97 | - | - | 0,1 | - |

Tab. 3.4 Struktura souboru respondentů podle dalších charakteristik

| Počet let školní docházky | Muži | | Ženy | |
|---------------------------------------|-------|------|-------|------|
| | počet | % | počet | % |
| 0-10 let | 216 | 18,5 | 372 | 28,5 |
| 11-13 let | 762 | 65,2 | 752 | 57,5 |
| 14 a více let | 188 | 16,1 | 179 | 13,7 |
| odmítl | 3 | 0,3 | 4 | 0,3 |
| Příjem domácnosti na osobu | | | | |
| do 5 000 Kč | 211 | 18,0 | 264 | 20,2 |
| 5 000-6 999 Kč | 346 | 29,6 | 478 | 36,6 |
| 7 000-8 999 Kč | 268 | 22,9 | 257 | 19,7 |
| 9 000-11 999 Kč | 134 | 11,5 | 125 | 9,6 |
| 12 000 a více Kč | 127 | 10,9 | 103 | 7,9 |
| odmítl | 45 | 3,8 | 46 | 3,5 |
| neví | 38 | 3,3 | 34 | 2,6 |

Tab. 3.5 Příjmy domácností respondentů

| Vzdělání | Příjem na 1 člena domácnosti v Kč | | | | | |
|---------------|-----------------------------------|--------|--------|--------|---------|---------|
| | struktura podle příjmu (v %) | | | | | |
| | neudáno | -4 999 | -6 999 | -8 999 | -11 999 | 12 000+ |
| | muži | | | | | |
| Celkem | 7,1 | 18,0 | 29,6 | 22,9 | 11,5 | 10,9 |
| základní | 5,3 | 32,6 | 35,8 | 15,5 | 4,3 | 3,2 |
| učňovské | 9,6 | 20,7 | 33,9 | 22,8 | 9,3 | 7,9 |
| střední | 5,8 | 11,1 | 24,6 | 27,8 | 14,7 | 12,3 |
| vyšší | 7,1 | 7,1 | 19,2 | 21,8 | 19,9 | 26,3 |
| | ženy | | | | | |
| Celkem | 6,1 | 20,2 | 36,6 | 19,7 | 9,6 | 7,9 |
| základní | 8,1 | 28,4 | 42,8 | 13,5 | 3,6 | 3,6 |
| učňovské | 5,2 | 24,5 | 41,4 | 20,1 | 4,4 | 4,4 |
| střední | 6,9 | 13,5 | 33,5 | 22,0 | 14,9 | 9,2 |
| vyšší | 2,0 | 10,5 | 19,6 | 25,5 | 20,3 | 22,2 |

3.8 DALŠÍ CHARAKTERISTIKY

Tabulka 3.4 uvádí strukturu souboru podle příjmu a počtu let vzdělání, tyto dvě charakteristiky souboru bohužel nelze srovnat s celou populací, neboť nejsou v této podobě ČSÚ zjišťovány. Nejčetnější kategorií z hlediska délky vzdělání je 11 - 13 let, tato skupina zahrnuje 65,2 % mužů a 57,5 % žen.

Respondenti měli dále uvést rozpětí průměrného měsíčního příjmu na 1 člena domácnosti (včetně všech platů, podpor, důchodů a alimentů). Nejvíce osob zařadilo svoji domácnost podle hodnoty průměrného měsíčního příjmu na osobu do kategorie 5 000 - 6 999 Kč. Na tuto otázku odmítlo nebo neznalo odpověď 163 respondentů, tj. 7,1 % mužů a 6,1 % žen. Příjem domácnosti je spojen se vzděláním respondenta. Lze předpokládat, že respondenti s vyšším vzděláním budou mít i lepší zaměstnání a vyšší příjem, což ovlivní příjem celé domácnosti. Navíc v případě uzavíraných manželství existuje určitá vzdělanostní homogenita a manželské páry jsou často tvořeny osobami s přibližně stejným nejvyšším dokončeným vzděláním.

3.9 GEOGRAFICKÉ ROZLOŽENÍ

Již při specifikaci výběrového souboru byl stanoven požadavek reprezentativnosti z hlediska geografického rozložení, tedy z hlediska geografické oblasti a velikostní skupiny obce. Z hlediska velikostní skupiny obce byla u obou pohlaví potvrzena reprezentativnost výběrového souboru respondentů, kteří na šetření aktivně participovali, méně zastoupeni jsou pouze respondenti z obcí nad 50 000 obyvatel. Pro další zpracování a analýzu jednotlivých charakteristik byly jako venkovské vymezeny obce do 5 000 obyvatel, obce s více než 5 000 obyvateli byly chápány jako městské.

Regionální rozložení respondentů, kteří se šetření aktivně zúčastnili, se od struktury celkové populace příliš neliší a je prezentováno v tabulce 3.6. Reprezentativnost souboru byla potvrzena statistickým testem u mužů, u žen byla hypotéza o reprezentativnosti vzorku na 5 % hladině významnosti zamítnuta. Nižší podíl respondentů v krajích Hlavní město Praha a Středočeský a naopak vyšší podíl respondentů v krajích Vysočina, Hradec Králové a Moravskoslezský může souviset s výše uvedenými charakteristikami obyvatelstva (ekonomická aktivita, vzdělání apod.), přičemž struktura obyvatelstva jednotlivých krajů podle těchto charakteristik se různí. Počty respondentů v jednotlivých krajích jsou však poměrně malé, bližší zkoumání jednotlivých charakteristik v rámci regionů proto není možné a jeho výsledky nelze potvrdit jako statisticky významné.

Ze srovnání s obyvatelstvem České republiky je patrné, že výběrový soubor respondentů je reprezentativní z hlediska věku a pohlaví, poměrně malé jsou také odchylky v rozložení podle rodinného stavu, národnosti, pracovního zařazení i velikostní skupiny obce. Výraznější rozdíly v rozložení respondentů podle některých charakteristik mohou souviset s rozdílnou zastupitelností a ochotou respondentů šetření se zúčastnit. Je pravděpodobné, že i přes poměrně vysokou reprezentativitu souboru z hlediska základních charakteristik se určité skupiny obyvatelstva do šetření nedostaly vůbec. Jedná se například o okrajové skupiny obyvatelstva (bezdomovci, drogově závislí), ale i o osoby

žijící ve zdravotnických zařízeních, léčebnách, osoby v pečovatelských domech či institucích pro tělesně či duševně postižené (pokud zde jedinec nemá trvalé bydliště). Tato skutečnost pak může mít vliv na některé sledované okruhy otázek (např. drogy, alkohol apod.).

Tab. 3.6 Struktura souboru respondentů podle geografických charakteristik

| Kraj | Muži | | | | Ženy | | | |
|--------------------------------|----------|------|------|---------|----------|------|------|---------|
| | HIS 2002 | | ČSÚ | HIS/ČSÚ | HIS 2002 | | ČSÚ | HIS/ČSÚ |
| | počet | % | % | | počet | % | % | |
| Hlavní město Praha | 113 | 9,7 | 11,4 | 0,84 | 128 | 9,8 | 12,1 | 0,81 |
| Středočeský | 103 | 8,8 | 11,1 | 0,80 | 110 | 8,4 | 10,9 | 0,77 |
| Jihočeský | 81 | 6,9 | 6,1 | 1,13 | 85 | 6,5 | 6,0 | 1,08 |
| Plzeňský | 60 | 5,1 | 5,5 | 0,94 | 65 | 5,0 | 5,4 | 0,92 |
| Karlovarský | 34 | 2,9 | 3,0 | 0,98 | 35 | 2,7 | 2,9 | 0,91 |
| Ústecký | 100 | 8,6 | 8,0 | 1,07 | 108 | 8,3 | 7,9 | 1,05 |
| Liberecký | 51 | 4,4 | 4,2 | 1,05 | 60 | 4,6 | 4,2 | 1,11 |
| Královéhradecký | 73 | 6,2 | 5,4 | 1,16 | 84 | 6,4 | 5,4 | 1,19 |
| Pardubický | 61 | 5,2 | 5,0 | 1,05 | 57 | 4,4 | 4,9 | 0,89 |
| Vysočina | 68 | 5,8 | 5,1 | 1,14 | 72 | 5,5 | 4,9 | 1,12 |
| Jihomoravský | 129 | 11,0 | 11,0 | 1,00 | 137 | 10,5 | 11,1 | 0,94 |
| Olomoucký | 77 | 6,6 | 6,2 | 1,06 | 87 | 6,7 | 6,2 | 1,07 |
| Zlínský | 67 | 5,7 | 5,8 | 0,99 | 90 | 6,9 | 5,8 | 1,19 |
| Moravskoslezský | 152 | 13,0 | 12,3 | 1,06 | 189 | 14,5 | 12,2 | 1,18 |
| Velikostní skupina obce | | | | | | | | |
| do 999 obyvatel | 209 | 17,9 | 17,5 | 1,02 | 218 | 16,7 | 16,7 | 1,00 |
| 1 000-1 999 | 108 | 9,2 | 8,9 | 1,03 | 120 | 9,2 | 8,6 | 1,07 |
| 2 000-4 999 | 150 | 12,8 | 10,9 | 1,17 | 143 | 10,9 | 10,7 | 1,02 |
| 5 000-19 999 | 210 | 18,0 | 18,1 | 0,99 | 250 | 19,1 | 18,1 | 1,05 |
| 20 000-49 999 | 144 | 12,3 | 11,8 | 1,05 | 156 | 11,9 | 11,9 | 1,00 |
| 50 000 a více ob. | 348 | 29,8 | 32,8 | 0,91 | 420 | 32,1 | 34,0 | 0,94 |

4. ŽIVOTNÍ STYL

Životní styl je důležitým činitelem, který významně ovlivňuje zdravotní stav jedince. Na mnoha zdravotních problémech mají značný podíl rizikové faktory, jako je například kouření, nedostatek pohybu, obezita, špatné stravovací návyky apod. Existuje řada studií spojujících vznik a rozvoj řady onemocnění (např. kardiovaskulární, nádorová onemocnění apod.) s faktory životního stylu, přičemž se jedná o onemocnění, která představují nejčastější příčiny úmrtí v současné době.

Životní styl je projevem lidské individuality, je svázán s tím, jak člověk strukturuje svůj čas a prostor a jakými činnostmi je naplňuje. Volbou životního stylu tak můžeme směřovat k naplňování své životní spokojenosti, ale do určité míry ovlivňovat i zdravotní stav. Ten naopak svým způsobem životní styl jedince určuje, zejména vlivem jistých limitací s ohledem na některé zdravotní potíže a chronické nemoci.

4.1 INDEX TĚLESNÉ HMOTNOSTI

Tělesná výška a váha představují základní parametry fyzické konstrukce člověka, přičemž jako ideální je chápána taková hmotnost, která je vzhledem ke stavbě kostry a svaloviny a k charakteru povolání nejvhodnější pro jedince určitého věku a pohlaví. Tělesná konstrukce jedince je ovlivňována jednak jeho genetickými dispozicemi, velkou roli však hrají i stravovací zvyklosti a pohybová aktivita, kterým bude věnována pozornost v dalších kapitolách.

Jedním ze způsobů hodnocení vztahu hmotnosti k tělesné výšce je využití indexu tělesné hmotnosti. Tento index je definován jako podíl hmotnosti (v kg) a druhé mocniny výšky (v m) a umožňuje srovnávat jedince či populace podle hmotnostně - výškových relací. Index tělesné hmotnosti u dospělé populace dobře koreluje s tělesným tukem, určitá omezení v jeho užívání platí pro děti (stále rostoucí), těhotné ženy a výrazně svalnaté osoby (např. atleti). Podle hodnoty BMI bylo stanoveno Světovou zdravotnickou organizací 5 skupin: velká podváha (do 17,9), podváha (18 - 19,9), normální váha (20 - 26,9), nadváha (27 - 29,9) a obezita (30 a více).

Nadváha a především její těžší forma obezita negativně ovlivňuje zdraví jedince. Obezita je celosvětovým zdravotním problémem. V současnosti je Světovou zdravotnickou organizací považována za závažné chronické onemocnění, charakterizované množstvím tělesného tuku. Její nejčastější příčinou je (vedle genetických, hormonálních či metabolických faktorů) narušená rovnováha mezi příjmem a výdejem energie. Obezita významně zvyšuje morbiditu, invaliditu a mortalitu, zejména na kardiovaskulární onemocnění (hypertenze, ICHS), metabolická onemocnění (diabetes) a některé nádory (karcinom prsu, dělohy, tračníku). Vedle zdravotních problémů však mají obézní lidé i problémy sociální a psychické.

V posledním desetiletí výskyt obezity celosvětově prudce stoupá, což je dááno do souvislosti se zvýšeným podílem tuku ve stravě a se stále se snižující pohybovou aktivitou. V prevalenci obezity se Česká republika řadí na jedno z předních míst v Evropě.

V našem šetření byla výška a hmotnost respondenta zjišťována jednoduchým dotazem, na který odmítlo nebo neznalo odpověď jen 15 respondentů (0,6 % všech dotazovaných).

Tabulka 4.1.1 informuje o průměrných hodnotách výšky, váhy a BMI podle pohlaví a věku.

Průměrná výška mužů činila 177,8 cm, u žen pak její hodnota byla 164,9 cm. V porovnání s předchozím šetřením byla průměrná výška mužů i žen vyšší (v roce 1999 byla průměrná výška mužů 176,9 cm, žen 164,3 cm), což bylo potvrzeno i statistickým testem.

Průměrná hmotnost v šetření 2002 představovala 82,1 kg pro muže a 68,4 kg pro ženy. Její hodnota byla tak u obou pohlaví vyšší, v roce 1999 činila průměrná hmotnost mužů 81,4 kg, žen 67,1 kg. U žen byla tato změna signifikantní, u mužů nikoliv.

Průměrná hodnota BMI mužů byla 26,0 kg/m², průměrná hodnota BMI žen představovala 25,2 kg/m². Oproti předchozímu šetření se tak hodnota BMI u mužů příliš nezměnila (v roce 1999 hodnota 25,9), u žen byla v roce 2002 vyšší (v roce 1999 hodnota 24,8). Tato skutečnost byla potvrzena statistickým testem.

Z tabulky jsou rovněž patrné rozdíly v průměrných hodnotách ukazatelů mezi jednotlivými věkovými skupinami. U mužů i u žen je průměrná hodnota BMI nejnižší ve věkové kategorii 15 - 24 let, dále se s rostoucím věkem zvyšuje, přičemž průměrná hodnota BMI u mužů je vyšší než u žen a maximální hodnoty dosahuje ve věkové kategorii 55 - 64 let. V dalších věkových kategoriích dochází k poklesu BMI a jeho průměrná hodnota u žen převyšuje průměrnou hodnotu u mužů. Tento pokles souvisí zřejmě s přirozenou tendencí snižování tělesné hmotnosti ve stáří a s vyšší úmrtností osob s nadváhou.

Tabulka 4.1.2 uvádí rozložení respondentů do kategorií BMI z hlediska věku a pohlaví.

Do kategorie obézních připadlo v roce 2002 13,4 % všech respondentů mužského pohlaví, u žen tento podíl představoval 16,1 %. Oproti roku 1999 se tak podíl obézních mužů snížil o 1,6 procentního bodu, podíl obézních žen se naopak zvýšil o 2,6 procentního bodu. Na rozdíl od předchozího šetření, kdy tomu bylo naopak, byl nyní podíl obézních mužů mírně nižší než podíl obézních žen, rozdíl však nebyl statisticky významný. Obecně se uvádí, že muži trpí častěji nadváhou než ženy, zatímco ženy spíše tvoří skupinu obézních a vážně obézních (BMI > 30). Vyšší podíl osob s nadváhou u mužů byl potvrzen statistickým testem. Nejvyšší podíl obézních osob připadá u obou pohlaví na věkové kategorie 55 - 64 let.

Téměř 60 % mužů a 57,3 % žen mělo normální váhu, podíl osob s velkou podváhou nebo s podváhou byl nižší u mužů (3,9 %) než u žen (11,8 %) s maximem ve věkové kategorii 15 - 24 let. O podváze se, na rozdíl od obezity, mluví méně často. Jedná se však rovněž o stav spojený s určitými zdravotními riziky. Nejčastěji je velká podváha spojena s nedostupností kvalitní stravy, poruchami metabolismu či některými somatickými onemocněními, především však s poruchami příjmu potravy (mentální anorexie, bulimie) a je častá zejména u mladých dívek.

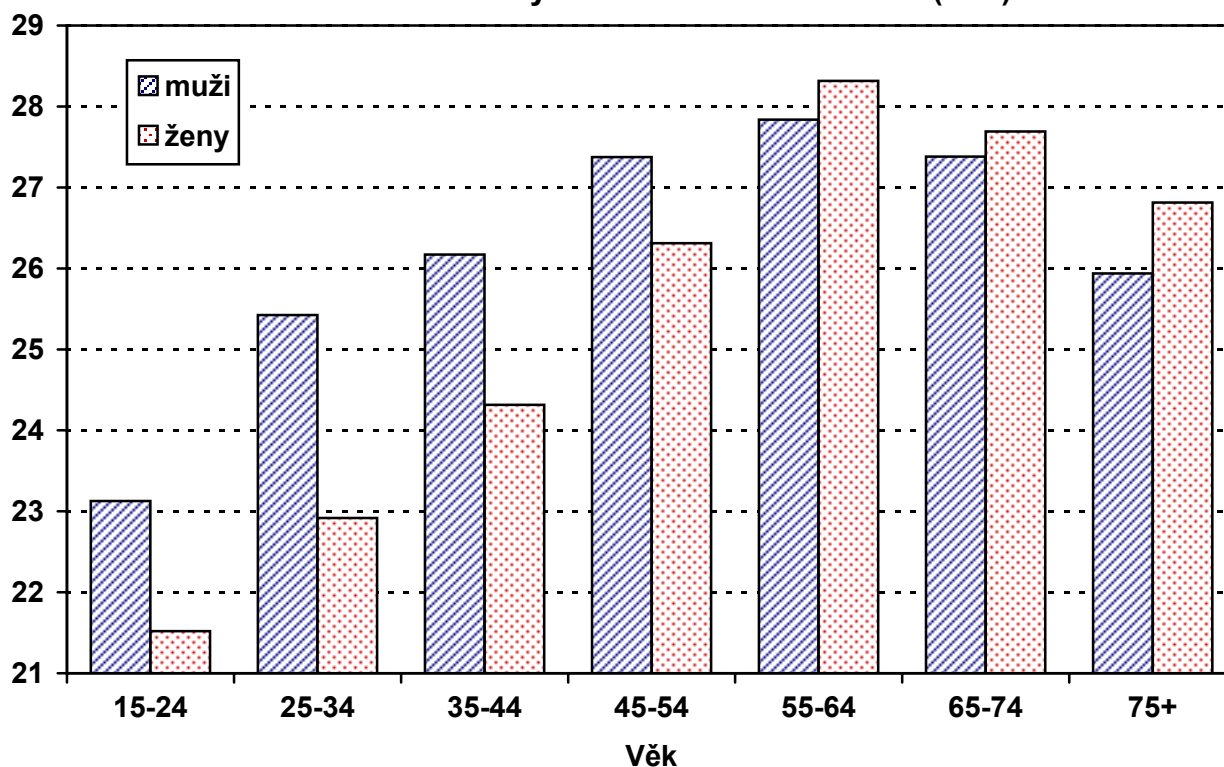
Z hlediska základních sociodemografických charakteristik byla potvrzena závislost ukazatele BMI na vzdělání a rodinném stavu respondenta. Nižší podíl osob s nadváhou (ve srovnání s osobami žijícími v manželství) a zároveň nejnižší průměrná hodnota BMI byla zaznamenána u svobodných mužů, a to i po věkové standardizaci. Vyšší hodnoty těchto ukazatelů byly naopak potvrzeny u osob se základním či učňovským vzděláním (ve srovnání s osobami s vysokoškolským vzděláním), rozdíl byl statisticky významný především u žen. Osoby žijící na venkově vykazovaly častěji nadváhu než osoby žijící ve městech (tj. v obcích nad 5 000 obyvatel). Žádné rozdíly nebyly zaznamenány z hlediska příjmu či ekonomické aktivity.

Údaje o výšce a hmotnosti byly zjišťovány pouze dotazem a nebyly již dále ověřovány, lze proto předpokládat, že mohlo dojít k určitému zkreslení hodnoty BMI, neboť respondenti mají snahu udávat vyšší tělesnou výšku a naopak nižší tělesnou hmotnost. Index tělesné hmotnosti by tedy ve skutečnosti dosahoval hodnoty mírně vyšší. K tomuto zkreslení však pravděpodobně došlo i v předchozích šetřeních, proto jsou jednotlivá šetření srovnatelná a zkreslení na jejich srovnatelnost nemá žádný vliv.

Tab. 4.1.1 Průměrná výška, hmotnost a index tělesné hmotnosti (BMI)

| Věk | Průměrná hodnota | | | | | |
|---------------|------------------|------------------|-----------------------------|---------------|------------------|-----------------------------|
| | muži | | | ženy | | |
| | výška (cm) | hmotnost (kg) | BMI (kg/m ²) | výška (cm) | hmotnost (kg) | BMI (kg/m ²) |
| Celkem | 177,8 | 82,1 | 26,0 | 164,9 | 68,4 | 25,2 |
| 15-24 | 180,0 | 75,2 | 23,1 | 167,9 | 60,8 | 21,5 |
| 25-34 | 179,7 | 82,2 | 25,4 | 166,6 | 63,5 | 22,9 |
| 35-44 | 179,3 | 84,1 | 26,2 | 166,0 | 67,1 | 24,3 |
| 45-54 | 177,2 | 86,0 | 27,4 | 164,7 | 71,4 | 26,3 |
| 55-64 | 175,4 | 85,7 | 27,8 | 163,2 | 75,4 | 28,3 |
| 65-74 | 174,2 | 83,0 | 27,4 | 162,4 | 73,2 | 27,7 |
| 75+ | 173,1 | 77,8 | 25,9 | 161,2 | 69,6 | 26,8 |

Graf 4.1.1 Průměrný index tělesné hmotnosti (BMI)



Tab. 4.1.2 Rozložení respondentů podle kategorií BMI

| Věk | Procento respondentů s BMI | | | | | | | | | |
|---------------|----------------------------|---------|---------|---------|------|-------|---------|---------|---------|------|
| | muži | | | | | ženy | | | | |
| | -17,9 | 18-19,9 | 20-26,9 | 27-29,9 | 30+ | -17,9 | 18-19,9 | 20-26,9 | 27-29,9 | 30+ |
| Celkem | 0,9 | 3,0 | 59,8 | 22,8 | 13,4 | 2,5 | 9,3 | 57,3 | 14,9 | 16,1 |
| 15-24 | 3,3 | 8,8 | 78,3 | 6,3 | 3,3 | 7,8 | 23,5 | 61,8 | 4,9 | 2,0 |
| 25-34 | - | 3,8 | 68,4 | 21,1 | 6,7 | 3,3 | 18,4 | 65,6 | 7,4 | 5,3 |
| 35-44 | 0,6 | 1,2 | 59,3 | 25,1 | 13,8 | 1,8 | 9,2 | 68,7 | 8,0 | 12,3 |
| 45-54 | - | - | 48,3 | 32,5 | 19,1 | 1,3 | 2,1 | 58,5 | 20,5 | 17,5 |
| 55-64 | - | 0,6 | 43,3 | 31,6 | 24,6 | - | 1,0 | 42,9 | 23,2 | 32,8 |
| 65-74 | - | 1,9 | 50,9 | 25,9 | 21,3 | 0,7 | 0,7 | 45,6 | 24,2 | 28,9 |
| 75+ | 1,8 | 1,8 | 60,7 | 25,0 | 10,7 | 0,9 | 4,6 | 52,3 | 21,1 | 21,1 |

4.2 STRAVOVACÍ NÁVYKY

Mezi výživou a zdravotním stavem jedince existuje úzká souvislost. Stravovací návyky ovlivňují zdravotní stav jedince jednak formováním jeho tělesné konstrukce, zejména v případě obezity či nadváhy a s ní spojených zdravotních rizik, ale také vlivem nedostatku nebo nadbytku některých látek apod. Správné stravovací návyky lze charakterizovat jednak z hlediska kvantitativního, ale i z hlediska kvalitativního. Přísun potravy by se měl řídit energetickou spotřebou daného člověka. Jestliže je přísun větší než spotřeba, ukládá se nadbytečná energie ve formě tuků. Jestliže je spotřeba větší než přísun, je energie získávána odbouráváním tuků. Z kvalitativního hlediska by měla být strava vyvážená a rozmanitá, čímž je zajištěn dostatečný a vyvážený příjem živin, vitamínů a minerálů. Nesprávné stravovací návyky pak mohou být příčinou nedostatku důležitých živin v organismu a oslabení imunitního systému. Jsou spojeny s výskytem některých druhů onemocnění, jako jsou například nádorová či kardiovaskulární onemocnění, ale i další onemocnění související s přejídáním a s následnou obezitou. Zdravým stravováním můžeme naopak výskytu těchto onemocnění předcházet.

V šetření HIS CR 2002 byly stravovací návyky zjišťovány prostřednictvím osmi otázek. U každé položky (stravovací zásady) měl respondent uvést, zda zásadu dodržuje či nikoliv.

Shodně jako v předchozích šetřeních byly nejvíce dodržovány zásady konzumace čerstvého ovoce v letním období (min. 1x denně) a zeleniny v zimním období (min. 1x týdně). Nejméně dodržovanou zásadou bylo dávání přednosti celozrnnému a černému chlebu. Ve srovnání s předchozím šetřením byl v roce 2002 vyšší podíl respondentů, kteří dávají přednost celozrnnému a černému chlebu, vyšší byl také podíl osob konzumujících smažené brambůrky maximálně 2x týdně. Naopak významně nižší byl v roce 2002 podíl těch, kteří dávají přednost rostlinným tukům, sýrům a pomazánkám s nízkým obsahem tuku, nižší byl rovněž podíl osob konzumujících max. 2 vejce týdně.

Obecně lze říci, že ženy více dodržují zásady zdravé výživy než muži - všechny z uvedených zásad ženy dodržovaly častěji než muži. Největší rozdíly mezi pohlavími byly zaznamenány u konzumace celozrnného a černého chleba a u upřednostňování rostlinných tuků. Dodržování stravovacích zásad podle věku a pohlaví prezentuje tabulka 4.2.1.

Dalším ukazatelem, který umožňuje zhodnocení stravovacích návyků respondentů, je průměrný počet dodržovaných stravovacích zásad (viz graf 4.2.2). Opět je zde patrný rozdíl mezi oběma pohlavími, ženy dodržují v průměru více zásad (5,7 zásad z 8 možných) než muži (5,1 zásad). Tento rozdíl byl rovněž potvrzen statistickým testem jako signifikantní. Ve srovnání s rokem 1999 byl u mužů průměrný počet dodržovaných zásad v roce 2002 nižší, u žen byla jeho hodnota shodná jako v předchozím šetření.

Statisticky významné byly také rozdíly v průměrném počtu dodržovaných zásad mezi jednotlivými věkovými skupinami, a to u obou pohlaví. Nejméně zásad dodržují mladí muži ve věku 15 - 34 let, s rostoucím věkem se počet dodržovaných zásad zvyšuje, v nejstarší

věkové skupině (75 let a více) je však průměrný počet dodržovaných zásad u obou pohlaví opět poměrně nízký.

Závislost počtu dodržovaných zásad na rodinném stavu, velikosti obce ani na výši příjmu domácnosti nebyla prokázána.

Na základě počtu dodržovaných stravovacích zásad byl zkonstruován tzv. dietní index (DI). Respondenti byli tedy rozděleni do 3 skupin podle hodnoty DI: respondent, který dodržoval 5 - 8 zásad měl DI dobrý, respondent dodržující 3 nebo 4 zásady měl DI střední, konečně respondent dodržující 2 a méně stravovacích zásad měl DI špatný.

Do skupiny s dobrým DI se v roce 2002 zařadilo 65,3 % mužů (rok 1999 67 % mužů - statisticky nevýznamný rozdíl - s.n.r.) a 79,8 % žen (rok 1999 78 % žen - s.n.r.), do kategorie se špatným DI se zařadilo 5,7 % mužů a 2,8 % žen. Mezi ženami je více těch, které měly dobrý DI, naopak podíl žen se špatným DI je nižší než podíl mužů se špatným DI.

Z hlediska věku je patrné, že nejnižší podíl osob s dobrým DI je u mužů ve věku 15 - 34 let, mladí muži tedy na dodržování stravovacích zásad příliš nedbají. Právě v této věkové kategorii je i rozdíl mezi muži a ženami nejvyšší. S rostoucím věkem se podíl osob s dobrým DI především u mužů, s výjimkou nejstarší věkové kategorie, zvyšuje.

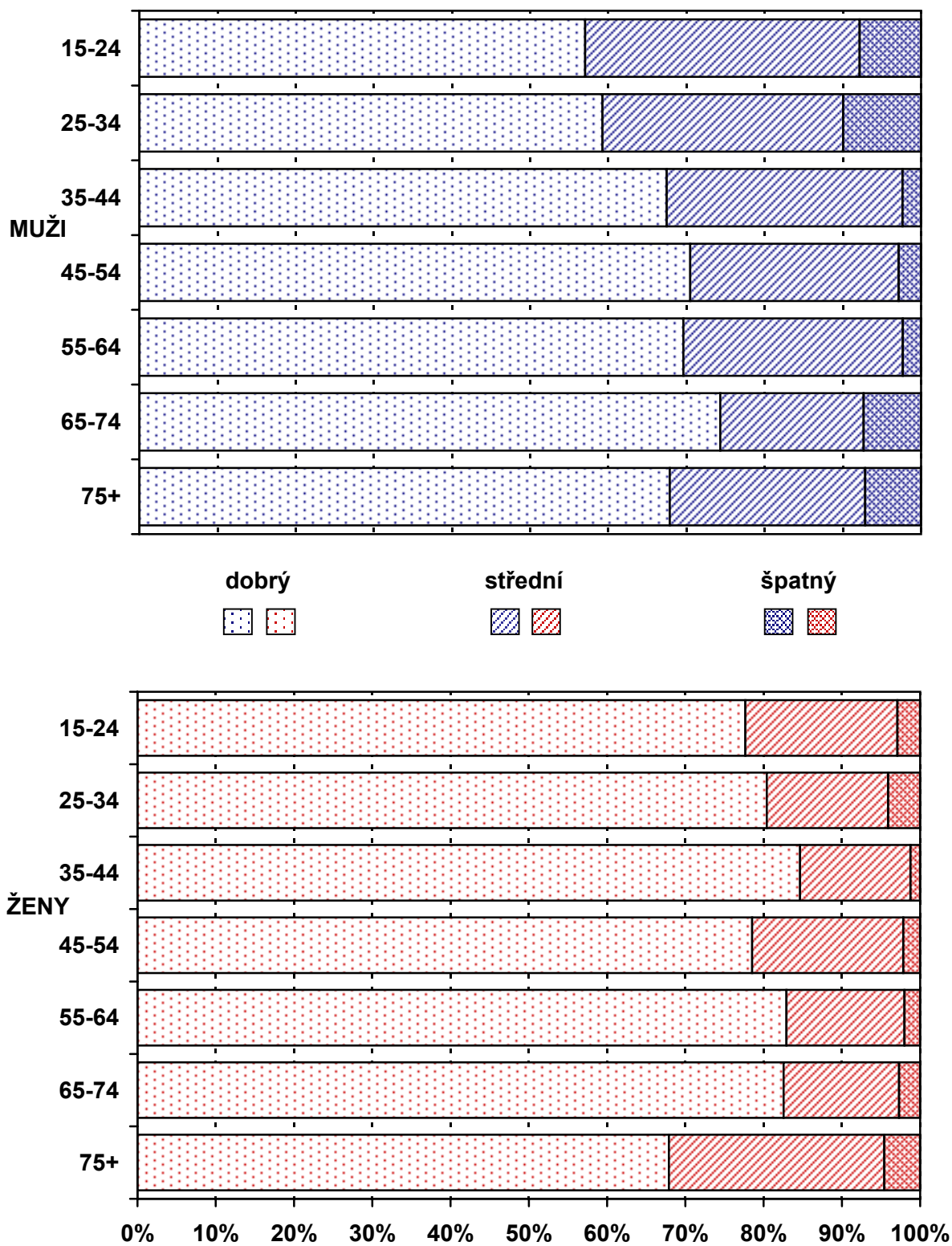
Graf 4.2.3 informuje o dodržování stravovacích zásad z hlediska vzdělání. Je zřejmé, že s rostoucím vzděláním roste podíl osob s dobrým DI. Podíl osob se základním vzděláním a dobrým DI je výrazně nižší než podíl osob s vysokoškolským vzděláním a dobrým DI. Tato skutečnost platí i po věkové standardizaci. S rostoucím vzděláním roste také průměrný počet dodržovaných stravovacích zásad.

Abychom mohli porovnat jednotlivá šetření HIS CR, je nutné údaje z let 1996 - 2002 upravit, neboť v šetření z roku 1993 byli respondenti dotazováni pouze na dodržování prvních 7 stravovacích zásad, zásada „jím max. 2 vejce týdně“ byla dotazována až od roku 1996. Zatímco předchozí analýza se tedy vztahovala ke všem 8 sledovaným položkám, srovnávané rozložení (viz tabulka 7.2.1 a 7.2.2 Hlavní výsledky šetření HIS CR 1993, 1996, 1999, 2002 na konci publikace) je založeno pouze na původních 7 položkách. Uvažujeme-li takto vymezený dietní index, pak do skupiny osob s dobrým dietním indexem připadalo v roce 2002 51,5 % mužů a 70 % žen, špatný dietní index byl pozorován u 8,3 % mužů a 4,3 % žen. Ze srovnání tohoto ukazatele ve všech letech šetření je zřejmé, že podíl osob s dobrým DI se v průběhu let u obou pohlaví zvyšuje, naopak podíl osob se špatným DI klesá, přičemž u žen jsou tyto změny výraznější než u mužů. Lidé si pravděpodobně stále více uvědomují důležitost stravovacích návyků pro svůj zdravotní stav a snaží se dodržovat zásady správné výživy. K rostoucímu dodržování těchto zásad může rovněž přispívat lepší dostupnost a neustále se rozšiřující sortiment výrobků zdravé výživy.

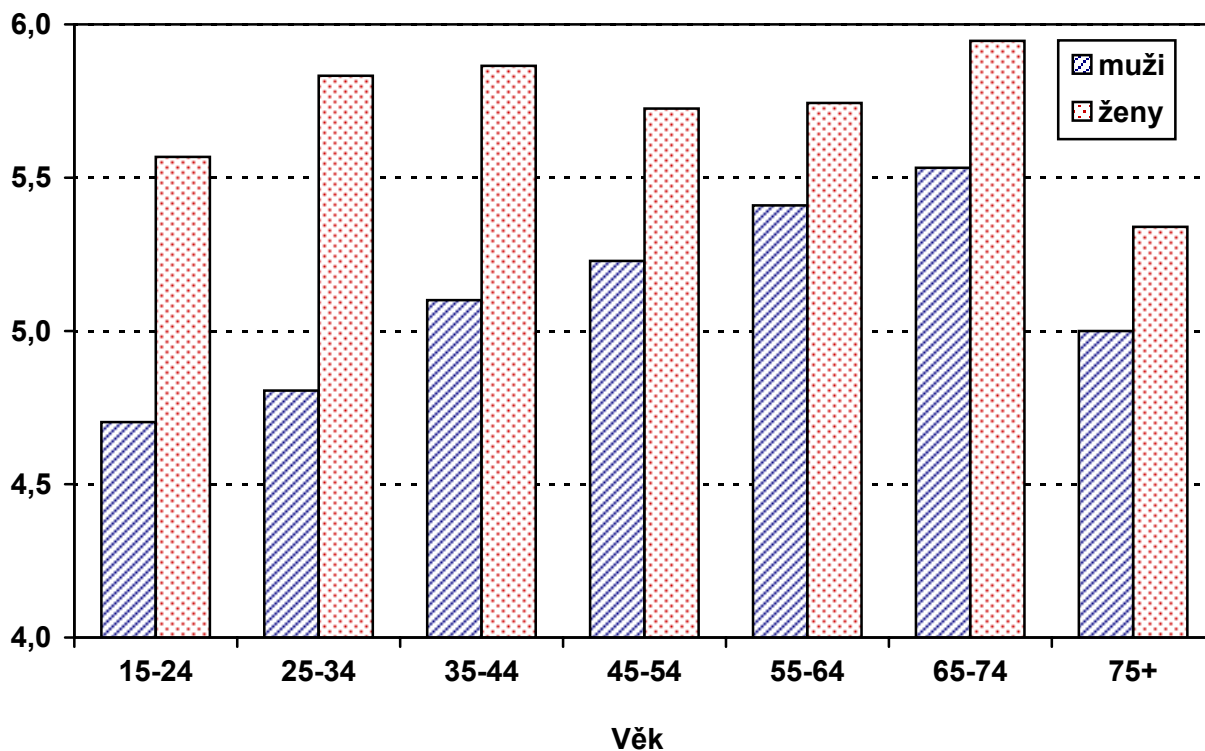
Tab. 4.2.1 Dodržování stravovacích zásad

| 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 | 32,0 | 19,0 | 29,9 | 31,4 | 31,9 | 42,1 | 50,5 | 32,1 |
| rostlinné tuky | 55,2 | 39,7 | 44,1 | 53,3 | 58,6 | 67,8 | 78,9 | 73,2 |
| čerstvé ovoce min. 1 x denně v létě | 82,2 | 89,3 | 77,7 | 81,1 | 83,3 | 80,7 | 81,7 | 73,2 |
| syrová zelenina min. 1 x týdně v zimě | 83,6 | 84,3 | 82,0 | 87,0 | 84,3 | 81,9 | 82,6 | 80,4 |
| smažené brambůrky max. 2 x týdně | 63,1 | 62,8 | 65,9 | 63,3 | 61,9 | 65,5 | 58,7 | 58,9 |
| jiná smažená jídla max. 2 x týdně | 66,4 | 65,3 | 61,6 | 63,3 | 71,9 | 70,2 | 67,0 | 66,1 |
| sladkosti ne denně | 65,8 | 57,0 | 64,9 | 72,2 | 70,5 | 67,3 | 68,8 | 58,9 |
| vejce max. 2 x týdně | 58,6 | 52,9 | 54,5 | 58,6 | 60,5 | 65,5 | 65,1 | 57,1 |
| | ženy | | | | | | | |
| přednost hrubozrnnému chlebu | 52,9 | 47,1 | 61,8 | 54,0 | 56,0 | 55,3 | 49,7 | 36,4 |
| rostlinné tuky | 74,3 | 69,4 | 77,2 | 73,0 | 70,1 | 76,9 | 84,6 | 69,1 |
| čerstvé ovoce min. 1 x týdně v létě | 92,7 | 92,7 | 92,3 | 90,8 | 92,3 | 91,5 | 98,0 | 91,8 |
| syrová zelenina min. 1 x týdně v zimě | 86,7 | 83,0 | 87,0 | 89,0 | 87,1 | 89,4 | 87,9 | 82,6 |
| smažené brambůrky max. 2 x týdně | 65,2 | 71,4 | 73,5 | 70,6 | 65,0 | 50,8 | 61,1 | 59,1 |
| jiná smažená jídla max. 2 x týdně | 70,7 | 74,8 | 74,8 | 73,6 | 70,1 | 65,3 | 69,1 | 62,7 |
| sladkosti ne denně | 68,1 | 60,7 | 60,2 | 70,6 | 69,2 | 75,9 | 75,2 | 70,0 |
| vejce max. 2 x týdně | 62,8 | 57,8 | 56,5 | 65,0 | 63,2 | 69,3 | 69,1 | 61,8 |

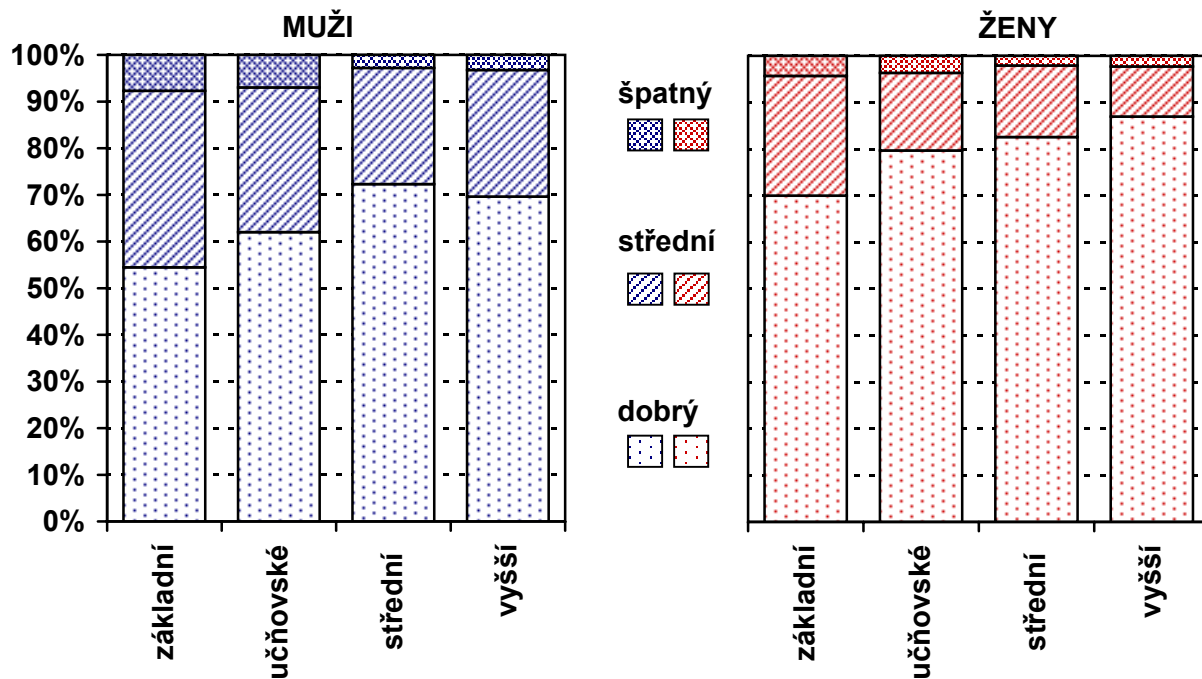
Graf 4.2.1 Struktura souboru respondentů podle dietního indexu a věku



Graf 4.2.2 Průměrný počet dodržovaných stravovacích zásad (z možných 8)



Graf 4.2.3 Struktura souboru respondentů podle dietního indexu a vzdělání (po věkové standardizaci)



4.3 FYZICKÁ AKTIVITA

Fyzická aktivita je další ze složek životního stylu jedince, která výrazně ovlivňuje jeho zdravotní stav. Jejím hlavním zdravotním přínosem je podstatné snížení rizika výskytu některých chronických onemocnění (hypertenze, kardiovaskulární choroby, diabetes, osteoporóza) a přispívá také ke snížení výskytu obezity, která je v mnoha případech velikou zátěží pro organismus a jeho správné fungování. Pravidelná fyzická aktivita je chápána jako faktor podporující zdraví a je ukazatelem zdravého životního stylu. Fyzická aktivita tvoří důležitou část energetického výdeje (vedle bazálního metabolismu a energie potřebné na zpracování potravy). Je to složka, která se dá aktivně ovlivňovat, měnit. Kromě příznivých účinků na redukci váhy má pohyb pozitivní vliv na celkový zdravotní stav organismu.

V šetření HIS CR 2002 byly otázky na fyzickou aktivitu, ve srovnání s předchozími šetřeními, poněkud upraveny, proto je srovnatelnost jednotlivých šetření v této charakteristice obtížná. Zatímco v předchozích šetřeních měl respondent zakroužkovat jen jednu z nabídnutých položek, která nejlépe vystihuje jeho aktivitu ve volném čase v posledním roce, v šetření HIS CR 2002 respondenti u jednotlivých typů aktivit (aktivní sport, rekreační sport, lehké aktivity a sedavé aktivity) uváděli, kolik dní provozovali daný typ aktivity a kolik času celkem (v hodinách) strávili danou aktivitou v posledních 7 dnech. Dále byla zjišťována fyzická aktivita respondentů v zaměstnání, kde respondenti měli vybrat jeden z typů zaměstnání podle fyzického zatížení (těžká fyzicky namáhavá práce; lehká, fyzicky nenamáhavá práce; sedavá, fyzicky nenamáhavá práce) odpovídající jejich pracovní činnosti.

Fyzická aktivita ve volném čase

Aktivnímu sportu a těžkému tréninku se v posledních 7 dnech ve svém volném čase věnovalo téměř 15 % respondentů mužského a 5 % respondentů ženského pohlaví. Do kategorie „rekreační sport“ byl zařazen např. jogging a jiné rekreační sporty, ale i těžká práce na zahradě nebo v domácnosti. Tyto aktivity provádělo během posledního týdne více než 40 % mužů a téměř 30 % žen. Mezi „lehké aktivity“ byla zahrnuta např. chůze, jízda na kole, nákup, úklid. Tento druh aktivity vykonávalo v posledních 7 dnech více než 80 % mužů a žen. Sedavým aktivitám, např. čtení či sledování TV, se věnovala většina respondentů. Lze tedy říci, že v těžkých typech aktivit jednoznačně převládli muži (rozdíl mezi muži a ženami je statisticky významný), zatímco v lehčích typech aktivit jsou podíly mužů a žen více vyrovnané a rozdíly nejsou tolik výrazné, i když ženy zde mírně převládají.

Signifikantní rozdíly mezi muži a ženami byly zaznamenány také v průměrném počtu dnů, po které se respondenti věnovali jednotlivým druhům aktivit. Na otázku kolik času respondent danou aktivitou v posledních 7 dnech celkem strávil nebylo schopno odpovědět v průměru 10,4 % mužů a 11,0 % žen, přičemž největší problémy měli respondenti s určením doby u sedavých aktivit.

Nejvyšší průměrnou dobu strávenou danou aktivitou vykazovala obě pohlaví v případě sedavých aktivit. Naopak nejnižší průměrná doba byla u obou pohlaví zaznamenána

u aktivního sportu. Opět je zde patrné, že muži se více a především déle věnují fyzicky náročným aktivitám, zatímco ženy se ve větší míře věnují lehkým či sedavým aktivitám. ANOVA testem na 5 % hladině významnosti bylo zjištěno, že statisticky významný rozdíl mezi muži a ženami v průměrné době strávené v jednom dni danou aktivitou je patrný u aktivního i rekreačního sportu či těžké práce v domácnosti nebo na zahradě (muži těmto aktivitám věnují více času než ženy), dále pak u lehkých aktivit (ženy je provádějí déle než muži).

Dalším ukazatelem, kterého lze využít k analýze fyzické aktivity, je ukazatel MET (metabolický ekvivalent) vypočítaný podle metodiky WHO jako součet vážených dílčích ukazatelů (týdenní frekvence x denní doba v minutách) jednotlivých typů aktivit (nezapočítávají se sem sedavé aktivity). Tento ukazatel je udáván v celkových týdenních MET minutách a vyjadřuje energii vynaloženou na celkovou fyzickou aktivitu respondentů během posledních 7 dnů. Následující srovnání vychází z údajů o průměrném počtu celkových MET minut a zahrnuje i osoby, které nevykazovaly žádnou fyzickou aktivitu (jsou tedy započítány všechny osoby, nejen ty, které vykazovaly nějaký druh fyzické aktivity).

Ukazatel celkových týdenních MET minut vykazuje mírně vyšší hodnotu pro muže než pro ženy, rozdíl mezi oběma pohlavími však nebyl potvrzen jako statisticky významný. Tato skutečnost může být způsobena tím, že osob, které se věnovaly náročným fyzickým aktivitám (u kterých byly zaznamenány významné rozdíly mezi oběma pohlavími) je u obou pohlaví málo a souhrnný ukazatel není těmito hodnotami významně ovlivněn, může to být i důsledkem špatně zvoleného statistického testu a vysokou variabilitou dat (ANOVA test požaduje normalitu rozdělení a homogenitu variance, která zde není zaručena). Naopak rozdíly mezi průměrnými týdenními MET minutami se prokázaly jako signifikantní z hlediska věku u obou pohlaví. Nejvíce fyzicky aktivní byli muži ve věku 15 - 24 let, u žen to byla věková skupina 30 - 34 let. S rostoucím věkem se fyzická aktivita snižuje (viz graf 4.3.1).

Z hlediska ekonomické aktivity nebyly rozdíly mezi zaměstnanými a nezaměstnanými potvrzeny jako statisticky významné. Výrazné rozdíly v celkovém počtu průměrných týdenních MET minut nebyly zaznamenány ani podle vzdělání respondentů, ani podle průměrného měsíčního příjmu domácnosti, tato skutečnost platila i po věkové standardizaci.

Nejvyšší fyzickou aktivitu vykazovaly po věkové standardizaci osoby žijící v manželství či v nesezdaném soužití, nejnižší fyzickou aktivitu vykazovali rozvedení a ovdovělí muži a svobodné ženy. Tyto rozdíly byly potvrzeny jako statisticky významné.

Z hlediska velikostní skupiny obce byly rozdíly mezi jednotlivými skupinami signifikantní pouze u žen, závislost míry fyzické aktivity na velikostní skupině obce však neměla jednoznačný trend. Nejvyšší fyzická aktivita byla zaznamenána v obcích do 1 000 obyvatel, poměrně vysoká však byla také fyzická aktivita žen ve městech nad 50 000 obyvatel, a to i po věkové standardizaci. Pokud respondenty rozdělíme pouze do dvou kategorií na městské (obce s více než 5 000 obyvateli) a venkovské oblasti (obce do

5 000 obyvatel), fyzická aktivita je vyšší ve venkovských oblastech (rozdíly v průměrných týdenních MET minutách byly signifikantní u obou pohlaví).

Fyzická aktivita v zaměstnání

Kromě otázky na aktivitu ve volném čase byla zjišťována rovněž fyzická aktivita v zaměstnání. Ze všech zaměstnaných osob prováděla v zaměstnání těžkou, fyzicky namáhavou práci téměř 1/3 mužů a necelá 1/5 žen. Naopak sedavou, fyzicky nenamáhavou práci prováděla 1/4 zaměstnaných mužů a necelá 1/2 zaměstnaných žen. Fyzická aktivita žen v zaměstnání byla tedy méně náročná než fyzická aktivita mužů. Tato skutečnost byla rovněž potvrzena statistickým testem.

Celková fyzická aktivita

Na základě údajů o fyzické aktivitě respondentů ve volném čase a v zaměstnání byl vypočítán celkový ukazatel týdenních MET minut. Pro výpočet ukazatele fyzické aktivity v zaměstnání byly použity upravené koeficienty přebrané z výpočtu volnočasové fyzické aktivity. Podle metodiky WHO k šetření EUROHIS byli respondenti rozděleni do tří kategorií: do 5 000 celkových týdenních MET minut - nízká fyzická aktivita, 5 000 - 10 000 celkových týdenních MET minut - střední fyzická aktivita, 10 000 a více celkových týdenních MET minut - vysoká fyzická aktivita. Ze všech mužů bylo 41,3 % zařazeno do kategorie s nízkou fyzickou aktivitou, u žen tento podíl představoval 56,0 %, do následující kategorie střední fyzické aktivity bylo zahrnuto 16,2 % mužů a 19,0 % žen, do kategorie vysoká fyzická aktivita připadlo 42,5 % mužů a 25,0 % žen. Rozdíl v celkové fyzické aktivitě mezi muži a ženami byl statisticky významný i po věkové standardizaci.

Graf 4.3.2 zobrazuje rozložení respondentů podle typu fyzické aktivity a věku a potvrzuje závěry plynoucí z údajů o volnočasové aktivitě. Nejvíce respondentů s vysokou fyzickou aktivitou je u obou pohlaví mezi osobami ve věku 30 - 44 let. Závislost typu fyzické aktivity na věku byla potvrzena statistickým testem u mužů i u žen.

Rozložení respondentů podle typu celkové fyzické aktivity ve vztahu k jednotlivým socioekonomickým charakteristikám bylo obdobné jako v případě volnočasové fyzické aktivity. Zatímco však u fyzické aktivity ve volném čase nebyly rozdíly mezi jednotlivými vzdělanostními skupinami významné, z hlediska celkové fyzické aktivity vykazovaly nejvyšší fyzickou aktivitu osoby s učňovským vzděláním, a to i po věkové standardizaci. Tato skutečnost zřejmě souvisí s druhem zaměstnání, které je u osob s učňovským vzděláním nejvíce fyzicky namáhavé.

Z uvedených výsledků je patrné, že především ve volném čase, se lidé velice málo věnují fyzicky náročným aktivitám a upřednostňují aktivity sedavé. Muži vykazují vyšší fyzickou aktivitu než ženy, nejvíce fyzicky aktivní jsou osoby ve věku 25 - 54 let. Prezentovaná zjištění však mohou být zkreslena skutečností, že naše dotazy se zaměřovaly pouze na fyzickou aktivitu v posledních 7 dnech. V tomto období mohli respondenti provádět některé netypické aktivity, které obvykle neprovádějí, např. vymalování bytu, stavební úpravy a podobné činnosti, nebo naopak mohli být ve fyzické aktivitě omezeni nějakými dočasnými zdravotními potížemi.

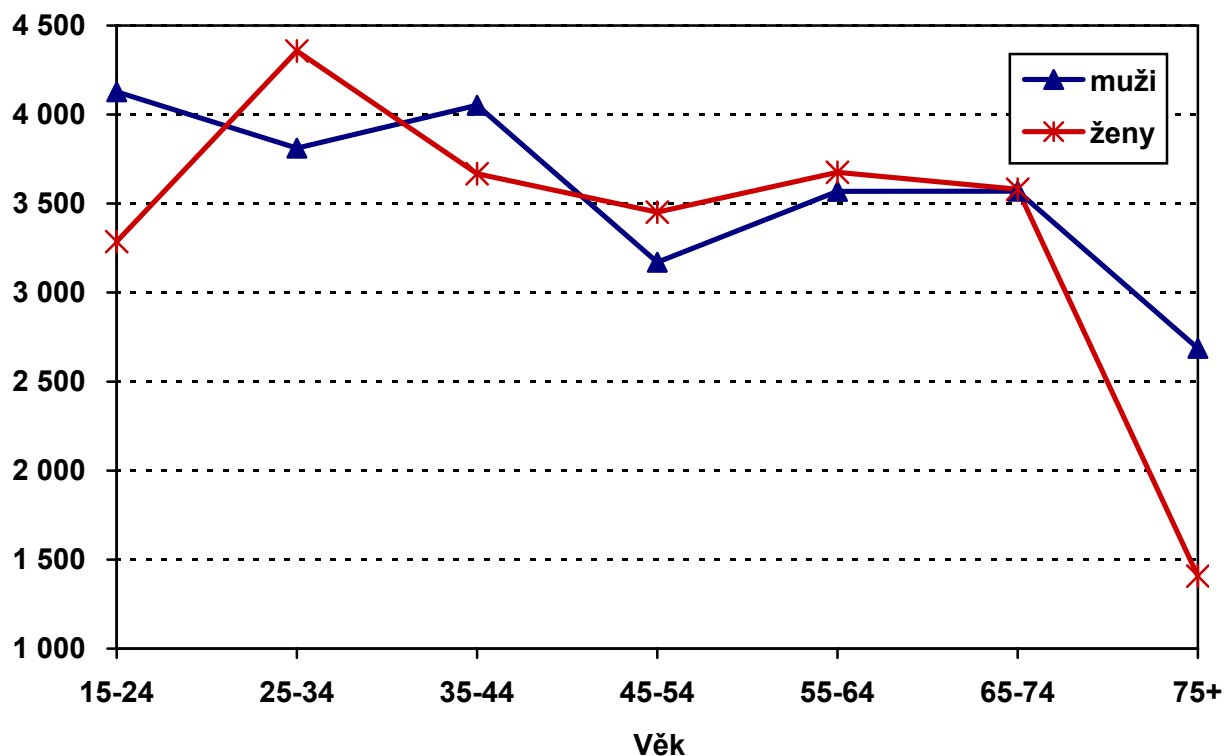
Tab. 4.3.1 Fyzická aktivita ve volném čase

| Typ fyzické aktivity | Respondenti, kteří aktivitu prováděli | | Průměrný počet dní v 1 týdnu, kdy byla daná aktivita prováděna | | Průměrná doba strávená danou aktivitou v 1 dni v minutách | |
|----------------------|---------------------------------------|------|--|---------------------------------|---|---------------------------------|
| | počet | % | respondenti, kteří aktivitu prováděli | všichni resp., kteří odpověděli | respondenti, kteří aktivitu prováděli a uvedli dobu | všichni resp., kteří odpověděli |
| | muži | | | | | |
| aktivní sport | 169 | 14,5 | 3,4 | 0,5 | 129 | 17 |
| rekreační sport | 500 | 42,8 | 3,7 | 1,6 | 206 | 86 |
| lehké aktivity | 959 | 82,0 | 5,3 | 4,4 | 130 | 105 |
| sedavé aktivity | 1 091 | 93,3 | 6,4 | 6,0 | 169 | 159 |
| | ženy | | | | | |
| aktivní sport | 65 | 5,0 | 3,1 | 0,2 | 97 | 4 |
| rekreační sport | 373 | 28,5 | 3,7 | 1,1 | 169 | 45 |
| lehké aktivity | 1 133 | 86,7 | 6,0 | 5,2 | 154 | 131 |
| sedavé aktivity | 1 239 | 94,8 | 6,6 | 6,3 | 176 | 167 |

Tab. 4.3.2 Fyzická aktivita v zaměstnání

| Typ fyzické aktivity v zaměstnání | Muži | | Ženy | | Celkem | |
|------------------------------------|-------|-------|-------|-------|--------|-------|
| | počet | % | počet | % | počet | % |
| těžká, fyzicky namáhavá práce | 231 | 32,8 | 92 | 16,9 | 323 | 25,9 |
| lehká, fyzicky méně namáhavá práce | 302 | 42,8 | 225 | 41,4 | 527 | 42,2 |
| sedavá, fyzicky nenamáhavá práce | 172 | 24,4 | 227 | 41,7 | 399 | 31,9 |
| celkem | 705 | 100,0 | 544 | 100,0 | 1 249 | 100,0 |

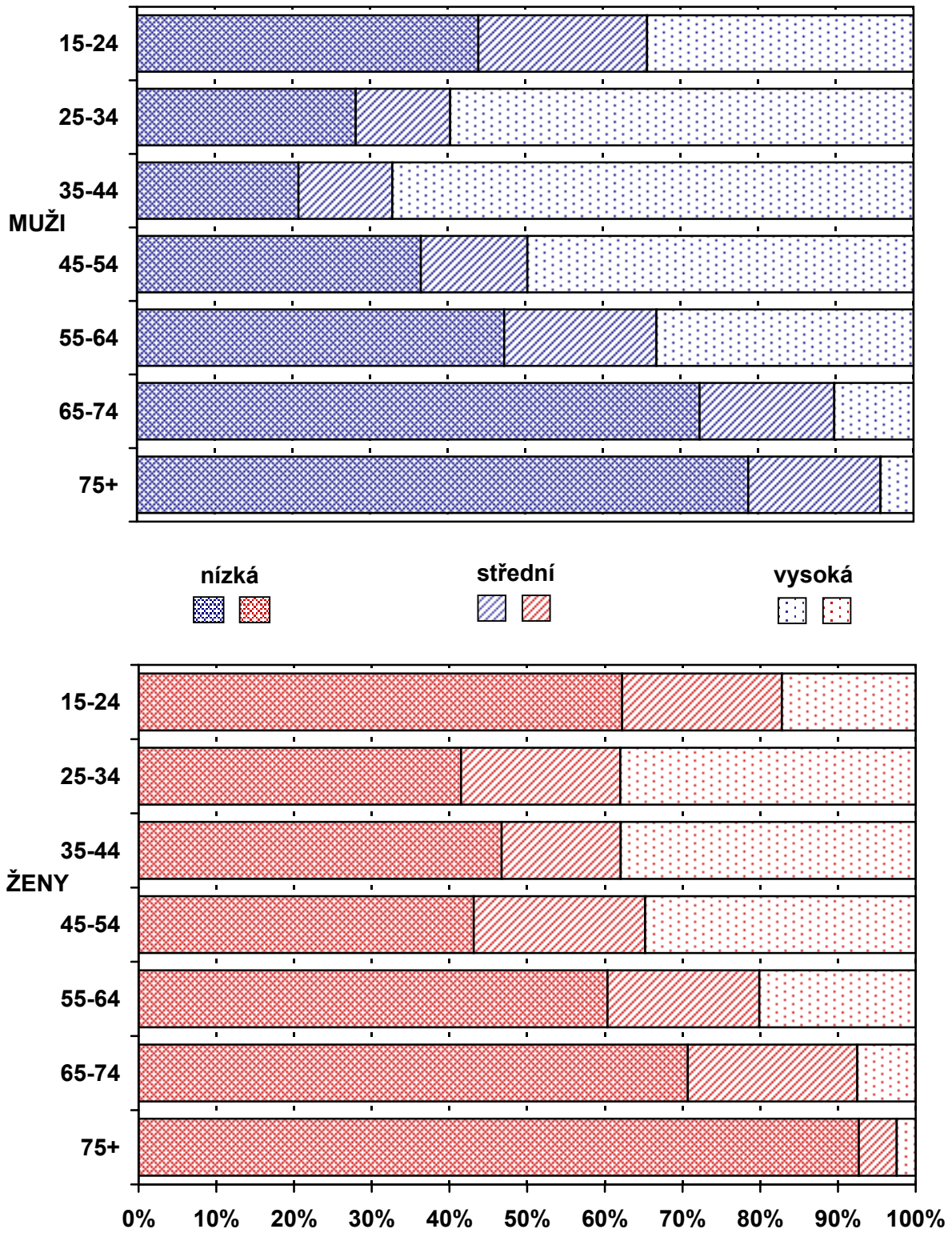
**Graf 4.3.1 Průměrné týdenní MET minuty
(fyzická aktivita ve volném čase)**



Tab. 4.3.3 Celková fyzická aktivita

| Věk | Procento respondentů s fyzickou aktivitou | | | | | |
|---------------|---|---------|---------|--------|---------|---------|
| | nízkou | střední | vysokou | nízkou | střední | vysokou |
| | muži | | | ženy | | |
| Celkem | 41,3 | 16,2 | 42,5 | 56,0 | 19,0 | 25,0 |
| 15-24 | 44,0 | 21,7 | 34,3 | 62,2 | 20,6 | 17,2 |
| 25-34 | 28,2 | 12,2 | 59,7 | 41,5 | 20,5 | 38,0 |
| 35-44 | 20,8 | 12,1 | 67,1 | 46,7 | 15,3 | 38,0 |
| 45-54 | 36,6 | 13,7 | 49,7 | 43,1 | 22,1 | 34,8 |
| 55-64 | 47,3 | 19,6 | 33,1 | 60,3 | 19,5 | 20,1 |
| 65-74 | 72,4 | 17,3 | 10,2 | 70,7 | 21,8 | 7,5 |
| 75+ | 78,7 | 17,0 | 4,3 | 92,7 | 4,9 | 2,4 |

Graf 4.3.2 Struktura souboru respondentů podle typu celkové fyzické aktivity a věku



4.4 KOUŘENÍ

Kouření tabáku je jedním z nejzávažnějších rizikových faktorů, které nepříznivě ovlivňují zdravotní stav nejen kuřáka samotného, ale i jeho okolí. Jedná se o naučené chování a tím i o rizikový faktor, který může být, s jistým úsilím, eliminován. U většiny kuřáků dochází po určité době kouření ke vzniku závislosti na nikotin - látka obsaženou v tabákovém dýmu, přičemž tato závislost je často přirovnávána k jiným druhům drogových závislostí. Kouření podstatně zvyšuje riziko výskytu srdečních chorob, rakoviny plic (ale i dalších forem rakoviny, jako je např. karcinom ledvin, slinivky břišní, děložního hrdla). Mimo to poškozují srdce a cévy, vyvolávají zvýšení hladiny cholesterolu v krvi a vysoký krevní tlak.

V šetření HIS CR 2002 jsme zjišťovali, zda respondent kouří denně (případně kolik cigaret vykouří v průměru každý den), příležitostně, či vůbec, zda kouřil v minulosti a jak je to dlouho, co přestal kouřit. Další otázky byly zaměřeny pouze na kuřáky a zjišťovaly, jak dlouho respondent kouří/kouřil a zda v posledních 2 letech kouření omezil.

Respondenti byli rozděleni do pěti skupin podle typu kuřáctví. Vedle nikdy nekuřících osob, bývalých a příležitostných kuřáků byli vymezeni silní kuřáci tj. osoby, které vykouří denně více než 20 cigaret a slabí kuřáci tj. ostatní pravidelní kuřáci, kteří vykouří denně méně než 20 cigaret nebo nekouří cigarety, ale doutníky či dýmku.

Podle výsledků šetření nikdy nekouřilo téměř 40 % mužů a 60 % žen, současní nekuřáci (nikdy nekouřili nebo přestali kouřit) představovali necelé 2/3 mužů a více než 3/4 žen. Je zřejmé, že u mužů je podíl těch, kteří nikdy nekouřili výrazně nižší než u žen, mezi muži je však více bývalých kuřáků, což výsledný rozdíl mezi počtem současných nekuřáků u mužů a žen mírně snižuje. Ze všech bývalých kuřáků bylo u mužů 22,2 % silných (kouřili více než 20 cigaret denně), u žen jejich podíl představoval jen 4,4 %.

Naopak pravidelně kouřila téměř 1/3 mužů a necelá 1/5 žen. Rozdíl mezi oběma pohlavími byl potvrzen logistickou regresí jako statisticky významný i po odstranění vlivu věkové struktury. Ze všech pravidelných kuřáků bylo u mužů 29,9 % silných kuřáků, u žen 12,7 % silných kuřáček. Ve srovnání s výsledky předchozího šetření se však celkové rozložení respondentů výrazněji nezměnilo a rozdíly podílů jednotlivých skupin nebyly signifikantní u žádného typu kuřáctví.

Tabulka 4.4.1 znázorňuje rozložení respondentů podle věku a typu kuřáctví. Nejvyšší podíl nekuřáků je ve věkové skupině 75 a více let, v této věkové skupině je také, na rozdíl od předchozího šetření, nejvyšší podíl nikdy nekuřících mužů i žen (v roce 1999 byl nejvyšší podíl nikdy nekuřících mužů ve věkové skupině 15 - 24 let). Podíl nikdy nekuřících osob je však poměrně vysoký i v nejmladší věkové skupině.

Bývalí kuřáci představují téměř 1/4 mužů a necelou 1/5 žen a jsou zastoupeni především ve vyšších věkových kategoriích, kdy se lidé snaží ze zdravotních důvodů kouření omezit. Nejvíce příležitostných kuřáků je naopak mezi mladými lidmi do 35 let. Nejvyšší podíl pravidelných kuřáků je u obou pohlaví ve věkové skupině 35 - 44 let.

Ze všech osob, které v minulosti kouřily, přestalo kouřit 13,6 % mužů a 19,0 % žen v posledních 2 letech. Kouření omezilo (ale nepřestalo kouřit) v posledních 2 letech 33,3 % mužů a 35,7 % žen. Omezení kouření tedy uvedlo, shodně jako v šetření předchozím, více žen než mužů, avšak podíl těch, kteří kouření v posledních 2 letech omezili byl v roce 2002 nižší. Nejvíce omezili kouření v posledních 2 letech muži ve věku 75 a více let, zde uvedlo omezení kouření 62,5 % ze všech kuřáků v této věkové skupině.

Dalším ukazatelem, který byl v souvislosti s kouřením sledován, byl počet let, po která respondent kouří (u pravidelných kuřáků) nebo kouřil (u bývalých kuřáků).

Průměrná doba kouření u mužů byla 17,5 roku, u žen byla její hodnota nižší, a to 14,3 roku. Nejdéle kouří/kouřili silní kuřáci a kuřačky, nejkratší doba byla naopak zaznamenána u příležitostně kouřících mužů a bývalých kuřaček. Rozdíly v průměrné době kouření podle typu kuřáctví byly potvrzeny jako statisticky významné u obou pohlaví. Tyto hodnoty jsou však ovlivněny rozdílnou věkovou strukturou jednotlivých typů kuřáků (např. příležitostní kuřáci jsou zastoupeni nejvíce mezi mladými lidmi, u kterých je průměrná doba kouření nižší). Proto byla provedena věková standardizace. Po této standardizaci byla průměrná doba kouření u příležitostných kuřáků vyšší a nejkratší doba kouření byla u obou pohlaví zaznamenána mezi bývalými kuřáky. Průměrnou dobu kouření v letech podle pohlaví, věku a typu kuřáctví prezentuje tabulka 4.4.2.

Průměrná doba kouření se u všech typů kuřáků s rostoucím věkem zvyšuje, pouze v poslední věkové kategorii je její hodnota u bývalých a příležitostných kuřáků nižší než v předchozí věkové kategorii.

Z údajů o průměrné době kouření a věku respondenta je možné přibližně zjistit průměrný věk počátku kouření. Jeho hodnota byla vypočtena pouze na základě údajů o pravidelných kuřácích a představovala přibližně 20 let pro muže a 22 let pro ženy. Zatímco osoby ve věku 15 - 24 let začaly s kouřením ve věku okolo 16 let, osoby ve věku 65 - 74 let začaly kouřit okolo 25. roku věku, tedy později než osoby z mladších generací. S rostoucím věkem se však zvyšuje nepřesnost odhadu délky kouření, prezentované výsledky proto mohou být touto skutečností zkresleny.

Uvedený způsob odhadu počátku kouření rovněž zahrnuje některé další nepřesnosti, neboť osoby mohly s kouřením na určitou dobu přestat a opět znovu začít a pokud respondent uvedl pouze počet let, po která kouří, tato doba omezení kouření není do výpočtu zahrnuta.

Zajímavé je rovněž rozdělení respondentů podle dosaženého vzdělání a typu kouření. Nejvíce pravidelných kuřáků je (po věkové standardizaci) mezi muži se základním a učňovským vzděláním, u žen je v těchto vzdělanostních skupinách rovněž vysoký podíl pravidelných kuřaček. Nejméně pravidelných kuřáků je mezi osobami s vysokoškolským vzděláním. V této vzdělanostní skupině je, ve srovnání s ostatními, také nejvyšší podíl těch, kteří nikdy nekouřili. Rozdíly z hlediska nejvyššího dokončeného vzdělání byly potvrzeny logistickou regresí jako statisticky významné.

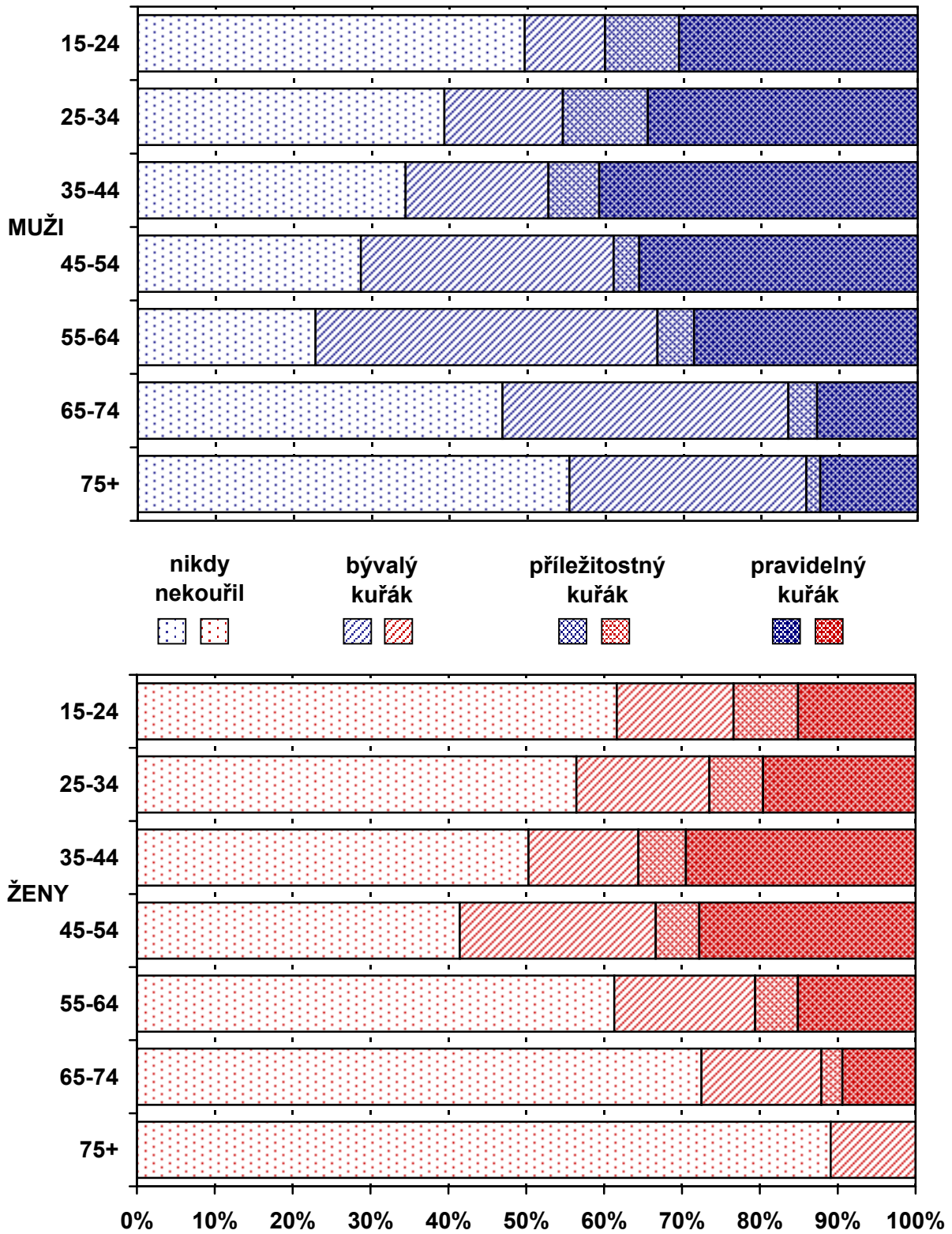
Závislost typu kuřáctví na velikosti sídla není prokazatelná. Rovněž závislost typu kuřáctví na výši příjmu domácnosti respondenta není patrná u žen, u mužů byl potvrzen vyšší podíl pravidelných kuřáků u osob s nejnižším příjmem, ve srovnání s osobami s příjmem vyšším než 9 000 Kč na jednoho člena domácnosti. Další statisticky významné rozdíly byly zaznamenány také z hlediska rodinného stavu: nejvíce nikdy nekouřících osob je mezi dosud svobodnými muži a ženami, a to i po věkové standardizaci. Mezi rozvedenými a ovdovělými je pak, ve srovnání se sezdanými, vyšší podíl pravidelných kuřáků.

Stejně tak jako u dalších dále analyzovaných charakteristik životního stylu (alkoholismus, užívání drog), které jsou spojeny s negativním hodnocením ze strany veřejnosti, lze předpokládat, že výpovědi respondentů o kouření jsou mírně podhodnoceny.

Tab. 4.4.1 Typ kuřáctví

| Věk | Struktura souboru respondentů podle typu kuřáctví (v %) | | | | |
|---------------|---|--------------|---------------------|-------------|-------------|
| | nikdy nekouřil | bývalý kuřák | příležitostný kuřák | slabý kuřák | silný kuřák |
| | muži | | | | |
| Celkem | 37,8 | 24,7 | 6,6 | 21,7 | 9,2 |
| 15-24 | 49,6 | 10,3 | 9,5 | 27,3 | 3,3 |
| 25-34 | 39,3 | 15,2 | 10,9 | 23,7 | 10,9 |
| 35-44 | 34,3 | 18,3 | 6,5 | 26,6 | 14,2 |
| 45-54 | 28,6 | 32,4 | 3,3 | 21,4 | 14,3 |
| 55-64 | 22,8 | 43,9 | 4,7 | 19,3 | 9,4 |
| 65-74 | 46,8 | 36,7 | 3,7 | 8,3 | 4,6 |
| 75+ | 55,4 | 30,4 | 1,8 | 8,9 | 3,6 |
| | ženy | | | | |
| Celkem | 59,1 | 17,3 | 5,5 | 15,8 | 2,3 |
| 15-24 | 61,7 | 15,0 | 8,3 | 14,1 | 1,0 |
| 25-34 | 56,5 | 17,1 | 6,9 | 16,3 | 3,3 |
| 35-44 | 50,3 | 14,1 | 6,1 | 25,2 | 4,3 |
| 45-54 | 41,5 | 25,2 | 5,6 | 24,4 | 3,4 |
| 55-64 | 61,3 | 18,1 | 5,5 | 13,1 | 2,0 |
| 65-74 | 72,5 | 15,4 | 2,7 | 8,7 | 0,7 |
| 75+ | 89,1 | 10,9 | - | - | - |

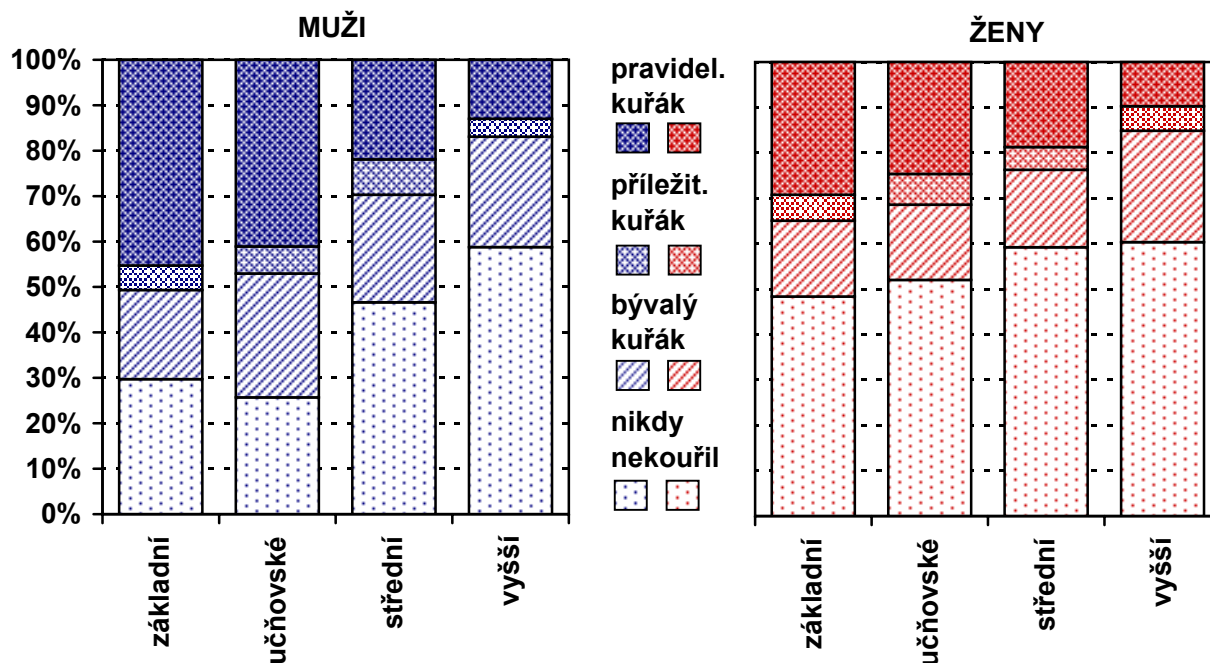
Graf 4.4.1 Struktura souboru respondentů podle typu kouření a věku



Tab. 4.4.2 Průměrná doba kouření

| Věk | Průměrná doba kouření v letech | | | | |
|---------------|--------------------------------|--------------|---------------------|-------------|-------------|
| | celkem | bývalý kuřák | příležitostný kuřák | slabý kuřák | silný kuřák |
| muži | | | | | |
| Celkem | 17,5 | 15,3 | 12,8 | 18,4 | 24,3 |
| 15-24 | 3,4 | 2,0 | 2,4 | 4,1 | 5,1 |
| 25-34 | 9,7 | 5,4 | 9,1 | 11,3 | 12,6 |
| 35-44 | 15,8 | 9,6 | 14,5 | 18,3 | 19,6 |
| 45-54 | 20,3 | 12,9 | 17,6 | 26,4 | 28,4 |
| 55-64 | 26,7 | 21,4 | 29,8 | 32,7 | 37,8 |
| 65-74 | 33,2 | 26,4 | 49,0 | 46,9 | 51,8 |
| 75+ | 32,0 | 21,4 | 30,0 | 60,0 | 54,0 |
| ženy | | | | | |
| Celkem | 14,3 | 9,5 | 12,6 | 18,9 | 22,3 |
| 15-24 | 2,8 | 1,3 | 2,9 | 4,2 | 5,0 |
| 25-34 | 7,5 | 4,2 | 7,0 | 9,9 | 13,6 |
| 35-44 | 13,4 | 7,4 | 13,3 | 15,4 | 21,3 |
| 45-54 | 17,6 | 10,6 | 17,1 | 23,6 | 25,6 |
| 55-64 | 23,2 | 12,8 | 24,4 | 34,9 | 36,5 |
| 65-74 | 28,0 | 21,0 | 28,8 | 38,7 | 50,0 |
| 75+ | 15,3 | 15,3 | - | - | - |

Graf 4.4.3 Struktura souboru respondentů podle typu kouření a vzdělání (po věkové standardizaci)



4.5 ALKOHOL

Dalším faktorem, významně ovlivňujícím zdravotní stav jedince, je alkohol a jeho nadměrná konzumace. Tato problematika je u nás zvláště závažná, neboť Česká republika patří v současném celosvětovém žebříčku mezi státy s nejvyšší spotřebou alkoholu, resp. alkoholických nápojů.

Somatická poškození, zapříčiněná nadměrnou konzumací alkoholu se mohou týkat prakticky všech částí lidského organismu. Alkohol zvyšuje riziko vzniku jaterní cirhózy a karcinomu jater, rakoviny jícnu, žaludku a tenkého střeva. Nadměrné užívání alkoholu může narušit endokrinní systém a podílet se tak na vzniku diabetu. Při nadměrném užívání alkoholu dochází také k poškození oběhového, nervového či reprodukčního systému. Vliv alkoholu na oběhový systém je však více komplikovaný. Často jsou totiž zmiňovány i jeho pozitivní účinky (při mírné spotřebě) na snižování rizika některých kardiovaskulárních onemocnění (např. ICHS).

Nadměrnou konzumací alkoholu je ohroženo nejen zdraví fyzické, ale rovněž psychické a sociální. U pravidelných konzumentů se může objevit řada duševních poruch, mezi nimi i závislost na alkoholu ve formě alkoholismu. Pravidelná konzumace alkoholu může působit také sociální problémy, od agresivního chování a rodinných problémů až po kriminalitu.

V šetření HIS CR 2002 byly otázky zjišťující spotřebu alkoholu upraveny v souladu s výsledky testovacího šetření EUROHIS 2001. Informace o spotřebě alkoholu získané z šetření HIS CR 2002 proto nejsou s předchozími šetřeními srovnatelné ve všech parametrech.

Respondenti byli v tomto šetření dotazováni na:

- dobu uplynulou od poslední konzumace alkoholu
- množství a četnost konzumace alkoholu v posledních 4 týdnech (pouze u osob, které v tomto období alkohol konzumovaly)
- nadměrnou konzumaci alkoholu (počet dní v opilosti v posledních 4 týdnech)

Podle doby uplynulé od poslední konzumace alkoholu byli respondenti rozděleni do čtyř skupin: konzumovali alkohol během posledního týdne, konzumovali alkohol před 1 - 4 týdny, konzumovali alkohol před více než 4 týdny a celoživotní abstinenti.

Během posledního týdne konzumovaly alkohol přibližně 2/3 mužů a více než 1/3 žen. Celkem konzumaci alkoholu během posledních 4 týdnů uvedlo přibližně 80 % mužů a více než 50 % žen. Pouze 7 % mužů a téměř 20 % žen jsou celoživotními abstinenty. Ve srovnání s předchozím šetřením nedošlo v tomto rozložení k významným změnám. Z hlediska pohlaví je patrné, že struktura mužů a žen podle doby poslední konzumace se liší, tato skutečnost byla rovněž potvrzena statistickým testem. U mužů je patrný výrazně vyšší podíl respondentů konzumujících alkohol v posledním týdnu, mezi ženami je naopak více těch, které alkohol nikdy nekonzumovaly. Rovněž závislost doby poslední konzumace alkoholu na věku byla potvrzena u mužů i u žen statistickým testem. U obou pohlaví je

nejvyšší podíl osob s častou konzumací alkoholu ve věkové skupině 35 - 44 let, v této věkové kategorii byl rovněž nízký podíl celoživotních abstinentů. Nejvíce mužů abstinentů bylo, shodně jako v předchozím šetření, ve věkové skupině 15 - 24 let, u žen bylo nejvíce abstinentek ve věku nad 75 let.

Strukturu respondentů podle termínu poslední konzumace alkoholu prezentuje tabulka 4.5.1.

Osoby, které uvedly konzumaci alkoholu v posledních 4 týdnech, byly dále dotazovány na počet dní (z posledních 28), po které konzumovaly určitý druh alkoholu (pivo, víno, destiláty a aperitivy). Pokud uvedly, že daný druh alkoholu konzumovaly alespoň v 1 dni, byla jim položena otázka, kolik tohoto alkoholu v průměru v jednom dni konzumace vypijí. Ze získaných údajů byly vypočítány ukazatele uvedené v tabulce 4.5.2.

Nejvíce konzumovaným nápojem, jak se dalo předpokládat, v posledních 4 týdnech bylo pivo. Tento druh alkoholu konzumovaly více než 2/3 všech dotázaných mužů a 1/5 žen. U všech sledovaných druhů alkoholu byly potvrzeny signifikantní rozdíly v podílu konzumentů mezi muži a ženami. Pivo a destiláty konzumovalo více mužů, naopak víno a aperitivy konzumovalo více žen.

Muži konzumovali pivo v průměru 8x měsíčně, tedy až 6x častěji než ženy (počet dnů pití daného druhu alkoholu), destiláty konzumovali 2,5x častěji než ženy. V jednom měsíci vypili muži téměř 20 piv, ženy pouze 2 piva. Víno konzumovaly častěji ženy než muži, celkové množství vypitého vína však bylo u obou pohlaví téměř stejné, ženy tedy pijí víno častěji, ale v menších dávkách. Rozdíly v počtu dnů konzumace daného druhu alkoholu a ve spotřebovaném množství mezi muži a ženami byly potvrzeny jako signifikantní pouze u piva a destilátů.

Spotřebované množství alkoholu během posledních 4 týdnů odpovídalo běžné spotřebě v posledním roce u 82,9 % mužů a 78,8 % žen, 7,9 % mužů a 12,9 % žen uvedlo, že konzumace alkoholu v posledních 4 týdnech byla vyšší než je jejich běžná spotřeba.

Na základě údajů o počtu dnů konzumace alkoholu a množství spotřebovaného alkoholu v jednom dni konzumace byl vypočítán ukazatel průměrné týdenní dávky alkoholu (PTDA). Pro jeho výpočet bylo nutné spotřebu jednotlivých druhů alkoholických nápojů přepočítat na jednotnou dávku čistého alkoholu. Ta byla stanovena na základě podkladů WHO takto: 1 dávka = 12 g ethanolu (96 %), což odpovídá přibližně 33 cl piva, 13 cl vína, 3 cl destilátů a 12 cl aperitivu. Běžné míry alkoholu byly přepočítány na jednotnou dávku (12 g) takto:

0,5 l piva = 1,515 dávky

1 dcl vína = 0,769 dávky

0,5 dcl destilátu = 1,667 dávky

1 dcl aperitivu = 0,8335 dávky

Ukazatel PTDA byl vypočítán z těchto přepočítaných údajů o průměrné denní spotřebě v dávkách (12 g ethanolu) a průměrného počtu dní konzumace alkoholu během týdne,

a to jako součet za všechny druhy alkoholu. Tento ukazatel tedy charakterizuje celkovou spotřebu alkoholu během jednoho týdne. Podle hodnoty PTDA byli respondenti rozděleni do 3 skupin: při hodnotách PTDA z intervalu 0 - 1,9 se jednalo o abstinenta, resp. výjimečného konzumenta alkoholu, při PTDA 2 - 21,9 u mužů, resp. 2 - 14,9 u žen se jednalo o přiměřeného konzumenta, při hodnotách PTDA vyšších než 22 u mužů, resp. než 15 u žen se jednalo o nadměrného konzumenta alkoholu.

Tabulka rozložení respondentů podle týdenní spotřeby alkoholu (tabulka 4.5.1) prezentuje zastoupení respondentů v těchto kategoriích podle věku a pohlaví. Více než 1/3 mužů a 3/4 žen konzumovaly alkohol výjimečně nebo vůbec ne. Naopak nadměrně konzumovalo alkohol 12 % mužů a téměř 3 % žen. Rozdíly v rozložení mezi muži a ženami byly potvrzeny jako statisticky významné, vyšší podíl nadměrných konzumentů alkoholu u mužů byl prokazatelný i po věkové standardizaci. Signifikantní byla rovněž závislost rozložení respondentů podle spotřeby alkoholu na věku. Nejvíce abstinentů bylo u mužů i u žen zaznamenáno ve věku nad 75 let, nejvíce nadměrných konzumentů pak ve věkové kategorii 35 - 44 let. Průměrný týdenní počet dávek čistého alkoholu činil u mužů 9,8, u žen 2,1 a byl nejvyšší rovněž ve věkových skupinách 35 - 44 let (viz graf 4.5.2).

Z hlediska vzdělání nebyly po věkové standardizaci zaznamenány žádné statisticky významné rozdíly v průměrném ukazateli PTDA jednotlivých vzdělanostních skupin. Určitý rozdíl byl (po věkové standardizaci) patrný pouze ve vyšším podílu žen s nadměrnou konzumací alkoholu mezi vysokoškolačkami, zatímco nejnižší podíl byl zaznamenán mezi ženami s učňovským vzděláním (testováno logistickou regresí). S rostoucím vzděláním se snižuje podíl abstinencek.

Zajímavé rozdíly mezi jednotlivými vzdělanostními skupinami byly zaznamenány také z hlediska druhu konzumovaného alkoholu. Po věkové standardizaci byly u mužů jako signifikantní potvrzeny rozdíly ve spotřebě piva. Nejvyšší spotřeba piva (na základě ukazatele PTDA) byla zaznamenána u mužů se základním vzděláním, nejnižší spotřeba byla naopak u středoškoláků a vysokoškoláků. Signifikantní byly také u obou pohlaví rozdíly ve spotřebě vína. Nejnižší spotřeba vína byla zaznamenána u osob se základním vzděláním, nejvyšší naopak u vysokoškolsky vzdělaných osob. Ženy vysokoškolačky také konzumovaly více aperitivy než ženy se základním vzděláním (signifikantní rozdíl potvrzen ANOVA testem i po věkové standardizaci).

Z hlediska ekonomické aktivity byly signifikantní rozdíly mezi zaměstnanými a nezaměstnanými pouze u mužů. Nezaměstnaní muži vykazovali vyšší spotřebu alkoholu (PTDA) než zaměstnaní muži. U nezaměstnaných byl zaznamenán rovněž vyšší podíl osob s nadměrnou konzumací alkoholu ve srovnání se zaměstnanými, a to i po věkové standardizaci. U žen nebyly rozdíly statisticky významné.

Z hlediska rodinného stavu nebyly po věkové standardizaci zaznamenány statisticky významné rozdíly v průměrné hodnotě ukazatele PTDA. Zatímco u žen byl logistickou regresí prokázán vyšší podíl nadměrných konzumentek alkoholu mezi rozvedenými (ve srovnání se sezdánými), u mužů byl zaznamenán vyšší podíl abstinentů mezi svobodnými

a ovdovělými (ve srovnání se sezdanými). Rozdíly v podílu nadměrných konzumentů mezi jednotlivými kategoriemi u mužů zaznamenány nebyly.

Rozdíly v průměrné spotřebě alkoholu podle velikostní skupiny obce nebyly u mužů ani u žen statisticky významné. Ani podle výše příjmu nebyly u mužů zaznamenány výrazné rozdíly ve spotřebě alkoholu, u žen se s rostoucím příjmem průměrná týdenní spotřeba alkoholu zvyšovala. Tato skutečnost platila i po věkové standardizaci a byla potvrzena ANOVA testem.

Dále byla vypočítána průměrná denní spotřeba 96 % alkoholu v gramech a ta přepočítána na průměrnou denní spotřebu 100 % alkoholu v mililitrech. Podle kritérií o zdravotně rizikové konzumaci alkoholu, stanovených WHO, byly odhadnuty podíly osob, které by mohly mít v důsledku nadměrné konzumace závažnější zdravotní problémy. Riziková průměrná denní spotřeba podle WHO představuje 50 ml čistého lihu pro muže, 25 ml čistého lihu pro ženy. Vzhledem k předpokládanému podhodnocení údajů o spotřebě alkoholu byly tyto hranice pro účely šetření HIS CR 2002 posunuty směrem dolů, za rizikovou tedy byla považována u mužů konzumace více než 40 ml 100 % alkoholu denně, u žen byla tato hranice stanovena na 20 ml 100 % alkoholu denně. Hranice vysoce rizikového konzumu představovala pro muže 50 ml 100 % alkoholu denně, pro ženy 40 ml 100 % alkoholu denně.

Hranici rizikového konzumu překročilo 16,5 % mužů a 6,3 % žen. Do kategorie vysoce rizikového konzumu spadalo 9,7 % mužů a 2 % žen. Rozdíly v rozložení mezi muži a ženami byly potvrzeny jako statisticky významné.

O nadměrné konzumaci alkoholu vypovídají také poslední dvě otázky. Respondentům, kteří pili v posledních 4 týdnech, byla položena otázka na počet dnů (z možných 28), po které pili tak, že byli opilí. Alespoň jeden den v opilosti uvedlo 17,6 % mužů a 7,0 % dotázaných žen. Průměrný počet dnů v opilosti (z těch, kteří byli alespoň 1x opilí) byl u mužů 3,1 dne, u žen 2,3 dne, rozdíl mezi oběma pohlavími však nebyl potvrzen jako statisticky významný. Všem respondentům (s výjimkou celoživotních abstinentů) pak byla položena otázka, zda bylo v životě období, kdy jim konzumace alkoholu překážela v práci nebo doma. Na tuto otázku odpovědělo kladně 5,6 % mužů a 2,9 % žen.

Jako statisticky významný byl u obou pohlaví prokázán vztah mezi kouřením a konzumací alkoholu. Mezi silnými kuřáky byl, ve srovnání s osobami, které nikdy nekouřily, vyšší podíl osob s nadměrnou konzumací alkoholu, a to i po věkové standardizaci. U osob s nadměrnou konzumací alkoholu je však rovněž častější pasivní kuřáctví, spojené s přítomností v zakouřených prostorách.

U všech uvedených údajů týkajících se konzumace alkoholu je však nutné si uvědomit, že výsledky šetření mohou být značně zkreslené. Je pravděpodobné, že jednotlivé skupiny populace vypovídají o své spotřebě alkoholu více či méně pravdivě, zejména respondenti s vysokou spotřebou alkoholu mají tendenci své výpovědi upravovat ke společensky přijatelným hodnotám.

Tab. 4.5.1 Respondenti podle konzumace alkoholu

| Věk | Struktura souboru respondentů v % | | | | | | |
|---------------|---|----------------|-----------------------|-----------------------|---|------------------------------|--------------------|
| | podle termínu poslední konzumace alkoholu | | | | podle týdenní spotřeby alkoholu (v dávkách 12 g) | | |
| | poslední týden | před 1-4 týdny | před více než 4 týdny | celoživotní abstinent | 0-1,9 | 2,0-21,9 (m) 2,0-14,9 (ž) | 22+ (m) 15+ (ž) |
| | muži | | | | | | |
| Celkem | 68,6 | 12,7 | 11,7 | 7,0 | 34,7 | 53,0 | 12,3 |
| 15-24 | 54,8 | 19,1 | 12,9 | 13,3 | 44,4 | 49,4 | 6,3 |
| 25-34 | 74,9 | 12,3 | 7,6 | 5,2 | 28,1 | 61,9 | 10,0 |
| 35-44 | 79,3 | 9,5 | 6,5 | 4,7 | 20,8 | 58,9 | 20,2 |
| 45-54 | 74,2 | 11,0 | 10,5 | 4,3 | 29,3 | 55,3 | 15,4 |
| 55-64 | 71,9 | 8,2 | 14,0 | 5,8 | 36,8 | 48,5 | 14,6 |
| 65-74 | 61,5 | 17,4 | 14,7 | 6,4 | 42,2 | 47,7 | 10,1 |
| 75+ | 55,4 | 7,1 | 28,6 | 8,9 | 58,9 | 32,1 | 8,9 |
| | ženy | | | | | | |
| Celkem | 36,1 | 17,1 | 27,0 | 19,8 | 78,0 | 19,2 | 2,8 |
| 15-24 | 32,0 | 28,2 | 19,9 | 19,9 | 78,9 | 17,6 | 3,4 |
| 25-34 | 45,1 | 17,9 | 24,8 | 12,2 | 73,9 | 23,3 | 2,9 |
| 35-44 | 52,1 | 17,8 | 19,0 | 11,0 | 65,8 | 29,8 | 4,3 |
| 45-54 | 40,2 | 16,7 | 29,1 | 14,1 | 75,1 | 21,9 | 3,0 |
| 55-64 | 34,7 | 13,1 | 27,6 | 24,6 | 80,3 | 16,7 | 3,0 |
| 65-74 | 20,8 | 12,1 | 36,2 | 30,9 | 88,6 | 10,7 | 0,7 |
| 75+ | 14,7 | 8,3 | 38,5 | 38,5 | 90,8 | 8,3 | 0,9 |

Tab. 4.5.2 Spotřeba jednotlivých druhů alkoholu

| Druh alkoholu | % respondentů kteří konzumovali daný druh alkoholu v posledních 4 týdnech | | Průměrný počet dnů pití daného druhu alkoholu během posledních 4 týdnů | | Množství spotřebovaného alkoholu během posledních 4 týdnů ¹⁾ | |
|------------------|---|------|--|------|---|------|
| | muži | ženy | muži | ženy | muži | ženy |
| pivo | 70,6 | 21,9 | 8,3 | 1,3 | 19,9 | 2,0 |
| víno | 25,8 | 34,9 | 1,3 | 1,4 | 4,6 | 4,5 |
| destiláty | 24,9 | 13,6 | 1,3 | 0,5 | 3,2 | 1,1 |
| aperitivy | 3,3 | 5,5 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,2 |

¹⁾ Množství je udáváno v následujících jednotkách:

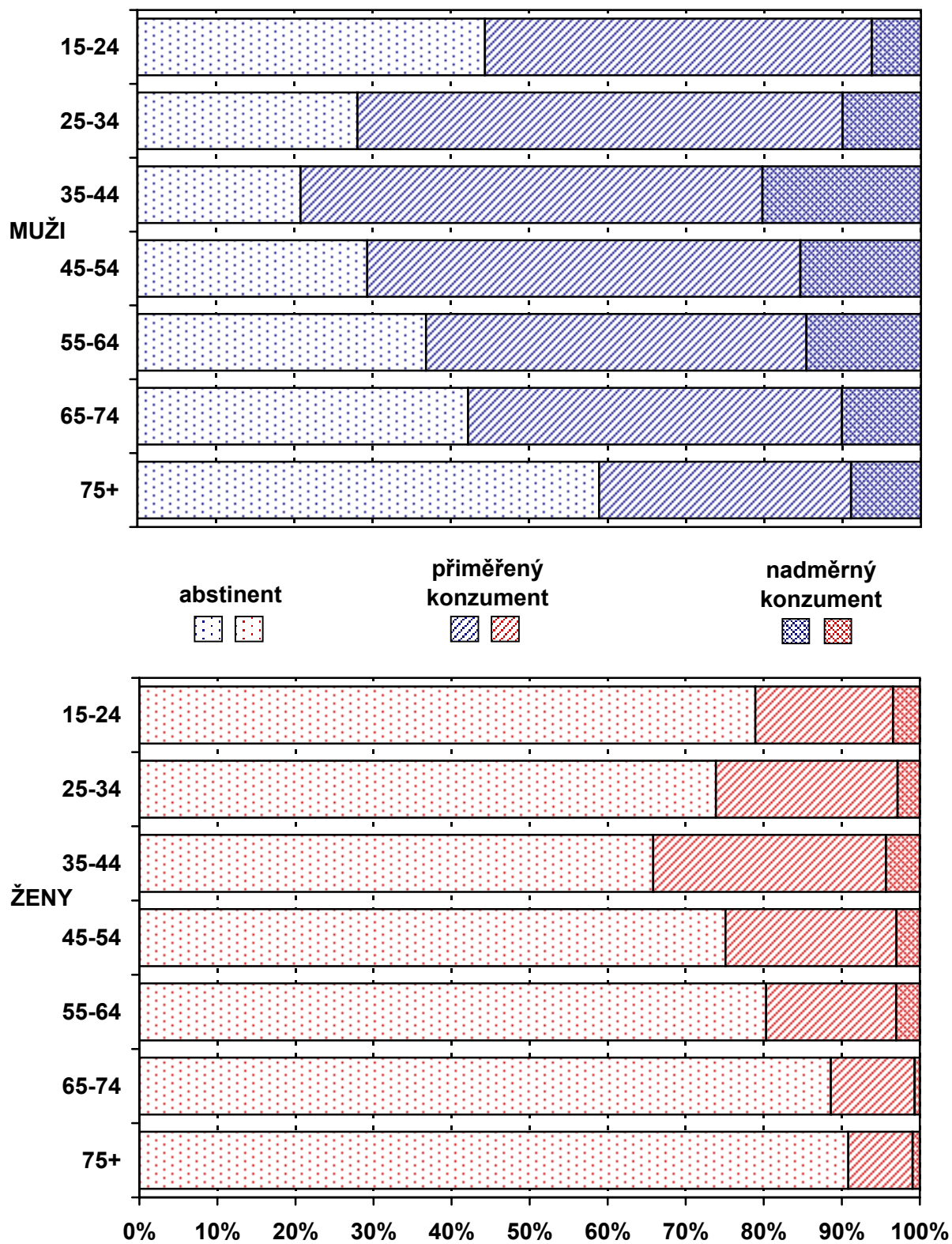
pivo - počet půllitrů

víno - počet 1 dcl skleniček

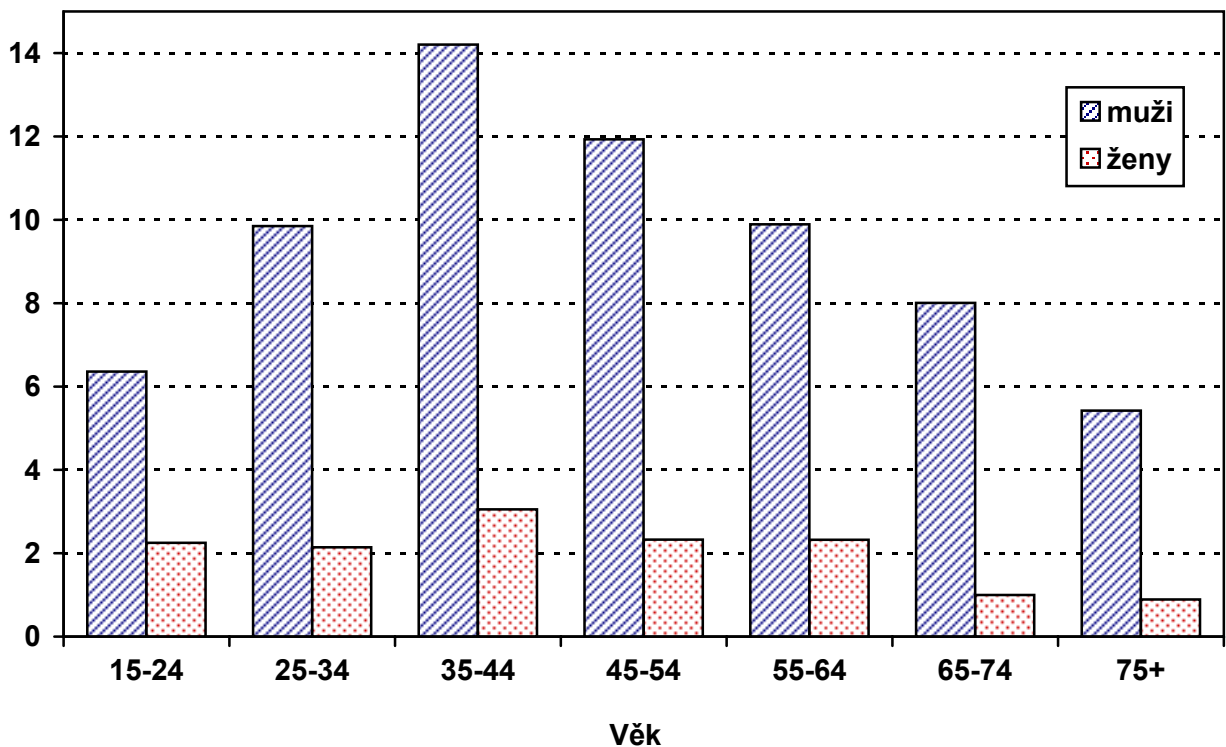
destiláty - počet 0,5 dcl skleniček

aperitivy - počet 1 dcl skleniček

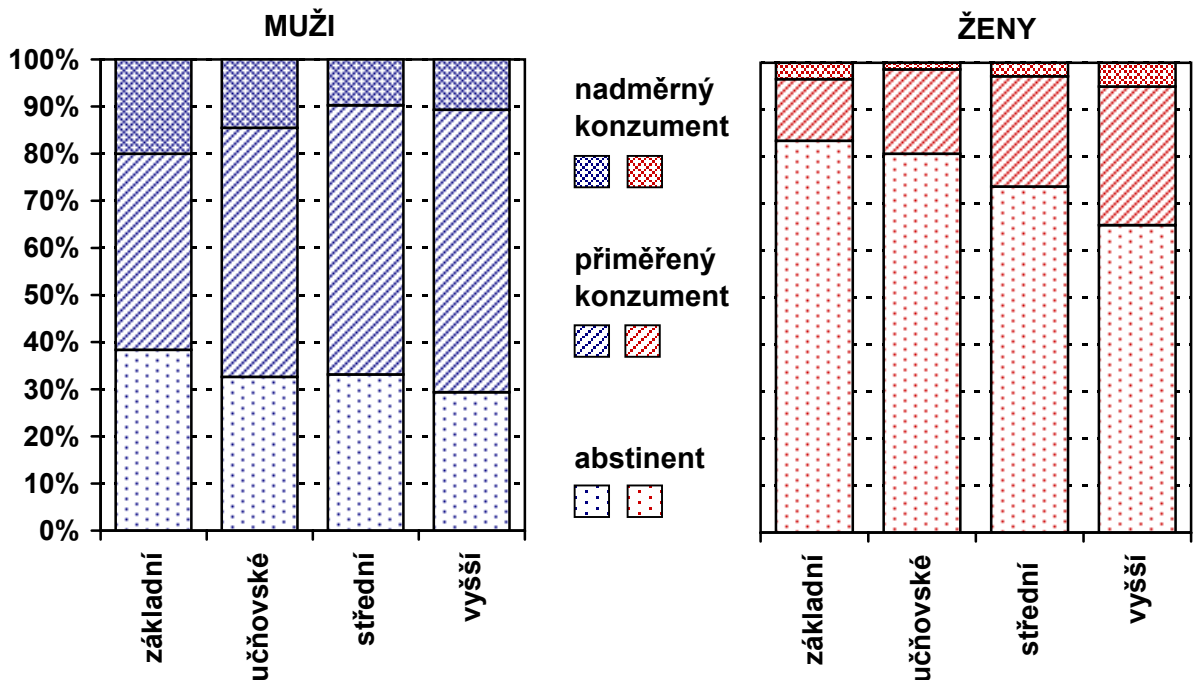
Graf 4.5.1 Struktura souboru respondentů podle konzumace alkoholu a věku



Graf 4.5.2 Průměrná týdenní spotřeba alkoholu (v dávkách 12g)



Graf 4.5.3 Struktura souboru respondentů podle konzumace alkoholu a vzdělání (po věkové standardizaci)



4.6 DROGY

Další otázky zjišťovaly rozšíření užívání nelegálních drog. Tyto látky s psychotropním účinkem silně působí zejména na centrální nervovou soustavu, jejich zneužívání přináší určitá zdravotní rizika. Může se jednat o akutní stav intoxikace drogou, o potíže způsobené už po jednorázovém experimentálním užití drogy nebo o poškození organismu po jejím delším užívání. Jsou s nimi spojeny takové zdravotní problémy jako například některá onemocnění srdce či určité druhy rakoviny. Drogy patří (spolu s alkoholem) mezi návykové látky, neboli látky, jejichž užívání vede k závislosti (psychické či fyzické). Způsobují však i řadu dalších duševních onemocnění. Vyšší úmrtnost uživatelů drog souvisí také s rizikem předávkování se drogou a sebevražedným jednáním, kriminalitou či dopravními nehodami. Jejich injekční aplikace je pak spojena s řadou infekčních onemocnění (hepatitida, HIV/AIDS). Mohou však mít negativní vliv nejen na uživatele, ale i na jeho rodinu a okolí, často způsobují nejen závažné zdravotní problémy, ale i potíže v rodinném a společenském životě, v zaměstnání apod.

V našem šetření byla respondentům položena otázka, zda užili alespoň jednou v životě daný druh drogy (drogy byly rozděleny do několika skupin). Pokud odpověděli kladně, zjišťovalo se dále, zda to bylo v posledním roce či měsíci, event. v kolika dnech za poslední měsíc tuto drogu užili.

Ze všech respondentů, kteří odpověděli, užilo alespoň jednou v životě nějakou drogu celkem 150 respondentů, tj. 7,5 % mužů a 4,7 % žen. Rozdíl mezi muži a ženami byl potvrzen jako statisticky významný, a to i po věkové standardizaci. Ve srovnání s předchozím šetřením se podíl osob, které někdy drogu zkusily výrazně nezměnil.

Nejvíce osob, které měly s drogou nějakou zkušenost, bylo zaznamenáno u mužů ve věku 15 - 24 let (17,8 % osob z této věkové skupiny někdy zkusilo drogu), u žen byl nejvyšší podíl osob, které drogu někdy užily, ve věkové kategorii 25 - 34 let (12,2 %). S rostoucím věkem se podíl osob, které někdy drogu vyzkoušely, snižuje (potvrzeno statistickým testem). Ze srovnání s předchozím šetřením je patrné, že s postupujícím časem se zkušenost s drogou rozšiřuje i ve vyšších věkových kategoriích, do kterých se přesunují respondenti z nižších věkových skupin, kteří vykazali více zkušeností s drogami již v minulém šetření.

Graf 4.6.1 prezentuje podíl respondentů, kteří někdy zkusili drogu, podle věku a pohlaví.

Z hlediska sociodemografických charakteristik byla zaznamenána závislost podílu uživatelů drog na vzdělání, a to u obou pohlaví. Podíl osob, které experimentovaly s drogou, byl nejvyšší mezi vysokoškolsky vzdělanými, u osob se základním vzděláním byl tento podíl nejnižší. Vyšší podíl osob, které mají s drogou zkušenost mezi vysokoškoláky, ve srovnání s osobami se základním vzděláním, byl potvrzen statistickým testem i po odstranění vlivu věkové struktury (viz graf 4.6.2). Zaznamenána byla také závislost rozšíření uživatelů drog na velikosti sídla. Nejméně rozšířené bylo užívání drog v obcích do 5 000 obyvatel, nejvíce osob, které drogu vyzkoušely, bylo v obcích s více než 50 000 obyvateli. Vyšší podíl uživatelů drog v obcích s více než 5 000 obyvateli byl potvrzen

statistickým testem po věkové standardizaci. Statisticky významné byly také rozdíly podle průměrného měsíčního příjmu na 1 člena domácnosti. Mezi respondenty s příjmem vyšším než 9 000 Kč na 1 člena domácnosti byl podíl osob, které drogu užily, vyšší, ve srovnání s osobami s nejnižším příjmem domácnosti. U žen byl zaznamenán také vyšší podíl uživatelů drog mezi svobodnými ve srovnání se sezdánými. Častěji měly zkušenost s drogou osoby s vyšší konzumací alkoholu a kuřáci ve srovnání s abstinenty a nekuřáky.

Zajímavé je také, jak často jsou drogy užívány (viz graf 4.6.3). Více než polovina všech respondentů, kteří drogu zkusili, ji užila před více než 12 měsíci. Ve srovnání s předchozím rokem se tento podíl výrazně nezměnil. Z respondentů, kteří drogu užili v posledním roce, ji téměř polovina užila v průběhu posledního měsíce. Jako statisticky významný byl potvrzen rozdíl v četnosti užívání drog mezi oběma pohlavími. Mezi ženami byl vyšší podíl těch, které vyzkoušely drogu před více než 12 měsíci, naopak podíl žen, které užily drogu v průběhu posledního měsíce, byl nižší než u mužů.

Z hlediska věku byl podíl osob, které užily drogu v posledních 12 měsících, nejvyšší u obou pohlaví ve věkové skupině 15 - 24 let, v následujících věkových skupinách byl jejich podíl výrazně nižší. Shodné rozložení z hlediska věku bylo zaznamenáno i u osob, které užily drogu v průběhu posledního měsíce.

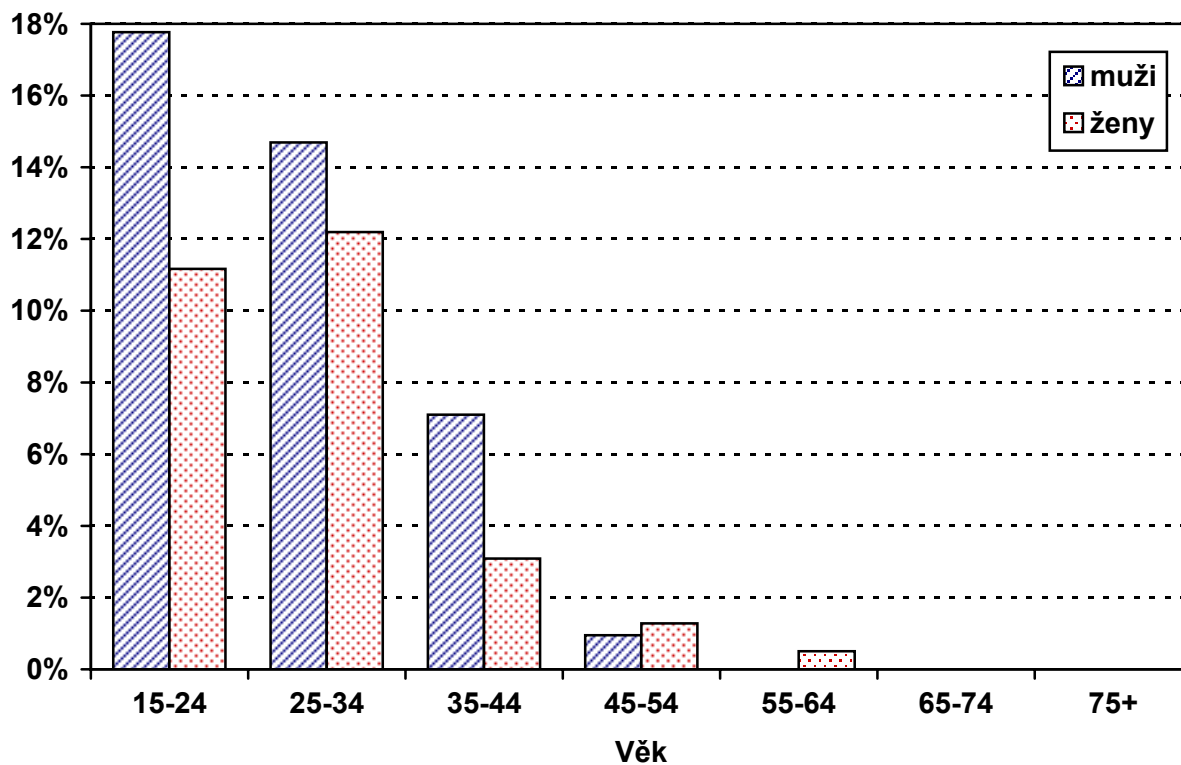
V posledních 12 měsících užilo drogu celkem 3,9 % všech mužů a 1,9 % žen. Tento údaj vypovídá o rozšíření užívání drog v populaci lépe než údaj o celoživotní prevalenci, který zahrnuje i osoby, které užily drogu před více než 12 měsíci. Nízký počet osob, které drogu užily v průběhu posledního roku (tj. 70 osob), však neumožňuje provést další podrobné analýzy tohoto souboru.

Z respondentů, kteří drogu zkusili, 82,0 % užilo pouze jedinou drogu, 12,0 % užilo 2 drogy a 6,0 % užilo více než 3 druhy drog.

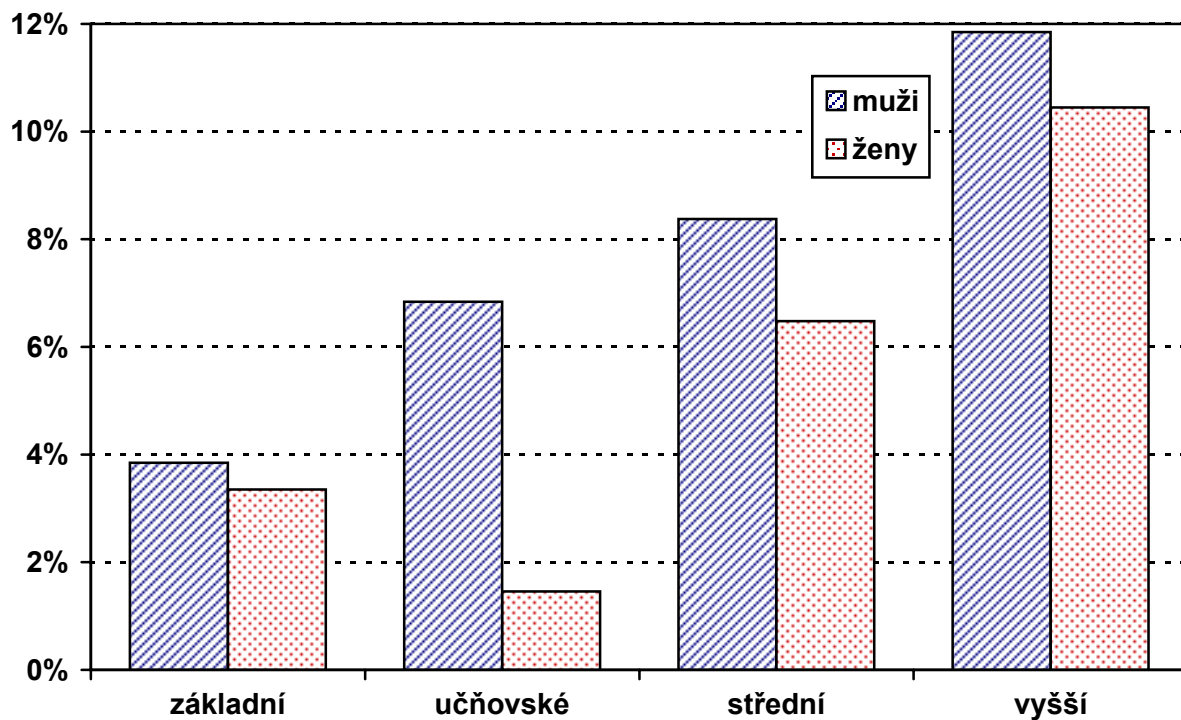
Nejvíce rozšířenou drogou byly, shodně jako v šetření předchozím, kanabinoidy (tzn. marihuana a hašiš). Ty představovaly téměř 2/3 drog užívaných v posledních 12 měsících. Tuto drogu vyzkoušelo 5,6 % všech respondentů a 87,1 % těch, kteří drogu užili v posledním roce. Poměrně rozšířené byly mezi uživateli drog také halucinogeny a stimulanty. Rozdíl mezi muži a ženami byl zaznamenán pouze v rozšíření užívání sedativ a hypnotik, jejich podíl byl vyšší u žen než u mužů.

Prezentované výsledky ukazují, že s drogami má zkušenost pouze malá část respondentů, jsou rozšířené především mezi mladými lidmi a více mezi muži než mezi ženami. Lze však předpokládat, že výsledky šetření jsou mírně podhodnoceny, neboť respondenti mají tendenci nevypovídat o své konzumaci drog pravdivě, a to především z důvodu negativního hodnocení drog veřejností. Osoby, které drogy užívají, je také obtížnější zkontaktovat a provést s nimi rozhovor.

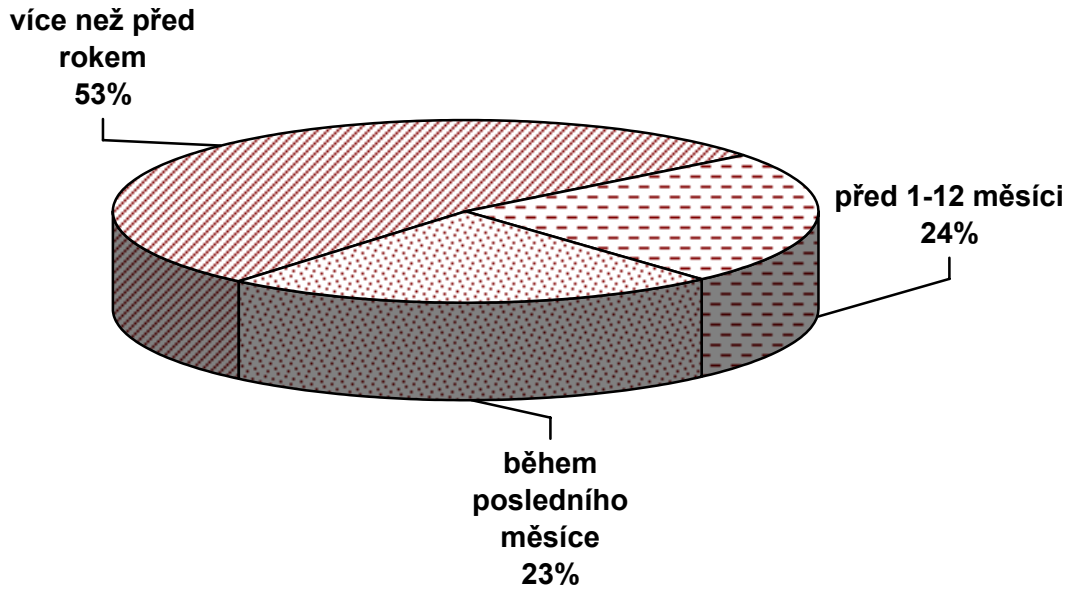
Graf 4.6.1 Procento respondentů, kteří zkusili drogu



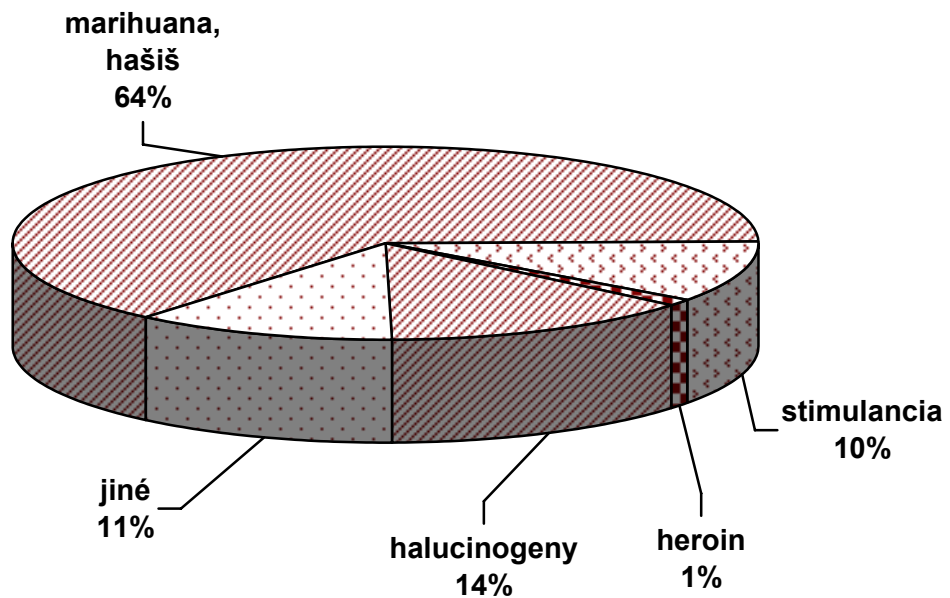
Graf 4.6.2 Procento respondentů, kteří zkusili drogu podle vzdělání (standardizovaný ukazatel)



Graf 4.6.3 Respondenti podle toho, kdy naposledy užili drogu (jen osoby, které drogu někdy užily)



Graf 4.6.4 Struktura užívaných drog (pouze drogy užívané v posledních 12 měsících)



5. ZDRAVÍ A NEMOCNOST

V úvodní části této publikace jsme sledovali sociální, demografické a ekonomické aspekty souboru respondentů, další část byla věnována faktorům životního stylu. Tím byly popsány základní podmiňující činitelé podílející se na formování lidského zdraví. Samotným zdravotním stavem populace se budeme zabývat v následujících kapitolách.

Zdraví je cennou individuální i sociální hodnotou, která výrazným způsobem ovlivňuje kvalitu života jedince. Podle definice WHO je vymezeno jako: „Stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoliv pouze jako nepřítomnost nemoci“. Je tedy definováno jednak normalitou tělesných (biologických) funkcí, dále pak normalitou psychologickou (přiměřené psychické vlastnosti, sebejistota, sebevědomí, identita, kreativita) a sociální (bezproblémové plnění příslušných rolí v rámci sociálního systému). V širším vymezení je pod pojmem zdraví chápán takový stav, který člověka neomezuje v dosahování jeho životních cílů, umožňuje mu rozvíjet a udržovat životní rovnováhu. Tato rovnováha pak přispívá ke smysluplnému způsobu života, realizaci vlastních přání a cílů, seberealizaci a obecné životní spokojenosti.

Zdravotní stav populace je chápán jako souhrn zdravotního stavu všech jedinců dané populace. Popis zdravotního stavu je poměrně obtížný. Je problematické určit jednoznačnou hranici mezi zdravím a nemocí, mezi dobrým a špatným zdravotním stavem, a to jak objektivně, tak subjektivně. Nemoc obecně je chápána jako protipól zdraví. Tradičně je však rozlišováno objektivní a subjektivní pojetí nemoci. Zatímco objektivně je nemoc (disease) určena lékařem na základě příznaků nezávisle na tom, jsou-li subjektivně vnímány pacientem, subjektivně se nemoc (illness) pociťuje jako „být nemocný“, tj. jako individuální zážitek poruchy „cítění se dobře“. Vnímání zdravotního stavu je však velice individuální, někteří jedinci se daným onemocněním cítí omezeni méně, jiní více. Také jeho závažnost se může u jednotlivců objektivně různit.

Soubory otázek zjišťujících zdravotní stav respondentů patřily v našem šetření k těm nejdůležitějším a byly vlastním smyslem šetření. Jejich prostřednictvím jsme sledovali jak subjektivní, tak objektivní hodnocení zdraví. Respondenti byli dotazováni konkrétně na svůj subjektivní pocit zdraví, dočasnou neschopnost, na objektivní zdravotní potíže, emoční pohodu, chronickou nemocnost, dlouhodobou neschopnost, sociální zdraví. I uvedené položky vztahující se k objektivnímu hodnocení zdravotního stavu však vychází z výpovědí jedinců samotných, nebyly nijak ověřovány dotazem u příslušného lékaře či dokonce lékařským vyšetřením, čímž může být věrohodnost uvedených výpovědí do určité míry zkreslena.

5.1 SUBJEKTIVNĚ VNÍMANÉ ZDRAVÍ

Ukazatel subjektivně vnímaného zdraví vypovídá o tom, jak respondent hodnotí svůj zdravotní stav a nemusí nutně odpovídat reálné zdravotní situaci jedince. Toto hodnocení zpravidla závisí nejen na skutečném zdravotním stavu, ale i na věku a momentální psychické pohodě. Subjektivně vnímané zdraví bylo v našem šetření zjišťováno otázkou: „Jak se celkově zdravotně cítíte?“. Respondent měl zakroužkovat jednu z pěti nabídnutých odpovědí: velmi dobře, dobře, uspokojivě, špatně, velmi špatně.

Tabulka 5.1.1 znázorňuje strukturu respondentů podle subjektivního zdraví, pohlaví a věku.

Jako velmi dobré nebo dobré hodnotilo své zdraví 66 % mužů a 58 % žen, naopak, velmi špatně nebo špatně se cítilo 7,5 % mužů a 11,0 % žen. Ostatní respondenti pocítovali svůj zdravotní stav jako uspokojivý. Rozdíl mezi muži a ženami byl potvrzen jako statisticky významný i po odstranění vlivu rozdílné věkové struktury obou pohlaví, ženy hodnotí svůj zdravotní stav hůře než muži. Ve srovnání s předchozím šetřením došlo rovněž k posunu celého rozdělení mužů i žen podle subjektivního pocitu zdraví, a to ve prospěch lepšího zdraví. U obou pohlaví byl v roce 2002 podíl osob s velmi dobrým subjektivním zdravím vyšší než v roce 1999.

U obou pohlaví je patrná jednoznačná závislost subjektivního vnímání zdraví na věku. S rostoucím věkem se podíl osob, které hodnotí své zdraví jako velmi dobré nebo dobré snižuje, podíl osob, které jej hodnotí jako špatné či velmi špatné se naopak zvyšuje. Tato závislost byla rovněž potvrzena statistickým testem. Ve srovnání s předchozím šetřením došlo k nejvýraznějším změnám u mužů i žen v nejnižších věkových kategoriích (15 - 34 let), v nichž se subjektivní vnímání zdraví zlepšilo nejvíce.

Patrné jsou také rozdíly v hodnocení subjektivního zdraví z hlediska některých socioekonomických charakteristik, a to zejména podle vzdělání, rodinného stavu, ekonomické aktivity a příjmu. Následující závěry vycházejí z analýzy výsledků šetření na základě logistické regrese, kde všechny sledované proměnné byly kontrolovány z hlediska věku.

Z hlediska vzdělání se nejhůře zdravotně cítily osoby se základním vzděláním, s rostoucí úrovní dosaženého vzdělání se subjektivní zdraví zlepšovalo, přičemž u žen byly rozdíly mezi jednotlivými vzdělanostními skupinami výraznější než u mužů. Ženy se základním vzděláním hodnotily své zdraví jako špatné nebo velmi špatné až 9x častěji než ženy s vysokoškolským vzděláním, u mužů byl tento poměr nižší.

Osoby zaměstnané, ve srovnání s osobami nezaměstnanými, vnímaly svůj zdravotní stav lépe, nezaměstnaní muži a ženy hodnotili své zdraví častěji jako špatné.

Z hlediska rodinného stavu byl zaznamenán statisticky významný rozdíl mezi osobami žijícími v manželství nebo v nesezdaném soužití a osobami rozvedenými, ovdovělými či žijícími odděleně. Rozvedené a ovdovělé osoby posuzovaly svůj zdravotní stav jako špatný častěji než osoby žijící v manželství či v nesezdaném soužití.

S rostoucím příjmem se subjektivní zdraví zlepšuje. Respondenti, jejichž domácnost vykazuje průměrný měsíční příjem do 5 000 Kč na osobu, hodnotili své zdraví téměř 5x častěji jako špatné než respondenti s příjmem domácnosti nad 9 000 Kč na osobu.

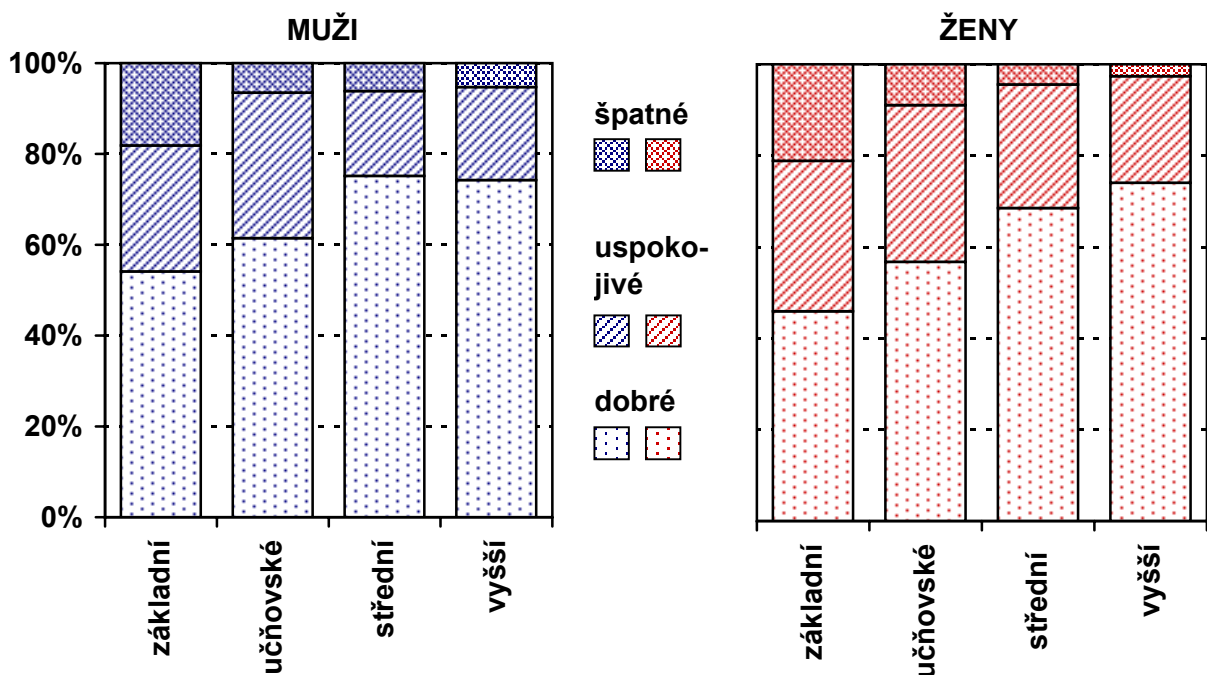
Rozdíly podle velikostní skupiny obce nebyly potvrzeny jako statisticky významné.

Ze srovnání s výsledky předchozích šetření je patrné, že s postupujícím časem dochází ke zvyšování podílu osob, které hodnotí svůj zdravotní stav jako velmi dobrý, dobrý či uspokojivý. Tento podíl se mezi roky 1993 - 2002 zvýšil o 10,7 procentního bodu u mužů, u žen jeho nárůst představoval 12,3 procentního bodu. S postupujícím časem se pocit subjektivního zdraví respondentů zlepšuje, což může svědčit jednak o zlepšujícím se zdravotním stavu obyvatelstva České republiky, ale i o změně přístupu k hodnocení vlastního zdraví. Tento posun může být zčásti způsoben i změnami v sociodemografické struktuře populace a rostoucím podílem těch skupin obyvatelstva, které hodnotí své zdraví lépe.

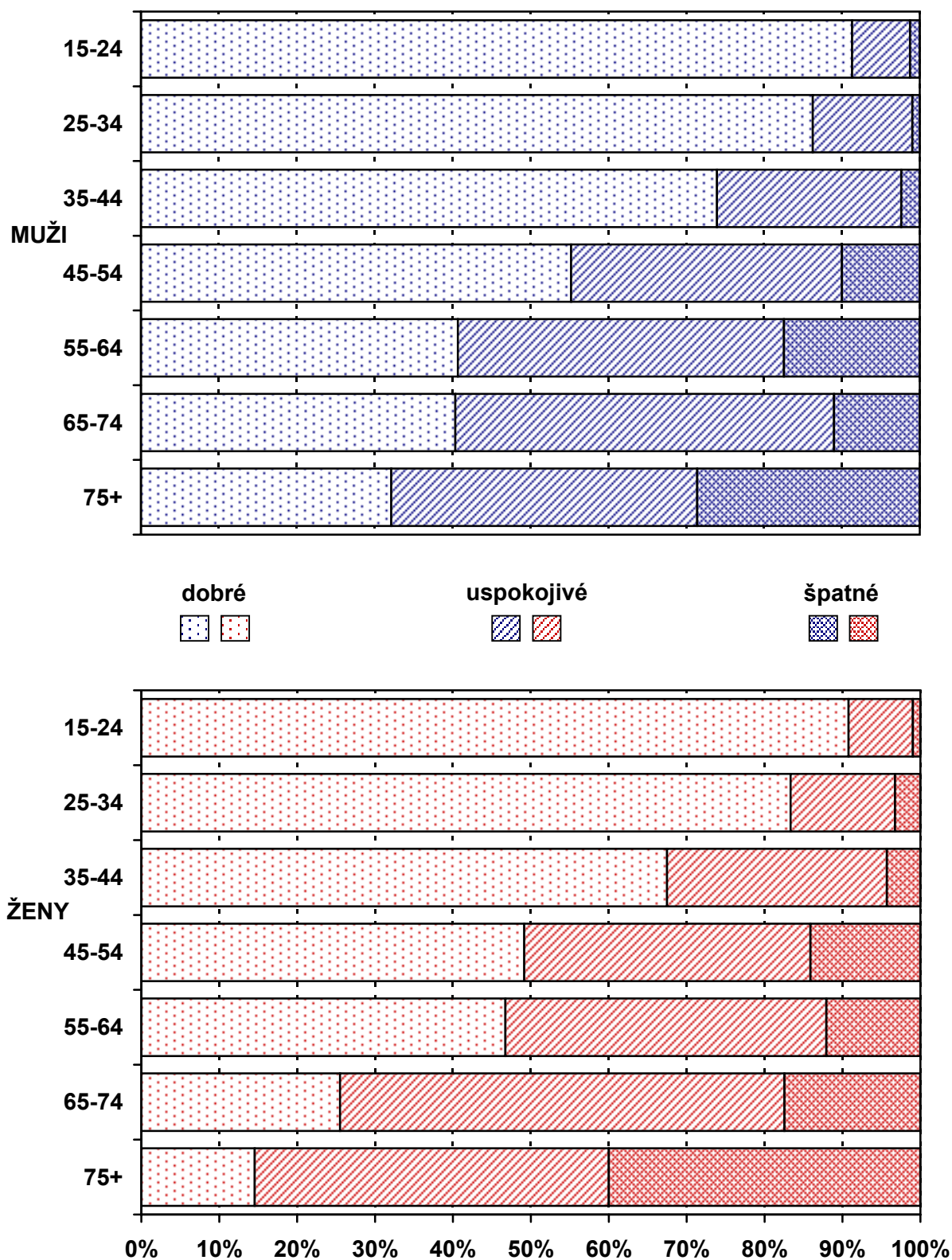
Tab. 5.1.1 Subjektivní zdraví

| Věk | Struktura souboru respondentů podle pocitu zdraví (v %) | | | | |
|---------------|---|-------|------------|--------|--------------|
| | velmi dobré | dobré | uspokojivé | špatné | velmi špatné |
| muži | | | | | |
| Celkem | 21,9 | 44,5 | 26,1 | 6,8 | 0,8 |
| 15-24 | 49,2 | 42,1 | 7,4 | 1,2 | - |
| 25-34 | 28,9 | 57,3 | 12,8 | 0,9 | - |
| 35-44 | 21,3 | 52,7 | 23,7 | 2,4 | - |
| 45-54 | 12,9 | 42,4 | 34,8 | 10,0 | - |
| 55-64 | 4,1 | 36,6 | 41,9 | 14,5 | 2,9 |
| 65-74 | 2,8 | 37,6 | 48,6 | 10,1 | 0,9 |
| 75+ | 5,4 | 26,8 | 39,3 | 23,2 | 5,4 |
| ženy | | | | | |
| Celkem | 15,5 | 42,9 | 30,5 | 9,3 | 1,7 |
| 15-24 | 42,2 | 48,5 | 8,3 | 1,0 | - |
| 25-34 | 25,6 | 57,7 | 13,4 | 3,3 | - |
| 35-44 | 14,7 | 52,8 | 28,2 | 3,1 | 1,2 |
| 45-54 | 7,7 | 41,5 | 36,8 | 12,0 | 2,1 |
| 55-64 | 4,5 | 42,2 | 41,2 | 12,1 | - |
| 65-74 | 1,3 | 24,2 | 57,0 | 14,1 | 3,4 |
| 75+ | - | 14,5 | 45,5 | 30,9 | 9,1 |

Graf 5.1.1 Struktura souboru respondentů podle subjektivního zdraví a vzdělání (po věkové standardizaci)



Graf 5.1.2 Struktura souboru respondentů podle subjektivního zdraví a věku



5.2 CHRONICKÁ NEMOCNOST

Sledování chronické (dlouhodobé) nemocnosti nám poskytuje základní informaci o zdravotním stavu obyvatelstva a o rozšíření jednotlivých onemocnění v populaci. Jedná se o sledování onemocnění, jejichž příznaky jsou přítomny více méně trvale, což může poškozovat organismus a jeho orgány. Tato onemocnění jsou často doprovázena bolestmi, snížením fyzické kapacity a dalšími obtížemi a ovlivňují tak aktivitu a kvalitu života jedince.

V našem šetření jsme, ve srovnání s šetřením předchozím, otázku týkající se chronické nemocnosti upravili v souladu s výsledky testovacího šetření EUROHIS 2001. V první části otázky byli respondenti rozděleni podle toho, zda mají nějaká dlouhodobá onemocnění či nikoliv. Ve druhé části otázky jsme u každé z 22 specifikovaných chronických onemocnění (ta byla doplněna o položku „ostatní“, kde měli respondenti možnost vypsát další chronická onemocnění, která nebyla uvedena v základním seznamu) zjišťovali:

- zda tuto chorobu respondent má, nebo zda ji prodělal v minulosti
- zda byla obtíž diagnostikována lékařem
- zda respondent měl tento problém v posledních 12 měsících
- zda respondent užíval v posledních 12 měsících léky či podstoupil léčení kvůli těmto potížím
- do jaké míry jej tato choroba v současnosti omezuje, stupeň omezení chronickým onemocněním respondenti vyjadřovali na čtyřbodové škále: neomezuje = 1, částečně = 2, středně = 3, zcela = 4

Na otázku: „Máte nějakou dlouhodobou nemoc nebo zdravotní problém“ odpovědělo záporně 47,0 % mužů a 36,2 % žen. Protože v předchozím šetření byla celková prevalence chronických onemocnění zjišťována na základě jinak položené otázky, údaje z šetření HIS CR 2002 nejsou s předchozím šetřením plně srovnatelné. V roce 1999 odpovědělo 52,1 % mužů a 48,3 % žen, že netrpí žádným onemocněním a neužívá pravidelně žádné léky. Ve srovnání s těmito údaji je tedy v roce 2002 patrný pokles podílu respondentů bez chronického onemocnění. Tato skutečnost nemusí být způsobena horším zdravotním stavem populace, ale např. rostoucím zájmem respondentů o své vlastní zdraví, určitý vliv může mít i zlepšující se lékařská péče a vybavení, které umožňuje diagnostikovat i dříve neodhalená onemocnění. Je však nutné brát v úvahu, že obě otázky nelze plně srovnávat a respondenti mohli odpovídat na každou z nich jinak.

Tabulka 5.2.1 prezentuje prevalenci dlouhodobých onemocnění v populaci (tj. % osob trpících nějakým chronickým onemocněním ze všech respondentů), a to jednak v průběhu celého života a dále v posledních 12 měsících podle pohlaví a věku. U mužů je prevalence dlouhodobých onemocnění nižší než u žen, ženy vykazují chronické onemocnění téměř 2x častěji než muži, a to i po odstranění vlivu věkové struktury. Ženy se pravděpodobně častěji svými chorobami zabývají a častěji chodí k lékaři. Muži naopak nepovažují některé

potíže za důležité a nekonzultují své problémy s lékařem. Neléčení některých závažných onemocnění pak může být také důvodem vyšší úmrtnosti mužské části populace.

Je patrné, že s rostoucím věkem se procento respondentů, kteří trpí nebo trpěli nějakým chronickým onemocněním u obou pohlaví zvyšuje. U mužů ve věku nad 60 let se chronická onemocnění vyskytovala v posledních 12 měsících až 8x častěji než u mužů ve věku do 30 let, u žen tento poměr představoval hodnotu 12 (logistická regrese).

Chronická onemocnění omezují 37 % mužů a 50 % žen. Rozdíl mezi muži a ženami byl potvrzen jako statisticky významný (Chí-kvadrát test), ženy vnímají své obtíže jako více omezující než muži. Ze všech respondentů, kteří trpěli nějakou chronickou obtíží v posledních 12 měsících, je 10 % respondentů omezeno zcela, 26 % středně a 42 % částečně. Ostatní respondenty s nějakým chronickým onemocněním tyto obtíže neomezují.

Z hlediska základních sociodemografických charakteristik nebyly nalezeny statisticky významné rozdíly v celkové prevalenci chronických onemocnění. Pokud bychom však sloučili osoby bez nemoci a s neomezující nemocí do jedné kategorie a osoby s omezující nemocí do druhé kategorie, statisticky významné rozdíly jsou (po věkové standardizaci) patrné z hlediska rodinného stavu, příjmu a ekonomické aktivity. Logistickou regresí, bylo zjištěno, že osoby rozvedené a ovdovělé vykazují častěji omezující nemoc než osoby žijící v manželství či v nesezdaném soužití; tento rozdíl je patrný především u žen. Z hlediska příjmu byl zaznamenán statisticky významný rozdíl mezi osobami s nízkým a vysokým příjmem, osoby s průměrným měsíčním příjmem domácnosti do 5 000 Kč na 1 osobu vykazovaly častěji výskyt omezujícího chronického onemocnění než osoby s příjmem nad 9 000 Kč, tento rozdíl byl patrný především u mužů. Nezaměstnaní muži a ženy vykazovali častěji omezující chronické onemocnění než osoby zaměstnané. Rozdíly podle vzdělání a velikostní skupiny obce nebyly statisticky významné.

Tabulka 5.2.2 ukazuje prevalenci jednotlivých chronických onemocnění, která byla v našem šetření zjišťována, v posledních 12 měsících. Nejčastější chronickou nemocí byla u mužů, shodně jako v roce předchozího šetření, hypertenze (15 %), chronické onemocnění páteře (10 %) a artróza či artritida (8,5 %) (viz graf 5.2.1). Nejčastější onemocnění u žen představovala rovněž hypertenze (21 %), artróza či artritida (18 %) a chronické onemocnění páteře (15 %). Poměrně častá byla u žen také migréna (14 %).

Téměř u všech chronických nemocí byla prevalence mezi ženami vyšší než u mužů. Nejvýraznější rozdíly byly zaznamenány u onemocnění osteoporózou (ženy vykazují toto onemocnění až 6x častěji než muži) a u onemocnění štítné žlázy (ženy trpí tímto onemocněním více než 9x častěji než muži), tato onemocnění jsou spojena s produkcí hormonů a proto se jejich prevalence u mužů a u žen liší. Výrazný rozdíl byl zaznamenán také u prevalence migrény, ženy jí trpí až 2,5x častěji než muži.

Na jednoho respondenta připadalo (v posledních 12 měsících) v průměru 1,2 chronických onemocnění, u mužů byl tento počet nižší (0,9) než u žen (1,5). Rozdíl mezi oběma pohlavími byl potvrzen statistickým testem jako významný, a to i po věkové standardizaci.

Signifikantní byla také závislost průměrného počtu onemocnění na věku respondenta. Ta je znázorněna v grafu 5.2.2.

Z hlediska základních sociodemografických charakteristik byl zaznamenán statisticky významný rozdíl v průměrném počtu chronických onemocnění podle příjmu, rodinného stavu, vzdělání a ekonomické aktivity, rozdíl v průměrném počtu chronických onemocnění podle velikostní skupiny obce nebyl potvrzen statistickým testem. Následující zjištění jsou uváděna po očištění od vlivu věkové struktury.

Z hlediska příjmu byl nejvyšší průměrný počet chronických onemocnění zaznamenán u osob s průměrným měsíčním příjmem domácnosti do 5 000 Kč na osobu, s rostoucím příjmem se jeho hodnota snižovala a u osob s průměrným měsíčním příjmem nad 9 000 Kč byl průměrný počet chronických onemocnění nejnižší. Statisticky významný byl také rozdíl v průměrném počtu chronických onemocnění z hlediska rodinného stavu, a to především u žen. U osob svobodných byl zaznamenán nejvyšší počet chronických onemocnění, zatímco nejnižšího počtu dosahovaly osoby žijící v manželství či nesezdaném soužití. Z hlediska vzdělání byl nejvyšší průměrný počet patrný u osob se základním vzděláním, nejnižší pak u osob se vzděláním středním. Nezaměstnaní muži a ženy vykazovali vyšší průměrný počet chronických onemocnění než osoby zaměstnané.

Podrobnější charakteristiky týkající se jednotlivých chronických onemocnění prezentuje tabulka 5.2.3. Nejméně omezujícím bylo onemocnění štítné žlázy, žlučové kameny nebo zánět žlučníku, chronické onemocnění ledvin a hypertenze. U těchto dlouhodobých potíží byl průměrný stupeň omezení nižší než 1,7 (1 = neomezuje vůbec, 4 = omezuje zcela). Nejvíce byli omezeni respondenti mozkovou mrtvicí, chronickou bronchitidou, artrózou a srdečním záchvatem. Tato onemocnění vykazovala průměrný stupeň omezení nad 2,3.

Respondenti nejméně často navštěvovali lékaře s obtížemi jako jsou migréna, chronická úzkost či deprese, potíže se střevy a alergie. Zde byl podíl respondentů, u nichž tato obtíž byla diagnostikována lékařem ze všech respondentů, kteří chorobu mají nebo prodělali, nejnižší. Migréna, jaterní nemoci a chronické onemocnění páteře byla častěji potvrzena lékařskou diagnózou u žen než u mužů, naopak muži navštěvovali lékaře častěji než ženy v případě chronické úzkosti a deprese a dlouhodobých potíží se střevy.

Většina respondentů, kteří uvedli, že měli daný problém v posledních 12 měsících, užívala na toto onemocnění léky či podstoupila nějaké léčení. Pouze u alergie, šedého zákalu a chronických úzkostí či depresí bylo procento neléčených pacientů v průběhu posledních 12 měsíců vyšší, naopak osoby se srdečním záchvatem, mozkovou mrtvicí a onemocněním štítné žlázy častěji uváděly, že léky berou, aniž by však touto obtíží v posledních 12 měsících trpěly.

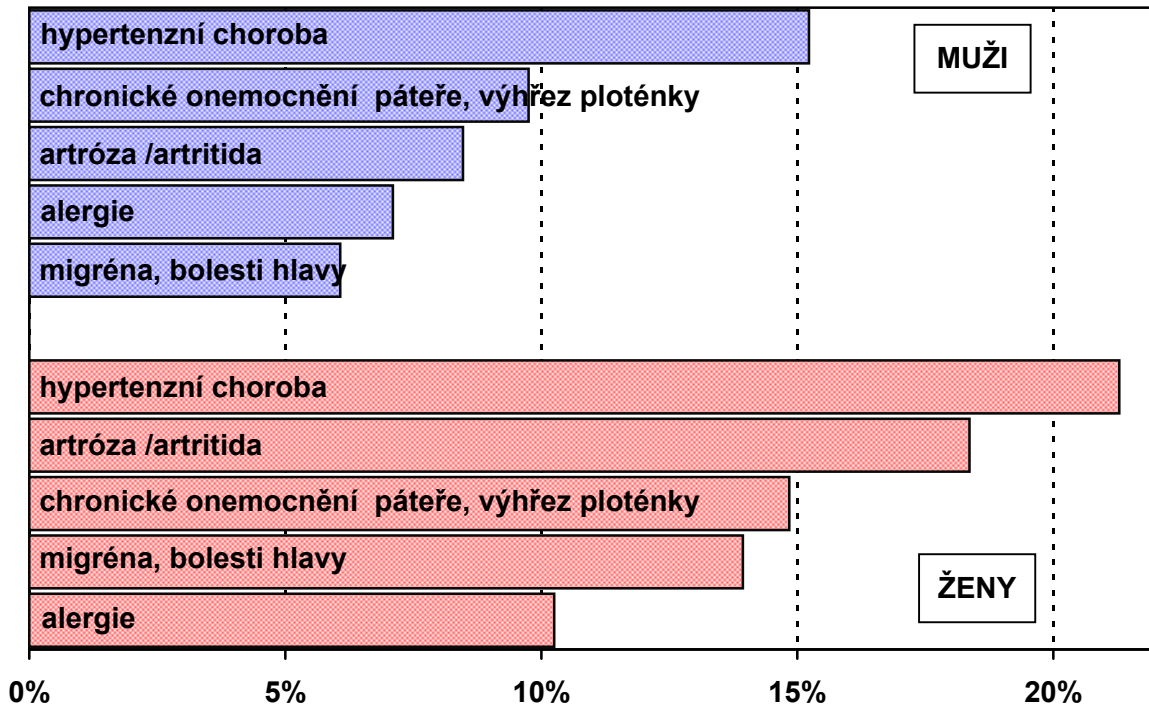
Pokusili jsme se také o zhodnocení vzájemného vztahu mezi subjektivním zdravím a chronickou nemocností. Metodou logistické regrese bylo zjištěno, že osoby, které měly nějakou chronickou nemoc v posledních 12 měsících hodnotí své zdraví až 15x častěji jako špatné ve srovnání s osobami, které v posledních 12 měsících netrpěly žádnou chronickou nemocí (po očištění od vlivu věkové struktury). S rostoucím počtem chronických onemocnění se subjektivní hodnocení zdraví zhoršuje. Zatímco osoby bez

nemoci hodnotily většinou své zdraví jako velmi dobré, dobré či vcelku dobré (99,3 % respondentů), více než polovina respondentů se zcela omezujícím chronickým onemocněním hodnotila svůj zdravotní stav jako špatný či velmi špatný. Významný rozdíl v hodnocení subjektivního zdraví podle stupně omezení mezi muži a ženami nebyl zaznamenán, muži i ženy, kteří zhodnotili svůj zdravotní stav stejným stupněm omezení vnímají své zdraví stejně. Hlavní rozdíl v hodnocení subjektivního zdraví plyne pravděpodobně z toho, že ženy nejen vykazují vyšší prevalenci chronických onemocnění, ale i vyšší stupeň omezení chronickými potížemi (to je způsobeno jednak tím, že ženy mají vyšší prevalenci některých onemocnění s nejvyšším stupněm omezení než muži, zároveň hodnotí některá onemocnění jako více omezující).

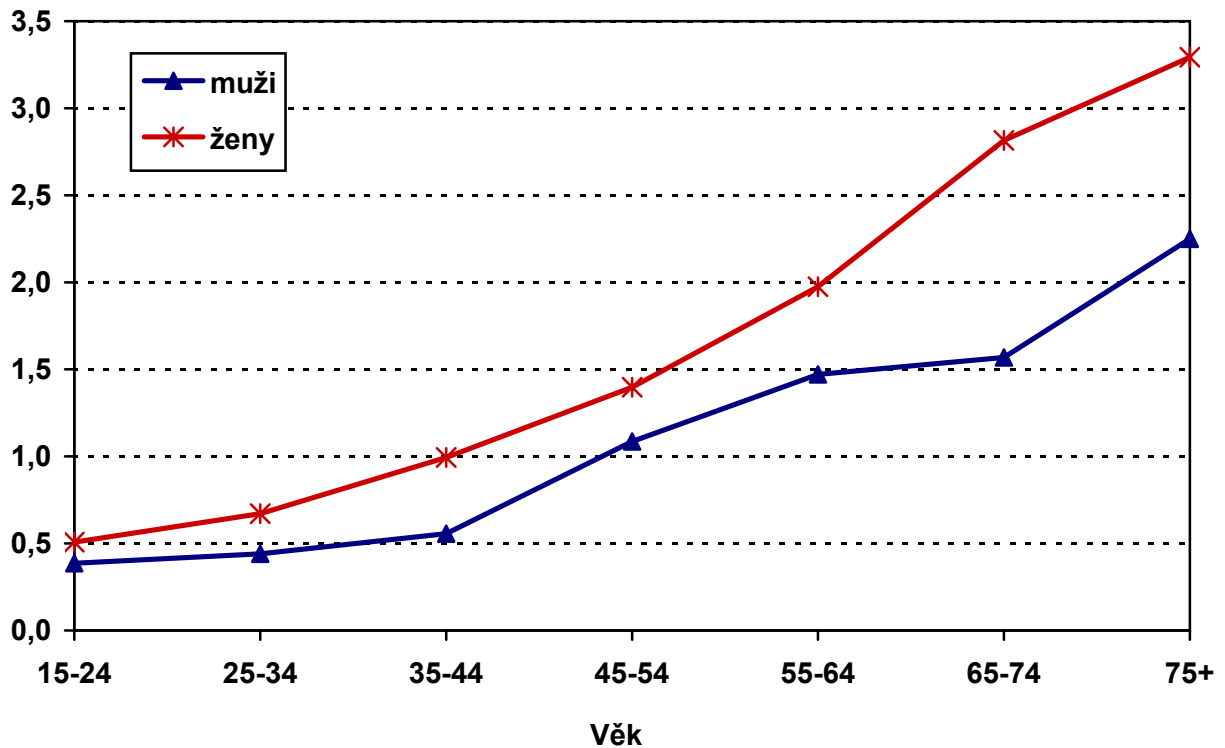
Tab. 5.2.1 Chronická nemocnost

| Věk | Procento respondentů | | | | | |
|---------------|---|-----------------------------------|--------------------|-------------------|-----------------|---|
| | bez chronické nemoci (v posledních 12 měsících) | s nemocí v posledních 12 měsících | | | | kteří mají či prodělali nějakou chorobu |
| | | neomezující | částečně omezující | středně omezující | zcela omezující | |
| muži | | | | | | |
| Celkem | 51,9 | 11,5 | 21,2 | 11,7 | 3,8 | 55,2 |
| 15-24 | 71,0 | 9,1 | 13,7 | 5,4 | 0,8 | 34,7 |
| 25-34 | 68,7 | 10,0 | 14,2 | 6,2 | 0,9 | 36,5 |
| 35-44 | 66,3 | 10,1 | 18,9 | 3,6 | 1,2 | 40,2 |
| 45-54 | 41,9 | 12,9 | 25,2 | 12,9 | 7,1 | 63,8 |
| 55-64 | 32,2 | 11,1 | 26,3 | 23,4 | 7,0 | 78,5 |
| 65-74 | 24,8 | 18,3 | 25,7 | 25,7 | 5,5 | 88,1 |
| 75+ | 14,3 | 14,3 | 46,4 | 16,1 | 8,9 | 91,1 |
| ženy | | | | | | |
| Celkem | 37,6 | 13,0 | 25,0 | 17,1 | 7,3 | 65,6 |
| 15-24 | 63,4 | 11,2 | 19,5 | 3,4 | 2,4 | 39,8 |
| 25-34 | 55,9 | 12,2 | 20,4 | 9,0 | 2,4 | 48,4 |
| 35-44 | 44,8 | 19,6 | 19,6 | 11,7 | 4,3 | 58,9 |
| 45-54 | 35,9 | 12,4 | 26,5 | 16,2 | 9,0 | 66,7 |
| 55-64 | 21,6 | 17,1 | 31,2 | 25,1 | 5,0 | 81,4 |
| 65-74 | 8,3 | 11,8 | 38,9 | 26,4 | 14,6 | 92,6 |
| 75+ | 7,5 | 3,8 | 20,8 | 45,3 | 22,6 | 95,4 |

Graf 5.2.1 Prevalence nejčastějších chronických onemocnění v posledních 12 měsících



Graf 5.2.2 Průměrný počet chronických onemocnění v posledních 12 měsících



Tab. 5.2.2 Prevalence jednotlivých chronických onemocnění

1/2

| Druh onemocnění | Procento respondentů s nemocí (v posledních 12 měsících) | | | | | | | |
|--|---|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|------|
| | celkem | věková skupina | | | | | | |
| | | 15-24 | 25-34 | 35-44 | 45-54 | 55-64 | 65-74 | 75+ |
| | muži | | | | | | | |
| astma (včetně alergického astmatu) | 3,2 | 2,5 | 2,4 | 2,4 | 3,3 | 3,5 | 5,5 | 5,4 |
| alergie (bez alergického astmatu) | 7,1 | 12,8 | 10,0 | 6,5 | 5,2 | 1,7 | 5,5 | - |
| diabetes (cukrovka) | 5,1 | - | 0,5 | 2,4 | 5,7 | 13,4 | 11,9 | 12,5 |
| šedý zákal | 2,1 | 0,4 | - | 0,6 | 1,0 | 2,9 | 6,4 | 14,3 |
| vysoký krevní tlak (hypertenze) | 15,2 | 2,9 | 3,3 | 4,7 | 19,0 | 32,0 | 36,7 | 37,5 |
| srdeční záchvat (infarkt myokardu) | 2,1 | 0,4 | - | - | 0,5 | 4,7 | 7,3 | 10,7 |
| mozková mrtvice, mozkové krvácení | 1,1 | - | - | - | 1,4 | 2,9 | 2,8 | 3,6 |
| chronická bronchitida, rozedma plic | 3,2 | 1,2 | - | 0,6 | 3,3 | 5,8 | 5,5 | 17,9 |
| artróza, (revmatická) artritida | 8,5 | 1,2 | 1,9 | 5,3 | 10,0 | 16,9 | 21,1 | 17,9 |
| osteoporóza | 0,9 | - | - | 0,6 | 1,0 | 1,2 | 1,8 | 5,4 |
| žaludeční nebo dvanáctníkový vřed | 3,0 | 1,2 | 0,5 | 3,0 | 6,2 | 5,3 | - | 7,1 |
| zhoubný nádor, rakovina (vč. leukémie, lymfomu) | 0,6 | - | - | - | 1,0 | 2,9 | - | - |
| migréna, časté bolesti hlavy | 6,1 | 3,7 | 6,2 | 7,1 | 8,6 | 7,6 | 1,8 | 7,1 |
| chronická úzkost a/nebo deprese | 2,5 | 0,8 | 1,4 | 1,8 | 4,8 | 1,7 | 2,8 | 8,9 |
| chronické onemocnění páteře včetně výhřezu ploténky | 9,8 | 4,5 | 2,8 | 10,1 | 12,9 | 18,0 | 12,8 | 14,3 |
| žlučové kameny nebo zánět žlučníku | 1,9 | - | - | - | 3,8 | 4,1 | 3,7 | 5,4 |
| chronické onemocnění ledvin, ledvinové kameny | 3,3 | 1,2 | 1,9 | 1,2 | 3,3 | 5,8 | 4,6 | 14,3 |
| chronický zánět močového měchýře | 1,5 | - | 1,4 | 0,6 | 2,4 | 0,6 | 2,8 | 7,1 |
| onemocnění štítné žlázy | 0,5 | - | 0,9 | - | 1,0 | 0,6 | 0,9 | - |
| nemoci jaterní, jaterní cirhóza | 1,2 | - | 0,5 | 0,6 | 2,4 | 1,7 | 1,8 | 3,6 |
| dlouhodobé potíže se střevy | 2,5 | - | 0,5 | 3,0 | 1,9 | 4,1 | 3,7 | 14,3 |
| chronické onemocnění kůže | 3,1 | 3,3 | 4,3 | 1,2 | 3,3 | 3,5 | 0,9 | 5,4 |
| ostatní nemoci | 6,8 | 2,5 | 5,7 | 4,1 | 6,7 | 9,3 | 16,5 | 12,5 |

Tab. 5.2.2 Prevalence jednotlivých chronických onemocnění

2/2

| Druh onemocnění | Procento respondentů s nemocí (v posledních 12 měsících) | | | | | | | |
|--|---|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|------|
| | celkem | věková skupina | | | | | | |
| | | 15-24 | 25-34 | 35-44 | 45-54 | 55-64 | 65-74 | 75+ |
| | ženy | | | | | | | |
| astma (včetně alergického astmatu) | 3,4 | 1,0 | 1,6 | 3,1 | 4,7 | 6,0 | 4,0 | 3,6 |
| alergie (bez alergického astmatu) | 10,3 | 18,0 | 10,6 | 9,8 | 7,7 | 10,1 | 10,1 | 1,8 |
| diabetes (cukrovka) | 7,8 | 0,5 | 0,4 | 2,5 | 4,3 | 10,1 | 25,5 | 25,5 |
| šedý zákal | 5,2 | - | 0,4 | 0,6 | 0,4 | 5,0 | 13,5 | 31,8 |
| vysoký krevní tlak (hypertenze) | 21,3 | 1,0 | 2,0 | 6,7 | 15,4 | 43,4 | 55,7 | 50,0 |
| srdeční záchvat (infarkt myokardu) | 2,7 | - | - | 0,6 | 0,9 | 2,0 | 9,4 | 12,8 |
| mozková mrtvice, mozkové krvácení | 1,2 | - | 0,4 | - | 0,4 | 1,0 | 4,0 | 5,5 |
| chronická bronchitida, rozedma plic | 3,3 | 1,0 | 1,2 | 1,8 | 3,8 | 3,5 | 6,7 | 8,2 |
| artróza, (revmatická) artritida | 18,4 | 1,5 | 1,6 | 5,5 | 18,8 | 27,1 | 43,6 | 55,5 |
| osteoporóza | 5,4 | - | - | - | 5,6 | 8,5 | 16,1 | 14,5 |
| žaludeční nebo dvanáctníkový vřed | 2,6 | 0,5 | 0,8 | 1,2 | 2,6 | 4,0 | 4,7 | 7,3 |
| zhoubný nádor, rakovina (vč. leukémie, lymfomu) | 1,1 | 0,5 | - | 0,6 | 2,1 | 1,0 | 2,7 | 1,8 |
| migréna, časté bolesti hlavy | 13,9 | 9,2 | 13,4 | 17,2 | 18,4 | 13,1 | 12,2 | 13,6 |
| chronická úzkost a/nebo deprese | 5,8 | 1,5 | 2,8 | 9,8 | 7,3 | 6,0 | 6,0 | 10,9 |
| chronické onemocnění páteře včetně výhřezu ploténky | 14,8 | 4,9 | 7,3 | 12,9 | 18,8 | 19,6 | 20,8 | 28,2 |
| žlučové kameny nebo zánět žlučníku | 4,1 | 0,5 | 2,4 | 2,5 | 4,3 | 6,5 | 7,4 | 7,3 |
| chronické onemocnění ledvin, ledvinové kameny | 2,5 | 0,5 | 1,6 | 2,5 | 2,1 | 3,5 | 3,4 | 6,4 |
| chronický zánět močového měchýře | 3,5 | 1,0 | 1,2 | 4,9 | 2,1 | 3,5 | 8,1 | 8,2 |
| onemocnění štítné žlázy | 4,8 | 3,9 | 3,3 | 3,1 | 4,7 | 5,5 | 8,7 | 6,4 |
| nemoci jaterní, jaterní cirhóza | 0,9 | - | 0,4 | 0,6 | 1,3 | 1,5 | 2,0 | 0,9 |
| dlouhodobé potíže se střevy | 2,4 | 0,5 | 0,8 | 1,8 | 2,1 | 1,0 | 6,7 | 7,3 |
| chronické onemocnění kůže | 4,9 | 2,4 | 6,5 | 4,3 | 3,0 | 6,0 | 5,4 | 8,2 |
| ostatní nemoci | 7,8 | 2,9 | 8,1 | 7,4 | 9,0 | 8,5 | 6,8 | 14,5 |

Tab. 5.2.3 Charakteristiky jednotlivých chronických onemocnění

| Druh onemocnění | Počet respond. s nemocí | z toho % respondentů s: | | | Průměrný stupeň omezení ¹⁾ |
|---|-------------------------|-------------------------|------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|
| | | diagnózou lékaře | nemocí v posled. 12 měsících | léčbou v posled. 12 měsících | |
| astma (včetně alergického astmatu) | 102 | 95,1 | 79,4 | 76,5 | 2,1 |
| alergie (bez alergického astmatu) | 254 | 85,8 | 85,4 | 67,7 | 1,8 |
| diabetes (cukrovka) | 178 | 99,4 | 91,0 | 78,7 | 1,9 |
| šedý zákal | 115 | 100,0 | 81,4 | 62,2 | 2,2 |
| vysoký krevní tlak (hypertenze) | 502 | 99,2 | 91,0 | 92,6 | 1,7 |
| srdeční záchvat (infarkt myokardu) | 114 | 100,0 | 52,2 | 78,1 | 2,3 |
| mozková mrtvice, mozkové krvácení | 53 | 100,0 | 55,8 | 81,1 | 2,4 |
| chronická bronchitida, rozedma plic | 87 | 98,9 | 92,0 | 82,8 | 2,4 |
| artróza, (revmatická) artritida | 365 | 94,2 | 92,9 | 80,0 | 2,3 |
| osteoporóza | 89 | 93,3 | 89,9 | 81,8 | 2,2 |
| žaludeční nebo dvanáctníkový vřed | 104 | 95,2 | 67,0 | 67,0 | 1,7 |
| zhoubný nádor, rakovina (vč. leukémie, lymfomu) | 42 | 100,0 | 52,4 | 65,9 | 2,0 |
| migréna, časté bolesti hlavy | 270 | 64,8 | 94,1 | 80,2 | 2,0 |
| chronická úzkost a/nebo deprese | 114 | 68,4 | 92,1 | 72,8 | 2,2 |
| chronické onemocnění páteře včetně výhřezu ploténky | 354 | 95,5 | 87,0 | 75,4 | 2,3 |
| žlučové kameny nebo zánět žlučníku | 156 | 96,2 | 48,4 | 44,2 | 1,6 |
| chronické onemocnění ledvin, ledvinové kameny | 112 | 98,2 | 64,3 | 55,4 | 1,7 |
| chronický zánět močového měchýře | 86 | 97,6 | 74,1 | 69,4 | 2,0 |
| onemocnění štítné žlázy | 116 | 99,1 | 59,5 | 79,1 | 1,4 |
| nemoci jaterní, jaterní cirhóza | 49 | 95,9 | 53,1 | 46,9 | 1,8 |
| dlouhodobé potíže se střevy | 69 | 84,1 | 87,0 | 78,3 | 2,2 |
| chronické onemocnění kůže | 109 | 93,6 | 91,7 | 81,7 | 1,8 |
| ostatní nemoci | 212 | 94,7 | 87,5 | 72,5 | 2,1 |

¹⁾ Stupeň omezení chronickou nemocí: 1 = neomezen
4 = omezen zcela

5.3 ÚRAZY VE VOLNÉM ČASE

Na otázku týkající se chronické nemoci přímo navazoval dotaz na úrazy respondentů ve volném čase v průběhu posledních 12 měsíců. Tato otázka byla do šetření zahrnuta již v roce 1999 k doplnění rutinní statistiky úrazů z evidence hospitalizovaných. Zatímco však v roce předchozího šetření byla tato položka široce strukturována na základě materiálů EHLASS (European Home and Leisure Accident Surveillance System), v roce 2002 byly do šetření zahrnuty jen dvě dílčí otázky, vztahující se navíc pouze k mimopracovním úrazům respondenta, nikoliv dalších členů jeho rodiny.

Nejprve byla respondentovi položena otázka, zda utrpěl v posledních 12 měsících nějaký nepracovní úraz (mimo zaměstnání), kdy musel vyhledat lékařskou péči. Pokud ano, měl respondent dále uvést o jaké šlo zranění, místo a příčinu úrazu.

Ze všech respondentů utrpělo nějaký úraz v posledních 12 měsících 11,5 % mužů a 7 % žen. Muži tedy utrpěli úraz častěji než ženy, a to i po odstranění vlivu odlišné věkové struktury obou pohlaví. S rostoucím věkem se u mužů podíl osob s úrazem snižoval, muži mladší 30 let utrpěli posledním roce nějaký nepracovní úraz až 3,5x častěji ve srovnání s muži staršími 60 let. U žen nebyla závislost na věku zaznamenána. Z hlediska základních sociodemografických charakteristik nebyly ve výskytu úrazů zaznamenány žádné výrazné rozdíly.

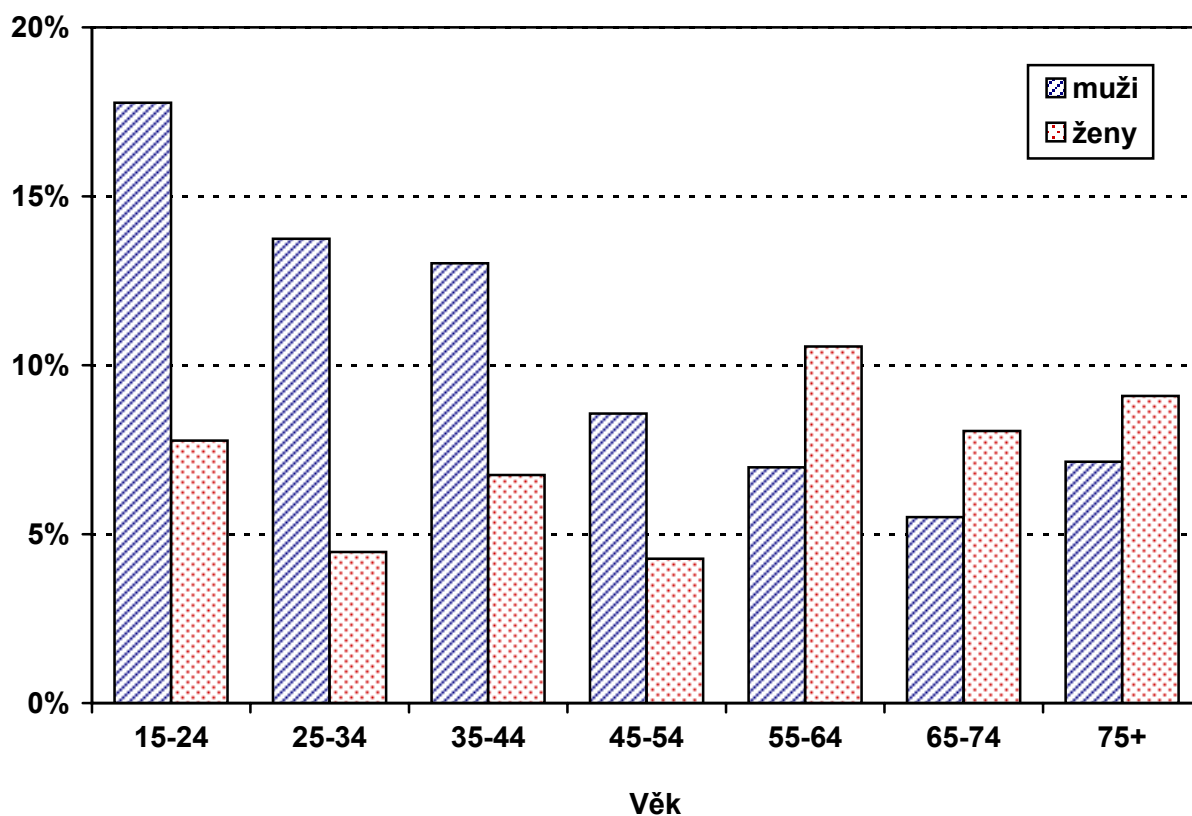
Vzhledem k tomu, že podrobnější specifikace místa, příčiny úrazu a typu zranění nebyla ve všech případech dostatečná, nebylo možné jednotlivé respondenty přesně rozdělit do určitých kategorií. Přesto však lze říci, že u mužů se nejčastěji jednalo o poranění při sportu (pohmoždění, zlomenina, vyvrknutí kotníku apod.), dále o úrazy při domácích pracích a dále o úrazy při nejrůznějších pádech (na chodníku, ze schodů apod.). U žen nebyly úrazy při sportu tak frekventované, jednalo se u nich spíše o nespecifikované pády a uklouznutí (náledí, doma, ze schodů) či úrazy při provádění domácích prací.

Je tedy zřejmé, že rozdíly v úrazovosti obou pohlaví plynou z rozdílného způsobu trávení mimopracovního času. Zatímco muži vykazují častěji vysokou fyzickou aktivitu (aktivní sport), ženy se věnují spíše domácím pracím, z čehož plynou i rozdílné typy úrazů obou pohlaví.

Tab. 5.3.1 Podíl respondentů s mimopracovním úrazem v posledních 12 měsících

| Pohlaví | Procento respondentů s úrazem | | | | | | |
|---------|-------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|
| | 15-24 | 25-34 | 35-44 | 45-54 | 55-64 | 65-74 | 75+ |
| muži | 17,8 | 13,7 | 13,0 | 8,6 | 7,0 | 5,5 | 7,1 |
| ženy | 7,8 | 4,5 | 6,7 | 4,3 | 10,6 | 8,1 | 9,1 |

Graf 5.3.1 Podíl respondentů s mimopracovním úrazem v posledních 12 měsících



5.4 DLOUHODOBÁ NESCHOPNOST

S chronickou nemocností je úzce spojena také problematika dlouhodobé neschopnosti. Ta se nyní, v souvislosti s prodlužováním střední délky života a stárnutím populace stává důležitým aspektem zdravotního stavu obyvatelstva v těch letech života, která získáváme „navíc“. Ve stáří se zvyšuje pravděpodobnost výskytu celé řady chronických onemocnění, zhoršuje se zrak a sluch, roste obtížnost samostatného pohybu apod. Někteří senioři jsou tak v důsledku chronické choroby či postižení trvale odkázáni na pomoc druhé osoby. Tato situace se však může týkat i mladších osob s určitým chronickým onemocněním či tělesným postižením. Takováto dlouhodobá omezení značně komplikují plnohodnotný život jedince, a to nejen v oblasti fyzického, ale také psychického a sociálního zdraví. Sledování úrovně dlouhodobé neschopnosti, definované jako dlouhodobé omezení hlavních aktivit každodenního života, je důležitým indikátorem pro některé cíle zdravotní politiky, jako např. zdravé a důstojné stárnutí, zajištění lepších podmínek a kvality života pro osoby dlouhodobě neschopné apod.

V šetření jsme nejprve zjišťovali, zda byl respondent kvůli zdravotním problémům po dobu předchozích 6 měsíců nebo déle omezen v činnostech, které lidé obvykle dělají. Ze všech respondentů bylo 2,7 % mužů a 4,6 % žen omezeno silně, naopak vůbec nebylo omezeno 85,7 % mužů a 79,1 % žen. Mezi ženami tedy bylo více těch, které byly po dobu posledních 6 měsíců omezeny, a to i po odstranění vlivu věkové struktury. S rostoucím věkem se podíl osob s dlouhodobým omezením zvyšoval.

Další blok otázek zjišťoval, zda jsou mezi respondenty nějaké osoby, u nichž by zlepšení péče rozšířilo jejich pohybové možnosti. Celkem 11 respondentů (2 muži a 9 žen) uvedlo, že jsou trvale upoutáni na lůžko, i když by mohli s pomocí vstát. 17 respondentů (6 mužů a 11 žen) uvedlo, že sedí celý den na židli, i když by mohli s pomocí chodit. Další otázka zjišťovala, u kolika respondentů je celková pohyblivost omezena. 100 osob (30 mužů a 70 žen), tj. 4 % respondentů, uvedlo, že je omezeno ve svém pohybu pouze na dům, byt či zahradu.

Převážná část otázky byla zaměřena na sledování jednotlivých dlouhodobých potíží nejen v oblasti pohybové a smyslové, ale i v oblastech týkajících se osobní péče (oblékání, osobní hygiena, stravování apod.) a komunikace. Respondentovi byl předložen seznam jednotlivých činností, ten byl ve srovnání s rokem předchozího šetření rozšířen o 1 položku týkající se přípravy jídla. U každé z uvedených položek měl respondent říci, zda danou činnost zvládá bez obtíží, s jistými obtížemi či pouze s pomocí jiné osoby. U některých položek byly odpovědi detailněji specifikovány. Na základě těchto odpovědí jsme respondenty rozdělili podle stupně dlouhodobého omezení na osoby bez potíží (nebyla zaznamenána žádná dlouhodobá obtíž), osoby s lehkými potížemi (respondent nezvládá alespoň jednu činnost bez potíží, tyto potíže však nejsou těžké) a osoby s těžkými potížemi (respondent nezvládá alespoň jednu činnost bez těžkých potíží).

Zcela bez potíží bylo 84 % mužů a 77 % žen, naopak těžké potíže mělo nejméně s jednou z uvedených aktivit 3,4 % mužů a 9,0 % žen. Ve srovnání s rokem předchozího šetření došlo u mužů ke statisticky významnému posunu směrem k vyššímu podílu osob

bez omezení a nižšímu podílu osob s těžkým i s lehkým omezením. U žen nedošlo ke statisticky významné změně. Rozdíl mezi muži a ženami byl v roce 2002 potvrzen jako statisticky významný, ženy vykazovaly až 1,5x častěji nějaké dlouhodobé omezení než muži, a to i po odstranění vlivu věkové struktury. S rostoucím věkem se podíl osob, které vykazovaly nějaké potíže, zvyšoval. Osoby starší 60 let vykazovaly dlouhodobé potíže s prováděním uvedených aktivit až 40x častěji než osoby ve věku do 30 let. O rozložení respondentů podle věku a kategorie dlouhodobých potíží informuje graf 5.4.1.

Průměrně na 1 respondenta připadalo 0,8 potíží, na 1 respondenta s dlouhodobým omezením (lehkým či těžkým) připadaly v průměru 4 potíže (viz tabulka 5.4.1). U žen byly tyto průměrné počty vyšší než u mužů, po odstranění vlivu věkové struktury se však průměrné hodnoty u žen snížily a rozdíl z hlediska pohlaví v ukazateli průměrného počtu potíží na jednoho dlouhodobě nemocného respondenta nebyl potvrzen jako statisticky významný. S rostoucím věkem se průměrný počet dlouhodobých potíží zvyšoval. Ve srovnání s rokem předchozího šetření nedošlo v ukazatelích průměrného počtu potíží (po přepočítání na srovnatelný údaj) k výrazným změnám.

Tabulka 5.4.2 uvádí prevalenci jednotlivých potíží v souboru respondentů, a to v rozlišení na lehké a těžké potíže. Nejčastější byly u mužů potíže se sluchem, s domácími pracemi a s vyjitím schodů. U žen byly nejčastější potíže s vyjitím schodů, s domácími pracemi a s obstaráním běžného nákupu. S výjimkou položek týkajících se osobní hygieny, sluchu a komunikace byly potíže u žen častější než u mužů (po věkové standardizaci).

V přepočtu na 100 dlouhodobě neschopných připadalo 68 pohybových poruch, 54 potíží souvisejících s osobní péčí a hygienou, 39 poruch sluchu, 16 poruch zraku, 19 poruch kontroly udržení moči a 5 poruch souvisejících s verbální komunikací.

Z hlediska základních sociodemografických charakteristik byly v dlouhodobé neschopnosti zaznamenány určité rozdíly. Osoby s příjmem do 5 000 Kč vykazovaly dlouhodobou neschopnost častěji než osoby s příjmem nad 9 000 Kč. Také průměrný počet potíží se s rostoucím příjmem snižoval. S rostoucí úrovní dosaženého vzdělání se počet dlouhodobých potíží snižoval, osoby se základním vzděláním vykazovaly přítomnost dlouhodobého omezení častěji než osoby s vyšším vzděláním. U žen byl zaznamenán také rozdíl z hlediska rodinného stavu. Ženy rozvedené a ovdovělé vykazovaly dlouhodobou neschopnost častěji než ženy žijící v manželství či v nesezdaném soužití. Průměrný počet potíží byl nejnižší u osob vdaných, nejvyšší naopak u osob rozvedených a ovdovělých. Zaměstnané osoby vykazovaly méně dlouhodobých potíží než osoby nezaměstnané. Všechna výše uvedená tvrzení jsou platná po odstranění vlivu věkové struktury.

Je také zajímavé sledovat vztah mezi výskytem dlouhodobých potíží a dalšími ukazateli zdravotního stavu. Dlouhodobé omezení jedince má vliv na to, jak bude subjektivně hodnotit svůj zdravotní stav. Osoby s těžkými dlouhodobými potížemi hodnotily svůj zdravotní stav častěji jako špatný či velmi špatný ve srovnání s osobami bez jakéhokoliv omezení. Rozdíl v hodnocení subjektivního zdraví z hlediska pohlaví u osob s potížemi

i bez potíží nebyl zaznamenán. Je také patrná souvislost mezi dlouhodobým omezením a chronickou nemocností. Osoby, které trpěly nějakým chronickým onemocněním, vykazovaly dlouhodobé omezení častěji než osoby bez chronického onemocnění. 30 % mužů a 40 % žen, které nevykázaly žádnou dlouhodobou neschopnost, uvedlo, že trpí omezující chronickou nemocí. U žen byl tento podíl vyšší než u mužů, a to i po věkové standardizaci. U těchto osob lze předpokládat, že v otázce na míru omezení chronickou nemocí pociťovaly vyšší míru omezení onemocněním než reálně je, event. je tato nemoc omezovala v jiných aktivitách než bylo zjišťováno v otázce na dlouhodobé potíže. Naopak 13 % osob bez omezující chronické nemoci vykazovalo nějaké dlouhodobé potíže. Ty byly pravděpodobně způsobeny něčím jiným než chronickým onemocněním.

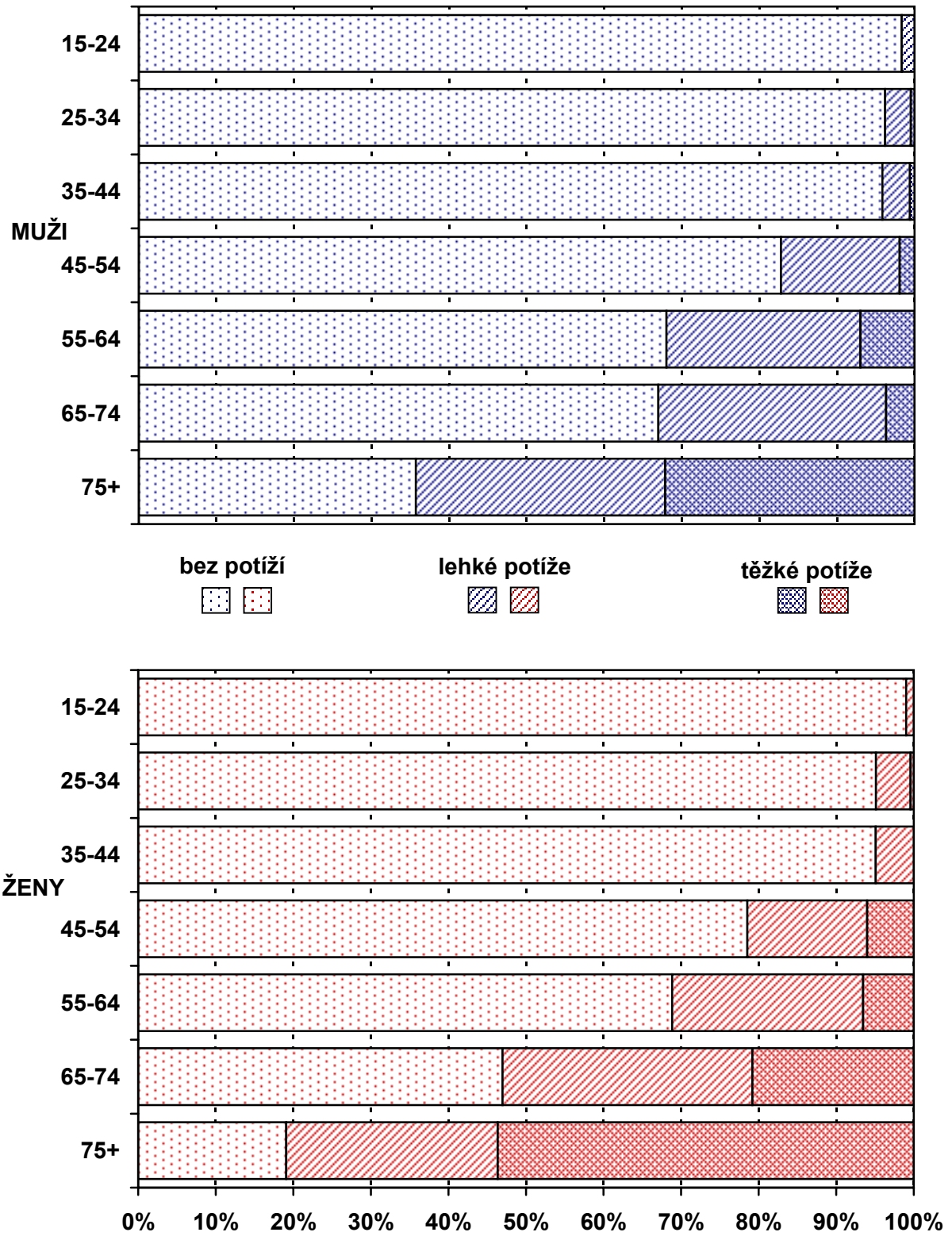
Tab. 5.4.1 Ukazatele dlouhodobé neschopnosti

| Věk | Procento dlouhodobě neschopných | | Průměrný počet dlouhodobých potíží | | | |
|---------------|---------------------------------|------|------------------------------------|------|---------------------------|------|
| | | | na 1 respondenta | | na 1 dlouhodobě nemocného | |
| | muži | ženy | muži | ženy | muži | ženy |
| Celkem | 15,6 | 23,2 | 0,5 | 1,0 | 3,3 | 4,3 |
| 15-24 | 1,7 | 1,0 | 0,0 | 0,0 | 1,0 | 1,0 |
| 25-34 | 3,8 | 4,9 | 0,1 | 0,1 | 1,8 | 2,4 |
| 35-44 | 4,1 | 4,9 | 0,1 | 0,1 | 2,4 | 1,1 |
| 45-54 | 17,2 | 21,5 | 0,5 | 0,6 | 2,9 | 2,8 |
| 55-64 | 32,0 | 31,2 | 1,0 | 0,7 | 3,2 | 2,2 |
| 65-74 | 33,0 | 53,0 | 1,3 | 2,2 | 3,9 | 4,2 |
| 75+ | 64,3 | 80,9 | 2,5 | 5,8 | 3,9 | 7,2 |

Tab. 5.4.2 Prevalence jednotlivých dlouhodobých potíží

| Druh potíže | Procento respondentů s potíží | | | |
|------------------------------------|-------------------------------|--------|--------|--------|
| | muži | | ženy | |
| | lehkou | těžkou | lehkou | těžkou |
| celkem | 12,2 | 3,4 | 14,1 | 9,0 |
| lehání a vstávání z postele | 4,5 | 0,1 | 8,3 | 0,6 |
| sedání a vstávání ze židle | 2,3 | 0,1 | 5,7 | 0,5 |
| oblékání a svlékání | 1,9 | 0,3 | 3,7 | 0,8 |
| mytí rukou a obličeje | 1,1 | - | 1,5 | 0,7 |
| krájení a jedení jídla | 0,8 | 0,3 | 1,5 | 0,6 |
| použití toalety | 0,9 | 0,2 | 2,1 | 0,8 |
| běžný nákup | 2,2 | 1,9 | 4,9 | 5,5 |
| příprava jídla | 1,9 | 1,2 | 2,4 | 3,6 |
| domácí práce | 4,5 | 2,2 | 7,3 | 5,7 |
| udržení moči | 0,6 | 0,8 | 2,1 | 3,7 |
| chůze | 3,9 | 0,9 | 5,6 | 2,3 |
| poslouchání televize | 7,5 | 0,1 | 7,5 | 0,1 |
| rozeznávání osob | 1,8 | 0,3 | 3,4 | 0,7 |
| vyjítí schodů | 4,5 | 0,9 | 9,7 | 3,4 |
| zvednutí bot z podlahy | 2,8 | x | 4,6 | x |
| mluvení | 0,9 | x | 0,9 | x |

Graf 5.4.1 Struktura souboru respondentů podle kategorie dlouhodobých potíží a věku



5.5 ZDRAVOTNÍ POTÍŽE

Dalším z podstatných aspektů zdravotního stavu obyvatelstva jsou krátkodobé zdravotní potíže. Zatímco v předchozích kapitolách jsme se věnovali spíše dlouhodobým onemocněním a chronickým zdravotním potížím, které se vyskytují zejména mezi staršími osobami, otázkou na krátkodobé zdravotní potíže jsme v našem šetření sledovali, jaké konkrétní potíže měli respondenti v posledních 2 týdnech. Kromě potíží souvisejících s dlouhodobými onemocněními jsme tedy zjišťovali některé další přechodné obtíže, jako je např. chřipka, senná rýma apod., které se v průběhu roku objevují ve větší či menší míře u převážné části populace bez ohledu na věk.

Respondentovi byla položena otázka, zda v posledních 2 týdnech trpěl některými ze zdravotních potíží uvedených na předloženém seznamu. Respondent měl u každé z 16 možností uvést, zda danou potíž v posledních 2 týdnech vnímal či nikoliv, dále pak mohl uvést, zda trpěl nějakou jinou zdravotní obtíž a konkrétně ji vypsát. Ve srovnání se šetřením HIS CR 99 byl seznam 16 zdravotních potíží částečně upraven, 2 z položek byly nahrazeny jinými (položky potíže s nohama a zácpa byly nahrazeny položkami časté pocity smutku a deprese a časté pocity úzkostí nebo obav).

Zcela bez zdravotních potíží bylo v posledních 2 týdnech 30 % mužů a téměř 18 % žen. Ve srovnání s rokem předchozího šetření nedošlo v tomto ukazateli (který by měl být zhruba srovnatelný) k výrazné změně. Ženy vykazovaly prevalenci nějaké zdravotní potíže téměř 2x častěji než muži. S rostoucím věkem se prevalence zdravotních potíží zvyšovala, osoby ve věku nad 60 let vykazovaly přítomnost nějaké zdravotní obtíže 3,5x častěji než osoby do 30 let, u žen byl tento rozdíl výraznější než u mužů.

Průměrný počet potíží na 1 respondenta byl u mužů v tomto šetření, ve srovnání s rokem předchozího šetření, nižší, a to 1,8, u žen to bylo 2,6 potíží a oproti údaji z předchozího šetření se průměrný počet potíží výrazně nezměnil (aby byl údaj za obě pohlaví srovnatelný, nezahrnovali jsme menstruační potíže a potíže s přechodem). U obou pohlaví byla prokázána statistická závislost průměrného počtu potíží na věku respondenta, s rostoucím věkem se průměrný počet potíží zvyšoval. Zatímco muži a ženy ve věku do 30 let vykazovali průměrně 1,4 potíží, u osob nad 60 let tento počet představoval 3,4 potíží. Rozdíl v průměrném ukazateli mezi muži a ženami byl potvrzen jako statisticky významný i po odstranění vlivu starší věkové struktury žen.

Tabulka 5.5.1 znázorňuje prevalenci jednotlivých potíží podle věku a pohlaví. Nejčastěji se u mužů vyskytovaly, shodně jako v předchozím šetření, bolesti zad, bolesti kloubů a bolesti hlavy. U žen byly rovněž nejčastější potíže shodné jako v předchozím šetření, a to bolesti zad, bolesti hlavy a bolesti kloubů. Je patrné, že prevalence těchto potíží u žen byla vyšší než u mužů, významně vyšší byl u žen také výskyt slabostí či závratí, očních potíží a častých pocitů depresí a úzkostí. Mezi nejčastěji uváděné zdravotní potíže, které nebyly uvedené na seznamu, patřily především bolesti zubů, křečové žíly a u žen i gynekologické obtíže. Ve srovnání s rokem předchozího šetření byla v roce 2002 významně nižší prevalence nachlazení a přetrvávajícího kašle, naopak vyšší byla v roce 2002 prevalence senné rýmy. Tyto změny však mohou být způsobeny rozdílným ročním obdobím provádění šetření. Zatímco v letech 1993 - 1999 bylo šetření prováděno

v podzimních měsících, v roce 2002 probíhalo šetření na jaře. Tato skutečnost pak může vysvětlovat zejména zvýšený výskyt senné rýmy, která se výrazně projevuje právě v jarním období.

Statisticky významné rozdíly mezi respondenty byly zaznamenány z hlediska příjmu. U osob s nejnižším průměrným měsíčním příjmem na 1 člena domácnosti se zdravotní potíže v posledních 2 týdnech vyskytovaly častěji než u osob s příjmem nad 9 000 Kč a tato skutečnost platila zejména u mužů. Také průměrný počet zdravotních potíží byl u osob s nejnižším příjmem nejvyšší a s rostoucím příjmem se jeho hodnota snižovala. Další rozdíly byly zaznamenány podle vzdělání respondenta. Osoby se základním a učňovským vzděláním vykazovaly přítomnost zdravotních potíží častěji než osoby vysokoškolsky vzdělané, také průměrný počet potíží byl u osob se základním vzděláním nejvyšší, s rostoucí úrovní vzdělání se snižoval. Především u žen jsme zaznamenali rozdíl v průměrném počtu potíží z hlediska rodinného stavu. Nejnižší průměrný počet byl patrný mezi ženami vdanými, nejvyšší naopak mezi rozvedenými a ovdovělými. Osoby nezaměstnané vykazovaly vyšší průměrný počet obtíží než osoby zaměstnané. Výše prezentovaná zjištění jsou patrná po odstranění vlivu věkové struktury.

Krátkodobé zdravotní potíže souvisí také s ostatními dosud sledovanými charakteristikami zdravotního stavu. 90 % mužů a žen, kteří trpěli v posledních 12 měsících nějakou chronickou nemocí uvedlo, že měli v posledních 2 týdnech nějaké zdravotní potíže, ty se mohly, ale nemusely k dlouhodobému onemocnění vztahovat. Ze všech osob, které nějakou potíž uvedly, více než 60 % osob trpělo nějakým dlouhodobým onemocněním. Se zdravotními potížemi souvisí rovněž subjektivní hodnocení zdraví. Muži a ženy, kteří v posledních 2 týdnech vnímali nějakou zdravotní potíž, hodnotili svůj zdravotní stav jako špatný či velmi špatný až 20x častěji než osoby, které neměly v tomto období žádný zdravotní problém. Rozdíl v subjektivním hodnocení zdravotního stavu mezi muži a ženami, kteří uvedli, že trpěli v posledních 14 dnech nějakou zdravotní obtíží, nebyl patrný, rozdílné hodnocení subjektivního zdraví mezi muži a ženami tedy opět plyne z častějšího výskytu zdravotních potíží u žen.

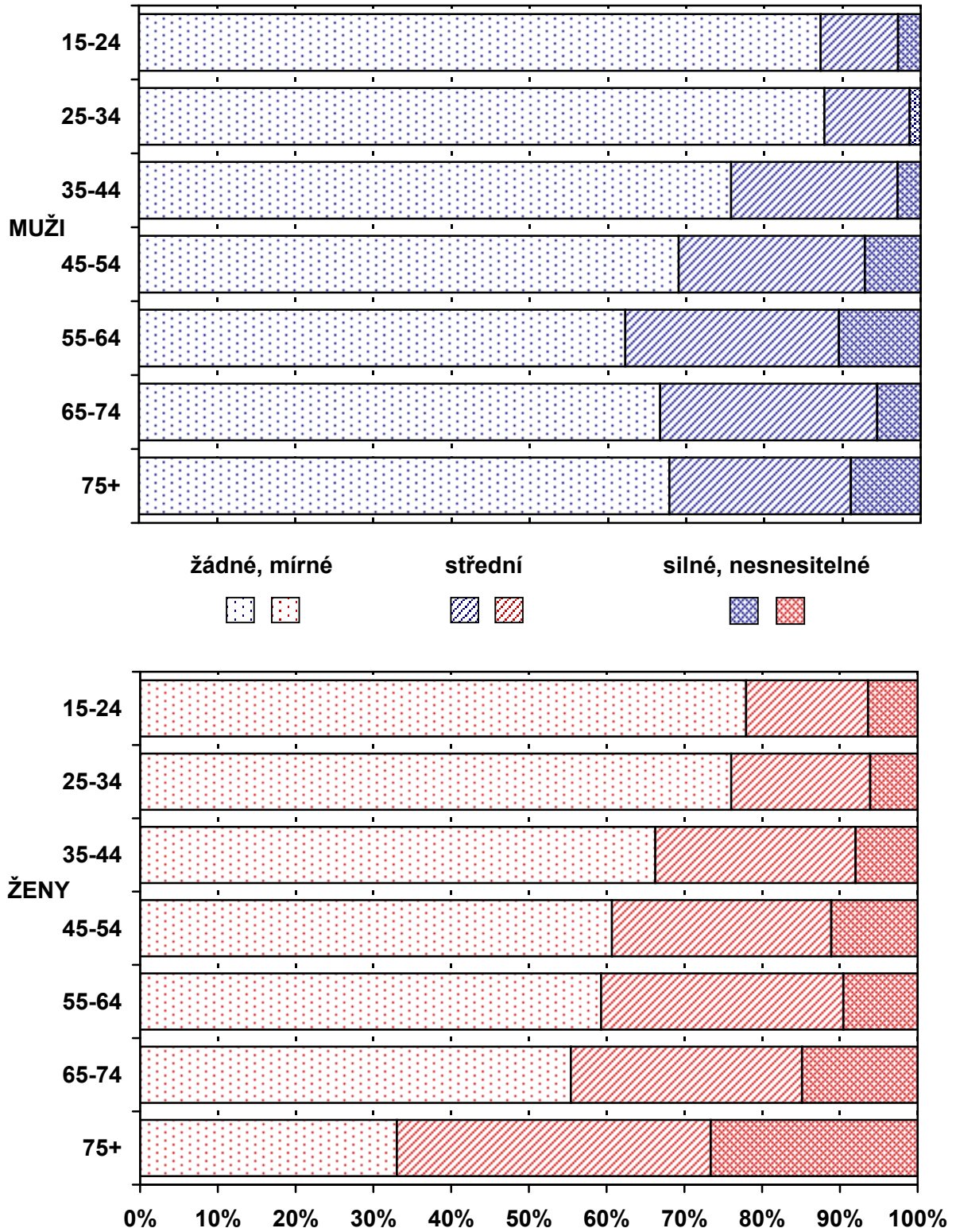
Otázka týkající se zdravotních potíží byla následována otázkou: „Jak velké bolesti jste měl(a) během posledních 2 týdnů?“. Respondent měl možnost zakroužkovat jednu z nabízených odpovědí: žádné, mírné, střední, silné, nesnesitelné. Struktura respondentů podle pociťovaných tělesných bolestí a věku je prezentována v grafu 5.5.1.

Zcela bez bolestí bylo v posledních 2 týdnech více než 40 % mužů a téměř 30 % žen, s rostoucím věkem se podíl osob bez bolestí snižoval. 58 % mužů a 50 % žen, kteří trpěli bolestmi, uvedlo, že tyto bolesti byly pouze mírné, naopak silnými či nesnesitelnými bolestmi trpělo 8 % mužů a 15 % žen, kteří uvedli, že měli v posledních 2 týdnech bolesti. Rozdíl mezi muži a ženami v rozložení podle bolestí, pociťovaných v posledních 2 týdnech, byl potvrzen jako statisticky významný, ženy uváděly silnější bolesti častěji než muži. Rozdíl v hodnocení subjektivního zdraví mezi muži a ženami se stejnými pociťovanými bolestmi nebyl zaznamenán. S rostoucím věkem se u mužů i u žen podíl osob trpících bolestmi zvyšoval.

Tab. 5.5.1 Prevalence jednotlivých zdravotních potíží v posledních 2 týdnech

| Druh potíže | Procento respondentů s uvedenými potížemi | | | | | | | |
|----------------------------------|---|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|------|
| | celkem | věková skupina | | | | | | |
| | | 15-24 | 25-34 | 35-44 | 45-54 | 55-64 | 65-74 | 75+ |
| | muži | | | | | | | |
| bolesti hlavy | 18,1 | 21,9 | 13,7 | 21,9 | 19,0 | 19,8 | 11,9 | 10,7 |
| bolesti kloubů | 27,6 | 9,1 | 17,5 | 23,1 | 33,3 | 46,5 | 50,5 | 35,7 |
| bolesti zad | 37,0 | 21,1 | 26,5 | 43,2 | 49,0 | 50,0 | 37,6 | 39,3 |
| slabost nebo závratě | 7,3 | 3,7 | 1,4 | 4,1 | 7,1 | 13,4 | 13,8 | 23,2 |
| časté pocity smutku či deprese | 6,4 | 4,1 | 3,3 | 5,9 | 6,7 | 9,3 | 9,2 | 14,3 |
| časté pocity úzkosti nebo obav | 7,5 | 5,4 | 4,3 | 3,6 | 11,0 | 10,5 | 11,0 | 12,5 |
| nachlazení nebo chřipka | 9,3 | 11,2 | 9,0 | 8,3 | 7,1 | 11,6 | 6,4 | 12,5 |
| přetrvávající kašel | 7,1 | 5,0 | 4,3 | 4,7 | 8,1 | 11,0 | 11,9 | 8,9 |
| senná rýma (alergická) | 8,6 | 14,0 | 9,0 | 7,1 | 6,7 | 4,1 | 9,2 | 7,1 |
| zánět čelních a čelistních dutin | 2,2 | 2,1 | 1,4 | 2,4 | 2,4 | 2,3 | 2,8 | 3,6 |
| žaludeční a zažívací potíže | 12,1 | 7,0 | 10,0 | 14,2 | 16,2 | 12,2 | 14,7 | 14,3 |
| oční - zrakové potíže | 11,2 | 4,1 | 5,2 | 6,5 | 14,3 | 20,3 | 21,1 | 19,6 |
| potíže s ušima nebo se sluchem | 7,1 | 0,8 | 0,5 | 0,6 | 9,0 | 15,1 | 15,6 | 30,4 |
| ledvinové nebo močové potíže | 5,8 | 2,1 | 3,3 | 1,8 | 6,2 | 8,7 | 13,8 | 17,9 |
| srdeční potíže nebo dušnost | 9,2 | 0,4 | 0,5 | 2,4 | 4,3 | 17,4 | 34,9 | 42,9 |
| jiné potíže | 6,5 | 5,8 | 8,1 | 4,1 | 6,2 | 6,4 | 6,4 | 12,5 |
| bez potíží | 30,2 | 42,1 | 41,2 | 32,0 | 23,3 | 18,0 | 18,3 | 17,9 |
| | ženy | | | | | | | |
| bolesti hlavy | 37,8 | 41,7 | 43,5 | 39,9 | 42,3 | 31,7 | 26,2 | 31,8 |
| bolesti kloubů | 35,0 | 10,2 | 11,8 | 18,4 | 41,0 | 49,7 | 63,8 | 79,1 |
| bolesti zad | 47,5 | 31,1 | 36,6 | 52,8 | 52,1 | 54,8 | 57,7 | 58,2 |
| slabost nebo závratě | 17,8 | 10,7 | 11,4 | 13,5 | 16,2 | 19,1 | 24,2 | 44,5 |
| časté pocity smutku či deprese | 17,3 | 7,8 | 11,0 | 16,0 | 19,2 | 19,6 | 24,2 | 33,6 |
| časté pocity úzkosti nebo obav | 17,1 | 8,7 | 11,4 | 16,6 | 20,1 | 17,1 | 23,5 | 30,9 |
| nachlazení nebo chřipka | 10,6 | 14,1 | 10,2 | 10,4 | 10,7 | 11,1 | 8,1 | 7,3 |
| přetrvávající kašel | 6,1 | 2,4 | 4,1 | 4,9 | 7,3 | 5,5 | 10,7 | 11,8 |
| senná rýma (alergická) | 8,7 | 13,1 | 11,4 | 7,4 | 8,1 | 6,0 | 7,4 | 4,5 |
| zánět čelních a čelistních dutin | 2,3 | 2,4 | 0,8 | 3,1 | 1,7 | 2,5 | 2,7 | 4,5 |
| žaludeční a zažívací potíže | 13,2 | 9,2 | 7,7 | 8,6 | 13,7 | 19,1 | 16,8 | 23,6 |
| oční - zrakové potíže | 15,4 | 8,3 | 4,9 | 9,8 | 15,8 | 21,6 | 21,5 | 40,0 |
| potíže s ušima nebo se sluchem | 6,4 | 1,9 | 0,8 | 4,3 | 2,1 | 6,5 | 10,7 | 32,7 |
| ledvinové nebo močové potíže | 7,7 | 3,4 | 3,7 | 7,4 | 5,1 | 8,5 | 12,8 | 21,8 |
| srdeční potíže nebo dušnost | 11,3 | 1,9 | 1,2 | 3,1 | 8,5 | 18,6 | 23,5 | 40,0 |
| potíže s menstruací, přechodem | 7,5 | 8,7 | 4,5 | 9,8 | 17,9 | 5,5 | - | - |
| jiné potíže | 8,0 | 6,3 | 6,5 | 7,4 | 6,4 | 9,0 | 6,0 | 20,0 |
| bez potíží | 17,9 | 26,2 | 26,8 | 16,0 | 16,2 | 13,6 | 12,8 | 3,6 |

Graf 5.5.1 Struktura souboru respondentů podle pocíťovaných tělesných bolestí a věku



5.6 DOČASNÁ NESCHOPNOST

Problematika dočasné neschopnosti navazuje na předchozí část věnovanou krátkodobým zdravotním potížím. Dočasná neschopnost se v našem šetření vztahuje k dočasnému omezení běžného fungování jedince a zahrnuje nejen pracovní neschopnost u zaměstnaných osob, ale je definována mnohem širěji jako jakékoliv omezení činností v domácnosti či ve volném čase vlivem nemoci či zranění. Sledovali jsme zde omezení obvyklých aktivit z důvodu určitých zdravotních problémů a komplikací, nikoliv dlouhodobá omezení, kterým byla věnována otázka na dlouhodobou neschopnost.

Respondentovi byla nejprve položena otázka, zda musel v posledních 2 týdnech z důvodu nemoci (včetně duševní) či zranění omezit nějakou činnost, kterou obvykle dělá v domě, v práci nebo ve svém volném čase. Pokud respondent odpověděl na tuto otázku kladně, byl dále dotázán na počet dní z posledních 2 týdnů (včetně soboty a neděle), po které byl takto omezen a dále na počet dní, po které v tomto období ležel po většinu dne v posteli.

Ze všech respondentů, kteří na otázku odpověděli, 13 % mužů a 18 % žen uvedlo, že v posledních 14 dnech museli omezit svou obvyklou činnost. Ve srovnání s rokem předchozího šetření byl v roce 2002 podíl dočasně neschopných mužů nižší, a to především ve věku do 35 let, u žen rozdíl nebyl statisticky významný. Ženy uváděly omezení obvyklé činnosti častěji než muži. Tabulka 5.6.1 prezentuje ukazatele dočasné neschopnosti, mimo jiné i podíl dočasně neschopných osob podle věku a pohlaví. Obecně lze říci, že s rostoucím věkem se procento dočasně neschopných osob zvyšuje, muži starší 60 let vykazovali omezení svých obvyklých činností více než 2x častěji než muži ve věku do 30 let, u žen to bylo 3x častěji.

Ze všech osob, které musely své obvyklé aktivity v posledních 14 dnech omezit, strávilo alespoň jeden den ležením 54 %. Podíl osob, které vykazaly neschopnost s ležením byl u mužů v roce 2002 ve srovnání s rokem předchozího šetření nižší, a to 6,8 %, u žen se jeho hodnota významně nezměnila a představovala 9,9 % v roce 2002. I zde byl rozdíl mezi muži a ženami statisticky významný.

Průměrná doba jedné neschopnosti představovala u mužů 9,2 dne, u žen 8,8 dne, průměrný počet dní strávených na lůžku byl u mužů i u žen 3 dny. Ve srovnání s rokem předchozího šetření nedošlo ani u jednoho z těchto ukazatelů ke statisticky významné změně. Z hlediska věku byly zaznamenány rozdíly v průměrné délce neschopnosti pouze u žen, s rostoucím věkem je patrný nárůst průměrné doby neschopnosti i počtu dní strávených na lůžku.

Ze získaných údajů byl podle metodiky WHO vypočítán ukazatel ročního počtu dní neschopnosti na 1 respondenta. Ten byl u mužů, ve srovnání s rokem předchozího šetření v roce 2002 nižší, a to 30,8 dne, u žen se jeho hodnota výrazně nezměnila a představovala 41,3 dne. K poklesu došlo u mužů také v průměrném ročním počtu dnů dočasné neschopnosti s ležením, ten v roce 2002 představoval 10 dnů, u žen byla jeho hodnota 14,4 dne. Údaj získaný na základě našeho šetření můžeme orientačně porovnat s údajem o průměrném ročním počtu dní ukončené pracovní neschopnosti na 1 pojištěnce

ze Zdravotnické ročenky ČR 2002, který představoval 25,0 dne. Průměrný roční počet dní neschopnosti na 1 respondenta za osoby zaměstnané z našeho šetření představuje 25,8 dne a přibližně tak odpovídá údajům zdravotnické statistiky. Lze proto předpokládat, že většina zaměstnaných osob, které musely své aktivity v posledních 14 dnech omezit, byla po tuto dobu omezení rovněž v pracovní neschopnosti. O tom svědčí také skutečnost, že téměř 80 % zaměstnaných respondentů, kteří uvedli dočasnou neschopnost, užívalo v posledních 14 dnech nějaké lékařem předepsané léky a téměř 85 % těchto respondentů navštívilo v průběhu posledních 4 týdnů nějakého lékaře.

Tato problematika úzce souvisí s krátkodobými zdravotními potížemi respondentů. Většina osob, které měly nějaké zdravotní potíže v posledních 2 týdnech uvedla, že musely omezit svou činnost, kterou obvykle dělají doma, v práci či ve svém volném čase z důvodu nemoci či zranění, naopak 20 % osob, které nějakou zdravotní potíží trpěly, nebylo ve svých činnostech nijak omezeno.

Z hlediska základních sociodemografických charakteristik byly statisticky významné rozdíly zaznamenány v podílu dočasně neschopných osob podle průměrného měsíčního příjmu na 1 člena domácnosti. Muži i ženy s průměrným měsíčním příjmem na osobu do 5 000 Kč vykazovali ve srovnání s osobami s příjmem nad 9 000 Kč častěji neschopnost i neschopnost s ležením, a to i po odstranění vlivu věkové struktury. Významné rozdíly v podílu osob dočasně neschopných byly patrné také z hlediska vzdělání, kdy muži i ženy se základním vzděláním vykazovali dočasnou neschopnost (především s ležením) častěji než osoby vysokoškolsky vzdělané. Rozdíly v průměrné době neschopnosti nebyly zaznamenány.

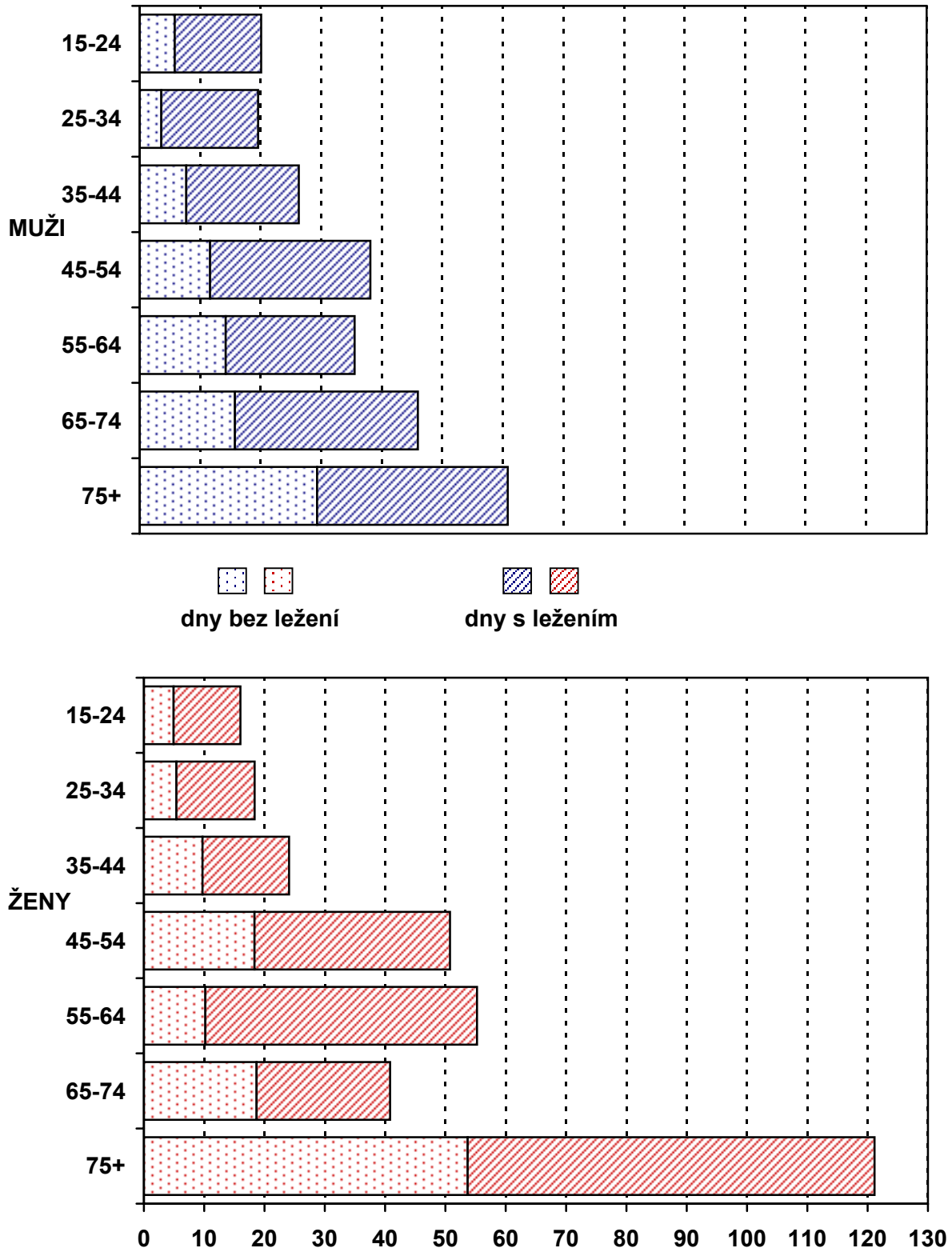
Z výsledků šetření je patrné, že průměrný roční počet dní pracovní neschopnosti na 1 respondenta u mužů byl nižší než průměrný počet dní u žen. Tento ukazatel v sobě zahrnuje informaci nejen o podílu respondentů dočasně neschopných, ale i o délce trvání jejich neschopnosti. Rozdíl mezi muži a ženami byl způsoben především rozdílným podílem dočasně neschopných respondentů (ten je u žen vyšší), nikoliv rozdílnou délkou trvání neschopnosti, která je u obou pohlaví téměř shodná.

S rostoucím věkem se průměrný roční počet dní neschopnosti na 1 respondenta zvyšuje, což je dáno nejen rostoucím podílem osob s dočasnou neschopností, ale především u žen i rostoucí průměrnou dobou trvání jedné neschopnosti. Vyšší roční počet dní neschopnosti připadá na osoby se základním vzděláním a nízkým příjmem. Ve srovnání s rokem předchozího šetření byla zaznamenána významná změna především u mužů, u nichž se průměrný roční počet dní pracovní neschopnosti na 1 respondenta snížil, a to zejména v důsledku nižšího podílu dočasně neschopných osob.

Tab. 5.6.1 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 | 13,0 | 6,8 | 9,2 | 3,0 | 30,8 | 10,0 |
| 15-24 | 9,5 | 5,0 | 8,1 | 2,3 | 20,1 | 5,8 |
| 25-34 | 7,6 | 3,3 | 9,9 | 1,8 | 19,6 | 3,6 |
| 35-44 | 10,7 | 4,7 | 9,5 | 2,8 | 26,3 | 7,7 |
| 45-54 | 15,2 | 8,6 | 9,6 | 2,9 | 38,1 | 11,6 |
| 55-64 | 15,7 | 7,6 | 8,7 | 3,5 | 35,5 | 14,2 |
| 65-74 | 21,1 | 11,9 | 8,7 | 2,9 | 46,0 | 15,7 |
| 75+ | 23,2 | 16,4 | 10,1 | 5,2 | 60,8 | 29,3 |
| | ženy | | | | | |
| Celkem | 18,0 | 9,9 | 8,8 | 3,1 | 41,3 | 14,4 |
| 15-24 | 11,2 | 6,3 | 5,5 | 1,7 | 16,0 | 4,9 |
| 25-34 | 9,8 | 4,5 | 7,3 | 2,1 | 18,4 | 5,4 |
| 35-44 | 15,3 | 10,4 | 6,0 | 2,4 | 24,1 | 9,7 |
| 45-54 | 20,9 | 12,0 | 9,3 | 3,4 | 50,8 | 18,3 |
| 55-64 | 22,1 | 9,0 | 9,6 | 1,8 | 55,3 | 10,2 |
| 65-74 | 16,1 | 9,4 | 9,8 | 4,5 | 40,8 | 18,7 |
| 75+ | 42,2 | 25,7 | 11,0 | 5,0 | 121,2 | 53,7 |

Graf 5.6.1 Průměrný roční počet dní dočasné neschopnosti na 1 respondenta podle věku



5.7 DUŠEVNÍ ZDRAVÍ

Vedle zdraví somatického jsme se v našem šetření zaměřili, v souladu s výše uvedenou definicí zdraví jako stavu úplné tělesné, duševní a sociální pohody, také na duševní stránku zdravotního stavu jedince. Psychické zdraví je důležité pro harmonický rozvoj jedince a ovlivňuje jeho celkový zdravotní stav. Jedním z cílů programu Zdraví 21 je zlepšení duševního zdraví. Podle tohoto cíle by se měla do roku 2020 zlepšit psychosociální pohoda lidí a pro osoby s duševními problémy by měly být plně dostupné komplexní služby. Konkrétně je zde kladen požadavek omezení výskytu nežádoucích zdravotních důsledků duševních poruch a posílení schopnosti vyrovnávat se se stresujícími životními okamžiky, které jsou součástí moderní doby. Rizikové faktory duševních zdravotních problémů narůstají. Patří k nim např. nezaměstnanost, chudoba, zneužívání návykových látek, rozklad sociálních sítí apod.

Výše uvedeného cíle v oblasti duševního zdraví je možné dosáhnout mimo jiné zlepšením zdravotní péče v této oblasti a vhodnými metodami diagnostiky duševních problémů již v jejich časném stádiu. Proto byl zkonstruován dotazník pro skriningovou diagnostiku WHO (Five) Well Being Index, který se skládá z pěti jednoduchých otázek a zvyšuje schopnost lékařů diagnostikovat možnost duševní poruchy, zejména deprese.

Také v našem šetření byla sledována emoční pohoda respondentů na základě bloku pěti otázek, které zjišťovaly, jak často se během posledních 2 týdnů respondent:

- cítil veselý a v dobré náladě
- cítil klidný a v pohodě
- cítil aktivní a plný energie
- cítil po probuzení čerstvý a odpočatý
- byly jeho dny života naplněny věcmi, které ho zajímají

Respondent měl možnost na tyto otázky odpovědět jednou z následujících možností: stále, většinou, spíše často, méně často, málokdy, nikdy. Do dalšího zpracování byly zahrnuty pouze odpovědi těch respondentů, kteří odpověděli na všechny položené otázky. Takto byla vyřazena 4 % respondentů.

Otázky byly dále zpracovány na základě podkladu WHO (Five) Well Being Index (1998 version) a bylo získáno celkové skóre každého respondenta a jeho podíl na maximálním možném skóre. Odpovědi na jednotlivé otázky byly obodovány hodnotami 0 - 5 bodů (odpovědi „stále“ bylo přiřazeno 5 bodů, odpovědi „nikdy“ 0 bodů). Celkové skóre pro každého respondenta pak představovalo sumu bodů získaných celkem u všech pěti otázek. Nejvíce mohl respondent dosáhnout 25 bodů, a to pokud pociťoval výše uvedené emoční stavy po celé 2 týdny, naopak nejméně mohl získat 0 bodů, a to pokud je nepociťoval za uvedené období nikdy. Pokud měl respondent méně než 13 bodů, pak byl zařazen mezi osoby s emoční poruchou.

Emoční porucha byla zaznamenána u 17 % mužů a 25 % žen. Ve srovnání s rokem předchozího šetření byl tento podíl v roce 2002 nižší u obou pohlaví, významně nižší byla prevalence emočních poruch především ve věkové skupině 15 - 34 let. Ženy vykazovaly,

shodně jako v šetření předchozím, vyšší prevalenci emočních poruch než muži, a to téměř ve všech věkových kategoriích. Největší rozdíl mezi muži a ženami byl zaznamenán ve věku 35 - 44 let. Jak je patrné z grafu 5.7.1, s rostoucím věkem se podíl osob s emoční poruchou zvyšuje, ve věkových skupinách 45 - 65 let je patrná u obou pohlaví stagnace či mírný pokles podílu osob s duševní poruchou. U osob starších 75 let je podíl respondentů s emoční poruchou nejvyšší, ve srovnání s osobami do 25 let vykazovaly osoby starší 75 let přítomnost emoční poruchy více než 6x častěji. To je dáno i skutečností, že nejstarší osoby jsou často ovdovělé, jejich zdravotní stav je horší a jsou častěji sociálně izolované než osoby v nižších věkových kategoriích.

Nejčastěji měli respondenti problém cítit se po probuzení čerství a odpočatí, naopak nejméně často měli problém s tím, aby jejich dny života byly naplněny věcmi, které je zajímají. Odpovědi respondentů na jednotlivé otázky jsou prezentovány v tabulce 5.7.1.

Ze srovnání prevalence emočních poruch mezi jednotlivými socioekonomickými skupinami respondentů je patrná závislost tohoto ukazatele na socioekonomických faktorech. Následující zjištění jsou uváděna po odstranění vlivu věkové struktury.

Z hlediska velikostní skupiny obce byl zaznamenán statisticky významný rozdíl mezi respondenty žijícími ve městě (více než 5 000 obyvatel) a na venkově (do 5 000 obyvatel). Osoby žijící ve městech vykazovaly emoční poruchu častěji než respondenti z venkovských sídel. Také z hlediska průměrného měsíčního příjmu domácnosti na 1 osobu byly zaznamenány výrazné rozdíly. Zatímco prevalence emočních poruch byla nejnižší mezi osobami s průměrným měsíčním příjmem vyšším než 9 000 Kč, osoby s příjmem do 5 000 Kč vykazovaly emoční poruchu více než 2x častěji. Z hlediska rodinného stavu byl nejnižší výskyt emočních poruch zaznamenán u osob žijících v manželství či v nesezdaném soužití, u osob rozvedených a ovdovělých byly tyto poruchy zaznamenány častěji. Méně často se pozitivní pocity a nálady objevovaly také u osob se základním vzděláním. Tyto osoby vykazovaly emoční poruchu častěji než osoby s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním. Prevalence emoční poruchy v závislosti na nejvyšším dosaženém vzdělání je znázorněna v grafu 5.7.2. Rovněž z hlediska ekonomické aktivity byly zaznamenány statisticky významné rozdíly, zejména mezi muži. Nezaměstnaní muži vykazovali častěji emoční poruchu než muži zaměstnaní.

Kromě otázek na emoční pohodu byly v našem šetření nově zahrnuty otázky týkající se emoční role a poznávacích schopností.

Emoční role byla zjišťována otázkou, zda měl respondent kvůli emočním potížím (pocity deprese či úzkosti) nějaké problémy ve své práci nebo při pravidelných denních činnostech (nepečlivost, nesoustředěnost, snížená výkonnost). Více než 10 % mužů a 17 % žen odpovědělo, že měli během posledních 2 týdnů nějaké problémy uvedeného charakteru. Ženy vykazovaly tyto problémy častěji než muži, závislost na věku byla prokázána pouze u žen. Ženy starší 60 let odpověděly téměř 3x častěji, že měly nějaké problémy než ženy do 30 let. Ze všech osob, u kterých byla zaznamenána emoční porucha, 65 % mužů a 55 % žen nemělo kvůli těmto potížím žádné problémy ve své práci či při pravidelných denních činnostech.

Dalším blokem otázek byly sledovány poznávací schopnosti respondentů.

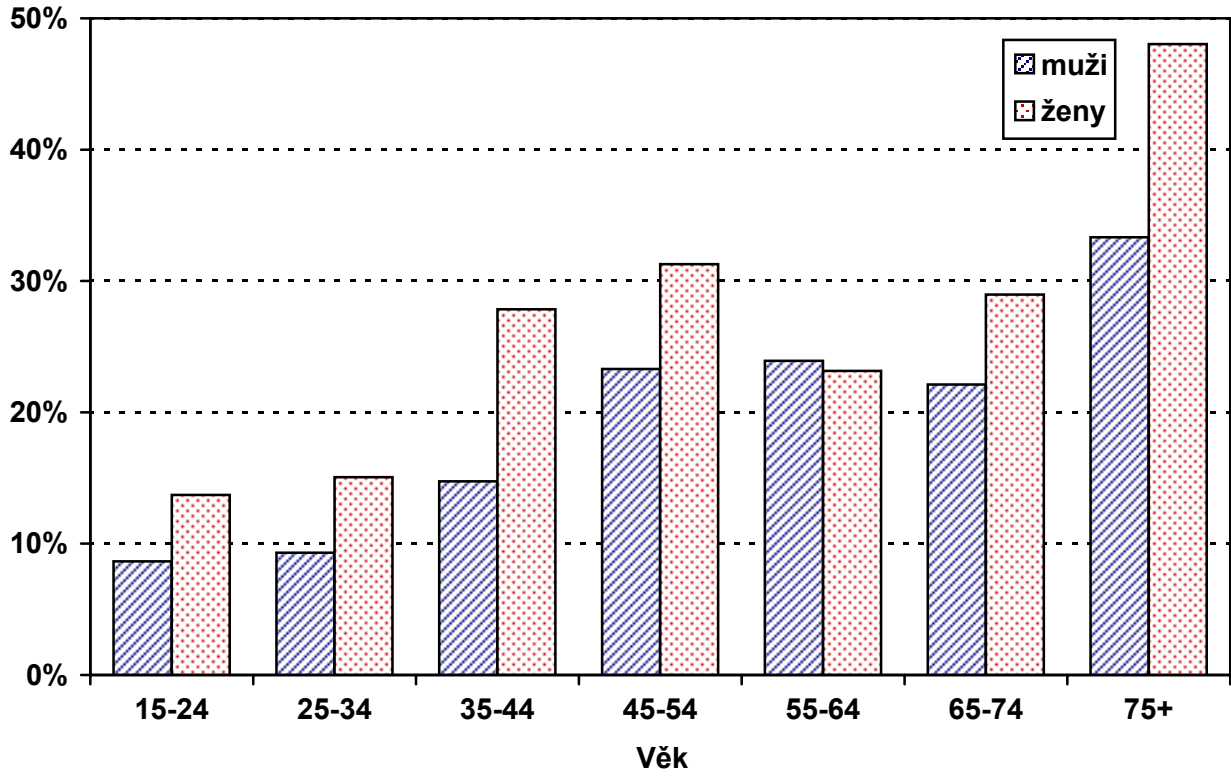
Na otázku: „Jak velké obtíže Vám obvykle činí pamatování a učení?“ měli respondenti možnost odpovědět jednou z nabídnutých možností: žádné, mírné, střední, silné, extrémní. Jak je patrné z dále uvedené tabulky 5.7.2, potíže s pamatováním a učením mělo 60 % respondentů, z nichž více než 1/2 uvedla, že tyto potíže byly pouze mírné. Naopak více než 7 % z nich vnímalo tyto potíže jako extrémní nebo silné. Také zde se s rostoucím věkem zvyšoval podíl osob, kterým pamatování a učení činilo nějaké problémy. Osoby starší 60 let měly potíže téměř 4x častěji než osoby mladší 30 let, u žen byl tento rozdíl výraznější než u mužů.

Shodné možnosti odpovědi, jako v položce předchozí, byly respondentům nabídnuty u otázky: „Jak velké obtíže Vám obvykle činí přemýšlení a řešení každodenních problémů?“. U respondentů, kteří s přemýšlením a řešením každodenních problémů potíže měli, se jednalo v 60 % případů jen o potíže mírné, pouze u 5,5 % byly silné či extrémní. S rostoucím věkem se opět potíže s přemýšlením a řešením každodenních problémů vyskytovaly stále častěji.

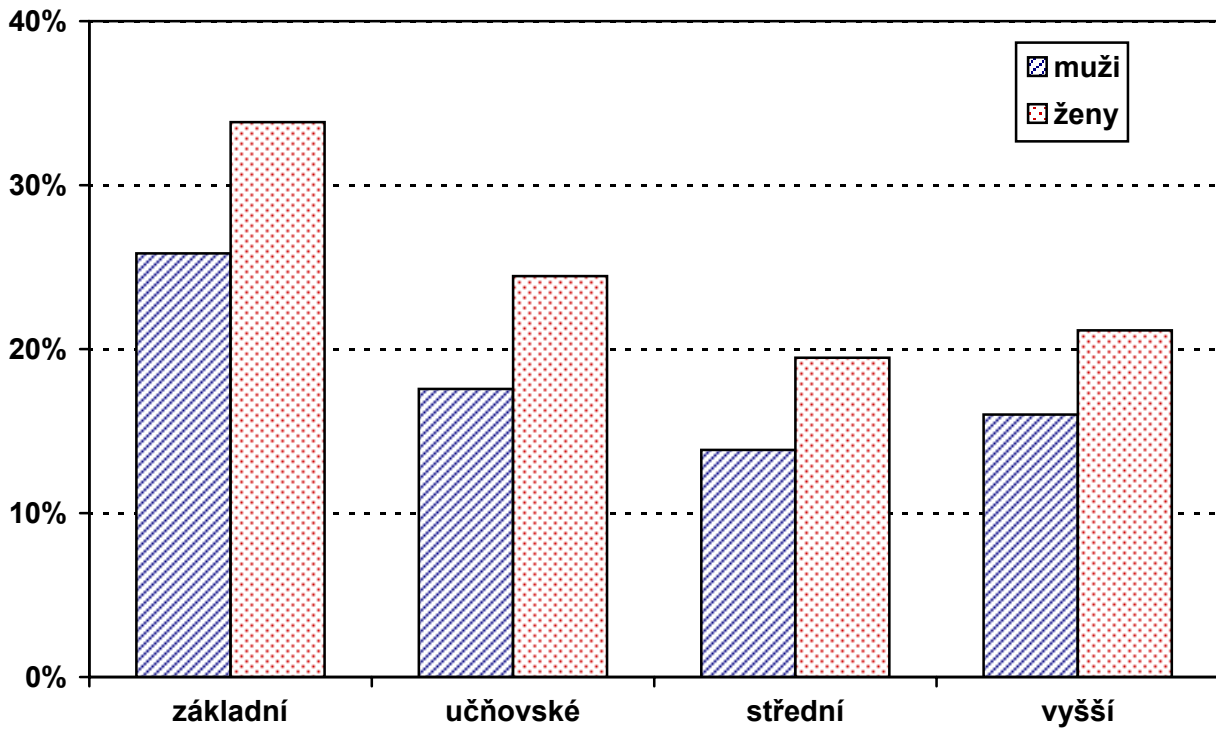
Výskyt emočních poruch mezi respondenty také souvisí s reálným i pociťovaným zdravotním stavem respondenta. Se zhoršujícím se subjektivním zdravím se prevalence emočních poruch zvyšuje, je jasné, že respondent, který hodnotí své zdraví jako špatné, také častěji zažívá negativní pocity, necítí se aktivní a plný energie a chybí mu dobrá nálada. Osoby se špatným subjektivním zdravím vykazovaly přítomnost emoční poruchy více než 10x častěji než osoby s dobrým subjektivním zdravím. Mezi osobami s dobrým subjektivním zdravím bylo 16 % osob s emoční poruchou, u těchto osob lze předpokládat, že se jedná o skutečné psychické problémy, které nesouvisejí s fyzickým zdravotním stavem respondenta. Tyto osoby však svůj duševní stav do hodnocení subjektivního zdraví pravděpodobně vůbec nezahrnují a nevnímají své duševní pocity jako zdravotní problém. S rostoucím počtem chronických i krátkodobých onemocnění se prevalence emočních poruch zvyšuje. Ze všech osob, které uvedly, že v posledních 12 měsících trpěly chronickou úzkostí a/nebo depresí, 74 % mužů a žen vykazovalo emoční poruchu i podle otázek týkajících se emoční pohody. Z osob, které trpěly v posledních 2 týdnech častými pocity smutku či depresemi a častými pocity úzkostí nebo obav, představoval podíl osob s emoční poruchou 57 %.

I přesto, že tato otázka přesně nezachycuje prevalenci duševních onemocnění v populaci, jejím prostřednictvím je alespoň možné zjistit osoby, které mohou být vznikem nějaké duševní poruchy ohroženy.

Graf 5.7.1 Prevalence emoční poruchy



Graf 5.7.2 Podíl osob s emoční poruchou podle vzdělání (po věkové standardizaci)



Tab. 5.7.1 Emoční pohoda

| Jak často v posledních 2 týdnech jste: | Struktura souboru respondentů v % | | | | | |
|---|-----------------------------------|----------|-------------|------------|---------|-------|
| | stále | většinou | spíše často | méně často | málokdy | nikdy |
| | muži | | | | | |
| se cítil veselý a v dobré náladě? | 15,3 | 43,9 | 21,7 | 12,7 | 5,3 | 1,1 |
| se cítil klidný a v pohodě | 16,5 | 43,8 | 21,8 | 12,0 | 5,1 | 0,9 |
| se cítil aktivní a plný energie? | 16,1 | 32,6 | 24,7 | 15,6 | 8,2 | 2,7 |
| se cítil po probuzení čerstvý a odpočatý? | 13,0 | 33,3 | 18,8 | 17,1 | 13,7 | 4,1 |
| byly vaše dny života naplněny věcmi, které vás zajímají | 23,5 | 41,3 | 18,1 | 9,2 | 6,0 | 1,8 |
| | ženy | | | | | |
| se cítila veselá a v dobré náladě? | 11,5 | 40,9 | 22,3 | 16,0 | 7,9 | 1,5 |
| se cítila klidná a v pohodě | 11,6 | 40,4 | 22,0 | 16,8 | 7,7 | 1,5 |
| se cítila aktivní a plná energie? | 11,7 | 27,5 | 22,2 | 22,0 | 12,2 | 4,4 |
| se cítila po probuzení čerstvá a odpočatá? | 11,3 | 30,5 | 18,4 | 18,9 | 13,9 | 7,0 |
| byly vaše dny života naplněny věcmi, které vás zajímají | 19,3 | 39,8 | 20,6 | 11,1 | 7,0 | 2,2 |

Tab. 5.7.2 Poznávací schopnosti

| Potíže s: | Struktura souboru respondentů podle závažnosti potíží (v %) | | | | |
|--|---|-------|---------|-------|----------|
| | žádné | mírné | střední | silné | extrémní |
| | muži | | | | |
| pamatováním a učením | 41,9 | 31,4 | 23,2 | 3,0 | 0,5 |
| přemýšlením, řešením každodenních problémů | 59,7 | 24,4 | 14,0 | 1,5 | 0,3 |
| | ženy | | | | |
| pamatováním a učením | 37,4 | 33,2 | 24,1 | 4,4 | 0,8 |
| přemýšlením, řešením každodenních problémů | 54,5 | 28,6 | 13,9 | 2,6 | 0,5 |

5.8 SOCIÁLNÍ ZDRAVÍ

Také sociální zdraví je nedílnou součástí zdravotního stavu jedince. Člověk je od přírody společenský tvor a jeho vyloučení ze společnosti má negativní vliv na jeho celkový zdravotní stav. Jedinec je chápán jako součást širšího sociálního systému, kde prostřednictvím interpersonálních vztahů, nejrůznějších sociálních zkušeností a objektivního hodnocení vlastní osoby utváří vlastní sebehodnocení, sebereflexi a vnímání sebe sama. Toto sebehodnocení je pak důležité zejména pro zdravý duševní rozvoj jedince. Nedostatečná integrace jedince do systému sociálních vztahů může vést k řadě duševních poruch a ke ztrátě smyslu života. Nedostatek sociálních kontaktů způsobuje sociální izolaci a omezuje seberealizaci a rozvoj osobnosti.

Na sociální zdraví jedince lze usuzovat na základě jeho vztahů k okolí, přátelům a společnosti. Tyto vztahy by měly být pozitivní, konstruktivní a nikoliv destruktivní či násilné. V našem šetření jsme zjišťovali sociální zdraví, sociální podporu a sociální kontakty jedince.

Sociální zdraví

Sociální zdraví respondenta bylo zjišťováno na základě bloku pěti otázek. Ty se dotazovaly respondenta na to, jak často během posledních 2 týdnů:

- se izoloval od lidí kolem sebe
- byl milý na ostatní lidi
- jednal podrážděně, vznětlivě na ostatní
- měl nerozumné, neúměrné požadavky na příbuzné a kamarády
- se cítil dobře mezi lidmi

Respondenti měli na tyto otázky odpovědět jednou z pěti uvedených možností: stále, většinou, někdy, málokdy, nikdy. Jednotlivým odpovědím byly podle charakteru otázky přiřazeny body od 1 do 5, kdy hodnocení 1 představovalo nejhorší možnou odpověď, 5 znamenalo nejlepší možnou odpověď. Součtem bodů za všechny otázky dohromady jsme u každého respondenta získali celkové skóre, které se pohybovalo v rozmezí 5 - 25 bodů, to bylo prostou aritmetickou úpravou převedeno na skóre 0 - 100 bodů, které vyjadřuje, jaký podíl (v %) z celkového maximálního počtu bodů daný respondent získal. Do zpracování byli zařazeni pouze ti respondenti, kteří odpověděli na všech 5 otázkách. Takto jsme ze zpracování vyřadili 12,6 % respondentů.

Průměrná hodnota celkového skóre sociálního zdraví představovala u mužů 82,6 bodu, u žen byla vyšší, a to 83,8 bodu. Ženy tedy vykazují lepší sociální zdraví než muži (potvrzeno statistickým testem). Podle věku a rozdílů v sociálním zdraví lze respondenty rozdělit na 2 skupiny. Respondenti ve věku do 54 let vykazují horší sociální zdraví než respondenti starší 55 let. Tyto otázky se však týkají spíše hodnocení vztahů k ostatním lidem a sociálního chování respondenta, nikoliv intenzity vztahů. Proto je sociální zdraví mladších osob, u nichž se nejčastěji vyskytují problémy v partnerských vztazích i ve vztazích s příbuznými, horší. Nejhorší průměrné skóre bylo zaznamenáno u otázky

vztahující se k podrážděnému a vznětlivému jednání vůči ostatním, naopak nejlepší průměrné skóre vykazovala otázka týkající se neúměrných požadavků na příbuzné a kamarády (viz tabulka 5.8.2). Je však možné, že respondenti si často své neúměrné požadavky neuvědomují či nepřipouští.

Z hlediska základních sociodemografických charakteristik byly zaznamenány statisticky významné rozdíly pouze podle velikosti obce. Respondenti z obcí do 5 000 obyvatel vykazovali lepší sociální zdraví než respondenti z větších obcí. Ostatní sociální, ekonomické a demografické faktory neměly na sociální zdraví výraznější vliv.

Sociální podpora

Sociální podpora byla zjišťována na základě bloku tří otázek. Ty se dotazovaly respondenta, jak často se během posledních 2 týdnů:

- cítil milovaný a chtěný
- cítil osamělý
- měl někoho, kdo by mu v případě potřeby pomohl

Respondent měl na tyto otázky odpovědět jednou z pěti uvedených možností, které byly shodné jako u otázek týkajících se sociálního zdraví. Pro zhodnocení problematiky sociální podpory byla použita shodná metodika jako v případě sociálního zdraví. Maximálně mohl respondent dosáhnout 15 bodů, celkové skóre bylo opět převedeno na hodnoty 0 - 100 bodů. Ze zpracování bylo vyřazeno 11,8 % respondentů, kteří neodpověděli nejméně na jednu z otázek.

Průměrné skóre sociální podpory bylo u mužů i u žen téměř shodné a představovalo 83,9, resp. 83,7 bodu. Z hlediska věku je patrná nejnižší sociální podpora u mužů i u žen ve věku 45 - 54 let, rozdíly mezi jednotlivými věkovými skupinami však nebyly potvrzeny jako statisticky významné. Vyšší míra sociální podpory u mužů starších 65 let (ve srovnání se ženami v tomto věku) může být způsobena skutečností, že ženy ve věku nad 65 let jsou častěji ovdovělé, a tedy i častěji osamělé než stejně staří muži.

Nejnižší průměrné skóre bylo zaznamenáno u otázky, zda se respondent cítil milovaný. Nejčastěji naopak respondenti uváděli, že měli někoho, kdo by jim v případě potřeby pomohl.

Sledujeme-li míru sociální podpory podle základních sociodemografických charakteristik, rozdíly mezi jednotlivými skupinami jsou výraznější než v případě sociálního zdraví.

Statisticky významné rozdíly byly zaznamenány z hlediska velikostní skupiny obce. Respondenti z obcí do 5 000 obyvatel vykazovali nižší sociální podporu než respondenti z obcí nad 5 000 obyvatel. Tyto rozdíly byly více patrné u mužů než u žen.

Také úroveň sociální podpory podle rodinného stavu byla odlišná. Muži a ženy žijící v manželství či v nesezdaném soužití vykazovali vyšší míru sociální podpory než osoby rozvedené a ovdovělé. Z hlediska ekonomické aktivity byl zaznamenán statisticky významný rozdíl mezi osobami zaměstnanými a nezaměstnanými. Osoby nezaměstnané vykazovaly výrazně nižší míru sociální podpory než osoby zaměstnané.

Sociální kontakty

Vedle sociálního zdraví a sociální podpory jsme zjišťovali také kvalitu a intenzitu sociálních kontaktů jedince. Nejprve byla respondentovi položena otázka, jak často byl během posledních 2 týdnů v kontaktu se svými příbuznými, přáteli apod. Také zde měl zaškrtnout jednu z možností pětibodové škály použité v předchozích otázkách. Dále měl respondent zhodnotit tyto sociální kontakty jednou z nabídnutých možností: velmi dobré, dobré, uspokojivé, špatné, velmi špatné. Tabulka 5.8.3 znázorňuje rozložení respondentů podle četnosti a kvality kontaktů.

Stále nebo většinou bylo v kontaktu se svými příbuznými a přáteli více než 85 % mužů a žen, přičemž u žen byl tento podíl mírně vyšší. Celkově ženy vykazovaly četnější sociální kontakty než muži. Statisticky významné rozdíly v intenzitě sociálních kontaktů byly zaznamenány také z hlediska věku. Nejvyšší podíl osob s častými sociálními kontakty (stále nebo většinou) vykazovali muži a ženy ve věku 15 - 24 let, poměrně vysoký byl tento podíl mezi osobami staršími 55 let. Nejnižší intenzitu sociálních kontaktů vykazovali muži a ženy ve věku 35 - 44 let.

Jako velmi dobré či dobré hodnotilo své sociální kontakty téměř 90 % mužů a žen, také zde vykazovaly ženy lepší kvalitu kontaktů než muži. Rozdíly mezi jednotlivými věkovými kategoriemi byly méně výrazné než v případě intenzity sociálních kontaktů, nejlépe však hodnotily své sociální kontakty nejmladší a starší osoby, respondenti středního věku tyto kontakty hodnotili častěji jako špatné. Hodnocení kvality sociálních vztahů úzce souvisí s jejich intenzitou. Vztahy, které jsou méně časté jsou také hodnoceny jako méně kvalitní.

Statisticky významný vztah byl zaznamenán mezi sociálním zdravím a subjektivním zdravím. Osoby, které hodnotily svůj zdravotní stav jako špatný, vykazovaly nižší skóre sociálního zdraví i sociální podpory. Také intenzita i kvalita sociálních vztahů byla u osob se špatným subjektivním zdravím horší. Uvedené vztahy byly potvrzeny jako statisticky významné, a to i po odstranění vlivu věkové struktury. Shodné závěry lze uvést i pro osoby trpící nějakou chronickou nemocí v posledních 12 měsících, nějakou zdravotní potíží v posledních 2 týdnech či pro osoby s emoční poruchou. Analýzy uvedené dříve ukazují, že mezi ženami je více osob se špatným subjektivním zdravím, s chronickou nemocí či emoční poruchou, přičemž tyto osoby vykazují horší sociální zdraví. Hodnota průměrného skóre sociálního zdraví však byla ve všech kategoriích těchto ukazatelů vyšší u žen než u mužů, proto i celkové skóre sociálního zdraví je u žen vyšší a nebylo těmito rozdíly výrazně ovlivněno.

Lze tedy říci, že fyzické, psychické i sociální zdraví jedince jsou navzájem provázány. Osoby, které trpí nějakou chronickou obtíží či dočasnou zdravotní potíží vykazují méně sociálních kontaktů, což je ovlivněno i fyzickými omezeními s nemocí spojenými. Důsledkem je horší sociální zdraví a sociální podpora, ale i vyšší prevalence emočních poruch, které mohou vznikat mimo jiné i z nedostatku sociálních kontaktů s ostatními osobami.

Tab. 5.8.1 Sociální zdraví a sociální podpora

| Věk | Průměrné skóre sociálního zdraví ¹⁾ | | Průměrné skóre sociální podpory ¹⁾ | |
|---------------|--|------|---|------|
| | muži | ženy | muži | ženy |
| Celkem | 82,6 | 83,8 | 83,9 | 83,7 |
| 15-24 | 82,7 | 82,9 | 84,6 | 85,2 |
| 25-34 | 81,0 | 82,1 | 85,5 | 85,1 |
| 35-44 | 82,0 | 82,1 | 82,6 | 82,8 |
| 45-54 | 81,3 | 82,7 | 81,1 | 81,7 |
| 55-64 | 82,8 | 85,3 | 83,2 | 84,9 |
| 65-74 | 86,0 | 88,3 | 86,9 | 83,2 |
| 75+ | 86,7 | 84,7 | 85,9 | 81,5 |

¹⁾ Stupnice 0 (nejhorší), 100 (nejlepší)

Tab. 5.8.2 Jednotlivé otázky týkající se sociálního zdraví a sociální podpory

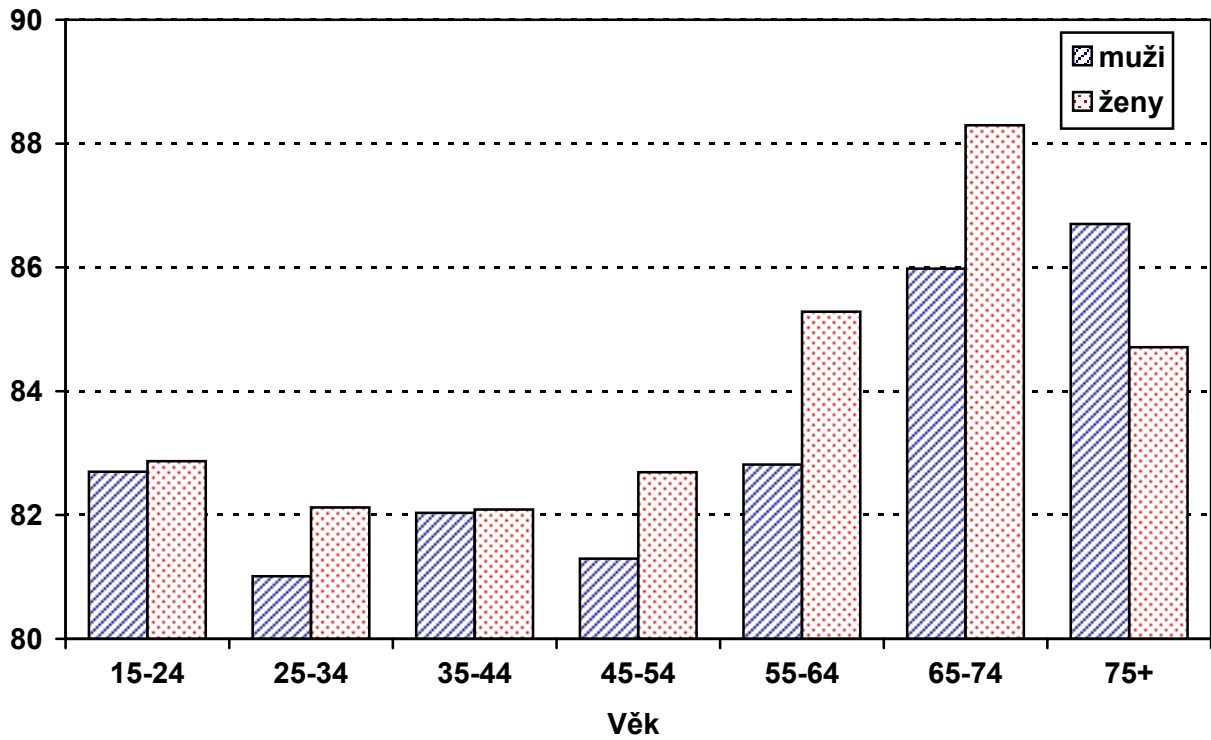
| Jak často během posledních 2 týdnů jste: | Průměrné skóre ²⁾ | |
|---|------------------------------|------|
| | muži | ženy |
| se izoloval(a) od lidí kolem sebe? | 4,6 | 4,5 |
| byl(a) milý(á) na ostatní lidi? | 4,1 | 4,2 |
| jednal(a) podrážděně, vznětlivě na ostatní? | 3,9 | 3,9 |
| měl(a) nerozumné, neúměrné požadavky? | 4,7 | 4,7 |
| se cítil(a) dobře mezi lidmi? | 4,2 | 4,3 |
| se cítil(a) milovaný(á) a chtěný(á)? | 4,0 | 4,1 |
| se cítil(a) osamělý(á)? | 4,4 | 4,2 |
| měl(a) někoho, kdo by Vám v případě potřeby pomohl? | 4,6 | 4,7 |

²⁾ Stupnice 1 (nejhorší), 5 (nejlepší)

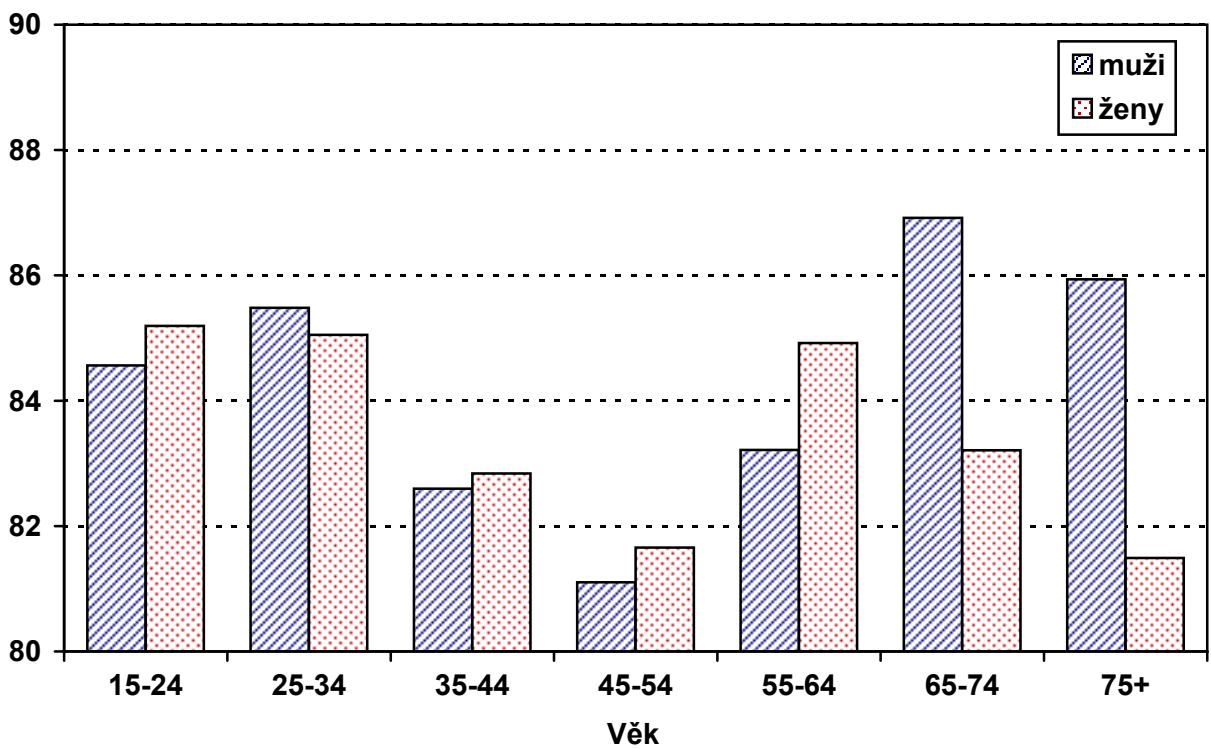
Tab. 5.8.3 Sociální kontakty

| | Respondenti podle sociálních kontaktů (v %) | | | | |
|------|---|----------|------------|---------|--------------|
| | intenzita kontaktů | | | | |
| | stále | většinou | někdy | málokdy | nikdy |
| muži | 53,2 | 31,8 | 9,8 | 4,4 | 0,9 |
| ženy | 58,7 | 29,1 | 8,4 | 3,5 | 0,4 |
| | kvalita kontaktů | | | | |
| | velmi dobré | dobré | uspokojivé | špatné | velmi špatné |
| | muži | 42,8 | 45,3 | 10,1 | 1,5 |
| ženy | 48,2 | 40,9 | 9,7 | 0,9 | 0,2 |

Graf 5.8.1 Průměrné skóre *) sociálního zdraví



Graf 5.8.2 Průměrné skóre *) sociální podpory



*) Stupnice 0 (nejhorší), 100 (nejlepší)

5.9 KVALITA ŽIVOTA

V předchozích kapitolách jsme se zabývali zdravotním stavem populace (fyzickým, psychickým i sociálním zdravím). Tato kapitola je věnována jedné ze závěrečných sad otázek, které zjišťovaly, jaký mají respondenti pocit z kvality svého života v posledních dvou týdnech. Kvalita života je mnohem širším pojmem než pouze zdraví či nemoc. Kvalita života je výsledkem vzájemného působení sociálních, zdravotních, ekonomických a enviromentálních podmínek, týkajících se lidského a společenského rozvoje. Na jedné straně je představována objektivními podmínkami pro dobrý život, na straně druhé jeho subjektivním prožíváním. Subjektivní kvalita života pak vypovídá o dobrém životním pocitu, pohodě a spokojenosti a závisí nejen na uspokojení materiálních, kulturně sociálních a duchovních potřeb jedince, ale i na jeho fyzickém zdraví. Jedná se o komplexní hodnocení jednotlivých složek a aspektů běžného života.

Poprvé byla otázka na kvalitu života zahrnuta v šetření, které proběhlo v roce 1999. Zde představovala pouze jednu souhrnnou položku, kde respondenti měli uvést, jak celkově hodnotí svou kvalitu života z hlediska zdraví, osobního života (finanční situace, sociální a rodinné podmínky, bydlení, sociální vztahy, životní prostředí), postavení v povolání, naplnění zájmů a koníčků apod. Otázka týkající se kvality života v širším rozsahu byla do šetření HIS CR 2002 zařazena po předchozím testování v šetření EUROHIS 2001.

V šetření HIS CR 2002 bylo do hodnocení kvality života respondentů zahrnuto 8 otázek, zjišťujících nejen celkovou kvalitu života, ale i její dílčí složky, jako je např. spokojenost se zdravím, se schopností vykonávat každodenní životní aktivity, se sebou samým či svými osobními vztahy a s životním prostředím. Vedle těchto položek zde také byla zařazena otázka na finanční zabezpečení potřeb respondenta a na jeho energii ke každodennímu životu. Na uvedené otázky měli respondenti odpovědět jednou z položek předložené pětibodové škály. Jednotlivé odpovědi byly ohodnoceny od 1 do 5 bodů, přičemž odpověď „Velmi špatná/ velmi nespokojen/ vůbec ne“ představovala 1 bod, odpověď „Velmi dobrá/ velmi spokojen/ úplně“ představovala 5 bodů. Následně byl stanoven u každého respondenta celkový dosažený počet bodů (max. 40 bodů), toto skóre pak bylo převedeno na hodnoty 0 - 100 bodů, přičemž hodnota 100 představovala nejlepší možné skóre. Dále bylo stanoveno průměrné skóre každé z uvedených otázek.

Průměrná hodnota celkového dosaženého skóre představovala 76,1 bodu pro muže a 74,6 bodu pro ženy. Rozdíl mezi oběma pohlavími byl potvrzen jako statisticky významný, a to i po odstranění vlivu věkové struktury. Hodnoty průměrného skóre podle věku a pohlaví jsou prezentovány v grafu 5.9.1.

S rostoucím věkem se průměrná hodnota ukazatele nejprve snižuje, a to až do věku 45 - 54 let. Nízké skóre kvality života v této věkové skupině může souviset s krizí středního věku, která se objevuje mezi 40. a 50. rokem věku a člověk si v tomto období uvědomuje, že nedosáhl a pravděpodobně již nedosáhne cílů, které si předsevzal. Tento efekt byl rovněž zaznamenán v případě sociálního zdraví, jehož úroveň byla rovněž ve věkové skupině 45 - 54 let nejnižší. V dalších věkových skupinách se průměrné skóre kvality života zvyšuje. Zatímco u mužů tento nárůst pokračuje až do nejvyšší věkové

kategorie, u žen se hodnota ukazatele ve věku 75+ výrazně snižuje až na své minimum. Tento rozdíl mezi muži a ženami v nejvyšší věkové skupině může být způsoben např. tím, že ženy jsou v tomto věku častěji osamělé (ovdovělé), proto mohou některé stránky kvality svého života hodnotit negativněji.

Také analýza z hlediska základních sociodemografických charakteristik ukazuje, že rodinný stav respondenta výrazně ovlivňuje jeho kvalitu života. Nejvyšší skóre vykazovaly osoby žijící v manželství, nejnižší naopak osoby ovdovělé a rozvedené. Další významné rozdíly byly zaznamenány z hlediska velikostní skupiny obce (pouze u žen), kde respondentky z obcí do 5 000 obyvatel hodnotily svoji kvalitu života lépe než respondentky žijící ve městech, dále také z hlediska příjmu, vzdělání a ekonomické aktivity. Osoby s vyšším příjmem vykazovaly lepší kvalitu života než osoby s nízkým příjmem. Tento rozdíl byl patrný i po odečtení položky týkající se spokojenosti respondenta se svou finanční situací. Již v předchozích analýzách byla prokázána souvislost mezi fyzickým, ale i duševním zdravím a příjmem domácnosti, což se projevuje i v tomto hodnocení kvality života. Také vzdělání mělo rozhodující vliv na kvalitu života, což opět s příjmem domácnosti úzce souvisí. Nejvyšší rozdíly však byly zaznamenány z hlediska ekonomické aktivity osob. Osoby nezaměstnané vykazovaly výrazně nižší kvalitu života než osoby zaměstnané.

Protože otázky týkající se kvality života byly mimo jiné zaměřeny i na spokojenost se zdravotním stavem, sociálními kontakty apod., výrazné rozdíly v celkovém skóre byly patrné také z hlediska těchto charakteristik. Výrazně nižší kvalitu života vykazovaly osoby s omezujícím chronickým onemocněním, emoční poruchou a špatným subjektivním zdravím. Rozhodující vliv na kvalitu života mělo také sociální zdraví a dlouhodobá neschopnost respondenta.

Veškeré uvedené rozdíly byly statisticky významné i po odstranění vlivu věkové struktury.

O odpovědích respondentů na jednotlivé otázky týkající se kvality života informuje tabulka 5.9.1.

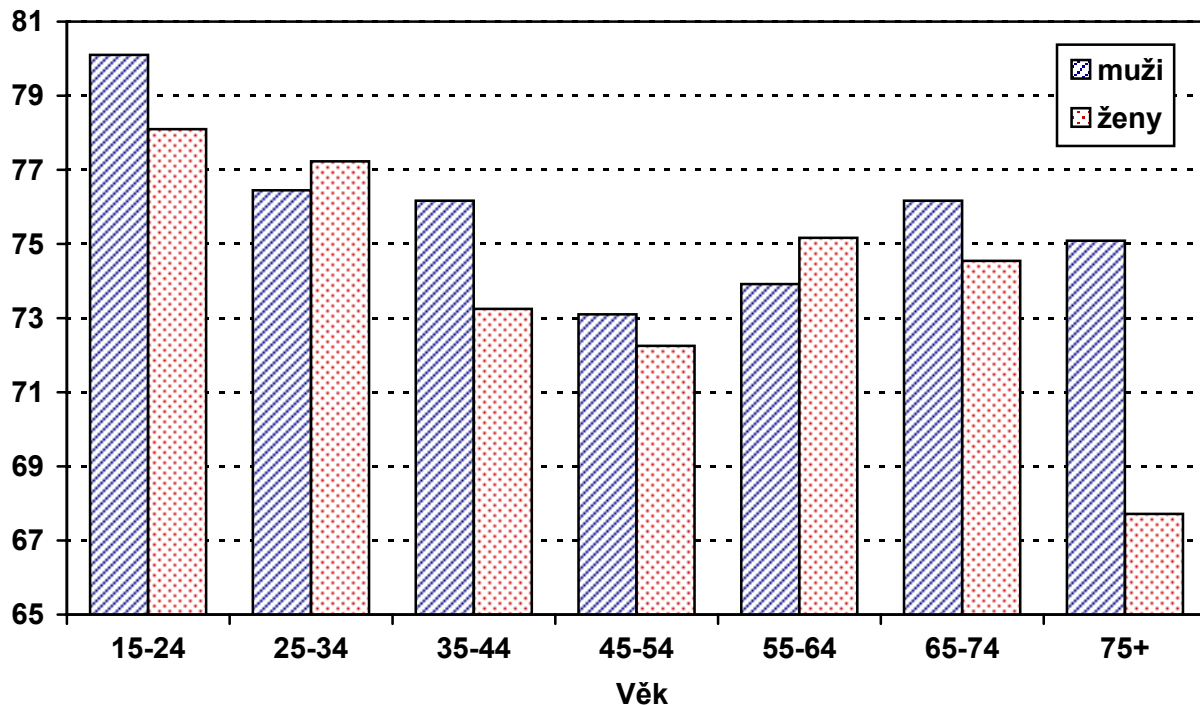
I zde je zřejmé, že muži a ženy hodnotí jednotlivé položky kvality života odlišně. Statisticky významné rozdíly byly zaznamenány téměř u všech otázek s výjimkou osobních vztahů a životního prostředí. Ve srovnání s předchozím šetřením, kde respondenti hodnotili pouze kvalitu života jako celek, což by však mělo do určité míry odpovídat první položce bloku otázek použitého v šetření 2002, došlo ke statisticky významným změnám v rozložení respondentů. Zatímco v roce 1999 uvedlo velmi dobrou nebo dobrou kvalitu života přibližně 50 % respondentů, v roce 2002 jejich podíl přesahoval 70 %. Podíl osob, které hodnotily svou kvalitu života jako špatnou či velmi špatnou se výrazně nezměnil, došlo tedy k přesunu osob ze středu škály směrem k lepšímu hodnocení. Střed škály byl v roce 1999 definován jako běžná kvalita života, v roce 2002 jako ani dobrá/ ani špatná. Toto rozdílné definování jednotlivých položek může být, vedle rozdílného vymezení položky kvalita života, jež bylo v roce 2002 přesněji specifikováno, příčinou této změny.

Průměrná skóre jednotlivých otázek (viz graf 5.9.2) ukazují, že nejhůře respondenti hodnotili svou materiální (finanční) situaci, tato otázka dosáhla nejnižšího průměrného skóre (3,1 bodu). Naopak nejlepší bylo hodnocení v případě otázky týkající se spokojenosti respondentů se svými osobními vztahy (4,1 bodu). Rozdíl mezi muži a ženami byl zaznamenán v hodnocení vlastního zdraví, energie ke každodennímu životu, schopnosti vykonávat každodenní aktivity a spokojenosti se svou osobou.

Tab. 5.9.1 Jednotlivé otázky vztahující se ke kvalitě života

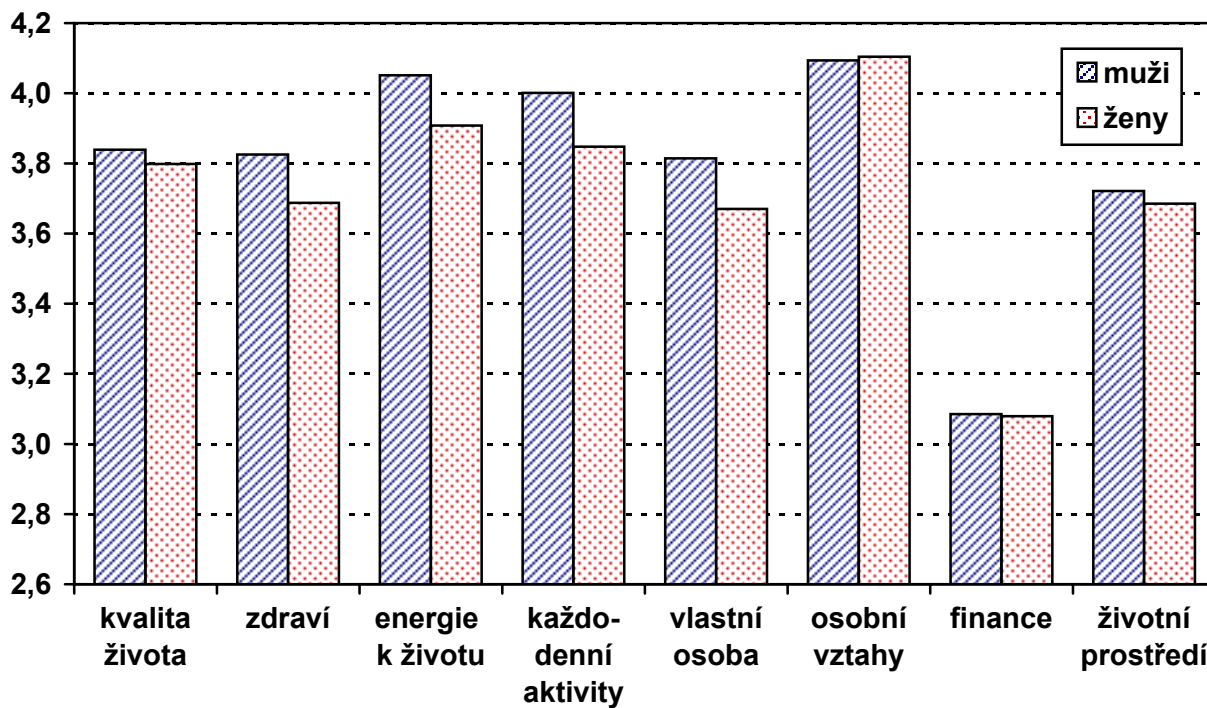
| Odpovědi v pětistupňové škále (hodnocení, spokojenost) | Struktura souboru respondentů podle kvality života (v %) | | | | |
|--|--|---------------------------------|---|-----------------------------|---|
| | velmi spokojen/ velmi dobré/ úplně | spokojen/ dobře/ většinou | ani spokojen ani nespokojen/ ani špatné ani dobře/ středně | nespokojen/ špatné/ málo | velmi nespokojen/ velmi špatné/ vůbec ne |
| | muži | | | | |
| kvalita života | 16,1 | 56,9 | 22,9 | 3,0 | 1,1 |
| zdraví | 22,6 | 49,0 | 18,6 | 8,0 | 1,8 |
| energie k životu | 30,5 | 49,4 | 15,6 | 3,9 | 0,7 |
| každodenní aktivity | 25,7 | 54,4 | 14,9 | 4,2 | 0,8 |
| vlastní osoba | 16,0 | 54,8 | 24,6 | 4,0 | 0,6 |
| osobní vztahy | 29,8 | 53,0 | 14,3 | 2,3 | 0,5 |
| finance | 10,6 | 27,0 | 32,6 | 19,8 | 10,0 |
| životní prostředí | 20,8 | 43,5 | 25,5 | 7,4 | 2,8 |
| | ženy | | | | |
| kvalita života | 14,1 | 56,9 | 24,7 | 3,3 | 1,0 |
| zdraví | 17,0 | 50,3 | 20,1 | 9,7 | 2,9 |
| energie k životu | 25,4 | 48,5 | 19,2 | 5,4 | 1,5 |
| každodenní aktivity | 20,7 | 52,7 | 18,8 | 6,2 | 1,6 |
| vlastní osoba | 11,3 | 53,9 | 26,7 | 6,6 | 1,5 |
| osobní vztahy | 30,1 | 53,2 | 14,0 | 2,6 | 0,2 |
| finance | 9,6 | 27,7 | 31,7 | 23,2 | 7,9 |
| životní prostředí | 20,5 | 42,2 | 25,4 | 9,3 | 2,7 |

Graf 5.9.1 Průměrné skóre *) kvality života



*) Stupnice 0 (nejhorší), 100 (nejlepší)

Graf 5.9.2 Průměrné skóre **) jednotlivých položek kvality života



**) Stupnice 1 (nejhorší), 5 (nejlepší)

6. ZDRAVOTNICKÉ SLUŽBY A JEJICH VYUŽÍVÁNÍ

Zdravotnické služby představují pro zdraví obyvatel významný přínos. Jejich využívání ze strany občanů se však různí, a to v závislosti nejen na dostupnosti, ale i na řadě dalších faktorů. Poskytování zdravotnických služeb má odpovídat potřebám společnosti. Ty jsou určovány zdravotním stavem populace, jehož analýze je věnována předchozí část publikace. Do šetření HIS CR 2002 však byly nově zařazeny také otázky týkající se využívání zdravotnických služeb, užívání léků a využívání preventivní zdravotní péče. K zapracování těchto otázek bylo přistoupeno po jejich předchozím ověření prostřednictvím testovacího šetření EUROHIS 2001 (Health Interview Surveys in Europe). Dále jsme v šetření sledovali, kolik respondenti za zdravotnické služby zaplatí. Jednou z otázek jsme také zjišťovali jak respondenti hodnotí fungování systému zdravotní péče v naší zemi.

Otázky týkající se využívání zdravotnických služeb byly v tomto šetření zařazeny nově, není proto možné jejich srovnání s výsledky předchozích šetření.

6.1 LŮŽKOVÁ PÉČE

V šetření byli respondenti dotazováni jednak na vícedenní hospitalizaci (tj. na hospitalizaci v lůžkovém zařízení na více než jednodenní pobyt) a jednodenní hospitalizaci (tj. přijetí na nemocniční lůžko bez nutnosti setrvat přes noc). Jednodenní hospitalizace se týkala především menších chirurgických zákroků, jako jsou např. miniinterrupce, operace šedého zákalu apod. Otázky na více i jednodenní hospitalizaci se vztahovaly k období posledních 12 měsíců.

Vícedenní hospitalizace

Respondentům byla nejprve položena otázka, zda byli v průběhu posledních 12 měsíců hospitalizováni v lůžkovém zařízení na více než jednodenní pobyt. Pokud ano, pak bylo dále zjišťováno, kolikrát byli takto hospitalizováni (tj. počet všech ukončených pobytů) a dále kolik nocí celkem během uvedených pobytů v lůžkových zařízeních strávili. Z těchto údajů byla vypočítána nejprve roční prevalence (tj. podíl osob, které byly v posledních 12 měsících hospitalizovány), dále průměrný roční počet pobytů, průměrný počet nocí strávených v lůžkových zařízeních během posledních 12 měsíců a průměrná ošetrovací doba (tj. průměrný počet nocí strávených v lůžkovém zařízení během jednoho takového pobytu). Tabulka 6.1.1 prezentuje uvedené charakteristiky podle věku a pohlaví respondenta.

Podle výsledků šetření bylo v posledních 12 měsících hospitalizováno v lůžkových zařízeních 11 % mužů a 15 % žen, což přibližně odpovídá údajům zdravotnické statistiky. Podle té bylo v roce 2002 hospitalizováno 12 % mužů a 16,6 % žen starších 15 let.

Rozdíl mezi oběma pohlavími byl zřejmý i po odstranění vlivu věkové struktury, ženy byly častěji hospitalizovány než muži. Nejvýraznější byla převaha žen ve věkových skupinách 25 - 44 let a je pravděpodobně z velké části spojena s pobyty žen v lůžkových zařízeních z důvodu porodu či dalších potíží spojených s těhotenstvím. Uvažujeme-li

pouze osoby starší 45 let, pak je podíl těch, kteří byli v posledních 12 měsících hospitalizováni, mírně vyšší u mužů (17,6 %) než u žen (16,8 %), rozdíl však nebyl potvrzen jako statisticky významný.

S rostoucím věkem se u mužů podíl hospitalizovaných plynule zvyšuje, muži starší 60 let byli hospitalizováni 7x častěji než muži do 30 let. U žen byly věkové rozdíly ovlivněny hospitalizacemi mladších žen z důvodu porodu, nejnižší podíl hospitalizovaných v posledním roce byl u žen ve středním věku.

Průměrný počet pobytů představoval u hospitalizovaných osob 1,8 dokončeného pobytu u mužů a 1,4 dokončeného pobytu u žen, hodnota tohoto ukazatele nebyla výrazně závislá na věku. Pokud uvažujeme počet případů hospitalizace na 100 respondentů, pak tento ukazatel představuje u mužů 18 a u žen 21 případů. Pro srovnání podle údajů zdravotnické statistiky připadalo v roce 2002 na 100 osob starších 15 let 21 hospitalizací u mužů a 26 hospitalizací u žen. Určitá odlišnost obou statistik je zčásti způsobena rozdílným pojetím pojmu hospitalizace v šetření HIS CR 2002 ve srovnání se zdravotnickou statistikou. Zatímco v šetření HIS CR 2002 se jednalo o ukončené pobyty v lůžkových zařízeních bez ohledu na to, zda byl respondent hospitalizován během této doby na jednom či na více odděleních, zdravotnická statistika hospitalizovaných považuje za 1 případ hospitalizace ukončený pobyt na daném oddělení.

Průměrný počet nocí strávených v posledních 12 měsících v lůžkových zařízeních celkem představoval u mužů 25, u žen 18 nocí, rozdíl mezi oběma pohlavími nebyl potvrzen jako statisticky významný. Průměrný ukazatel je však pravděpodobně výrazně ovlivněn extrémně vysokými počty nocí strávených některými respondenty v lůžkovém zařízení, pro srovnání se zdravotnickou statistikou je proto lepší použít nikoliv průměrné, ale mediánové hodnoty ukazatele. Podle té strávil 1 hospitalizovaný respondent v průběhu posledního roku v lůžkovém zařízení celkem 10 dní. Zdravotnická statistika uvádí, že 1 hospitalizovaná osoba starší 15 let strávila v lůžkovém zařízení v roce 2002 v průměru 12 dní.

S rostoucím věkem se u žen průměrný počet nocí strávených v lůžkových zařízeních zvyšoval, u mužů nebyly rozdíly mezi jednotlivými věkovými skupinami statisticky významné; stejně tomu bylo v případě ukazatele průměrné ošetrovací doby. Ta představovala u mužů 14,3 dne, u žen 11,9 dne. I zde je však přesnějším odhadem mediánový ukazatel, podle něž průměrná ošetrovací doba 1 pobytu představovala 10,0 dní u mužů a 7,0 dní u žen. Podle zdravotnické statistiky byla průměrná ošetrovací doba 1 hospitalizace v roce 2002 8,1 dne u mužů a 7,9 dne u žen. Ukazatel se však vztahuje rovněž k případům hospitalizace ve výše popsaném pojetí zdravotnické statistiky a není proto s údaji šetření HIS CR plně srovnatelný.

Z hlediska základních sociodemografických charakteristik byla, vedle určité závislosti na věku a pohlaví respondenta, po věkové standardizaci potvrzena také závislost na příjmu domácnosti a vzdělání respondenta, přičemž tyto proměnné spolu úzce souvisejí. Osoby s nejnižším příjmem a vzděláním byly v posledních 12 měsících častěji přijaty na vícedenní hospitalizaci než osoby s nejvyšším příjmem a vyšším vzděláním. Z hlediska

rodinného stavu nebyly zaznamenány v celkové populaci žádné výraznější rozdíly. Uvažujeme-li pouze osoby mladší 40 let je zřejmé, že ženy žijící v manželství či nesezdaném soužití byly hospitalizovány častěji než ženy svobodné, což je způsobeno zřejmě hospitalizacemi z důvodu porodu dítěte. Logicky byly hospitalizovány častěji ty osoby, které vykazovaly nějaké chronické onemocnění, přičemž s rostoucím počtem chronických onemocnění se podíl hospitalizovaných zvyšuje. Také osoby, které hodnotily svůj zdravotní stav jako špatný či velmi špatný, byly hospitalizovány častěji než osoby s dobrým subjektivním zdravím. V ukazateli průměrné ošetrovací doby nebyly zaznamenány podle sledovaných charakteristik žádné výraznější rozdíly.

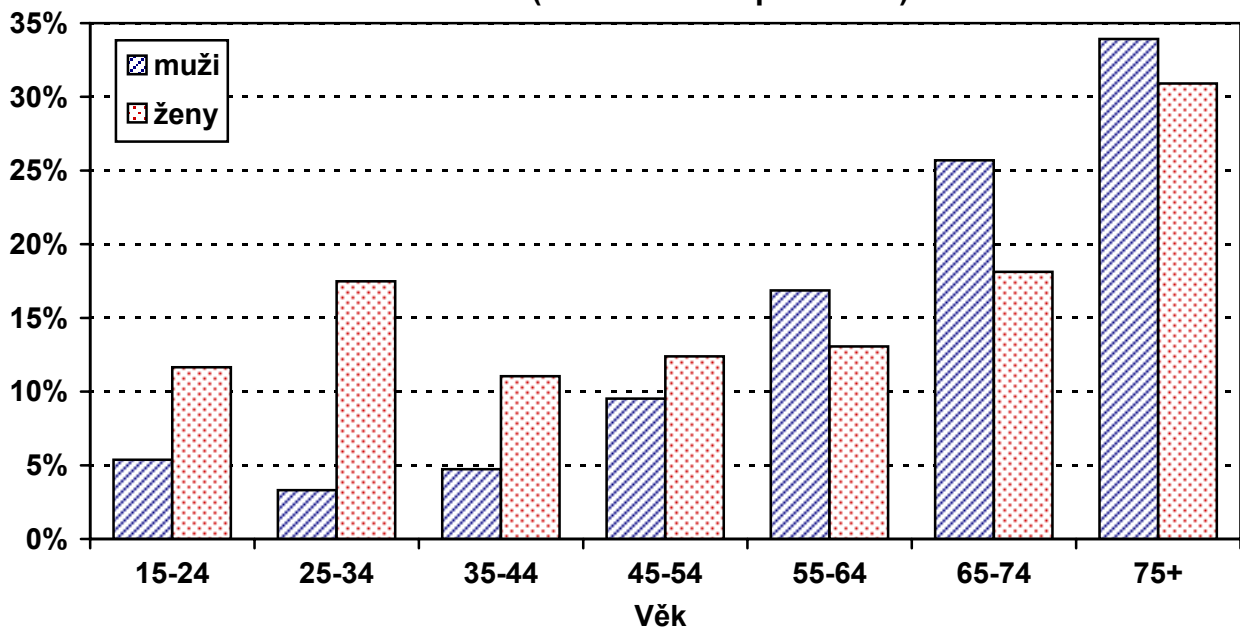
Jednodenní hospitalizace

Tato otázka zjišťovala, zda byl respondent v posledních 12 měsících přijat na jednodenní hospitalizaci, tj. na nemocniční lůžko bez nutnosti setrvat přes noc. Pokud ano, bylo dále zjišťováno, kolikrát byl v posledních 12 měsících takto hospitalizován. Podle výsledků šetření bylo v průběhu posledních 12 měsíců přijato na jednodenní hospitalizaci 1,8 % respondentů. U žen nebyly zaznamenány výraznější rozdíly z hlediska věku, u mužů se obecně s rostoucím věkem podíl osob přijatých na jednodenní hospitalizaci zvyšoval. Počty osob, které byly takto hospitalizovány jsou však velice nízké, a proto je nelze analyzovat podle dalších socioekonomických charakteristik. Průměrný počet jednodenních hospitalizací představoval u takto hospitalizovaných mužů 2,4, u žen 2,7 hospitalizací, rozdíl mezi oběma pohlavími nebyl potvrzen jako statisticky významný.

Tab. 6.1.1 Ukazatele jednodenní a vícedenní hospitalizace

| Věk | Procento osob přijatých v posledních 12 měsících na | | Respondenti, kteří byli v posledních 12 měsících hospitalizováni na vícedenní hosp. | | |
|---------------|---|--------------------------|---|------------|--------------------------|
| | vícedenní hospitalizaci | jednodenní hospitalizaci | počet pobytů | počet nocí | průměrná ošetrovací doba |
| muži | | | | | |
| Celkem | 10,6 | 1,9 | 1,8 | 24,8 | 14,3 |
| 15-24 | 5,4 | 0,8 | 1,2 | 9,9 | 8,7 |
| 25-34 | 3,3 | 0,5 | 1,4 | 12,7 | 10,4 |
| 35-44 | 4,7 | 1,8 | 1,3 | 10,7 | 7,9 |
| 45-54 | 9,5 | 2,9 | 1,7 | 32,3 | 20,0 |
| 55-64 | 16,9 | 3,5 | 1,9 | 25,7 | 13,5 |
| 65-74 | 25,7 | - | 2,4 | 33,9 | 15,2 |
| 75+ | 33,9 | 7,1 | 1,4 | 22,1 | 16,2 |
| ženy | | | | | |
| Celkem | 15,4 | 1,8 | 1,4 | 18,2 | 11,9 |
| 15-24 | 11,7 | - | 1,2 | 8,8 | 6,9 |
| 25-34 | 17,5 | 2,0 | 1,3 | 11,6 | 8,3 |
| 35-44 | 11,0 | 3,1 | 1,2 | 9,4 | 7,3 |
| 45-54 | 12,4 | 2,6 | 1,4 | 16,0 | 9,9 |
| 55-64 | 13,1 | 1,0 | 1,2 | 13,8 | 11,2 |
| 65-74 | 18,1 | 2,0 | 1,7 | 30,6 | 18,8 |
| 75+ | 30,9 | 1,8 | 1,6 | 33,0 | 19,1 |

Graf 6.1.1 Podíl hospitalizovaných v posledních 12 měsících (vícedenní hospitalizace)



6.2 AMBULANTNÍ PÉČE

Otázky týkající se ambulantní péče zjišťovaly, kolikrát během posledních 4 týdnů respondenti v souvislosti s vlastním zdravím navštívili: jakéhokoliv lékaře, praktického či závodního lékaře, lékařskou pohotovost, zubního lékaře a lékaře specialistu. Pokud respondenti uvedli, že lékaře v posledních 4 týdnech nenavštívili, bylo dále zjišťováno, kdy jej navštívili naposledy, resp. zda jej navštívili v průběhu posledních 12 měsíců či před více jak jedním rokem.

Z výsledků je zřejmé, že v průběhu posledních 4 týdnů navštívila jakéhokoliv lékaře přibližně 1/2 mužů a více než 2/3 žen. Naopak v průběhu posledního roku lékaře nenavštívilo 10 % mužů a 5 % žen. Rozdíl mezi muži a ženami byl u obou těchto ukazatelů potvrzen jako statisticky významný, a to i po odstranění vlivu věkové struktury, ženy tedy navštěvovaly lékaře častěji než muži. Problém ve srovnání obou pohlaví však představují návštěvy gynekologa u žen. Stejný problém nastává u analýz z hlediska věku či rodinného stavu. Proto je nutné u každé ze sledovaných proměnných tento efekt odstranit a data očistit takovým způsobem, aby bylo možné jednotlivé skupiny porovnat.

Pokud tedy odečteme ty ženy, které ze všech lékařů navštívily pouze gynekologa a z žen, jež v posledních 4 týdnech tohoto specialistu navštívily ponecháme jen ty, které navštívily mimo to i jiného lékaře, podíl respondentek, které navštívily v posledních 4 týdnech jakéhokoliv lékaře se mírně sníží, rozdíl mezi oběma pohlavími je však statisticky významný i po této úpravě.

Podíl osob u lékaře v posledních 4 týdnech podle věku a pohlaví prezentuje graf 6.2.1. S rostoucím věkem se podíl osob, které lékaře navštívily v posledních 4 týdnech zvyšoval, pouze u mužů byl ve věkové skupině 35 - 44 let zaznamenán mírný pokles ukazatele. Závislost ukazatele na věku byla potvrzena u obou pohlaví. Vyšší podíl žen byl patrný téměř ve všech věkových skupinách s výjimkou nejstarších osob, kde byl ukazatel vyrovnaný. Podíl osob, které navštívily lékaře v posledních 12 měsících se s věkem výrazněji nemění, pouze u mužů ve věkové skupině 35 - 44 let je ukazatel nižší než v ostatních věkových skupinách.

Tabulka 6.2.1 zobrazuje podrobné ukazatele ambulantní péče. Nejčastěji respondenti navštěvovali praktického a závodního lékaře či lékaře specialistu. Nejméně navštěvovaná byla naopak lékařská pohotovost. U zubního lékaře bylo v posledních 12 měsících téměř 60 % osob. Nejčastěji navštěvovaným specialistou byl u žen gynekolog, toho navštívilo v posledních 4 týdnech 11 % žen. Často navštěvovaným specialistou byl také internista, ortoped a dermatolog. Statisticky významné rozdíly z hlediska pohlaví byly zaznamenány v podílu osob, které navštívily v posledních 4 týdnech praktického či závodního lékaře. Především mladé ženy také častěji navštěvovaly lékaře specialistu ve srovnání se stejně starými muži. Pokud bychom odečetli ty ženy, které ze specialistů navštívily pouze gynekologa (tj. 9,6 % žen), podíl žen, které navštívily v posledních 4 týdnech specialistu se sníží na 28 %, což však ve srovnání s muži představuje stále významný statistický rozdíl. Tyto ukazatele byly rovněž závislé na věku respondenta, s věkem se podíl osob, které lékaře navštívily, zvyšoval. Naopak s rostoucím věkem klesal podíl osob, které

navštívily v posledních 4 týdnech zubního lékaře ve stomatologické ordinaci. Obdobně tomu bylo v případě podílu osob, jež navštívily lékaře v posledních 12 měsících. Také zde byl nejčastěji navštěvován závodní lékař a specialista, poměrně časté však byly, u obou pohlaví, také návštěvy zubaře.

Z hlediska základních sociodemografických charakteristik byly po věkové standardizaci zaznamenány statisticky významné rozdíly podle příjmu, a to v podílu osob, které navštívily v posledních 4 týdnech zubaře a praktického či závodního lékaře. Zatímco nejčastější návštěvy zubaře byly zaznamenány u osob s nejvyšším příjmem, u návštěv praktických a závodních lékařů tomu bylo naopak a osoby s nejnižším příjmem navštěvovaly praktického a závodního lékaře častěji než osoby s nejvyšším příjmem. Z hlediska rodinného stavu byly zaznamenány statisticky významné rozdíly v návštěvě specialistů u žen, ženy žijící v manželství navštěvovaly specialistu častěji než ženy svobodné a rozvedené či ovdovělé. Lze předpokládat, že rozdíl zde je způsoben návštěvami gynekologa v souvislosti s těhotenstvím a porodem dítěte, které jsou častější u vdaných žen. Pokud uvažujeme návštěvy lékaře za vyloučení těch žen, které navštívily ze specialistů pouze gynekologa či porodníka, rozdíly z hlediska rodinného stavu zmizí. Osoby se špatným subjektivním zdravím a chronickou nemocí navštěvovaly lékaře častěji než osoby s dobrým subjektivním zdravím a osoby bez chronického onemocnění, což bylo registrováno zejména v případě návštěv praktického a závodního lékaře a lékaře specialisty. U zubních lékařů nebyl tento rozdíl zaznamenán, což svědčí o tom, že potíže se zuby lidé nepovažují jako skutečné omezení vlastního zdraví. Určitý vliv může mít i skutečnost, že respondenti navštěvují zubaře častěji z důvodu prevence, nikoliv léčby.

V průměru muži navštívili v posledních 4 týdnech lékaře 1,2x, ženy 1,6x, rozdíl mezi oběma pohlavími byl potvrzen jako statisticky významný i po věkové standardizaci. Nejvyšší počet návštěv byl zaznamenán u praktického či závodního lékaře a lékaře specialisty, statisticky významný rozdíl z hlediska pohlaví byl zaznamenán pouze u návštěv specialisty (zde se patrně opět projevují návštěvy gynekologa u žen). Závislost průměrného počtu návštěv lékaře na sociodemografických charakteristikách a ukazatelích zdravotního stavu je shodná jako v případě předchozího ukazatele podílu osob u lékaře v posledních 4 týdnech. Vedle závislosti na věku a rodinném stavu respondentů však lze pozorovat také rozdíly v průměrném počtu návštěv závodního a praktického lékaře podle vzdělání a ekonomické aktivity. Osoby nezaměstnané vykazovaly vyšší počet návštěv lékaře než osoby zaměstnané. S rostoucím vzděláním se počet návštěv lékaře snižoval, s výjimkou nejvyššího vzdělání, kde byl ukazatel mírně vyšší než u předchozích vzdělanostních kategorií.

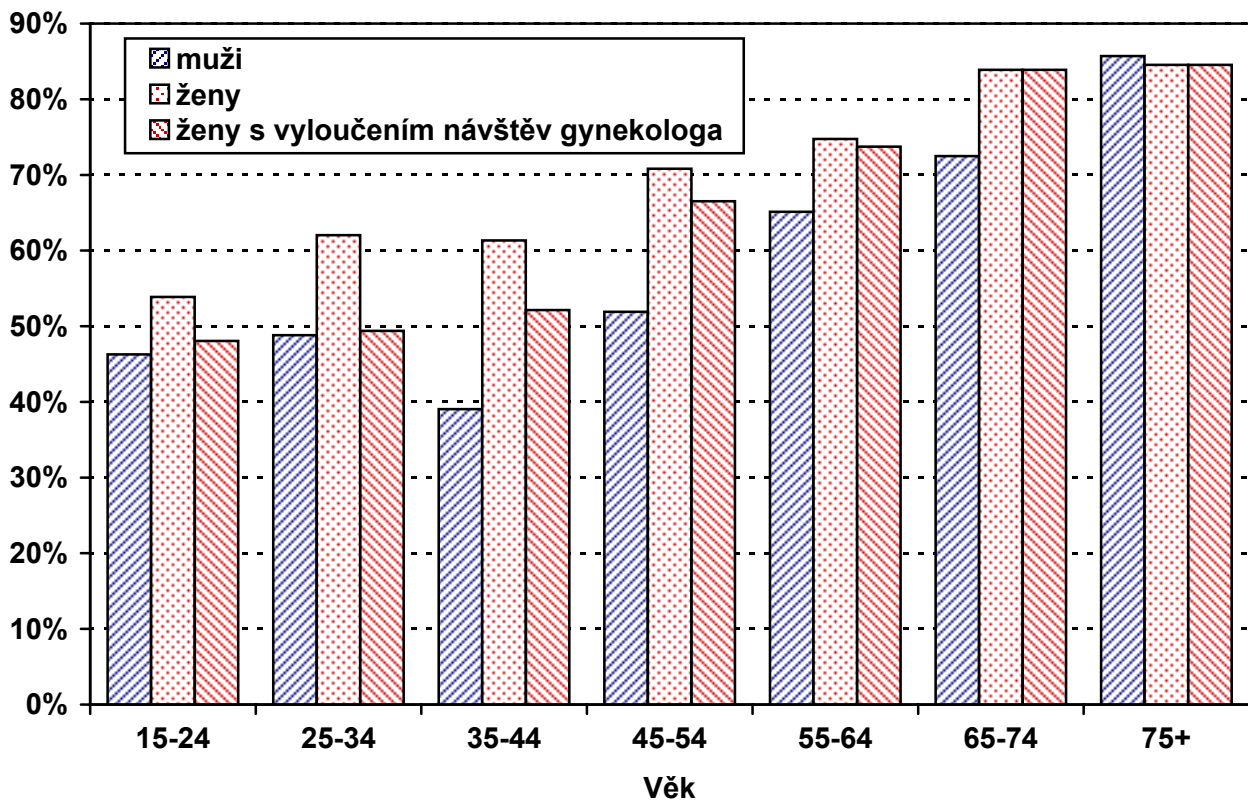
Respondenti, kteří v posledních 4 týdnech lékaře navštívili, jej navštívili v průměru 2,3x, mezi muži a ženami nebyl zaznamenán výraznější rozdíl. S rostoucím věkem se průměrný počet návštěv obecně zvyšoval. Statisticky významné rozdíly z hlediska sociodemografických charakteristik byly zřejmé pouze v případě vzdělání, osoby se základním vzděláním navštěvovaly lékaře (závodního či praktického) nejčastěji.

Údaje o počtech ambulantních vyšetření lze orientačně porovnat s údaji zdravotnické statistiky publikovanými ve Zdravotnické ročence 2002, přičemž údaje o ročním počtu vyšetření byly přepočteny na údaje o vyšetřeních připadajících na 1 měsíc na 100 obyvatel starších 15 let. Z tohoto srovnání vyplývá, že celkový počet ošetření na 100 osob je v našem šetření mírně vyšší, a to v případě návštěv praktického a závodního lékaře, pohotovosti a stomatologa. Nižší ve srovnání se zdravotnickou evidencí je pouze ukazatel průměrného počtu návštěv u specialistů. Tento rozdíl může být způsoben nedostatečným vyloučením návštěv specialistů osobami do 15 let, ze zdravotnické evidence byli vyloučeni pouze vyšetření na pediatrii.

Tab. 6.2.1 Ukazatele ambulantní péče

| Navštívený lékař | Procento respond., kteří | | Poslední 4 týdny | | |
|------------------|--------------------------------------|--|-----------------------------------|----------------------------------|--|
| | byli u lékaře v posledních 4 týdnech | byli u lékaře v posledních 12 měsících | počet ošetření na 100 respondentů | průměrný počet návštěv (všichni) | průměrný počet návštěv (byli u lékaře) |
| muži | | | | | |
| jakýkoliv lékař | 53,8 | 89,7 | 117,9 | 1,2 | 2,2 |
| praktický | 36,8 | 70,6 | 56,1 | 0,6 | 1,5 |
| pohotovost | 2,7 | 9,5 | 3,3 | 0,0 | 1,2 |
| zubní | 16,5 | 56,7 | 21,4 | 0,2 | 1,3 |
| specialista | 23,0 | 42,6 | 37,1 | 0,4 | 1,6 |
| ženy | | | | | |
| jakýkoliv lékař | 68,6 | 94,9 | 156,8 | 1,6 | 2,3 |
| praktický | 43,3 | 77,5 | 68,0 | 0,7 | 1,6 |
| pohotovost | 2,8 | 10,0 | 3,2 | 0,0 | 1,2 |
| zubní | 19,0 | 60,0 | 24,3 | 0,2 | 1,3 |
| specialista | 37,9 | 65,1 | 61,3 | 0,6 | 1,6 |

Graf 6.2.1 Podíl osob u lékaře v posledních 4 týdnech



6.3 UŽÍVÁNÍ LÉKŮ

Vedle využívání ambulantní a lůžkové zdravotnické péče jsme se zaměřili také na sledování toho, zda a jaké léky (případně jiné látky, které se ke zdravotnímu stavu vztahují) respondenti užívají.

Užívání lékařem předepsaných léků

Respondenti byli dotazováni nejprve na to, zda užívali, v průběhu posledních 2 týdnů, nějaké lékařem předepsané léky (včetně antikoncepčních pilulek nebo jiných hormonů). Pokud ano, byla jim dále položena otázka kvůli jakým problémům tyto léky užívali, přičemž měli možnost vybrat si z položek (zdravotních potíží) uvedených na předloženém seznamu, případně uvést, že užívali jiné, lékařem předepsané léky.

Ze všech respondentů užívalo v posledních 2 týdnech nějaké lékařem předepsané léky 41 % mužů a 66 % žen. S rostoucím věkem se podíl osob užívajících léky zvyšoval (viz tabulka a graf 6.3.1), výjimku představovaly pouze mladé ženy užívající antikoncepci. Vyloučíme-li ty ženy, které užívaly jen antikoncepci, pak se s věkem podíl osob užívajících léky u obou pohlaví plynule zvyšoval. Osoby starší 60 let užívaly léky několikanásobně častěji než osoby ve věku do 30 let. Ženy užívaly léky častěji než muži, přičemž rozdíl mezi oběma pohlavími byl potvrzen jako statisticky významný i po odstranění vlivu rozdílné věkové struktury a po odečtení užívání antikoncepčních pilulek a hormonů. Nejvýraznější jsou rozdíly mezi oběma pohlavími v nejnižších věkových skupinách. I po odečtení uživatelů antikoncepčních pilulek však podíl žen užívajících léky významně převyšuje podíl mužů téměř ve všech věkových skupinách (s výjimkou kategorie 55 - 64 a 65 - 74, kde rozdíl nebyl potvrzen statistickým testem).

Z hlediska základních sociodemografických charakteristik nebyly zaznamenány téměř žádné výraznější rozdíly v podílu osob užívajících léky. Pouze muži s nejnižším příjmem užívali léky častěji než muži s nejvyšším příjmem, mezi nezaměstnanými ženami byly ženy užívající nějaké léky zastoupeny ve srovnání se zaměstnanými výrazněji, což souvisí s horším zdravotním stavem nezaměstnaných obecně. Osoby se špatným subjektivním zdravím a osoby trpící nějakým chronickým onemocněním užívaly léky častěji než osoby s dobrým subjektivním zdravím a bez chronického onemocnění.

Pokud sledujeme jednotlivé potíže, kvůli kterým byly léky užívány (viz tabulka 6.3.2), nejčastější u mužů byly léky na hypertenzi, kardiovaskulární choroby a na bolesti kloubů (neuvažujeme-li skupinu jiné léky). U žen byly nejčastěji užívány léky na hypertenzi, bolesti kloubů a neuvažujeme-li skupinu jiné léky a antikoncepční pilulky, třetí nejčastější bylo užívání léků na migrénu. Téměř ve všech případech podíl žen užívajících léky na daný zdravotní problém převyšoval podíl mužů. Jako statisticky významné byly logistickou regresí po věkové standardizaci potvrzeny rozdíly (častější užívání mezi ženami) v užívání léků na hypertenzi, bolesti kloubů, migrénu, jiné bolesti, alergie, deprese, spaní a jiných léků.

Orální antikoncepci užívalo v posledních 2 týdnech 15 % všech žen. Pokud sledujeme rozšíření pouze mezi ženami ve fertilním věku, pak orální antikoncepci bralo téměř 27 %

respondentek, což je podíl mírně nižší ve srovnání s údajem zdravotnické statistiky, která uvádí, že v roce 2002 hormonální antikoncepci užívalo 38 % žen ve fertilním věku. Tento rozdíl však může být z části způsoben skutečností, že mezi hormonální antikoncepci jsou zahrnuty i jiné, než orální formy (injekce, podkožní implantáty).

Nejvíce byla orální antikoncepce rozšířena mezi nejmladšími ženami, ve věkové skupině 15 - 24 let ji užívalo 40 % respondentek. S rostoucím věkem se podíl žen s orální antikoncepcí snižoval a mezi ženami staršími 35 let představoval 11 %, což je pravděpodobně způsobeno využíváním odlišných metod zabránění početí staršími ženami. Nejrozšířenější bylo užívání orální antikoncepce mezi středoškolačkami, ty užívaly tuto antikoncepci téměř 6x častěji než ženy se základním vzděláním (po odstranění vlivu věkové struktury). Následovaly ženy s vyšším vzděláním a s učňovským vzděláním. Užívání orální antikoncepce bylo častější také u žen s vyšším příjmem domácnosti. Další rozdíly z hlediska socioekonomických charakteristik nebyly zaznamenány.

Hormony při menopauze nebo osteoporóze užívalo 5,4 % všech žen. Pokud uvažujeme pouze ženy starší 44 let, pro něž byla otázka určena, pak tyto léky užívalo 13 % žen.

Užívání nepředepsaných léků

Vedle lékařem předepsaných léků byli respondenti dotazováni také na užívání lékařem nepředepsaných léků, které se vztahují spíše k méně závažným zdravotním potížím a k preventivní ochraně zdraví. V posledních 2 týdnech užívalo lékařem nepředepsané léky 38 % mužů a 56 % žen. Ženy užívaly nepředepsané léky častěji než muži, rozdíl mezi oběma pohlavími byl potvrzen jako statisticky významný. Závislost na věku nebyla v tomto případě potvrzena.

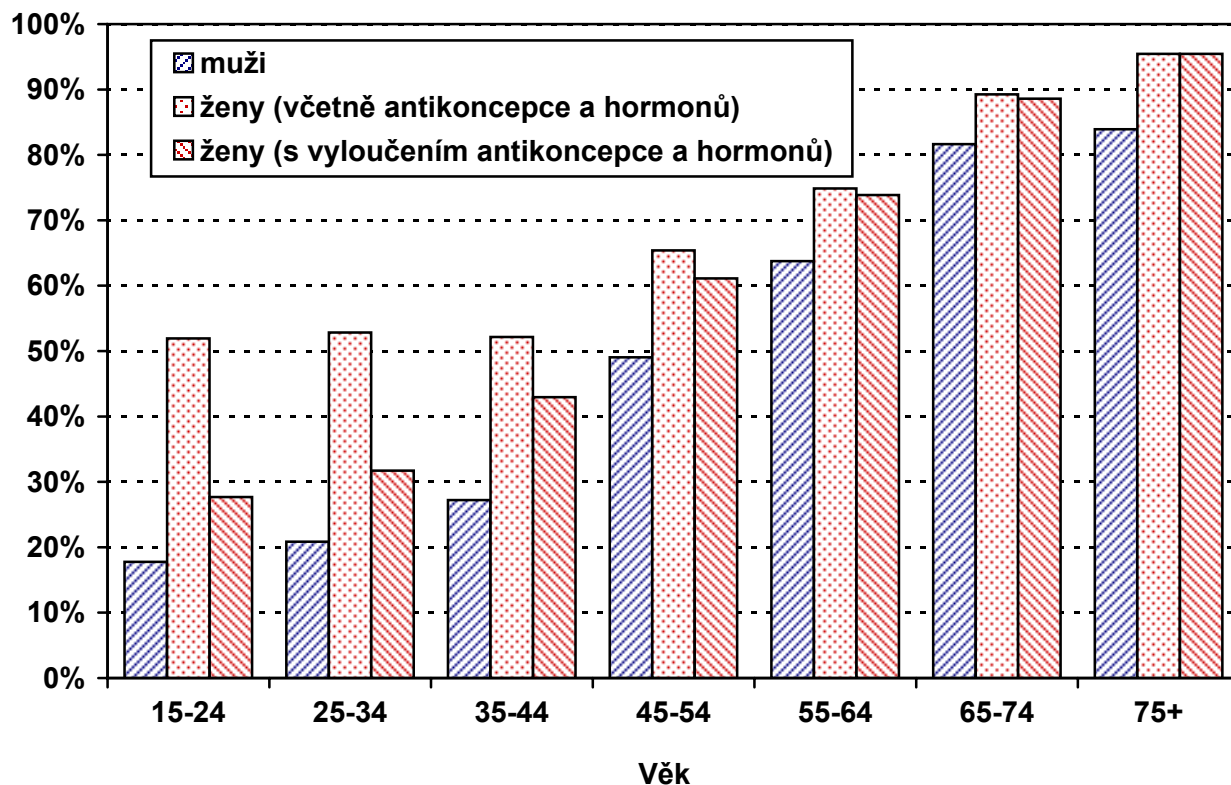
Podle základních sociodemografických charakteristik byly zaznamenány statisticky významné rozdíly v podílu osob užívajících lékařem nepředepsané léky z hlediska příjmu, vzdělání a ekonomické aktivity. S rostoucím příjmem a vzděláním se u obou pohlaví podíl osob užívajících nepředepsané léky zvyšoval. Zaměstnaní muži užívali nepředepsané léky častěji než muži nezaměstnaní, a to i po odstranění vlivu rozdílného příjmu a vzdělání respondentů. Užívání nepředepsaných léků bylo častější ve městě než na venkově, tato závislost byla prokázána u obou pohlaví, po uvážení vlivu vzdělanostní a příjmové struktury obyvatelstva však platila pouze pro muže. U žen byla naopak prokázána souvislost s přítomností chronického onemocnění, ženy s chronickou nemocí vykazovaly mírně častěji užívání nepředepsaných léků než ženy bez chronického onemocnění.

Nejčastěji z nepředepsaných léků respondenti užívali vitamíny, minerály a tonika (látky k posílení organismu). Tyto léky užívalo více než 40 % žen a téměř 30 % mužů. Následovaly léky na bolest a nachlazení či chřipku. Statisticky významné rozdíly mezi oběma pohlavími byly zaznamenány v případě užívání léků na bolest, alergické symptomy, vitamínů a minerálů a dalších nepředepsaných léků. Ženy tyto léky užívaly častěji než muži. Závislost na věku nebyla u žádného typu nepředepsaných léků prokázána.

Tab. 6.3.1 Užívání předepsaných a nepředepsaných léků

| Věk | Procento respondentů užívajících v posledních 2 týdnech | | | | |
|---------------|---|------|--|-------------------|------|
| | předepsané léky | | | nepředepsané léky | |
| | muži | ženy | ženy (s vyloučením antikoncepce a hormonů) | muži | ženy |
| Celkem | 41,2 | 66,0 | 56,0 | 38,2 | 56,2 |
| 15-24 | 17,8 | 51,9 | 27,7 | 37,2 | 55,8 |
| 25-34 | 20,9 | 52,8 | 31,7 | 43,6 | 57,7 |
| 35-44 | 27,2 | 52,1 | 42,9 | 36,1 | 60,5 |
| 45-54 | 49,0 | 65,4 | 61,1 | 38,6 | 61,1 |
| 55-64 | 63,7 | 74,9 | 73,9 | 39,5 | 59,8 |
| 65-74 | 81,7 | 89,3 | 88,6 | 32,1 | 51,0 |
| 75+ | 83,9 | 95,5 | 95,5 | 35,7 | 37,6 |

Graf 6.3.1 Podíl osob, které v posledních 2 týdnech užívaly lékařem předepsané léky



Tab. 6.3.2 Užívání předepsaných a nepředepsaných léků

| Léky na: | Procento respondentů užívajících léky v posledních 2 týdnech | |
|---|---|------|
| Předepsané léky | | |
| | muži | ženy |
| hypertenzi | 16,2 | 22,6 |
| jiné kardiovaskulární choroby | 9,8 | 10,9 |
| snížení hladiny krevního cholesterolu | 5,0 | 5,1 |
| cukrovku | 4,1 | 6,0 |
| bolesti kloubů (artróza, artritida) | 9,2 | 19,3 |
| bolesti hlavy nebo migrénu | 4,5 | 13,2 |
| jiné bolesti | 7,4 | 10,7 |
| astma | 2,3 | 2,8 |
| chronickou bronchitidu, rozedmu plic | 2,1 | 1,8 |
| alergické symptomy | 4,3 | 6,7 |
| deprese | 2,2 | 5,7 |
| žaludeční potíže | 4,2 | 5,3 |
| prášky na spaní | 3,3 | 7,4 |
| antibiotika, např. penicilin | 3,0 | 4,4 |
| antikoncepční pilulky | x | 15,0 |
| hormony při menopauze nebo osteoporóze | x | 5,4 |
| další předepsané léky | 10,9 | 15,6 |
| Nepředepsané léky | | |
| | muži | ženy |
| bolest | 10,4 | 21,1 |
| nachlazení, chřipku nebo bolesti v krku | 5,5 | 6,9 |
| alergické symptomy | 1,2 | 2,7 |
| žaludeční potíže | 2,1 | 1,9 |
| vitamíny, minerály, tonika | 28,6 | 43,8 |
| další nepředepsané léky | 4,2 | 6,1 |

6.4 PREVENCE

Zdravotnické služby se netýkají jen diagnostiky a léčby nemocí, ale také jejich prevence. Proto dalším tématem, kterému byla v našem šetření věnována pozornost, je využívání preventivní zdravotní péče. Prostřednictvím několika otázek bylo zjišťováno jak respondenti využívali preventivní zdravotní péči v posledních 12 měsících. Jednalo se o dotazy vztahující se k očkování proti chřipce, k měření krevního tlaku a vyšetření na krevní cholesterol. Další otázky byly určeny pouze ženám starším 20 let a zjišťovaly, zda ženy prodělaly v posledním roce mamografické vyšetření či zda jim byl proveden cervikální výtěr.

Očkování proti chřipce

Z výsledků šetření vyplývá, že proti chřipce bylo v průběhu posledních 12 měsíců očkováno 6,5 % mužů a 6,3 % žen. Podíl očkovaných je tedy u obou pohlaví téměř shodný, určité rozdíly však lze zaznamenat z hlediska věku respondenta. S rostoucím věkem se podíl osob, které byly v posledních 12 měsících očkovány proti chřipce, zvyšoval (viz graf 6.4.1). Osoby starší 60 let byly očkovány až 7x častěji než osoby mladší 30 let. U mužů byly rozdíly z hlediska věku výraznější než u žen.

Z hlediska dalších sociodemografických charakteristik nebyly po věkové standardizaci zaznamenány žádné statisticky významné rozdíly v podílu očkovaných osob.

Relativně nízké rozšíření očkování proti chřipce obecně může souviset s jeho finanční nákladností. Existuje však skupina osob, která dostává toto očkování zdarma. Podle zákona se provádí očkování proti chřipce každý rok u osob trpících chronickými nespecifickými onemocněními dýchacích cest, chronickým onemocněním srdce, cév a ledvin nebo diabetem. Z podrobnější analýzy výsledků šetření je zřejmé, že u osob trpících diabetem bylo očkování proti chřipce skutečně častější ve srovnání s osobami bez tohoto onemocnění, a to i po věkové standardizaci. Osoby s diabetem byly očkovány asi 2x častěji než osoby bez diabetu. Další statisticky významný rozdíl byl zaznamenán u chronického onemocnění ledvin. Osoby s chronickým onemocněním ledvin byly očkovány 2,6x častěji než osoby bez tohoto onemocnění.

Měření krevního tlaku a cholesterolu

Měření krevního tlaku je v populaci poměrně rozšířené a pomáhá předcházet některým kardiovaskulárním onemocněním. Hodnoty krevního tlaku jsou také prognosticky významnou informací při diabetu, chorobách ledvin, v těhotenství apod. V průběhu posledních 12 měsíců byl krevní tlak měřen 2/3 mužů a 3/4 žen. Rozdíl mezi oběma pohlavími byl potvrzen jako statisticky významný, a to i po věkové standardizaci. Ženám byl tedy krevní tlak měřen častěji než mužům, což může souviset s vyšší prevalencí hypertenze u této části populace, případně může být tento podíl zvýšen vyšetřeními krevního tlaku v souvislosti s těhotenstvím apod. S rostoucím věkem se podíl osob, kterým byl v posledních 12 měsících měřen krevní tlak, zvyšoval, osoby starší 60 let vykazovaly toto měření až 8x častěji než osoby mladší 30 let.

Z hlediska ostatních sociodemografických charakteristik nebyly zaznamenány žádné statisticky významné rozdíly. Měření krevního tlaku byla častěji prováděna u osob s chronickou, zejména kardiovaskulární nemocí. Z osob, které v posledních 12 měsících navštívily praktického či závodního lékaře, byl krevní tlak měřen v 81 % případech, což svědčí o tom, že měření krevního tlaku je u nás běžnou součástí lékařské prohlídky.

Také zvýšená hladina cholesterolu v krvi je spojena s rizikem vzniku srdečních a cévních onemocnění. Právě měřením hladiny této látky v krvi lze některým z těchto potíží úspěšně předcházet a léčit je. I přesto je však vyšetření na krevní cholesterol v naší populaci relativně málo četné. V průběhu posledních 12 měsíců bylo na krevní cholesterol vyšetřeno 35 % mužů a 45 % žen. Také zde se s rostoucím věkem obecně podíl osob, které v průběhu posledního roku toto šetření prodělaly, plynule zvyšoval, a to zejména u žen, u mužů ukazatel dosahoval maxima ve věkové skupině 55 - 64 let. Statisticky významný rozdíl mezi oběma pohlavími byl potvrzen i po odstranění vlivu věkové struktury. Častější využívání obou těchto forem preventivní péče u žen lze také spojit s jejich vyšším zájmem o zdraví obecně a častějším využíváním lékařské péče, v jejímž rámci jsou tato vyšetření prováděna.

O využívání preventivní zdravotní péče podle věku a pohlaví informuje tabulka 6.4.1.

Mamografické vyšetření a cervikální výtěr

Otázky týkající se těchto vyšetření byly určeny pouze ženám starším 20 let. Mamografické vyšetření je podle lékařů nejúčinnější a nejefektivnější metodou prevence a diagnostiky rakoviny prsu v raném stadiu. Riziko vzniku rakoviny prsu se u žen významně zvyšuje zejména po překročení věkové hranice 40 let. Proto byl u nás od poloviny roku 2002 zaveden screeningový program garantovaný Ministerstvem zdravotnictví. Jsou do něj zařazeny ženy mezi 45 a 69 lety věku. Každá z nich má nárok každé dva roky na mamografické vyšetření hrazené ze zdravotního pojištění. Podmínkou je doporučení praktického lékaře nebo gynekologa. Ženy mladší 45 let si toto vyšetření hradí samy a stojí asi 500 Kč.

Ze všech žen starších 20 let bylo v posledním roce mamografické vyšetření provedeno u 15 % žen, nejčastější byla tato vyšetření u žen ve věku 45 - 54 let, kde bylo vyšetřeno v průběhu posledních 12 měsíců 32 % žen. Celkem podstoupilo mamografické vyšetření 26,3 % žen ve věku 45 - 69 let, na něž je preventivní program Ministerstva zdravotnictví zaměřen. Lze však předpokládat, že po jeho zahájení se hodnota tohoto ukazatele zvýší. Správnost tohoto předpokladu bude možné ověřit až v šetření příštím. Ženy s vyšším a středním vzděláním podstoupily mamografické vyšetření v posledních 12 měsících častěji než ženy se základním vzděláním, rozdíly byly statisticky významné i po věkové standardizaci. Další rozdíly z hlediska základních sociodemografických charakteristik nebyly zaznamenány.

Cervikální výtěr slouží k prevenci rakoviny děložního hrdla. Během posledních 12 měsíců bylo toto vyšetření provedeno u 1/3 žen starších 20 let. Nejvyšší podíl žen, které cervikální výtěr v posledních 12 měsících podstoupily, byl zaznamenán ve věkové

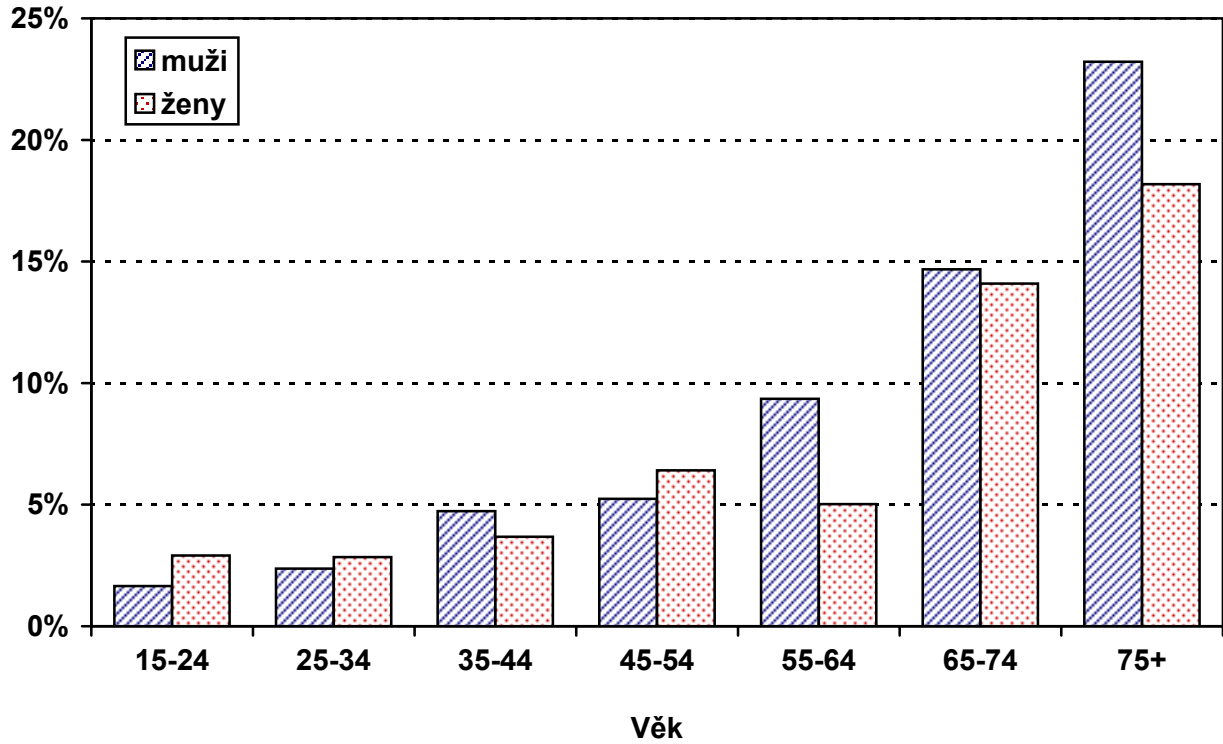
skupině 25 - 34 let. S rostoucím věkem se hodnota uvedeného ukazatele snižovala, což souvisí s méně četnými návštěvami gynekologů staršími ženami, ale i s případnou neznalostí tohoto pojmu. Také zde byl patrný vliv vzdělání. Ženy s vyšším a středním vzděláním vykazovaly toto vyšetření častěji než ženy se základním vzděláním, rozdíl však může být zčásti způsoben skutečností, že ženy s nižším vzděláním nebyly dostatečně informovány o tomto vyšetření a nedokázaly odpovědět, zda jim jej lékař provedl či nikoliv.

Závislost podílu žen s mamografickým vyšetřením a cervikálním výtěrem na vzdělání je prezentována v grafu 6.4.2.

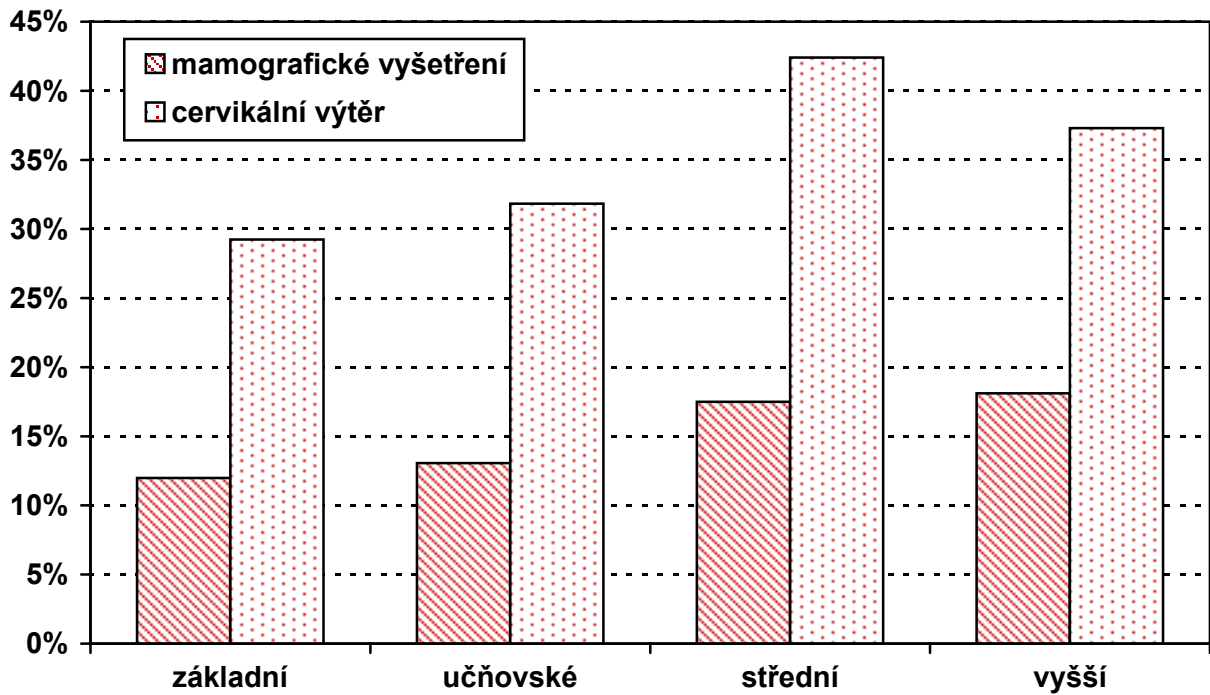
Tab. 6.4.1 Prevence

| Věk | Procento osob, které v posledních 12 měsících prodělaly | | | | |
|---------------|---|--------------------------|---------------------------------------|---------------------------|---------------------|
| | očkování proti chřipce | měření krevního tlaku | vyšetření na krevní cholesterol | mamografické vyšetření | cervikální výtěr |
| | muži | | | | |
| Celkem | 6,3 | 65,8 | 35,4 | x | x |
| 15-24 | 1,7 | 44,6 | 9,1 | x | x |
| 25-34 | 2,4 | 54,5 | 22,7 | x | x |
| 35-44 | 4,7 | 63,3 | 32,5 | x | x |
| 45-54 | 5,2 | 73,8 | 46,7 | x | x |
| 55-64 | 9,4 | 80,7 | 60,2 | x | x |
| 65-74 | 14,7 | 86,2 | 55,0 | x | x |
| 75+ | 23,2 | 91,1 | 50,0 | x | x |
| | ženy | | | | |
| Celkem | 6,5 | 75,1 | 44,8 | 15,0 | 33,7 |
| 15-24 | 2,9 | 56,8 | 20,9 | 3,4 | 34,2 |
| 25-34 | 2,8 | 62,6 | 31,3 | 4,9 | 48,8 |
| 35-44 | 3,7 | 66,3 | 34,4 | 16,6 | 44,8 |
| 45-54 | 6,4 | 75,6 | 52,6 | 31,6 | 42,3 |
| 55-64 | 5,0 | 88,4 | 62,1 | 25,1 | 28,6 |
| 65-74 | 14,1 | 96,0 | 61,7 | 8,1 | 10,1 |
| 75+ | 18,2 | 96,4 | 64,2 | 3,7 | 5,5 |

Graf 6.4.1 Podíl osob očkovaných v posledních 12 měsících proti chřipce



Graf 6.4.2 Podíl žen s mamografickým vyšetřením a cervikálním výtěrem v posledních 12 měsících podle vzdělání (standardizovaný ukazatel)



6.5 PLATBY MIMO ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ

V předchozích kapitolách jsme sledovali, jak respondenti využívají nejrůznější zdravotnické služby, v jaké míře užívají léky apod. Řada služeb i léků či zdravotních pomůcek je hrazena zdravotní pojišťovnou. Tato kapitola se však bude zabývat náklady vynaloženými na uvedené položky ze strany respondentů. Několika otázkami jsme zjišťovali výdaje respondentů na „zdraví“, tedy na léčiva, zdravotní pomůcky a zdravotnické služby, které nejsou hrazeny zdravotní pojišťovnou.

Respondenti měli odhadnout, kolik celá jejich domácnost přibližně utratila v posledních 4 týdnech za:

- léky, očkovací vakcíny
- vitamíny a minerály, orální antikoncepci
- zdravotní pomůcky ke krátkodobému použití, tj. náplasti, obvazy, elastické punčochy, mechanické antikoncepční prostředky
- zdravotní pomůcky k dlouhodobému užívání, tj. dioptrické brýle a kontaktní čočky, naslouchadla, zubní protézy, ortopedické a rehabilitační pomůcky, invalidní vozíky
- ambulantní péči, tj. lékařská a stomatologická vyšetření, doprava sanitkou, domácí péče, rehabilitační procedury
- lůžkovou péči, tj. pobyt v nemocnici, v léčebně či rehabilitačním zařízení

Z tabulky 6.5.1 je zřejmé, že nejčastěji respondenti platili za léčiva, tj. léky, očkovací látky, vitamíny a minerály. Nejméně často respondenti připláceli na lůžkovou či ambulantní péči, ta je většinou hrazena ze zdravotního pojištění. U domácností, které za daný typ zdravotní péče platily, byly výdaje nejvyšší u plateb za zdravotní pomůcky a lůžkovou péči. V posledních 4 týdnech zaplatila každá domácnost za zdravotnické služby v průměru 540 Kč, z toho více než 1/2 financí připadla na léčiva. Výše nákladů je však udávána na celou domácnost, pro lepší srovnatelnost je nutné uvažovat průměrné výdaje na jednoho člena domácnosti.

Ve srovnání s rokem předchozího šetření se podíl osob, které za zdravotní péči platily, výrazněji nezměnil. Určité změny však doznala průměrná výše plateb domácnosti. Ta v roce 1999 představovala 318 Kč a v roce 2002 tedy byla výrazně vyšší. Nárůst byl zaznamenán rovněž u průměrné výše plateb na 1 osobu, ta v roce 1999 činila 122 Kč. Nárůst plateb v posledních 3 letech je způsoben jednak inflací a rostoucími náklady na zdravotní péči (léčiva a zdravotní pomůcky), zčásti však může být ovlivněn zněním otázky. Ta ve srovnání s šetřením předchozím, zahrnuje podrobnější seznam jednotlivých položek, za které respondenti mohli platit, čímž pomáhá respondentovi vybavit si i položky, které v předchozím šetření nemusely být započítány.

Výdaje by neměly být výrazněji ovlivněny pohlavím respondenta, neboť se jedná o výdaje celých domácností, jejichž složení může být různé. Přesto je zřejmé, že ženy platily za zdravotní péči častěji než muži. Srovnáme-li průměrné částky u osob, které za zdravotní péči platily, nejsou z hlediska pohlaví zřejmé žádné výraznější rozdíly. Určité

odlišnosti mezi muži a ženami mohou být způsobené tím, že ženy jsou lépe informovány o tom, zda a kolik jejich domácnost za zdravotní péči platila.

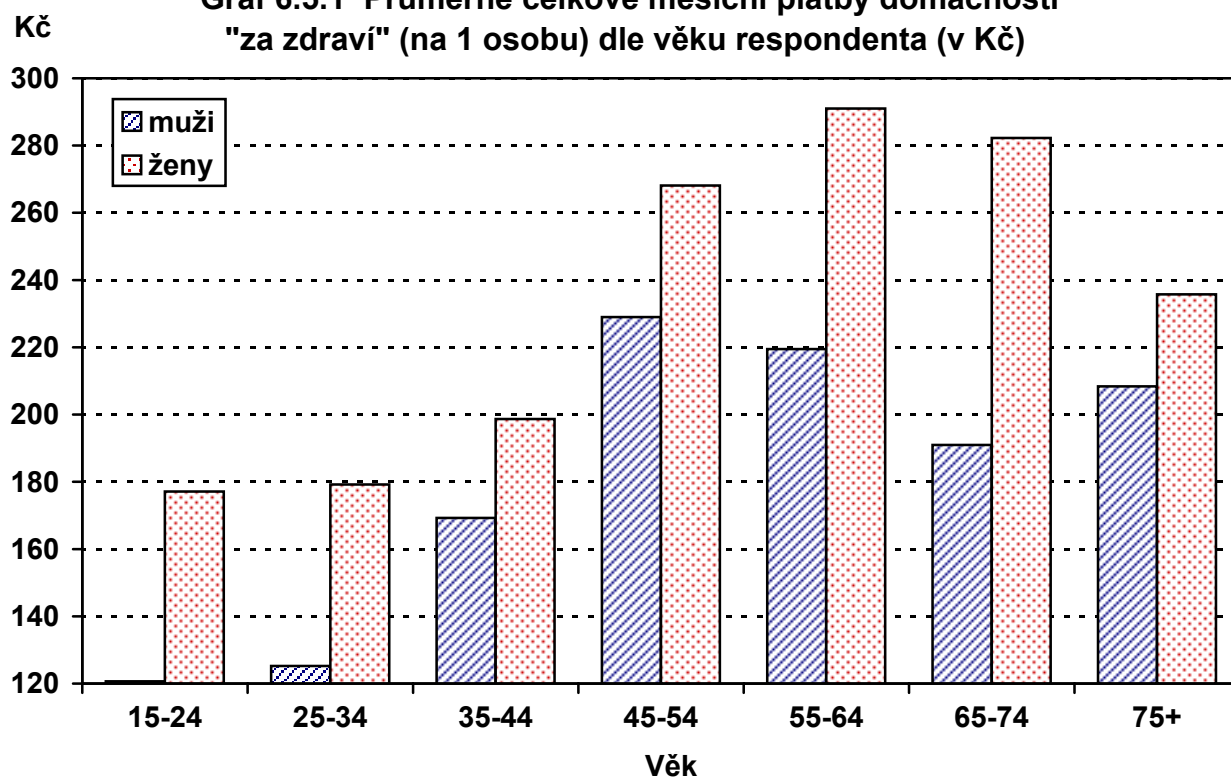
Rozdíly v platbách byly zaznamenány také z hlediska věku (viz graf 6.5.1). Nejnižší výdaje vykazovaly domácnosti nejmladších respondentů. Lze předpokládat, že tyto osoby nejsou o výdajích domácnosti, v níž žijí, příliš dobře informovány. Také průměrný věk členů domácnosti je zde nižší než v případě domácností starších respondentů, kteří většinou žijí se svým stejně starým partnerem či sami. Lze proto usuzovat na lepší zdravotní stav domácností mladých osob. S rostoucím věkem se výdaje domácnosti zvyšují, což souvisí nejen s horším zdravotním stavem starších osob, ale i s lepší informovaností o výdajích domácnosti.

Z hlediska základních sociodemografických charakteristik má opět většina srovnání pouze omezenou vypovídací schopnost. Za vypovídající lze považovat srovnání z hlediska příjmu, neboť se jedná o průměrný příjem na jednoho člena domácnosti, a do určité míry také podle vzdělání respondenta, s nímž příjem domácnosti úzce souvisí. Lze říci, že s rostoucím průměrným příjmem na 1 člena domácnosti rostou také výdaje za zdravotní péči. Zatímco domácnosti s nejnižším příjmem zaplatily za zdravotní péči v průměru 150 Kč na osobu, u domácností s nejvyšším příjmem představovala tato částka téměř 250 Kč. S rostoucím vzděláním respondenta se výdaje za zdravotní péči rovněž zvyšovaly.

Tab. 6.5.1 Platby domácností respondentů (v Kč) "za zdraví" v posledních 4 týdnech

| Výdaje na: | Domácnosti, které platily | | Všechny domácnosti | |
|---|---------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|--|
| | % | průměrná výše plateb domácnosti | průměrná výše plateb na 1 domácnost | průměrná výše plateb na 1 osobu v domácnosti |
| léčiva celkem | 74,8 | 396 | 296 | 115 |
| - léky, očkovací vakcíny | 54,5 | 283 | 155 | 63 |
| - vitamíny, minerály, orální antikoncepce | 49,3 | 288 | 142 | 53 |
| zdravotní pomůcky celkem | 29,6 | 655 | 194 | 72 |
| - zdravotní pomůcky ke krátkodobému použití | 23,8 | 119 | 28 | 10 |
| - zdravotní pomůcky k dlouhodobému užívání | 9,4 | 1 758 | 165 | 61 |
| zdravotnické služby celkem | 6,6 | 703 | 46 | 17 |
| - ambulantní péče | 6,1 | 623 | 38 | 13 |
| - lůžková péče | 0,6 | 1 471 | 8 | 3 |
| platby celkem | 78,5 | 684 | 537 | 204 |

Graf 6.5.1 Průměrné celkové měsíční platby domácností "za zdraví" (na 1 osobu) dle věku respondenta (v Kč)



6.6 ÚROVEŇ ZDRAVOTNICTVÍ

Zdravotnický systém v naší zemi prodělal v průběhu posledních několika let dramatické změny. Obecně by tyto změny měly vést ke zlepšení poskytované zdravotní péče občanům. Ti by však zároveň měli mít možnost alespoň částečně se podílet na rozhodování v otázkách zdraví. Jaký názor mají občané na současnou situaci a její vývoj? Ke zmapování této problematiky byl do našeho šetření zahrnut blok otázek zjišťujících spokojenost respondentů se zdravotnictvím a jeho vývojem v České republice.

Nejprve byla respondentům položena otázka: „Jak jste celkově spokojen(a) s fungováním systému zdravotní péče v naší zemi?“. Respondent měl možnost zaškrtnout jednu položku z nabízené pětibodové škály. Ze všech respondentů byla s fungováním systému zdravotní péče v naší zemi spokojena více než 1/2 osob, mezi muži a ženami nebyl zaznamenán výrazný rozdíl (viz graf 6.6.1).

Závislost spokojenosti se zdravotnictvím na věku byla potvrzena u mužů i u žen. S rostoucím věkem se zvyšoval podíl osob, které jsou se zdravotnictvím spokojeny. Zároveň docházelo ke snižování podílu těch, kteří nemají na zdravotnictví vyhraněný názor (starší respondenti mají častější zkušenosti se zdravotnickým systémem a mohou jej proto snáze posuzovat).

Z hlediska dalších sociodemografických charakteristik nebyly zaznamenány výraznější rozdíly v hodnocení fungování systému zdravotní péče, byla však patrná určitá souvislost se subjektivním zdravím respondenta. Osoby s dobrým subjektivním zdravím hodnotily fungování zdravotnického systému lépe než osoby se špatným subjektivním zdravím.

Vedle spokojenosti s fungováním systému zdravotní péče jsme zjišťovali, jaký mají respondenti názor na vývoj zdravotnických služeb v posledních 3 letech, a to dotazem: „Domníváte se, že od roku 1999 (kdy proběhlo předchozí šetření HIS CR) se naše zdravotnictví celkově: výrazně zlepšilo, zlepšilo, zůstalo na stejné úrovni, zhoršilo, výrazně zhoršilo“.

Podle většiny respondentů (56 %) zůstalo zdravotnictví na stejné úrovni, téměř 1/3 respondentů uvedla, že se úroveň zdravotnictví od roku 1999 zlepšila (viz graf 6.6.2). Ve srovnání s rokem předchozího šetření došlo u obou pohlaví ke statisticky významnému posunu směrem k lepšímu hodnocení změn ve zdravotnictví. Zatímco v roce 1999 uvedla zlepšení zdravotnictví za poslední 3 roky necelá 1/5 osob, v roce 2002 tento podíl představoval téměř 1/3 osob. Zároveň se výrazně snížil podíl těch, kteří hodnotili změny ve zdravotnictví negativně.

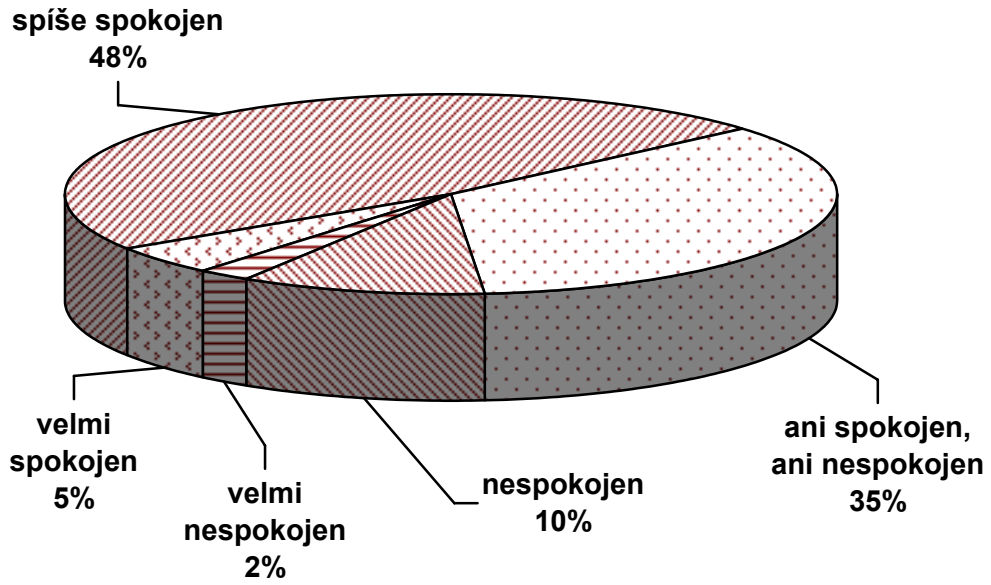
Muži i ženy měli na změny ve zdravotnictví stejný názor. S rostoucím věkem se podíl osob, které hodnotily změny ve zdravotnictví v posledních 3 letech negativně, zvyšoval. Závislost na věku byla výraznější u žen než u mužů.

Osoby, které hodnotily zdravotnictví v předchozí otázce kladně častěji uváděly, že v posledních 3 letech došlo k jeho zlepšení, naopak osoby hodnotící zdravotnictví negativně častěji pozorovaly jeho zhoršení v posledních 3 letech. Určité rozdíly však byly zaznamenány z hlediska věku. Mladší respondenti s pozitivním hodnocením současného

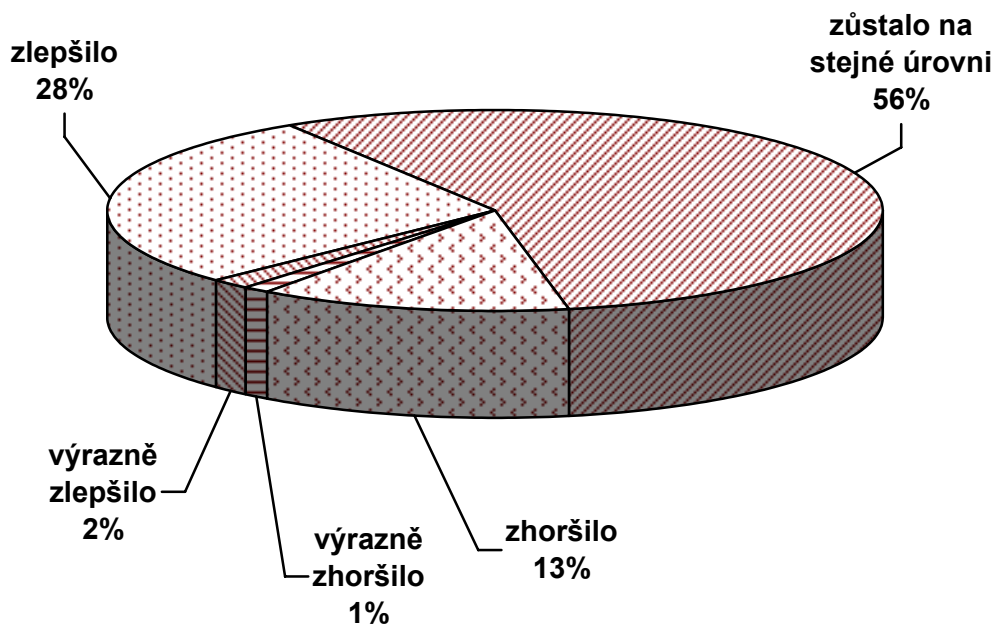
stavu hodnotili také změny v posledních 3 letech častěji pozitivně ve srovnání se staršími respondenty s kladným hodnocením současné situace. Opačně tomu bylo u osob s negativním hodnocením současné úrovně. Starší respondenti hodnotili v případě nespokojenosti se současnou situací také změny v posledních 3 letech častěji jako zhoršení ve srovnání s mladými, kteří i v případě aktuální nespokojenosti viděli změny častěji pozitivně. Tyto rozdíly mají za následek odlišný průběh obou sledovaných ukazatelů podle věku. Zatímco spokojenost se zdravotnictvím s věkem roste, názory na změny ve zdravotnictví se s věkem zhoršují.

Statisticky významné rozdíly byly zaznamenány z hlediska příjmu, velikosti obce a vzdělání. Osoby s nejnižším příjmem hodnotily změny ve zdravotnictví častěji jako negativní, ve srovnání s osobami s průměrným měsíčním příjmem domácnosti na 1 osobu vyšším než 9 000 Kč. Také respondenti bydlící na venkově častěji uváděli, že se zdravotnictví zhoršilo. Ve srovnání s osobami s vyšším vzděláním byly osoby se základním či učňovským vzděláním častěji nespokojeny se změnami, které naše zdravotnictví v průběhu posledních 3 let prodělalo. Hodnocení změn ve zdravotnictví také do určité míry závisí na tom, jak respondent hodnotí svůj zdravotní stav. Osoby, které vykazovaly špatné subjektivní zdraví, hodnotily, ve srovnání s osobami s dobrým subjektivním zdravím, změny ve zdravotnictví častěji záporně. Tyto rozdíly byly patrné zejména u žen, u mužů nebyla závislost obou proměnných potvrzena jako statisticky významná. Rozdíly stejného charakteru byly evidovány z hlediska stupně omezení chronickými nemocemi. Všechny zmíněné závislosti byly platné po věkové standardizaci ukazatelů.

Graf 6.6.1 Struktura souboru respondentů podle spokojenosti se zdravotnictvím



Graf 6.6.2 Zdravotnictví se u nás ve srovnání s rokem 1999 podle respondentů



7. ZÁVĚR

Na předchozích stránkách byly popsány veškeré dílčí okruhy sledované v šetření HIS CR 2002. Obsahem této závěrečné kapitoly bude stručné shrnutí základních poznatků. Přehled výsledků šetření HIS CR 2002 pro obě pohlaví nabízí tabulka 7.1. Srovnání vybraných ukazatelů s výsledky předchozích šetření je prezentováno v tabulkách 7.2.1 a 7.2.2.

Šetření HIS CR 2002 se zúčastnilo 2 476 respondentů, soubor byl reprezentativní z hlediska pohlaví, věku a geografických aspektů.

Výsledky šetření vztahující se k životnímu stylu respondentů lze shrnout do několika bodů:

- Index tělesné hmotnosti (BMI) u mužů je vyšší (26,0) než BMI u žen (25,2). S postupem času se BMI u obou pohlaví mírně zvyšuje, roste podíl osob s nadváhou.
- Zásady správné výživy jsou častěji dodržovány ženami než muži, špatný dietní index mělo 8 % mužů a 4 % žen. S postupujícím časem se zvyšuje podíl osob dodržujících zásady správné výživy.
- Aktivnímu sportu a těžkému tréninku se věnovalo v posledních 7 dnech 15 % mužů a 5 % žen, celková fyzická aktivita mužů převyšuje fyzickou aktivitu žen. S postupem času nedochází v ukazateli fyzické aktivity k výraznějším změnám.
- Pravidelně kouří 30 % mužů a 20 % žen. Výraznější vývojové trendy nejsou patrné.
- Nadměrně konzumovalo alkohol v posledních 4 týdnech 12 % mužů a 3% žen. Struktura souboru respondentů z hlediska konzumace alkoholu se ve srovnání s předchozím šetřením příliš nezměnila.
- Někdy v životě zkusilo drogu 7,5 % mužů a 4,7 % žen.

Z hlediska zdravotního stavu bylo zaznamenáno několik zásadních skutečností :

- Jako velmi špatné nebo špatné hodnotilo své zdraví 7,5 % mužů a 11 % žen. S postupujícím časem dochází ke zlepšování subjektivního hodnocení zdraví.
- 53 % mužů a 64 % žen trpí nějakou chronickou nemocí, nejčastějším onemocněním je hypertenze, chronické onemocnění páteře a artróza či artritida.
- Těžké dlouhodobé potíže byly zaznamenány u 3,4 % mužů a 9 % žen, s postupem času dochází ke snižování podílu osob se středními potížemi. Nejčastější byly potíže se sluchem, s domácími pracemi a s vyjitím schodů.
- Někaké krátkodobé zdravotní potíže mělo v posledních 2 týdnech 70 % mužů a 80 % žen. Nejčastější zdravotní potíží byly bolesti zad, bolesti kloubů a bolesti hlavy. Silné nebo nesnesitelné tělesné bolesti byly zaznamenány u 5 % mužů a 10 % žen.

- Z důvodu nemoci muselo omezit své aktivity v posledních 14 dnech 13 % mužů a 18 % žen. Ve srovnání s rokem předchozího šetření byl zaznamenán pokles podílu dočasně neschopných mužů.
- Duševní porucha byla zaznamenána u 17 % mužů a 25 % žen, s časem se tento podíl snižuje.
- Ženy vykazovaly lepší sociální zdraví ve srovnání s muži. Většina respondentů (85 - 90 %) hodnotila své sociální kontakty jako dobré a časté.
- Kvalitu života v posledních 2 týdnech hodnotili lépe muži než ženy. Nejvíce byli respondenti spokojeni se svými osobními vztahy, nejhůře naopak hodnotili svou finanční situaci.

Poslední část šetření byla věnována nově zahrnuté problematice využívání zdravotní péče. Z té vyplynulo následující:

- V průběhu posledního roku bylo hospitalizováno 11 % mužů a 15 % žen.
- Lékaře navštívilo v posledních 4 týdnech 54 % mužů a 69 % žen. Nejčastěji respondenti navštěvovali praktického či závodního lékaře.
- Lékařem předepsané léky užívalo v posledních 2 týdnech 41 % mužů a 66 % žen. Nejčastěji byly užívány léky na hypertenzi a bolesti kloubů. Lékařem nepředepsané léky užívalo v posledních 2 týdnech 38 % mužů a 56 % žen. Nejčastěji se jednalo o vitamíny a minerály.
- Očkování proti chřipce prodělalo v posledních 12 měsících přibližně 6 % respondentů, 66 % mužů a 75 % žen byl v posledních 12 měsících měřen krevní tlak, 35 % mužů a 45 % žen bylo vyšetřeno na krevní cholesterol. Mamografické vyšetření prodělalo 15 % žen starších 20 let, cervikální výtěr 34 % těchto žen.
- V posledních 4 týdnech zaplatila „za zdraví“ v průměru jedna domácnost 540 Kč. Nejčastěji respondenti a jejich domácnosti platili za léčiva. Ve srovnání s rokem 1999 se platby domácností respondentů „za zdraví“ výrazně zvýšily.
- Spokojenost se zdravotnictvím v České republice vyjádřilo přibližně 50 % respondentů. Velmi nespokojeno či nespokojeno bylo 12 % dotázaných. Podle 30 % respondentů se zdravotnictví u nás ve srovnání s rokem 1999 zlepšilo, negativní názor na změny ve zdravotnictví mělo přibližně 15 % respondentů.

Vedle základních charakteristik byly dále sledovány vzájemné souvislosti ukazatelů. Statistické analýzy ukázaly, že jednotlivé aspekty životního stylu jsou navzájem provázány:

- Pravidelní kuřáci častěji konzumovali alkohol v nadměrném množství.
- Mezi bývalými kuřáky a kuřáčkami byl vyšší podíl osob s nadváhou ve srovnání s pravidelnými kuřáky. Tento efekt přibývání hmotnosti při zanechání kouření byl potvrzen řadou dalších studií.

- Se špatnými stravovacími návyky se pojí pravidelné kuřáctví, zatímco nekuřáctví a bývalé kuřáctví je spojeno s dobrým či středním dietním indexem.
- Vztah mezi dietním indexem a nadváhou nebyl prokázán, což je jednou z velice zajímavých skutečností, které byly v našem šetření zaznamenány.
- Dalším neočekávaným vztahem je souvislost mezi fyzickou aktivitou a kouřením. S vyšší fyzickou aktivitou se pojí vyšší podíl pravidelných kuřáků a nikoliv naopak, jak by se dalo předpokládat.

Údaje získané z šetření nám umožňují sledovat také charakteristiky zdravotního stavu z hlediska rizikových faktorů životního stylu.

- Osoby s nízkou fyzickou aktivitou vykazují častěji horší subjektivní zdraví, omezující chronické nemoci a dlouhodobou neschopnost. Vztah zde však může být také opačný, zprostředkovaný skutečností, že osoby s chronickým onemocněním a dlouhodobou neschopností jsou omezeny také z pohybového hlediska a jejich fyzická aktivita je nízká.
- Ukazatel krátkodobých zdravotních potíží nebyl výrazněji korelován s žádnou z proměnných. Pouze u pravidelných kuřáků byl zaznamenán, ve srovnání s nekuřáky, vyšší podíl osob se zdravotní potíží v posledních 2 týdnech.
- Z hlediska konzumace alkoholu lze říci, že ve srovnání s abstinenty a výjimečnými konzumenty vykazují osoby s průměrnou konzumací alkoholu lepší subjektivní zdraví, méně častý výskyt chronických omezujících onemocnění a méně dlouhodobých omezení.
- Vliv stravovacích návyků, tělesné hmotnosti ani kouření na zdravotní stav respondenta nebyl obecně prokázán.

Dále byla popsána souvislost jednotlivých složek zdraví:

- Chronická nemocnost, ale i dlouhodobá neschopnost a přítomnost krátkodobých potíží ovlivňují respondentovo subjektivní hodnocení zdraví. Také duševní zdraví však souvisí s reálným i subjektivně pocíťovaným zdravotním stavem respondenta. Stejně je tomu u zdraví sociálního. Lze tedy říci, že fyzické, psychické a sociální zdraví je úzce provázáno.

Určité souvislosti byly zaznamenány z hlediska základních sociodemografických charakteristik:

- Ženy vykazují lepší životní styl než muži, dodržují více stravovacích návyků, méně kouří, méně užívají alkohol a drogy. Vykazují však horší zdravotní stav ve srovnání s muži (s výjimkou sociálního zdraví), častější využívání zdravotnických služeb (především ambulantní péče) a užívání léků. Rozdíl v hospitalizovanosti mezi muži a ženami nebyl prokázán.
- Z hlediska věku je životní styl nejhorší u osob ve středním věku. Tyto osoby jsou sice nejvíce fyzicky aktivní, je mezi nimi však nejvíce pravidelných kuřáků

a nadměrných konzumentů alkoholu. S rostoucím věkem se zdraví respondentů zhoršuje, s čímž souvisí i častější využívání zdravotnických služeb a užívání léků.

- Řada ukazatelů je rovněž závislá na vzdělání respondenta. Osoby se základním vzděláním mají častěji nadváhu a špatné stravovací návyky, častěji kouří a konzumují alkohol. Tyto osoby také vykazují horší zdravotní stav. Vliv vzdělání na zdravotní stav jedince se projevuje i v oblasti zdravotnické péče méně častým využíváním zdravotnických služeb u vysokoškoláků. Výjimku představuje využívání preventivní zdravotní péče, ke které osoby s vysokoškolským vzděláním přistupují zodpovědněji.
- Vyšší konzumace alkoholu a pravidelné kuřáctví bylo zaznamenáno u osob žijících mimo manželství. Tyto osoby a osoby nezaměstnané vykazují horší zdravotní stav ve srovnání se zaměstnanými a sezdánými.

Zmíněný rozdíl ve zdravotním stavu mužů a žen zdánlivě odporuje odlišnostem obou pohlaví z hlediska rizikových faktorů životního stylu. Jednoznačná závislost ukazatelů zdravotního stavu na aspektech životního stylu však nebyla v našem šetření prokázána. K rozdílnému hodnocení vlastního zdraví obou pohlaví také přispívá větší zájem žen o vlastní zdraví. Ženy se svému zdraví více věnují, častěji využívají preventivní péče, svá onemocnění a zdravotní potíže konzultují s lékařem (příp. je léčí léky). Muži se naopak svým zdravím tak často nezaobírají, méně často jej konzultují s odborníky. Tato skutečnost může být příčinou horšího vykazovaného zdravotního stavu žen a zároveň vyšší úmrtnosti mužů.

Stejně tak jako předchozí šetření, i šetření HIS CR přináší velice cenné informace nejen o zdravotním stavu obyvatelstva, ale i o jeho podmiňujících faktorech a jejich rozšíření, nově pak také o léčení a prevenci zdravotních potíží. Tyto poznatky mohou být využity k nejrůznějším účelům. Prostřednictvím těchto indikátorů, které jsou v mnoha parametrech mezinárodně srovnatelné a jejich pravidelného sledování a měření lze nejen hodnotit účinnost stávajících zdravotnických systémů, ale především zlepšovat jejich kvalitu a připravovat a realizovat nové zdravotní programy k naplnění hlavního cíle: zlepšení zdraví pro všechny.

Tab. 7.1 Hlavní výsledky šetření HIS CR 2002

1/2

| Ukazatel | Struktura respondentů (v %) | | | | |
|--------------------------------|-----------------------------|--------------------|----------------------|------------------|---------------------|
| Index tělesné hmotnosti | -17,9 | 18,0-19,9 | 20,0-26,9 | 27,0-29,9 | 30,0+ |
| muži | 0,9 | 3,0 | 59,8 | 22,8 | 13,4 |
| ženy | 2,5 | 9,3 | 57,3 | 14,9 | 16,1 |
| Dietní index | dobry | střední | špatný | | |
| muži | 65,3 | 29,0 | 5,7 | x | x |
| ženy | 79,8 | 17,5 | 2,8 | x | x |
| Fyzická aktivita | nizká | střední | vysoká | | |
| muži | 41,3 | 16,2 | 42,5 | x | x |
| ženy | 56,0 | 19,0 | 25,0 | x | x |
| Kouření | nikdy | bývalí | příležitostní | slabí | silní |
| muži | 37,8 | 24,7 | 6,6 | 21,7 | 9,2 |
| ženy | 59,1 | 17,3 | 5,5 | 15,8 | 2,3 |
| Konzumace alkoholu | výjimečná | přiměřená | nadměrná | | |
| muži | 34,7 | 53,0 | 12,3 | x | x |
| ženy | 78,0 | 19,2 | 2,8 | x | x |
| Drogy | nezkusil/a | zkusil/a | | | |
| muži | 92,5 | 7,5 | x | x | x |
| ženy | 95,3 | 4,7 | x | x | x |
| Subjektivní zdraví | velmi dobré | dobré | vcelku dobré | špatné | velmi špatné |
| muži | 21,9 | 44,5 | 26,1 | 6,8 | 0,8 |
| ženy | 15,5 | 42,9 | 30,5 | 9,3 | 1,7 |
| Chronické nemoci | žádné | neomezující | omezující | | |
| muži | 51,8 | 11,5 | 36,7 | x | x |
| ženy | 37,6 | 13,0 | 49,4 | x | x |
| Dlouhodobé potíže | žádné | lehké | těžké | | |
| muži | 84,4 | 12,2 | 3,4 | x | x |
| ženy | 76,8 | 14,1 | 9,0 | x | x |
| Zdravotní potíže | ne | ano | | | |
| muži | 30,2 | 69,8 | x | x | x |
| ženy | 17,9 | 82,1 | x | x | x |
| Dočasná neschopnost | ne | ano | | | |
| muži | 87,0 | 13,0 | x | x | x |
| ženy | 82,0 | 18,0 | x | x | x |
| Duševní zdraví | dobré | špatné | | | |
| muži | 83,0 | 17,0 | x | x | x |
| ženy | 75,1 | 24,9 | x | x | x |

Tab. 7.1 Hlavní výsledky šetření HIS CR 2002

2/2

| Ukazatel | Průměrné skóre | | | | |
|---|------------------------------------|-------------------------|-------------------|----------------|---------------------|
| Kvalita života | | | | | |
| muži | 76,1 | x | x | x | x |
| ženy | 74,6 | x | x | x | x |
| Sociální zdraví a sociální podpora | sociální zdraví | sociální podpora | | | |
| muži | 82,6 | 83,9 | x | x | x |
| ženy | 83,8 | 83,7 | x | x | x |
| | Struktura respondentů (v %) | | | | |
| Intenzita sociálních kontaktů | stále | většinou | někdy | málokdy | nikdy |
| muži | 53,2 | 31,8 | 9,8 | 4,4 | 0,9 |
| ženy | 58,7 | 29,1 | 8,4 | 3,5 | 0,4 |
| Kvalita sociálních kontaktů | velmi dobré | dobré | uspokojivé | špatné | velmi špatné |
| muži | 42,8 | 45,3 | 10,1 | 1,5 | 0,3 |
| ženy | 48,2 | 40,9 | 9,7 | 0,9 | 0,2 |
| Kvalita života | velmi dobrá | dobrá | průměrná | špatná | velmi špatná |
| muži | 16,1 | 56,9 | 22,9 | 3,0 | 1,1 |
| ženy | 14,1 | 56,9 | 24,7 | 3,3 | 1,0 |
| | Struktura respondentů (v %) | | | | |
| | Posledních 12 měsíců | | | | |
| Hospitalizace | ano | ne | | | |
| muži | 10,6 | 89,4 | x | x | x |
| ženy | 15,4 | 84,6 | x | x | x |
| | Poslední 4 týdny | | | | |
| Ambulantní návštěva lékaře | ano | ne | | | |
| muži | 53,8 | 46,2 | x | x | x |
| ženy | 68,6 | 31,4 | x | x | x |
| | Poslední 2 týdny | | | | |
| Užívání předepsaných léků | ano | ne | | | |
| muži | 41,2 | 58,8 | x | x | x |
| ženy | 66,0 | 34,0 | x | x | x |
| Užívání nepředepsaných léků | ano | ne | | | |
| muži | 38,2 | 61,8 | x | x | x |
| ženy | 56,2 | 43,8 | x | x | x |

Tab. 7.2.1 Hlavní výsledky šetření HIS CR 1993, 1996, 1999, 2002 - muži

1/2

| Ukazatel | Struktura respondentů (v %) | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|------------------|----------------------|---------------|--------------|
| | -17,9 | 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 |
| 2002 | 0,9 | 3,0 | 59,8 | 22,8 | 13,4 |
| Dietní index ¹⁾ | dobrý | střední | špatný | | |
| 1993 | 42,5 | 38,1 | 19,4 | x | x |
| 1996 | 45,8 | 40,8 | 13,5 | x | x |
| 1999 | 54,2 | 37,3 | 8,5 | x | x |
| 2002 | 51,5 | 40,2 | 8,3 | x | x |
| Fyzická 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 |
| 2002 | nesrovnatelné | | | | |
| Kouření | 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 |
| 2002 | 37,8 | 24,7 | 6,6 | 21,7 | 9,2 |
| 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 |
| 2002 | 34,7 | 53,0 | 12,3 | x | x |

¹⁾ Údaje byly upraveny pro lepší srovnatelnost všech šetření

Tab. 7.2.1 Hlavní výsledky šetření HIS CR 1993, 1996, 1999, 2002 - muži

2/2

| Ukazatel | Struktura respondentů (v %) | | | | |
|---|-----------------------------|--------------------|------------------|--------|--------------|
| | velmi dobré | dobré | celkem 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 |
| 2002 | 21,9 | 44,5 | 26,1 | 6,8 | 0,8 |
| Chronické nemoci ¹⁾ | 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 |
| 2002 | 51,8 | 11,5 | 36,7 | x | x |
| Dlouhodobé potíže ¹⁾ | 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 |
| 2002 | 84,4 | 12,2 | 3,4 | x | x |
| Index zdravotních potíží ¹⁾ | 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 |
| 2002 | nesrovnatelné | | | | |
| 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 |
| 2002 | 87,0 | 13,0 | x | x | x |
| Sociální zdraví ¹⁾ | 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 |
| 2002 | nesrovnatelné | | | | |
| Celkový index zdraví ¹⁾ | 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 |
| 2002 | nesrovnatelné | | | | |

¹⁾ Údaje nejsou plně srovnatelné

Tab. 7.2.2 Hlavní výsledky šetření HIS CR 1993, 1996, 1999, 2002 - ženy

1/2

| Ukazatel | Struktura respondentů (v %) | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|------------------|----------------------|------------------|--------------|
| Index tělesné hmotnosti | -17,9 | 18,0-19,9 | 20,0-26,9 | 27,0-29,9 | 30,0+ |
| 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 |
| 2002 | 2,5 | 9,3 | 57,3 | 14,9 | 16,1 |
| Dietní index ¹⁾ | dobrý | střední | špatný | | |
| 1993 | 55,2 | 34,8 | 10,1 | x | x |
| 1996 | 63,8 | 29,4 | 6,8 | x | x |
| 1999 | 67,1 | 28,1 | 4,8 | x | x |
| 2002 | 70,0 | 25,7 | 4,3 | x | x |
| Fyzická 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 |
| 2002 | nesrovnatelné | | | | |
| Kouření | 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 |
| 2002 | 59,1 | 17,3 | 5,5 | 15,8 | 2,3 |
| 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 |
| 2002 | 78,0 | 19,2 | 2,8 | x | x |

¹⁾ Údaje byly upraveny pro lepší srovnatelnost všech šetření

Tab. 7.2.2 Hlavní výsledky šetření HIS CR 1993, 1996, 1999, 2002 - ženy

2/2

| Ukazatel | Struktura respondentů (v %) | | | | |
|---|-----------------------------|--------------------|------------------|--------|--------------|
| | velmi dobré | dobré | celkem 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 |
| 2002 | 15,5 | 42,9 | 30,5 | 9,3 | 1,7 |
| Chronické nemoci ¹⁾ | 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 |
| 2002 | 37,6 | 13,0 | 49,4 | x | x |
| Dlouhodobé potíže ¹⁾ | 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 |
| 2002 | 76,8 | 14,1 | 9,0 | x | x |
| Index zdravotních potíží ¹⁾ | 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 |
| 2002 | nesrovnatelné | | | | |
| 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 |
| 2002 | 82,0 | 18,0 | x | x | x |
| Sociální zdraví ¹⁾ | 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 |
| 2002 | nesrovnatelné | | | | |
| Celkový index zdraví ¹⁾ | 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 |
| 2002 | nesrovnatelné | | | | |

¹⁾ Údaje nejsou plně srovnatelné

METODICKÁ PŘÍLOHA

Tato metodická příloha obsahuje základní informaci o statistických metodách a testech použitých v šetření HIS CR 2002.

K testování statistických hypotéz o kategorizovaných proměnných bylo použito dvou typů statistických testů: Chí-kvadrát test a logistická regrese.

Chí-kvadrát test dobré shody spočívá ve srovnání empirických četností n_i ($i=1,2,3,\dots,k$, kde k značí počet nepřekrývajících se kategorií daného znaku) a teoretických četností n_{oi} , čímž testuje shodu empirického rozdělení dané proměnné do jednotlivých kategorií s vybraným teoretickým modelem.

Chí-kvadrát test nezávislosti v kontingenční tabulce byl použit pro testování vztahu dvou kategorizovaných proměnných. Tento test porovnává empirické četnosti s teoretickými, které bychom očekávali v případě nezávislosti obou proměnných.

Logistická regrese zkoumá závislost binární proměnné (takové kategorizované proměnné, která nabývá pouze dvou znaků) na jedné nebo více číselných nebo kategorizovaných proměnných. Výsledkem metody logistické regrese je tzv. poměr šancí (odds ratio) výskytu daného jevu v kategorii respondentů s určitými znaky (vysvětlujícími faktory) a mezi respondenty ze zvolené referenční skupiny. Poměr šancí lze považovat za odhad, kolikrát častěji se daný jev vyskytl v určité kategorii respondentů oproti zvolené referenční skupině. Tato metoda zároveň umožňuje kontrolovat některé další korelované proměnné, které mohou mít na výsledný ukazatel vliv. Takovou proměnnou je v našem šetření věk, přičemž jednotlivé kategorie zvolené proměnné (vzdělání, rodinný stav apod.) se liší svou věkovou strukturou. Proto byl v analýzách vlivu socioekonomických proměnných efekt věkové struktury prostřednictvím této metody odstraněn.

K testování statistických hypotéz o kvantitativních proměnných bylo použito T-testu a ANOVY.

T-test je parametrický test, který ověřuje, zda se střední hodnota (průměr) proměnné liší od zvolené hodnoty.

Analýza rozptylu (ANOVA) rovněž testuje rovnost či odlišnost středních hodnot, používá se však k porovnání středních hodnot pro dvě a více skupin. Analýza rozptylu ověřuje signifikanci (významnost) skupinového efektu, toto testování vychází ze skupinového rozptylu hodnot. Celkový rozptyl závisle proměnné je rozdělen do dvou částí, na variabilitu uvnitř skupin a variabilitu mezi skupinami. Variabilita mezi skupinami ukazuje, jak se navzájem liší skupinové průměry. Pokud neexistuje žádný rozdíl mezi skupinovými průměry, pak variabilita mezi skupinami i variabilita v rámci skupiny popisují stejný populační rozptyl. Toto porovnání variability v rámci skupiny a mezi skupinami se provádí pomocí F testu. Touto metodou je rovněž možné kontrolovat vliv dalších proměnných, např. věku.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

| | |
|-------------------------|--|
| ANOVA | analýza rozptylu (statistický test) |
| BMI | Body mass index (kg/m ²), tzv. Queteletův index, index tělesné hmotnosti |
| CRO | Centrální registr obyvatel |
| ČSÚ | Český statistický úřad |
| DI | dietní index |
| EHLASS | European Home and Leisure Accident Surveillance System |
| EUROHIS | Šetření zdravotního stavu populace v Evropě (Health Interview Surveys in Europe) |
| HIS | dotazníkové šetření o zdraví (Health Interview Survey) |
| HIS CR 2002 | označení tohoto šetření |
| ICHS | ischemická choroba srdeční |
| KZAM | Klasifikace zaměstnání - v ČR zavedena od 1.8.1992 dle klasifikace Mezinárodního úřadu práce ISCO - 88 |
| MET | metabolický ekvivalent |
| MPSV | Ministerstvo práce a sociálních věcí |
| PTDA | ukazatel průměrné týdenní dávky alkoholu |
| SLDB | Sčítání lidu, domů a bytů |
| ÚZIS ČR | Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky |
| WHO | World Health Organization (Světová zdravotnická organizace) |

LITERATURA

1. Aktuální informace č. 46, 47, 48, 54, 55, 58, 59, 60, ÚZIS ČR, 2002 (<http://www.uzis.cz/cz/archiv02/archiv02.htm>)
2. Aktuální informace č. 3, 7, 8, 11, 12, 18, 19, 26, 34, 44, 48, 49, 56, ÚZIS ČR, 2003 (<http://www.uzis.cz/cz/archiv03/archiv03.htm>)
3. Common Methods and Instruments for Health Interview Surveys in Europe - Report on the 4th WHO Consultation. Copenhagen, 26-28 February 1997
4. EUROHIS - a project to develop common methods and instruments for health interview surveys in Europe. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 1999
5. Gudex, C., Lafortune, G.: An inventory of health and disability-related surveys in OECD countries. Labour market and social policy - Occasional papers No. 44, OECD, 2000
6. Health interview surveys, Towards international harmonization of methods and instruments. WHO Regional Publications, European Series, No. 58, WHO 1996
7. Klasifikace zaměstnání - rozšířená (KZAM-R). ČSÚ, Praha 1995
8. Sčítání lidu, domů a bytů k 1.3.2001 - Obyvatelstvo. Česká republika. ČSÚ, Praha 2003
9. Sčítání lidu, domů a bytů 2001. Vybrané informace. ČSÚ, Praha 2003
10. 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
11. Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace HIS CR 93. ÚZIS ČR, Praha 1995
12. Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace 1996 HIS CR 96. ÚZIS ČR, Praha 1998
13. Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace 1999 HIS CR 99. ÚZIS ČR, Praha 2001
14. 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>)
15. Zdraví 21 - zdraví do 21. století. WHO, Praha 2001
16. Zvárová, J.: Základy statistiky pro biomedicínské obory. Karolinum, Praha 1998
17. Zdravotnická ročenka České republiky 2002. ÚZIS ČR, Praha 2003

Šetření o zdravotním stavu české populace 2002

| | | |
|---|---|---|
| 1. Pohlaví (zakroužkujte) muž.....1 žena.....2 | 2. Dosažený věk (vepište) <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 5px auto; text-align: center;"> </div> | 3. Okres bydliště a velikostní skupina obce a) <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center;"> </div> b) <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center;"> </div> |
| 4. Rodinný stav (zakroužkujte) dosud svobodný(á).....1 ženatý, vdaná.....2 druh, družka.....3 žijící odděleně.....4 rozvedený(á).....5 vdovec, vdova.....6 | 5. Národnost (zakroužkujte) česká.....1 slovenská.....2 rómská.....3 německá.....4 polská.....5 jiná.....6 | 6. Vzdělání a) Dosažené vzdělání (zakroužkujte) základní, bez vzdělání.....1 učňovské, bez maturity.....2 střední s maturitou.....3 vyšší odborné.....4 vysokoškolské.....5 b) Celkový počet let školní docházky (uveďte jen roky dokončeného studia) |
| 7. Ekonomická aktivita a zaměstnání a) Zakroužkujte číslo odpovídající Vašemu současnému ekonomickému postavení zaměstnaný(á) (včetně základní vojenské služby) 1 nezaměstnaný(á) 2 → Pokračujte otázkou d) nepracující důchodce (starobní nebo plně invalidní) 3 → Pokračujte otázkou d) studující 4 → Pokračujte otázkou d) mateřská dovolená 5 → Pokračujte otázkou d) v domácnosti 6 → Pokračujte otázkou d) ostatní (např. bez zaměstnání a nehladající práci) 7 → Pokračujte otázkou d) b) Podnikáte? ANO 1 NE 2 Pokud NE, jděte na d) c) Zaměstnáváte další osoby? ANO 1 NE 2 d) Současné zaměstnání (v posledním týdnu) resp. poslední zaměstnání <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center;"> </div> e) Hlavní zaměstnání v životě <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center;"> </div> | | |
| 8. Velikost domácnosti Domácnost ve které žijete má..... členů. | 10. Index tělesné hmotnosti a) Jaká je vaše výška? cm b) Kolik vážíte?kg | |
| 9. Příjem domácnosti Zakroužkujte rozpětí průměrného měsíčního příjmu na 1 člena vaší domácnosti (započítejte všechny platy, důchody, podpory, alimenty) do 5 000 Kč1 5 000-6 999 Kč 2 7 000-8 999 Kč.....3 9 000-11 999 Kč4 12 000 a více Kč5 | 11. Celkové zdraví Jak se celkově zdravotně cítíte? (zakroužkujte jedinou odpověď) velmi dobře.....1 dobře.....2 uspokojivě.....3 špatně.....4 velmi špatně.....5 | |

12. Dočasná neschopnost

- a) Musel(a) jste v posledních 2 týdnech omezit nějakou činnost, kterou obvykle děláte v domě, v práci nebo ve svém volném čase z důvodu nemoci (vč. duševních) nebo zranění? ANO 1 NE 2
Pokud NE → pokračujte otázkou 13.
- b) Kolik dní to bylo v průběhu těchto 2 týdnů, vč. So a Ne (1 – 14) – vyplňte:.....
- c) Kolik dnů z toho jste ležel(a) v posteli celý den, nebo většinu dne (0 – 14) – vyplňte:.....

13. Zdravotní potíže

Trpěl(a) jste v posledních 2 týdnech některými z uvedených zdravotních potíží?
(zakroužkujte ANO/ NE všech skutečně vnímaných potíží)

| | ANO | NE | | ANO | NE |
|---|-----|----|--|-----|----|
| 1. bolesti hlavy..... | 1 | 2 | 11. žaludeční a zažívací potíže..... | 1 | 2 |
| 2. bolesti kloubů..... | 1 | 2 | 12. oční – zrakové potíže..... | 1 | 2 |
| 3. bolesti zad..... | 1 | 2 | 13. potíže s ušima nebo sluchem..... | 1 | 2 |
| 4. slabost nebo závratě..... | 1 | 2 | 14. ledvinové nebo močové potíže..... | 1 | 2 |
| 5. časté pocity smutku či deprese..... | 1 | 2 | 15. srdeční potíže nebo dušnost..... | 1 | 2 |
| 6. časté pocity úzkosti nebo obav..... | 1 | 2 | 16. potíže s měsíčky či přechodem..... | 1 | 2 |
| 7. nachlazení nebo chřipka..... | 1 | 2 | 17. jiné potíže – jaké – uveďte:..... | 1 | 2 |
| 8. přetrvávající kašel..... | 1 | 2 | | | |
| 9. senná rýma (alergická)..... | 1 | 2 | 18. byl(a) jsem bez potíží..... | 2 | 1 |
| 10. zánět čelních a čelistních dutin..... | 1 | 2 | | | |

14. Bolesti

Jak velké tělesné bolesti jste měl(a) během posledních 2 týdnů? (zakroužkujte)

1 žádné 2 mírné 3 střední 4 silné 5 nesnesitelné

15. Duševní zdraví

a) Emoční pohoda (zakroužkujte nejvhodnější číslo odpovědi u každé otázky podle vašich pocitů a nálad v posledních 2 týdnech)

Jak často během posledních 2 týdnů jste:

| | stále 1 | většinou 2 | spíše často 3 | méně často 4 | málokdy 5 | nikdy 6 | nevím 9 |
|---|---------|------------|---------------|--------------|-----------|---------|---------|
| 1. se cítil(a) veselý(á) a v dobré náladě? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 9 |
| 2. se cítil(a) klidný(á) a v pohodě? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 9 |
| 3. se cítil(a) aktivní a plný(á) energie? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 9 |
| 4. se cítil(a) po probuzení jsem čerstvý(á) a odpočatý(á)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 9 |
| 5. byly vaše dny života naplněny věcmi, které vás zajímají? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 9 |

b) Emoční role

Během posledních 2 týdnů, měl(a) jste kvůli emočním potížím, jako jsou pocity deprese či úzkosti, nějaké problémy ve své práci nebo potíže při pravidelných denních činnostech (např. nepečlivost, nesoustředěnost, sníženou výkonnost)? (zakroužkujte).....ANO 1 NE 2

c) Poznávací schopnosti

1) Jak velké obtíže vám obvykle činí pamatování a učení?

1 žádné 2 mírné 3 střední 4 silné 5 extrémní

2) Jak velké obtíže vám obvykle činí přemýšlení a řešení každodenních problémů?

1 žádné 2 mírné 3 střední 4 silné 5 extrémní

| | | | | | | |
|---|--|--|-----|-----|-----|-----|
| 16. Chronická nemocnost | | | | | | |
| a) Máte nějakou dlouhodobou nemoc nebo zdravotní problém? (zakroužkujte) ANO 1 NE 2 | | | | | | |
| b) postupně projděte všechny poruchy, zapište kód odpovědi na každou z těchto chorob: ANO = 1, NE = 2 (Pokud respondent odpoví na otázku (A) ANO pokračujte v otázkách (B) až (E). Pokud respondent odpoví na otázku (A) NE pokračujte další chorobou) | | (A) Máte nebo jste prodělal(a) tuto chorobu? (B) Byla obtíž diagnostikována lékařem? (C) Měl(a) jste tento problém <u>v posledních 12-ti měsících</u> ? (D) Užíval(a) jste léky či jste podstoupil(a) léčení kvůli těmto potížím <u>v posledních 12-ti měsících</u> ? (E) Do jaké míry vás v současnosti tato choroba omezuje? (neomezuje = 1, částečně = 2, středně = 3, zcela = 4) | | | | |
| Choroba nebo obtíž: | | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 1. Astma (Když ano → pokračujte bodem 1x) 1x. Je to alergické astma | | | | | | |
| 2. Alergie (bez alergického astmatu) | | | | | | |
| 3. Diabetes (cukrovka) | | | | | | |
| 4. Šedý zákal | | | | | | |
| 5. Vysoký krevní tlak (hypertenze) | | | | | | |
| 6. Srdeční záchvat (infarkt myokardu) | | | | | | |
| 7. Mozková mrtvice, mozkové krvácení | | | | | | |
| 8. Chronická bronchitida, rozedma plic | | | | | | |
| 9. Artróza, (revmatická) artritida | | | | | | |
| 10. Osteoporóza | | | | | | |
| 11. Žaludeční nebo dvanáctníkový vřed | | | | | | |
| 12. Zhoubný nádor/ rakovina (včetně leukémie a lymfomu) | | | | | | |
| 13. Migréna a časté bolesti hlavy | | | | | | |
| 14. Chronická úzkost a/nebo deprese | | | | | | |
| 15. Chronické onemocnění páteře, včetně výhřezu ploténky | | | | | | |
| 16. Žlučové kameny nebo zánět žlučníku | | | | | | |
| 17. Chronické onemocnění ledvin, včetně ledvinových kamenů | | | | | | |
| 18. Chronický zánět močového měchýře | | | | | | |
| 19. Onemocnění štítné žlázy či struma | | | | | | |
| 20. Nemoci jaterní, jaterní cirhóza | | | | | | |
| 21. Dlouhodobé potíže se střevy (více než 3 měsíce) | | | | | | |
| 22. Chronické onemocnění kůže | | | | | | |
| 23. Ostatní (specifikujte.....) | | | | | | |
| 17. Úrazy ve volném čase | | | | | | |
| 1. Utrpěl(a) jste <u>v posledních 12-ti měsících</u> nějaký nepracovní úraz (mimo zaměstnání), kdy jste musel(a) vyhledat lékařskou péči? (zakroužkujte)ANO 1 NE 2 | | | | | | |
| 2. Pokud ANO, vypište o jaké šlo zranění, místo a příčinu úrazu: | | | | | | |
| | | | | | | |

18. Dlouhodobá neschopnost

a) Byl(a) jste kvůli zdravotním problémům po dobu předchozích 6 měsíců nebo déle omezen(a) v činnostech, které lidé obvykle dělají? 1 Ano, silně omezen 2 Ano, omezen 3 Ne, neomezen

b) (zakroužkujte u každé otázky jedinou odpověď) ANO NE

1. Jste trvale upoután(a) na lůžko, i když byste mohl(a) s pomocí vstát?.....4 1
2. Sedíte na židli (ne na vozíčku) celý den, i když byste mohl(a) s pomocí chodit?3 1
3. Je váš pohyb omezen na váš dům, byt nebo zahradu?2 1

c) (zakroužkujte nejvhodnější číslo odpovědi u každé otázky)

| | bez obtíží | s jistými obtížemi | jen s pomocí jiné osoby |
|---|------------|--------------------|-------------------------|
| 1. Můžete si lehnout a vstát z postele sám(a)? | 1 | 2 | 3 |
| 2. Můžete si sednout nebo vstát ze židle sám(a)? | 1 | 2 | 3 |
| 3. Můžete se obléci a svléci sám(a)? | 1 | 2 | 3 |
| 4. Můžete si umýt ruce a obličej sám(a)? | 1 | 2 | 3 |
| 5. Můžete se najíst sám(a) (včetně krájení jídla)? | 1 | 2 | 3 |
| 6. Můžete se dostat na toaletu a použít ji bez cizí pomoci? | 1 | 2 | 3 |
| 7. Můžete si obstarat běžný nákup (vč. odnesení)? | 1 | 2 | 3 |
| 8. Můžete si sám(a) připravit jídlo? | 1 | 2 | 3 |
| 9. Zvládáte středně namáhavé domácí práce (úklid, luxování, apod.)? | 1 | 2 | 3 |

10. 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 |
|---|---------------------|---|---|---|------------------|

11. 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 |
|---|------------------------------|---|--------------------------------|---|---------------------|

12. 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 |
|---|-----|---|-------------------------------|---|--------------------|

13. 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 |
|---|-----|---|-------------------------|---|---------------------------|

14. Můžete vyjít a sejít bez odpočinku 12 schodů?

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

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

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

16. Můžete mluvit bez obtíží?

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

19. Využívání zdravotnických služeb

a) Hospitalizace:

1. Byl(a) jste během posledních 12-ti měsíců hospitalizován(a) v lůžkovém zařízení na více než jednodenní pobyt? (zakroužkujte) ANO 1 NE 2 Pokud NE → pokračujte otázkou 4.
Pokud NE, jděte na otázku d).
2. Kolikrát jste byl(a) takto hospitalizován(a) během posledních 12-ti měsíců? Započítejte všechny zakončené pobyty; zapište.
3. Kolik nocí celkem jste strávil(a) během těchto pobytů v lůžkových zařízeních? Zapište (1-365).
4. Byl(a) jste během posledních 12-ti měsíců přijat(a) na jednodenní hospitalizaci, tj. přijat(a) na nemocniční lůžko bez nutnosti setrvat přes noc? (zakroužkujte) ANO 1 NE 2 Pokud NE → pokračujte bodem b)
5. Kolikrát jste byl(a) během posledních 12-ti měsíců přijat(a) k jednodenní hospitalizaci? Zapište (1-365)

b) Ambulantní péče:

| | | | |
|--|---|--|-----|
| Kolikrát jste ohledně vlastního zdraví během <u>posledních 4 týdnů</u> navštívil(a): (Zapište hodnotu 0-28; pokud 0, pokračujte otázkou ve vedlejším sloupci). | | Kdy jste naposledy ohledně svého zdraví navštívil(a): (Před méně než 12-ti měsíci = 1 Před více než 12-ti měsíci nebo vůbec = 2) | |
| 1. jakéhokoliv lékaře? | — | 1x) lékaře? | 1 2 |
| 2. praktického nebo závodního lékaře? | — | 2x) praktického nebo závodního lékaře? | 1 2 |
| 3. lékařskou pohotovost? | — | 3x) lékařskou pohotovost? | 1 2 |
| 4. zubního lékaře ve stomatologické ordinaci? | — | 4x) zubního lékaře v ordinaci? | 1 2 |
| 5. lékaře specialistu? | — | 5x) lékaře specialistu? | 1 2 |
| 5t) Pokud ANO, jakého specialistu: | | | |

20. Užívání léků

- a) Užíval(a) jste během posledních 2 týdnů nějaké předepsané léky (včetně antikoncepčních pilulek nebo jiných hormonů)? (zakroužkujte)ANO 1 NE 2 Pokud NE → pokračujte bodem b)

| Pokud ANO, kvůli jakým problémům jste tyto léky užíval(a)? Byly to léky na: | ANO | NE | | ANO | NE |
|---|-----|----|--|-----|----|
| 1. vysoký krevní tlak | 1 | 2 | 10. alergické symptomy (ekzémy, senná rýma) | 1 | 2 |
| 2. jiné kardiovaskulární choroby | 1 | 2 | 11. deprese | 1 | 2 |
| 3. snížení hladiny krevního cholesterolu | 1 | 2 | 12. žaludeční potíže | 1 | 2 |
| 4. cukrovku | 1 | 2 | 13. prášky na spaní | 1 | 2 |
| 5. bolesti kloubů (artróza, artritida) | 1 | 2 | 14. antibiotika, např. penicilin | 1 | 2 |
| 6. bolesti hlavy nebo migréna | 1 | 2 | 15. antikoncepční pilulky (jen pro ženy do 50 let) | 1 | 2 |
| 7. jiné bolesti | 1 | 2 | 16. hormony při menopauze nebo osteoporóze (jen pro ženy nad 44 let) | 1 | 2 |
| 8. astma | 1 | 2 | 17. některé další, lékařem předepsané léky | 1 | 2 |
| 9. chronickou bronchitidu nebo rozedmu plic | 1 | 2 | | | |

- b) Užíval(a) jste během posledních 2 týdnů nějaké léky (včetně vitamínů a minerálů), které nebyly předepsány lékařem? (zakroužkujte)ANO 1 NE 2 Pokud NE → pokračujte otázkou 21.

| Pokud ANO, kvůli jakým problémům jste tyto léky užíval(a)? Byly to léky na: | ANO | NE | | ANO | NE |
|---|-----|----|---|-----|----|
| 1. bolest | 1 | 2 | 4. žaludeční potíže | 1 | 2 |
| 2. nachlazení, chřipku nebo bolesti v krku | 1 | 2 | 5. vitamíny, minerály, tonika | 1 | 2 |
| 3. alergické symptomy (ekzémy, senná rýma) | 1 | 2 | 6. některé další, lékařem nepředepsané léky | 1 | 2 |

| | | | |
|--|---|--|----|
| 21. Prevence (zakroužkujte) | | ANO | NE |
| a) Byl(a) jste v <u>posledních 12-ti měsících</u> očkovan(a) proti chřipce? | | 1 | 2 |
| b) Byl vám v posledních 12-ti měsících měřen krevní tlak? | | 1 | 2 |
| c) Byl(a) jste v posledních 12-ti měsících vyšetřován(a) na krevní cholesterol? | | 1 | 2 |
| Následující dvě otázky jsou určeny pouze <u>ženám ve věku 20 a více let.</u> | | | |
| d) Byla jste v posledních 12-ti měsících na mammografickém vyšetření? | | 1 | 2 |
| e) Byl vám v posledních 12-ti měsících proveden cervikální výtěr? | | 1 | 2 |
| 22. Platby za zdravotní péči v hotovosti (platby mimo zdravotní pojištění) | | | |
| Zajímá nás, kolik lidí zaplatí mimo zdravotní pojištění za léky, zdravotnické služby a podobně. Můžete uvést odhadem, kolik celá vaše <u>domácnost</u> přibližně utratila za <u>poslední 4 týdny</u> : | | | |
| a) za léčiva: - léky, očkovací vakcíny | Kč | | |
| - vitamíny, minerály, orální antikoncepci | Kč | | |
| b) za zdravotní pomůcky: | | | |
| - ke krátkodobému použití (náplasti, obvazy, elastické punčochy, mechanické antikoncepční prostředky, pomůcky pro diabetiky) | Kč | | |
| - k dlouhodobému užívání (dioptrické brýle a kontaktní čočky, naslouchadla, zubní protézy, ortopedické a rehabilitační pomůcky, invalidní vozíky) | Kč | | |
| c) za zdravotnické služby: | | | |
| - ambulantní péči (lékařská a stomatologická vyšetření, doprava sanitkou, domácí péče, rehabilitační procedury) | Kč | | |
| - lůžkovou péči (v nemocnici, v léčebně, rehabilitačním zařízení) | Kč | | |
| 23. Stravovací zásady | | | |
| (zakroužkujte vždy jedinou odpověď u každé z doporučených stravovacích zásad, které dodržujete) | | ANO | NE |
| 1. Dávám přednost celozrnnému a 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 |
| 24. Fyzická aktivita | | | |
| a) Fyzická aktivita <u>ve volném čase</u> (vypište) | Kolik dní jste během <u>posledních 7 dnů</u> strávil(a) danou fyzickou aktivitou (minimálně 10 minut vcelku)? | Kolik času celkem (v hodinách) jste strávil(a) <u>v posledních 7 dnech</u> danou aktivitou? (nevím=99) | |
| 1. těžký trénink a aktivní sport | (0-7) | | |
| 2. jogging a jiný rekreační sport, těžká práce na zahradě nebo v domácnosti (např. vymalování bytu) | (0-7) | | |
| 3. chůze, jízda na kole či jiné lehké aktivity (např. nákup, úklid) | (0-7) | | |
| 4. čtení, sledování TV nebo jiné sedavé aktivity | (0-7) | | |
| b) Fyzická aktivita <u>v zaměstnání</u> (zakroužkujte typ zaměstnání podle fyzického zatížení) | | | |
| | těžká, fyzicky namáhavá práce | 1 | |
| | lehká, fyzicky méně namáhavá práce | 2 | |
| | sedavá, fyzicky nenamáhavá práce..... | 3 | |
| | bez zaměstnání..... | 4 | |

| <p>25. Kouření (zakroužkujte v každé otázce příslušnou odpověď a řiďte se pokyny vpravo)</p> <p>a) Kouříte?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ano, denně.....1 → pokračujte otázkou b) - ano, příležitostně.....2 → pokračujte otázkou e) - ne.....3 → pokračujte otázkou c) <p>b) <u>Kolik cigaret</u> obvykle kouříte v průměru každý den?</p> <ul style="list-style-type: none"> - nekouřím cigarety, ale doutníky či dýmku...1 → pokračujte otázkou e) - méně než 20 cigaret.....2 → pokračujte otázkou e) - 20 nebo více cigaret.....3 → pokračujte otázkou e) <p>c) Kouřil(a) jste někdy?</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 →dále otázka 26. <p>d) Jak je to dlouho, co jste <u>přestal(a)</u> kouřit?</p> <ul style="list-style-type: none"> - před méně než 2 roky.....1 →dále otázka f) - před 2 a více roky.....2 →dále otázka f) <p>e) V porovnání s předchozími 2 lety mohl(a) byste říci, že jste kouření <u>omezil(a)</u>?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ano, omezil(a).....1 → pokračujte otázkou f) - ne.....2 → pokračujte otázkou f) <p>f) Uveďte <u>počet let</u>, po která kouříte nebo jste kouřil(a):.....</p> | <p>26. Spotřeba alkoholu (zakroužkujte a vypište)</p> <p>a) Před jakou dobou jste požil(a) naposledy alkoholický nápoj?</p> <ul style="list-style-type: none"> - během posledního týdne 1 - před 1 – 4 týdny 2 - před 1 – 3 měsíci.....3 → pokračujte otázkou e) - před 3 – 12 měsíci.....4 → pokračujte otázkou e) - před více než rokem.....5 → pokračujte otázkou e) - celoživotní abstinent(ka)...6 → pokračujte otázkou 27. <p>b) Množství a četnost konzumace alkoholu</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">Druh alkoholu</th> <th style="width: 35%;">Jak často (po kolik dnů) jste pil(a) tento druh alkoholu během <u>posledních 4 týdnů</u>?</th> <th style="width: 50%;">V den, kdy pijete tento druh alkoholu, kolik ho obvykle vypijete?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. pivo</td> <td>(0 – 28)</td> <td>počet půllitrů</td> </tr> <tr> <td>2. víno</td> <td>(0 – 28)</td> <td>počet 1 dcl skleniček</td> </tr> <tr> <td>3. destiláty</td> <td>(0 – 28)</td> <td>počet 0,5 dcl skleniček</td> </tr> <tr> <td>4. aperitivy</td> <td>(0 – 28)</td> <td>počet 1 dcl skleniček</td> </tr> </tbody> </table> <p>c) Odpovídalo udané množství alkoholu během <u>posledních 4 týdnů</u> vaší běžné spotřebě v posledním roce?</p> <p>ANO..... 1 NE, bylo vyšší 2 NE, bylo nižší 3</p> <p>d) V kolika dnech jste během <u>posledních 4 týdnů</u> pil(a) tak, že jste byl(a) opilý(á), „měl(a) v hlavě“?</p> <p>.....počet dnů v opilosti (0-28)</p> <p>e) Bylo ve vašem životě období, kdy vám konzumace alkoholu často překážela v práci nebo doma?</p> <p style="text-align: center;">ANO 1 NE 2</p> | Druh alkoholu | Jak často (po kolik dnů) jste pil(a) tento druh alkoholu během <u>posledních 4 týdnů</u> ? | V den, kdy pijete tento druh alkoholu, kolik ho obvykle vypijete? | 1. pivo | (0 – 28) | počet půllitrů | 2. víno | (0 – 28) | počet 1 dcl skleniček | 3. destiláty | (0 – 28) | počet 0,5 dcl skleniček | 4. aperitivy | (0 – 28) | počet 1 dcl skleniček | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|---|---------|-------------------------|----------------|---------|----------|---|--------------|----------|-------------------------|--------------------------|----------|-----------------------|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|--|--|--|
| Druh alkoholu | Jak často (po kolik dnů) jste pil(a) tento druh alkoholu během <u>posledních 4 týdnů</u> ? | V den, kdy pijete tento druh alkoholu, kolik ho obvykle vypijete? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. pivo | (0 – 28) | počet půllitrů | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. víno | (0 – 28) | počet 1 dcl skleniček | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. destiláty | (0 – 28) | počet 0,5 dcl skleniček | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. aperitivy | (0 – 28) | počet 1 dcl skleniček | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>27. Užívání nelegálních drog</p> <p>Postupně projděte všechny typy drog. V otázkách A-C zapisujte následující kódy → ANO = 1, NE = 2</p> <p>V otázce D zapisujte → počet dnů 1-30</p> <p><i>Odpovědi na otázku (A) by měli vyplnit všichni. Pokud respondent odpoví na otázku (A) ANO, pokračujte v otázkách (B a pak C). Pokud odpoví na otázku (C) ANO, pokračujte otázkou (D).</i></p> | <p>A) Užil(a) jste alespoň jednou v životě XY drogu? ANO/NE</p> <p>B) Užil(a) jste XY drogu během posledního roku?</p> <p>C) Užil(a) jste XY drogu během posledního měsíce?</p> <p>D) V kolika dnech jste za poslední měsíc užil(a) XY drogu? (počet dnů 1-30)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">(A)</th> <th style="width: 25%;">(B)</th> <th style="width: 25%;">(C)</th> <th style="width: 25%;">(D)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. marihuana nebo hašiš</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. stimulancia (např. pervitin, amfetaminy, kokain)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. heroin či jiné opiáty</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. halucinogeny (např. extáze, LSD, lysohlávky)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. sedativa, hypnotika (tj. léky bez předpisu)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6. inhalanty, (tj. těkavé látky, např. toluen)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>7. jiné</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | (A) | (B) | (C) | (D) | 1. marihuana nebo hašiš | | | | 2. stimulancia (např. pervitin, amfetaminy, kokain) | | | | 3. heroin či jiné opiáty | | | | 4. halucinogeny (např. extáze, LSD, lysohlávky) | | | | 5. sedativa, hypnotika (tj. léky bez předpisu) | | | | 6. inhalanty, (tj. těkavé látky, např. toluen) | | | | 7. jiné | | | |
| (A) | (B) | (C) | (D) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. marihuana nebo hašiš | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. stimulancia (např. pervitin, amfetaminy, kokain) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. heroin či jiné opiáty | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. halucinogeny (např. extáze, LSD, lysohlávky) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. sedativa, hypnotika (tj. léky bez předpisu) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. inhalanty, (tj. těkavé látky, např. toluen) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. jiné | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | |
|---|-----------------------------|--|---|--|-----------|
| 28. Sociální zdraví a sociální podpora (vztahy s příbuznými, známými, přáteli) | | | | | |
| Zakroužkujte v tabulce u každé otázky číslo, které nejlépe odpovídá vašim pocitům. | | | | | |
| Jak často během <u>posledních 2 týdnů</u> jste: | | | | | |
| stále 1 | většinou 2 | někdy 3 | málokdy 4 | nikdy 5 | nevím 9 |
| 1. se izoloval(a) od lidí kolem sebe? | | | | 1 | 2 3 4 5 9 |
| 2. byl(a) milý(á) na ostatní lidi? | | | | 1 | 2 3 4 5 9 |
| 3. jednal(a) podrážděně, vznětlivě na ostatní? | | | | 1 | 2 3 4 5 9 |
| 4. měl(a) nerozumné, neúměrné požadavky na příbuzné a kamarády? | | | | 1 | 2 3 4 5 9 |
| 5. se cítil(a) dobře mezi lidmi? | | | | 1 | 2 3 4 5 9 |
| 6. se cítil(a) milovaný(á) a chtěný(á)? | | | | 1 | 2 3 4 5 9 |
| 7. se cítil(a) osamělý(á)? | | | | 1 | 2 3 4 5 9 |
| 8. měl někoho, kdo by vám v případě potřeby pomohl? | | | | 1 | 2 3 4 5 9 |
| 29. Sociální kontakty | | | | | |
| a) Jak často jste byl(a) v kontaktu s vašimi příbuznými, přáteli, apod. během <u>posledních 2 týdnů</u> ? | | | b) Jak byste hodnotil(a) tyto vaše sociální kontakty v <u>posledních 2 týdnech</u> ? | | |
| stále | 1 | | velmi dobré | 1 | |
| většinou | 2 | | dobré | 2 | |
| někdy | 3 | | uspokojivé | 3 | |
| málokdy | 4 | | špatné | 4 | |
| nikdy | 5 | | velmi špatné | 5 | |
| nevím | 9 | | nevím | 9 | |
| 30. Kvalita života Závěrečné otázky zjišťují, jaký máte pocit z kvality svého života, zdraví nebo dalších oblastí vašeho života v <u>posledních 2 týdnech</u> . (odpovědi v pětistupňové škále; zakroužkujte v každé otázce 1 odpověď) | | | | | |
| Velmi dobrá, velmi spokojen, úplně (stále) 1 | Dobrá, spokojen, většinou 2 | Ani dobrá, ani špatná, ani spokojen, ani nespokojen, středně 3 | Špatná, nespokojen, málo 4 | Velmi špatná, velmi nespokojen, vůbec ne 5 | |
| 1. Jak byste ohodnotil(a) kvalitu svého života? | | | | 1 | 2 3 4 5 |
| 2. Jak jste spokojen(a) se svým zdravím? | | | | 1 | 2 3 4 5 |
| 3. Máte dostatek energie ke každodennímu životu? | | | | 1 | 2 3 4 5 |
| 4. Jak jste spokojen(a) se svou schopností vykonávat každodenní životní aktivity? | | | | 1 | 2 3 4 5 |
| 5. Jak jste spokojen(a) se sebou samým? | | | | 1 | 2 3 4 5 |
| 6. Jak jste spokojen(a) se svými osobními vztahy? | | | | 1 | 2 3 4 5 |
| 7. Máte dostatek peněz k naplnění svých potřeb? | | | | 1 | 2 3 4 5 |
| 8. Jak jste spokojen(a) s podmínkami svého životního prostředí? | | | | 1 | 2 3 4 5 |
| 31. Úroveň zdravotnictví | | | | | |
| a) Jak jste celkově spokojen(a) s fungováním systému zdravotní péče v naší zemi? | | | b) Naše šetření provádíme každý třetí rok a poslední proběhlo v roce 1999. Domníváte se, že se od té doby naše zdravotnictví celkově: | | |
| velmi spokojen/a..... | 1 | | výrazně se zlepšilo..... | 1 | |
| spokojen/a..... | 2 | | zlepšilo..... | 2 | |
| ani spokojen/a, ani nespokojen/a..... | 3 | | zůstalo na stejné úrovni..... | 3 | |
| nespokojen..... | 4 | | zhoršilo se..... | 4 | |
| velmi nespokojen..... | 5 | | výrazně se zhoršilo..... | 5 | |

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky

Výběrové šetření
o zdravotním stavu
české populace
2002

2003