

System monitorování zdravotního stavu obyvatelstva ve vztahu k životnímu prostředí



Subsystem 6

Hodnocení zdravotního stavu Studie HELEN Demografické stárnutí

Odborná zpráva za rok 2010

Státní zdravotní ústav Praha

Praha, červenec 2011

Ústředí systému monitorování zdravotního stavu obyvatelstva ve vztahu k životnímu prostředí

Řešitelské pracoviště: Státní zdravotní ústav Praha

Ředitelka ústavu: Ing. Jitka Sosnovcová

Ředitelka Ústředí monitoringu: MUDr. Růžena Kubínová

Garant projektu: MUDr. Jana Kratěnová

Řešitelé:

MUDr. Jana Kratěnová

Mgr. Michala Lustigová

RNDr. Marek Malý, CSc.

MUDr. Kristýna Žejglicová

Spolupracující organizace - zdravotní dotazník:

Dislokovaná pracoviště SZÚ v: Plzni
Hradci Králové
Ústí nad Labem
Olomouci
Brně
Českých Budějovicích
Jihlavě
Karviné

Regionální pracoviště SZÚ pro Prahu a střední Čechy

Materiál je zpracován na základě usnesení vlády ČR č. 369/1991 a č.810/1998

OBSAH

Seznam zkratk	4
Seznam tabulek	5
Seznam grafů	6

STUDIE ZDRAVOTNÍHO STAVU HELEN 2009-2010

1. Úvod	7
2. Metodika	8
3. Struktura dotazníku	9
4. Výsledky	10
4.1 Respondence	10
4.2 Charakteristika souboru	10
4.3 Zdravotní stav	12
4.4 Výskyt rizikových faktorů chronických neinfekčních onemocnění	17
4.5 Výživa a stravovací zvyklosti	22
4.6 Psychosociální faktory	24
4.7 Názory na zdraví, životní a sociální prostředí v místě bydliště	27
5. Diskuse	32
6. Závěry	33
Literatura	34
Tabulky	35

VYBRANÉ UKAZATELE DEMOGRAFICKÉ A ZDRAVOTNÍ STATISTIKY**DEMOGRAFICKÉ STÁRNUTÍ**

1. Úvod	38
2. Demografické stárnutí z pohledu zdraví, soběstačnosti a kvality života	38
3. Naděje dožití a naděje dožití ve zdraví	39
4. Soběstačnost a disabilita	40
5. Kvalita života ve vyšším věku	43
6. Závěr	45
Literatura	46

SEZNAM ZKRATEK

AHA	American Heart Association
BMI	Body mass index – index tělesné hmotnosti
ICHS	Ischemická choroba srdeční
IM	Infarkt myokardu
CMP	Cévní mozková příhoda
TK	Krevní tlak
WHO	Světová zdravotnická organizace

AB	Praha
BM	Brno
CB	České Budějovice
HK	Hradec Králové
JI	Jihlava
KI	Karviná
KD	Kladno
KM	Kroměříž
LI	Liberec
ME	Mělník
MO	Most
OC	Olomouc
OV	Ostrava
PM	Plzeň
SU	Šumperk
UL	Ústí nad Labem
UO	Ústí nad Orlicí
ZN	Znojmo
ZR	Žďár nad Sázavou

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka č. 1: Vyvolávající příčina alergického onemocnění (% osob)</i>	17
<i>Tabulka č. 2: Frekvence konzumace vybraných potravin (% osob)</i>	22
<i>Tabulka č. 3: Počet dotazníků a dosažená čistá response (%)</i>	35
<i>Tabulka č. 4: Nejvyšší dosažené vzdělání (% osob)</i>	35
<i>Tabulka č. 5: Rodinný stav (% osob)</i>	36
<i>Tabulka č. 6: Současná ekonomická aktivita (% osob)</i>	36
<i>Tabulka č. 7: Negativní ukazatele zdravotního stavu (% osob)</i>	37

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Nejvyšší dosažené vzdělání, srovnání mužů a žen (% osob)	11
Graf č. 2: Nejvyšší dosažené vzdělání, srovnání měst (% osob)	11
Graf č. 3: Subjektivní hodnocení zdravotního stavu (% osob)	12
Graf č. 4: Příčiny dlouhodobých zdravotních obtíží (% mužů a žen).....	13
Graf č. 5: Dlouhodobé zdravotní obtíže ve městech (% osob)	13
Graf č. 6: Dlouhodobá farmakoterapie – důvody užívání léků (% mužů a žen)	14
Graf č. 7: Prevalence vybraných onemocnění (% mužů a žen)	15
Graf č. 8: Výskyt vybraných onemocnění ve městech (% osob)	16
Graf č. 9: Podíl osob podle kategorií BMI (% mužů a žen)	18
Graf č. 10: Podíl osob podle kategorií BMI ve městech (% osob)	18
Graf č. 11: Léčba zvýšené hladiny cholesterolu (% mužů a žen)	19
Graf č. 12: Kuřácké zvyklosti (% mužů a žen)	20
Graf č. 13: Podíl kuřáků ve městech (% mužů a žen).....	20
Graf č. 14: Průměrný počet hodin věnovaný sportovní aktivitě během týdne	21
Graf č. 15: Dodržování zásad zdravé výživy (% osob).....	23
Graf č. 16: Dodržování zásad zdravé výživy ve městech (% osob)	23
Graf č. 17: Nadměrná konzumace alkoholu ve městech (% osob)	24
Graf č. 18: Spokojenost se životem (% osob)	25
Graf č. 19: Názory respondentů na možnost snížení rizika vzniku rakoviny a IM	26
Graf č. 20: Projevy deprese ve sledovaných městech (% osob)	27
Graf č. 21: Výskyt deprese podle vzdělání a podle typu soužití (% osob).....	27
Graf č. 22: Názory respondentů na faktory ovlivňující zdraví (% osob)	28
Graf č. 23: Názory respondentů na životní prostředí (% osob)	29
Graf č. 24: Obtěžující faktory životního prostředí (% osob obtěžovaných daným faktorem)	29
Graf č. 25: Názory respondentů na sousedské vztahy (% osob)	30
Graf č. 26: Názory respondentů na kriminalitu (% osob).....	31
Graf č. 27: Naděje dožití ve věku 65 let a ve věku 80 let, ČR, 1990-2009	39
Graf č. 28: Naděje dožití podle úrovně omezení běžných aktivit ve věku 65, ČR, v letech 2005 a 2009	40
Graf č. 29: Omezení každodenních aktivit - 1 a více aktivit (%), ČR, 2006.....	41
Graf č. 30: Problémy se zvládnutím chodu domácnosti - 1 a více činností (%), ČR, 2006.....	41
Graf č. 31: Problémy s pohyblivostí, hybností paží a jemnou motorikou - 3 a více problémů (%), ČR, 2006	42
Graf č. 32: Absence jakékoliv fyzické aktivity (%), ČR, 2006	42
Graf č. 33: Kvalita života podle subjektivní úrovně zdravotního stavu, ČR, 2006	44
Graf č. 34: Kvalita života podle nejvyššího dosaženého vzdělání, ČR, 2006.....	44
Graf č. 35: Kvalita života ve vybraných evropských zemích (projekt SHARE), 2006.....	45

HELEN 2009-2010

1. Úvod

V rámci Systému monitorování zdravotního stavu obyvatelstva ve vztahu k životnímu prostředí je od roku 1998 zdravotní stav obyvatel sledován na základě dotazníkového šetření nazvaného

Studie HELEN - *Health, Life Style and Environment.*

Hlavním cílem šetření je doplnit údaje demografické a zdravotní statistiky o další ukazatele zdravotního stavu a odhadnout prevalenci vybraných neinfekčních onemocnění a rizikových faktorů těchto onemocnění u městské populace ČR. V rámci šetření dochází také ke zjišťování některých socioekonomických a psychosociálních charakteristik a ukazatelů životního stylu respondentů. Dále jsou hodnoceny názory obyvatel účastnících se lokalit na kvalitu životního prostředí v místě bydliště, a sledovány jejich postoje k problematice životního stylu a zdraví. Údaje jsou hodnoceny jak souhrnně, tak zvlášť pro jednotlivá města.

V letech 1998 až 2002 uskutečnila první etapa studie Helen ve 27 městech ČR (viz. odborná zpráva Subsystemu 6 za rok 2003).

V roce 2004 a 2005 proběhla druhá etapa (27 měst ČR, výsledky v odborných zprávách za rok 2004 a 2005).

Třetí etapa šetření proběhla v letech 2009 - 2010 v 19 městech ČR (2009 - Brno, České Budějovice, Hradec Králové, Karviná, Kladno, Mělník, Most, Olomouc, Plzeň, Žďár nad Sázavou; 2010 – Praha 10, Ústí nad Labem, Liberec, Šumperk, Ostrava, Znojmo, Kroměříž, Jihlava, Ústí nad Orlicí). Důvody postupné redukce účastnických měst a zrušení lékařské vyšetření v roce 2010 byly finanční a personální.

Tato zpráva je věnována konečným výsledkům třetí etapy.

2. Metodika

V metodice šetření došlo mezi lety 2009 a 2010 k částečné úpravě, která ale neovlivnila kvalitu dat, ani možnost jejich společného hodnocení.

V obou letech byl ve vybraných městech proveden systematický náhodný výběr zaručující reprezentativnost vzorku, oporou náhodného výběru byl registr evidence obyvatel Ministerstva vnitra ČR.

V roce 2009 bylo v každém městě vybráno 800 osob (400 mužů a 400 žen) ve věku 45-54 let. Dotazníkové šetření bylo plánováno u všech 800 vybraných osob z daného města, polovina z nich (200 mužů a 200 žen) byla zároveň pozvána k lékařskému vyšetření. Lékařské vyšetření zahrnovalo opakované měření krevního tlaku, změření tělesné výšky, hmotnosti, obvodu pasu a boků a stanovení koncentrace celkového cholesterolu v krvi. Koncentrace celkového cholesterolu v krvi byla stanovena pomocí reflotronu, přístroje pro screeningové vyšetření cholesterolu z kapilární krve. Výsledky vyšetření byly zaznamenávány do vyšetřovacího protokolu a předány respondentům v přehledné tabulce. Organizace vyšetření byla plně zajištěna pracovníky SZÚ

Respondenti, kteří nezareagovali v první části šetření, byli opakovaně osobně kontaktováni tazatelem. Tazatelé byli pracovníci SZÚ a dále externí tazatelé – bývalí zaměstnanci zdravotních ústavů a studenti.

V případě, že vybraná osoba odmítla vyplnit dotazník, byla požádána o zodpovězení několika otázek, odpovědi byly zaznamenány tazatelem do dotazníku pro non-respondenty.

V roce 2010 bylo z registru obyvatelstva vybíráno 600 osob (300 mužů a 300 žen) v každém městě. Vybrané osoby obdrželi poštou informační dopis spolu s dotazníkem. Respondenti, kteří nezareagovali na první oslovení, byli znovu obesláni dopisem. Lékařské vyšetření bylo zrušeno.

Od roku 2009 měli respondenti také možnost vyplnit dotazník na internetu.

V obou letech bylo obyvatelstvo zúčastněných měst před zahájením šetření a v jeho průběhu o realizaci studie Helen informováno místními sdělovacími prostředky.

Veškeré údaje získané z dotazníku a lékařského vyšetření byly uloženy pracovníky SZÚ do databáze SZÚ. Kontrolování a zpracování dat bylo provedeno v SZÚ.

Data byla zpracována jednak souhrnně, jednak zvlášť pro města a obě pohlaví. Výsledky šetření jsou popsány pomocí relativních četností. Hypotéza o shodě procentuálního zastoupení hodnocených kategorií v kontingenční tabulce byla testována pomocí χ^2 -testu nezávislosti. Významnost testů byla posuzována na základě p-hodnoty, která odpovídá nejnižší hladině testu, na které je ještě možno zamítnout nulovou hypotézu. Testy byly prováděny na 5 % hladině významnosti, hodnota $p < 0,05$ tedy znamená statisticky významný rozdíl v rozložení/rozdělení sledovaného jevu mezi muži a ženami, nebo mezi jednotlivými městy.

3. Struktura dotazníku

Struktura dotazníku pochází z roku 1998 (první etapa šetření), v druhé etapě došlo k rozšíření otázek věnovaných pohybové aktivitě a ke změně otázek zjišťujících stravovací zvyklosti. Úpravy dotazníku před třetí etapou byly minimální.

Dotazník obsahoval 70 otázek a byl členěn do následujících oddílů:

- osobní údaje a zaměstnání,
- bydlení,
- osobní anamnéza,
- zdravotní stav,
- rodinná anamnéza,
- údaje o způsobu života:
 - pohybová aktivita
 - výživa a stravovací zvyklosti
 - kuřácké zvyklosti
- osobní názory, sociální a ekonomické podmínky,
- názory na životní prostředí.

4. Výsledky

4.1 Response

Z celkového počtu 13 400 oslovených osob bylo odečteno 1 144 nebydlících na adrese uvedené v registru obyvatelstva ČR. Čistá návratnost kompletně vyplněných dotazníků ve třetí etapě studie byla 41,6 % (5 103 dotazníků). Dotazník vyplnilo 42,3 % mužů a 57,6 % žen. Response se v jednotlivých městech pohybovala od 31,5 % ve Znojmě po 58,8 % v Karviné (*tabulka č. 3*).

Na základě prvního oslovení bylo získáno 3 864 dotazníků (31,5 %; 27,7 % poštou a 3,8 % elektronicky). Další postup se mezi roky 2009 a 2010 lišil (viz. Metodika). V roce 2009 respondenti, kteří nezareagovali na první oslovení, byli opakovaně osobně kontaktováni tazatelem; tímto způsobem bylo získáno dalších 634 dotazníků (8,7 % z oslovených v roce 2009). V roce 2010 byli respondenti znovu obesláni dopisem a bylo získáno 527 dotazníků (10,5 % z oslovených v roce 2010). V Ostravě, vzhledem k nízké respondenci po druhém oslovení, byla o spolupráci požádána zkušená místní tazatelka, která získala 103 dotazníků a bylo zde dosaženo response 45,8 %. Celkově bylo získáno 5 128 vyplněných dotazníků, po kontrole dat a vyřazení neúplných a duplicitních záznamů, bylo zpracováno 5 103 dotazníků.

Lékařského vyšetření se zúčastnilo 762 osob, celková návštěvnost vyšetření byla 20,6 %.

4.2 Charakteristika souboru

a) Pohlaví

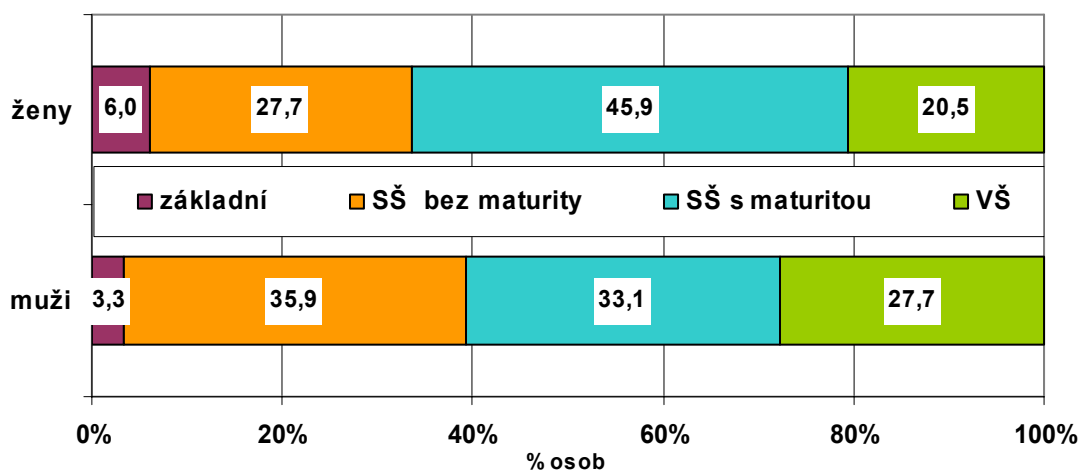
Soubor tvořilo 2158 mužů (42,3 %) a 2938 žen (57,6 %). U 7 osob nebylo uvedeno pohlaví. Zastoupení obou pohlaví se mezi městy statisticky významně nelišilo ($p=0,612$).

b) Vzdělání

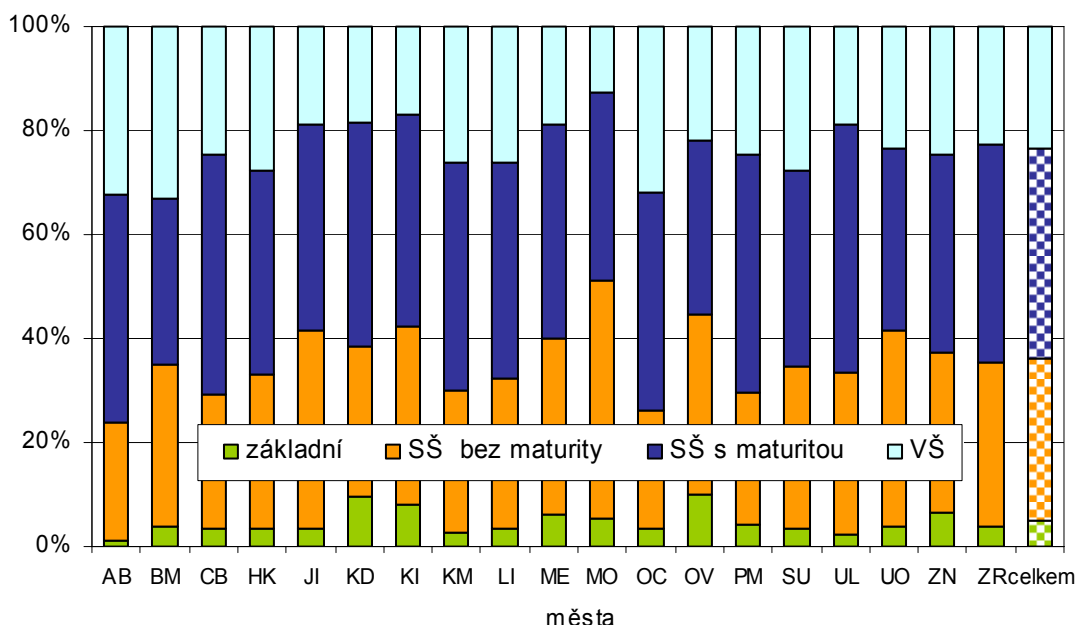
Ve sledované populaci bylo 4,7 % osob se základním vzděláním (do této kategorie jsou zařazeny i osoby s neukončeným základním vzděláním), 31,1 % osob vyučených bez maturity, dále 40,5 % středoškoláků s maturitou a 23,5 % vysokoškoláků. Nejčastějším vzděláním u mužů bylo učňovské bez maturity (35,9 % mužů), u žen středoškolské s maturitou (45,9 % žen). Srovnání žen a mužů ukazuje *Graf č. 1*. Rozdíly v dosaženém vzděláním mezi muži a ženami byly statisticky významné ($p<0,001$).

Při porovnání měst jsme zohlednili především procento osob pouze se základním vzděláním a proti tomu procento vysokoškoláků. Nejvíce vysokoškoláků (přes 30%) bylo v Praze, Brně a Olomouci, současně v těchto městech bylo i méně než průměrně osob jen se základním vzděláním (*Tabulka č. 4*). Naopak nižšího vzdělání dosahovali respondenti z Mostu, Karviné, Kladna a Ostravy, rozdíly mezi městy byly statisticky významné ($p<0,001$), (*Graf č. 2*).

Graf č. 1: Nejvyšší dosažené vzdělání, srovnání mužů a žen (% osob)



Graf č. 2: Nejvyšší dosažené vzdělání, srovnání měst (% osob)



c) Rodinný stav

V partnerském vztahu (s partnerem/partnerkou; manželem/manželkou) žilo celkem 71,2 % osob (73,94 % mužů a 69,2 % žen), osaměle žijících osob (bez partnera) bylo 28,8 %. Rozdíl mezi muži a ženami byl významný ($p < 0,001$). Rodinný stav respondentů v jednotlivých městech je uveden v *Tabulka č. 5*, rozdíly mezi městy byly statisticky významné ($p < 0,001$). Nejvíce osaměle žijících (přes 35 %) bylo v Praze, Mostě a Ostravě.

d) Ekonomická aktivita

V hodnoceném souboru bylo celkem 88,4 % ekonomicky aktivních osob, bez rozdílu mezi muži a ženami ($p = 0,204$). Převaha respondentů spadá do kategorie pracujících v zaměstnaneckém poměru (73,1 % osob), soukromě podnikalo 20,6 % mužů a jen 10,1% žen ($p < 0,001$). Nezaměstnaných bylo 5,2 % ze všech respondentů (5,5 % mužů a 5,0 % žen).

Nejvíce nezaměstnaných respondentů bylo v Ostravě (17,7%) a v Karviné (10,7 %), nejméně v Hradci Králové (1,1 %) a Českých Budějovicích (2,0 %). rozdíl mezi městy byl významný ($p < 0,001$), (Tabulka č. 6).

4.3 Zdravotní stav

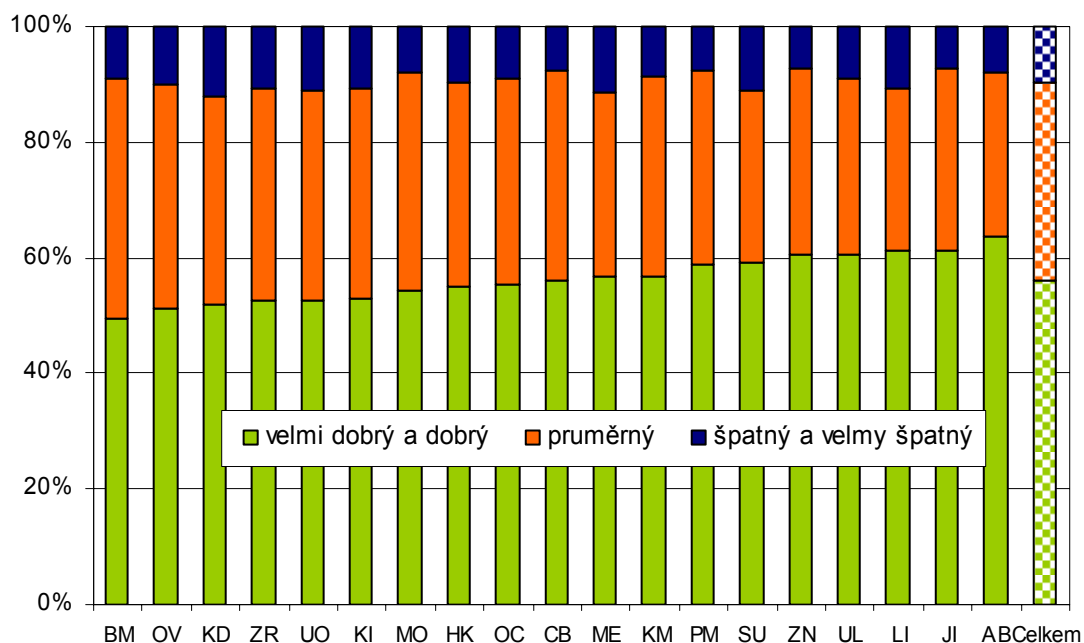
Hodnocení zdravotního stavu bylo provedeno na základě otázek věnovaných osobní anamnéze respondentů. Odhad prevalence vybraných neinfekčních onemocnění byl tedy proveden pouze na základě údajů poskytnutých respondenty, bez použití výpisů ze zdravotní dokumentace jejich ošetřujícího lékaře.

a) Subjektivní hodnocení zdravotního stavu

K hodnocení subjektivního vnímání zdraví byla použita mezinárodně srovnatelná otázka, kdy respondenti hodnotili svůj zdravotní stav za posledních šest měsíců pomocí pětibodové škály, od velmi dobrý po velmi špatný. Za dobrý nebo velmi dobrý pokládalo svůj zdravotní stav 55,9 % respondentů, 34,5 % jej hodnotilo jako průměrný a 9,6 % jako špatný nebo velmi špatný. V subjektivním hodnocení zdravotního stavu se muži a ženy statisticky významně nelišili ($p = 0,968$).

Nejvíce osob spokojených se svým zdravím (hodnocení dobrý a velmi dobrý) bylo v Praze (63,7 %), přes 60% spokojených respondentů bylo v Liberci, Ústí nad Labem, Jihlavě a Znojmě. Nejvyšší podíl osob negativně hodnotících svůj zdravotní stav bylo v Kladně (12,2 %) a dále v Mělníku, Karviné, Liberci, Ústí nad Orlicí, Žďáru nad Sázavou, Ostravě a Šumperku (více než 10 %), (Tabulka č. 7). Rozdíl mezi městy nebyl statisticky významný ($p = 0,228$), (Graf č. 3).

Graf č. 3: Subjektivní hodnocení zdravotního stavu (% osob)



b) Dlouhodobé zdravotní obtíže

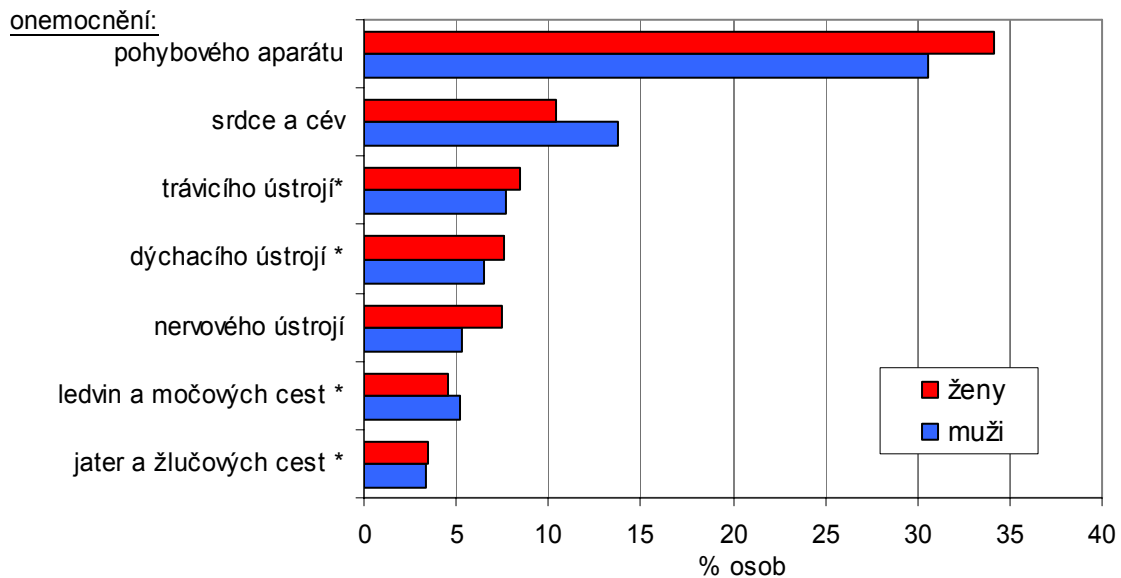
Dalším sledovaným subjektivním ukazatelem zdravotního stavu byla přítomnost dlouhodobých zdravotních obtíží, tj. obtíží trvajících po dobu delší než šest měsíců.

Na zdravotní obtíže si celkem stěžovalo 55,4 % osob, bez častěji ženy (56,8 %) než muži (53,5 %; $p = 0,019$). Jednoznačně nejčastější příčinou dlouhodobých zdravotních obtíží byly obtíže týkající se

pohybového ústrojí, uvedlo je přes 32,6 % respondentů, na druhém místě byly obtíže srdce a cév, které postihly 11,8 % osob. Frekvenci všech příčin dlouhodobých zdravotních obtíží u mužů a žen ukazuje Graf č. 4.

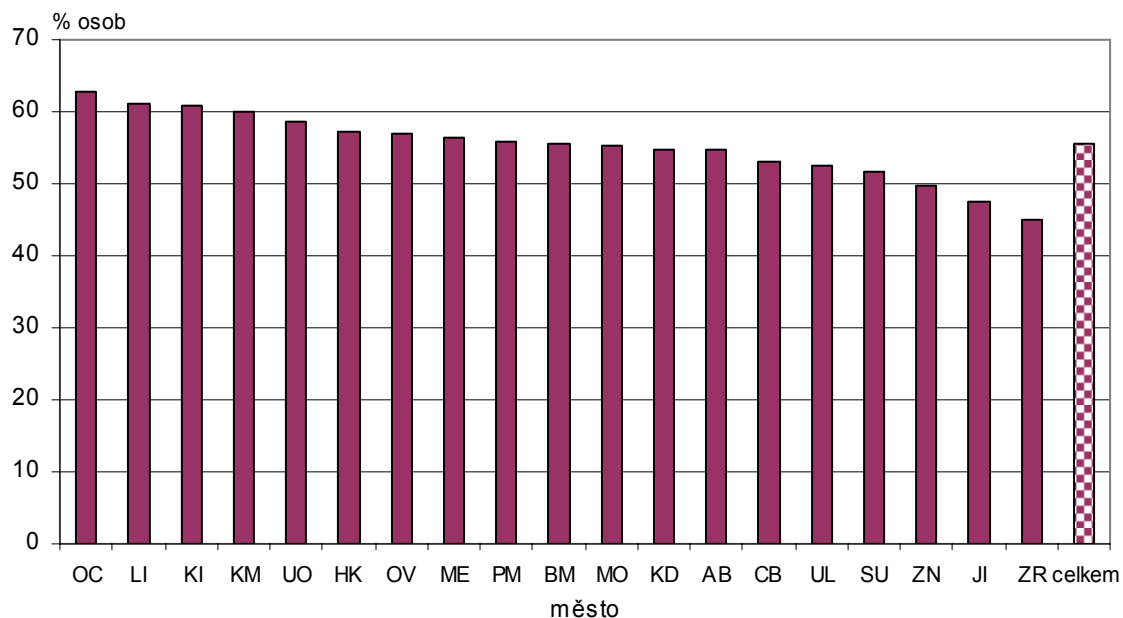
Graf č. 4: Příčiny dlouhodobých zdravotních obtíží (% mužů a žen)

* rozdíl mezi muži a ženami není statisticky významný



Procento osob, které uvádělo dlouhodobé zdravotní obtíže, se v jednotlivých městech pohybovalo od 45,0 % ve Žďáru nad Sázavou do 62,8 % v Olomouci ($p=0,001$), viz graf č. 5 a tabulka č. 7.

Graf č. 5: Dlouhodobé zdravotní obtíže ve městech (% osob)



Sledováno lékařem pro některé onemocnění je 48,8 % osob (42,8 % mužů a 53,1 % žen, $p<0,001$), nejméně často překvapivě v Karviné (43,5%), nejčastěji v Ústí nad Labem a Olomouci (cca 55 %).

Část respondentů uvádějící dlouhodobé zdravotní obtíže přitom na otázku, zda jsou dlouhodobě sledováni nebo léčeni lékařem odpověděla záporně (31,1 %), v závislosti na typu onemocnění.

U onemocnění srdce a cév je sledováno a léčeno lékařem 87,5 % osob, nejméně navštěvují lékaře osoby s obtížemi pohybového aparátu (64,3 %).

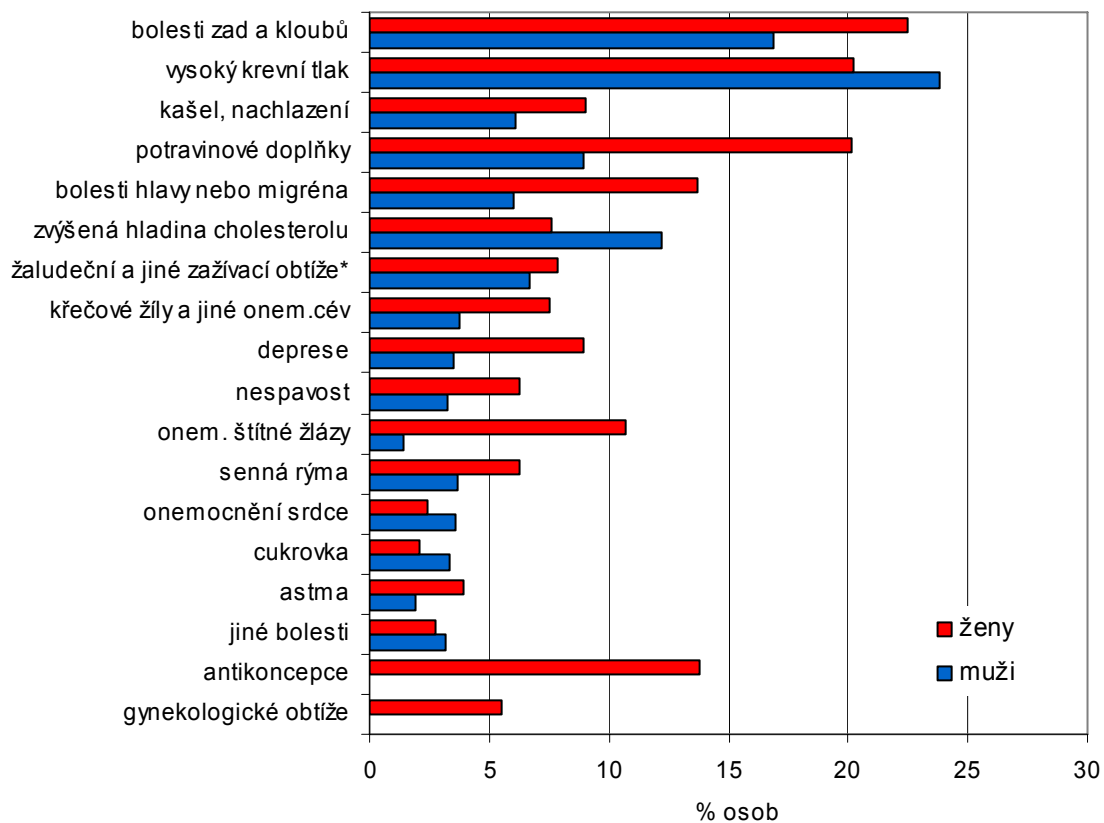
c) Dlouhodobá farmakoterapie

V rámci hodnocení farmakoterapie bylo sledováno užívání léků po dobu delší než čtrnáct dnů v průběhu posledního roku a zároveň důvody dlouhodobého užívání léků. Celkem dlouhodobě bralo léky 64,1 % osob, ženy významně častěji než muži (56,4 % mužů a 69,7 % žen, $p < 0,001$).

Nejčastějším důvodem užívání léků byl vysoký krevní tlak (21,8 %) a bolesti zad a kloubů (20,1 % osob). V grafu č. 6 jsou znázorněny rozdíly mezi muži a ženami. Z osob, které uvedly vysoký krevní tlak v anamnéze, léky užívalo 68,5 %. Z respondentů se zvýšenou hladinou cholesterolu v anamnéze mělo medikamentózní léčbu 27,8 %. U osob s cukrovkou to bylo 57,8 %.

Graf č. 6: Dlouhodobá farmakoterapie – důvody užívání léků (% mužů a žen)

* rozdíl mezi muži a ženami není statisticky významný



Vitamínové preparáty nebo preparáty obsahující stopové prvky užívalo pravidelně (3krát týdně a vícekrát) 24,4 % respondentů (17,4 % mužů a 29,4 % žen). Ženy užívaly tyto preparáty významně častěji než muži ($p < 0,001$).

d) Prevalence vybraných chronických neinfekčních onemocnění

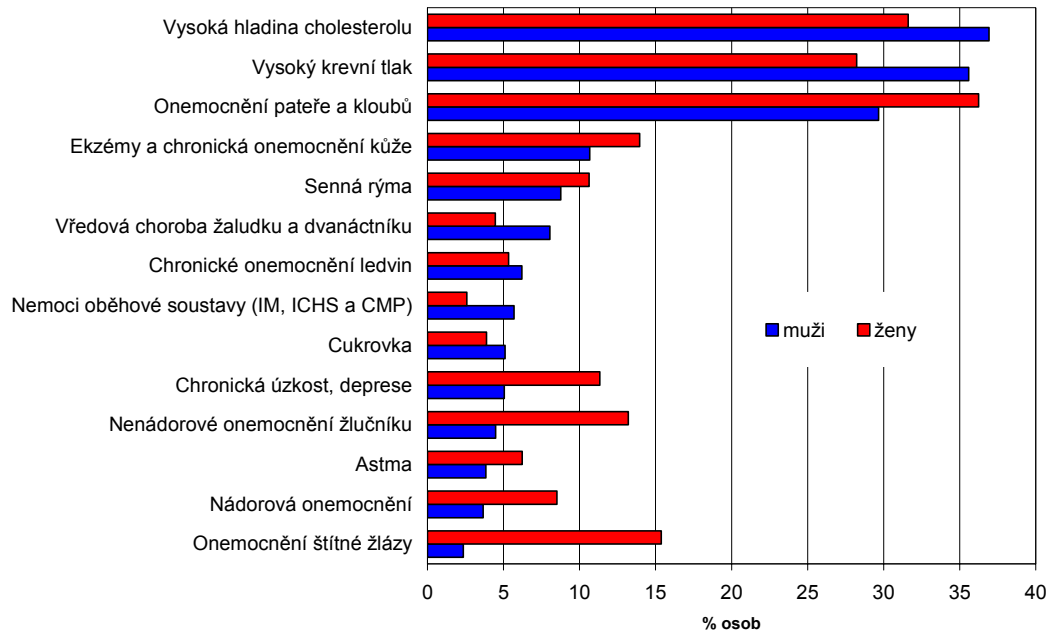
Jedním z cílů šetření bylo odhadnout prevalenci vybraných neinfekčních onemocnění ve sledované městské populaci.

Stanovení prevalence vybraných onemocnění vycházelo z odpovědi na otázku, zda byly respondentovi tyto nemoci zjištěny lékařem. Nejčastějšími onemocněními onemocnění páteře a kloubů (33,5 %

osob), vysoký krevní tlak (31,5 %), a dále skupina alergických onemocnění (23,4 %). Přehled celoživotní prevalence vybraných neinfekčních onemocnění u mužů a žen uvádí *graf č. 7*.

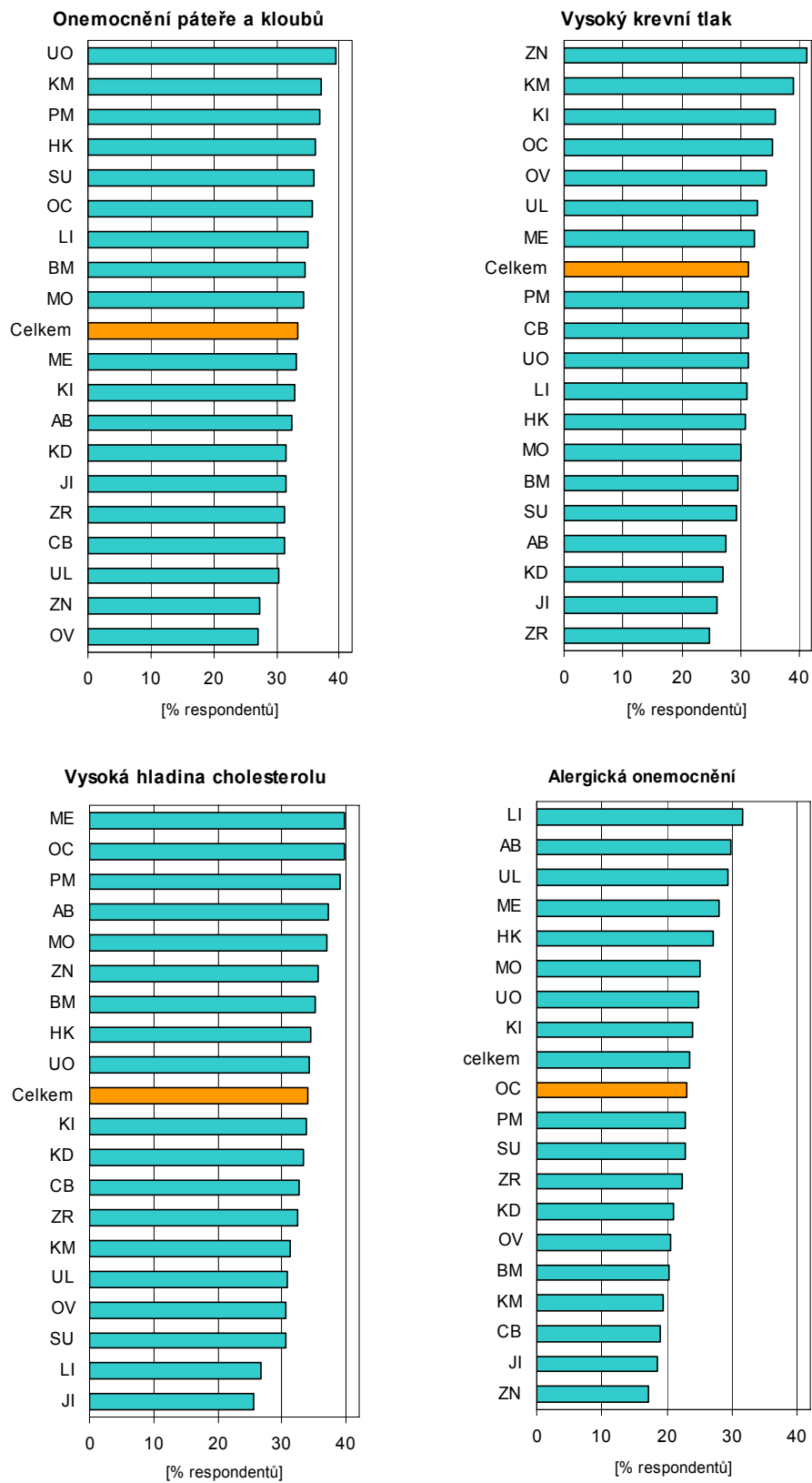
Graf č. 7: Prevalence vybraných onemocnění (% mužů a žen)

* rozdíl mezi muži a ženami není statisticky významný



Výskyt onemocnění páteře a kloubů a vysokého krevního tlaku v jednotlivých městech je znázorněn v *grafu č. 8*.

Graf č. 8: Výskyt vybraných onemocnění ve městech (% osob)



Přítomnost alergického onemocnění v osobní anamnéze uvedlo 31,9 % respondentů, významně více žen než mužů (37,5 % vs. 24,1 %; $p < 0,001$). Tři čtvrtiny respondentů (75,1%) měli potvrzenou diagnózu alergie lékařem (tj. 28,2 % žen a 16,8 % mužů z celého souboru; $p < 0,001$). Mezi městy byly statisticky významné rozdíly, nejvyšší počet alergiků (potvrzených lékařem) byl v Liberci (31,7 %) nejméně v Znojmě (17,1 %), viz *graf č. 8*. V souboru bylo 5,3 % astmatiků, významně více žen ve srovnání s muži (6,2 % vs. 3,9 %; $p < 0,001$). Výskyt senné rýmy uvedlo 9,8 % respondentů (10,6 % žen, 8,7 % mužů; $p < 0,001$). Vyvolávající příčinu alergického onemocnění znalo 84,4 % alergiků, (*tabulka č. 1*). První příznaky onemocnění se u 16,7 % alergiků objevily do 15 let věku, nejčastěji se alergie objevila až po 35 roku věku (35,9%).

Tabulka č. 1: Vyvolávající příčina alergického onemocnění (% osob)

Příčina alergie	% alergiků
pyly	51,7
prach	32,5
léky	21,4
srst a peří	19,0
potraviny	17,6
hmyz	14,7
roztoči	14,6
chemické látky	14,5
jiná příčina	18,6

4.4 Výskyt rizikových faktorů chronických neinfekčních onemocnění

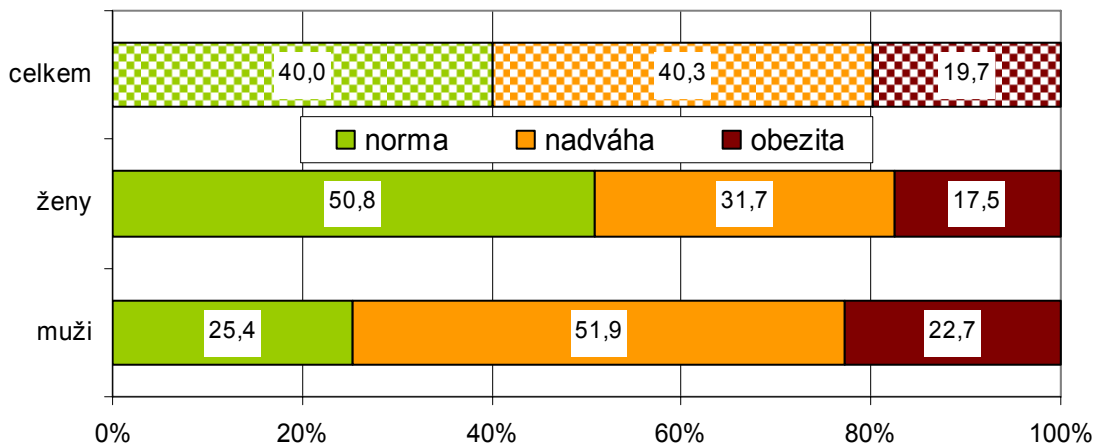
a) Obezita

Obezita je definována (klasifikace podle WHO a International Obesity Task Force) jako hodnota indexu tělesné hmotnosti (body mass indexu BMI) vyšší nebo rovná 30 kg/m². Za normální/optimální se považují hodnoty BMI v rozmezí 18,5 – 24,9 kg/m², hodnoty v rozmezí 25-29,9 kg/m² se pak hodnotí jako nadváha.

Na základě údajů uvedených samotnými respondenty v dotazníku bylo ve sledované populaci zjištěno celkem 19,7 % obézních respondentů (22,7 % mužů a 17,5 % žen) a 40,3 % osob s nadváhou (51,9 % u mužů a 31,7 % u žen). Optimální hodnoty BMI mělo 40,0 % respondentů (25,4 % u mužů a 50,8 % u žen). Mezi muži a ženami byl zjištěn statisticky významný rozdíl v rozložení podle kategorií BMI ($p < 0,001$), *graf č. 9*.

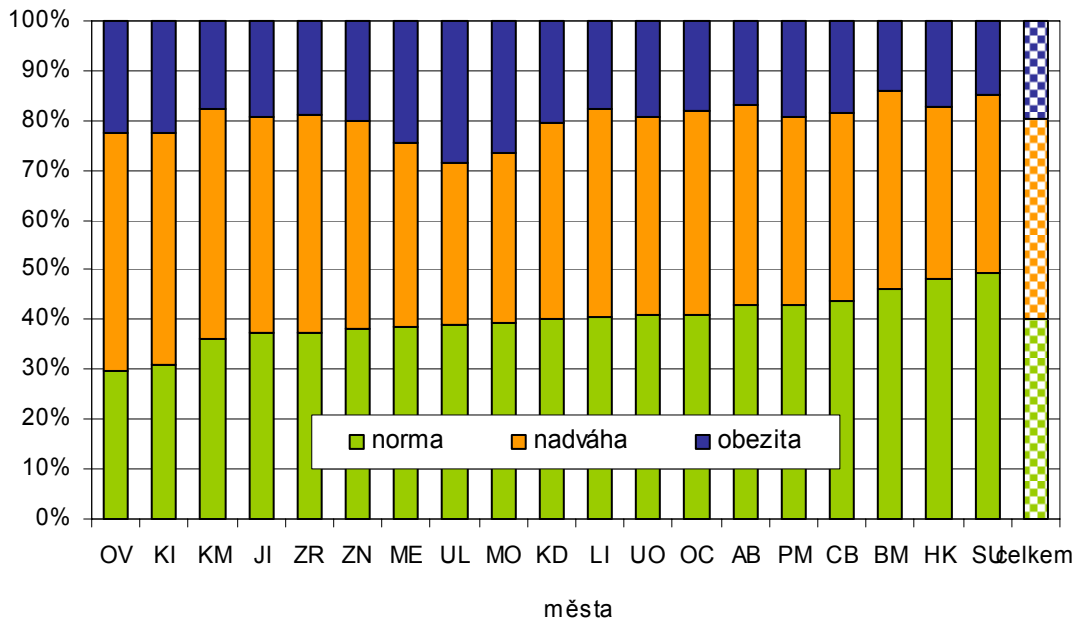
Výskyt obezity mezi respondenty jednotlivých měst pak byl hodnocen pro obě pohlaví dohromady (*graf č. 10*). Více než 25 % obézních respondentů byla v Mostě (26,3 %) a Ústí nad Labem (28,7 %), naopak méně jak 15 % jich bylo v Brně (14 %) a Šumperku (15,0%).

Graf č. 9: Podíl osob podle kategorií BMI (% mužů a žen)



Graf č. 10: Podíl osob podle kategorií BMI ve městech (% osob)

Pozn. kategorie podváha (BMI<18,5 byla vzhledem k ojedinělému výskytu (23 jedinců) sloučena s kategorií „normální BMI“.



b) Vysoký krevní tlak

Vysoký krevní tlak (hypertenze) je jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů vzniku nemocí oběhové soustavy; podle odhadů WHO celosvětově vysoký TK zapříčiní ročně vznik až 62 % cerebrovaskulárních onemocnění a 49 % ischemických onemocnění srdce [1].

Podle doporučení ESH (European Society of Hypertension) jsou hodnoty krevního tlaku klasifikovány do tří předstupňů hypertenze (optimální TK <120/80 milimetrů rtuťového sloupce (mm Hg), normální 120-129/80-84 mm Hg a vyšší normální tlak 130-139/85-89) a tří stupňů hypertenze. Jednoznačně vysokým krevním tlakem je označován TK opakovaně vyšší než 140/90 mm Hg.

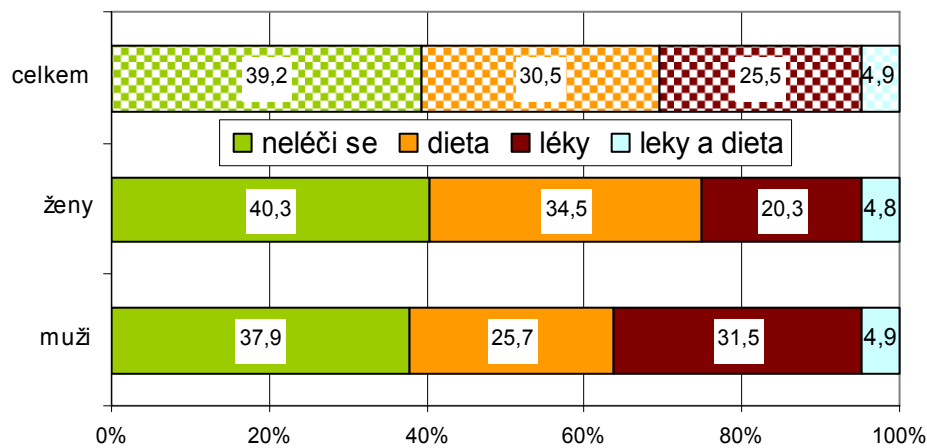
Celkem byla hypertenze lékařem diagnostikována u 31,5% osob (u 35,7% mužů a u 28,4 % žen; $p < 0,001$), z nich se léčilo 69,9 % (67,1 % mužů a 72,4 % žen; $p = 0,004$). a 35,5% z nich uvedlo, že jim byl vysoký krevní tlak zjištěn poprvé v posledním roce.

Nejčastěji uváděli vysoký TK v osobní anamnéze obyvatelé Znojma (41,1 %), nejméně často respondenti ze Žďáru nad Sázavou (24,78 %) ($p < 0,001$), viz *graf č. 8*.

c) Zvýšená hladina cholesterolu v krvi

V dotazníku byli respondenti dotazováni, zda jim někdy byla lékařem stanovena zvýšená hladina cholesterolu a pokud ano, jak je léčena. Lékařem zjištěnou zvýšenou hladinu cholesterolu v krvi uvedlo celkem 34,0 % osob (37,8% mužů a 31,8% žen, $p < 0,001$), 12,8 % osob uvedlo, že jim hladina cholesterolu dosud nebyla vyšetřena. Čtvrtina respondentů se zvýšenou hladinou cholesterolu užívá léky na jeho snížení, třetina osob dodržuje dietu a 40 % osob se neléčí vůbec. Muži častěji než ženy užívali léky, ženy naopak častěji dodržovaly dietu ($p < 0,001$), přístup k zjištěné zvýšené hladině cholesterolu u mužů a žen ukazuje *graf č. 11*.

Graf č. 11: Léčba zvýšené hladiny cholesterolu (% mužů a žen)



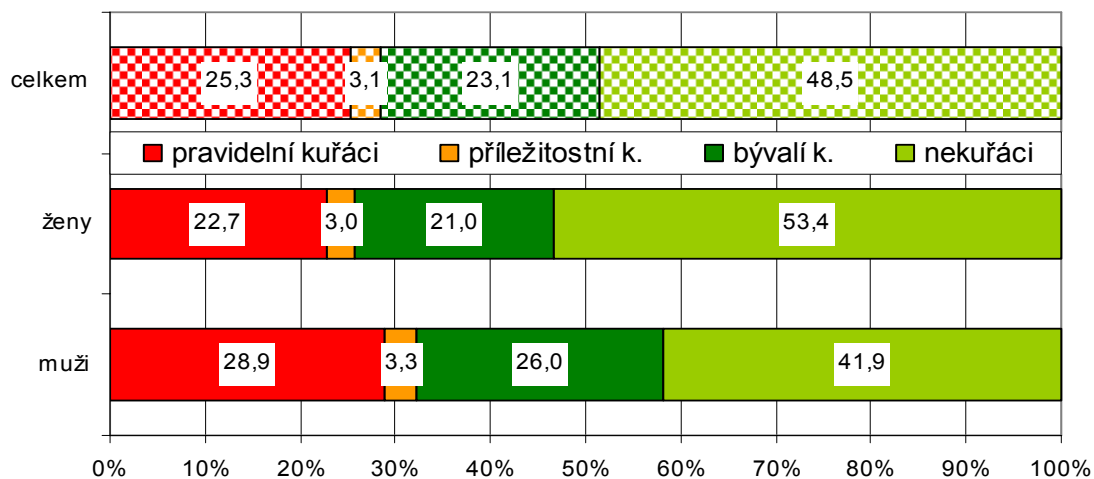
Procento osob se zvýšenou hladinou cholesterolu se ve městech pohybovalo od 25,5 % v Jihlavě do 39,8 % v Mělníku ($p < 0,001$), viz *graf č. 8*.

d) Kouření

Kouření je závažným rizikovým faktorem řady neinfekčních chronických onemocnění; na zdraví člověka však působí nejen aktivní kouření, ale také pobyt v zakouřeném prostředí (pasivní kuřáctví).

Ve sledované populaci bylo celkem 29 % kuřáků (pravidelných i příležitostných / nepravidelných), více mužů (32,1 %) než žen (25,7 %), 23,1 % bývalých kuřáků a 48,5 % nekuřáků ($p < 0,001$). Rozložení mužů a žen podle jednotlivých kategorií kuřáckých zvyklostí ukazuje *graf č. 12*. Muži - pravidelní kuřáci vykouřili průměrně 15 cigaret denně, ženy 10 cigaret.

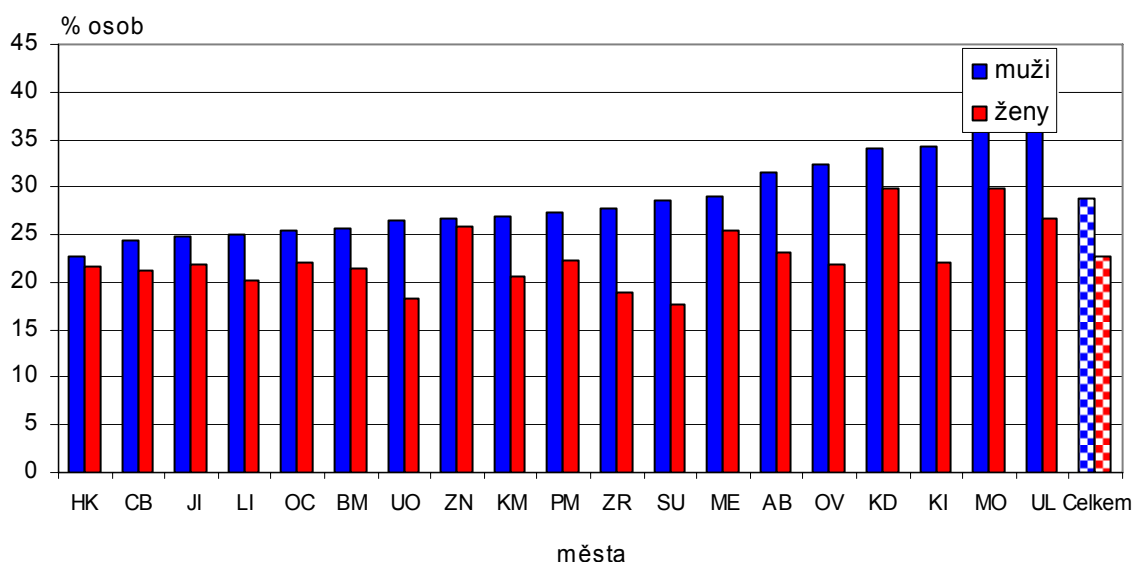
Graf č. 12: Kuřácké zvyklosti (% mužů a žen)



Více než 30 % pravidelných kuřáků bylo zjištěno ve městech Most (32,7 %), Kladno (31,5 %), a Ústí nad Labem, na druhou stranu nejméně kuřáků (do 23 %) bylo zaznamenáno v Českých Budějovicích, Ústí nad Orlicí, Hradci Králové, Brně, Znojmu a Šumperku ($p=0,038$). Graf č. 13 ukazuje podíl pravidelných kuřáků mužů a žen ve městech.. Ve všech sledovaných městech byl vyšší podíl kuřáků mezi muži.

Pasivnímu kouření (pobyt nekuřáků v zakouřené místnosti déle než 1 hodinu denně) bylo vystaveno 16,7 % nekuřáků (20,7 % mužů a 13,8 % žen, $p<0,001$). V celém souboru bylo zjištěno 18,3 % kuřáckých domácností, ve kterých se průměrně vykouřilo 14 cigaret denně.

Graf č. 13: Podíl kuřáků ve městech (% mužů a žen)



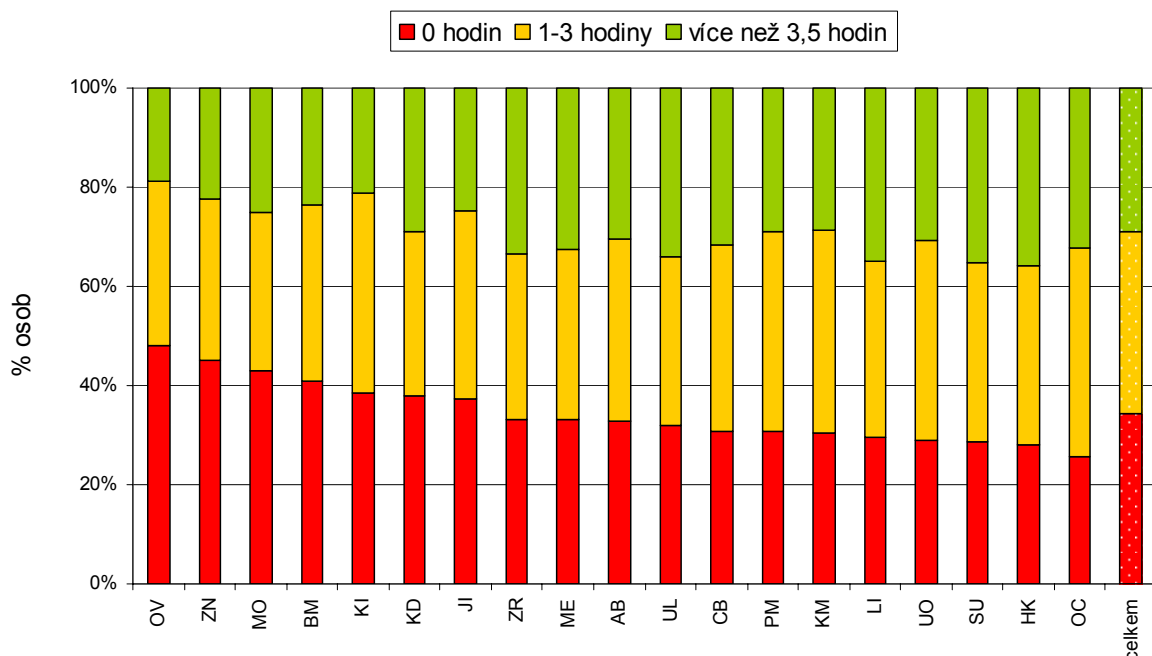
e) Pohybová nedostatečnost

Pohybová nedostatečnost, která je definovaná jako chování jedince charakteristické nízkým objemem bazálních pohybových aktivit a absencí strukturovaných pohybových aktivit¹ [2,3], byla zjištěna u 33,7 % respondentů. Mezi muži bylo 37,5 % takovýchto osob, mezi ženami 30,9 % ($p=0.001$). Statisticky významné rozdíly ($p<0.001$) ve výskytu tohoto rizikového faktoru byly zjištěny i na úrovni měst. Nejméně aktivní jsou obyvatelé Ostravy, kde byla pohybová nedostatečnost zjištěna u poloviny respondentů (52,4 %). Vyšší podíl neaktivních osob byl také v Karviné (49,6 %) a v Brně (40 %). Na druhou stranu nejméně osob s pohybovou nedostatečností bylo zjištěno mezi respondenty Hradce Králové a Plzně (27 %).

Fyzicky středně náročnou tělesnou aktivitu ve volném čase (chůze, rekreační jízda na kole, lehčí práce na zahradě a v domácnosti) 4 a vícekrát v týdnu po dobu minimálně 30 minut provozuje 50,7 % respondentů, více žen ve srovnání s muži (56,8 vs. 42,5, $p<0,001$). Fyzicky náročnou tělesnou aktivitu (sportovní aktivity, těžká práce) provozuje 10,9 % osob 4 a vícekrát týdně, 36,3 % alespoň jednou týdně a vůbec ji neprovozuje 21,6 % osob.

Sportu (cílená fyzická aktivita) se věnuje 65,6 % respondentů, polovina z nich však 3 a méně hodin týdně, navíc 91,5 % ohodnotilo tuto aktivitu jako méně náročnou (rekreační) a pouhých 8,5 % jako intenzivní sportovní aktivitu. Nulovou sportovní aktivitu pak uvedlo zbylých 34,4 %. Nejvíce respondentů s nulovou sportovní aktivitou bylo v Ostravě (48,2 %), ve Znojmě (45,0 %) a v Mostě (42,9 %), nejvíce osob provozujících sport více jak 3 hodiny týdně bylo v Hradci Králové (35,8 %) a v Liberci (34,9 %) (graf č. 14).

Graf č. 14: Průměrný počet hodin věnovaný sportovní aktivitě během týdne



¹ Mezi respondenty s pohybovou nedostatečností byly zařazeny osoby, které provozovaly fyzicky středně náročné aktivity méně než 3krát týdně a zároveň fyzicky náročné aktivity ojedinele.

4.5 Výživa a stravovací zvyklosti

a) Stravovací zvyklosti respondentů

Stravovací zvyklosti respondentů byly hodnoceny na základě odpovědí na deset otázek zjišťujících stravovací návyky. Zjišťována byla frekvence konzumace osmi druhů potravin (*tabulka č. 2*) a zda respondenti preferují nízkotučné mléčné výrobky a neslazené nápoje. Z hodnocených zásad zdravé výživy ženy častěji než muži konzumovaly ovoce a zeleninu, celozrnné pečivo a mléčné výrobky a zároveň méně často jedly fritované a smažené pokrmy. Muži méně často jedli dorty a jiné cukrovinky. Ve spotřebě drůbežního masa a ryb se muži a ženy významně nelišili. Nízkotučným mléčným výrobkům a neslazeným nápojům dávaly ženy přednost významně častěji než muži.

Tabulka č. 2: Frekvence konzumace vybraných potravin (% osob)

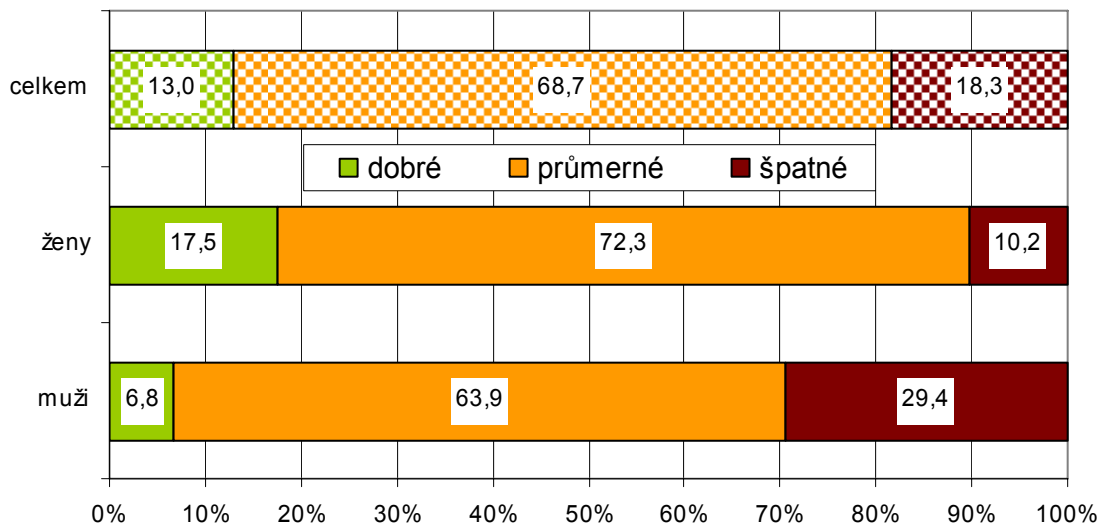
	4x týdně a více	1-3x týdně	1-3x měsíčně	Méně často nebo vůbec ne
Mléčné výrobky (včetně sýrů)	65,8	29,4	3,3	1,6
Drůbeží maso (kuře, krůta)	9,38	66,2	22,2	2,2
Ryby	1,4	23,5	56,6	18,7
Zelenina a zeleninové saláty	41,3	44,4	11,8	2,5
Ovoce	53,3	35,9	8,1	2,7
Celozrnné pečivo	33,9	32,8	16,6	16,7
Smažené nebo fritované potraviny	1,8	27,5	51,82	19,0
Dorty a jiné cukrovinky	11,6	31,4	35,5	21,4

Z odpovědí na všech deset otázek bylo stanoveno skóre, které vyjadřuje celkový přístup respondentů ke zdravé výživě. Skóre nabývalo hodnot od 0 (minimální konzumace doporučených typů potravin + častá konzumace sladkých a smažených jídel) do 18. Ženy projevily lepší přístup ke správné výživě než muži, průměrná hodnota skóre výživy byla 8,1 u mužů a 10,0 u žen ($p < 0,001$).

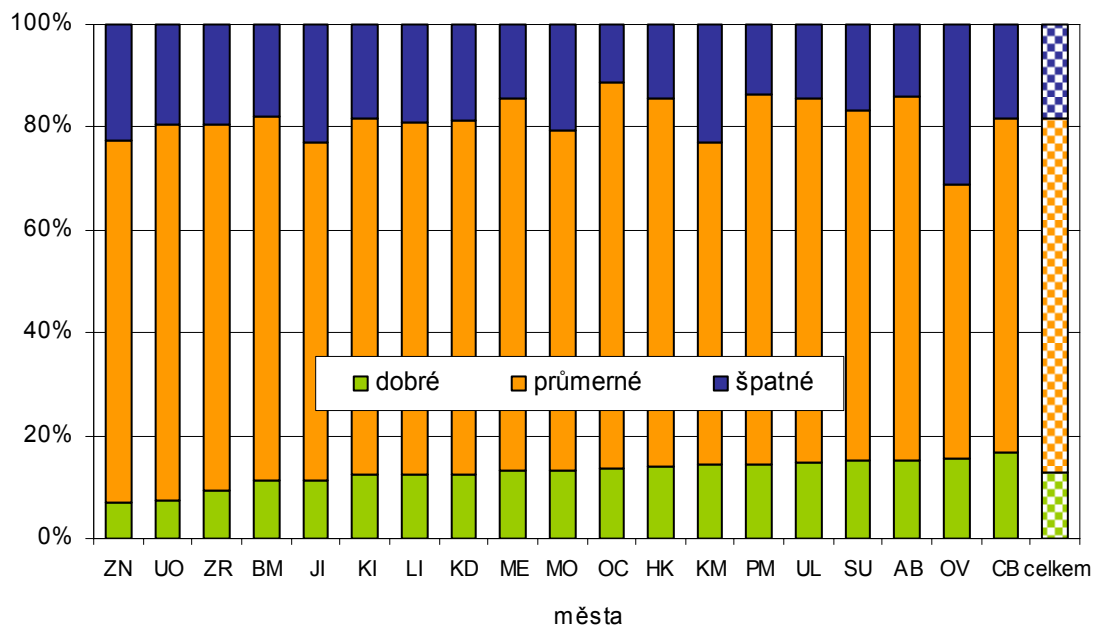
Pro další hodnocení byli respondenti na základě dosaženého skóre rozděleni do tří skupin. Celkem u 12,9 % respondentů jsme zjistili dobré dodržování zásad zdravé výživy, naopak 18,3 % osob tato pravidla dodržuje velmi omezeně (29,4 % mužů a 10,2 % žen, $p < 0,001$), (*graf č. 15*).

Rozdíly mezi stravovacími návyky byly mezi městy významné, nejvyšší procento osob dodržujících správné stravovací návyky bylo v Českých Budějovicích (16,7 %), nejméně v Znojmě (6,9 %), (*graf č. 16*).

Graf č. 15: Dodržování zásad zdravé výživy (% osob)



Graf č. 16: Dodržování zásad zdravé výživy ve městech (% osob)

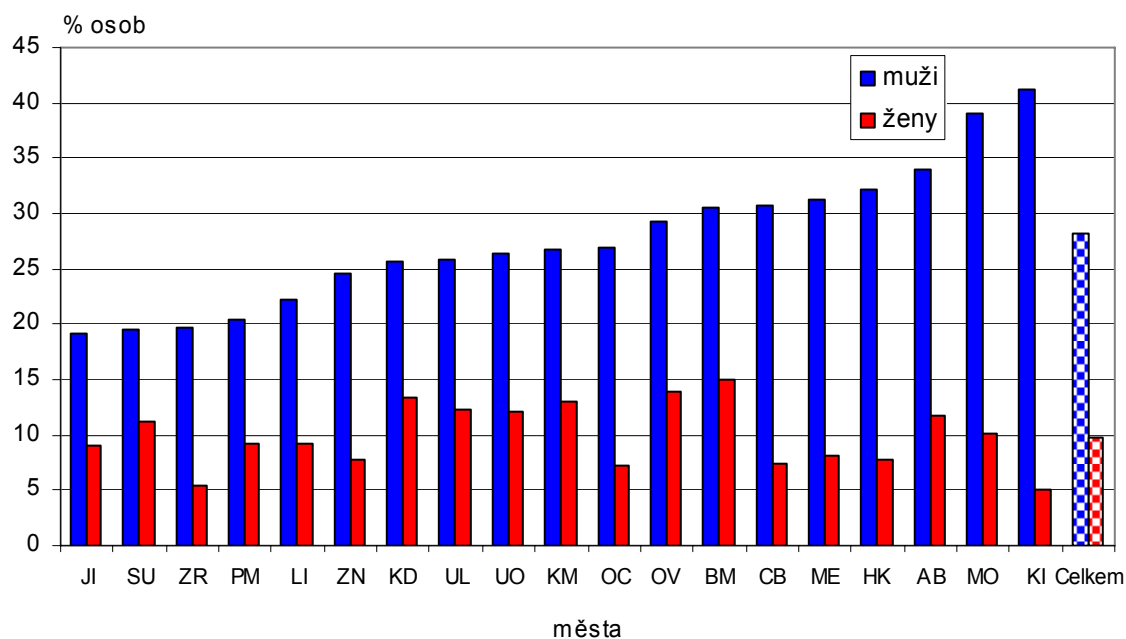


b) Nadměrná konzumace alkoholu

Konzumace alkoholu byla stanovena přepočtem uvedené týdenní spotřeby piva, vína a destilátů na gramy čistého alkoholu. Hodnota, která již vede k poškození zdraví byla, v souladu s doporučeními platnými v interní medicíně, stanovena jako příjem alkoholu větší než 30g/den u mužů a 20g/den u žen.

Podle těchto kritérií požívalo alkohol nadměrně 28,3 % mužů a 9,7 % žen ($p < 0,001$). Celkově se podíl osob nadměrně konzumujících alkohol ve městech pohyboval od 11,6 % ve Žďáru nad Sázavou do 22,2 % v Karviné ($p < 0,001$). Ve všech sledovaných městech pili nadměrně alkohol muži častěji než ženy. Podíl mužů a žen nadměrně pijících alkohol ukazuje graf č. 17.

Graf č. 17: Nadměrná konzumace alkoholu ve městech (% osob)



c) Konzumace tuků

V rámci hodnocení výživových zvyklostí bylo také zjišťováno, jaký druh tuků respondenti používají nejčastěji při tepelné úpravě pokrmů a při použití za studena. Pro použití při tepelné úpravě pokrmů byl nejčastěji označen rostlinný olej (86,4 % respondentů), 30,9 % osob používá máslo, 29,9 % rostlinné tuky a 25,2 % osob sádlo. Na chléb a pečivo respondenti nejčastěji používali máslo a rostlinný tuk (57,6 %, resp. 53,6 % respondentů), 7,3 % osob nepoužívá žádný tuk na mazání.

d) Spotřeba ovoce a zeleniny

Spotřeba ovoce a zeleniny byla hodnocena jednak na základě otázky na frekvenci konzumace, a dále dotazem na průměrnou denní spotřebu (zjišťována byla celková denní konzumace ovoce a zeleniny, včetně brambor). Zelenina a zeleninové saláty se objevují 4 a vícekrát týdně v jídelníčku 41,3 % osob, častěji žen (51,1 %) než mužů (28,1 %). Dalších 44,4 % osob konzumuje zeleninu alespoň 1x týdně. Konzumaci ovoce 4 a vícekrát týdně uvedlo 53,3 % osob, 62,3 % žen a 40,9 % mužů. Více než třetina respondentů uvedla konzumaci alespoň 1x týdně.

Následně bylo stanoveno procento osob, které splňuje doporučení AHA (American Heart Association) konzumovat alespoň 500 gramů ovoce a zeleniny denně. Toto doporučení celkově splnilo 21,0 % osob (16,8 % mužů a 24,1 % žen, $p < 0,001$). Nejvíce respondentů, kteří splňovali doporučení, bylo mezi obyvateli Karviné, kteří výrazně převyšovali průměr (34,8 % osob s dostatečnou konzumací), nejnižší procento osob bylo v Plzni (15,7 %) a Ústí nad Labem (15,5 %).

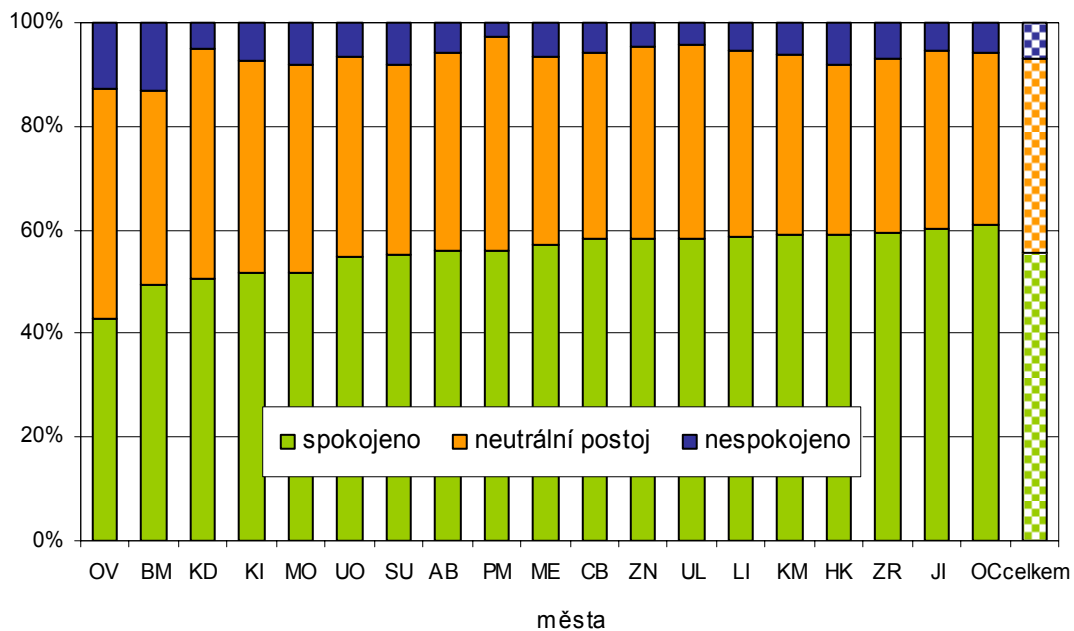
4.6 Psychosociální faktory

Ze skupiny psychosociálních faktorů byla v dotazníku HELEN sledována celková spokojenost se životem, pocit spoluodpovědnosti za své zdraví a pocit kontroly nad životem.

a) Spokojenost se životem

Celkovou spokojenost se životem vyjadřovali respondenti na šestibodové škále s krajními hodnotami „zcela spokojen“ a „zcela nespokojen“. Odpovědi byly při analýze sloučeny do tří kategorií: spokojen, neutrální názor a nespokojen. Spokojeno se svým životem bylo 55,6 % osob, neutrální názor zastávalo 37,6 % a nespokojeno bylo 6,8 % osob, rozdíl mezi muži a ženami nebyl statisticky významný ($p=0,345$). Statisticky významné rozdíly byly zjištěny mezi městy ($p<0.001$); nejvíce se životem spokojených osob bylo v Olomouci (61 %), Jihlavě (60 %), Hradci Králové, Kroměříži a Žďáru nad graf č. 18.

Graf č. 18: Spokojenost se životem (% osob)



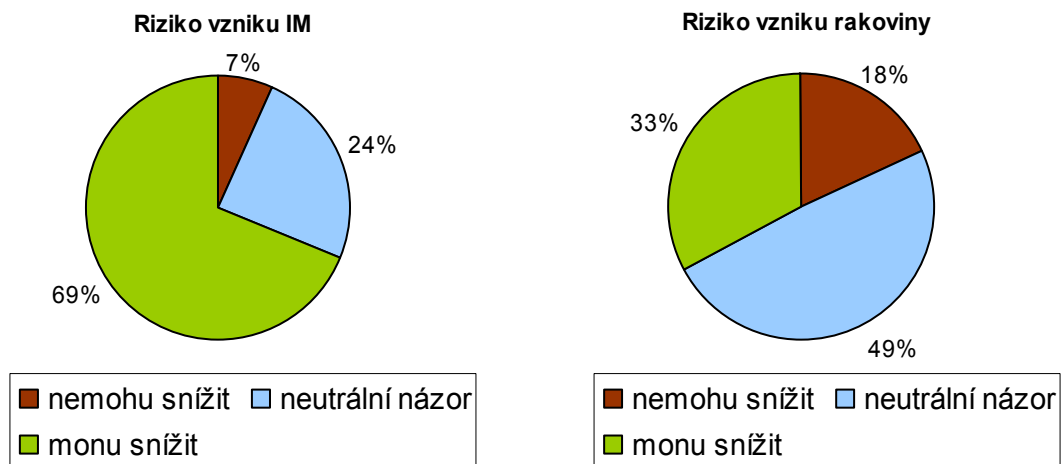
b) Spoluodpovědnost za své zdraví

Pocit spoluodpovědnosti za vlastní zdraví byl zjišťován pomocí tří otázek s šestibodovou škálou od velmi nesouhlasím po velmi souhlasím: „Být zdravý závisí na mě“ a „Jsou věci, které mohu udělat sám/a pro sebe, abych snížil/a riziko srdečního infarktu, respektive rakoviny“.

Spoluodpovědnost za své zdraví pociťovalo 59,9 % respondentů, 33,97 % mělo neutrální názor a 6,2 % respondentů mělo pocit, že mohou ovlivnit své zdraví jen velmi málo (rozdíl mezi muži a ženami nebyl statisticky významný).

S tvrzením „být zdravý závisí na mě“ souhlasilo 51,8 % osob, bez rozdílu mezi muži a ženami. Ani v názorech na možnost ovlivnění infarktu myokardu a rakoviny se muži a ženy nelišili. V možnost ovlivnění (snížení rizika vzniku) infarktu myokardu věřilo 68,8 % respondentů, u rakoviny mělo tento názor jen 33,0 % respondentů, graf č. 19.

Graf č. 19: Názory respondentů na možnost snížení rizika vzniku rakoviny a IM



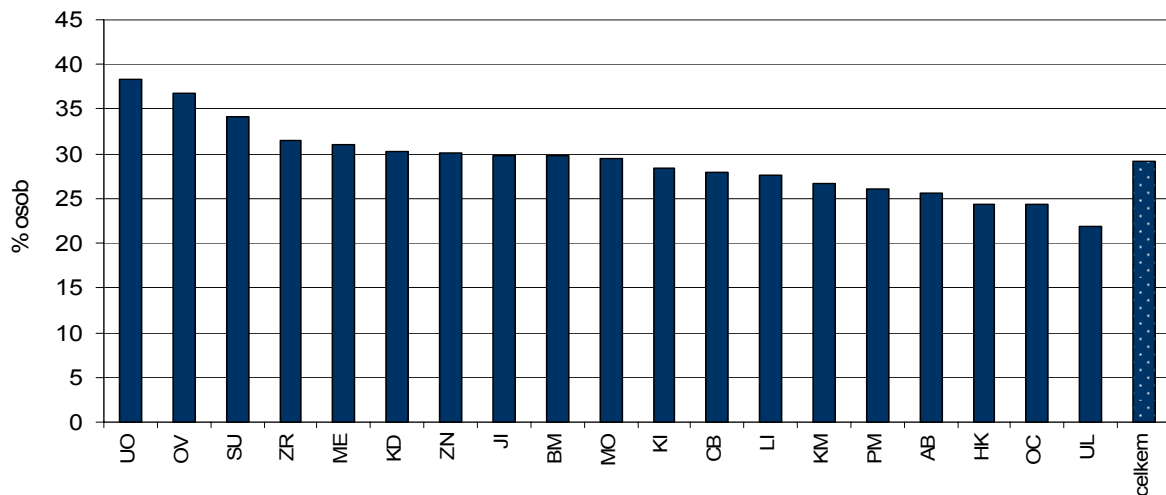
c) Kontrola nad životem

Pocit kontroly nad životem, nebo-li pocit vlivu na chod událostí ve vlastním životě, byl zjišťován v dotazníku pomocí šesti otázek. Odpovědi na tyto otázky byly přepočítány do výsledného skóre hodnotícího míru kontroly nad životem. Pocit dobré kontroly nad životem vyjádřilo celkem 33,6 % respondentů, 62,0 % respondentů uvedlo neutrální odpověď a 4,4 % osob mělo pocit, že vlastní život může ovlivnit pouze minimálně. Mezi muži a ženami nebyl zjištěn významný rozdíl ($p=0,080$).

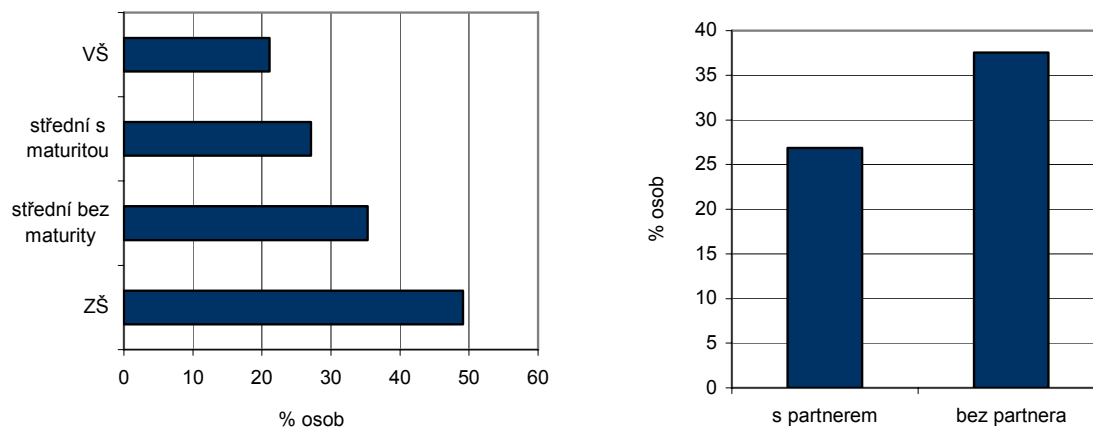
d) Deprese

Symptomy deprese byly zjišťovány na základě zkrácené verze dotazníku CES-D 10. Respondenti odpovídali na deset otázek, kde uváděli frekvenci výskytu svých pocitů a nálad. Depresivní sklony byly odhaleny u 29,2 % respondentů a vyskytovaly se častěji u žen (30,4 %) než u mužů (27,4 %, $p<0,001$). Výskyt depresivních příznaků v jednotlivých městech se lišil ($p=0,008$) viz graf č. 20. Nejvíce osob s depresivními sklony bylo v Ústí nad Orlicí (38,3 %), v Ostravě (36,8 %) a v Šumperku (34,1 %). Naopak nejméně v Ústí nad Labem (21,9 %), v Hradci Králové a v Olomouci (24,4 %). Výrazné rozdíly byly zjištěny mezi respondenty podle úrovně vzdělání; nejvyšší výskyt depresivních příznaků byl u osob se základním vzděláním (49,1 %), nejnižší pak mezi respondenty s vysokoškolským vzděláním (21,1 %). Rozdíly byly též podle typu soužití, osoby bez partnera měly výrazně vyšší výskyt projevů deprese, viz graf č. 21.

Graf č. 20: Projevy deprese ve sledovaných městech (% osob)



Graf č. 21: Výskyt deprese podle vzdělání a podle typu soužití (% osob)

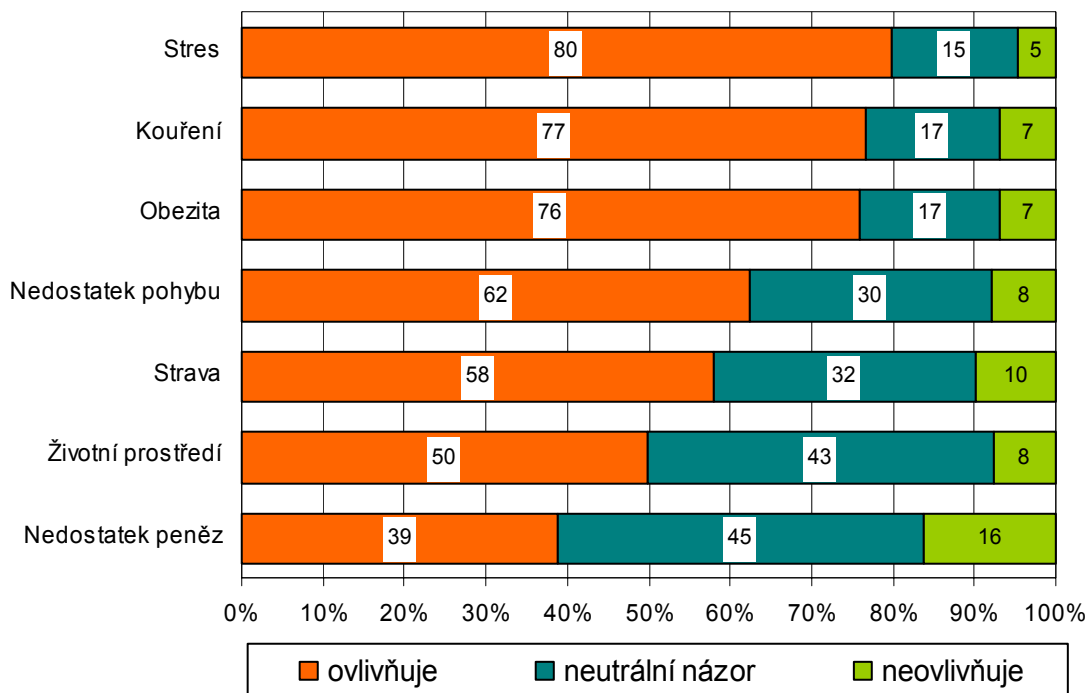


4.7 Názory na zdraví, životní a sociální prostředí v místě bydliště

a) Faktory ovlivňující zdraví

Respondenti byli dotazováni, jak významně ovlivňují vybrané faktory lidské zdraví (stravovací návyky, nedostatek pohybu, obezita, kouření, stres, životní prostředí a nedostatek peněz) na šestibodové škále od „vůbec ne“ po „silně“. Za faktor silně ovlivňující zdraví byl nejčastěji považován stres (80 % osob), dále kouření (77 %) a obezita (76 %), (graf č. 22). U všech vyjmenovaných faktorů ženy významně častěji použily hodnocení „ovlivňuje silně“ ve srovnání s muži. Největší rozdíly mezi muži a ženami byly v hodnocení vlivu stravovacích návyků, nedostatku peněz a vlivu životního prostředí na zdraví.

Graf č. 22: Názory respondentů na faktory ovlivňující zdraví (% osob)



b) Názory na životní prostředí

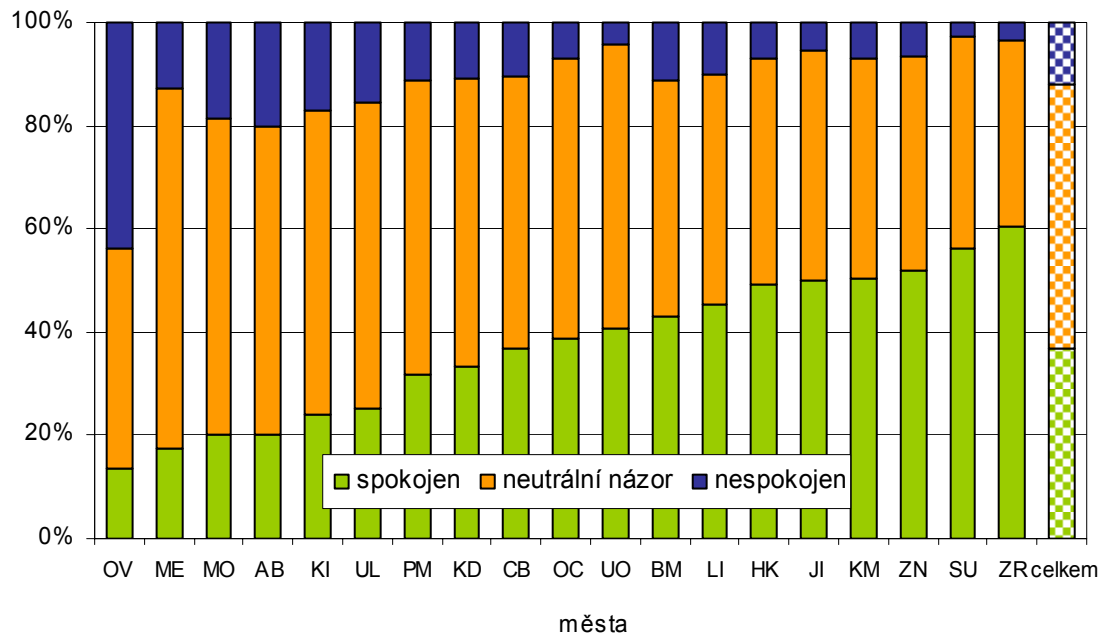
Názorům na kvalitu životního prostředí v místě bydliště byla věnována samostatná část dotazníku. Bylo sledováno, jak celkově hodnotí životní prostředí obyvatelé účastnících se měst a do jaké míry jsou obtěžováni v okolí svého bydliště následujícími jevy: znečištění veřejných prostranství, znečištění ovzduší, hluknost ve dne a v noci, prašnost, zápach, znečištění pitné vody, špatná kvalita koupacích vod, znečištění vodních toků a automobilová doprava. Respondenti vyjadřovali svá hodnocení na šestibodové škále, odpovědi pak byly shlukovány do tří kategorií: životní prostředí uspokojivé, průměrné a neuspokojivé, problémy životního prostředí silně obtěžující, středně obtěžující a neobtěžující.

Za uspokojivé považovalo životní prostředí v místě svého bydliště celkově 36,7 % všech respondentů, naopak 11,9 % respondentů považovalo životní prostředí v okolí bydliště za zcela neuspokojivé. Kritičtěji hodnotily životní prostředí ženy (13 % nespokojených proti 10,3 % mužů), rozdíl mezi muži a ženami byl statisticky významný ($p < 0,001$). V hodnocení životního prostředí v místě bydliště byly zjištěny významné rozdíly mezi respondenty z různých měst ($p < 0,001$). Výrazně negativně hodnotí životní prostředí obyvatelé Ostravy, kde 44 % respondentů vyjádřilo nespokojenost s jeho kvalitou. Došlo tak k významnému posunu v názorech ve srovnání s II. etapou šetření v roce 2006, kdy Ostrava zaujímal v tomto hodnocení průměrnou pozici mezi monitorovanými městy s podílem 14 % nespokojených. Bezespору je to odrazem situace na Ostravsku v posledních letech, kde sílí tlaky na řešení problémů znečištěného ovzduší a projevuje se zvýšená aktivita médií. Negativně hodnotí stav životního prostředí respondenti tradičně také v Praze (20 %), Mostě a Karviné (18 % osob). Naopak nejméně nespokojených bylo ve Žďáru nad Sázavou a Šumperku (3 %), dále v Ústí nad Orlicí (4 %) a v Hradci Králové (7 %), (graf č. 23).

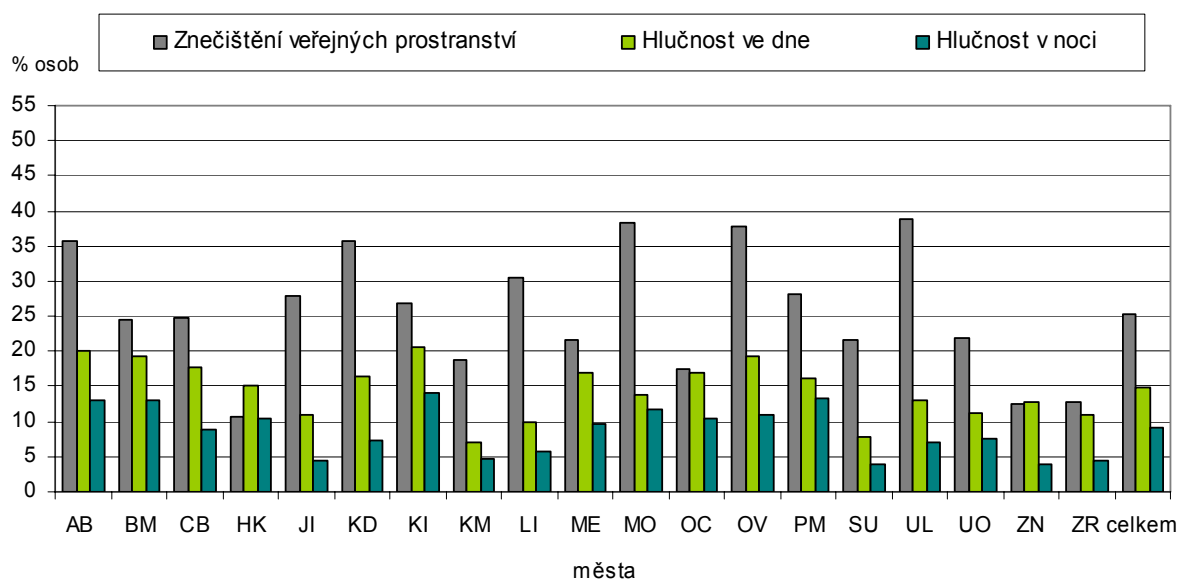
Nejvíce obtěžujícími faktory byla *automobilová doprava* (26,5 % respondentů) a *znečištění veřejných prostranství* (25,3 %). Přibližně 15 % respondentů si stěžovalo na *vysokou prašnost* (16,5 %), *vysokou hlučností ve dne* (14,9 %) a *znečištěné ovzduší* (16,2 %), (graf č. 24).

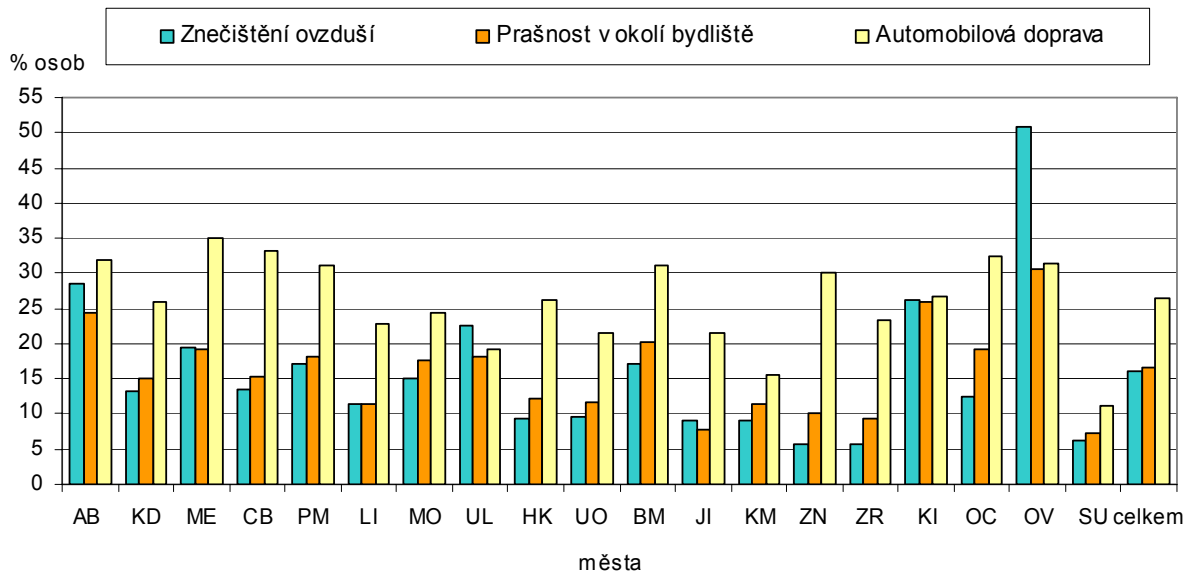
Nově byla v třetí etapě zařazena otázka na *kvalitu koupacích vod*. Kvalitu koupacích vod považovalo za problém celkově 13,4 % respondentů (10,6 % mužů a 15,5 % žen; $p < 0,001$). Za největší problém ji považovali obyvatelé Žďáru nad Sázavou, kde bylo nespokojeno až 41,8 % respondentů, dále v Brně (26,1 %), Českých Budějovicích (18,3 %) Jihlavě (19,9 %), a Hradci Králové (17,3 %). V ostatních městech počet nespokojených nepřesáhl 13 %.

Graf č. 23: Názory respondentů na životní prostředí (% osob)



Graf č. 24: Obtěžující faktory životního prostředí (% osob obtěžovaných daným faktorem)





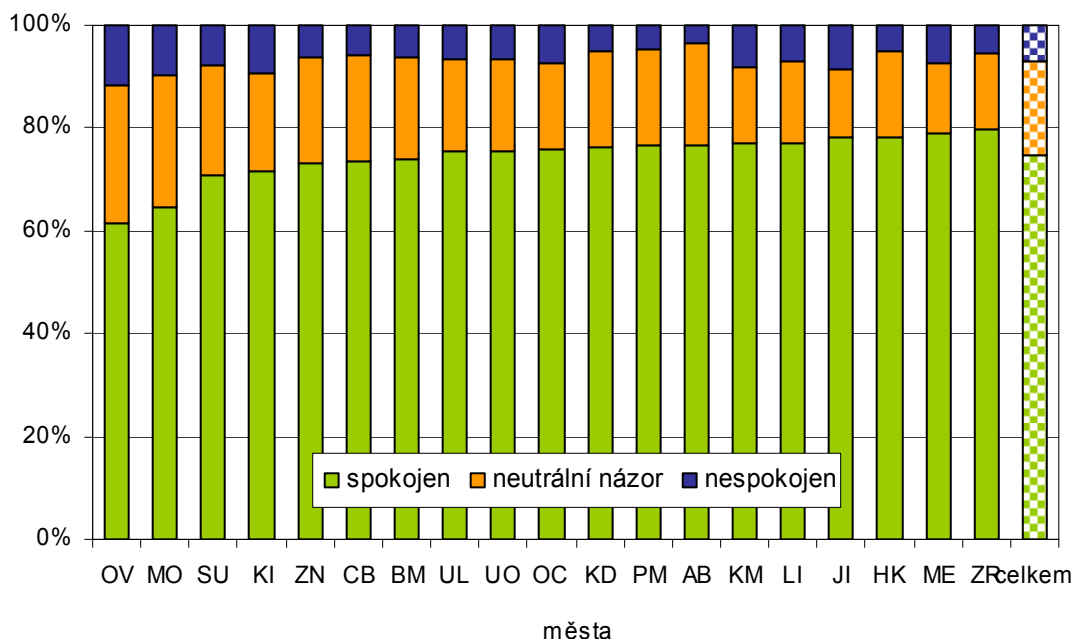
c) Hodnocení sociální situace v místě bydliště

Sociální situace v místě bydliště byla hodnocena na základě otázek, do jaké míry respondenti vnímají jako problém kriminalitu a lidské vztahy ve svém okolí. Celkem považovalo kriminalitu za problém ve svém okolí 16,4 % osob, sousedské vztahy 7,0 % osob.

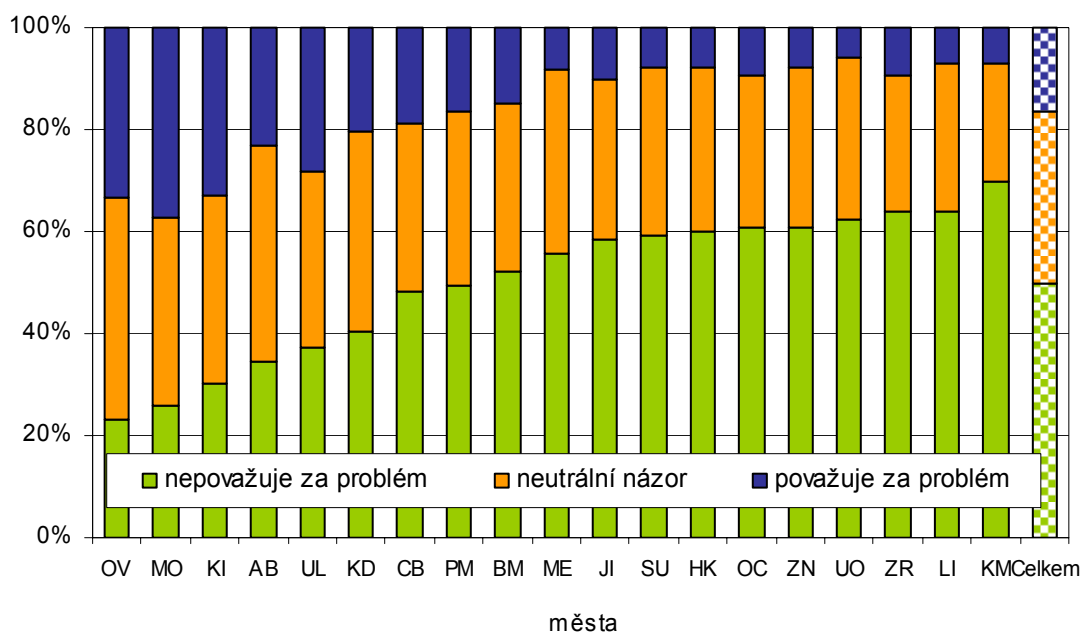
Při srovnání měst, kriminalitu ve svém okolí označilo za vážný problém nejvíce respondentů v Mostě (37,3 %), Karviné (32,9 %), Ostravě (33,5 %). Nejvíce respondentů, kteří nepovažují kriminalitu ve svém okolí za problém bylo ve Žďáru nad Sázavou (63,8 %), Olomouci a Hradci Králové (60 %), graf č. 26.

Na sousedské vztahy si nejvíce si opět stěžovali respondenti v Mostě a Ostravě, graf č. 25.

Graf č. 25: Názory respondentů na sousedské vztahy (% osob)



Graf č. 26: Názory respondentů na kriminalitu (% osob)



5. Diskuse

V roce 2009 se na zajištění studie HELEN podíleli pracovníci dislokovaných pracovišť SZÚ, dříve zaměstnanci ZÚ v jednotlivých krajích. Vzhledem k tomu, že jejich počet byl postupně redukován, nebylo možné provést šetření podle původní metodiky (osobní návštěva respondentů tazateli), kdy se dříve počet tazatelů v jednotlivých městech pohyboval od 10 do 20 osob. V roce 2009 průběh studie v 10 městech zajišťovalo celkem 17 zaměstnanců SZÚ. Místo distribuce dotazníků osobní návštěvou tazatele (do roku 2005), byl dotazník rozeslán poštou. Z důvodu nízké návratnosti (cca 30 %) byli nasmlouváni externí tazatelé a zbývající část respondentů byla jimi navštívena. Kromě pracovníků SZÚ, jako tazatelé působili studenti SZŠ v Hradci Králové, Olomouci a Žďáru nad Sázavou, studenti LFMU v Brně a 27 externích tazatelů.

Response dotazníkového šetření dosažená v roce 2009 byla nižší než v první a druhé etapě šetření. Možným vysvětlením je klesající ochota lidí účastnit se podobných průzkumů, případně i větší obava ze zneužití poskytnutých údajů. Dalším případným důvodem může být změna metodiky.

Tak jako v předchozích etapách, byla i v roce 2009 ve všech zúčastněných městech patrná nižší účast respondentů na lékařském vyšetření. Nižší než dvacetiprocentní návštěvnost lékařského vyšetření je bohužel nedostatečná a výsledky zjištěné při vyšetření mají tudíž omezenou výpovědní hodnotu. Výsledky vyšetření budou zhodnoceny celkově až po dokončení třetí etapy v roce 2010 a v letošní zprávě nejsou tudíž uvedeny. Jedním z možných vysvětlení snižujícího se zájmu o vyšetření je i nižší atraktivnost jeho obsahu, kdy například procento osob s nevyšetřenou hladinou cholesterolu, a tudíž se zájmem o toto vyšetření, klesá.

Opakovaně se potvrzuje, že muži i ženy subjektivně hodnotí svůj zdravotní stav stejně, ženy jsou však signifikantně častěji než muži dlouhodobě sledovány lékařem a častěji užívají dlouhodobě léky. Tato zjištění zřejmě ukazují na větší péči žen o vlastní zdraví.

Celkově můžeme říci, že znalost významu zásad zdravého životního stylu je ve sledované populaci na dobré úrovni, bohužel ochota k jejich dodržování je menší, to platí především o kouření a o udržování optimální tělesné hmotnosti.

Při celkovém hodnocení kuřáckých zvyklostí ve všech městech, s výjimkou Českých Budějovic, kouří pravidelně více mužů než žen. Toto zjištění odpovídá výsledkům jiných šetření v ČR, kdy se ukazuje, že klesá počet kuřáků-mužů, ale počet žen-kuřáček zůstává nezměněn.

Z hlediska preventivní medicíny je důležitým zjištěním, že nejčastější zdravotní obtíže (a to jak subjektivní, tak sledované lékařem) u hodnocené městské populace jsou obtíže pohybového aparátu a nemoci kardiovaskulárního systému. Nepříznivý je také stále vysoký výskyt rizikových faktorů těchto onemocnění. Za pozitivní můžeme považovat fakt, že přes 90 % respondentů hodnotí svůj zdravotní stav jako dobrý nebo průměrný. Méně příznivé je však zjištění, že 56 % respondentů uvádí dlouhodobé zdravotní obtíže.

6. Závěry

Zdravotní stav:

- Více jak polovina sledované městské populace ve středním věku hodnotila své zdraví jako velmi dobré nebo dobré, necelých deset procent jako špatné, muži a ženy hodnotili svůj zdravotní stav stejně,
- dlouhodobými zdravotními obtížemi (ať již léčenými či nikoliv) trpěla více jak polovina respondentů (ženy významně častěji), nejčastěji se jednalo o obtíže pohybového aparátu,
- padesát procent respondentů bylo dlouhodobě léčeno nebo sledováno lékařem, nejčastější příčinou sledování bylo onemocnění srdce a cév,
- dvě třetiny respondentů užívaly v posledních 12ti měsících dlouhodobě léky (ženy častěji než muži), nejčastějším důvodem byl vysoký krevní tlak a bolesti zad a kloubů,
- nejčastěji se vyskytujícími onemocněními ve sledovaném souboru byla zvýšená hladina cholesterolu, vysoký krevní tlak a onemocnění páteře a kloubů. Vysoký krevní tlak byl významně častější u mužů, onemocnění páteře a kloubů u žen. Přítomnost většiny chronických neinfekčních onemocnění byla statisticky významně vyšší u žen; výjimkou byla kardiovaskulárních onemocnění (muži 5 %; ženy 2,5 %) a onemocnění žaludku a dvanácterníku (muži 2x častěji než ženy). Chronické onemocnění ledvin se vyskytovalo u mužů i žen stejně.

Rizikové faktory:

- polovina mužů a třetina žen trpěla nadváhou, obézních osob bylo necelých 20 %,
- v hodnocené věkové skupině bylo 29 % kuřáků, mužů o 5 % více než žen,
- zvýšená hladina cholesterolu v krvi byla lékařem zjištěna u 36 % respondentů,
- pohybová nedostatečnost byla zjištěna téměř u třetiny respondentů,
- alkohol nadměrně konzumuje 28 % mužů a 10 % procent žen,
- pouze 13 % procent osob dodržovalo většinu z hodnocených zásad zdravé výživy, naopak 18 % osob tyto zásady respektovalo jen velmi málo, ženy dodržovaly zásady zdravé výživy významně častěji než muži.

Psychosociální faktory:

- v zásadě spokojeno se svým životem bylo 56 % oslovených osob, muži a ženy shodně,
- pocit spoluodpovědnosti za své zdraví mělo 60 % respondentů, muži a ženy shodně.

Literatura

- [1] The World Health Report 2002 – Reducing Risk, Promoting Healthy Life, WHO 2002, p. 248 dostupný z <http://www.who.int/whr/2002/en/index.html>
- [2] Stachová, D. 2010. Zdravotní benefity pohybové aktivity. *Hygiena 2001*; 55: 25-28.
- [3] Physical Activity Guidelines for Americans, 2008. Dostupné z www.health.gov/paguidelines

Tabulka č. 5: Rodinný stav (% osob)

1 – s partnerem/partnerkou (manželem/manželkou), 2 – bez partnera

město	celkem		muži		ženy	
	1	2	1	2	1	2
AB	61,5	38,5	62,1	37,9	61,2	38,9
KD	68,3	31,7	72,5	27,5	65,2	34,8
ME	73,5	26,5	77,3	22,7	70,6	29,4
CB	76,3	23,7	75,8	24,2	76,6	23,4
PM	66,1	33,9	70,4	29,6	62,7	37,3
LI	70,2	29,9	78,8	21,3	64,5	35,5
MO	63,8	36,2	70,5	29,5	60,0	40,0
UL	69,5	30,5	73,0	27,0	67,3	32,7
HK	69,9	30,1	74,0	26,0	67,0	33,0
UO	79,8	20,2	86,0	14,0	75,0	25,0
BM	75,8	24,2	73,6	26,4	77,6	22,4
JI	77,9	22,1	81,8	18,2	74,7	25,3
KM	74,1	25,9	76,2	23,8	72,5	27,5
ZN	74,9	25,1	80,6	19,4	71,0	29,0
ZR	75,9	24,1	77,5	22,5	74,7	25,3
KI	70,4	29,6	68,7	31,3	72,4	27,7
OC	69,1	30,9	71,8	28,2	67,3	32,7
OV	61,7	38,3	62,2	37,8	61,3	38,7
SU	72,3	27,8	76,2	23,8	69,6	30,4
celkem	71,2	28,8	73,9	26,1	69,2	30,8

Tabulka č. 6: Současná ekonomická aktivita (% osob)

1 – v zaměstnaneckém poměru

5 – důchodce (starobní, invalidní)

2 – soukromý podnikatel

6 – žena v domácnosti

4 – pracující důchodce/kyně

8 – nezaměstnaný/á

město	celkem						muži						ženy					
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
AB	68,5	21,7	0,9	5,5	0,4	3,0	58,3	31,3	0,0	8,3	0,0	2,1	75,5	15,1	1,4	3,6	0,7	3,6
KD	75,9	13,8	0,3	5,9	0,9	3,2	68,3	20,4	0,0	7,8	0,7	2,8	81,2	9,1	0,5	4,6	1,0	3,6
ME	74,1	16,5	0,0	5,3	0,9	3,1	63,8	23,9	0,0	8,0	0,0	4,4	82,0	10,9	0,0	3,3	1,6	2,2
CB	74,8	15,2	0,3	6,4	1,4	2,0	70,7	21,1	0,0	5,7	0,0	2,4	77,5	11,0	0,6	6,9	2,3	1,7
PM	74,8	13,3	0,7	4,9	1,4	4,9	74,4	18,4	0,8	1,6	0,0	4,8	75,2	9,3	0,6	7,5	2,5	5,0
LI	65,4	23,8	0,0	4,0	1,5	5,5	54,9	34,2	0,0	2,4	1,2	7,3	72,5	16,7	0,0	5,0	1,7	4,2
MO	79,4	9,4	0,5	2,7	0,5	7,6	72,7	13,0	1,3	3,9	0,0	9,1	82,8	7,6	0,0	2,1	0,7	6,9
UL	74,4	16,5	0,6	3,7	1,8	3,1	65,1	27,0	0,0	4,8	0,0	3,2	80,2	9,9	1,0	3,0	3,0	3,0
HK	73,9	16,1	0,8	5,8	2,2	1,1	69,5	23,8	0,0	4,0	1,3	1,3	77,0	10,5	1,4	7,2	2,9	1,0
UO	73,2	14,6	0,4	5,4	0,4	5,9	70,8	21,7	0,0	3,8	0,0	3,8	75,2	9,0	0,8	6,8	0,8	7,5
BM	69,7	19,2	0,7	3,7	1,1	5,5	67,0	27,4	0,0	1,9	0,0	3,8	71,6	14,2	1,2	4,9	1,9	6,2
JI	76,3	14,1	1,2	3,4	1,2	3,8	67,5	24,8	0,0	3,4	0,0	4,3	83,5	5,5	2,1	3,5	2,1	3,5
KM	80,3	9,9	0,4	4,3	0,4	4,7	72,3	14,9	0,0	5,9	0,0	6,9	86,4	6,1	0,8	3,0	0,8	3,0
ZN	71,2	16,4	0,0	4,5	1,7	6,2	66,2	21,1	0,0	5,6	0,0	7,0	74,5	13,2	0,0	3,8	2,8	5,7
ZR	78,1	11,1	1,0	5,1	1,4	3,4	75,0	14,8	0,8	6,3	0,0	3,1	80,5	8,3	1,2	4,1	2,4	3,6
KI	68,7	10,3	2,2	6,0	2,2	10,7	66,2	14,4	2,5	5,5	0,0	11,4	71,0	6,5	1,8	6,5	4,2	10,1
OC	78,1	11,9	1,5	4,5	1,5	2,6	75,5	14,6	1,8	5,5	0,0	2,7	79,9	10,1	1,3	3,8	2,5	2,5
OV	60,5	12,5	0,4	6,5	2,4	17,7	58,6	14,4	0,0	7,2	0,0	19,8	62,0	11,0	0,7	5,8	4,4	16,1
SU	69,9	15,3	1,0	7,2	1,0	5,7	69,1	20,2	1,2	6,0	0,0	3,6	70,4	12,0	0,8	8,0	1,6	7,2
celkem	73,1	14,6	0,7	5,1	1,3	5,2	67,9	20,6	0,5	5,2	0,2	5,5	76,9	10,1	0,9	5,0	2,1	5,0

Tabulka č. 7: Negativní ukazatele zdravotního stavu (% osob)

město	Špatné subjektivní hodnocení zdraví			Dlouhodobé zdravotní obtíže		
	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy
AB	8,0	9,2	7,2	54,7	53,6	55,4
KD	12,2	11,2	13,0	54,7	58,2	52,5
ME	11,3	15,6	8,0	56,4	58,9	54,6
CB	7,7	8,9	6,9	53,0	46,8	57,1
PM	7,7	6,4	8,7	55,8	52,0	58,6
LI	10,8	12,2	9,9	61,1	61,0	61,2
MO	8,0	9,0	7,6	55,4	57,7	53,8
UL	9,2	6,5	10,9	52,4	48,4	55,0
HK	9,8	7,3	11,5	57,2	49,7	62,7
UO	11,1	13,1	9,6	58,7	54,7	61,8
BM	9,0	4,5	12,2	55,6	47,3	61,6
JI	7,1	9,9	4,8	47,6	49,6	45,9
KM	8,6	7,8	9,2	59,9	53,4	64,9
ZN	7,3	11,1	4,7	49,7	46,5	51,9
ZR	10,7	10,0	11,2	45,0	47,7	42,9
KI	10,7	11,4	10,1	60,9	60,7	60,8
OC	9,0	8,3	9,5	62,8	59,6	65,0
OV	10,1	9,0	11,0	56,9	50,5	62,0
SU	11,0	9,5	12,0	51,7	54,8	49,6
Celkem	9,6	9,7	9,5	55,4	53,5	56,8

Vybrané ukazatele demografické a zdravotní statistiky

Demografické stárnutí

1. Úvod

Složení obyvatelstva podle věku a pohlaví patří k základním charakteristikám populace a jeho změny mají větší význam než samotný vývoj početního stavu. Věková struktura obyvatelstva určitého území je odrazem dlouholetého populačního vývoje (reprodukční chování, úmrtnostní poměry, migrace) v posledních zhruba sto letech a zároveň ovlivňuje vývoj budoucí. V dnešní době je v souvislosti s věkovou strukturou diskutován zejména proces stárnutí populace/demografického stárnutí. Jedná se o jeden z nejvýznamnějších demografických procesů, který je charakteristický měnícím se zastoupením věkových skupin v populaci. Je to proces, který lze pozorovat u většiny zemí světa, jednak v důsledku poklesu intenzity úmrtnosti, a tím prodlužování lidského života, a jednak v důsledku poklesu úrovně plodnosti. Nejedná se o novodobý proces, pouze v současnosti dochází k jeho zintenzivnění/zrychlení. Společnost často vnímá stárnutí populace jako negativní jev, jelikož diskuze kolem tohoto jevu se týká především problémů s tím spojených, jako důchodová či zdravotní reforma. Často se tak lze setkat se stereotypním až ageistickým pohledem na starší osoby a stárnutí. Stárnutí populace je však nutno vidět jako úspěch lidské společnosti a jejího vývoje, včetně růstu životní úrovně a kvality života, kdy by zejména neměl být přehlížen potenciál starší populace.

2. Demografické stárnutí z pohledu zdraví, soběstačnosti a kvality života

V souvislosti s procesem demografického stárnutí a přežívání stále většího počtu i podílu jedinců do vyššího věku se do popředí zájmu řady vědních oborů a politik dostalo úspěšné stárnutí, a s tím související kvalita života. Úspěšné stárnutí nepředstavuje pouze zdravé stárnutí, kdy jedinec zůstává fyzicky i psychicky zdravý, ale také aktivní stárnutí, zahrnující pokračující participaci na sociálním, ekonomickém a kulturním dění/životě.

Z hlediska zdraví je důležité vymezení etap stáří podle Lasletta (1996) na tzv. třetí a čtvrtý věk. Třetí věk představuje etapu života, kdy člověk přestane být ekonomicky aktivním a končí začátkem fyzické závislosti. Čtvrtý věk je potom závěrečnou etapou života, kdy je člověk závislý na svém okolí a končí smrtí. Zatímco kvalita života v tzv. čtvrtém věku závisí na zákonné úpravě institucionální a neinstitucionální a její finanční podpoře, třetí věk zahrnuje postupy, které by měly maximalizovat kvalitu života starší populace a odložit začátek fyzické závislosti a tím trvalou potřebu zdravotní/zdravotnické a sociální péče. Prevence disability u stárnoucí populace se tak stává prioritou zdravotních a sociálních politik řady vyspělých států.

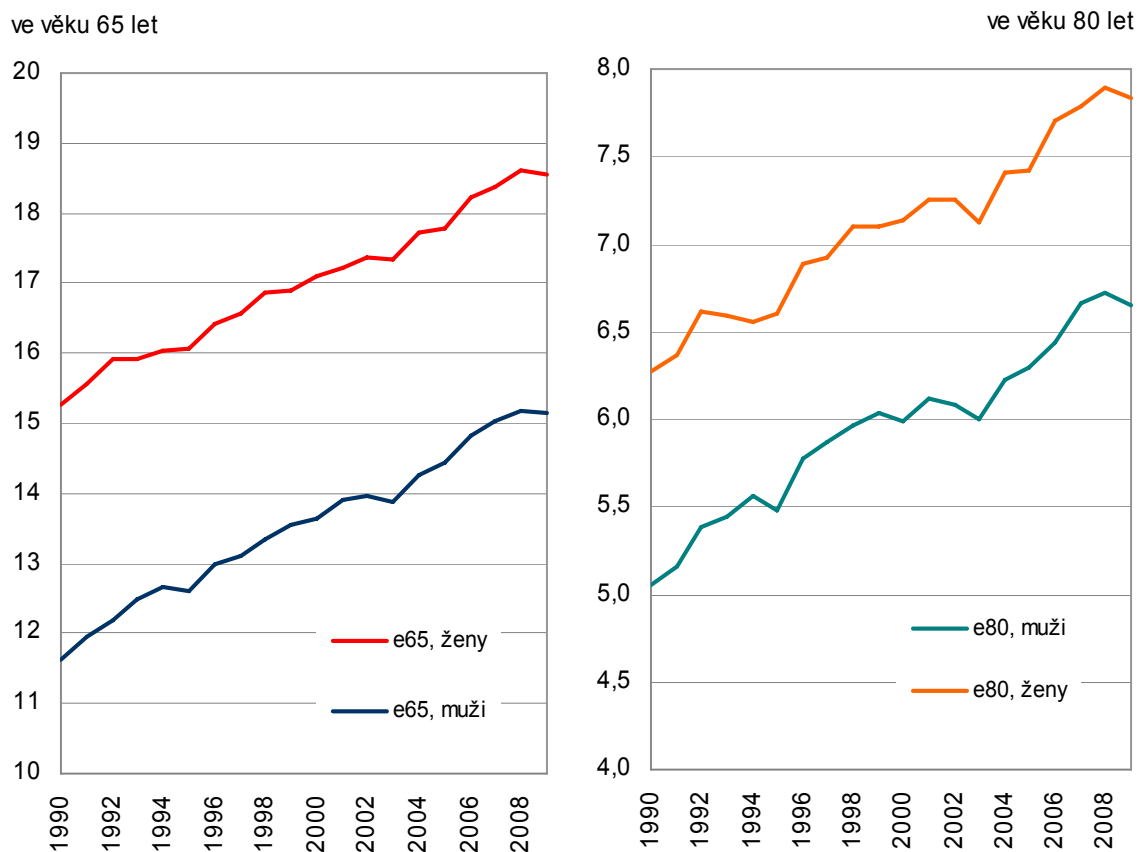
K postižení kvalitativních změn v prodlužování lidského života byla vyvinuta řada ukazatelů či nástrojů, pomocí kterých lze hodnotit disability, kvalitu života, závažnost onemocnění apod. Cílem této kapitoly je představit některé z těchto nástrojů a poukázat na situaci v české populaci. K hodnocení byla použita data z veřejně dostupných databází Human mortality database, EHEMU

(European Health Expectancy Monitoring Unit) database a data projektu SHARE² (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe), do kterého přistoupila v roce 2006 i Česká republika.

3. Naděje dožití a naděje dožití ve zdraví

V posledních dvaceti letech došlo k výraznému zlepšení zdravotního stavu české populace, a to i v nejstarších věkových skupinách. Naděje dožití ve věku 65 let, která odráží pouze úmrtnostní poměry ve věku 65 a více let, vzrostla od roku 1990 o 3,6 let u mužů a 3,3 roky u žen. V roce 2009 měl před sebou 65letý muž v průměru 15 let života a 65letá žena necelých 19 let života (graf č. 27).

Graf č. 27: Naděje dožití ve věku 65 let a ve věku 80 let, ČR, 1990-2009



Zdroj: Human Mortality Database

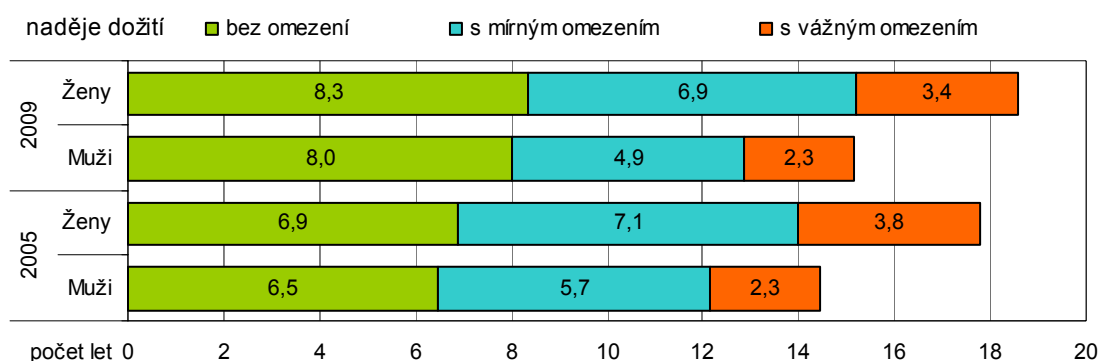
Z hlediska sledování kvalitativních změn ve vyšším věku nabývají na významu ukazatele **naděje dožití ve zdraví**, které kombinováním informací o úmrtnosti a zdravotním stavu jednoduchou formou popisují zdraví populace. Ukazatel zpravidla vyjadřuje počet let, který v průměru zbývá osobě v určitém věku k prožití ve zdraví, popř. v různých úrovních zdravotního postižení. Zde bylo použito

² Tento článek používá data projektu SHARE vydání 2.3.0, z listopadu 2009. SHARE sběr dat 2004-2007 byl podporován zejména Evropskou komisí během 5. a 6. rámcového programu (čísla projektů QLK6-CT-2001- 00360; RII-CT- 2006-062193; CIT5-CT-2005-028857). Další podporu poskytl US National Institute of Ageing (granty U01 AG09740-13S2; P01 AG005842; P01 AG08291; P30 AG12815; Y1-AG-4553-01; OGHA 04-064; R21 AG025169) a poděkování patří také různým národním zdrojům (blíže <http://www.share-project.org>) /This report uses data from SHARE release 2.3.0, as of November 13th 2009. SHARE data collection in 2004-2007 was primarily funded by the European Commission through its 5th and 6th framework programmes (project numbers QLK6-CT-2001- 00360; RII-CT- 2006-062193; CIT5-CT-2005-028857). Additional funding by the US National Institute on Aging (grant numbers U01 AG09740-13S2; P01 AG005842; P01 AG08291; P30 AG12815; Y1-AG-4553-01; OGHA 04-064; R21 AG025169) as well as by various national sources is gratefully acknowledged (see <http://www.share-project.org> for a full list of funding institutions).

rozdělení podle *disability*, tzn. naděje dožití bez omezení běžných činností, popř. naděje dožití s mírným nebo závažným omezením.

Mezi roky 2005 a 2009³ došlo prodloužení délky života, ale i délky života prožité ve zdraví nebo bez omezení, jak ukazuje *graf č. 28*. Naděje dožití ve zdraví ve věku 65 let vzrostla v posledních pěti letech na 8 let u mužů a představuje 53 % zbývajících života a na 8,3 let u žen, kde představuje 45 %. Vzhledem k celkově nižší naději dožití ve věku 65 let u mužů a zhruba stejné době prožité ve zdraví, stráví starší ženy větší podíl života v horším zdravotním stavu než muži. Stejně jako v řadě vyspělých států je i u nás prodloužení průměrné délky lidského života provázeno poklesem funkčně závažné nemocnosti a nezdatnosti ve stáří a předpokládá se, že dochází k tzv. kompresi morbidity.

Graf č. 28: Naděje dožití podle úrovně omezení běžných aktivit ve věku 65, ČR, v letech 2005 a 2009



Zdroj: EHEMU/SILC

4. Soběstačnost a disabilita

Jednou ze základních složek hodnocení zdravotního potenciálu ve stáří je funkční zdatnost neboli „funkční“ zdraví. Omezení funkčnosti (zdravotní, sociální, psychické a kognitivní), které je často označováno jako disabilita, lze považovat za ukazatel zdravotního omezení a je indikátorem jak závažnosti onemocnění, kvality života, tak i ukazatelem odhadujícím schopnost stárnoucí osoby žít nezávisle na ostatních, tzn. být soběstačný.

Soběstačnost starších osob bývá měřena na základě baterie otázek týkající se **zvládnání každodenních aktivit**, resp. zjištění jejich omezení. Jedná se o aktivity související s osobní hygienou, oblékáním se, schopnostmi se najít, dojít si na toaletu a základním pohybem po bytě. Existence jednoho či více takovýchto omezení poukazuje na vážnou disabilitu jedince, který již není plně soběstačný. *Graf č. 29* zachycuje podíl osob v české populaci podle věku, které mají 1 a více omezení každodenních aktivit z celkových 6. Podíl osob, které nejsou soběstačné, logicky narůstá s věkem; v populaci osob starších 80 let existuje téměř 30 % osob závislých na péči okolí.

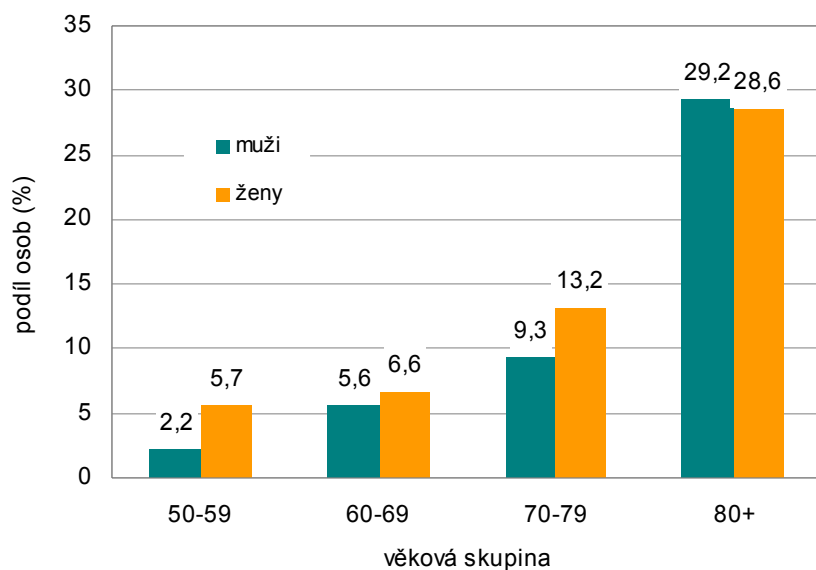
Další používaná baterie otázek ke zjištění soběstačnosti zjišťuje výskyt problémů se **zvládnáním chodu domácnosti** (např. příprava teplého jídla, nákup potravin, telefonování, užívání léků, vykonávání jednoduchých prací kolem domu a na zahradě, peněžní operace, například placení účtů a evidování útrat, popř. užívání veřejné dopravy či vlastního automobilu). Osoby, které mají problém se zvládnáním jedné či více aktivit tohoto typu představují osoby, u kterých do budoucna velmi pravděpodobně dojde ke ztrátě soběstačnosti. Jedná se tedy o ukazatel, který relativně včas poukazuje na potřeby zdravotní a

³ V ČR jsou data o zdravotním stavu každoročně zjišťována v šetření SILC, které probíhá až od roku 2005; vzhledem k tomu není možné srovnání v delší časové řadě.

sociální péče. Podíl osob s nejméně jedním omezením těchto aktivit (z celkových 7) je znázorněn na graf č. 30. Již ve věku 70-79 let je 20 % mužů a 30 % žen ohroženo ztrátou soběstačnosti. Mezi nejstaršími seniory (nad 80 let) je to dokonce 47 % mužů a 57 % žen.

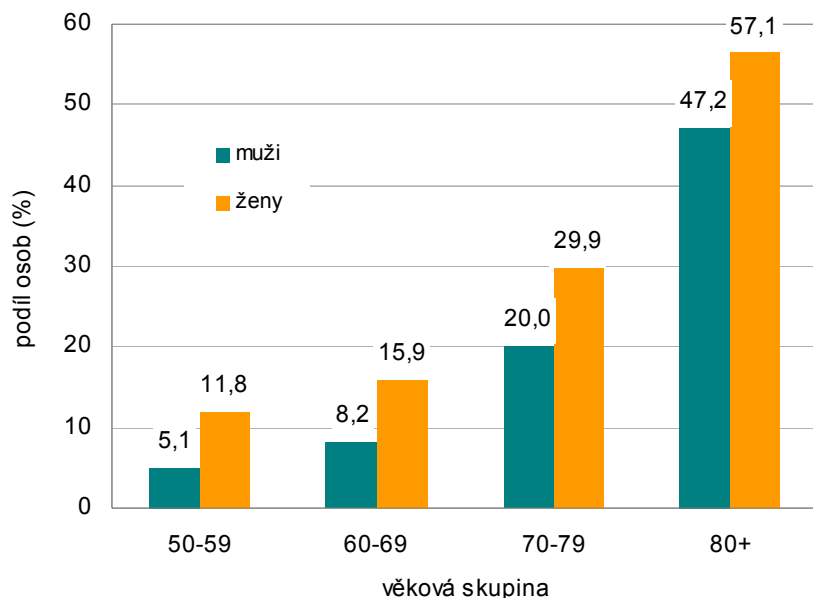
Disabilita je často také měřena výskytem problémů a omezení pohyblivosti a motoriky (např. problémy s chůzí na vzdálenost 100 m, sezením po dobu 2 hodin, vstáváním ze židle, vystoupáním několika pater nebo jednoho patra schodů, ohnutím se, kleknutím si, zvednutím paží nad úroveň ramen, odsunutím většího objektu, zvednutím mince ze stolu). Graf č. 31 znázorňuje podíl osob nejméně se třemi z deseti omezeními pohyblivosti, hybnosti paží či jemnou motorikou. Již ve věku 50-59 let má alespoň tři omezení kolem 10 % mužů a 17 % žen.

Graf č. 29: Omezení každodenních aktivit - 1 a více aktivit (%), ČR, 2006



Zdroj: SHARE

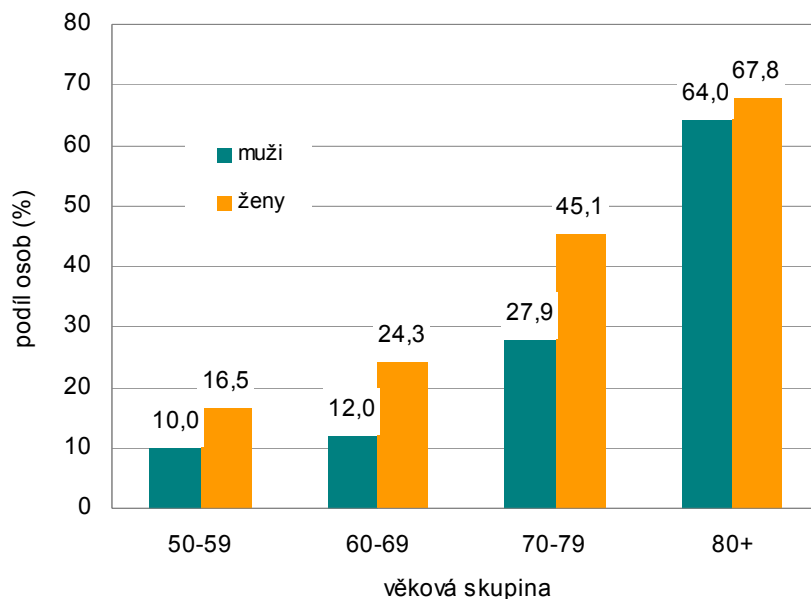
Graf č. 30: Problémy se zvládáním chodu domácnosti - 1 a více činností (%), ČR, 2006



Zdroj: SHARE

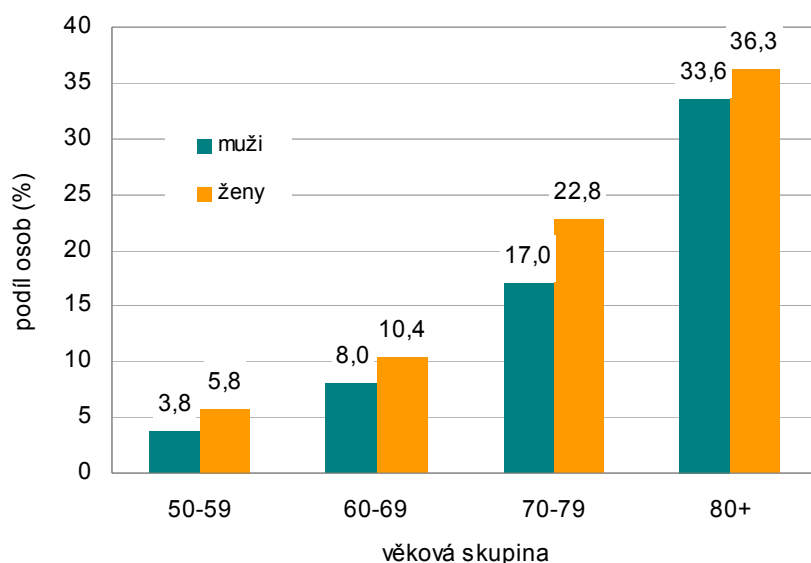
Řada studií (Vilder, 2005, Geodet, 2004) ukázala, že ztráta pohyblivosti jedince může být redukována aktivním životním stylem, zahrnujícím fyzickou aktivitu. Fyzická aktivita ve vyšším věku podporuje zachování stávajícího fyzického, psychického i kognitivního zdraví. Intenzivní fyzická aktivita například snižuje riziko vzniku cévních onemocnění mozku, vzniku demence a pomáhá udržet kognitivní funkce. Zahnutí fyzické aktivity do svého životního stylu je pozitivní i pro osoby, které se během svého života nevěnovaly fyzické aktivní i pro osoby, které již vykazují sníženou pohyblivost/hybnost. WHO doporučuje jedincům, kteří již mají určitá omezení vykonávat např. cvičení, které zlepšují jejich stabilitu a takovou fyzickou aktivitu, která odpovídá jejich možnostem a zdravotnímu stavu. Tento přístup by měl být zahrnut i do zdravotní péče, která by měla motivovat starší osoby k pohybové aktivitě.

Graf č. 31: Problémy s pohyblivostí, hybností paží a jemnou motorikou - 3 a více problémů (%), ČR, 2006



Zdroj: SHARE

Graf č. 32: Absence jakékoliv fyzické aktivity (%), ČR, 2006



Zdroj: SHARE

Graf č. 32 znázorňuje **fyzičnou inaktivitu**, tzn. absenci jakékoliv fyzické aktivity u starší populace ČR. Již ve věkové skupině 60-69 let existuje 10 % osob, které nevykonávají žádnou fyzickou aktivitu. V nejstarší věkové skupině 80 a více let jich pak je kolem 35 %. V populaci je tak vysoký podíl osob, které jsou v riziku vzniku nových nebo dalších omezení pohyblivosti a hybnosti a představují určitý potenciál zlepšení zdravotního stavu starší populace.

5. Kvalita života ve vyšším věku

Kvalita života osob ve vyšším věku popř. v raném stáří je měřena pomocí nástroje CASP – 12⁴, který hodnotí ty aspekty života, které jsou považovány za zvláště významné pro tuto etapu života a vychází k předpokladu, že *kvalita života by měla být posuzována jako stupeň naplnění lidských potřeb*. Sleduje 4 domény významné pro tuto etapu života: kontrolu, samostatnost, seberealizaci a radost ze života. Kontrola je chápána jako schopnost jedince aktivně se zapojovat ve vlastním prostředí. Autonomie je definována jako právo jedince bránit se nežádoucím vlivům ostatních. Seberealizace a radost ze života mají za cíl získat aktivní zpětné vazby v procesu lidského bytí. Kontrola a autonomie mají více individuální charakter a seberealizace a radost ze života více sociální charakter.

Modul CASP-12 se skládá z 12 otázek, které zjišťují u respondenta, jak často se setkává s konkrétními pocity na 4stupňové škále pohybující se od odpovědi „nikdy“ po „často“. Celkové skóre modulu CASP-12 se pak pohybuje od 12 do 48, kde vyšší skóre představuje vyšší kvalitu života. Pro hromadné populační použití je ve studii SHARE dále skóre překódováno do čtyř skupin: hodnoty vyšší než 39 představují *velmi vysokou* kvalitu života, hodnoty 37-39 *vysokou*, hodnoty 35-37 *průměrnou* a hodnoty pod 35 *představují nízkou kvalitu života* (Siegrist, 2005).

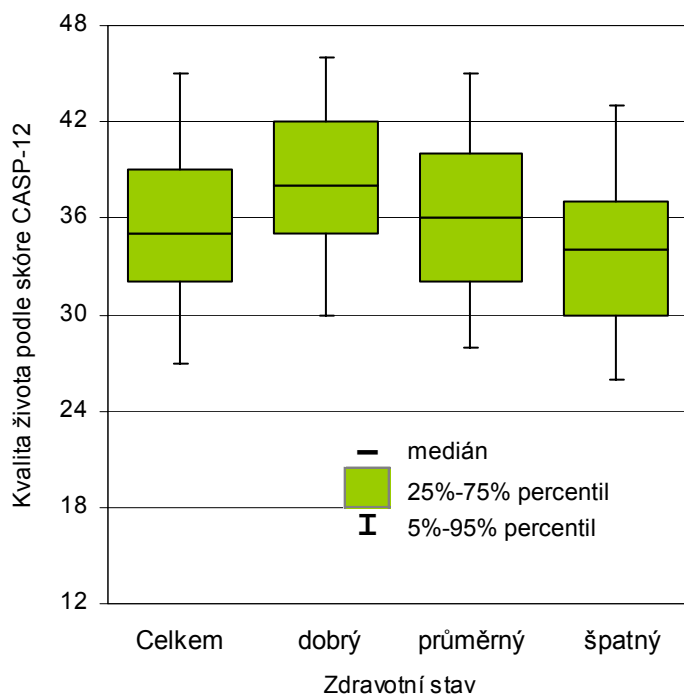
Kvalita života ve vyšším věku je ovlivněna řadou faktorů, zde je však hodnocen pouze vliv zdravotního stavu a socioekonomické pozice⁵. *Graf č. 33* ukazuje dopad zdravotního stavu jedince na kvalitu života v české stárnoucí populaci, kde zdravotní stav je hodnocen pomocí ukazatele *subjektivního hodnocení zdraví*. Jedinci s dobrým zdravotním stavem vykazují vysokou kvalitu života (medián=38), zatímco jedinci ve špatném zdravotním stavu vykazují nízkou kvalitu života (medián=34). Socioekonomické rozdíly v kvalitě života v Česku (*Graf č. 34*) jsou hodnoceny pomocí nejvyššího dosaženého vzdělání. Vyšší kvalita života byla zjištěna u osob s vyšším vzděláním, zatímco osoby pouze se základním vzděláním vykazovaly v průměru nízkou kvalitu života (medián=34), osoby s vysokoškolským vzděláním již dosahovaly vysoké kvality života (medián=37).

Závěrečný *Graf č. 35* ukazuje rozložení hodnot kvality života v evropských zemích, účastnících se projektu SHARE. Výrazně vyšší kvalita života byla zjištěna v zemích západní a severní Evropy, a naopak nižší kvalita života byla zjištěna u populací jižní a východní Evropy, včetně České republiky. Zajímavým faktem je, že nejvyšší kvalita života byla zjištěna v Dánsku a Nizozemsku, což jsou země, které v západoevropské kontextu, patří k těm s nižší nadějí dožití.

⁴ CASP-12 jednotlivá písmena představují jednotlivé sledované oblasti kvality života C- control, A-autonomy, S-self-realisation a P-pleasure, číslo 12 potom značí, z kolika otázek se modul skládá. Původní verze CASP-19 (Hyde et al., 2003) obsahovala 19 otázek, ale vzhledem k vysoké korelaci řady otázek je v současnosti používána zkrácená verze CASP-12.

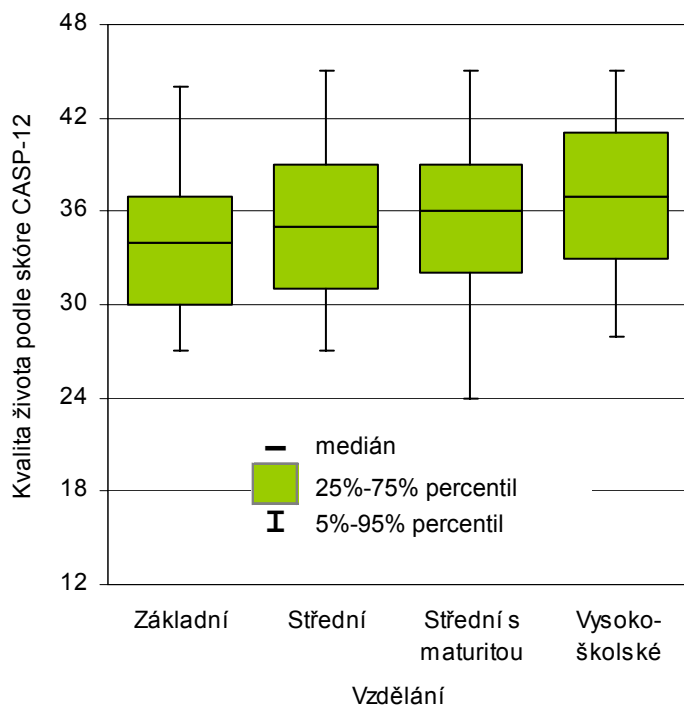
⁵ Kvalita života je hodnocena za muže i ženy dohromady, jelikož se hodnota ukazatele CASP-12 významně neliší mezi pohlavími.

Graf č. 33: Kvalita života podle subjektivní úrovně zdravotního stavu, ČR, 2006



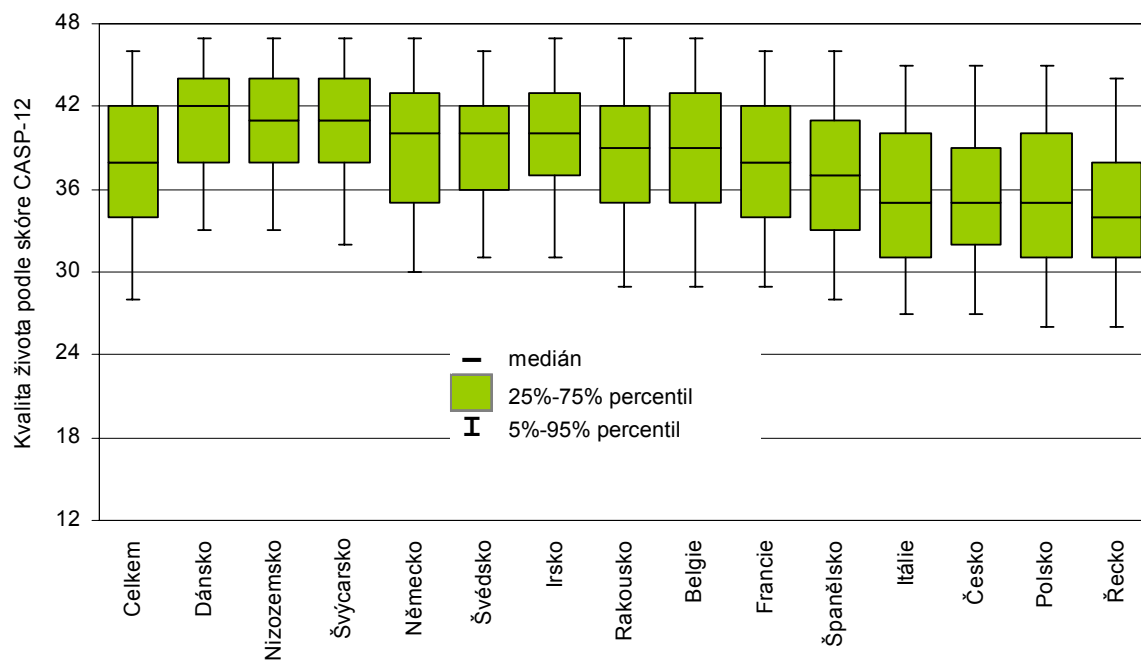
Zdroj: SHARE

Graf č. 34: Kvalita života podle nejvyššího dosaženého vzdělání, ČR, 2006



Zdroj: SHARE

Graf č. 35: Kvalita života ve vybraných evropských zemích (projekt SHARE), 2006



Zdroj: SHARE

6. Závěr

Většina lidí procházející etapou *třetího věku* jsou v dobrém/uspokojivém zdravotním stavu a jsou schopni účastnit se řady aktivit ve svém prostředí. Na individuální úrovni však existují výrazné rozdíly, seniorská populace je ze zdravotního hlediska velice heterogenní a vyžaduje pochopitelně různorodé přístupy. Významná část seniorů je typicky geriatrickými pacienty, kdy do popředí vystupuje stařecká křehkost (frailty), atypičnost chorobných stavů, mnohočetnost jejich obtíží a tzv. „nemocnost bez chorob“. Jen u části seniorů dochází ke ztrátě soběstačnosti, která je kromě zdravotních potíží důsledkem nároků prostředí a sociální situace. Zde je třeba zajistit koordinaci nejenom zdravotních a sociálních služeb pokud možno v přirozeném prostředí seniora.

Literatura:

Hyde et al. (2003): A Measure of Quality of Life in Early Old Age: The Theory, Development and Properties of a Needs Satisfaction Model (CASP- 19). *Ageing and Mental Health*, 7:186-194.

Lastett, P. (1996): *Fresh Map of Life: The Emergence of the Third Age*, Macmillan, London, 2nd edition. ISBN 10 0333666763.

Siegrist, J. (ed.) (2005): Social and Family context in Boersch-Supan, A. (ed.): *First Results Health, Ageing and Retirement in Europe - First Results from SHARE*. Mannheim, MEA 2005.

Visser, M. et al. (2005): Type and Intensity of Activity and Risk of Mobility Limitation: The Mediating Role of Muscle Parameters. *Journal of the American Geriatrics Society*, Volume 53, Issue 5, pages 762–770.

van Gelder, B. M. et al. (2004): Physical activity in relation to cognitive decline in elderly men. *Neurology*, vol. 63, no. 12, p. 2316-2321.