

# ZDRAVÍ

Jitka Rychtaříková

Během dvacátého století se ve vyspělých zemích významně prodloužila střední délka života při narození. Až do šedesátých let její nárůst souvisel zejména s poklesem míry kojenecké, respektive dětské úmrtnosti. V důsledku tohoto vývoje se dnes dožívá vyššího věku stále větší podíl osob. Teprve později, od sedmdesátých let, se začala snižovat i úmrtnost seniorů. Prodlužování lidského věku sebou také přineslo vyšší frekvenci chronických onemocnění, která sice nejsou prvotními příčinami úmrtí, ale zneprůjemňují život jedince a v horším případě ho omezují v konání běžných denních aktivit. U populací s nízkou úrovní úmrtnosti se proto tradiční ukazatele úmrtnosti staly méně výstižnými charakteristikami zdravotního stavu a v posledních letech více nabývají na významu otázky a ukazatele spojené s kvalitou života.

V České republice vzrostla střední délka života při narození mezi roky 1900 a 2006 z 38,9 let u mužů a 41,7 let u žen na 73,4, respektive 79,7 let. V roce 2005 (rok šetření GGS v ČR) činila střední délka života při narození 72,9 let u mužů a 79,1 let u žen. Pro další vybrané věky je počet let zbývajících na dožití v roce 2005 uveden v tabulce 1.

**Tabulka 1 Česká republika 2005: Střední délka života podle věku**

Česká republika		Střední délka života v daném věku v roce 2005						
Věk	0	20	30	40	50	60	70	80
<b>Muži</b>	72,88	53,47	43,94	34,48	25,56	17,77	11,25	6,13
<b>Ženy</b>	79,10	59,56	49,72	39,97	30,56	21,70	13,65	7,06

Uvedená očekávaná délka života, měřená funkcí úmrtnostní tabulky ( $e_x$ ), je ukazatel, který jak již bylo řečeno, stále méně vypovídá o zdravotním stavu populace a to také platí pro Českou republiku. Hlubší studium zdravotního stavu musí být proto mimo jiné zaměřeno na analýzu dlouhodobé morbidity, na její dopad při konání běžných životních činností a na globální vnímání zdraví. Tyto aspekty života se v dnešní době stávají významnými zejména pro seniorskou populaci v České republice. Je totiž velmi důležité v jaké kvalitě budou roky navíc, získané v důsledku snižování úmrtnosti vyššího věku, prožity. V obecné i konkrétní rovině jde o problematiku chronických nemocí, které nejsou samy o sobě fatální, ale mohou vést k fyzické a mentální nesoběstačnosti. V nedávné době (v roce 2005) proto Evropská unie nově zařadila mezi strukturální ukazatele, mimo tradiční vzájemně nezávisle počítané ukazatele úmrtnosti a nemocnosti, ukazatel počtu roků prožitých ve zdraví (HLY: Healthy Life Years, dříve nazývaný disability-free life expectancy). Tento ukazatel kombinuje dohromady oba jevy úmrtnost a nemocnost a měří očekávanou délku života prožitou bez disability, tj. v takovém stavu zdraví, který neomezuje vykonávání denních činností.

V současnosti je jednou z nejdůležitějších demografických výzev proces demografického stárnutí. V kontextu tohoto procesu se mění věková struktura a v důsledku snižující se úmrtnosti seniorů se mění i struktura zdravotního stavu obyvatelstva. V návaznosti na tyto trendy pak byly formulovány tři teorie definující eventuální scénáře změn zdravotního stavu populací. Tyto teorie vycházejí ze tří možných variant ukazatele podílu let prožitých v dobrém zdravotním stavu na celkovém počtu let zbývajících na dožití. Jsou to: *teorie pandemie morbidity*, která předpokládá nárůst incidence nemocnosti, tedy zvýšení podílu let prožitých v nemoci v počtu let zbývajících k dožití, *teorie komprese morbidity*, která je naopak založena na předpokladu snižování morbidity a to zejména jejich těžších forem a na následně zmenšení podílu let prožitých v nemoci na celkovém počtu let

k dožití, *teorie dynamické rovnováhy*, kdy se podíl let v dobrém zdravotním stavu na celkovém počtu let k dožití nemění i když se délka života prodlužuje. Z pohledu druhého a třetího scénáře (teorie komprese morbidity nebo teorie dynamické rovnováhy) tedy nevypadá náš výhled do budoucnosti nepříznivě. Je však nutno si uvědomit, že probíhající, a do budoucnosti akcelerovaný proces demografického stárnutí evropských populací, včetně jeho urychleného průběhu v České republice, bude znamenat nárůst absolutního počtu seniorů a tím také počtu potenciálně nemocných i když se třeba prevalence nemocnosti (relativní ukazatel) podle věku nezmění nebo dokonce sníží.

## 1. Zdravotního stav a jeho hodnocení

Zdravotní stav a jeho další vývoj je mimo jiné důležitým tématem Evropské unie, která v této souvislosti uveřejnila 23.10.2007 dokument „*Společně pro zdraví: strategický přístup pro EU na období 2008-2013*“. Zdraví se považuje za ústřední hodnotu v lidském životě, kterou je třeba podporovat účinnými politikami a činnostmi. V dnešní době definice zdraví vychází z vymezení dané Světovou zdravotnickou organizací, která definuje zdraví jako *stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody a nikoli pouze jako nepřítomnost nemoci nebo nějaké poruchy*. Zdravotní stav obyvatelstva je tedy vyjádřením globální pohody, a proto může být hodnocen z mnoha hledisek. V zásadě lze zdraví měřit ze dvou pohledů: objektivně pomocí lékařem stanovené diagnózy, nebo subjektivně, kdy jedinec vypovídá o tom jak se cítí, přičemž obě hodnocení nemusí být v úplném souladu. V prvním přístupu (objektivním) se vyhodnocení zdravotního stavu opírá o lékařem objektivně dokumentované skutečnosti, ve druhém přístupu (subjektivním) se jedná o otázky obecnějšího charakteru zaměřené na pocitové výpovědi týkající se eventuálních dlouhodobých onemocněních a jejich dopadů viděno očima pacienta. Při těchto subjektivních výpovědích je určitým problémem skutečnost, že vnímání zdraví se mění v čase, a je také do jisté míry podmíněno normami dané populace. Subjektivní zdraví může být vnímáno rozdílně v relaci k danému věku, pohlaví, či jinak vymezené skupině obyvatel.

Ukazatele zdravotního stavu jsou svou podstatou komplikovanější a mají více dimenzí v porovnání s ukazateli úmrtnosti. Většinou vycházejí z konceptu Mezinárodní klasifikace ICIDH<sup>1</sup> (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) přijaté Světovou zdravotnickou organizací v roce 1980. Tato klasifikace má tři dimenze z nichž první vypovídá o medicínském nebo-li fyziologickém či psychickém aspektu a je založena na klinicky prokázaném onemocnění, přičemž špatný zdravotní stav je vlastně odchylkou od přijaté normy. Druhá dimenze se týká fungování jedince ve společnosti. Neschopnost plnění běžných úkolů znamená špatný zdravotní stav. Třetí dimenze se opírá o subjektivně pociťovaný zdravotní stav, tedy o vyjádření globální pohody.

V praxi je problematika zdravotního stavu obyvatelstva (objektivní hledisko) předmětem šetření zdravotnických statistik a příslušných organizací (celosvětově Světová zdravotnická organizace, v České republice Ústav zdravotnických informací a statistiky). Otázky zaměřené na subjektivní výpovědi o zdravotním stavu jsou součástí mnoha celoevropsky prováděných šetřeních jakými jsou například: ECHP (European Community Household Panel) dnes nahrazený šetřením SILC (Statistics on Income and Living Conditions), EB (Eurobarometer Survey), ESS (The European Social Survey), SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe). V šetření GGS byly otázky, podobně jako v jiných šetřeních, zaměřeny na: *subjektivně vnímané zdraví, chronickou nemocnost a omezení každodenních aktivit*. Doplňujícím aspektem byla doba trvání nemoci, způsob a druh poskytované péče, okruh poskytovatelů péče, duševní zdraví a další.

---

<sup>1</sup> Tato klasifikace byla později změněna na ICIDH-2 – International Classification of Impairments, Activities and Participation, Geneva 1997

## 1.1. Subjektivně vnímané zdraví

Subjektivně vnímané zdraví je globální ukazatel, který zahrnuje všechny aspekty zdravotního stavu, tj. fyzické, sociální i emocionální. Je ukazatelem kvality života a tím i vyjadřuje efektivitu fungování jedince v dané populaci a jeho vitalitu. Výpověď o subjektivně vnímaném zdraví také reflektuje jak se jedinec cítí v dané společnosti, zda má pro něj smysl, jak je do ní začleněn nebo naopak vyloučen. Kategorie subjektivně vnímaného zdraví je důležitá pro svou obecnou souvislost s délkou života, je také indikátorem potenciálních nároků na zdravotní péči. V případě vysokého počtu lidí označujících svůj zdravotní stav za špatný, může signalizovat i nedostatečně vyspělé zdravotnictví. Výpovědi o subjektivně vnímaném zdraví (SPH: self-perceived health) jsou však do určité míry ovlivněny normami v populaci, souvisejí také s věkem, liší se podle pohlaví i dalších demografických, sociokulturních, respektive ekonomických charakteristik.

V České republice respondenti hodnotili svůj zdravotní stav v rámci pětiškálové stupnice (velmi dobrý, dobrý, uspokojivý, špatný a velmi špatný) a odpovídali na otázku *Jak byste celkově ohodnotil/a svůj zdravotní stav.* (Tato otázka i její škálování je v souladu s přijatou normou Světové zdravotnické organizace z roku 1996 jejíž znění v angličtině je: *How is your health in general?* a škálování: *very good, good, fair, bad, and very bad*).

**Tabulka 2 MUŽI: Subjektivně vnímané zdraví podle věku**

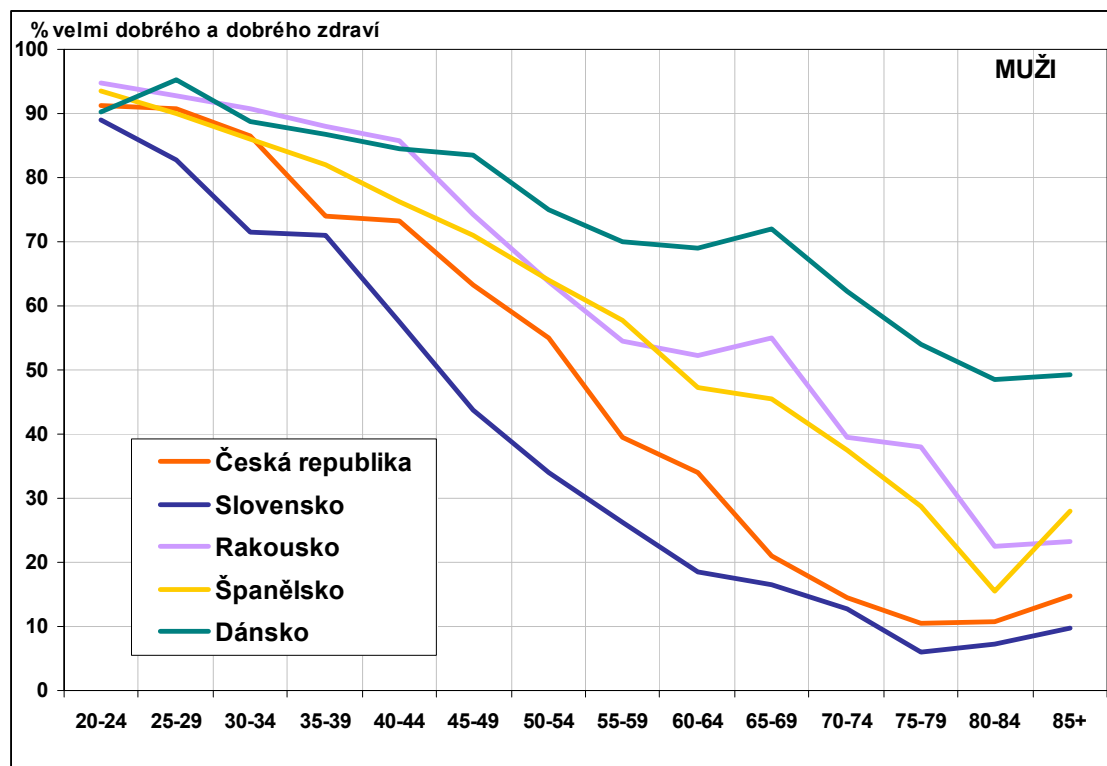
MUŽI	subjektivně vnímané zdraví: zdravotní stav %					N
	velmi dobrý	dobrá	uspokojivý	špatný	velmi špatný	
Věk						
18-19	68,1	28,6	2,6	0,7	0,0	200
20-24	62,6	32,9	3,5	1,1	0,0	372
25-29	52,2	38,2	7,2	2,5	0,0	486
30-34	45,2	43,9	8,9	1,9	0,1	487
35-39	30,2	56,9	10,9	1,8	0,2	480
40-44	23,4	53,1	20,1	3,4	0,0	482
45-49	19,6	51,1	22,0	5,9	1,5	396
50-54	7,8	50,4	32,3	8,0	1,4	427
55-59	4,4	33,9	48,6	10,8	2,3	427
60-64	5,2	31,9	52,3	10,0	0,5	341
65-69	2,6	27,6	55,9	13,2	0,7	271
70-74	2,4	23,2	57,0	14,8	2,5	238
75-79	2,8	16,0	54,6	23,1	3,5	194
18-79	26,4	40,4	26,0	6,3	0,8	4801

Pozn.: Otázka 701: *Jak byste celkově ohodnotil svůj zdravotní stav?*

Výběrový soubor vážený na populaci, šetření GGS; N počet respondentů

V České republice označili muži ve věku 18-79 let, v 67 % svůj zdravotní stav jako velmi dobrý a dobrý a pouze v 7 % jako špatný a velmi špatný. Z tabulky 2 je zřejmý pokles pocitu dobrého zdraví s rostoucím věkem a to zejména v kategorii velmi dobrý zdravotní stav. Ve věkové kategorii 60-64 pocítovala ještě polovina mužů svůj zdravotní stav jako uspokojivý, přičemž v tomto věku převládá pocit dobrého zdraví (velmi dobré+dobré: 37 %) oproti špatnému zdraví (špatné+velmi špatné: 10 %). Teprve ve věku 75-79 let až čtvrtina mužů považovala svůj zdravotní stav za špatný až velmi špatný.

**Graf 1**  
**Subjektivně vnímané zdraví, prevalence velmi dobrého a dobrého zdravotního stavu**



Pramen: databáze EHEMU <http://www.ehemu.eu/>, šetření SILC 2005

Porovnáme-li výpovědi mužů v České republice s jinými zeměmi na základě šetření SILC prováděnému ve stejné době (2005) a jehož výsledky jsou konzistentní se šetřením GGS (2005), zjišťujeme, že například muži v Rakousku nebo Španělsku udávali častěji velmi dobrý a dobrý zdravotní stav oproti českým či slovenským mužům (graf 1). Nejlépe však hodnotili svůj zdravotní stav z pěti srovnávaných zemí (Česká republika, Dánsko, Rakousko, Slovensko, Španělsko) muži v Dánsku. Toto platí téměř v celé šíři věkového spektra. Protože se zdravotní potíže kumulují s věkem, zdá se, že rozdíly mezi zeměmi narůstají se zvyšujícím se věkem. Je zřejmé, že ti co jsou favorizovanější ve středním věku (častěji velmi dobrý a dobrý zdravotní stav) jsou na tom ještě lépe ve starším věku, tj. 65-79 let (graf 1). Jedná se přitom o věk, kdy jsou lidé v důchodu a neměli by být ještě příliš postiženi nemocemi stáří nebo žít v zařízeních (Rozdílný podíl osob v pokročilém věku žijících v zařízeních v jednotlivých zemích může do určité míry zkreslovat mezinárodní srovnávání zdravotního stavu, protože výběrová šetření obvykle nezahrnují osoby v zařízeních). Uvedené mezinárodní porovnání také potvrzuje konzistentnost korelace mezi úmrtností a subjektivním zdravím, protože jak v Rakousku a Dánsku tak zejména ve Španělsku je střední délka života při narození delší než v České republice nebo na Slovensku (střední délka života při narození muži 2005: Dánsko 76,0; Rakousko 76,7; Španělsko 77,0; Česká republika 72,9; Slovensko 70,2). V grafu 1 pozorujeme mimo narůstající rozdíl ve vyšším věku (65-79 let) poměrně nepříznivou situaci mužů na Slovensku ve věku 40-64 let, tedy převážně ekonomicky aktivních, která se v tomto směru odlišuje od lepší situace v České republice. V důchodovém věku se naopak česká a slovenská populace ve svých výpovědích velmi přibližují. Určitou anomálií je „zlepšení“ zdravotního stavu 65-69 letých v Dánsku, Rakousku a v menší míře ve Španělsku a ve věku 60-64 let v České republice. Tento specifický průběh navozuje myšlenku o větší životní satisfakci či optimismu čerstvých důchodců.

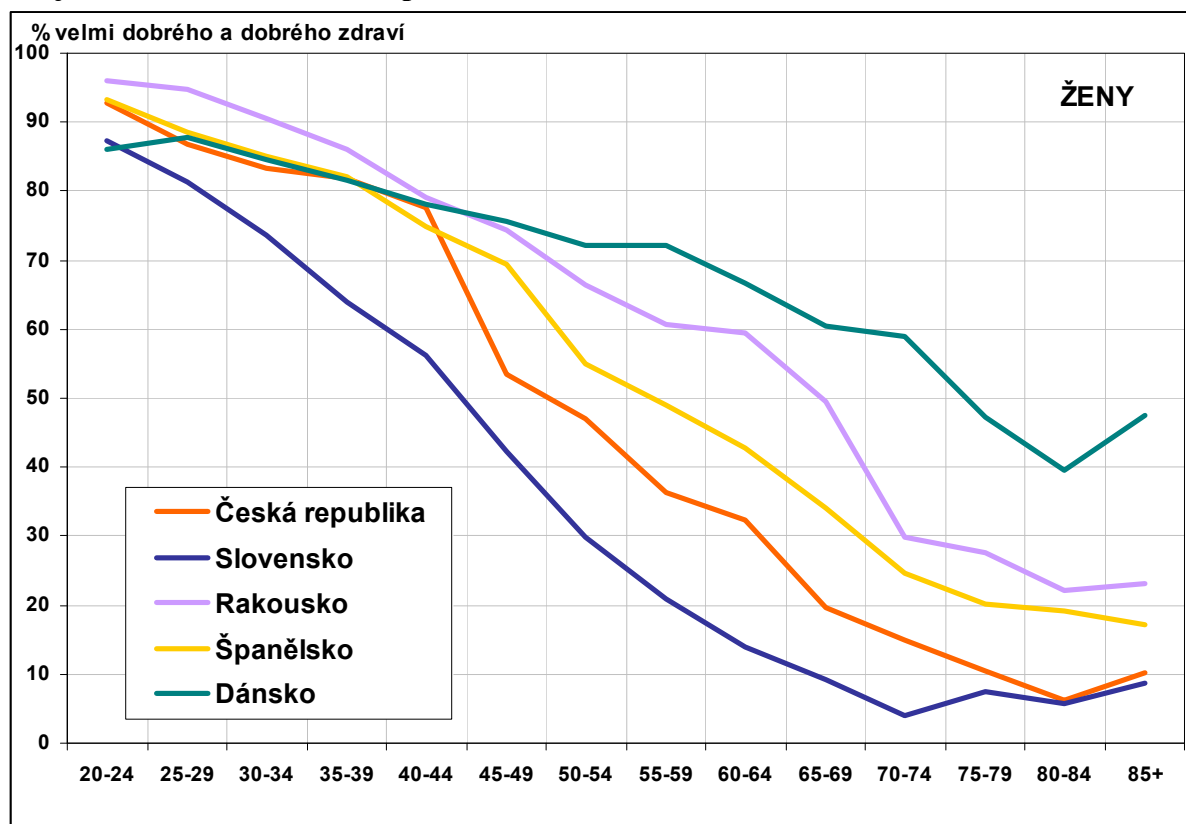
**Tabulka 3 ŽENY: Subjektivně vnímané zdraví podle věku**

Věk	subjektivně vnímané zdraví: zdravotní stav %					N
	velmi dobrý	dobrá	uspokojivý	špatný	velmi špatný	
18-19	58,7	36,2	4,1	1,0	0,0	162
20-24	52,2	40,8	6,0	1,0	0,0	332
25-29	45,0	44,7	9,0	1,2	0,2	471
30-34	35,6	50,4	11,4	2,5	0,2	520
35-39	23,6	57,5	16,7	2,0	0,3	475
40-44	19,2	49,5	22,5	8,2	0,6	452
45-49	9,8	48,5	36,0	3,7	1,9	482
50-54	9,6	41,9	37,5	10,5	0,5	470
55-59	5,0	37,6	45,0	11,1	1,3	495
60-64	3,3	28,5	55,4	12,0	0,8	369
65-69	2,0	28,9	58,4	10,4	0,4	328
70-74	0,8	17,0	59,6	21,1	1,6	242
75-79	2,2	11,7	61,6	22,9	1,6	268
18-79	19,9	40,5	31,3	7,6	0,7	5065

Pozn.: Otázka 701: Jak byste celkově ohodnotila svůj zdravotní stav?  
 Výběrový soubor vážený na populaci; šetření GGS; N počet respondentů

**Graf 2**

**Subjektivně vnímané zdraví, prevalence velmi dobrého a dobrého zdravotního stavu**



Pramen: databáze EHEMU <http://www.ehemu.eu/>, šetření SILC 2005

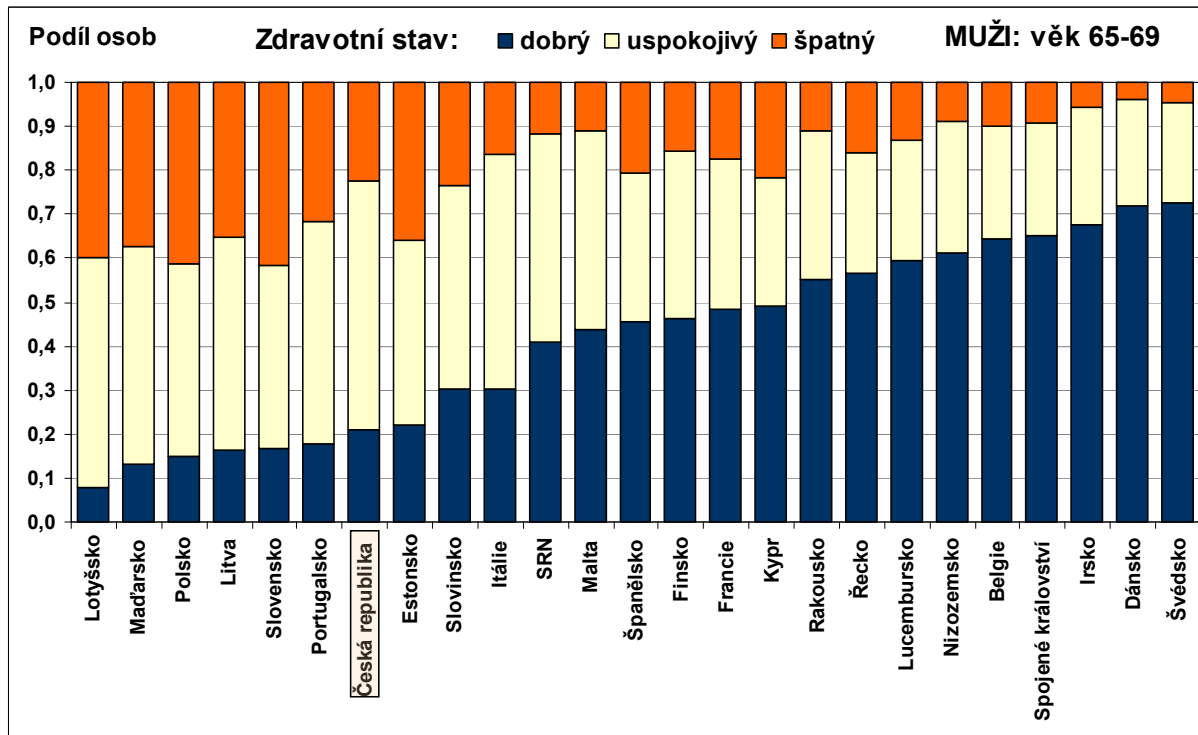
Ženy jsou ve svých výrocích o zdravotním stavu poněkud pesimističtější než muži (tabulka 3). V celém souboru (18-79 let) téměř 61 % žen považovalo svůj zdravotní stav za dobrý až velmi dobrý a 8 % za špatný až velmi špatný a 31 % za uspokojivý. Zatímco ve věkové skupině 60-64 let označilo 10 % mužů svůj zdravotní stav za špatný a velmi špatný (tabulka 2), tak u žen to bylo o něco více, tj. 13 % (tabulka 3). Ve věku 75-79 let byl u mužů pocit velmi dobrého a dobrého zdraví v 19 %, u žen o něco méně ve 14 %. Tento fakt může do určité míry souviset se skutečností, že muži v tomto věku žijí ve větší míře v manželství (74% v roce 2005), zatímco ženy jsou ve stejném věku již častěji vdovy (62 %). Mít partnera ve vyšším věku je velmi významným faktorem ovlivňujícím subjektivní pocit dobrého zdraví. Prevalence špatného a velmi špatného zdraví byla deklarována u žen ve věku 75-79 let naopak, tj. v nepatrně menší míře než u mužů (ženy: 25 %; muži 27 %). Rozdíl mezi muži a ženami ve vyšším věku tedy tkví především v přelivu mezi kategoriemi dobrého zdraví a uspokojivého zdraví. Muži více než ženy deklarují dobré zdraví oproti uspokojivému i když intenzita úmrtnosti je v tomto věku u mužů vyšší než u žen (věk 75-79 let v roce 2005 kvocient úmrtnosti: muži 0,309; ženy 0,209). Podíváme-li se na výpovědi o velmi špatném zdravotním stavu (tabulky 2,3), pak tuto skutečnost udává pouze zlomek populace ve věkovém spektru 18-79 let a tento podíl není výrazně věkově diferencován.

V mezinárodním pohledu podobně jako u mužů uvádějí české ženy velmi dobrý a dobrý zdravotní stav v menším procentu než ženy v Dánsku, Rakousku nebo ve Španělsku (graf 2). Oproti mužům se všechny křivky výpovědí žen o prevalenci velmi dobrého a dobrého zdraví ve středním a vyšším věku zřetelně odlišují (u mužů křivky Rakouska a Španělska splývají). Ženy v České republice pozitivněji hodnotí svůj zdravotní stav oproti ženám na Slovensku, obě křivky se přibližují až v nejvyšším věku 80 a více let. Nejlepší subjektivní zdraví ze všech pěti srovnávaných populací (Česká republika, Dánsko, Rakousko Slovensko a Španělsko) udávají ženy v Dánsku (stejně jako muži), dále postupně v Rakousku, Španělsku, kde je nejnižší úroveň úmrtnosti ze všech pěti srovnávaných populací, České republice a Slovensku. (střední délka života při narození ženy 2005: Španělsko 83,7; Rakousko 82,3; Dánsko 80,5; Česká republika 79,3; Slovensko 78,1).

Pozici České republiky v širším mezinárodním kontextu 25 evropských zemí pokud jde o úroveň úmrtnosti a zdravotní stav seniorů (osoby ve věku 65+) ve smyslu subjektivně vnímaného zdraví ilustrují grafy 3-6. Výpovědi o prevalenci subjektivně vnímaného zdraví ve věkové skupině 65-69 let reflektují kumulativní dopad podstoupených životních rizik do tohoto věku. Na druhé straně není uvedený ukazatel ještě zatížen chybou nezahrnutí osob žijících v zařízeních, jejichž podíl se může v jednotlivých zemích značně lišit což do jisté míry může ovlivňovat hodnocení o stavu zdraví, která vycházejí z výběrových šetření osob obvykle mimo kolektivní domácnosti.

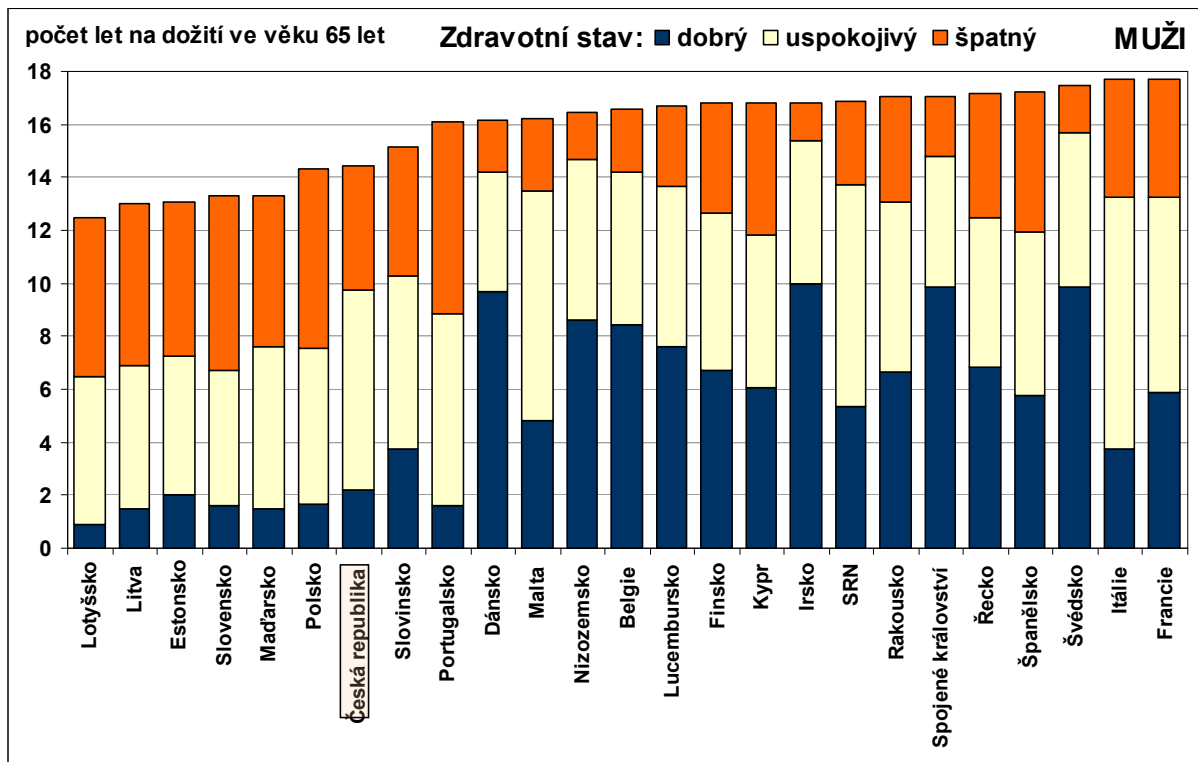
Muži v České republice ve věku 65-69 let, podobně jako v dalších postkomunistických zemích, nepovažují svůj zdravotní stav za příliš dobrý oproti jiným evropským zemím. Podle šetření SILC 2005 považovalo 21 % českých mužů svůj zdravotní stav za velmi dobrý a dobrý (graf 3), zatímco například ve Švédsku nebo Dánsku, tento podíl přesahoval 70 %. Střední skupinu zemí představují v tomto směru vesměs mužské populace jižní a západní Evropy. Naopak velmi špatné a špatné subjektivní zdraví ve věku 65-69 let udávali nejčastěji muži na Slovensku a v Polsku a to více než ve 40 % případů. Mužská populace České republiky s 23 % deklarujícími špatný a velmi špatný zdravotní stav byla v tomto ukazateli „pouze lehce nadprůměrná“. Mezi země s hodnotou špatného zdraví v méně než 10 % případů patřily: Dánsko (4 %), Švédsko (5 %), Irsko (6 %), Nizozemsko a Spojené království (9 %).

**Graf 3** Struktura mužů ve věku 65-69 let podle subjektivně vnímaného zdraví v Evropě



Pramen: databáze EHEMU <http://www.ehemu.eu/>, šetření SILC 2005

**Graf 4** Naděje dožití mužů ve věku 65 let podle subjektivně vnímaného zdraví v Evropě



Pramen: databáze EHEMU <http://www.ehemu.eu/>, šetření SILC 2005

Seřazeno podle  $e_{65}$ , tj. celkové střední délky života ve věku 65 let

Pořadí evropských zemí v roce 2005 seřazených podle hodnoty naděje dožití ve věku 65 let mužů rámcově odpovídá výpovědím o zdravotním stavu mužské populace a počtu let zbývajících na dožití 65 letým mužům v dobrém zdraví (graf 4). Korelační koeficient mezi střední délkou života ve věku 65 let a prevalencí dobrého zdravotního stavu ve věkové skupině 65-69 let činil 0,763 (tabulka 4). Z grafu 4 je vidět, že na jedné straně spektra jsou postkomunistické země s kratší nadějí dožití mužů ve věku 65 let a deklarující horší subjektivní zdraví oproti populacím s delší nadějí dožití mužů ve věku 65 let a deklarujícími v průměru lepší zdravotní stav. Situace je však méně jednoznačná pokud jde o populace jižní a západní Evropy udávající horší zdravotní stav oproti zemím severní Evropy i když mají většinou nižší úroveň úmrtnosti seniorů, tedy delší nadějí dožití ve věku 65 let. Variační rozpětí podílu (procenta) let prožitých v dobrém zdravotním stavu ve věku 65+ v naději dožití ve věku 65 let, tj. v počtu let zbývajících k dožití 65 letým mužům, se pohybuje od 7 % v Lotyšsku do 60 % v Dánsku. V České republice činil příslušný podíl 15 %, ve Francii a Španělsku 33 %; v Belgii (51 %), Nizozemsku (53 %), Švédsku (56 %), Spojeném království (58 %) a Irsku (59 %) více než polovinu zbývajících let života.

**Tabulka 4**

**Korelace mezi zdravotním stavem ve věku 65-69 let a nadějí dožití ve věku 65 let mužů**

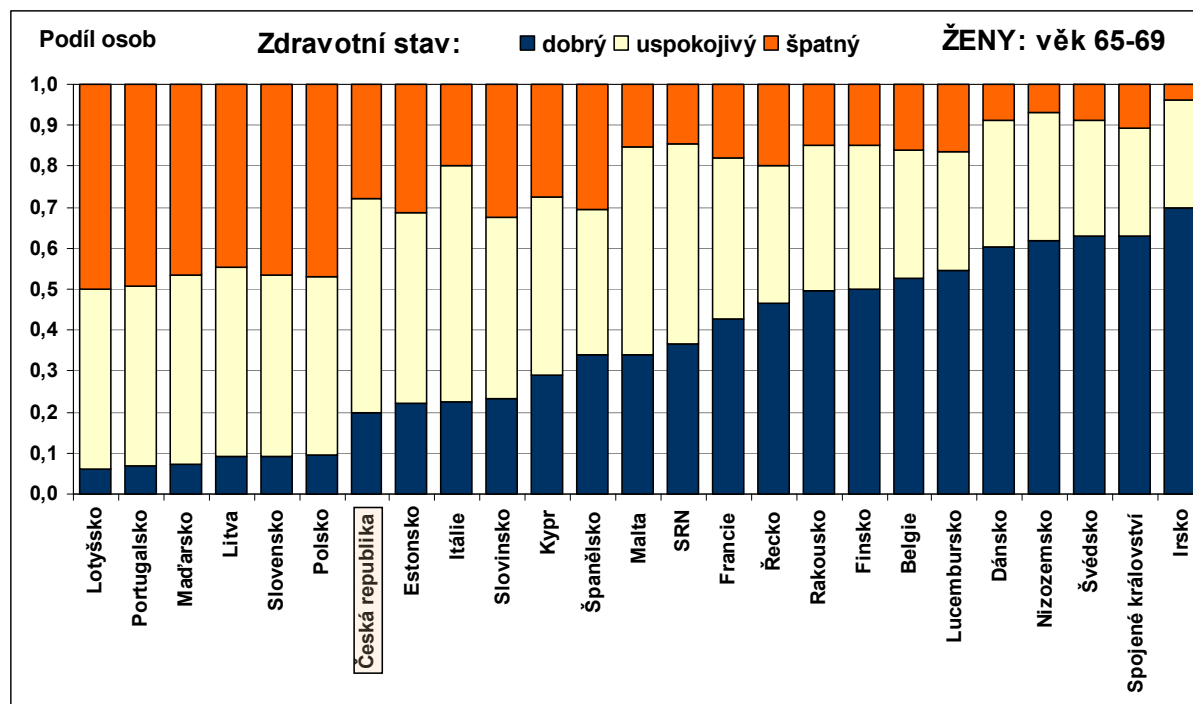
		prevalence ve věku 65-69 let		
		zdravotní stav		
střední délka života ve věku 65 let	zdravotní stav	dobrý	uspokojivý	špatný
	dobrý	0,988**		
	uspokojivý		0,540**	
	špatný			0,921**
	celkem	0,763**	-0,558**	-0,812**

*Pramen dat: databáze EHEMU <http://www.ehemu.eu/>, šetření SILC 2005  
25 evropských zemí uvedených v grafu 3 a 4*

Tabulka 4 dokumentuje statisticky významnou a silnou korelaci mezi zdravotním stavem ve věku 65-69 let a počtem let zbývajících na dožití ve věku 65 let strukturovaným podle zdravotního stavu a celkem. Tato korelace také znamená, že i když se jednotlivé země liší podílem osob žijících v zařízeních, který je obecně vyšší v zemích severní Evropy a Nizozemsku oproti zemím v jižní nebo střední Evropě, tak tato skutečnost zřejmě významně neovlivňuje mezinárodní porovnání střední délky života ve věku 65 let strukturované podle zdravotního stavu a to zejména pokud jde o dobré (0,988) nebo špatné zdraví (0,921).

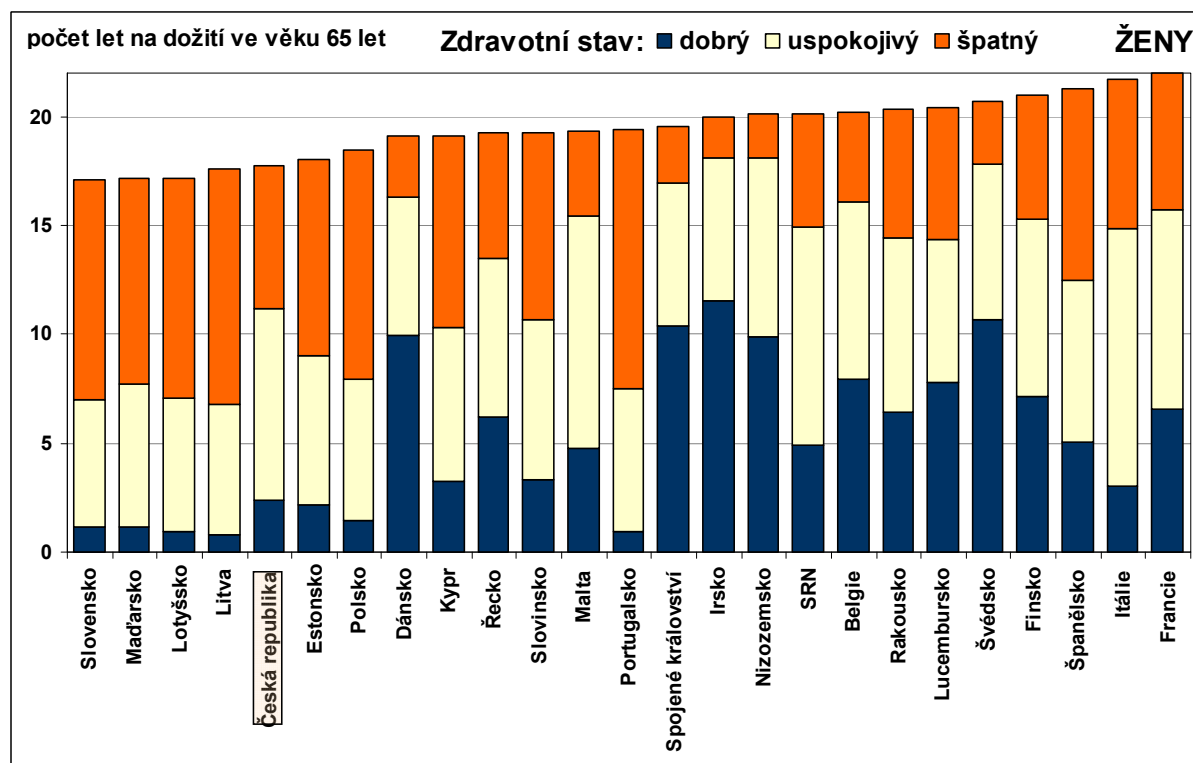
Ženy vykazují podobné vzorce chování jako muži pokud jde o mezinárodní srovnání (graf 5). Ve věku 65-69 se malým podílem velmi dobrého a dobrého zdravotního stavu zřetelně odděluje skupina zemí (Lotyšsko, Portugalsko, Maďarsko, Litva, Slovensko, Polsko), která udává dobrý zdravotní stav v méně než 10 % případů. V České republice (19,8 %), Estonsku, Itálii a Slovinsku 65-69 leté ženské populace deklarují dobré zdraví ve 20-23 %. Na druhé straně spektra s více než 50 % 65-69 letých žen považujících svůj zdravotní stav za velmi dobrý a dobrý jsou ženy v Irsku, Spojeném království, Švédsku, Nizozemsku, Dánsku, Lucembursku, Belgii a Finsku (graf 5). Naopak špatný zdravotní stav ve věku 65-69 let deklarují shodně ženy v Lotyšsku, Portugalsku, Maďarsku, Litvě, Slovensku a Polsku a to ve 45-50 %. V tomto směru je zvláštní pozice Portugalska, které nepatří do skupiny zemí s nejkratší střední délkou života při narození i ve věku 65 let a přesto jak ženy (graf 5), tak také muži (graf 3) si na svůj zdravotní stav „neúměrně“ stěžují.

Graf 5 Struktura žen ve věku 65-69 let podle subjektivně vnímaného zdraví v Evropě



Pramen: databáze EHEMU <http://www.ehemu.eu/>, šetření SILC 2005

Graf 6 Naděje dožití žen ve věku 65 let podle subjektivně vnímaného zdraví v Evropě



Pramen: databáze EHEMU <http://www.ehemu.eu/>, šetření SILC 2005

Seřazeno podle  $e_{65}$ , tj. celkové střední délky života ve věku 65 let

Čtyři země, které vykazují nejmenší počet let k dožití žen ve věku 65 let v dobrém zdraví (Slovensko, Maďarsko Lotyšsko a Litva) mají také nejkratší střední délku života ve věku 65 let (graf 6). Česká republika spolu s Estonskem mají sice také vysokou úmrtnost seniorek v evropském kontextu, ale deklarují relativně lepší zdravotní stav. Naopak polské a zejména portugalské ženy si na svůj zdravotní stav stěžují více než odpovídá jejich délce života ve věku 65 let. Největšími optimistkami jsou ženy v Dánsku, Spojeném království, Nizozemsku a Švédsku (graf 6). Specifickou skupinu představují ženy v Itálii, Španělsku a již zmiňovaném Portugalsku, kde deklarace o špatném zdraví kontrastuje s delší nadějí dožití seniorek. Tato situace je ale stejná u mužů, a to zejména v Portugalsku a Itálii. Je otázkou do jaké míry výpovědi o relativně nepříznivém zdravotním stavu souvisejí s kulturní normou nebo faktickým stavem. Ženské seniorské populace jižní Evropy spolu s postkomunistickými zeměmi mají takto nejnižší podíl let k dožití v dobrém zdraví oproti seniorkám severní a západní Evropy (procento let prožitých v dobrém zdraví v počtu let k dožití ve věku 65: Litva 4 %, Portugalsko a Lotyšsko 5 %, Slovensko 7 %, Česká republika 13 %, Dánsko 58 %). Situace mužů a žen je v tomto směru velmi podobná a tudíž lze i u žen uvažovat o pozitivní korelaci mezi počtem let k dožití ve věku 65 a zdravotním stavem ve věku 65-69 let.

**Tabulka 5**

**Korelace mezi zdravotním stavem ve věku 65-69 let a nadějí dožití ve věku 65 let žen**

		prevalence ve věku 65-69 let			
		zdravotní stav			
střední délka života ve věku 65 let	zdravotní stav	dobry	uspokojivy	špatny	
		dobry	0,987**		
		uspokojivy		0,446*	
		špatny			0,946**
	celkem	0,584**	-0,319	-0,637**	

*Pramen dat: databáze EHEMU <http://www.ehemu.eu/>, šetření SILC 2005  
25 evropských zemí uvedených v grafu 5 a 6*

I u žen byla zjištěna statisticky významná a silná korelace mezi zdravotním stavem ve věku 65-69 let a nadějí dožití ve věku 65 let (tabulka 5). To platí, podobně jako u mužů, pro dobré zdraví (0,987) a špatné zdraví (0,946). Nicméně korelace mezi dobrým zdravotním stavem ve věku 65-69 let a celkovým počtem let zbývajícím k dožití 65 letým ženám je slabší u žen než u mužů (ženy: 0,584; muži: 0,763). Podobně jako u mužů je nejméně korelovaná střední kategorie uspokojivého zdravotního stavu.

**Tabulka 6**

Česká republika 2005					
	střední délka života ve věku 65 let				% let v dobrém zdraví
	zdravotní stav				
	celkem	dobry	uspokojivy	špatny	
<b>muži</b>	14,43	2,22	7,54	4,67	15,38
<b>ženy</b>	17,71	2,37	8,84	6,50	13,39

*Pramen: databáze EHEMU <http://www.ehemu.eu/>, šetření SILC 2005  
Výpočet Eurostat; hodnoty e65 se nepatrně liší od ČSÚ*

## 1.2.Chronická nemocnost

Zlepšující se životní podmínky i rozvoj terapeutických možností přispěly k prodloužení průměrné délky lidského života. V této souvislosti však také narostla frekvence chronických onemocnění. Chronická onemocnění, i když nejsou sama o sobě prvotními příčinami úmrtí, často znamenají snížení fyzické kapacity, respektive další obtíže a ovlivňují jak aktivitu tak kvalitu života člověka. Vyznačují se dlouhodobostí, někdy až trvalostí a jsou provázeny nevratnými patologickými změnami. Frekvence chronických nemocí roste progresivně s věkem, protože tato onemocnění reflektují kumulativní dopad předchozích životních podmínek. Nárůst frekvence chronických onemocnění v populacích s nízkou úrovní úmrtnosti souvisí nejen se stárnutím věkových struktur těchto populací, ale je také důsledkem zlepšování terapeutických možností obecně. Chronické nemoci vyžadují dlouhodobou spolupráci pacienta ve smyslu vlastní aktivity a rehabilitace. Jedná se tedy o typ onemocnění nárokovajícího dlouhodobou lékařskou péči. Léčba je obvykle nákladná a to jak z hlediska ceny léků tak svou náročností na lékařské služby.

Zjišťování chronické morbidity vychází ze dvou dimenzí: první je obecná a opírá se o otevřenou otázku na výskyt či absenci chronického onemocnění, na jeho závažnost či dobu trvání. Druhá dimenze je specifická a je zaměřená na konkrétní onemocnění podle Mezinárodní klasifikace nemocí (u nás například šetření HIS prováděné ÚZIS). Naše šetření GGS postihovalo první (obecnou) dimenzi pomocí dvou otázek. První se týkala výskytu či absence chronické nemoci a její znění bylo následující: *Trpíte nějakým dlouhodobým nebo chronickým onemocněním* ano nebo ne (znění v angličtině : *Do you have any long-standing illness or chronic condition? yes nebo no*). Druhá otázka se týkala doby trvání chronického onemocnění a byla formulována: *Jak dlouho trpíte tímto dlouhodobým či chronickým onemocněním?* Varianty možných odpovědí byly: méně než 6 měsíců, 6 měsíců až 1 rok, 1 rok až 5 let, 5 až 10 let, 10 a více let (znění v angličtině: *How long have you had this long-standing illness or chronic condition? less than 6 months, 6 months to one year, 1 year to 5 years, 5 years to 10 years, 10 years or more*).

Ve věku 18-79 let trpělo v České republice nějakým chronickým nebo dlouhodobým onemocněním 21 % mužů a 26 % žen (tabulka 7). Frekvence chronických onemocnění roste s věkem. Více než jedna čtvrtina chronicky či dlouhodobě nemocných je u mužů od věku 55 let a u žen od 50 let. Více jak polovina respondentů udávala nějaké chronické onemocnění u mužů od věkové skupiny 75-79 let a pokud jde o ženy o jednu mladší věkovou skupinu dříve, tj. od věku 70-74 let. Tento posun vyšší frekvence chronické morbidity žen o jednu věkovou kategorii méně jakoby přetrvával po celý život. Vzhledem k tomu, že se ženy dožívají delšího věku než muži, potom tento posun opačným směrem vlastně prodlužuje navíc jejich čas strávený v chronické morbiditě. Omezíme-li se pouze na porovnání absence chronické či dlouhodobé nemocnosti dvou širokých věkových skupin 18-49 a 50-79 pak můžeme říci, že ve věku 18-49 let netrpělo dlouhodobou a chronickou nemocností více jak 3/4 mužů a 2/3 žen. Ve věku 50-79 let se podíl respondentů bez dlouhodobé nebo chronické nemocnosti snížil na 61 % (muži) respektive 56 % (ženy). Naopak podíl respondentů vypovídajících o tom, že trpí dlouhodobým nebo chronickým onemocněním vzrostl u mužů mezi věkovou skupinou 18-49 let a 50-79 let z 13 % na 39 %, podobně u žen z 15 % na 44 %.

Důležitým aspektem kvality života je, nejen přítomnost nemoci, ale zejména její délka, přičemž právě typickým znakem chronické morbidity je její dlouhé trvání až trvalý stav (tabulka 8). Respondenti, kteří v předchozí otázce uvedli, že trpí nějakým chronickým nebo dlouhodobým onemocněním pak vypovídali, že trpěli tímto onemocněním 10 a více let ve více než 40 % případů (muži: 40 %; ženy: 43 %). Na druhé straně méně než půl roku trvání chronické nemocnosti udávalo pouze 2-3 % respondentů trpících nějakým chronickým nebo dlouhodobým onemocněním. Výrazný je především předěl mezi podílem chronicky

nemocných respondentů s délkou onemocnění přesahujícím 1 rok (93 %) oproti těm, kteří měli chronické problémy krátkodobě, méně než 1 rok (6-8 %).

**Tabulka 7 Frekvence chronické nemoci podle pohlaví a věku**

MUŽI	chronické onemocnění			ŽENY	chronické onemocnění			
	Věk	ano	ne		N	Věk	ano	ne
	18-19	4,2	95,8	198	18-19	6,1	93,9	162
	20-24	9,4	90,6	370	20-24	9,9	90,1	330
	25-29	10,0	90,0	485	25-29	9,7	90,3	465
	30-34	11,3	88,7	484	30-34	11,5	88,5	519
	35-39	10,8	89,2	480	35-39	12,4	87,6	472
	40-44	15,8	84,2	482	40-44	23,0	77,0	454
	45-49	17,9	82,1	396	45-49	23,9	76,1	482
	50-54	23,8	76,2	427	50-54	34,6	65,4	468
	55-59	33,6	66,4	428	55-59	38,2	61,8	493
	60-64	32,0	68,0	341	60-64	36,7	63,3	366
	65-69	39,8	60,2	270	65-69	43,5	56,5	325
	70-74	44,4	55,6	239	70-74	57,6	42,4	241
	75-79	55,4	44,6	193	75-79	52,6	47,4	268
	18-79	21,3	78,7	4792	18-79	26,4	73,6	5045

Pozn. Otázka 702a Trpíte nějakým dlouhodobým nebo chronickým onemocněním?

Výběrový soubor vážený na populaci; N počet respondentů; Řádkové součty=100 pro každé pohlaví zvlášť

Při podrobnější diferenciaci doby trvání chronické či dlouhodobé nemoci podle věku a pohlaví nebyl zásadní rozdíl ani mezi muži a ženami ani mezi oběma hlavními věkovými skupinami (tabulka 8). V této souvislosti je třeba poznamenat, že sice prevalence chronické a dlouhodobé nemoci roste s věkem, ale dlouhá doba trvání je v zásadě jejím konstantním atributem bez ohledu na další charakteristiky zkoumaných populací. Uvedené výsledky také potvrzují, že chronické onemocnění je v principu nevratným stavem. Nutno však poznamenat, že ženy trpí dlouhodobými či chronickými chorobami o něco častěji ve vyšších věkových kategoriích, ale zejména dlouhodoběji v souvislosti s jejich obecně delší průměrnou délkou života.

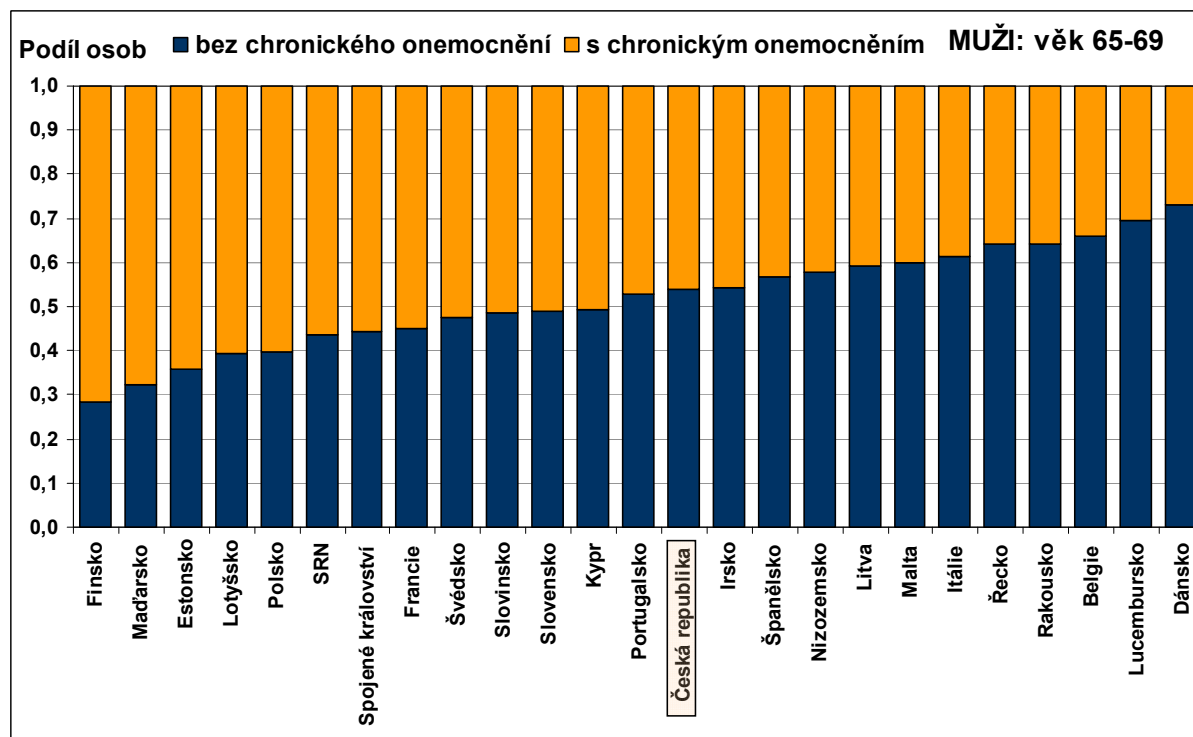
**Tabulka 8 Délka trvání chronické morbidity**

	Věk	méně než 6 měsíců	6 měsíců až 1 rok	1 rok až 5 let	5 až 10 let	10 a více let	N
MUŽ	18-49	3,4	5,8	23,0	21,8	46,1	336
	50-79	2,6	5,0	28,2	28,1	36,2	652
	18-79	2,8	5,3	26,4	25,9	39,6	988
ŽENA	18-49	2,0	6,6	32,9	19,0	39,5	410
	50-79	2,0	2,5	25,2	25,2	45,0	883
	18-79	2,0	3,8	27,6	23,2	43,3	1293

Pozn. Otázka 702. b. Jak dlouho trpíte tímto dlouhodobým či chronickým onemocněním?

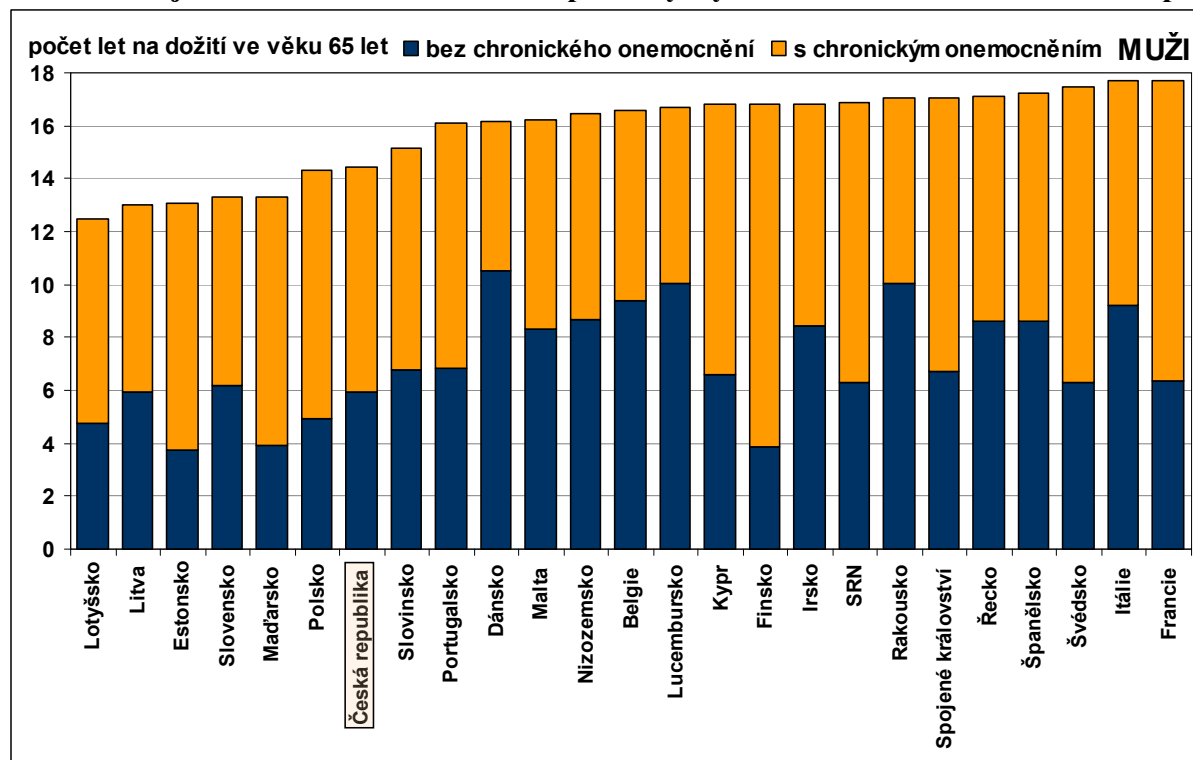
Výběrový soubor vážený na populaci; šetření GGS; N počet respondentů; ; Řádkové součty=100

**Graf 7 Prevalence chronické nemoci mužů ve věku 65-69 let v Evropě**



Pramen: databáze EHEMU <http://www.ehemu.eu/>, šetření SILC 2005

**Graf 8 Naděje dožití mužů ve věku 65 let podle výskytu chronické nemoci v Evropě**



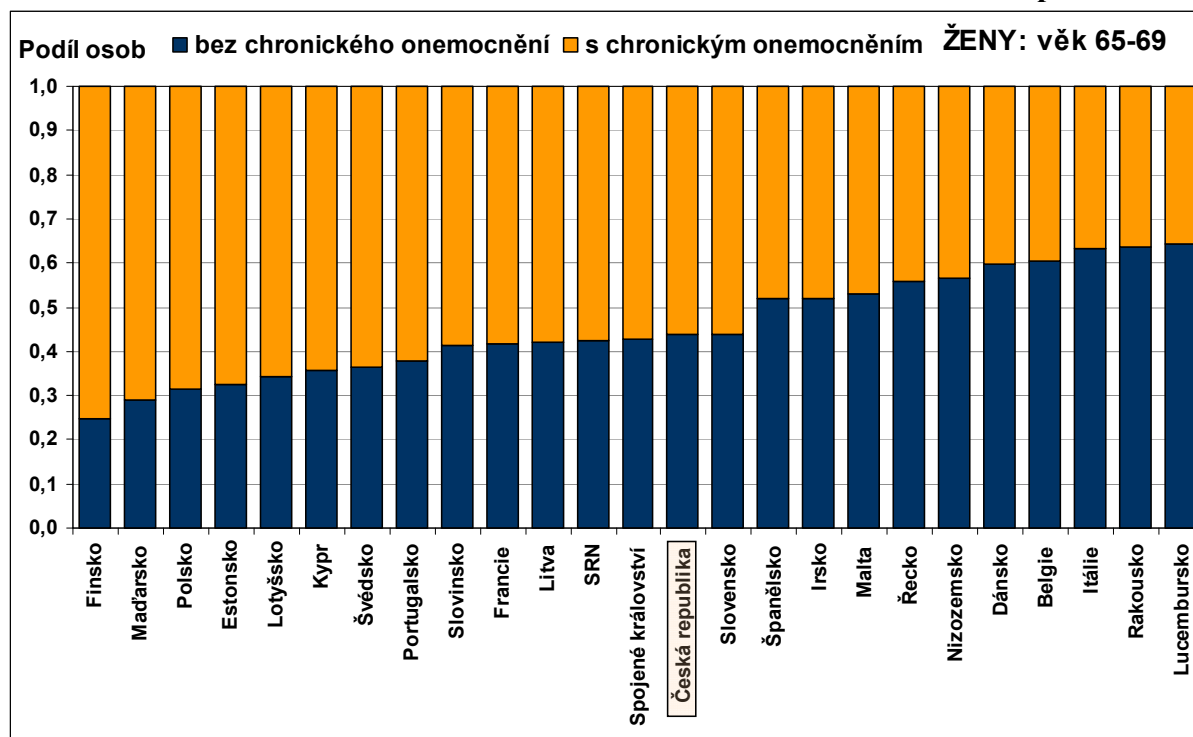
Pramen: databáze EHEMU <http://www.ehemu.eu/>, šetření SILC 2005

Muži v České republice se řadí mezi evropské mužské populace, které jsou ve věku 65-69 let ve více než 50 % bez chronického onemocnění (graf 7: ČR 54 %; Dánsko 73 %). Tento výsledek je příznivější než výpovědi o subjektivním zdraví, kde je pozice České republiky horší. Porovnáme-li pořadí zemí podle dobrého subjektivního zdraví ve věku 65-69 let s pořadím bez chronické nemoci tak jsou na první pohled patrné jak podobnosti některých populací tak odlišnosti jiných. Korelační koeficient mezi podílem mužů deklarujících dobré subjektivní zdraví a podílem těch bez chronického onemocnění je jenom 0,47. Nízké procento mužů bez chronické nemoci ve věku 65-69 let je například v některých postkomunistických zemích (Maďarsko, Estonsko, Lotyšsko, Polsko), ale naopak největší podíl chronicky nemocných mužů je ve Finsku (bez chronického onemocnění pouze 28 %). Muži v jižní Evropě, v zemích jako Itálie, Španělsko nebo Řecko jsou posunuti směrem k méně časté chronické morbiditě oproti jejich pozici podle dobrého subjektivního zdraví, která je nepříznivější. Je otázkou do jaké míry jsou zde některé typy chronických nemocí zmírňovány příznivým klimatem nebo stravovacími návyky.

Počet let zbývajících k dožití 65 letým mužům bez chronické morbidity výrazně koreluje s její absencí ve věku 65-69 let (korelační koeficient 0,93). Jak je vidět z grafu 8 dlouhý, respektive krátký počet let k dožití bez chronické nemoci odpovídá výsledkům na grafu 7. Odlišná je však situace ve vztahu celkové délky života ve věku 65 let a počtu let bez chronických onemocnění zbývajících k dožití v tomto věku (graf 8). Zde je vztah méně těsný a korelační koeficient dosahuje pouze hodnoty 0,54. Z výše uvedených výsledků (celková délka života versus prevalence či absence chronické morbidity) pak vyplývají rozdílnosti mezi zeměmi podle podílů let strávených bez chronické morbidity. Na jedné straně spektra s nejnižším podílem let absence chronické morbidity v počtu let zbývajícím k dožití 65 letým mužům je Finsko (23 %) a Estonsko (29 %), Česká republika patří v tomto ohledu ke středu (41 %) a na opačné straně jsou například mužské populace v Dánsku (65 %), Lucembursku (60 %) nebo i Rakousku (59 %). Itálie, Řecko a Španělsko a dále Belgie a Nizozemsko patří k zemím, kde více než polovina let zbývajících k dožití 65 letým mužům je bez chronické morbidity.

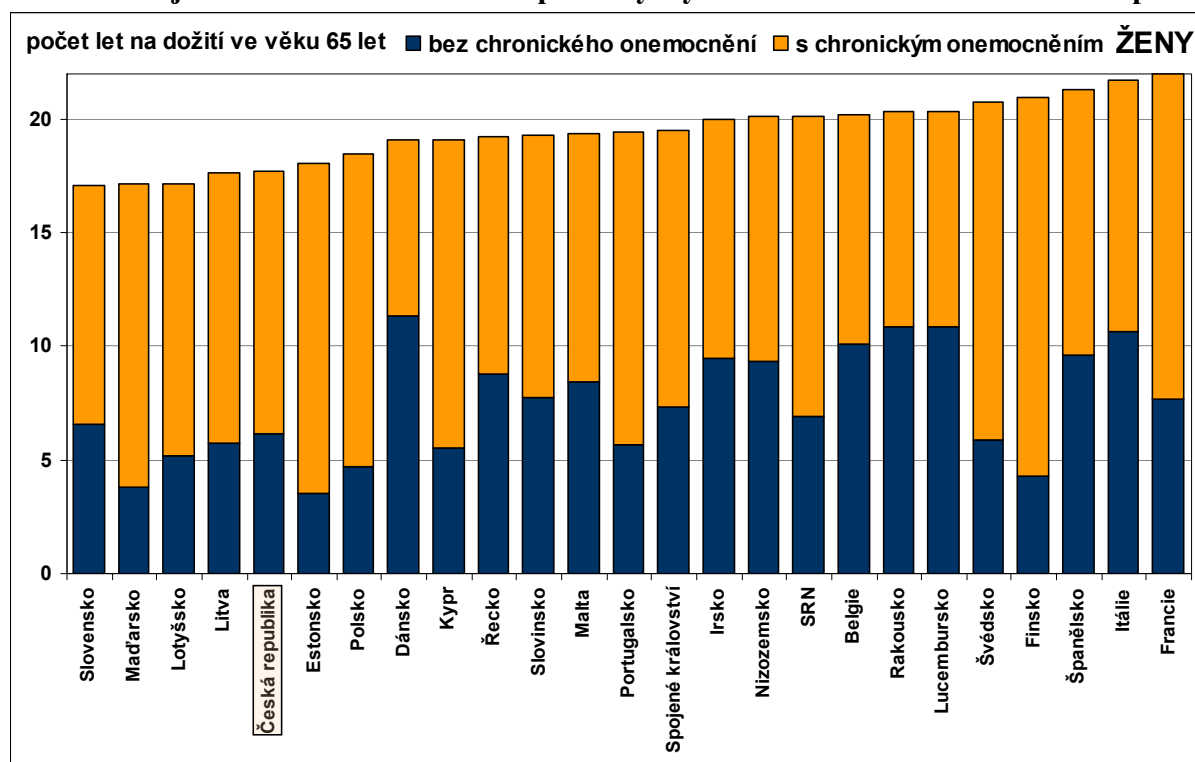
Ženy, pokud jde o distribuci, respektive prevalenci chronické nemoci vykazují podobné vzorce jako muži. Podíl žen bez chronické nemoci ve věku 65-69 let je v principu o něco nižší než u mužů (graf 9). České ženy se svými 44 % bez chronické morbidity ve věku 65-69 let dokumentují svou střední pozici v tomto fenoménu v Evropě a současně tak potvrzují výrok o jejich o něco častější chronické morbiditě v porovnání s českými muži. Maximální absenci chronické nemoci (64 %) mají ženy v Lucembursku. Na opačné straně spektra je stejně jako u mužů Finsko (pouze 25% 65-69 letých žen bez chronické morbidity). Vyšší chronickou morbiditu mají rovněž ženy v Maďarsku, Polsku, Estonsku nebo Lotyšsku. Naopak více než 50 % žen bez chronické morbidity je mimo Lucemburska v Rakousku, Itálii, Belgii, Dánsku, Nizozemku, Řecku a dalších zemích (graf 9). Podobně jako u mužů počet let zbývajících k dožití 65 letým ženám bez chronické morbidity výrazně koreluje s její absencí ve věku 65-69 let (korelační koeficient 0,96) a naopak slabší korelace je mezi celkovým počtem let k dožití 65 letým ženám a počtem let k dožití bez chronické morbidity (0,47). Nepoměr obou ukazatelů (střední délka života ve věku 65 let a počet let zbývajících na dožití 65 letým ženám bez chronické morbidity) se pak projevuje v relativním ukazateli - podílu let na dožití bez chronické nemoci v celkovém počtu let zbývajících na dožití 65 letým ženám. Tento ukazatel byl nejvyšší v Dánsku (60 %), průměrný v České republice (35 %) a velmi nízký v Estonsku a Finsku (19-20 %). Mimo Dánska více než 50 % podílu let na dožití bez chronické nemoci v celkovém počtu let zbývajících na dožití 65 letým ženám lze pozorovat v Rakousku, Lucembursku a Belgii, na opačné straně spektra jsou mimo Estonska a Finska ještě Maďarsko a Polsko.

**Graf 9 Prevalence chronické nemoci žen ve věku 65-69 let v Evropě**



Pramen: databáze EHEMU <http://www.ehemu.eu/>, šetření SILC 2005

**Graf 8 Naděje dožití žen ve věku 65 let podle výskytu chronické nemoci v Evropě**



Pramen: databáze EHEMU <http://www.ehemu.eu/>, šetření SILC 2005

### 1.3. Omezení každodenních aktivit

Omezení každodenních aktivit (limitations in usual activities) je další dimenzí postihující vedle subjektivního zdraví zdravotní stav jedince z obecnějšího pohledu. Užívaný ukazatel se nazývá GALI (global activity limitation instrument; dřívější název byl global disability indicator). Otázka je formulována jednoduše a má obvykle tři kategorie: ano velmi omezen/a (yes, strongly limited), ano, omezen/a (yes, limited) a ne, neomezen/a (no, not limited). Konání běžných aktivit je, stejně jako u subjektivního zdraví, do určité míry závislé na konkrétním standardu zkoumané populace, který je svázán s kulturní a sociální normou. Jednoduchá informace o vnímání omezení aktivit však umožňuje postihnout eventuální poptávku po službách v tomto směru. Dalším poznatkem plynoucím ze zjišťování o omezení běžných aktivit je odhad možného rozsahu sociálního vyloučení určité skupiny obyvatelstva.

V šetření GGS respondenti odpovídali na tři typy otázek souvisejících s omezením denních aktivit. V obecné rovině to byla otázka, zda jsou jejich běžné aktivity (people usually do) nějak omezeny a odpovědi zahrnovaly na rozdíl od doporučovaných třech kategorií (velmi omezen, omezen, neomezen) pouze dvě varianty ano, ne. Dalším krokem bylo upřesnění délky trvání těchto problémů, přičemž v šetření GGS bylo rozlišováno pět kategorií (méně než 6 měsíců, 6 měsíců až 1 rok, 1 rok až 5 let, 5-10 let a 10 a více let). Tato kategorizace byla podrobnější na rozdíl od často používaných dvou variant délky a to do šesti měsíců a šest a více měsíců. Specificky zaměřenou otázkou pak bylo zda respondent potřebuje pravidelnou osobní péči. V šetření však nebylo specifikováno, zda jednotlivci používá nějaké zdravotnické pomůcky. Podrobně se v šetření GGS zkoumal okruh poskytovatelů potřebné péče. Toto téma zahrnovalo několik otázek a reflektovalo tak jednu z hlavních myšlenek šetření orientovanou na mezigenerační vztahy.

**Tabulka 9 Omezení každodenních aktivit podle pohlaví a věku**

Věk	Omezení každodenních aktivit v %					
	MUŽI			ŽENY		
	ano	ne	N	ano	ne	N
18-19	1,75	98,3	200	2,2	97,8	163
20-24	2,89	97,1	379	3,5	96,5	335
25-29	4,74	95,3	497	3,0	97,0	478
30-34	4,68	95,3	497	4,5	95,5	527
35-39	5,70	94,3	488	5,9	94,1	480
40-44	8,25	91,8	491	12,1	87,9	465
45-49	10,07	89,9	400	13,8	86,2	488
50-54	15,11	84,9	435	24,7	75,3	471
55-59	24,30	75,7	435	24,8	75,2	499
60-64	19,81	80,2	344	16,1	83,9	372
65-69	16,26	83,7	275	19,9	80,1	330
70-74	25,55	74,4	240	38,2	61,8	243
75-79	36,37	63,6	197	31,4	68,6	269
18-79	12,03	88,0	4876	14,6	85,4	5121

*Pozn. Otázka 703a Jsou nějakým způsobem omezeny Vaše běžné každodenní aktivity z důvodu zdravotních (fyzických nebo psychických) problémů nebo invalidity?*

*Výběrový soubor vážený na populaci; šetření GGS; N počet respondentů.*

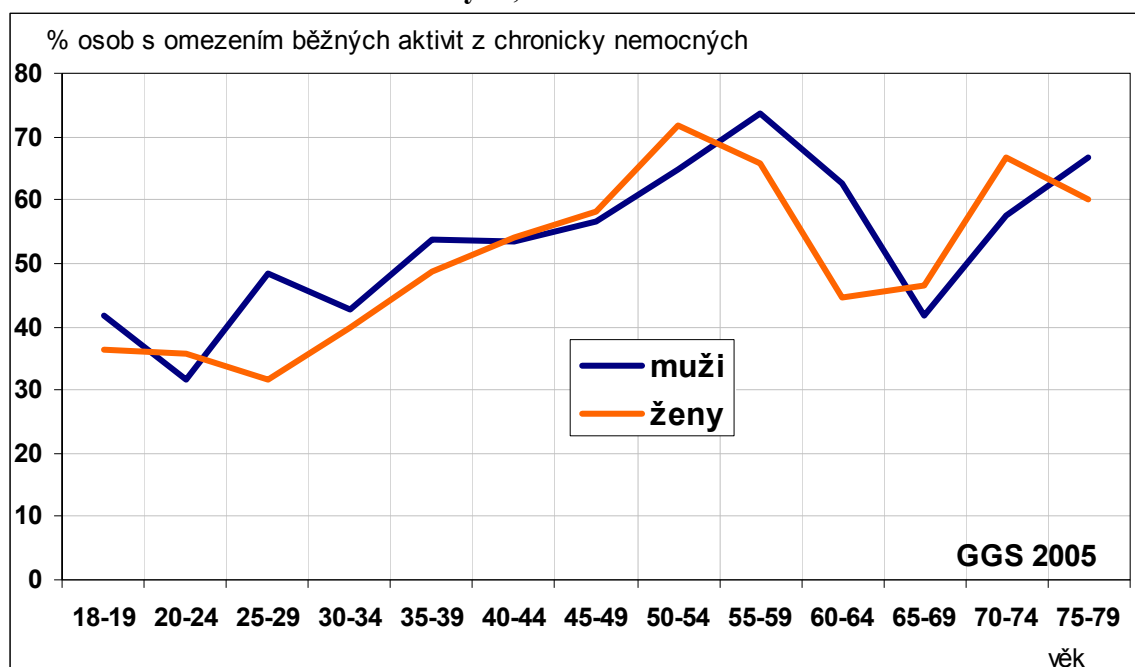
*Řádkové součty=100 pro každé pohlaví zvlášť*

První otázka zjišťující v obecné rovině stav omezení běžných aktivit byla formulována následovně: *Jsou nějakým způsobem omezeny Vaše běžné každodenní aktivity z důvodu*

*zdravotních (fyzických nebo psychických) problémů nebo invalidity?* (Are you limited in your ability to carry out normal everyday activities, because of a physical or mental health problem or a disability?). Odpovědi se mohly týkat jak funkčních omezení tj. vstávání, oblékání, každodenní hygieny a stravování, tak instrumentálních omezení tj. schopnosti chodit nakupovat, prát, či uklízet. Odpověď měla dvě varianty ano, ne.

Ve zkoumaném věkovém intervalu 18-79 let uvedlo 12 % mužů a 15 % žen, že byli omezení v konání každodenních aktivit. Procento respondentů, kteří uvedli variantu ano se výrazně liší podle věku a méně podle pohlaví (tabulka 9). 10 % respondentů mužů ve věku 45-49 let udalo, že jsou omezeni ve svých denních aktivitách, zatímco u žen nastupuje omezení v rozsahu 10 a více procent populace o jednu věkovou kategorii dříve, tj. ve věkové skupině 40-44 let. Ve věku 70-79 let postihuje omezení již jednu čtvrtinu až jednu třetinu obyvatel České republiky. Omezení každodenních aktivit koreluje do značné míry jak s chronickou nemocností tak s pocitem špatného subjektivního zdraví a následně zkracuje střední délku života.

**Graf 9 Podíl osob, které jsou omezeny v konání běžných aktivit z chronicky a dlouhodobě nemocných; šetření GGS 2005**

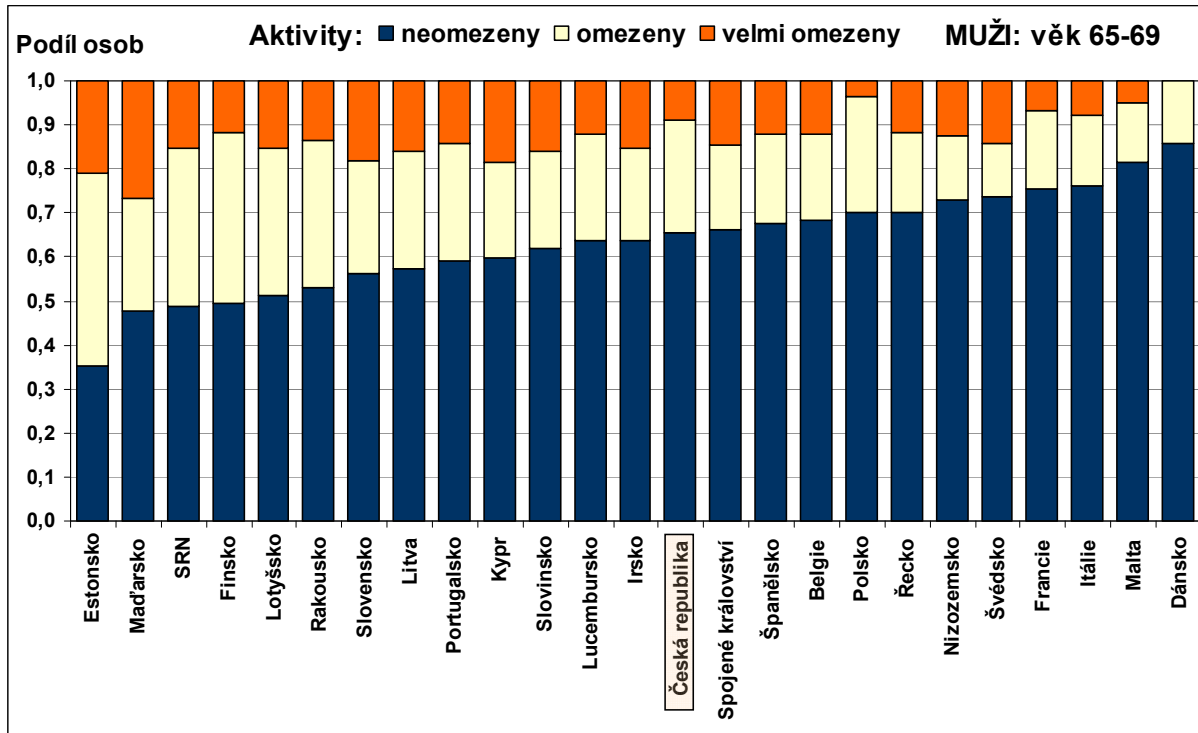


*Výběrový soubor vážený na populaci; šetření GGS*

Mezi chronicky či dlouhodobě nemocnými osobami je značný podíl těch, které toto onemocnění omezuje. I když je jich v mladším věku velmi málo, jak vyplývá z tabulky 9, tak jsou minimálně ve 30 % omezeni ve svých aktivitách (graf 9). Tato situace se zhoršuje s rostoucím věkem, kdy ve věku 50 a více let je z osob dlouhodobě či chronicky nemocných až 70 % omezených v konání běžných aktivit. Na grafu 9 je také vidět jedna anomálie ve smyslu snížení incidence „omezení“ po nástupu do důchodu, tj. u mužů ve věkové skupině 65-69 let a u žen ve věku 60-69 let. Toto zdánlivé „zlepšení“ zdravotní situace lze do určité míry vypočítat u těchto věkových skupin i pokud jde o incidenci chronické nemocnosti (její snížení) nebo při deklaraci subjektivního zdravotního stavu (zlepšení) a to nejen v České republice (viz grafy 1, 2).

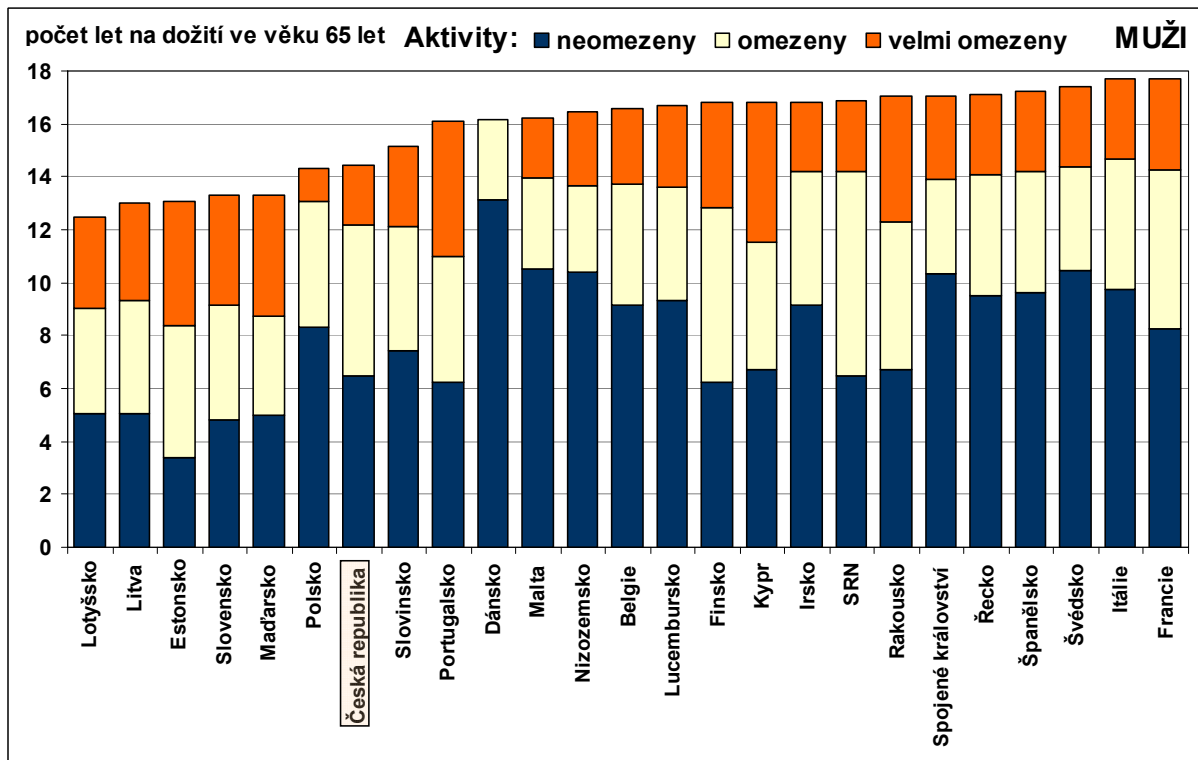
Pokud jde o zařazení mužů a žen ve smyslu prevalence omezení běžných aktivit ve věkové skupině 65-69 let zaujímá Česká republika střední pozici, méně příznivé pořadí je pak v počtu let na dožití bez omezení u 65 letých osob.

**Graf 10 Prevalence omezení běžných aktivit mužů ve věku 65-69 let v Evropě**



Pramen: databáze EHEMU <http://www.ehemu.eu/>, šetření SILC 2005

**Graf 11 Naděje dožití mužů ve věku 65 let podle omezení běžných aktivit v Evropě**



Pramen: databáze EHEMU <http://www.ehemu.eu/>, šetření SILC 2005

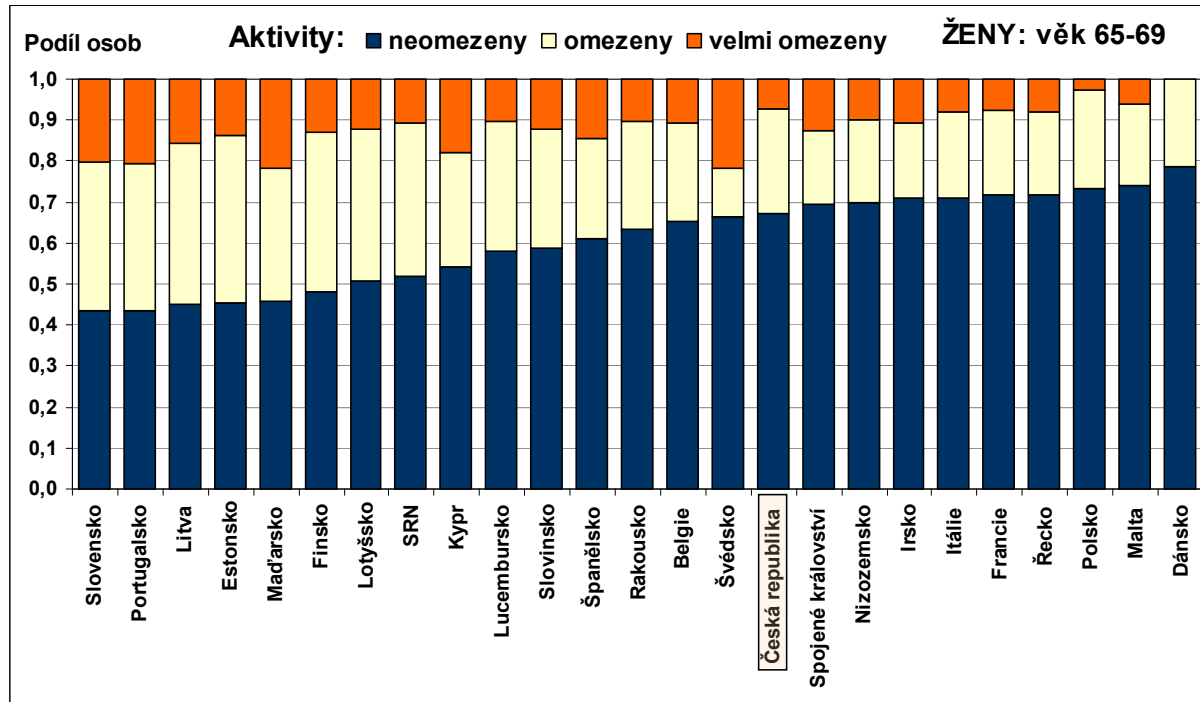
Výběrové šetření SILC rozlišovalo na rozdíl od GGS tři kategorie omezení: aktivity jsou neomezeny, omezeny a velmi omezeny. Prevalence neomezených běžných aktivit mužů ve věku 65-69 let byla nejvyšší v geograficky rozdílně situovaných zemích a také bez ohledu na úroveň úmrtnosti. Největší podíly bez omezení aktivit a tedy „nejpříznivější“ situace byla u 65-69 letých mužů v Dánsku (86 %), Francii (75 %), Nizozemsku (73 %), ale také v Itálii (76 %) nebo Polsku (70 %). Muži v České republice s podílem 66 % se nacházeli uprostřed variační řady tohoto ukazatele. Pozice tedy byla podobná jako v případě chronické nemoci, ale příznivější v porovnání s prevalencí dobrého zdravotního stavu. Naopak nejhorší situace, tj. nízký podíl mužů ve věku 65-69 let bez omezení běžných aktivit, byl v Estonsku (35 %), Maďarsku (48 %), Spolkové Republice Německo (49 %) nebo Finsku (49 %). Obě dvě posledně zmiňované země měly také malý podíl osob bez chronické morbidit, což jenom dokladuje souvislost chronické nemoci a následného vlivu ve smyslu určitého postižení a to bez ohledu na celkovou intenzitu úmrtnosti, která v obou zmiňovaných zemích patří spíše k nižším.

Počet let zbývajících na dožití 65 letým mužům kategorizovaným do třech variant (bez omezení, s omezením, s velkým omezením) reflektuje kumulovanou prevalenci i délku života (graf 13). Zřetelně nejmenší počet let bez omezení aktivit zbývá 65 letým mužům v Estonsku a to 3,4 roku, dále na Slovensku (4,8 roku), v Maďarsku a Lotyšsku (5,0 let) nebo v Litvě (5,1 let). V České republice v roce 2005 zbývalo celkem k dožití 65 letým mužům 14,4 roku z toho bez omezení 6,4 let, s omezením 5,7 let a s velkým omezením 2,3 roku. Zajímavý je případ Polska, kde je u 65-69 letých mužů relativně velmi příznivá situace pokud jde o prevalenci neomezených běžných aktivit (vysoká), což se také promítá do počtu let k dožití bez omezení 65 letých mužů, a to 8,3 let a pouze 5,9 roku v omezení, tj. 4,7 roku omezení + 1,2 roku velké omezení. Nejdélšímu počtu let bez omezení se mohou těšit 65 letí muži v Dánsku (13 let), ve Švédsku a Nizozemsku 10,4 roku a ve Spojeném království 10,3 roku. Na opačné straně spektra, tzn. 65 letí muži, kteří mohou očekávat největší počet let k dožití s velkým omezením lze najít mimo Kypr (5,3 roku), v Portugalsku (5,1 roku) nebo v Rakousku či Estonsku (4,7 roku).

Ženy vykazují v obou ukazatelích (prevalence podle typu omezení a naděje dožití ve věku 65 let strukturovaná podle kategorií omezení) podobné geografické rozdílnosti jako muži, avšak jejich výpovědi mají pokud jde o absenci omezení menší variabilitu. Zatímco u mužů je minimální podíl prevalence bez omezení ve věku 65-69 let 35 % v Estonsku a maximum s hodnotou 86 % je v Dánsku, tak u žen je toto minimum ve výši 43 % na Slovensku a maximum 79 % v Dánsku. Ženy v České republice ve věku 65-69 let jsou neomezeny ve svých aktivitách v 67 %, omezeny v 26 % a velmi omezeny v 7 %. Podobně jako u mužů i ženy v Polsku deklarují svoji situaci jako poměrně příznivou pokud jde o omezení, naopak ženy v Portugalsku patří po Slovensku k nejčastěji „postiženými“ nějakým typem omezení (graf 12).

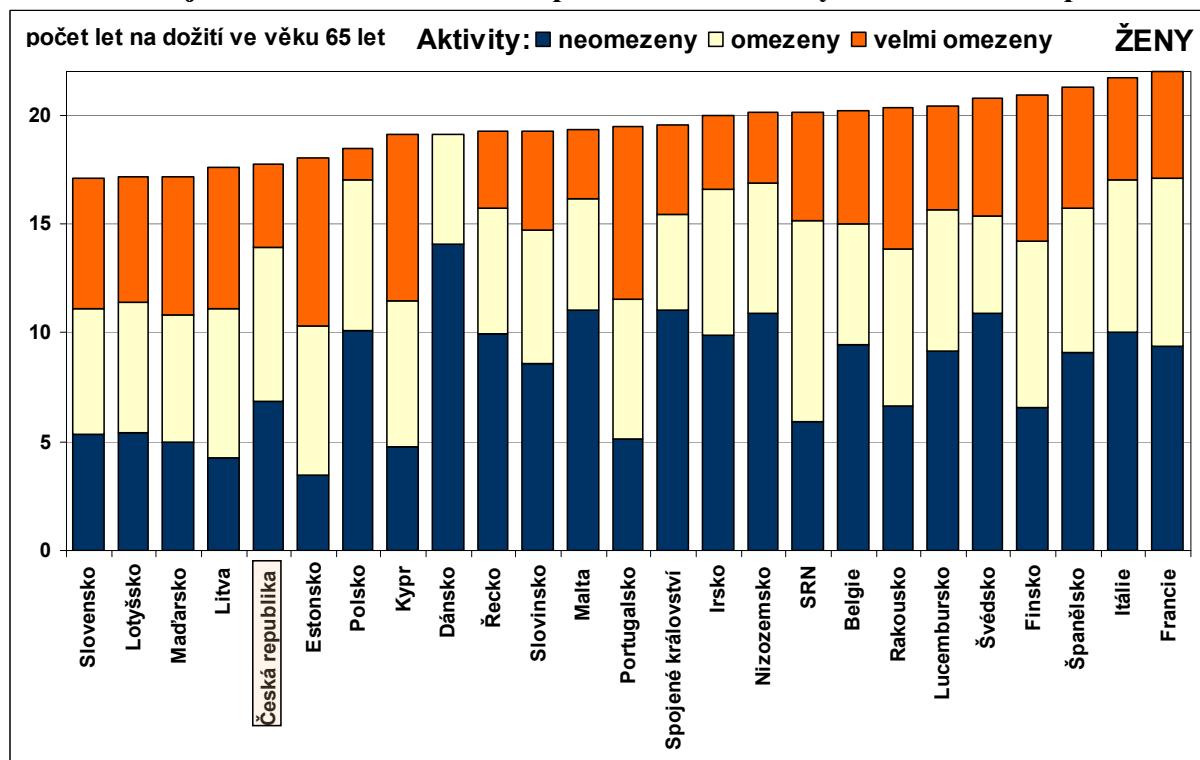
Ženy se obecně dožívají delšího věku než muži a je otázkou v jaké kvalitě jsou roky navíc prožity. Podíváme-li se na strukturované hodnoty počtu let zbývajících k dožití 65 letým ženám lze v zásadě konstatovat, že počet let prožitých bez omezení denních aktivit je téměř stejný u mužů i žen (minimum 3,4 roku prožijí muži i ženy v Estonsku; maximum v Dánsku ženy 14 let, muži 13 let). Roky žen navíc oproti mužům jsou tedy zatím ve smyslu horší kvality života a jsou poznamenány nějakým druhem omezení (graf 13). Nejdélší dobu života, zatíženou velkým omezením běžných aktivit prožijí ženy v Portugalsku (7,9 let), v Estonsku (7,8 let) nebo na Kypru (7,6 let). V České republice je střední délka života žen ve věku 65 let strukturována následovně: 6,9 let bez omezení; 7,1 let s omezením a 3,8 let s velkým omezením. Postavení České republiky je u žen podobně jako u mužů příznivější v kontextu postkomunistických zemí s výjimkou Polska, kde se respondenti i respondentky necítili býti příliš omezení při konání běžných aktivit.

Graf 12 Prevalence omezení běžných aktivit žen ve věku 65-69 let v Evropě



Pramen: databáze EHEMU <http://www.ehemu.eu/>, šetření SILC 2005

Graf 13 Naděje dožití žen ve věku 65 let podle omezení běžných aktivit v Evropě



Pramen: databáze EHEMU <http://www.ehemu.eu/>, šetření SILC 2005

Omezení každodenních činností souvisí do značné míry s prevalencí chronické nemoci. Je otázkou zda délka trvání omezení denních aktivit se prodlužuje či zkracuje s věkem nebo je věkově indiferentní a zda jsou rozdíly mezi muži a ženami. Otázkou je také zda jsou častější omezení krátkodobá či dlouhodobá. Konečně zda je struktura délky trvání omezení běžných aktivit odlišná od té charakterizující chronickou nemocí.

**Tabulka 10 Doba trvání omezení každodenních aktivit**

		Doba trvání omezení každodenních aktivit v %					N
		méně než 6 měsíců	6 měsíců až 1 rok	1 rok až 5 let	5 až 10 let	10 a více let	
<b>MUŽI</b>	18-49	5,6	6,7	22,7	20,2	44,7	161
	50-79	2,6	5,0	23,9	28,6	39,9	394
	18-79	3,5	5,5	23,5	26,2	41,3	555
<b>ŽENY</b>	18-49	2,2	5,6	32,0	20,3	39,9	191
	50-79	2,0	3,2	26,2	24,8	43,9	520
	18-79	2,0	3,8	27,7	23,6	42,8	711

Pozn. Otázka 703b Jak dlouho trvají tyto problémy?

Výběrový soubor vážený na populaci; šetření GGS; N počet respondentů; Řádkové součty=100

Je-li člověk omezen ve svých každodenních aktivitách, jedná se spíše o záležitost dlouhodobou než krátkodobou, a přitom nejfrekventovanější je doba omezení aktivit na 10 a více let a to bez ohledu na věk a pohlaví (tabulka 10). Toto zjištění v zásadě odpovídá struktuře délky trvání chronické morbidit. Omezení konání každodenních aktivit pouze na dobu jednoho roku je u méně než 10 % respondentů. Struktura délky omezení běžných aktivit se tedy především liší dobou trvání, méně podle věku nebo podle pohlaví. Uvedené výsledky naznačují, že zdravotní problémy respondentů by mohly vést i k dlouhodobé invaliditě.

## 2. Osobní péče

Důležitým aspektem hodnocení zdravotního stavu je odhad počtu osob, které potřebují péči. Šetření GGS zahrnovalo věkový interval 18-79 let, tedy osoby, které obvykle žádnou péči nepotřebují. Z celkového počtu respondentů potřebovalo pravidelnou pomoc pouhých 1,7 %. Z těch, kteří udali, že jsou nějakým způsobem omezeni v běžných každodenních aktivitách, potřebovalo pravidelnou péči 9,2 % v rámci souboru s omezením a 5,8 % respondentů, kteří trpěli chronickým onemocněním.

**Tabulka 11 Potřeba péče o vlastní osobu**

		Potřeba pravidelné pomoci o vlastní osobu			N
		Věk	ano	ne	
<b>MUŽI</b>	18-49	1,0	99,0	2954	
	50-79	3,5	96,5	1925	
	18-79	2,0	98,0	4879	
<b>ŽENY</b>	18-49	0,8	99,2	2940	
	50-79	2,1	97,9	2188	
	18-79	1,4	98,6	5127	

Z tabulky 11 je zřejmé, že potřeba osobní péče příliš nesouvisela s věkem, ani pohlavím a spíše byla potřebná u starších mužů.

Pozn. Otázka 704 Potřebujete pravidelně pomoc při péči o vlastní osobu, např. při stravování, vstávání, oblékání, osobní hygieně?

Výběrový soubor vážený na populaci; šetření GGS; N počet respondentů

**Tabulka 12 Potřeba péče o vlastní osobu u osob s omezenými běžnými aktivitami**

	Potřeba pravidelné pomoci o vlastní osobu			
	Věk	ano	ne	N
<b>MUZI</b>	18-49	9,1	90,9	170
	50-79	14,1	85,9	417
	18-79	12,7	87,3	587
<b>ŽENY</b>	18-49	6,3	93,7	205
	50-79	6,5	93,5	543
	18-79	6,4	93,6	749

Lidé, kteří jsou nějakým způsobem omezeni v konání běžných aktivit, potřebovali osobní péči v poměrně malém procentu případů; 12,7 % u mužů a pouze 6,4 % žen ve věku 18-79 let. Kombinace otázek omezení běžných aktivit a potřeby osobní péče ukazuje, že zmiňovaná omezení patrně nebudou závažného charakteru.

*Pozn. Otázka 704 Potřebujete pravidelně pomoc při péči o vlastní osobu, např. při stravování, vstávání, oblékání, osobní hygieně?*

*Výběrový soubor vážený na populaci; šetření GGS; N počet respondentů, soubor těch jejichž aktivity byly omezeny*

**Tabulka 13 Potřeba péče o vlastní osobu trpící chronickou nebo dlouhodobou nemocí**

	Potřeba pravidelné pomoci o vlastní osobu			
	Věk	ano	ne	N
<b>MUZI</b>	18-49	4,7	95,3	170
	50-79	9,6	90,4	417
	18-79	7,9	92,1	587
<b>ŽENY</b>	18-49	3,4	96,6	205
	50-79	4,6	95,4	543
	18-79	4,2	95,8	749

Rovněž lidé, kteří udali, že trpí nějakou chronickou nebo dlouhodobou nemocí jsou většinou soběstační, protože pouze 7,9 % mužů a 4,2 % žen potřebovali pravidelnou pomoc při péči o vlastní osobu. Tuto péči potřebují častěji muži než ženy a u mužů její potřeba roste s věkem.

*Pozn. Otázka 704 Potřebujete pravidelně pomoc při péči o vlastní osobu, např. při stravování, vstávání, oblékání, osobní hygieně?*

*Výběrový soubor vážený na populaci; šetření GGS; N počet respondentů, soubor osob trpících chronickou nebo dlouhodobou nemocí*

Shrneme-li problematiku zdravotního stavu na základě výpovědí o třech tématech zdravotního stavu: subjektivně vnímané zdraví, chronická nemocnost a omezení běžných aktivit lze říci, že v České republice, podobně jako v jiných zemích, počty let prožitých v dobrém zdraví, nebo bez chronického onemocnění či bez omezení běžných činností se výrazně neliší u mužů a žen. Pokud jde o subjektivně vnímané zdraví, ženy v České republice udávají o něco horší zdravotní stav ve stejné věkové kategorii než muži, ale posun kvality zdravotního stavu je pouze o jednu pětiletou věkovou skupinu v neprospěch žen. Podobné závěry lze učinit v případě chronické morbidity. Na druhé straně ženy stejně často jako muži pociťují určitá omezení při konání denních aktivit a pokud jde o nároky týkající se osobní péče vyžadují ji ženy méně než muži. Muži tedy obvykle vypovídají, že méně trpí chronickými chorobami a subjektivně se cítí zdravější, ale v případě nějakého problému jsou méně soběstační. Naopak ženy, i když jsou „méně zdravé“, více spoléhají na sebe a ve srovnatelných věkových skupinách vyžadují poloviční potřebu péče o vlastní osobu. V mezinárodním pohledu zaujímá Česká republika průměrné postavení pokud jde o chronickou nemocnost nebo pokud jde o omezení běžných aktivit, lidé však jsou pesimističtější ve svých výpovědích týkajících se jejich subjektivního zdraví, které označují za relativně horší.

### 3. Zdraví a vzdělání

Obecně platí, že úmrtnost i nemocnost jsou diferencovány nejen podle věku a pohlaví, ale také například vzhledem k rodinnému stavu, místu bydliště nebo k dosaženému stupni vzdělání. Vzdělání je určitou zástupnou proměnnou, která jistým způsobem reflektuje životní styl a pracovní podmínky jedince. Rozdíly v diferenční úmrtnosti i nemocnosti podle vzdělání nejsou stejné podle pohlaví ani v každém věku. Největší jsou v mladším a středním věku a naopak ve vyšším věku se zmiňují, pravděpodobně v důsledku selekce dlouhověkých osob, kde se navíc vliv životního stylu již projevuje v menší míře a podmínky pracovního prostředí již nepůsobí. Vzdělanější osoby jsou obvykle zdravější, protože dobrý zdravotní stav je vítaným předpokladem úspěšného studia a následně profesní kariéry. Lepší vzdělání sebou v průměru nese i zdravější pracovní prostředí a méně destruktivní životní styl. V populaci České republiky je intenzita úmrtnosti negativně korelována s výší vzdělání a je výrazně vyšší především u mužů se základním vzděláním.

Otázkou je jak své zdraví hodnotí samotné osoby. Pokud jde o subjektivně vnímané zdraví, zdá se, že v české společnosti nehraje vzdělání ani pracovní prostředí do padesáti let věku významnou roli při ohodnocení vlastního zdravotního stavu (tabulka 14). Určitá diferenciace je patrná podle pohlaví neboť muži o něco častěji hodnotili svůj zdravotní stav lépe než ženy. Větší rozdíly mezi oběma pohlavími jsou spíše u nižšího vzdělání. Zdravotní problémy, které mají kumulativní efekt zřejmě vyvstávají později. Ve věkové skupině 50-79 let je již diferenciace podle vzdělání při hodnocení subjektivně vnímaného zdravotního stavu dobře patrná. V této věkové skupině muži i ženy s vyšším vzděláním výrazněji lépe hodnotili svůj zdravotní stav oproti osobám s nižším vzděláním (tabulka 14). Podíl osob deklarujících špatný a velmi špatný zdravotní stav značně narůstal se snižujícím se stupněm dosaženého vzdělání, ale nebyl příliš diferencován vzhledem k pohlaví.

**Tabulka 14 Subjektivně vnímané zdraví podle pohlaví, věku a dosaženého vzdělání**

Věk		ZDRAVOTNÍ STAV							
		MUŽI				ŽENY			
		velmi dobrý a dobrý	uspokojivý	špatný a velmi špatný	N	velmi dobrý a dobrý	uspokojivý	špatný a velmi špatný	N
18-49	základní	84,0	11,5	4,5	532	79,4	14,2	6,3	446
	střední bez maturity	84,1	12,7	3,2	1169	75,3	19,9	4,8	1074
	střední s maturitou	88,8	9,2	2,0	774	82,9	15,1	2,1	1010
	vysokoškolské	86,7	12,5	0,9	383	85,4	13,9	0,7	326
50-79	základní	29,2	49,0	21,7	312	22,0	55,6	22,4	624
	střední bez maturity	34,6	51,2	14,2	912	33,8	51,0	15,1	786
	střední s maturitou	40,5	48,9	10,5	379	43,0	48,4	8,5	566
	vysokoškolské	54,3	37,2	8,5	270	54,1	41,6	4,3	166

Pozn.: Otázka 701: Jak byste celkově ohodnotil svůj zdravotní stav?  
 Výběrový soubor vážený na populaci; šetření GGS; N počet respondentů,  
 řádkové součty=100 pro každé pohlaví zvlášť

Chronická onemocnění do značné míry reflektují kumulativní dopad předchozích životních podmínek, a proto lze předpokládat, že jejich prevalence bude diferencována nejen podle věku, ale i vzhledem k dalším charakteristikám. Podíl chronicky nemocných se začíná odlišovat podle vzdělání skutečně až ve vyšším věku (tabulka 15), podobně jako u subjektivně vnímaného zdraví. Muži se základním vzděláním vykazují chronickou morbiditu až o 10 procentních bodů častěji než ti, kteří mají vysokoškolské vzdělání, respektive střední vzdělání s maturitou. Pokud jde o ženy, dělítkem je maturita. Ženy, které mají alespoň maturitu trpí méně často chronickými onemocněními oproti těm, které ji nemají. Gradient rozdílností

pokud jde o prevalenci chronické nemoci je patrný podle věku a vzdělání a v daleko menší míře podle pohlaví.

**Tabulka 15 Chronická nemocnost podle pohlaví, věku a dosaženého vzdělání**

Věk		Dosažené vzdělání		CHRONICKÉ ONEMOCNĚNÍ			
				MUŽI		ŽENY	
				ano	ne	N	ano
18-49	základní	11,9	88,1	531	15,5	84,5	445
	střední bez maturity	12,5	87,5	1167	16,2	83,8	1069
	střední s maturitou	11,9	88,1	771	14,0	86,0	1006
	vysokoškolské	10,4	89,6	381	12,6	87,4	324
50-79	základní	42,8	57,2	314	47,5	52,5	622
	střední bez maturity	36,1	63,9	913	46,1	53,9	784
	střední s maturitou	30,8	69,2	377	33,2	66,8	561
	vysokoškolské	33,2	66,8	268	32,8	67,2	165

*Pozn.: . Otázka 702a Trpíte nějakým dlouhodobým nebo chronickým onemocněním?*

*Výběrový soubor vážený na populaci; šetření GGS; N počet respondentů,*

*řádkové součty=100 pro každé pohlaví zvlášť*

Mezi osobami chronicky a dlouhodobě nemocnými je nemalý podíl těch, kteří jsou nějakým způsobem omezení v konání běžných aktivit. Obecně se toto omezení do určité míry zvyšuje s věkem (graf 9). Další dimenzí v tomto směru je diferenciací podle vzdělání.

**Tabulka 16 Omezení každodenních aktivit podle pohlaví, věku a dosaženého vzdělání z osob, které jsou chronicky a dlouhodobě nemocné**

Věk		Dosažené vzdělání		OMEZENÍ KAŽDODENNÍCH AKTIVIT V %			
				MUŽI		ŽENY	
				ano	ne	N	ano
18-49	základní	63,8	36,3	80	50,6	49,4	83
	střední bez maturity	55,6	44,4	135	56,6	43,4	136
	střední s maturitou	35,1	64,9	97	45,2	54,8	157
	vysokoškolské	33,3	66,7	48	25,0	75,0	60
50-79	základní	66,7	33,3	177	61,3	38,7	346
	střední bez maturity	68,8	31,2	295	62,7	37,3	306
	střední s maturitou	52,4	47,6	143	57,5	42,5	221
	vysokoškolské	46,0	54,0	113	46,7	53,3	75

*Pozn. Otázka 703a Jsou nějakým způsobem omezeny Vaše běžné každodenní aktivity z důvodu zdravotních (fyzických nebo psychických) problémů nebo invalidity? z osob chronicky a dlouhodobě nemocných*

*Výběrový soubor vážený na populaci; šetření GGS; N počet respondentů, řádkové součty=100 pro každé pohlaví zvlášť*

Z tabulky 16 by se na první pohled zdálo, že procento osob omezených ve svých běžných aktivitách z chronicky či dlouhodobě nemocných je především diferencováno podle vzdělání a méně podle věku a pohlaví. Při podrobnějším zkoumání lze formulovat následující závěry: a) u chronicky nemocných mužů i žen platí, že čím vyšší vzdělání tím méně je omezeno jejich konání běžných aktivit, b) u žen roste s věkem prevalence omezení aktivit v menší míře než u mužů, c) diferenciací omezení aktivit je podle vzdělání výraznější v mladším věku oproti

starší věkové skupině. To znamená, že když jedinec dlouhodobě onemocní diferenciace podle vzdělání, pokud jde o jeho omezení, se podobně jako u úmrtnosti, respektive obecně u nemocnosti, s věkem poněkud stírají. Postižení osob s nižším vzděláním v mladším věku však lze považovat za celospolečenský problém.

#### **4. Závěr a shrnutí výsledků**

Zdravotní stav obyvatelstva České republiky, podobně jako ukazatele úmrtnosti, nepatří v evropském kontextu k nejlepším i když v rámci postkomunistických zemí má Česká republika nejfavorizovanější pozici. V České republice platí zákonitosti, které jsou obecně pozorované ve vyspělých zemích nicméně prevalence horšího subjektivního zdraví, chronické nemocnosti a do jisté míry omezení konání běžných aktivit je posunuta k horším číslům. Pocit dobrého zdraví klesá s rostoucím věkem a to zejména v kategorii velmi dobrý zdravotní stav. Vzhledem k tomu, že zdravotní potíže se kumulují s rostoucím věkem, pozice České republiky je v tomto ukazateli horší u seniorů. Rozdíl mezi muži a ženami ve vyšším věku tkví především v přelivu mezi kategoriemi dobrého zdraví a uspokojivého zdraví, přičemž muži obecně deklarují lepší subjektivní zdraví přestože mají vyšší úmrtnost. Mít partnera ve starším věku je velmi významným faktorem ovlivňujícím subjektivní pocit dobrého zdraví což do jisté míry vysvětluje rozdíl ve výpovědích mužů a žen. Rovněž frekvence chronických onemocnění roste s věkem a pokud jde o ženy prevalence směrem k vyšším číslům je posunuta o jednu věkovou skupinu směrem dolů. Intenzita chronické a dlouhodobé nemocnosti roste s věkem, ale dlouhá doba trvání je v zásadě jejím konstantním atributem bez ohledu na další charakteristiky. Nebyl tedy pozorován zásadní rozdíl v délce chronické či dlouhodobé morbidity ani mezi muži a ženami ani mezi oběma hlavními věkovými skupinami. V mezinárodním kontextu má Česká republika pokud jde o ukazatele chronické nemocnosti o něco lepší pozici než ukazují výpovědi o subjektivním zdraví. Rovněž v prevalenci omezení konání běžných aktivit patří Česká republika k evropskému průměru. V České republice se omezení běžných aktivit týká chronicky nemocných a podíl omezení se s věkem pomalu zvyšuje. Je zde jedna anomálie, v případě mladších seniorů, kteří právě nastoupili do důchodu a jejichž zdravotní stav se podle subjektivních výpovědí jeví lepší v porovnání s poslední věkovou skupinou ekonomicky aktivních. Vyšší vzdělání přispívá k relativně lepšímu ohodnocení subjektivního zdraví zejména ve starším věku a to stejným způsobem u mužů i u žen. Podobnou strukturu lze vidět v případě chronické nemocnosti, kdy muži se základním vzděláním vykazují chronickou morbiditu častěji než vysokoškoláci, u žen je pak dělítkem maturita. Gradient rozdílností pokud jde o prevalenci chronické nemocnosti je podle věku a vzdělání a v daleko menší míře podle pohlaví. Věkově opačně specifický je podíl chronicky nemocných osob, které jsou omezeny v konání běžných aktivit, neboť největší diferenciaci podle vzdělání pozorujeme především v mladším věku.

## **Literatura**

Společně pro zdraví: strategický přístup pro EU na období 2008-2013, Bílá kniha, Brussels, 23.10.2007, COM(2007) 630 final, COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES  
[http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/strategy/health\\_strategy\\_en.print.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/strategy/health_strategy_en.print.htm)

Selection of a Coherent Set of Health Indicators for the European Union, edited by J-M Robine, C Jagger and I Romieu, Phase II Final report, 2002  
[http://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/2000/monitoring/fp\\_monitoring\\_2000\\_frep\\_03\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2000/monitoring/fp_monitoring_2000_frep_03_en.pdf)

Rychtaříková, J.: Health and Survival in the Czech Republic  
[http://www.tf-he.eu/archives/TF%20on%20HE/Meeting/3\\_TF\\_Meeting\\_Dec2006/4\\_PPT/6\\_Czeck%20republic.ppt](http://www.tf-he.eu/archives/TF%20on%20HE/Meeting/3_TF_Meeting_Dec2006/4_PPT/6_Czeck%20republic.ppt)

J. Rychtaříková : Health in the Czech Republic by GGS survey, in *Europe Blanche XXVI* “ *Living longer but Healthier lives*”, Budapest 2005, p.83-88