

System monitorování zdravotního stavu obyvatelstva ve vztahu k životnímu prostředí



Subsystem 6

Hodnocení zdravotního stavu Studie HELEN

Odborná zpráva za rok 2011

Státní zdravotní ústav Praha

Praha, červenec 2012

**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. Kristýna Žejglicová

RNDr. Marek Malý, CSc.

Mgr. Michala Lustigová

MUDr. Jana Kratěnová

Spolupracující organizace - zdravotní dotazník:

Dislokovaná pracoviště SZÚ v: Plzni

Hradci Králové

Ústí nad Labem

Olomouci

Brně

Českých Budějovicích

Jihlavě

Karvině

Regionální pracoviště SZÚ pro Prahu a střední Čechy

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

OBSAH

Porovnání výsledků tří etap studie HELEN

1.	Úvod.....	4
2.	Metodika.....	5
3.	Struktura dotazníku	6
4.	Výsledky.....	7
4.1.	Charakteristika porovnávaných souborů	7
4.2.	Zdravotní stav.....	7
4.3.	Životní styl	12
4.4.	Psychosociální faktory a názory na zdraví a na faktory ovlivňující zdraví.....	14
5.	Diskuse	16
6.	Závěr.....	17
7.	Literatura	17

Seznam tabulek

Tabulka 1: Zastoupení mužů a žen v jednotlivých etapách studie HELEN	7
Tabulka 2: Nejvyšší dosažené vzdělání u mužů a žen v jednotlivých etapách studie HELEN.....	7
Tabulka 3: Rozdíl prevalence vybraných onemocnění v období 2000-2010	10

Seznam grafů

Graf 1: Subjektivní hodnocení zdraví v období 2000-2010	8
Graf 2: Dlouhodobé zdravotní obtíže v období 2000-2010.....	8
Graf 3: Dlouhodobé sledování lékařem v období 2000-2010	9
Graf 4: Podíl respondentů s alergií v období 2000-2010.....	9
Graf 5: Prevalence zvýšeného cholesterolu v období 2000-2010	10
Graf 6: Prevalence vysokého krevního tlaku v období 2000-2010	11
Graf 7: Léčba vysokého krevního tlaku v období 2000-2010.....	11
Graf 8: Podíl pravidelných kuřáků v období 2000-2010.....	12
Graf 9: Dostatečná fyzická aktivita v období 2000-2010.....	13
Graf 10: Pití balené pitné vody v období 2000-2010	13
Graf 11: Spokojenost se životem.....	14
Graf 12: Rozložení odpovědí „Být zdraví závisí na mně“ v období 2000-2010.....	15
Graf 13: Hodnocení faktorů ovlivňujících zdraví v období 2000-2010	15

Studie HELEN - porovnání výsledků I., II. a III. etapy

1. Úvod

Zdravotní stav obyvatelstva je v rámci Systému monitorování zdravotního stavu obyvatelstva ve vztahu k životnímu prostředí sledován na základě dotazníkového šetření nazvaného

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

Cílem studie je získat základní informace o zdravotním stavu populace. Sledovány jsou celkové ukazatele zdraví jako např. subjektivní hodnocení zdraví, dlouhodobé zdravotní obtíže či prevalence vybraných neinfekčních onemocnění. Dále jsou hodnoceny faktory, které zdravotní stav ovlivňují (socioekonomické a psychosociální charakteristiky, ukazatele životního stylu, rodinná anamnéza atd.) a postoje respondentů k problematice životního stylu a zdraví.

Dokončení III. etapy studie HELEN umožnilo porovnat, k jakým změnám došlo ve zdravotním stavu, životním stylu a názorech městské populace středního věku v průběhu posledních 10 let. Kompletní výsledky I., II. a III. etapy jsou uvedeny v Odborných zprávách Subsystému 6 monitoringu dostupných z <http://www.szu.cz/publikace/studie-helen>.

Cílem tohoto materiálu není prezentace výsledků jednotlivých etap, ale jejich porovnání a popis případných změn.

2. Metodika

Studie HELEN je dotazníkové šetření realizované ve vybraných městech ČR. V I. a II. etapě bylo v každém městě systematickým náhodným výběrem zaručujícím reprezentativnost vzorku vybráno 800 osob (400 mužů a 400 žen) ve věku 45 - 54 let. Oporou náhodného výběru byl registr evidence obyvatel Ministerstva vnitra ČR. Předání a sběr dotazníků zajišťovali tazatelé převážně z řad hygienické služby. Jejich hlavním úkolem bylo navázat kontakt s vybranou osobou a přesvědčit ji k účasti ve studii. Dotazník vyplňoval respondent samostatně, bez ovlivnění tazatelem.

Po pilotní studii z roku 1997 (Karviná, Kolín) proběhla v letech 1998 až 2002 první etapa studie HELEN v 27 městech ČR zařazených do Systému monitorování (viz odborná zpráva Subsystému 6 za rok 2003). Druhá etapa studie, tj. opakování studie stejnou metodikou ve stejných městech, se uskutečnila v letech 2004 a 2005 v 25 městech (viz odborná zpráva Subsystému 6 za rok 2005). Z měst účastnících se I. etapy se studie neopakovala v Benešově, v Kolíně a v Jindřichově Hradci, nově byla ve druhé etapě do studie zařazena Ostrava.

Metodika studie je podrobně popsána v odborné zprávě Subsystému 6 zprávě za rok 2005 (http://www.szu.cz/uploads/documents/chzp/odborne_zpravy/OZ_05/Helen_05.pdf).

Třetí etapa studie se uskutečnila v letech 2009 a 2010 v 19 městech (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 snížení počtu měst byly finanční a personální. V roce 2010 došlo k částečné úpravě metodiky šetření, která neovlivnila kvalitu dat, ani možnost jejich společného hodnocení. Z registru obyvatelstva bylo vybráno pouze 600 osob (300 mužů a 300 žen) v každém městě. Vybrané osoby obdržely poštou informační dopis spolu s dotazníkem. Respondenti, kteří nezareagovali na první oslovení, byli znovu obesláni.

Od roku 2009 měli respondenti také možnost vyplnit internetový dotazník. Ve všech etapách studie bylo obyvatelstvo zúčastněných měst před zahájením šetření a v jeho průběhu o realizaci studie Helen informováno místními sdělovacími prostředky.

Veškeré získané údaje byly uloženy pracovníky SZÚ do centrální databáze. Kontrola a zpracování dat bylo provedeno v SZÚ.

Pro porovnání výsledků tří etap studie HELEN byla použita data z 18 měst (Brno, České Budějovice, Hradec Králové, Jihlava, Karviná, Kladno, Kroměříž, Liberec, Mělník, Most Olomouc, Plzeň, Ústí nad Labem, Ústí nad Orlicí, Praha 10, Šumperk, Znojmo, Žďár nad Sázavou), ve kterých proběhly všechny tři etapy. Porovnání výsledků bylo možné u těch otázek, u kterých nedošlo v průběhu šetření ke změnám (z důvodu změn nebyly například hodnoceny výživové zvyklosti respondentů).

Soubory z jednotlivých etap studie se významně lišily jak v zastoupení mužů a žen, tak ve vzdělanostní struktuře. Abychom se vyhnuli možnému zkreslení při porovnávání etap, byly výsledky adjustovány vzhledem k vzdělání a jsou prezentovány zvlášť pro muže a ženy. Při zohlednění vlivu vzdělání jsme výsledky přepočítali na jednotnou vzdělanostní strukturu typickou pro hodnocenou věkovou kategorii a střed sledovaného období.

Výsledky porovnání jsou popsány pomocí relativních četností po adjustaci vzděláním, rozdíl mezi etapami je uváděn v procentních bodech (p.b.).

Statistická významnost rozdílů etap byla stanovena na základě regresních analýz, ve kterých byl zohledněn vliv vzdělání. Statistické analýzy byly prováděny na 1% hladině významnosti.

3. Struktura dotazníku

Struktura dotazníku pochází z roku 1998 (první etapa šetření), v druhé etapě byly rozšířeny otázky věnované pohybové aktivitě a upraveny otázky zjišťující stravovací zvyklosti. Před třetí etapou došlo pouze k zařazení sady otázek zjišťující depresivní symptomy a otázek věnovaných koupání ve volném čase. Na druhou stranu došlo ke zjednodušení otázek hodnotících sociální prostředí v místě bydliště.

Dotazník ve třetí etapě 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 (+ koupání)
 - výživa a stravovací zvyklosti
 - kuřácké zvyklosti
- osobní názory, sociální a ekonomické podmínky,
- názory na životní prostředí,
- antropometrické údaje.

4. Výsledky

4.1. Charakteristika porovnávaných souborů

Celkem byla do souboru pro porovnání zahrnuta data od 9166 respondentů za I. etapu, od 6805 respondentů za II. etapu a od 4857 osob za III. etapu. Rozložení mužů a žen ukazuje tabulka č. 1. Průměrná response ve vybrané skupině měst (viz. metodika) byla v I. etapě 68,5 %, ve II. etapě 51,9 % a ve třetí 41,0 %.

Ve vzdělanostní struktuře byl mezi etapami zjištěn staticky významný rozdíl, došlo k nárůstu počtu osob s vyšším vzděláním (maturita a VŠ), v I. etapě mělo vysokoškolské vzdělání 14,4 % osob, ve druhé 17,9 % a ve III. etapě 22,6 %; tabulka č. 2.

Tabulka 1: Zastoupení mužů a žen v jednotlivých etapách studie HELEN

etapa	muži (n)	ženy (n)	celkem (n)	muži (%)	ženy (%)
I.	4301	4865	9166	46,9	53,1
II.	3102	3703	6805	45,6	54,4
III.	2052	2805	4857	42,3	57,7

Tabulka 2: Nejvyšší dosažené vzdělání u mužů a žen v jednotlivých etapách studie HELEN

etapa	celkem muži (n)	základní (i neukončené)	vyučen/a	% - muži	
				středoškolské s maturitou	vysokoškolské
I.	4280	6,0	47,0	28,6	18,5
II.	3074	5,7	43,0	29,3	22,0
III.	2033	3,0	35,7	33,5	27,9
etapa	celkem ženy (n)	základní (i neukončené)	vyučen/a	% - ženy	
				středoškolské s maturitou	vysokoškolské
I.	4844	15,4	34,1	39,8	10,8
II.	3678	12,2	31,7	41,6	14,4
III.	2789	5,7	27,5	46,3	20,5

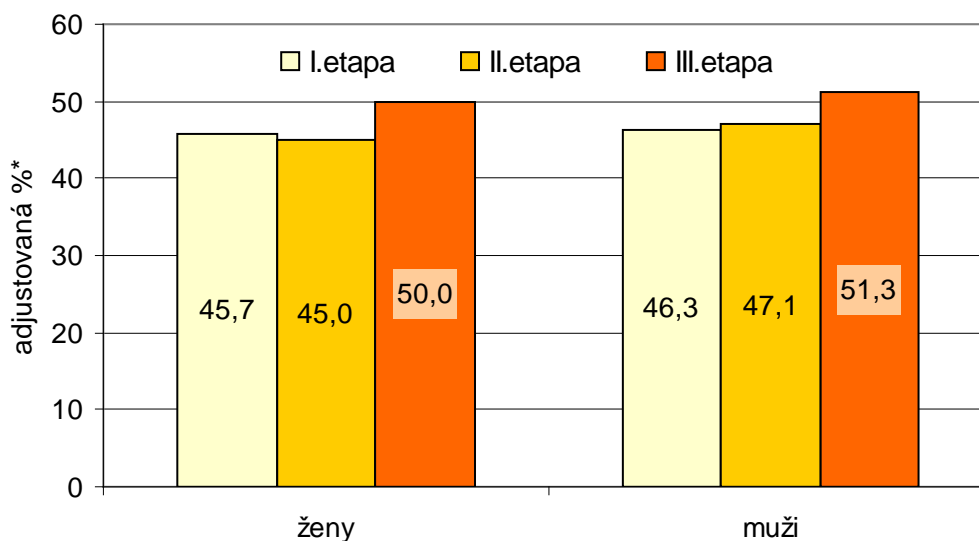
4.2. Zdravotní stav

Subjektivní hodnocení zdraví (SRH)

Subjektivní hodnocení vlastního zdraví je komplexní ukazatel zdravotního stavu, který v sobě zahrnuje nejen pocit fyzického zdraví, ale odráží také pocit psychické a sociální pohody. Muži a ženy se v subjektivním hodnocení zdraví v jednotlivých etapách nelišili. Porovnání výsledků tří etap u mužů a žen je znázorněno v grafu 1. Jak u mužů tak i žen došlo mezi II. a III. etapou ke statisticky významné nárůstu podílu osob spokojených se svým zdravím, v obou případech o přibližně 4 p.b. Rozdíly mezi I. a II. etapou nebyly statisticky významné.

Graf 1: Subjektivní hodnocení zdraví v období 2000-2010

(% osob hodnotících své zdraví jako dobré a velmi dobré; * % adjustovaná pro vliv vzdělání)

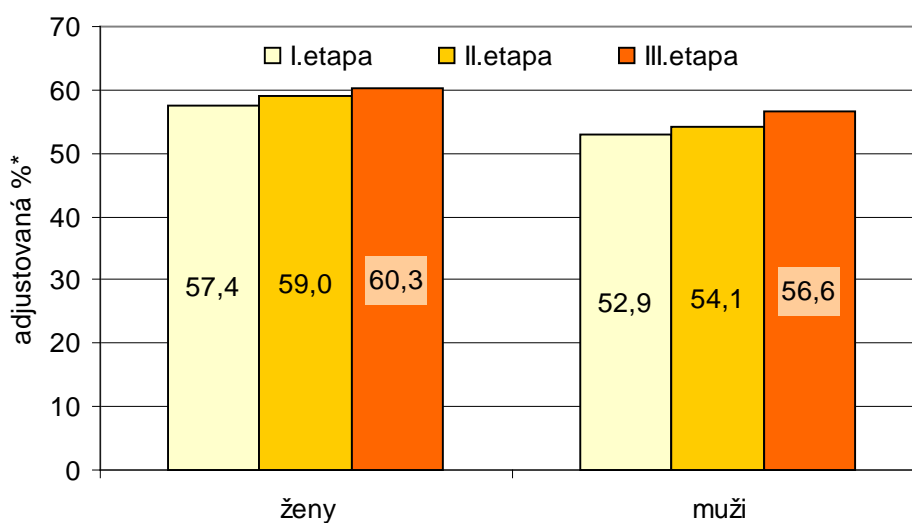


Dlouhodobé zdravotní obtíže

Dalším hodnoceným zdravotním ukazatelem jsou dlouhodobé zdravotní obtíže. Jedná se o zdravotní problémy trvající alespoň 6 měsíců, u nichž nebylo požadováno potvrzení diagnózy lékařem. Ženy vždy uváděly tyto obtíže významně častěji než muži. Mezi první a třetí etapou studie byl zaznamenán nárůst respondentů s dlouhodobými zdravotními obtížemi, u mužů o 3,5 p.b. a u žen o 3 p.b.; Graf 2. Tento nárůst nebyl u žen statisticky významný ($p=0,043$), u mužů byla p-hodnota rozdílu mezi první a třetí etapou 0,02, tj. rozdíly byly v obou případech významné pouze na 5% hladině, nikoliv na 1% hladině.

Graf 2: Dlouhodobé zdravotní obtíže v období 2000-2010

(* % osob adjustovaná pro vliv vzdělání)



Ve všech etapách platilo, že nejčastější příčinou dlouhodobých zdravotních obtíží byla onemocnění pohybového aparátu a onemocnění srdce a cév. Ani u jednoho z těchto zdravotních problémů nebyly nalezeny významné rozdíly mezi etapami, ve všech etapách byl

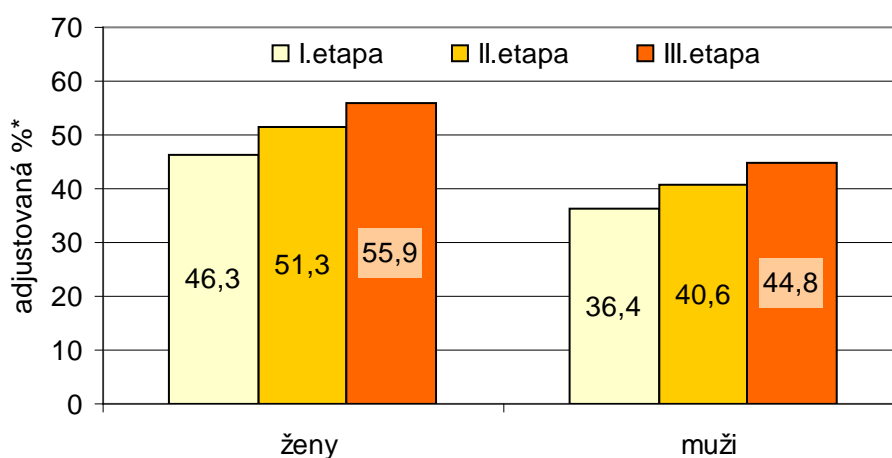
výskyt pohybových obtíží na úrovni 30 % u mužů a 40 % u žen, onemocnění srdce a cév uvádělo v průměru 14 % mužů a 11% žen.

Dlouhodobé sledování lékařem

Dlouhodobě v péči lékaře z důvodu onemocnění bylo ve všech etapách více žen než mužů. Počet osob, mužů i žen, dlouhodobě sledovaných lékařem v průběhu studie významně narůstal, u mužů vzrostl o 8,5 p.b u žen o 9,5 p.b. (p-hodnota pro rozdíl I. a III. etapy byla v obou případech $p \leq 0,01$; u žen byly významné i rozdíly mezi I. a II. etapou a mezi II. a III. etapou, u mužů mezi I. a II. etapou, p-hodnota rozdílu mezi II. a III. etapou byla u mužů 0,013), Graf 3.

Graf 3: Dlouhodobé sledování lékařem v období 2000-2010

(* % osob adjustovaná pro vliv vzdělání)

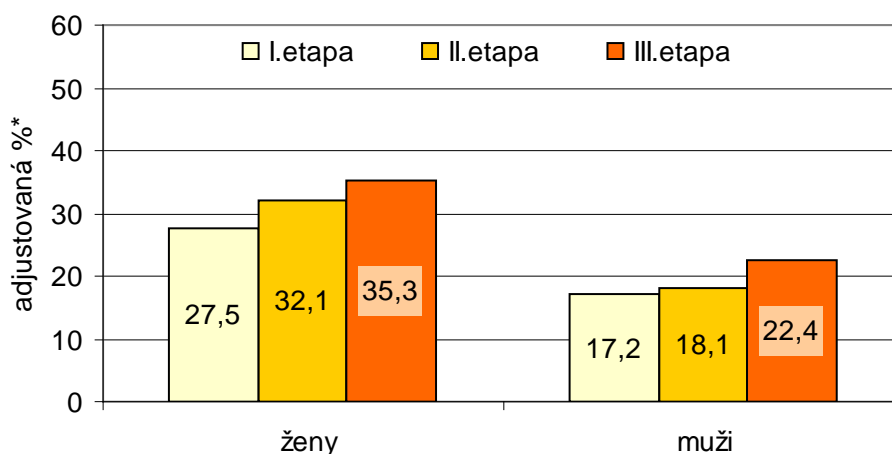


Alergická onemocnění

Kromě lékařem diagnostikovaných alergických onemocnění jsme také zjišťovali, kolik osob trpí podle svého subjektivního názoru alergií. Podíl takových respondentů mezi I. a III. etapou významně vzrostl, u žen o téměř 8 p.b, u mužů o 5 p.b., Graf 4.

Graf 4: Podíl respondentů s alergií v období 2000-2010

(* % osob adjustovaná pro vliv vzdělání)



Prevalence vybraných onemocnění

Odhad prevalence vybraných onemocnění vycházel z odpovědi na otázku, zda bylo onemocnění respondentovi diagnostikováno lékařem. V tabulce 3 jsou uvedena onemocnění, u kterých jsme našli v průběhu studie statisticky významný posun. U mužů i žen mezi první a třetí etapou významně narostl podíl respondentů s diagnostikovaným nádorovým onemocněním, u žen stoupl počet onemocnění astmatem. Významně klesl podíl respondentů s vředovou chorobou žaludku, u mužů mezi I. a II. etapou u žen mezi I. a III. etapou. V případě kardiovaskulárních onemocnění (srdeční infarkt, angina pectoris a mozková mrtvice) jsme zjistili významný pokles pouze u mužů mezi I. a II. etapou, ve třetí etapě je naznačen opět vzestup prevalence.

Tabulka 3: Rozdíl prevalence vybraných onemocnění v období 2000-2010

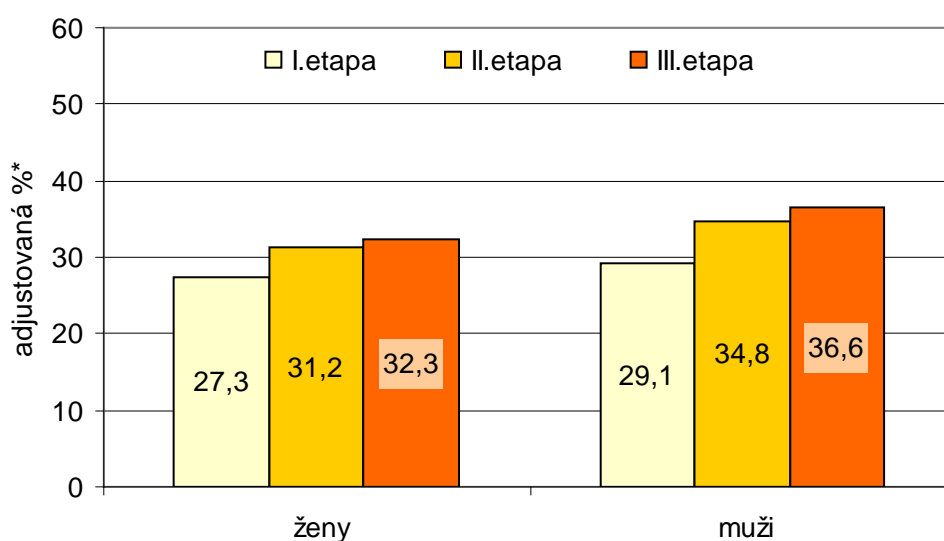
	astma		nádorová onemocnění		vředové onemocnění žaludku		kardiovaskulární onemocnění	
	adjustovaná %		adjustovaná %		adjustovaná %		adjustovaná %	
	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy
I etapa	2,5	3,8	1,6	5,7	10,3	7,1	7,1	3,8
II. etapa	3,1	5,3	2,2	6,8	8,1	6,4	5,3	3,0
III. etapa	3,8	6,4	3,6	8,9	8,6	4,9	6,0	2,8
	p-hodnota rozdílu etap		p-hodnota rozdílu etap		p-hodnota rozdílu etap		p-hodnota rozdílu etap	
I. a II.	>0,05	<0,01	>0,05	>0,05	<0,01	>0,05	<0,01	>0,05
I. a III.	0,0253	<0,01	<0,01	<0,01	>0,05	<0,01	>0,05	>0,05
II. a III.	>0,05	>0,05	0,0117	<0,01	>0,05	0,0437	>0,05	>0,05

Zvýšená hladina celkového cholesterolu

V průběhu hodnocených 10 let došlo u mužů i žen k postupnému nárůstu podílu osob s lékařem prokázanou zvýšenou hladinou cholesterolu, u mužů o 7,5 p.b u žen o 5 p.b (p-hodnota pro rozdíl I. a III. etapy mužů i žen: $p \leq 0,01$). Nárůst byl v obou případech významný i mezi I. a II. etapou, mezi II. a III. etapou již významný nebyl, Graf 5.

Graf 5: Prevalence zvýšeného cholesterolu v období 2000-2010

(* % osob adjustovaná pro vliv vzdělání)

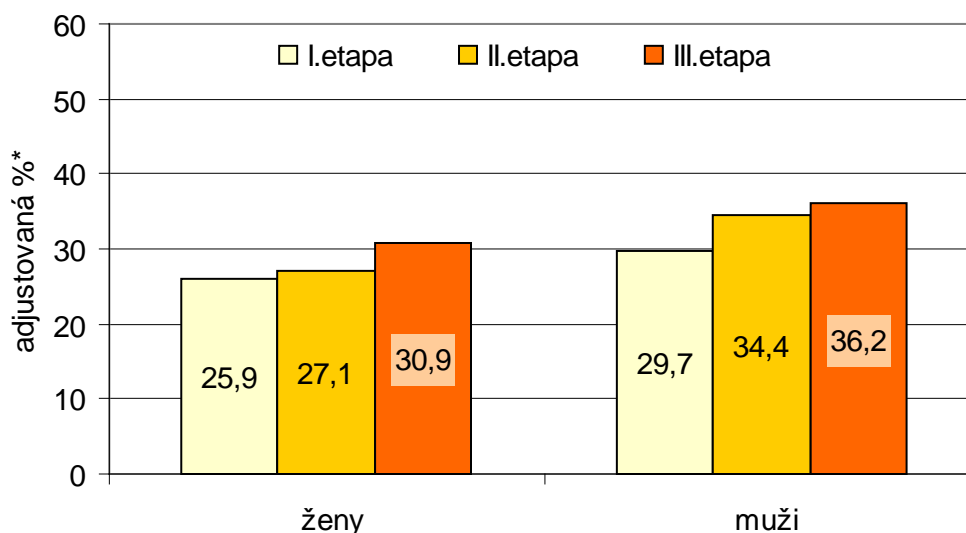


Vysoký krevní tlak

Respondenti odpovídali v dotazníku na otázku, zda jim byl lékařem zjištěn vysoký krevní tlak. Ve všech etapách mělo vysoký krevní tlak zjištěno více mužů než žen. U mužů i žen jsme zaznamenali nárůst prevalence vysokého krevního tlaku, celkem o více než 6 p.b u mužů a 5 p.b. u žen. V obou případech byl rozdíl mezi I. a III. etapou statisticky významný; *Graf 6*. U mužů došlo k statisticky významnému a zároveň většímu nárůstu mezi I. a II. etapou, u žen mezi II. a III. etapou.

Graf 6: Prevalence vysokého krevního tlaku v období 2000-2010

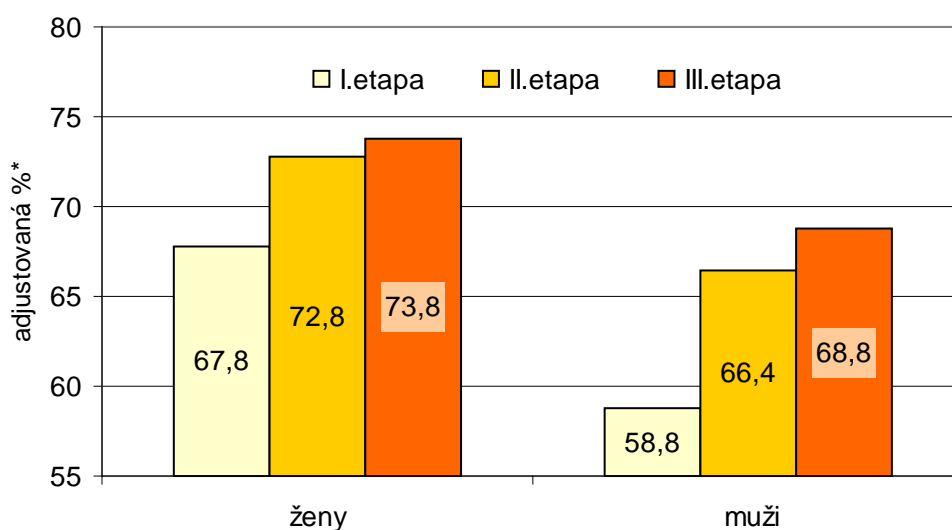
(* % osob adjustovaná pro vliv vzdělání)



U respondentů s diagnostikovaným vysokým krevním tlakem bylo dále hodnoceno, zda užívají léky k jeho snížení. Stejně jako v případě prevalence vysokého krevního tlaku tak i v případě jeho léčby jsme zjistili u mužů i žen statisticky významný nárůst mezi I. a III. etapou (u mužů o 10 a u žen o 6 p.b.), *Graf 7*. Rozdíl mezi I. a II. etapou byl u mužů významný na 1% a u žen pouze na 5% hladině významnosti, rozdíl mezi II. a III. etapou nebyl významný ani u mužů ani u žen.

Graf 7: Léčba vysokého krevního tlaku v období 2000-2010

(* % osob adjustovaná pro vliv vzdělání)



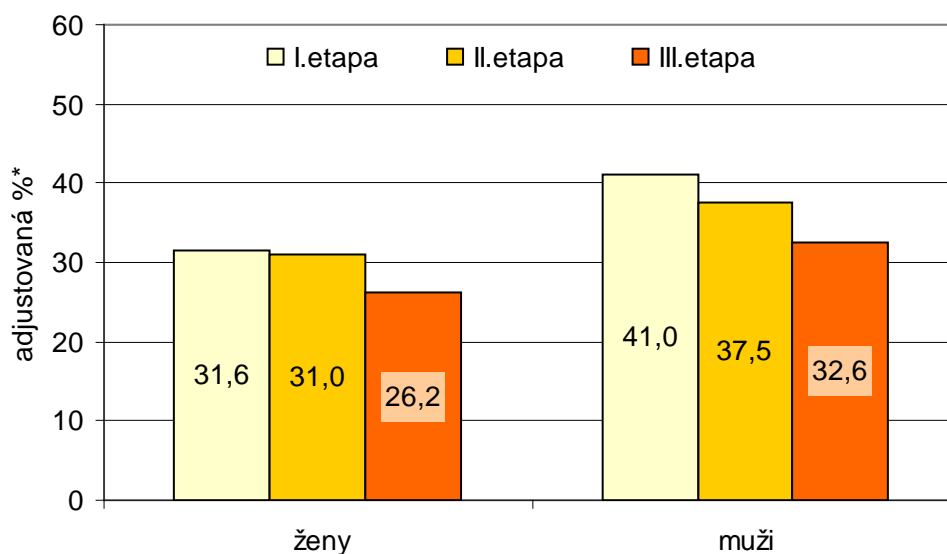
4.3. Životní styl

Kouření

Mezi muži, v porovnání se ženami, bylo ve všech etapách více pravidelných kuřáků, tj. těch, kteří kouří více než jednu cigaretu denně, „nicméně tento rozdíl se v III. etapě snížil o 3 p.b. (z 9,4 na 6,4 p.b.), Graf 8. U mužů v porovnání se ženami došlo k statisticky významnému a zároveň k většímu snížení podílu pravidelných kuřáků jak mezi I. a II. etapou tak mezi II. a III. etapou. Podíl kuřáků - mužů se celkově snížil o 8,4 procentního bodu. U žen významně klesl podíl kuřáček pouze mezi II. a III. etapou, celkově podíl kuřáček klesl o 5,4 procentního bodu.

Graf 8: Podíl pravidelných kuřáků v období 2000-2010

(* % osob adjustovaná pro vliv vzdělání)

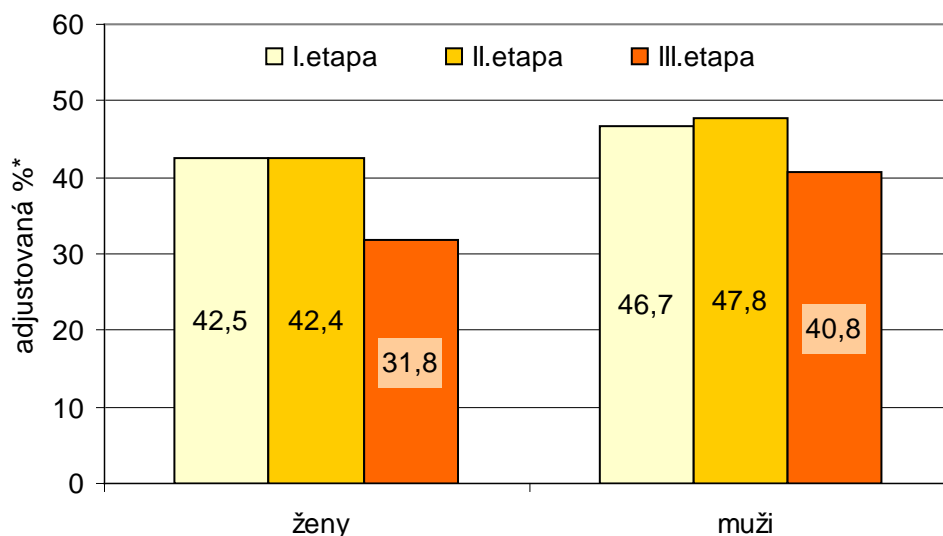


Fyzická aktivita

Respondenti v dotazníku odpovídali na otázku, kolik hodin během typického týdne věnují tělesné výchově, sporu nebo turistice. Za dostatečnou fyzickou aktivitu byly považovány 3 a více hodin za týden.

V každé etapě hodnocené samostatně platilo, že ženy věnují cílené fyzické aktivitě méně času než muži. Shodně u mužů i žen došlo k významnému posunu mezi II. a III. etapou, kdy podíl osob s dostatečnou fyzickou aktivitou klesl u žen o 10,6 a u mužů o 7,0 procentního bodu, Graf 9. To způsobilo, že také rozdíl mezi I. a III. etapou byl významný (mezi I. a II. etapou byly rozdíly v obou případech nevýznamné).

Graf 9: Dostatečná fyzická aktivita v období 2000-2010
 (* % adjustovaná pro vliv vzdělání)

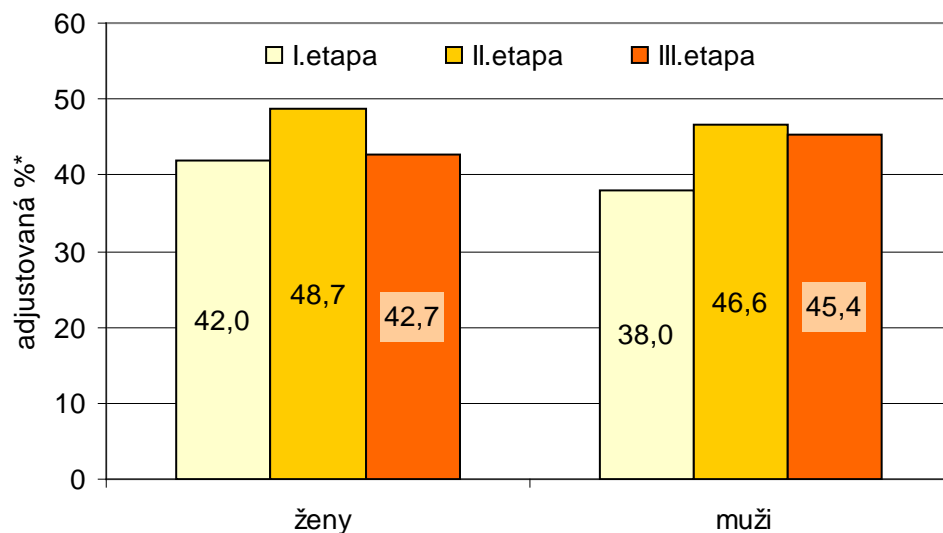


Denní příjem tekutin, pití balené pitné vody a nadměrná konzumace alkoholu

Nedostatečný denní příjem tekutin (méně než 2 litry denně) uváděly ve všech třech etapách častěji ženy (průměrně 24 %) než muži (průměrně 10 %). Zatímco u žen nedošlo v průběhu trvání studie ke statisticky významné změně, u mužů došlo mezi I. a II. etapou k významnému nárůstu podílu osob s nedostatečným příjmem tekutin ze 7,3 % na 11,0 %, mezi II. a III. etapou již ke změně nedošlo. Podíl mužů i žen používajících balenou pitnou vodu významně stoupl mezi I. a II. etapou (u žen o 7 p.b., u mužů o 9 p.b.). Ve III. etapě došlo u mužů k nevýznamnému poklesu, u žen k významnému poklesu prakticky zpět na úroveň I. etapy, Graf 10.

Jako nadměrná konzumace alkoholu bylo hodnoceno pití více jak 30 g čistého alkoholu za den u mužů a 20 g u žen. Zatímco podíl mužů se zjištěnou nadměrnou konzumací alkoholu významně klesl z 31,5 % na 29,1 % ve III. etapě, u žen k žádné změně nedošlo (ve všech etapách nadměrně pilo alkohol kolem 8 % žen).

Graf 10: Pití balené pitné vody v období 2000-2010
 (* % osob adjustovaná pro vliv vzdělání)

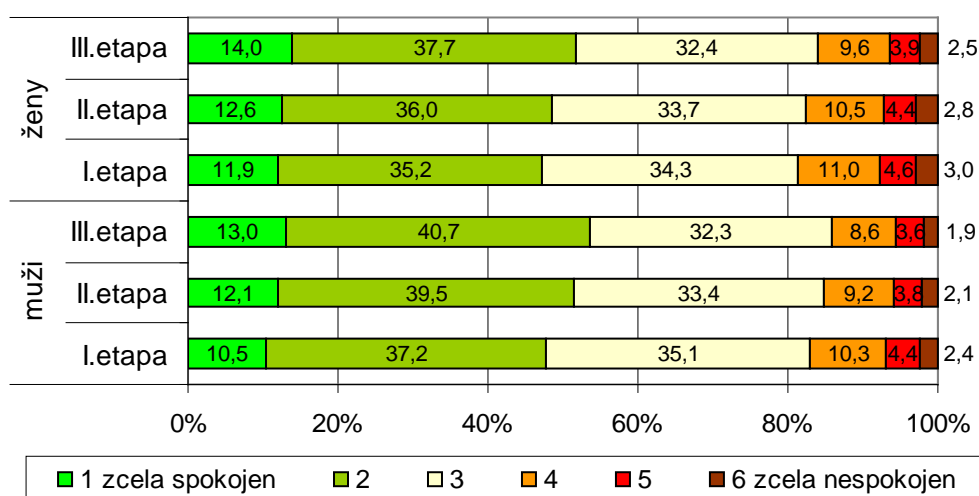


4.4. Psychosociální faktory a názory na zdraví a na faktory ovlivňující zdraví

Spokojenost se životem

Celkovou spokojenost se životem vyjadřovali respondenti na šestibodové škále s krajními hodnotami „zcela spokojen“ a „zcela nespokojen“. Podíl mužů i žen spokojených se svým životem (hodnocení 1 a 2) stoupl mezi I. a III. etapou o 6 p.b. u mužů a o 4,5 p.b u žen (rozdíl mezi I. a III. etapou byl statisticky významný u mužů i žen, mezi I. a II. etapou jen u mužů). *Graf 11.* V jednotlivých etapách se zvyšoval podíl spokojených respondentů, naopak klesl podíl osob s neutrálním názorem (hodnocení 3 a 4). Podíl nespokojených osob se změnil pouze minimálně.

Graf 11: Spokojenost se životem
(% osob adjustovaná pro vliv vzdělání)



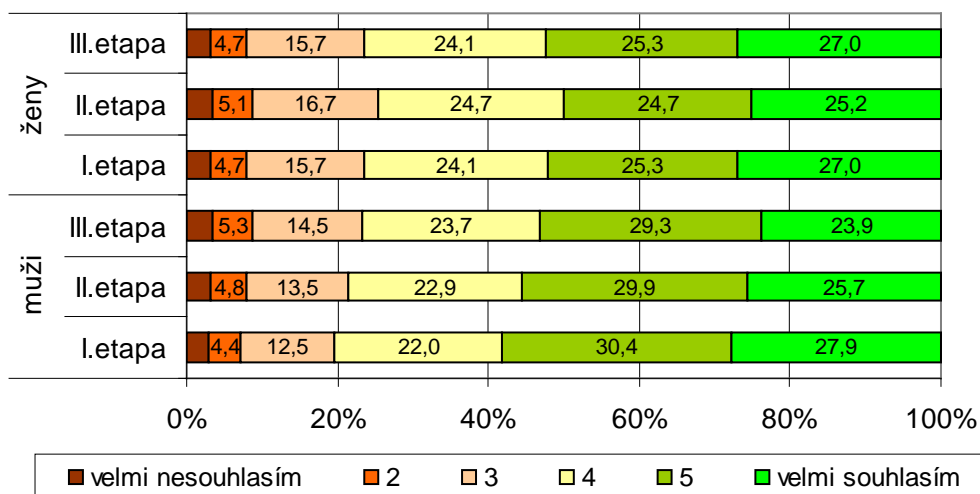
Spoluodpovědnost za své zdraví

Pocit spoluodpovědnosti za vlastní zdraví je hodnocen pomocí otázky „Být zdravý závisí na mně“. Zatímco ženy svůj pohled na možnost ovlivnění vlastního zdraví nezměnily, u mužů postupně klesal podíl respondentů, kteří souhlasili s výše uvedeným tvrzením, a to o 5 p. b. (p-hodnota pro rozdíl I. a III. etapy: $p \leq 0,01$), *Graf 12.*

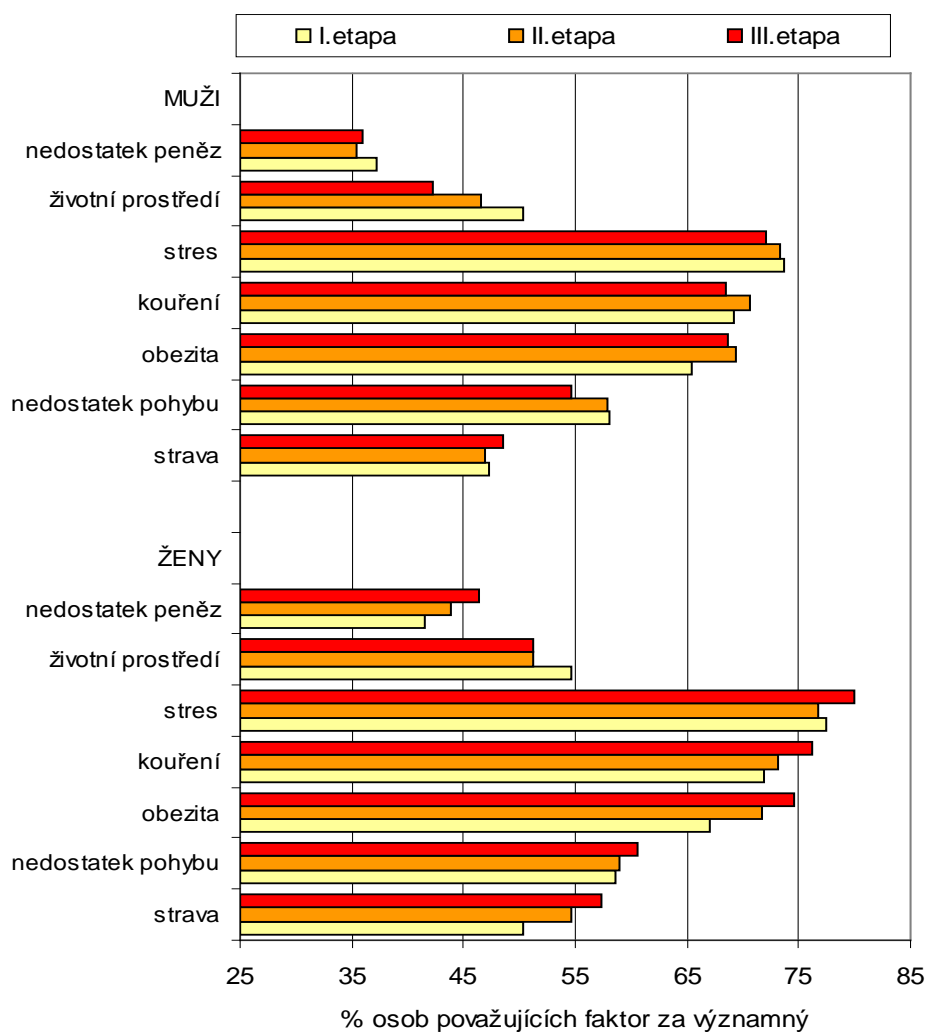
Názory respondentů na faktory ovlivňující lidské zdraví

Názory respondentů na faktory ovlivňující zdraví ukazuje *Graf 13.* Obecně lze říci, že muži ve všech etapách přikládali posuzovaným faktorům menší význam než ženy. Postupně klesl podíl mužů považujících za významný faktor životní prostředí (o 8 procentních bodů), naopak mezi I. a III. etapou významně stoupl podíl mužů, kteří přikládali velký význam obezitě (o 3 p.b.). Mezi I. a III. etapou významně stoupl podíl žen, které považovaly za důležitý faktor stravovací návyky (o 7 p.b.), obezitu (o 7,5 p.b.), kouření (o 4 p.b.) a nedostatek finančních prostředků (o 5 p.b.). Stejně jako u mužů klesl mezi I. a III. etapou podíl žen, které přikládaly velký význam životnímu prostředí, nicméně tento pokles se v II. etapě zastavil (p-hodnota pro rozdíl mezi I. a II. etapou $p \leq 0,01$, pro rozdíl II. a III. etapy $p \geq 0,05$).

Graf 12: Rozložení odpovědí „Být zdraví závisí na mně“ v období 2000-2010
(% osob adjustovaná pro vliv vzdělání)



Graf 13: Hodnocení faktorů ovlivňujících zdraví v období 2000-2010
(podíl osob považujících daný faktor za významně ovlivňující zdraví, adjustováno pro vliv vzdělání)



5. Diskuse

V porovnání s druhou etapou došlo ve třetí etapě k poklesu response o zhruba 10 %. Zdá se, že tento pokles je pokračováním trendu stále se snižující ochoty obyvatel zúčastnit se podobných šetření, který je patrný i v jiných studiích [1]. Response mohl ovlivnit i nižší počet tazatelů a skutečnost, že v roce 2010 byly vybrané osoby osloveny pouze dopisem. V této souvislosti je také zajímavé zjištění ÚZIS, že nejnižší míra účasti ve studii EHIS 2008 byla ve věkové kategorii 45–54 let [2].

Nižší response ve II. a III. etapě a rozdíly mezi porovnávanými soubory zejména v průměrném stupni dosaženého vzdělání by mohly vést ke zkreslení výsledků. Proto byly výsledky adjustovány vzhledem ke vzdělání a statistická významnost popisovaných rozdílů byla stanovena pomocí regresních analýz. Tím se vliv možného zkreslení snížil. Při posuzování zjištěných rozdílů je třeba vždy zvážit jak statistickou významnost rozdílu, tak rozsah změn.

Za pozitivní můžeme považovat zjištění, že mezi II. a III. etapou stoupl podíl osob hodnotících dobře a velmi dobře své zdraví. Přitom ukazatel subjektivního vnímání vlastního zdraví se utváří na základě spolupůsobení mnoha faktorů biologických, psychologických i sociálních a vypovídá tak nejen o tělesném zdraví, ale i pocitu psychické a sociální pohody respondenta a je považován za důležitý ukazatel zdravotního stavu populace.

U většiny hodnocených onemocnění a zdravotních obtíží jsme nezjistili za posledních 10 let významnou změnu v jejich výskytu, výjimkou je nárůst nádorových onemocnění u mužů i žen. Jedním z možných vysvětlení je dřívější záchyt časných stádií onemocnění. Stoupal také podíl osob v dlouhodobé péči lékaře, nicméně tento fakt se nijak nepromítl do subjektivního hodnocení zdraví a celkové spokojenosti respondentů se životem. Podíl osob celkově spokojených se svým životem po dobu studie stoupal.

Nárůst četnosti lékařem zjištěného vysokého krevního tlaku u mužů i žen je na první pohled v rozporu se zjištěním studie MONICA [3], podle které průměrné hodnoty krevního tlaku u mužů i žen v ČR klesají. Podle této studie však zároveň stoupá podíl osob, které vědí o své hypertenzi. A právě včasější diagnostika se může významně podílet na námi zjištěném nárůstu prevalence vysokého krevního tlaku. Za pozitivní (a za zcela v souladu s výsledky studie MONICA) můžeme považovat nárůst podílu léčených hypertoniků.

Podle studie kuřáckých zvyklostí v ČR [1] zatím nebyl zjištěn trend snížení prevalence kouření, situace v ČR je od roku 1997 poměrně stabilní (ve věkové skupině 15 - 64 let). Nicméně ve věkové skupině 45 -54 let se ukazuje určitý posun, na začátku dekády (2000 až 2005) byl podíl kuřáků v této věkové skupině kolem 25 %, od 2. poloviny dekády se pohyboval v rozmezí 21 – 17 %. Námi zjištěný pokles prevalence pravidelného kouření u mužů odpovídá trendům nalezeným ve studii MONICA. Podle této studie se ČR nalézá ve 3. stádiu kuřácké epidemie, kdy výrazně klesá prevalence kouření u mužů (muži přestávají kouřit) a kouření mezi ženami dosahuje maxima. Teprve na konci této etapy začínají počty kuřáček klesat. Podle našich zjištění začal podíl kuřáček ve věkové skupině 45-54 let klesat až v posledních 5 letech. Studie MONICA našla klesající podíl žen kuřáček pouze mezi ženami se středoškolským a vyšším vzděláním.

Za závažné zjištění můžeme považovat fakt, že mezi II. a III. etapou klesl významně podíl osob s dostatečnou fyzickou aktivitou. Muži přikládají pohybu stále menší význam a toto stanovisko může souviset i s jejich stále klesajícím pocitem spoluzodpovědnosti za své zdraví. S pohybovou aktivitou úzce souvisí i problematika obezity. V ČR stále stoupá procento osob s nadváhou a obezitou [4]. Častěji byla zjištěna nadváha a obezita u starších mužů.

Zlepšující se vnímání životního prostředí v naší populaci se projevilo snížením podílu osob, které přikládají životnímu prostředí velký význam v ovlivnění jejich zdraví.

6. Závěr

Porovnání tří etap studie HELEN ukázalo, že v posledních 10 letech došlo u sledované městské populace středního věku k některým změnám.

Stoupl podíl osob celkově spokojených se svým zdravím a současně po celých 10 let narůstal podíl respondentů spokojených se svým životem.

Ve většině sledovaných zdravotních ukazatelů nedošlo během trvání studie k významné změně. Nejčastějšími zdravotními problémy sledované populace byla onemocnění pohybového aparátu a onemocnění srdce a cév. Nárůst prevalence jsme zjistili u nádorových onemocnění, hypertenze (včetně nárůstu podílu osob užívajících léky na snížení krevního tlaku) a výskytu zvýšeného cholesterolu. Více osob bylo také v dlouhodobé péči lékaře.

Došlo k příznivému vývoji u kuřáků - mužů i žen. Negativním zjištěním je pokles cílené fyzické aktivity respondentů v posledních 5 letech.

Došlo ke změně názorů respondentů na faktory ovlivňující zdraví. Respondenti častěji přikládali velký význam obezitě, ženy také stravovacím návykům a kouření. Naopak méně často hodnotili respondenti jako významný faktor působící na zdraví životní prostředí.

7. Literatura

[1] Sovinová H., Sadílek P., Csémy L., Vývoj prevalence kuřáctví v dospělé populaci ČR, názory a postoje k problematice kouření, období 1997 – 2011, Výzkumná zpráva 2011

[2] Evropské výběrové šetření o zdraví v České republice EHIS 2008, ÚZIS ČR, 2011

[3] Cífková R., Bruthans J., Adámková V., et al. Prevalence základních kardiovaskulárních rizikových faktorů v české populaci v letech 2006 – 2009. Studie post- MONICA, Cor vasa 2011, 53:220 – 229.

[4] Životní styl a obezita, longitudinální epidemiologická studie prevalence obezity v ČR, Praha, 2006, vydal STEN/MARK, a.s.