



Zdravotní ústav se sídlem v Ostravě

ZÁVĚREČNÁ ZPRÁVA

**Vliv životního stylu a socioekonomického postavení
na zdraví obyvatel Ostravy a vytipování cílových rizikových skupin
pro zdravotní intervenci**



Financováno z dotace z rozpočtu Moravskoslezského kraje č. 0687/2003/SZ

Příjemce: **Zdravotní ústav se sídlem v Ostravě**
Partyzánské náměstí 7, 702 00 Ostrava,
zastoupen RNDr. Petrem Hapalou, ředitelem
IČ: 71009396
DIČ: 388-71009396
Bankovní spojení: ČNB, pobočka Ostrava, č.ú: 3235761/0710

Realizace projektu: **2003**

Řešitel: **Mgr. Hana Šlachtová**

Spoluřešitelé: Ing. Hana Tomášková
MUDr. Anna Šplíchalová, Ph.D.
Bc. Petra Chobotová

Poděkování

Tato studie mohla být realizována díky finanční podpoře dotací Moravskoslezského kraje.
Pro šetření byla použita metodika grantu IGA MZ ČR č. NJ/6139-3.

Obsah	str.
1 Úvod	4
2 Cíle	5
3 Význam projektu	5
4 Materiál a metody	5
4.1 Nové proměnné pro modely	6
4.2 Rozhodovací stromy	7
4.3 Veřejné zdraví	7
5 Výsledky	8
5.1 Část A - Všeobecné otázky	8
5.2 Část B - Zaměstnání	11
5.3 Část C - Životní styl	11
5.4 Část D - Zdravotní stav.....	13
5.4.1 Body Mass Index a kontrola vlastního limitu.....	14
5.4.2 Užívání léků.....	15
5.4.3 Zájem o informace týkající se zdraví.....	16
5.5 Část E - Osobnost respondenta.....	16
6 Určení cílových skupin pro zdravotní intervenci metodou rozhodovacích stromů	17
6.1 Výsledky.....	18
6.1.1 Zdravotní stav ve vztahu k SES	18
6.1.2 Rizikové chování ve vztahu k SES.....	20
6.1.3 Aktivita ve vztahu k SES.....	21
6.2 Skupiny pro zdravotní intervenci.....	23
7 Souhrn	24
8 Ekonomická část	28
9 Použité prameny a literatura	29
10 Přílohy	
Příl. 1 Manuál pro distribuci dotazníků	
Příl. 2 Náhodný výběr - adresní body v mapě Ostravy	
Příl. 3 Mapka č. 7 - adresní body v oblasti Mor. Ostrava, Muglinov a Slezská Ostrava	
Příl. 4 Sběrný seznam	
Příl. 5 Reflexe distributorů	

1 Úvod

Epidemiologické studie posledních 10 let se zabývají dílčími rizikovými faktory a jejich vlivem na zdravotní stav, ne jako celek, ale spíše v souvislosti s incidencí nebo prevalencí jednoho nebo několika mála onemocnění. Výsledky nesčetných studií domácích i zahraničních autorů potvrzují významnou souvislost zdravotního stavu a vzdělání, socioekonomického statusu a zdraví, životního stylu a zdraví.

Národní program obnovy a podpory zdraví v České republice (MZ ČR, Praha 1992) uvádí, že životní styl ovlivňuje zdravotní stav přibližně z 50-60 %, životní prostředí stejně jako zdravotní péče zhruba 20%.

Výsledky některých studií potvrdily, že nízký socioekonomický status /SES/ signifikantně negativně ovlivňuje prevalenci hypertenze (Shakoor, A.B. et al; 1997), snižuje kvalitu poskytované zdravotní péče (Wiggers, J.H., Sanson, F.R.; 1997), zvyšuje prevalenci karcinomu plic (Van Loon, A.J. et al; 1997), využívání lékařské péče (Kephart, G. et al; 1998). Bylo prokázáno, že nízká úroveň SES je spojena s horším zdravím a nižším pocitem celkové pohody - well-being (Marmot, M.G. et al; 1998). Epidemiologické studie také prokázaly ovlivnění zdravotního stavu vzděláním obyvatel, např. snižující se trend výskytu obezity a cholesterolu u vzdělanější populace (Bobák, M. et al; 1997), naopak zvýšený výskyt příležitostných i chronických bolestí hlavy se stoupajícím vzděláním (Schwartz, B.S. et al; 1998). Materiální deprivace a nízká úroveň vzdělání jsou také faktory, které významně ovlivňují pocit zdraví a fyzické funkce (Bobák, M. et al; 1998). Z uvedeného je patrné, že životní způsob, stejně jako vzdělání a socioekonomický status prokazatelně ovlivňují zdravotní stav lidí, jejich subjektivní pocit dobrého zdraví a psychické pohody.

Vzhledem k faktu, že Ostrava představuje velkou městskou aglomeraci se specifickou skladbou obyvatelstva, historicky ovlivněnou těžkým průmyslem, současnou restrukturalizací průmyslové výroby a důlní těžby, se vzrůstající nezaměstnaností, je poznání subjektivního přístupu ke zdraví jedním ze stěžejních úkolů pro určení odhadu trendu dalšího vývoje zdravotního stavu obyvatel a zpracování účinných preventivních opatření. Vyšší SES a vzdělání se přímo odrážejí na přístupu ke zdraví; umožňují jednak materiálně širší možnosti ovlivnění životního způsobu a uspokojování potřeb kulturního a sportovního vyžití, pocitu sebeuspokojení a seberealizace, na druhé straně umožňují přístup k informacím a schopnost jejich analýzy a aplikace v životním stylu jedince i jeho rodiny jako celku, tak i v přijetí preventivních opatření vůči svému zdraví.

2 Cíle

Cílem realizovaného projektu bylo popsat chování dospělé ostravské populace, subjektivní přístup k vlastnímu zdraví, vybraným rizikovým faktorům a preventivním zdravotním opatřením v závislosti na vzdělání a SES; dále zjistit subjektivní vnímání zdravotního stavu respondentů, jejich konkrétní přístup k preventivním zdravotním opatřením; zjistit, jak se rozdílly ve vzdělání a socio-ekonomickém postavení reálně promítají do životního stylu respondenta a jak determinují jeho přístup ke zdraví.

3 Význam projektu

Bez zjištění základních informací o chování a subjektivním přístupu k vlastnímu zdraví není možno zaměřit zdravotní výchovu adresně na cílové skupiny, stává se tak formální a mnohdy neúčinnou. Poznání, jak budou intervenční aktivity přijaty v různých sociálních skupinách, jaká je ochota ke změně návyků u těchto skupin, se stává i nástrojem k efektivnímu použití zdravotní intervence.

4 Materiál a metody

Studie byla provedena dotazníkovým šetřením náhodně vybraného vzorku dospělé populace na území města Ostravy. Kohorta zahrnovala 1.000 obyvatel Ostravy ve věku 25-70 let. V Ostravě žije přibližně 191 tis. obyvatel ve sledované věkové skupině 25-70 let (zdroj: ČSÚ - SLDB 2001). Věkové rozmezí bylo omezeno dolní hranicí 25 let, která předpokládá ukončení přípravy na budoucí povolání a již vytvořené vlastní vzory chování, jež určují životní styl. Horní věková hranice byla stanovena na 70 let. Vzhledem k tomu, že je problematické získat náhodný výběr vzorku z registru obyvatel, byl výběr proveden náhodným výběrem adres užitím GIS (příloha 2) a pro výběr respondentů byl zpracován manuál - viz příloha 1.

Metodou zjišťování byl obsáhlý dotazník, který mimo základních demografických údajů sledoval způsob života, pracovní a mimopracovní zátěž, nemoci a potíže respondenta, jeho životosprávu, způsob chování, jenž má protektivní nebo negativní zdravotní účinky, pravidelnost preventivních lékařských prohlídek. Dotazník již byl ověřen v pilotní studii podpořené Interní grantovou agenturou Ministerstva zdravotnictví ČR.

Distribuce a sběr dotazníků se řídil manuálem (příl. 1) a byl realizován osobním kontaktem distributorů s respondenty. Distributoři byli podrobně seznámeni s cíli a metodikou projektu, vybaveni mapami se zakreslenými body náhodně vybraných adres (příloha 3) a sběrnými seznamy (příloha 4), do nichž zapisovali údaje pro opakované kontakty s respondenty. Tyto seznamy byly zničeny ihned po skončení terénních prací, aby byla zajištěna ochrana

osobních údajů z dotazníků. Respondentům, kteří nebyli ochotni vyplnit poměrně rozsáhlý dotazník, byla nabídnuta možnost vyplnění dotazníku pro non-respondenty. Po ukončení distribuce a sběru dat byli distributoři požádáni o reflexi svých zkušeností - ty jsou pro zajímavost shrnuty v příloze 5.

Důležitým úkolem je zajištění kvality vložených dat, která byla garantována dvojitým vkládáním a následným čištěním dat. Analýza dat následovala po získání čistých dat. Vycházelo se ze základních popisných statistik jako jsou frekvenční tabulky, aritmetický průměr, medián, směrodatné odchylky, intervaly spolehlivosti apod.

Následovala agregace kategorií odpovědí v případě malých četností, přes analýzu vztahu mezi dvěma proměnnými χ^2 -testem, až k vytvoření nových proměnných, které byly použity v modelech.

4.1 Nové proměnné pro modely

Pro další analýzu a konstrukci modelů byly vytvořeny nové proměnné, které byly sestaveny na základě odpovědí na vybrané otázky.

Podle objektivního a subjektivního hodnocení zdravotního stavu byly vytvořeny 3 skupiny jedinců: a) zdraví - bez chronického onemocnění a subjektivně hodnotící svůj zdravotní stav jako dobrý, b) nemocní bez potíží - u nich je diagnostikováno chronické onemocnění, ale subjektivně hodnotí svůj zdravotní stav jako dobrý, c) nemocní - kteří trpí chronickým onemocněním a svůj zdravotní stav hodnotí jako špatný.

Dále byli respondenti rozděleni na aktivní a pasivní. Základem této charakteristiky byla fyzická a společenská aktivita během volného času, víkendů a dovolené. Bylo vybráno 9 otázek, které vypovídají o aktivitě jedince:

1. *Ve volném čase se věnuje sportu a turistice*
2. *Ve volném čase vyhledává kulturní a společenský život*
3. *Ve volném čase se věnuje koníčkům*
4. *Víkendy tráví aktivním odpočinkem - sportem, turistikou, výlety*
5. *Víkendy věnuje společenskému a kulturnímu životu*
6. *Dovolenou využívá k aktivnímu odpočinku - sport, turistika, poznávání, práce na zahradě*
7. *Víkendy obvykle tráví mimo Ostravu*
8. *Dovolenou tráví na chatě, chalupě, cestuje po ČR i zahraničí*
9. *Udržuje časté kontakty s přáteli*

Podle počtu kladných odpovědí na tyto otázky byl jedinec zařazen do 3 kategorií - minimálně, průměrně a maximálně aktivní.

Stejný postup byl zvolen i v případě pasivního chování. Opět byla vybrána skupina otázek vypovídajících o pasivitě jedince:

1. *Často sleduje TV*
2. *Volný čas tráví četbou*
3. *Víkendy tráví četbou*
4. *O víkendech se věnuje práci v souvislosti se zaměstnáním*

5. *Mimo Ostravu tráví pouze jeden víkend čtvrtletně*
6. *Vůbec město neopouští*
7. *Dovolenou tráví doma*
8. *Nevykonává vůbec domácí práce*
9. *Nestýká se s přáteli*

Podle počtu kladných odpovědí na tyto otázky byl jedinec zařazen do 3 kategorií - minimálně, průměrně a maximálně aktivní.

Na základě stanovených rysů chování byly vytvořeny dvě skupiny jedinců - převážně pasivní a převážně aktivní jedinci. Jedinci nepatřící do žádné ze skupin byli z další analýzy týkající se aktivity vyloučeni.

Jedinec s rizikovým chováním je charakterizován nezájmem o fyzickou aktivitu, nezdravou výživou, zanedbáváním zdravotních potíží:

1. *Nevěnuje se pravidelnému cvičení, sportu a turistice (po vyloučení lidí, jimž v tom brání zdravotní potíže)*
2. *Pije 3 a více hrníčků černé kávy s kofeinem*
3. *Denně kouří*
4. *Nestravuje se pravidelně v průběhu dne*
5. *Nemá ani jedno teplé jídlo denně*
6. *Hodnotí vlastní stravu jako nezdravou nebo se tím nezabývá*
7. *Při objevení zdravotních potíží jim nevěnuje pozornost nebo dbá rad rodiny a přátel a nevyhledá lékařské ošetření*
8. *Při horečnatém onemocnění z nachlazení chodí do práce*
9. *Pokud mu lékař nařídí nemocenskou, nečerpá ji*
10. *Nechodí na preventivní prohlídky*
11. *Neomezí příjem pokrmů, u něhož si je vědom zdravotního rizika*

Podle počtu kladných odpovědí byl určen stupeň rizikového chování.

4.2. Rozhodovací stromy

Pro zjištění cílových skupin, do kterých by měla směřovat zdravotní intervence, byla použita metoda rozhodovacích stromů. Algoritmy rozhodovacích stromů jsou založeny na tom, že množinu analyzovaných případů postupně hierarchicky rozkládají na homogenní podmnožiny. V každém kroku rozkladu přitom hledají vysvětlující proměnnou (prediktor), která rozdělí soubor uvnitř na co nejhomogennější podskupiny, které jsou mezi sebou co nejheterogennější.

4.3. Použitý software

Pro vkládání dat byl použit program Epilinfo v.6.cz. Kontrola dvojího vkládání byla provedena opět programem Epilinfo - Validate. Pro převod dat do statistického systému Stata v. SE 8 (z prostředků projektu byl zakoupen upgrade v. 7) byl použit program Stat/Transfer. Geografické informace byly zpracovány programem ArcView v.3.2. Pro analýzu metodou rozhodovacích stromů byl použit software firmy SPSS AnswerTree v.3. A dále byly použity programy z balíku MS Office.

5 Výsledky

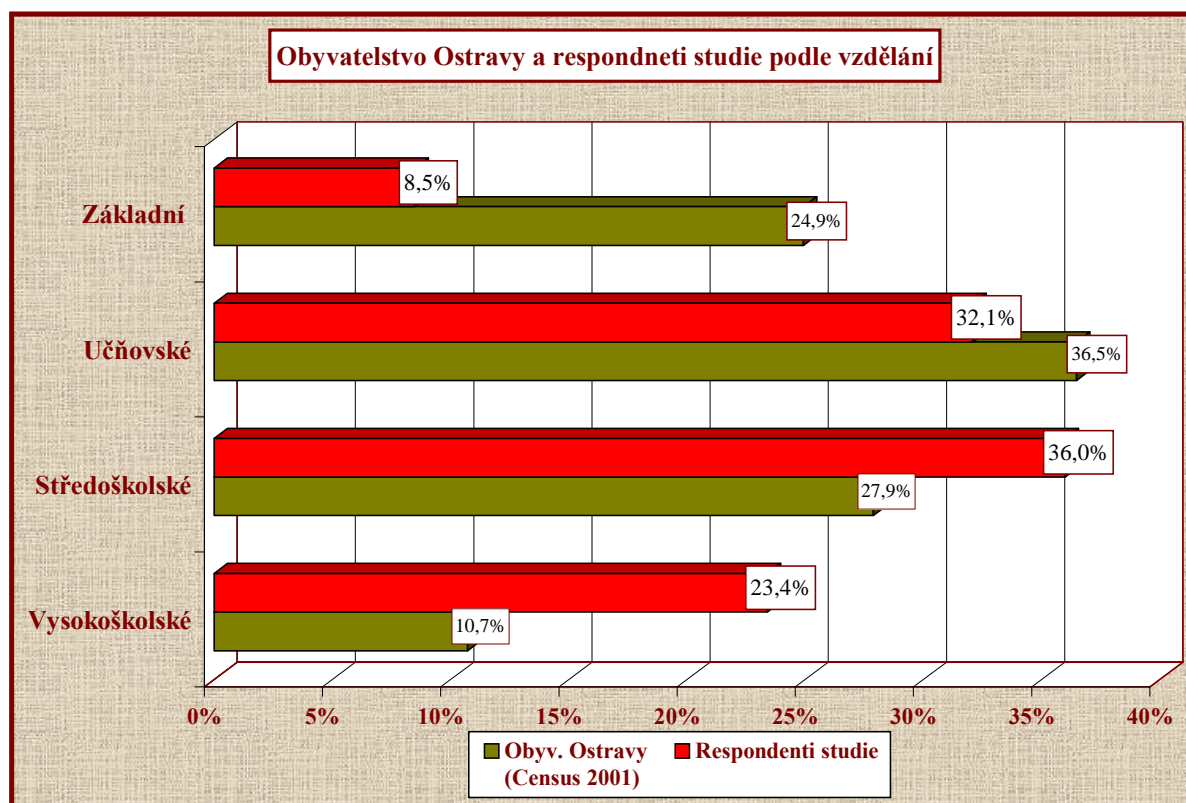
Dotazníkového šetření se zúčastnilo 575 respondentů, celková návratnost 57,5 %. Dotazník byl koncipován do 5 částí; část A zjišťovala všeobecná fakta o dotazovaných osobách, část B se týkala zaměstnání, část C způsobu života, část D zdravotního stavu a otázky části E umožnily charakterizovat respondentovu osobnost.

5.1. Část A - Všeobecné otázky

V části A dotazované osoby odpověděly na všeobecné otázky, které byly zaměřeny na zjištění pohlaví, věku, vzdělání, sociálního postavení a rodinného stavu. Další otázky části A se týkaly výše průměrného čistého ročního příjmu na jednoho člena domácnosti, subjektivního hodnocení ekonomické situace rodiny a trendu jejího vývoje, spokojenosti s ekonomickou situací, počtu osob žijících v domácnosti, počtu nezaopatřených dětí a počtu obytných místností.

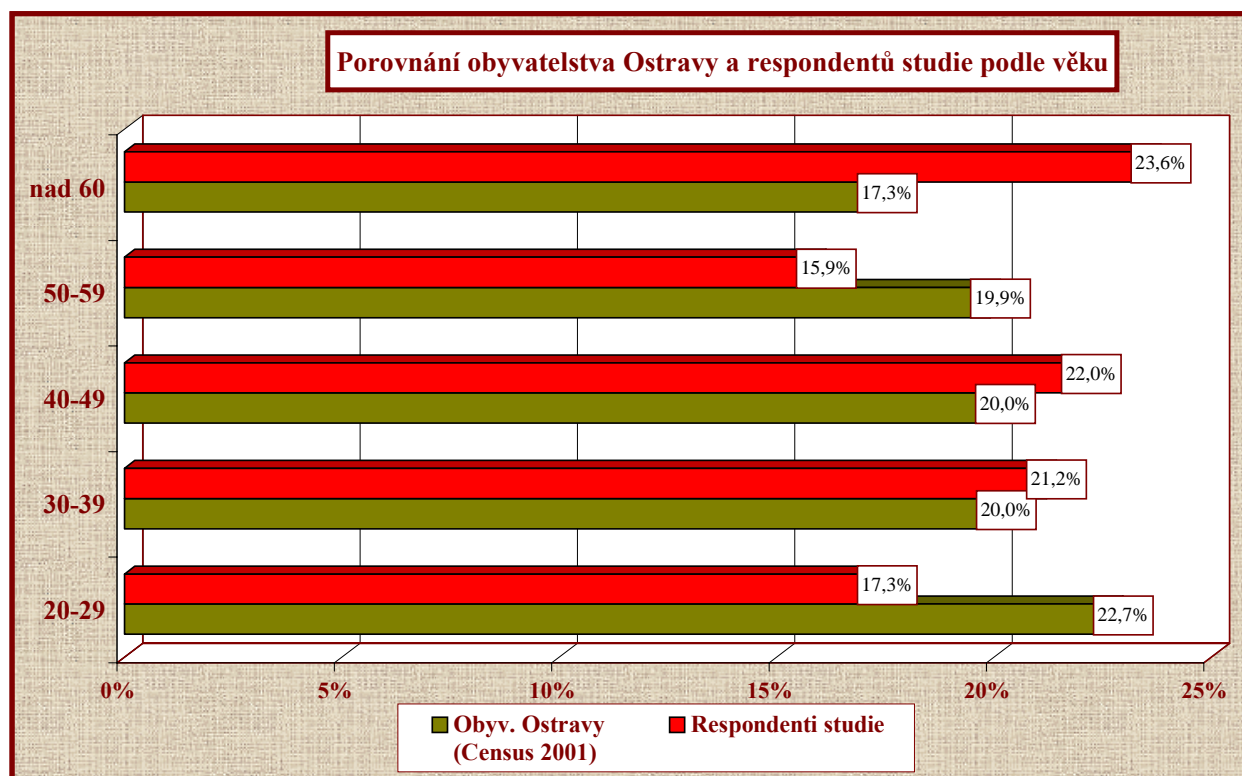
Dotazníkového šetření se zúčastnilo 64,5% žen a 35,5% mužů. Vzdělanostní struktura respondentů nekorespondovala se vzdělanostními charakteristikami obyvatelstva města (Census 2001) - absolutně a relativně nejnižší míra návratnosti ve skupinách se základním vzděláním vedla k nízkému zastoupení této vzdělanostní skupiny; relativně nejvyšší zájem o studii byl zaznamenán u respondentů s vysokoškolským vzděláním (viz následující graf).

Z dotazovaných osob byla nejpočetnější skupina respondentů se středoškolským vzděláním

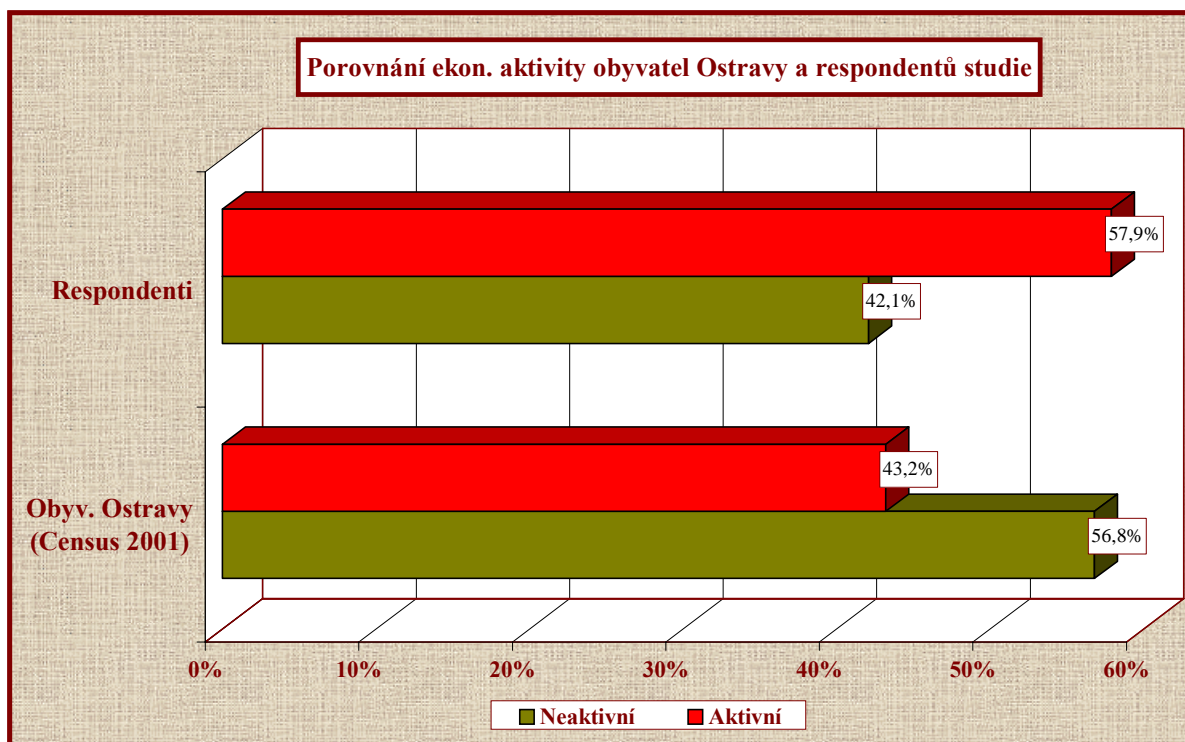


(36%), 32,1% mělo učňovské, 23,4% vyšší odborné nebo vysokoškolské a 8,5% dotazovaných mělo základní vzdělání.

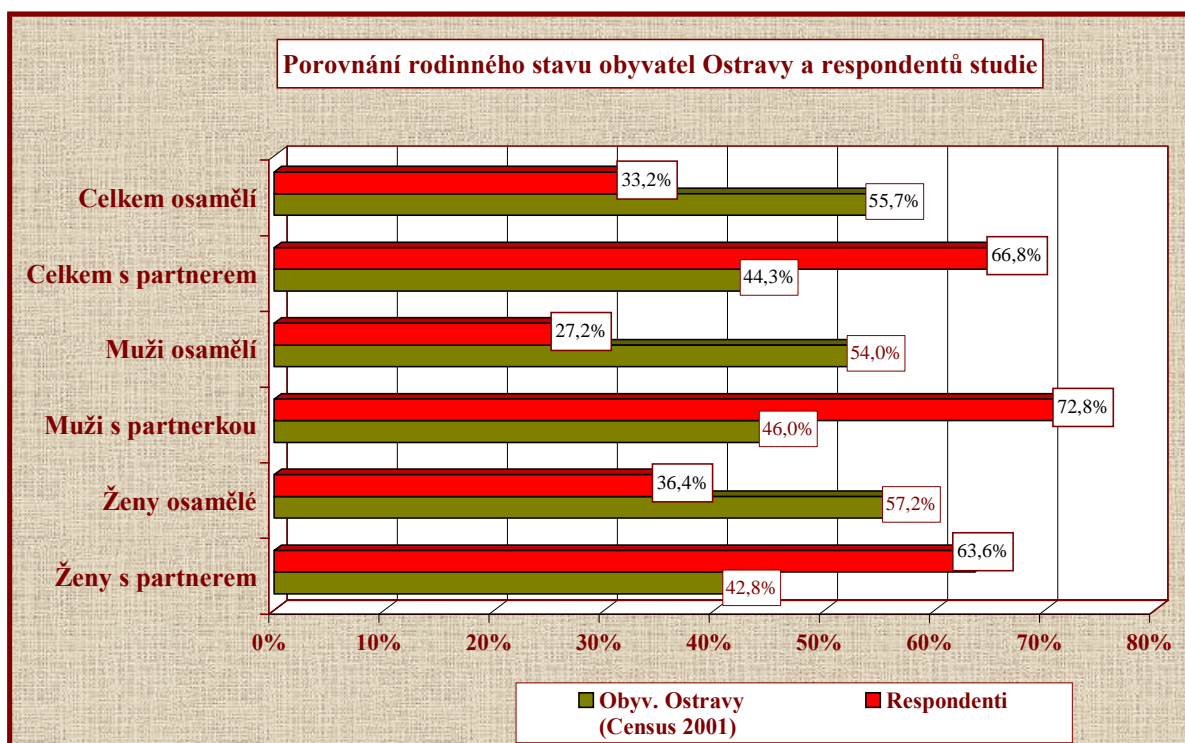
Z porovnání věkové struktury souboru a obyvatel Ostravy je zřejmé, že vyšší zájem o zapojení do studie byl ve skupině čtyřicátníků a lidí nad 60 let věku. Zdálnivě nízké zastoupení lidí dvacetiletých je způsobeno rozdílem v určení věkové skupiny - data Censu zahrnují desetiletou kategorii, zatímco naše šetření skupinu 25-29 let (viz graf).



Téměř polovina (46,4%) dotazovaných uvedla, že je v zaměstnaneckém poměru, 23,6% respondentů bylo v důchodu, 11,5% osob podnikalo. Další sociální skupiny (studenti, ženy v domácnosti, ženy na mateřské dovolené, invalidní důchodci) nebyly mezi respondenty čteně zastoupeny. V evidenci úřadu práce bylo v době vyplňování dotazníků 5,9% respondentů. Z odpovědí na otázku o ekonomické aktivitě také vyplynulo, že 57,9% dotázaných je ekonomicky aktivních a 42,1% ekonomicky neaktivních - graf na následující stránce nabízí porovnání sledovaného souboru a obyvatelstva Ostravy podle údajů ze Sčítání lidu v roce 2001.



Téměř 70% respondentů žilo s partnerem (z toho 61,4% žilo v manželství, 5,4% žilo v nesezdaném soužití). Rozvedeno bylo 12,4% dotazovaných a svobodných 11,2% respondentů. Signifikantní rozdíly byly nalezeny v rodinném stavu podle pohlaví, osaměle žije významně více žen. Porovnáním souboru s obyvatelstvem Ostravy bylo zjištěno, že větší zájem o zapojení do studie byl u osob žijících v partnerském svazku (viz graf).



Průměrné čisté roční příjmy na jednoho člena domácnosti se u 42,7% respondentů pohybují v rozmezí 42.000-85.000 Kč, ve 32,6% případů mezi 85.000-150.000 Kč a finanční částku menší než 42.000 Kč na člena domácnosti pobírá 18,8% respondentů; 70,6% dotázaných hodnotí svou ekonomickou situaci jako průměrnou a 18,9% respondentů jako podprůměrnou. Celých 43% cítí spíše nespokojenost se svou ekonomickou situací, velmi nespokojeno se cítí 7,1% respondentů a 45,6% dotazovaných je spíše spokojeno. U 42,4% respondentů se ekonomická situace nezměnila v porovnání se stavem před 5 lety, ale 34,2% vnímalo zhoršující se trend svého životního standardu. Statisticky významné rozdíly byly zjištěny mezi příjmy mužů a žen (více žen bylo v nejnižší příjmové kategorii a mužů v nejvyšší).

Průměrně žijí respondenti ve 3-členné domácnosti; bez nezaopatřených dětí je 45,6% domácností, ve 41,9% domácností žijí 1-2 nezaopatřené děti a pouze 5% respondentů žije se 3 a více nezaopatřenými dětmi. Respondenti a jejich rodinní příslušníci průměrně obývají 3,9 místností včetně kuchyně, na 1 člena domácnosti připadá průměrně 1,5 místností (včetně kuchyně).

5.2. Část B - Zaměstnání

Respondenti naší studie byli zaměstnání v širokém spektru profesí, nejvíce však ve službách a těžkém průmyslu. Téměř 60% respondentů nebylo nikdy v evidenci úřadu práce. Z lidí evidovaných na úřadu práce bylo 31,9% registrováno méně než 3 měsíce, dalších 27,9% respondentů strávilo v registraci úřadu práce 3-6 měsíců, 20,1% období 6 měsíců až 1 rok a u necelé čtvrtiny přesahovala evidence v registru nezaměstnaných jeden rok.

Naši respondenti v průměru změnili své zaměstnání během posledních pěti let nejméně jednou. Svou současnou práci charakterizuje 57% dotázaných jako různorodou, 25,9% jako stereotypní a 17,1% jako práci tvůrčí. Přibližně 35% respondentů hodnotí svou práci jako středně náročnou duševní práci, ve 21,9% se dotazovaní věnovali středně těžké manuální práci. Nejdůležitější motivací pro výkon zaměstnání je výdělek a uspokojení z práce. Respondenti věnují své hlavní pracovní činnosti v průměru 40,3 hodin týdně.

Vedlejší zaměstnání má 11,1% respondentů - z toho pravidelně 7,6%, přičemž u více než poloviny z nich vedlejší zaměstnání není stejného zaměření jako hlavní činnost. Vedlejšímu zaměstnání se dotazovaní věnují v průměru 10,4 hodin týdně.

5.3. Část C - Životní styl

Dotazovaní respondenti mají pro sebe v průměru 15,5 hodin volného času. Nejčastějšími volnočasovými aktivitami jsou sledování TV a četba (pro téměř polovinu respondentů), sport

a turistika (přibližně pro třetinu respondentů) a koníčky. Nejvíce respondentů neprovozuje žádnou pravidelnou tělesnou aktivitu (63,1%) - jako důvod uvedli nedostatek volného času. Zbýlých téměř 40%, kteří se těmto tělesným aktivitám věnují, si na cvičení v průměru vyčlení 5,8 hodin týdně.

Téměř polovina respondentů tráví víkendy prací v domácnosti nebo na zahradě. Mimo Ostravu tráví víkendy polovina respondentů, a to alespoň 1x měsíčně, ale téměř třetina dotazovaných neopouští o víkendech město vůbec. Svou dovolenou tráví více než polovina dotazovaných v rekreačních oblastech ČR nebo v zahraničí, 16% respondentů se o dovolené rekreuje na chatě či chalupě a přibližně čtvrtina zůstává doma.

Způsob trávení volného času, víkendů a prázdnin byl ve významném vztahu ke vzdělání - čím vyšší vzdělání, tím více aktivit (sport, turistika, výlety); zatímco respondenti s nižším vzděláním preferovali trávení víkendů doma. Aktivní způsob trávení dovolené byl také statisticky významně ovlivněn věkem a ekonomickou situací.

Závažné problémy muselo řešit v průběhu posledního roku 52,9 % respondentů. Mezi nejčastěji zmiňované problémy patřily problémy finanční - u 43,9% tázaných osob, problémy rodinné - ty musí řešit 42,8% dotazovaných a 41,7% respondentů má problémy zdravotní.

Přes 71,6% respondentů považuje čas věnovaný spánku za dostačující. Průměrná délka spánku je 7 hodin. Příčinou nedostatečného spánku je ve 41,5% nedostatek času. Druhou nejčastější příčinou jsou ve 37,1% poruchy spánku.

Polovina respondentů pila pravidelně černou kávu s kofeinem (1-2 šálky denně) a dalších 11,1% respondentů pila pravidelně 3 a více šálků kávy denně. Silný čaj (s výjimkou ovocného čaje) pije pravidelně pětina dotazovaných.

Téměř polovina respondentů (47,4%) uvedla, že pravidelně kouří nebo v minulosti kouřila. Ve studii je 57,7% kuřáků, kteří se někdy pokoušeli s kouřením přestat, ale neúspěšně. Nejčastějším důvodem k rozhodnutí přestat kouřit byly důvody zdravotní. Nejčastějšími příčinami neúspěchu byl v 74,2% nedostatek vůle a ve 21,5% kuřáci v okolí.

V průběhu dne se pravidelně stravuje 67,3% dotázaných osob, nejméně jedno z jídel denně je teplé. Nejčastěji uváděnou příčinou nepravidelného stravování respondentů je nedostatek času ve 44,2%, třetina osob jí pouze tehdy, když má hlad a 20,3% je zvyklých na nepravidelnou stravu. Přes 15% respondentů se domnívá, že složení jejich stravy zcela odpovídá zdravé výživě, 41,6% dotázaných je přesvědčeno, že složení jejich stravy spíše odpovídá zásadám zdravé výživy.

Naše studie se zabývala i otázkou kolik procent z rodinného rozpočtu či příjmu spotřebují respondenti a členové jejich domácnosti na jídlo. Pouze 15,9% respondentů utratí za jídlo

méně než 30% jejich příjmů, 39,9% dotazovaných utratí za jídlo 30-40% příjmů. Nad 50% svého rodinného rozpočtu za jídlo utratí 23,6% dotazovaných. Za zcela uspokojivou nebo uspokojivou svou stravovací situaci považuje 69,6% respondentů.

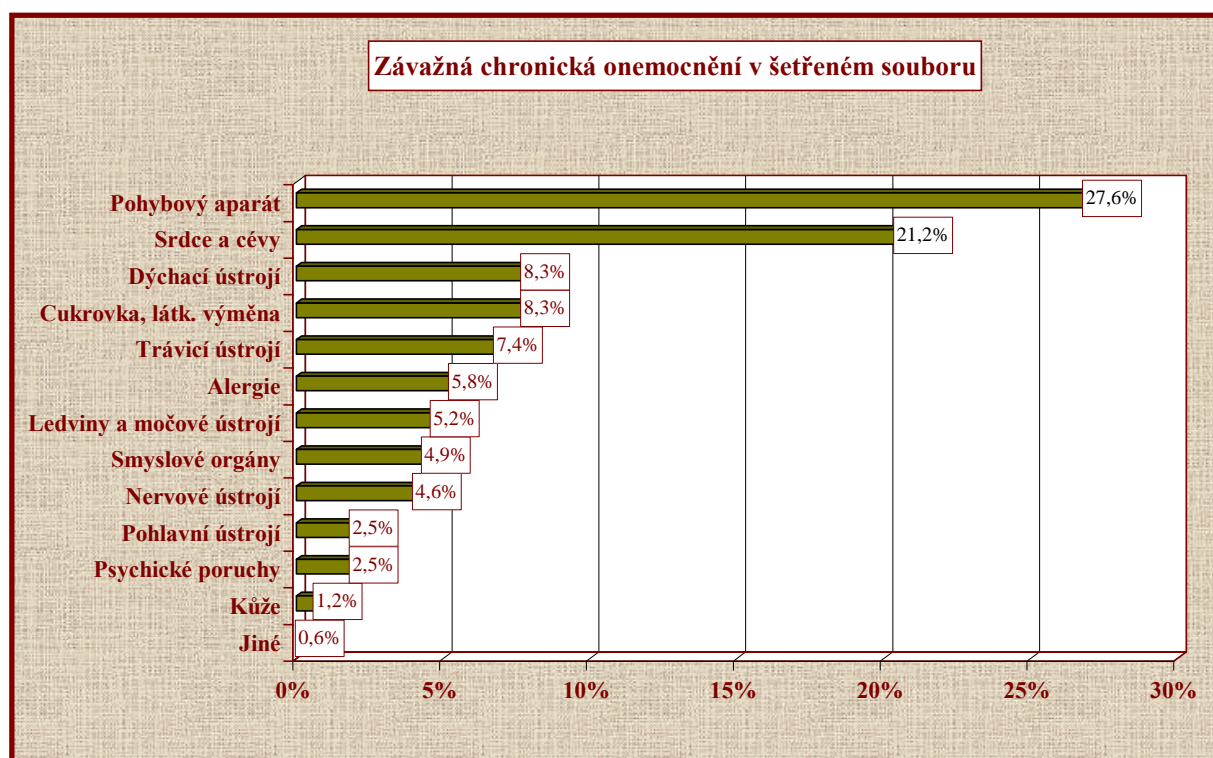
Téměř 30% dotazovaných nekonzumuje vůbec alkoholické nápoje. Z konzumentů preferuje 40,5% víno, 30,1% dává přednost pivu, 6,2% dotazovaných konzumuje destiláty a ostatní nečiní rozdíl.

5.4. Část D - Zdravotní stav

Otázky v části D byly zaměřeny na zjištění subjektivního hodnocení zdravotního stavu respondentů a jejich aktivního přístupu ke zdraví a zdravotním preventivním opatřením. Informace o zdravotním stavu respondentů byly analyzovány ve vztahu k základním socioekonomickým faktorům - pohlaví, věk, vzdělání, ekonomická aktivita, rodinný stav, ekonomická situace rodiny a podmínky bydlení.

Subjektivně se respondenti v 81,2% cítí dobře. Subjektivní hodnocení zdravotního stavu pozitivně korelovalo se vzděláním - čím vyšší vzdělání, tím lepší hodnocení zdravotního stavu ($p < 0,001$), se subjektivním hodnocením ekonomické situace rodiny ($p < 0,001$) a ekonomickou aktivitou ($p < 0,001$). Subjektivní zdraví bylo v negativní asociaci k věku - čím byli lidé starší, tím hůře hodnotili svoje zdraví ($p < 0,001$). Muži hodnotili své subjektivní zdraví významně lépe než ženy ($p < 0,05$). Subjektivní hodnocení zdraví se významně nelišilo podle rodinného stavu.

Závažné chronické onemocnění trápí 41,3% respondentů, nejvíce onemocnění pohybového aparátu, KVS a onemocnění dýchacího systému - podrobný přehled nabízí následující graf.



Přítomnost jednoho nebo více závažných chronických onemocnění udávaných respondenty je signifikantně vyšší u žen ($p < 0,05$) a prevalence se zvyšovala s věkem ($p < 0,001$). Výskyt vážných chronických onemocnění se snižoval s rostoucím stupněm vzdělání ($p < 0,001$) a se zlepšující se ekonomickou situací rodiny ($p < 0,001$). Počet zmiňovaných dlouhodobých onemocnění byl významně nižší v kategorii ekonomicky aktivních lidí ($p < 0,001$). Významné rozdíly se nepotvrdily mezi skupinami podle rodinného stavu.

V případě výskytu zdravotních problémů - většina osob vyhledá lékařské ošetření (70,2%), 20,2% osob se léčí samo. Při onemocněních z nachlazení spojených s teplotami téměř polovina respondentů užije léky prodávané bez předpisu a léčí se sami po práci; 37,5% dotazovaných navštíví lékaře a čerpá nemocenskou. V případě, že lékař nařídí nemocenskou, čerpá ji 56,4% respondentů; necelých 40% nemocenskou čerpá dle okolností. Mezi příčiny odmítní nemocenské patří v 39,4% povinnosti v hlavní pracovní činnosti a ve 21,8% finanční ztráta, která by vznikla čerpáním dovolené. Respondenti na nemocenské strávili v průměru 15,7 dnů ročně.

Pravidelné preventivní lékařské prohlídky u svého praktického a závodního lékaře absolvuje 60% dotázaných, tři čtvrtiny pravidelně preventivně navštěvují zubního lékaře a ke gynekologovi pravidelně preventivně dochází 71,8% žen. Účast na pravidelných preventivních prohlídkách se významně neliší mezi skupinami s rozdílným SES. S lékařskou péčí je spokojeno 81,8% respondentů.

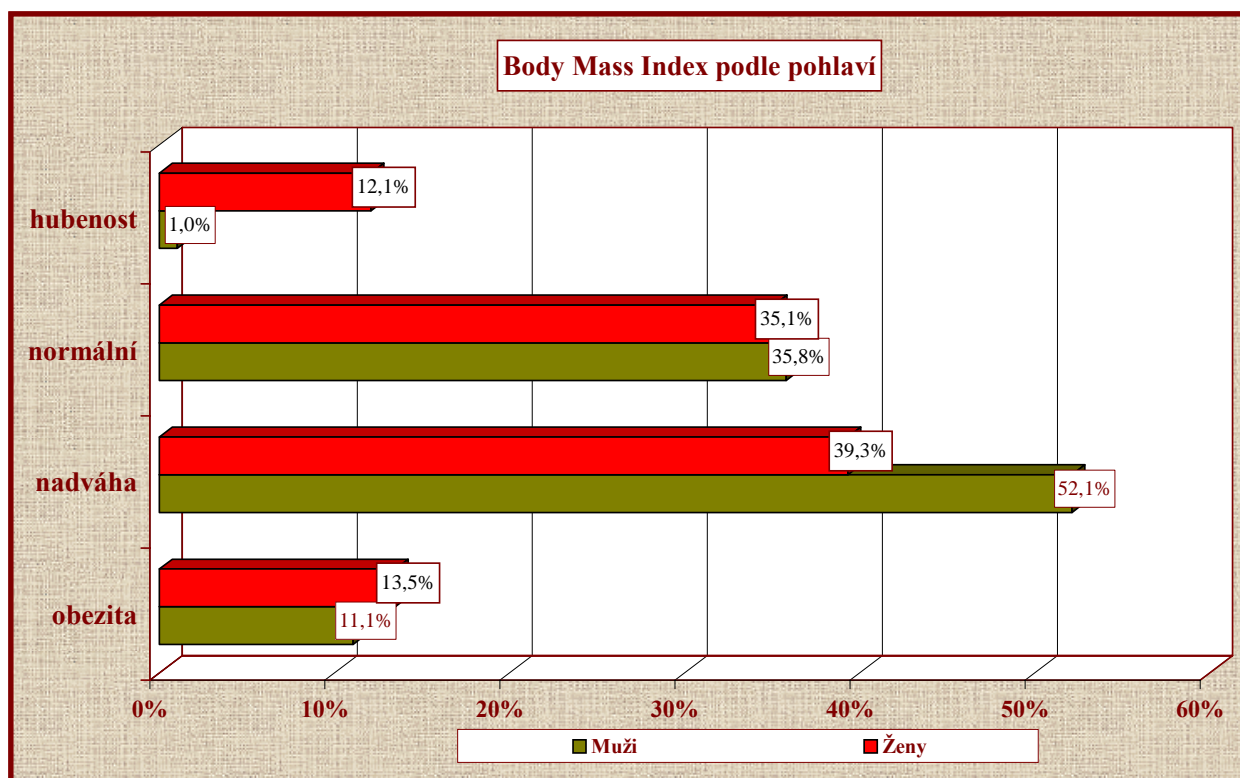
Třetina dotazovaných uvedla, že utrpěla úraz, jehož léčení si vyžádalo déle než tři týdny, nejčastější příčinou je pád (20%) nebo pracovní úraz (20%) a rekreační sportování 18,3%.

5.4.1. Body Mass Index (BMI) a kontrola vlastního limitu hmotnosti

BMI byl kalkulován podle standardního vzorce z udaných hodnot výšky a hmotnosti jednotlivých respondentů. Průměrné hodnoty BMI u mužů byly 26,3 u žen 24,9 (počet mužů 190, žen 356). Z následujícího grafu je patrné významně vyšší zastoupení mužů v kategorii s nadváhou (BMI 25-30) a významně nižší v kategorii s podprůměrnou hmotností (BMI pod 20).

Byla nalezena významná asociace mezi BMI a věkem - hodnoty BMI rostou s přibývajícím věkem ($p < 0,001$), zdravotním stavem - u nemocných vyšší BMI ($p < 0,001$), vzděláním - se stoupajícím vzděláním BMI klesá ($p < 0,001$) a rodinným stavem - osoby žijící v partnerském svazku mají vyšší hodnoty BMI ($p < 0,01$). Lidé ekonomicky neaktivní mají významně vyšší hodnoty BMI ($p < 0,01$).

Výsledky hodnocení vztahu mezi hodnotami BMI a subjektivním hodnocením ekonomické situace ukázaly, že u respondentů hodnotících svou ekonomickou situaci jako podprůměrnou a průměrnou bylo rozložení v jednotlivých kategoriích podobné.



Další série otázek se věnovala únavě, podrážděnosti a jejím příčinám. Vnímání únavy či podrážděnosti je mezi respondenty různé; téměř pětina pociťuje únavu téměř denně, okolo 23% dotazovaných pociťuje únavu asi 1x týdně, 31,1% respondentů asi 1x za měsíc. Nikdy či téměř nikdy se necítí být unaveno 6,6% dotazovaných osob. Svou podrážděnost, únavu přičítají v 38,3% přílišné pracovní zátěži, ve 29,6% zdravotním problémům a ve 28% pocitu nedostatku volného času.

Svou fyzickou kondici považuje více než polovina respondentů za průměrnou. Téměř 60% dotázaných se zabývá udržením limitu své hmotnosti. Jako hlavní příčinu respondenti uvedli estetické důvody. Redukční dietu v době šetření drželo 4,9% respondentů.

5.4.2. Užívání léků

Téměř polovina všech respondentů (45,1%) pravidelně užívá léky na předpis, významně více ženy ($p < 0,01$); osoby ve vyšším věku a ekonomicky neaktivní lidé ($p < 0,001$). U žen pravidelné užívání léků na předpis klesá s rostoucím vzděláním ($p < 0,001$), u mužů byl tento vztah nevýznamný. Faktor rodinného stavu nebyl signifikantní. Více než pětina osob (22,5%) neudala přítomnost chronického onemocnění, ale pravidelně užívá léky na předpis, naproti tomu 26,2% respondentů udalo přítomnost závažného chronického onemocnění, ale neužívá pravidelně léky na předpis. Pravidelně bez předpisu užívá léky proti bolesti 14,3% respondentů, léky na uklidnění 3,8% osob a 2,1% lidí v šetřeném souboru udalo pravidelné užívání léků na spaní. Užívání léků bez předpisu se významně neliší mezi pohlavími.

5.4.3. Zájem o informace týkající se zdraví

Více než 60% osob v souboru se zabývá sledováním informací o prospěšnosti nebo škodlivosti některých pokrmů - více ženy ($p < 0,001$), nemocní lidé ($p < 0,01$) a ekonomicky neaktivní respondenti ($p < 0,01$); zájem stoupá s přibývajícím věkem ($p < 0,05$). Vliv vzdělání, rodinného stavu a ekonomické situace rodiny nebyl významný. Tyto informace nejčastěji pocházejí ze sdělovacích prostředků. V případě, že se respondent dozví informaci o zdravotním riziku potravin, omezí její konzumaci (81%). Vegetariánů bylo v souboru 3,2%.

Informacemi zabývajícími se možnostmi zlepšení zdravotního stavu se zabývá 69,3% respondentů; tyto informace jsou opět většinou čerpány ze sdělovacích prostředků. Významně více žen (74,5%) než mužů (59,9%) se zajímalo o informace týkající se zlepšení zdravotního stavu ($p < 0,001$). O tyto informace se také více zajímaly osoby nemocné ($p < 0,01$), ale vliv vzdělání, ekonomické aktivity a rodinného stavu se významně neprojevil.

Dle názoru respondentů má na zdravotní stav populace vliv především životní styl, stav životního prostředí a výživa.

5.5. Část E - Osobnost respondenta

U respondentů převažuje pocit celkové spokojenosti, a to v téměř 79,2%. Na první příčku pomyslného žebříčku hodnot respondenti řadí zdraví (96,7%), následuje vztah k dětem (71,8%), vztah k partnerovi (66,3%) a peníze (52%). O politiku se nezajímá téměř polovina respondentů (48,4%). K náboženskému vyznání se hlásí necelých 30% respondentů. Přibližně 38% respondentů je přesvědčeno, že každý má svůj osud ve svých rukou.

Časté kontakty s přáteli udržuje 76,4% respondentů. Čtvrtina respondentů vnímá některé vztahy ve svém okolí jako problémové. Jedná se zejména o vztahy v rodině, v místě bydliště, na pracovišti a v partnerském soužití.

6 Určení cílových skupin pro zdravotní intervenci metodou rozhodovacích stromů

Pro zjištění cílových skupin, do kterých by měla směřovat zdravotní intervence byla použita metoda rozhodovacích stromů. V analýze jsme se soustředili na určení skupin s rozdílným zdravotním stavem, rizikovým chováním a pasivním životním stylem, které jsou determinovány socioekonomickými rozdíly.

Algoritmy rozhodovacích stromů jsou založeny na tom, že množinu analyzovaných případů postupně hierarchicky rozkládají na homogenní podmnožiny. V každém kroku rozkladu přitom hledají vysvětlující proměnnou, která rozdělí soubor na uvnitř co nejhomogennější podskupiny, které jsou mezi sebou co nejheterogennější.

Výsledná struktura připomíná strom s kořenem (výchozí uzel, znázorňující celý soubor), větvemi a listy (koncové uzly, reprezentující nejmenší podmnožiny).

Výhodou rozhodovacích stromů je pružnost modelu, snadné vytváření i snadná pochopitelnost výsledků, možnost zpracovat velmi různorodé typy dat a je možné kombinovat tuto metodu s tradičními modely.

Rozhodovací stromy mají, ale také své omezení - neposkytují obecný vzorec ani statistický test celkové signifikance, někdy může být řešení „rozdrobené“ do malých podmnožin, u velkých stromů navíc hrozí, že celek je příliš rozsáhlý a špatně pochopitelný a dále zde existuje možnost přecenění kvality modelu.

Rozhodovací stromy je možné použít v různých oblastech např. marketing a prodej (např. zacílení kampaně), bankovníctví (např. hodnocení žádostí o úvěr), kontrola kvality výrobků (např. zjišťování příčin poruch) a také v oblasti epidemiologie.

Program Answer Tree obsahuje čtyři různé algoritmy rozhodovacích stromů. Pro analýzu v našem šetření byla použita metoda CHAID (Chi-squared Automatic Interaction Detector) - rychlý statistický víceúrovňový stromový algoritmus pro účinné zkoumání interakčních vztahů v datech. Tato metoda umožňuje pracovat s daty - kategoriálními, ordinálními i kontinuálními. V případě kategoriálních dat je použit Pearson chi-squared test, v případě ordinálních dat likelihood-ratio test a v případě kontinuálních dat F test. Tato metoda není binární, tzn. že umožňuje vytváření dvou a více kategorií na každé úrovni stromu.

Závislé i vysvětlující proměnné byly kategorizovány kromě věku. Výsledkem této metody je rozhodovací strom, ve kterém jsou zařazeny jednotlivé vysvětlující proměnné podle své statistické významnosti v modelu. Dále je uvedena misklasifikační matice a odhad procenta chybně klasifikovaných případů.

6.1. Výsledky

6.1.1. Zdravotní stav ve vztahu k SES

Procento chybně zařazených případů 24,8%.

Zdravotní stav je nejvíce ovlivněn věkem. Rozhodovacím stromem byly určeny tři věkové skupiny podle rozdílů zdravotního stavu - lidé do 49 let věku, skupina 49-54 let a lidé nad 54 let věku.

Ve věkové skupině 49-54 let není specifikován žádný významný faktor SES nebo životního stylu, který by zdravotní stav ovlivňoval.

Nejvyšší proporce nemocných je ve věkové skupině nad 54 let. Významně více nemocných je v této věkové kategorii ve skupině osob, která sice nevykazuje známky zdravotně rizikového chování, ale celkový životní styl těchto osob je pasivní (viz obrázek na následující straně).

Ve skupině osob do 49 let byl zdravotní stav horší u osob se základním a učňovským vzděláním a v této kategorii s nízkým vzděláním byl významně horší zdravotní stav obzvláště u osob s podprůměrnou ekonomickou situací rodiny.

Zdravotní stav ve vztahu k SES

Použitá metoda: CHAID

Model

Závislá proměnná: Zdravotní stav

(0 - zdraví n=323, 1 - nemocní s i bez potíží n=230, . chybějící údaj n=22)

Prediktory:

Pohlaví (1 - muž, 2 - žena)

Věk (reálná hodnota v letech, 7 chybějících údajů)

Vzdělání (1 - ZŠ, 2 - UŠ, 3 - SŠ, 5 - VŠ)

Zaměstnání (1 - aktivní os., 2 - neaktivní os.(důchodce, MD,...))

Rodinný stav (1 - s jinou os., 2 - sám)

Ekonomická situace (1 - podprůměrná, 2 - průměrná, 3 nadprůměrná)

Bydlení - počet osob na jednu místnost

Aktivita (1 - ano, 0 - ne)

Rizikové chování (1 - ano, 0 - ne)

Misclassification

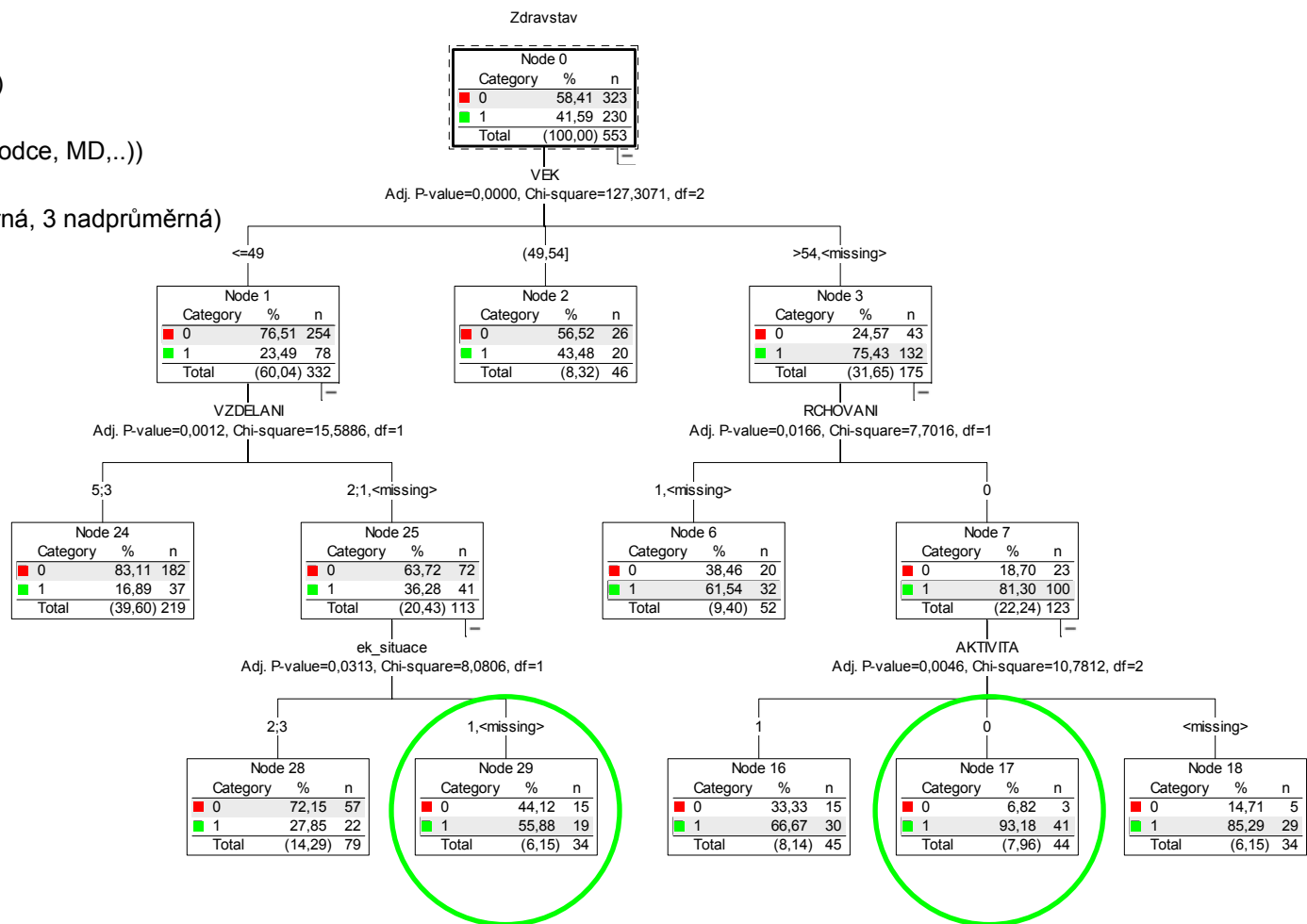
Matrix

		Actual Category		
		0	1	Total
Predicted	0	265	79	344
	1	58	151	209
Total		323	230	553

Risk Statistics

Risk Estimate SE
of Risk
Estimate

0,24774
0,018358



6.1.2. Rizikové chování ve vztahu k socioekonomickému statusu

Procento chybně zařazených případů 32,1%.

Třetina zkoumaného souboru (32,1%) praktikuje činnosti zdravotně rizikové. Rizikové chování je v negativní korelaci s věkem, tzn. že s přibývajícím věkem ubývá rizikového chování. Věková rozhraní pro rozdíly rizikového chování jsou v kategorii do 40 let, pak se rizikové chování snižuje ve skupině osob 40-58 let a nejnižší rizikové chování vykazují lidé nad 58 let (viz obrázek na následující straně).

Rizikové chování ve vztahu k SES

Použitá metoda: CHAID

Model

Závislá proměnná: Rizikové chování

(0 = nerizikové ch. n=266, 1 = výrazně r. ch. n=126, . nezařazeno n=183)

Prediktory:

Pohlaví (1 - muž, 2 - žena)

Věk (reálná hodnota v letech, 7 chybějících údajů)

Vzdělání (1 - ZŠ, 2 - UŠ, 3 - SŠ, 5 - VŠ)

Zaměstnání (1 - aktivní os., 2 - neaktivní os.(důchodce, MD,...))

Rodinný stav (1 - s jinou os., 2 - sám)

Ekonomická situace (1 - podprůměrná, 2 - průměrná, 3 nadprůměrná)

Bydlení - počet osob na jednu místnost

Misclassification Matrix

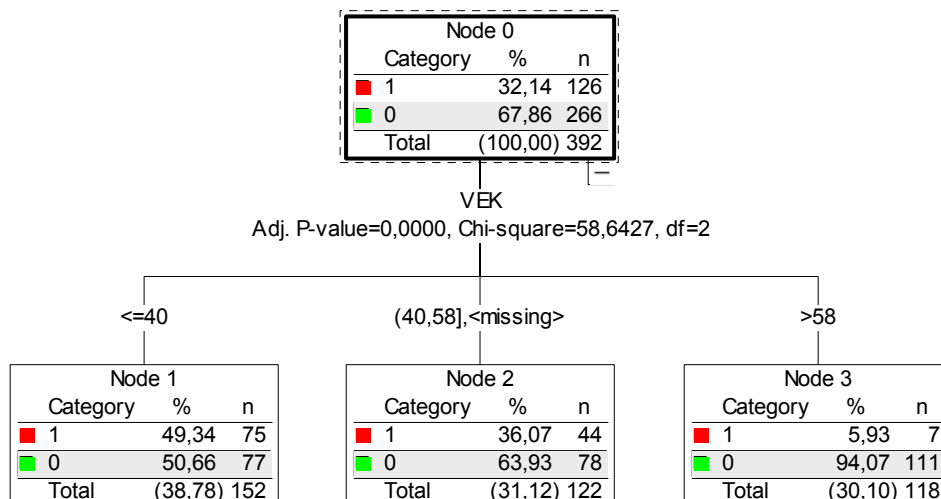
		Actual Category		
		1	0	Total
Predicted Category	1	0	0	0
	0	126	266	392
Total		126	266	392

Risk Statistics

Risk Estimate **0,321429**

SE of Risk Estimate 0,023588

RCHOVANI



6.1.3. Aktivita ve vztahu k SES

Procento chybně zařazených případů 22,1%.

Všestranně aktivní způsob života byl zjištěn u 74,6% respondentů a byl ve významném vztahu s věkem. Ve věkové skupině do 35 let bylo aktivních 94,3% respondentů, jejich počet postupně s věkem klesal - 79,8% respondentů s aktivním způsobem života ve věkové skupině 35-48 let, další snížení aktivity na 61,3% respondentů v kategorii 48-66 let, až k převaze pasivního způsobu života ve věkové skupině nad 66 let.

Největší rozdíl vlivem vzdělání byl v životních aktivitách zaznamenán ve věkové skupině 48-66 let, v níž aktivní životní styl byl zjištěn u 75% osob se středo- a vysokoškolským vzděláním, zatímco nadpoloviční část lidí s nižším vzděláním (55,7%) se vyznačovala pasivním životním stylem - viz graf na následující stránce.

Aktivita ve vztahu k SES

Použitá metoda: CHAID

Model

Závislá proměnná: Aktivita

(0 = pasivní n=109, 1 = aktivní n=320, . nezařazeno n=146)

Prediktory:

Pohlaví (1 - muž, 2 - žena)

Věk (reálná hodnota v letech, 7 chybějících údajů)

Vzdělání (1 - ZŠ, 2 - UŠ, 3 - SŠ, 5 - VŠ)

Zaměstnání (1 - aktivní os., 2 - neaktivní os.(důchodce, MD,...))

Rodinný stav (1 - s jinou os., 2 - sám)

Ekonomická situace (1 - podprůměrná, 2 - průměrná, 3 nadprůměrná)

Bydlení - počet osob na jednu místnost

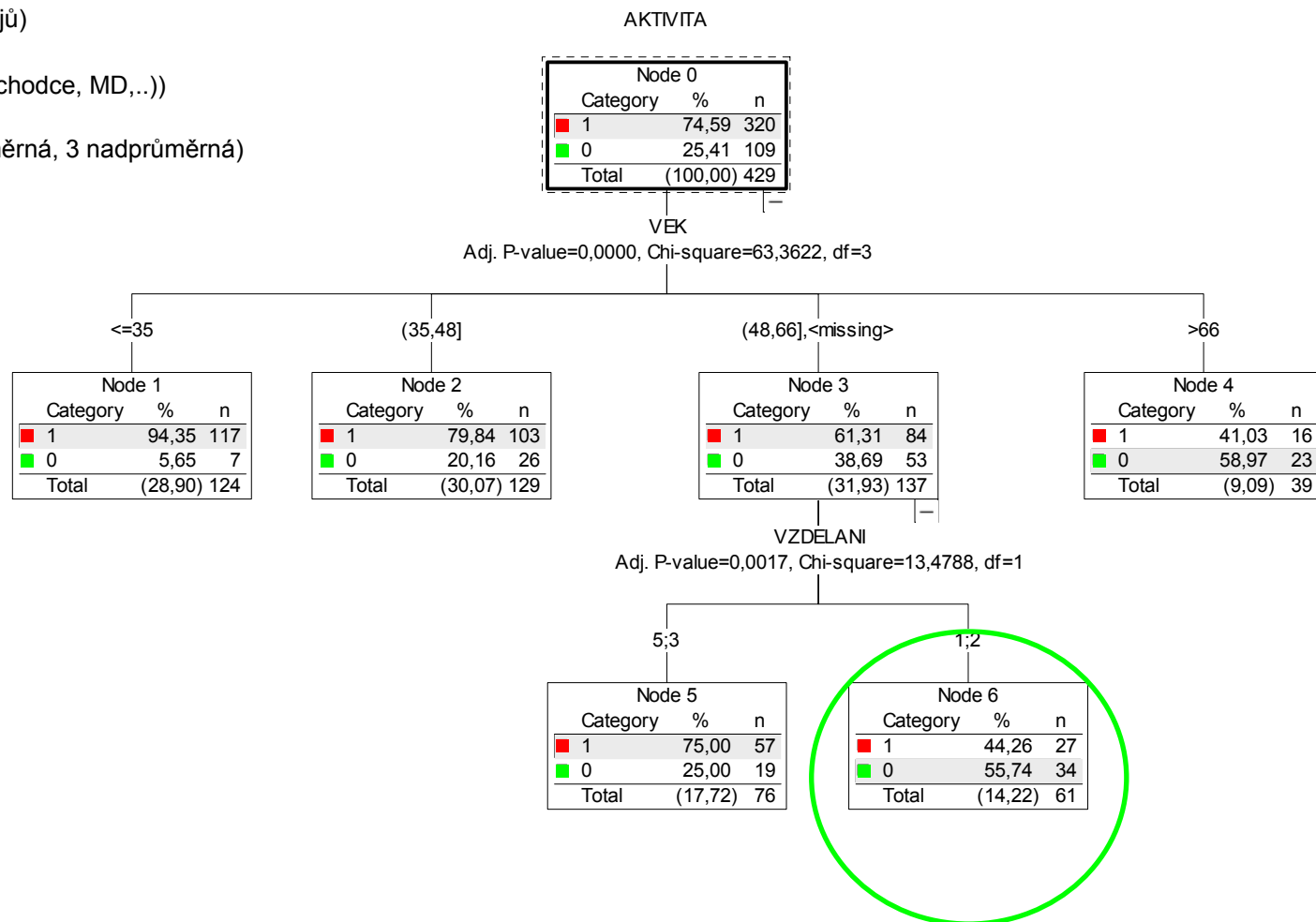
Misclassification Matrix

	Actual Category			Total
		1	0	
Predicted		1	0	329
Category		0	43	100
		277	52	329
Total		320	109	429

Risk
Statistics

Risk Estimate **0,221445**

SE of Risk Estimate 0,020047



6.2. Skupiny pro zdravotní intervenci

Jak vyplývá z výsledků kapitoly 6, metodou rozhodovacích stromů bylo vytipováno několik skupin pro směřování zdravotní intervence:

- motivovat lidi nad 54 let věku k aktivnímu životnímu stylu
- zaměřit sociální opatření na zlepšení ekonomické situace osob do 49 let s nízkým vzděláním - tyto 2 faktory příčinou rozdílů ve zdravotním stavu
- zdravotní výchovu k omezení zdravotně rizikového chování zaměřit na věkovou skupinu do 40 let - v této skupině se týká téměř poloviny osob
- zdravotní intervenci cílit k motivaci osob ve věku 48-66 let s nízkým vzděláním k aktivnímu životnímu stylu - tato skupina o polovinu méně aktivní než vzdělanější vrstevníci

7 Souhrn

Studie byla provedena průřezovým dotazníkovým šetřením náhodně vybraného vzorku dospělé populace na území města Ostravy. Kohorta zahrnovala 1.000 obyvatel Ostravy ve věku 25-70 let. Věkové rozmezí bylo omezeno dolní hranicí 25 let, která předpokládá ukončení přípravy na budoucí povolání a již vytvořené vlastní vzory chování určující životní styl. Horní věková hranice byla stanovena na 70 let. Vzhledem k tomu, že je problematické získat náhodný výběr vzorku z registru obyvatel, byl výběr proveden náhodným výběrem adres užitím GIS.

Metodou zjišťování byl obsáhlý dotazník, který mimo základních demografických údajů sledoval způsob života, pracovní a mimopracovní zátěž, nemoci a potíže respondenta, jeho životosprávu, způsob chování, jež má protektivní nebo negativní zdravotní účinky, pravidelnost preventivních lékařských prohlídek. Dotazník již byl ověřen v pilotní studii podpořené Interní grantovou agenturou Ministerstva zdravotnictví ČR.

Distribuce a sběr dotazníků byl realizován osobním kontaktem distributorů s respondenty. Respondentům, kteří nebyli ochotni vyplnit poměrně rozsáhlý dotazník, byla nabídnuta možnost vyplnění dotazníku pro non-respondenty.

Kvalita dat z dotazníkového šetření byla zajištěna dvojitým vkládáním a následným čištěním dat. Následovala agregace kategorií odpovědí v případě malých četností, přes analýzu vztahu mezi dvěma proměnnými χ^2 -testem, až k vytvoření nových proměnných, které byly použity v modelech. Pro další analýzu a konstrukci modelů byly vytvořeny nové proměnné, které byly sestaveny na základě odpovědí na vybrané otázky. Takto byly vytvořeny proměnné pro zdravotní stav, rizikové chování a aktivní životní styl. Pro zjištění cílových skupin, jimž by měla být určena zdravotní intervence, byla použita metoda rozhodovacích stromů.

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 575 respondentů, celková návratnost 57,5 %. Z dotazovaných osob byla nejpočetnější skupina respondentů se středoškolským vzděláním, nejnižší zastoupení ve studii měly osoby se základním vzděláním. Vyšší zájem o zapojení do studie byl ve skupině čtyřicátníků a lidí nad 60 let věku. Více než polovina dotazovaných byla ekonomicky aktivních. Dvě třetiny respondentů žije v partnerském svazku. V souboru bylo významně více osamělých žen.

Dvě třetiny osob v souboru hodnotí svou ekonomickou situaci jako průměrnou, pětina jako podprůměrnou. Třetina lidí pociťuje zhoršující se trend ekonomické situace své rodiny. Statisticky významné rozdíly byly zjištěny mezi příjmy mužů a žen (více žen bylo v nejnižší příjmové kategorii a mužů v nejvyšší).

Respondenti studie byli zaměstnáni nejvíce ve službách a těžkém průmyslu. Třetina respondentů byla někdy registrována na Úřadu práce, většina z nich na období delší než 3 měsíce. Respondenti v průměru změnili své zaměstnání během posledních pěti let nejméně jednou.

Dotazovaní mají pro sebe v průměru 15,5 hodin volného času. Nejčastější volnočasové aktivity jsou pasivní - sledování TV a četba. Více než 60% respondentů neprovozuje žádnou pravidelnou tělesnou aktivitu - jako důvod uvedli nedostatek volného času. Téměř polovina respondentů tráví víkendy prací v domácnosti nebo na zahradě, třetina dotazovaných vůbec neopouští město ani o víkendech. Způsob trávení volného času, víkendů a prázdnin byl ve významném vztahu ke vzdělání - čím vyšší vzdělání, tím více aktivit.

Téměř polovina respondentů uvedla, že pravidelně kouří nebo v minulosti kouřila. V průběhu dne se pravidelně stravují dvě třetiny dotázaných osob, nejméně jedno z jídel denně je teplé. Polovina respondentů je přesvědčeno, že složení jejich stravy odpovídá zdravé výživě. Nejčastěji uváděnou příčinou nepravidelného stravování respondentů je nedostatek času.

Subjektivně se 81,2% respondentů cítí dobře. Subjektivní hodnocení zdravotního stavu pozitivně korelovalo se vzděláním - čím vyšší vzdělání, tím lepší hodnocení zdravotního stavu. Muži subjektivně hodnotili své zdraví významně lépe než ženy. Závažné chronické onemocnění trápí 41% respondentů (významně více ženy a starší lidi), nejvíce onemocnění pohybového aparátu, KVS a onemocnění dýchacího systému. Výskyt vážných chronických onemocnění se snižoval s rostoucím stupněm vzdělání a se zlepšující se ekonomickou situací rodiny.

V případě lékařem nařízené nemocenské ji čerpá zhruba polovina respondentů. Mezi příčiny odmítnutí nemocenské patří hlavně pracovní povinnosti a u pětiny respondentů finanční ztráta, která by vznikla čerpáním nemocenské. Pravidelné preventivní lékařské prohlídky u svého praktického a závodního lékaře absolvuje 60% dotázaných; jejich počet se významně neliší mezi skupinami s rozdílným SES.

Byla nalezena významná asociace mezi hmotností a věkem (s přibývajícím věkem stoupá hmotnost), zdravotním stavem (zdraví horší u osob s vyšší hmotností), vzděláním (se stoupajícím vzděláním klesá hmotnost), rodinným stavem (osoby žijící v partnerském svazku mají vyšší hmotnost) a ekonomickou aktivitou (lidé ekonomicky neaktivní mají významně vyšší hmotnost).

Za příčiny své občasné podrážděnosti a únavy považují respondenti přílišnou pracovní zátěž, zdravotní problémy a pocit nedostatku volného času.

Svou fyzickou kondici považuje více než polovina respondentů za průměrnou. Téměř 60% dotázaných se zabývá udržením limitu své hmotnosti. Jako hlavní příčinu respondenti uvedli estetické důvody.

Téměř polovina všech respondentů pravidelně užívá léky na předpis, významně více ženy a lidé starší. U žen pravidelné užívání léků na předpis klesá s rostoucím vzděláním. Více než pětina osob neudala přítomnost chronického onemocnění, ale pravidelně užívá léky na předpis.

Více než 60% osob v souboru se zabývá sledováním informací o prospěšnosti nebo škodlivosti některých pokrmů - více ženy, nemocní lidé a ekonomicky neaktivní respondenti; zájem stoupá s přibývajícím věkem. Významně více žen než mužů se zajímalo o informace týkající se zlepšení zdravotního stavu.

Dle názoru respondentů má na zdravotní stav populace vliv především životní styl, stav životního prostředí a výživa.

U respondentů převažuje pocit celkové spokojenosti. Na první příčku pomyslného žebříčku hodnot respondenti řadí zdraví. Časté kontakty s přáteli udržuje 76% respondentů.

Zdravotní stav je nejvíce ovlivněn věkem - byly určeny tři věkové skupiny podle rozdílů zdravotního stavu - lidé do 49 let věku, skupina 49-54 let a lidé nad 54 let věku.

Nejvyšší podíl nemocných je ve věkové skupině nad 54 let, významně více ve skupině osob, která sice nevykazuje známky zdravotně rizikového chování, ale celkový životní styl těchto osob je pasivní.

Ve skupině osob do 49 let byl zdravotní stav horší u osob se základním a učňovským vzděláním a v této kategorii s nízkým vzděláním byl významně horší zdravotní stav obzvláště u osob s podprůměrnou ekonomickou situací rodiny.

Chování třetiny zkoumaného souboru je zdravotně rizikové; rizikové chování je v negativní korelaci s věkem, tzn. že s přibývajícím věkem ubývá rizikového chování. Ve skupině do 40 let se rizikové chování týká téměř poloviny respondentů.

Všestranně aktivní způsob života byl zjištěn u tří čtvrtin respondentů a byl ve významném vztahu s věkem - s přibývajícím věkem se snižovaly životní aktivity až k převaze pasivního způsobu života ve věkové skupině nad 66 let.

Největší rozdíl vlivem vzdělání byl v životních aktivitách zaznamenán ve věkové skupině 48-66 let, nadpoloviční část lidí s nižším vzděláním této věkové skupiny se vyznačovala pasivním životním stylem.

Na základě výsledků projektu by cílená zdravotní intervence měla směřovat k:

- ❑ motivaci lidí nad 45 let věku k aktivnímu životnímu stylu, zvláště lidí s nízkým vzděláním
- ❑ sociálním opatřením na zlepšení ekonomické situace osob do 50 let s nízkým vzděláním
- ❑ zdravotní výchově k omezení zdravotně rizikového chování zaměřené na věkovou skupinu do 40 let - v této skupině se týká téměř poloviny osob

8 Ekonomická část

A. Celkové náklady projektu	223.357,-
Dotace MSK	150.000,-
B. z toho kapitálové	-
běžné	43.513,-
v tom mzdové	179.844,-
C. Podíl MSK na celkových nákladech	67 %

Pro čerpání účelových finančních prostředků z dotace MSK bylo zřízeno samostatné nákladové středisko 8255. Náklady Zdravotního ústavu jsou zúčtovány na nákladovém středisku oddělení monitoringu - NS 6215.

Náklady projektu sestávaly převážně z mzdových nákladů pro distributory dotazníků, na vkládání a čištění dat, statistické zpracování, interpretaci výsledků a přípravu závěrečné zprávy.

Z prostředků dotace byl zakoupen upgrade statistického software STATA v. SE 8.

9 Použité prameny a literatura

1. AnswerTree 3.0. User`s Guide. SPSS. 2001 Chicago
2. ARC/INFO verze 7.04 a ArcView verze 3.2
3. Bobák, M., Pikhart, H., Hertzman, C., Rose, R., Marmot, M.: Socioeconomic factors, perceived control and self-reported health in Russia. A cross-sectional survey. *Soc Sci Med*, 1998 Jul, 47:2, 269-79
4. Bobák, M., Škodová, Z., Pisa, Z., Poledne, R., Marmot, M.: Political changes and trends in cardiovascular risk factors in the Czech Republic, 1985-92. *J. Epidemiol Community Health*, 1997 Jun, 51:3, 272-7
5. ČSÚ - SLDB 2001 [cit. 2003-11-20].
[http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/240FB72DE8ED883EC1256DDA00390633/\\$File/Tab1.xls](http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/240FB72DE8ED883EC1256DDA00390633/$File/Tab1.xls)
6. EpilInfo v.6. cz
7. Kephart, G., Thomas, V.S., Mac Lean D.R.: Socioeconomic differences in the use of physician services in Nova Scotia. *Am J Public Health*, 1998 May, 88:5, 800-3.
8. Marmot MG. et al. Psychosocial factors and health: Contribution of psychosocial factors to socio-economic differences and health. *The Milbank Quarterly*, 1998; 76, 3:403-448.
9. Národní program obnovy a podpory zdraví v České republice. MZ ČR, Praha 1992
10. Shakoor, A.B., Kotchen J.M., Walker, W.E., Chelius, T.H., Hoffmann RG: Incorporating socio-economic and risk factor diversity into the development of an African-American community blood pressure control program. *Ethn Dis*, 1997 Aut, 7:3, 175-83
11. Schwartz, B.S., Stewart, W.F., Simon, D., Lipton, R.B.: Epidemiology of tension-type headache. *JAMA*. 1998 Feb, 279:5, 381-3
12. Stata Corp.: STATA Statistical Software: Release SE 8, College Station, Texas, STATA Corporation, 2003.
13. Van Loon, A.J., Goldbohm, R.A, Kant, I.J., Swaen D.M., Kremer A.M., van den Brandt, P.A.: Socioeconomic status and lung cancer incidence in men in The Netherlands: is there a role for occupational exposure?. *J Epidemiol Community Health*, 1997 Feb, 51:1, 24-9.
14. Wiggers, J.H., Sanson, F.R.: Duration of general practice consultations: association with patient occupational and educational status. *Soc. Sci. Med*, 1997 Apr, 44:7, 925-34.

/VLIV ŽIVOTNÍHO STYLU A SOCIOEKONOMICKÉHO POSTAVENÍ NA ZDRAVÍ OBYVATEL OSTRAVY – MS KRAJ/

Dotazníkové šetření je realizováno Zdravotním ústavem se sídlem v Ostravě. Jeho řešitelem je Mgr. Hana Šlachtová, která vysvětlí veškeré nejasnosti, jež vzniknou v průběhu distribuce dotazníků jak distributorům samotným (pevná linka: 596200447; mobilní: 605-772233), tak i osloveným respondentům – poskytnout pouze kontakt na pevnou linku.

Dotazník bude sloužit pro hodnocení přístupu obyvatel Ostravy ke zdraví a cílené zdravotní intervenci. Toto šetření je součástí sledování vztahu mezi životním stylem a zdravotním stavem populace s finanční dotací Krajského úřadu Moravskoslezského kraje. Dotazník obsahuje otázky, které se týkají základních demografických údajů, zdravotního stavu, osobních zvyklostí, režimu pracovního a volného času respondentů, přístupu k informacím o možnostech zlepšení zdravotního stavu a jejich aplikaci v každodenním životě. **Dotazníkové šetření se týká osob ve věku 25-70 let.**

Dotazníkové šetření je anonymní!!

Distributoři se zavazují čestným prohlášením, že nebudou poskytovat neoprávněným osobám jakékoliv informace o údajích uvedených v dotaznících a nebudou si vytvářet kopie sběrných seznamů, které slouží výhradně k možnosti opakovaného kontaktu s respondenty při sběru dotazníků. Tyto seznamy odevzdají řešiteli studie ihned po skončení sběru. Poté budou seznamy hromadně skartovány.

1. Výběr respondentů

Respondenti byli vybráni náhodným výběrem adres na území města Ostravy.

1.1 Vyhledání respondenta

Distributor dojde k domu podle adresy ve sběrném seznamu. Pokud se nejedná o dům obytný, postupuje směrem doleva tak dlouho, až narazí na první obytný dům.

Učiní záznam do sběrného seznamu – (kolonka 1 - obytný dům), zda byl uveden obytný dům. V případě, že na uvedené adrese je neobydlený dům, správní budova apod., vyhledá distributor nejbližší obytný dům. Do kolonky 1 distributor napíše nové ID z konce seznamu a v řádku s tímto ID zapíše ulici s číslem popisným/orientačním a pokračuje v zápisu údajů v řádku s novým ID (nový řádek na konci seznamu – v původním řádku nepokračuje).

Př. Zápis bude vypadat takto: dům byl obytný = zápis „ANO“

dům nebyl obytný = 1100 (první volné ID na konci seznamu)

Učiní záznam do kolonky 2 – typ domu a počet podlaží domu (viz kódy dále) -
a postupuje následovně:

- 1.1.1. Rodinný domek o jedné bytové jednotce /kód **RD1**/ - další pokyny v kapitole 1.2 Kontakt s respondentem
- 1.1.2. Rodinný domek o více bytových jednotkách /kód **RDx** - za „x“ dosadí počet bytových jednotek/ - pokud je na domku více zvonků, náhodně vybere jeden ze zvonků. **Pro náhodný výběr použije kartičky s čísly** – vybere čísla kore-

spondující s počtem bytů v domku /počet zvonků/ a náhodně vybere jednu kartičku. Vybrané číslo označuje byt/zvonek - zvonky se pak počítají zleva doprava, shora dolů. Pokud nikdo neotevře, udělá si poznámku **do kolonky 3 – kontakt podlaží, aby měl vodítko pro opakovaný kontakt** a opakuje návštěvu v dalším termínu. Další pokyny v kapitole 1.2 Kontakt s respondentem

- 1.1.3. Vícepatrový dům /kód Vx – za „x“ doplní počet podlaží/ - **Pro náhodný výběr použije kartičky s čísly** – vybere čísla korespondující s počtem podlaží v domě a náhodně vybere jednu kartičku. Vybrané číslo označuje podlaží; vybraným bytem je byt, který je nejbližší schodišti. Je nutno učinit **záznam do kolonky 3 – kontakt podlaží**.

1.2 Kontakt s respondentem

Distributor zazvoní na zvonek (pokud nikdo neotevře, opakuje návštěvu bytu v dalším termínu). Distributor se představí (pokud otevře dítě, požádá o přivolání dospělé osoby), prokáže se průkazem pracovníka Zdravotního ústavu (resp. pověřením u externích distributorů) a stručně vysvětlí důvod své návštěvy. Pokud má podezření, že osoba, s níž hovoří, je mladší než 25 let a starší než 70 let, zdůrazní věkovou skupinu, které se dotazníkové šetření týká.

Při kontaktu s respondentem je třeba být velmi zdvořilí, zdůraznit, že účast v dotazníkovém šetření je dobrovolná, ale apelovat, že svou účastí respondent přispěje k hospodárnějšímu vynakládání veřejných financí ve zdravotní prevenci.

Situace:

- 1.2.1 V bytě **vůbec nebydlí osoba této věkové skupiny** – distributor učiní záznam do **kolonky 4 – nevhodná osoba**.
- 1.2.2 Osoba, která splňuje věkovou podmínku, **je ochotna vyplnit dotazník** - distributor přenechá dotazník k vyplnění a domluví si termín, kdy pro vyplněný dotazník přijde. Zároveň respondenta poučí o funkci sběrných seznamů, o garanci likvidace sběrných seznamů ihned po sesbírání dotazníků a učiní záznam o kontaktované osobě **do kolonky 6 a 7 – domluvený kontakt osoba, den/hodina a do kolonky 5** poznačí typ předaného dotazníku.

zápis v kolonce 5 = „A“ (úplný dotazník).
- 1.2.3 Osoba, která splňuje věkovou podmínku, není ochotna v žádném případě vyplnit dotazník. Distributor požádá o **přivolání jiného člena domácnosti**, který splňuje věkovou podmínku a dotazník by byl ochoten vyplnit. Další postup se řídí bodem 1.2.2
- 1.2.4 **Žádná z osob v domácnosti není ochotna vyplnit dotazník**. Distributor **poprosí** o vyplnění kratičkému dotazníku pro non-respondenty. Zdůrazní důležitost této informace pro úspěch celého šetření. Několik otázek tohoto dotazníku umožní porovnat skupinu lidí zapojených do šetření a skupinu lidí neúčastnících se. Dotazník pro non-respondenty slouží k odhadu míry možného zobecnění výsledků celé studie. **Proto je velmi důležité získat alespoň tyto informace.**

Při vysvětlování je potřeba použít mírného naléhání, **které ale nesmí vést k obtěžování respondenta!!!**

Pokud je některá z osob v domácnosti ochotna vyplnit dotazník pro non-respondenty - měl by být vyplněn bez opakovaného kontaktu – tedy ihned **a do kolonky 5** poznačí typ předaného dotazníku.

Pokud respondent bude souhlasit s jeho vyplněním v pozdější době, postupuje se podle bodu 1.2.2.

zápis v kolonce 5 = „B“ (dotazník pro non-respondenty).

1.2.5 Respondenta se nepodařilo opakovaně zastihnout doma – návštěva se opakuje 3x a pak se do **kolonky 4 – nevhodná** osoba zapíše = **nezastižen**

Všem osloveným osobám (bez ohledu na výsledek) je nutno poděkovat za čas, který věnovali kontaktu s distributorem!!!

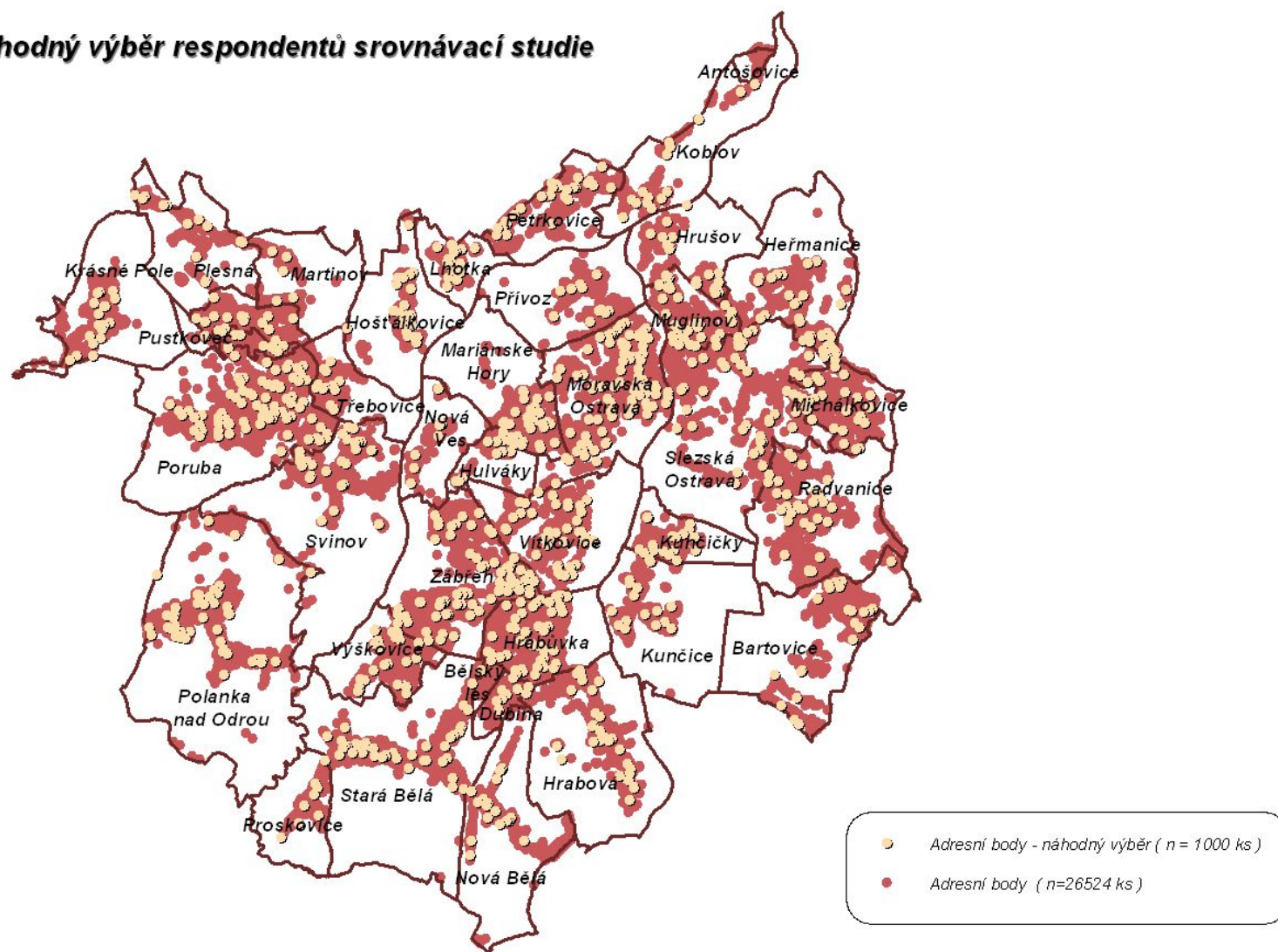
1.3 Sběr dotazníků

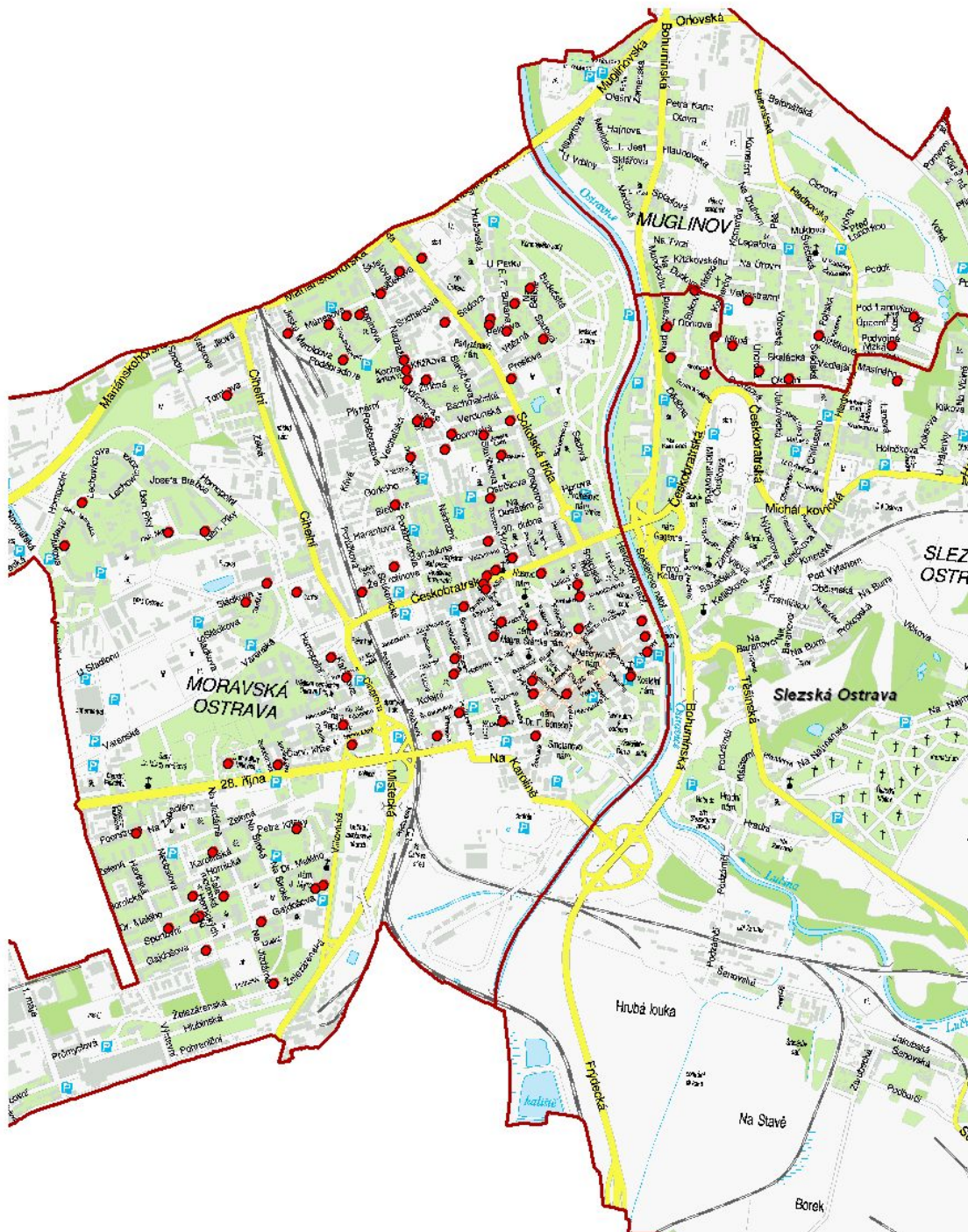
Distributor se v domluveném termínu dostaví k respondentovi a převezme vyplněný dotazník. Pokud si respondent svou účast rozmyslel, distributor uplatní postup bodů 1.2.3 - 1.2.4.

Na převzatý dotazník napíše distributor ID číslo, které je uvedeno v prvním sloupci sběrného seznamu.

ČÍSLA SLOUŽÍ K IDENTIFIKACI DOTAZNÍKU, NE RESPONDENTA!!!

Po ukončení sběru dotazníků, odevzdá distributor vyplněné dotazníky a sběrné seznamy Mgr. Šlachtové.

Náhodný výběr respondentů srovnávací studie



Mapka č.7 - Moravská Ostrava, Muglínov, Slezská Ostrava

Distributor 1

Zážitky už ze mě docela vyprchaly. Ale pokud si vzpomínám tak:

- ❑ nevolila bych číslo podlaží u vysokopodlažních domů, ale číslo zvonku, na který mám zazvonit.
- ❑ s lidmi jsem měla spíše pozitivní zkušenosti (myslím si, že to bylo díky složení obyvatel Poruby a Třebovic)
- ❑ výhodou bylo, že tam bydlím od dětství a znala jsem adresy (občas jsem se i seznámila s novými adresami)
- ❑ lidé (převážně důchodci) mě zvali dál a chtěli vyplnit dotazník na místě, svěřovali se se svými zdr. potížemi a osudy
- ❑ jeden muž si myslel, že mě pozval na čaj při vyzvedávání dotazníku, ale ten neměl vyplněn (záhy pochopil, že si s ním čaj nedám, když mi dotazník nevyplní - to mě stálo ovšem 3 hod. drahocenného času). S některými lidmi se od té doby zdravím, když je potkám.
- ❑ nejhorší komunikace byla s lidmi z 5. obvodu v Porubě z 13-ti patrových domů, nejlepší z rodinných domků z Třebovic a staré Poruby. Někteří by si chtěli studii přečíst.
- ❑ ti, kteří nechtěli přijmout dotazník, nechtěli vyplnit ani pro non-respondenty. Ten většinou vyplnili, když zapomněli vyplnit původní, a pak už se nechtěli tím zabývat, nebo se jim otázky zdály osobní, a to se na těch pár nechali ukecat.
- ❑ chybělo tam v závěru něco, co bych lidem dala (např. průpiska s logem). Dávala jsem jim bonbóny. Bylo to takové poděkování za spolupráci.

Závěr: vyděné peníze, ale protože mám ráda lidi a беру to jako osobní zkušenost a poznatky pro život, šla bych do toho znovu.

Distributor 2

- ❑ Přímá distribuce dotazníku respondentům je v dnešní době velice obtížná, nejen že lidé nevěří v jejich účinnost, také je obtěžuje zdouhavé vyplňování.
- ❑ Dle mé zkušenosti, pokud už na dotazník kývli, byli by nejrady, aby se to odbylo hned na místě. Jen málo z nich si najde čas sednout a opravdu poctivě celý dotazník projít a vyplnit – správně. Ano to správně je zde na místě, neboť distribuovaný dotazník skýtal některá úskalí ve vhodném zaškrtování, zakroužkování, vepsání procent, let pořadí ... Mám dojem, že někteří lidé až po důkladném prohlédnutí doma zjistili, kolik toho na ně tazatel nachystal (Možná také jeden z důvodů nízké návratnosti, i přesto, že byl dotazník odevzdán distributorem).
- ❑ Velký vliv mělo nejen počasí a čas předání, ale dokonce roční období; zatímco v srpnu byli lidé příjemnější, snad pod vlivem prázdnin, v září už nebyli ani moc ochotni diskutovat o tom, proč dotazník vyplnit a k čemu bude dobrý. Situace se zhoršovala i podle vzdálenosti k městu (čím blíže, tím byli lidé báziivější, opatrnější, ale také příkřejší a nerudnější). Někteří se oháněli ochranou osobních údajů, jiní naopak (a to bylo docela časté) si vyžádali vhození dotazníku do schránky, i s tím, že si jej budu moci v ten a v ten den vyzvednout zase ze schránky u domu.
- ❑ Někteří se dožadovali dotazníku také pro své sousedy nebo rodinné příslušníky (když my, tak proč ne oni?).
- ❑ Možná trochu pomohla ještě odezva ze sčítání lidu (rozsah dotazníku v tom respondenty jen utvrdil - že se jedná o podobnou akci).
- ❑ Překvapilo mě, že snad jen dva respondenti vyžadovali nějaký identifikační doklad (dočasné pověření ředitele je ale celkem uspokojilo).
- ❑ Kafe mi nenabídli nikde, psu jsem se obával poněkud více (ne že bych se jich přímo bál, ale přece jenom jsem musel kvůli zvonku vstoupit na jeho území, a to moc veselé nebylo.).

Distributoři 3 a 4

- Dotazník:
 - údaje o výši příjmu byly na 1.straně: lidi to hnedka naštvalo, při prvním zběžném pohledu dotazník odmítali vyplnit jako celek, i když jsme tvrdily, že to mohou vynechat – už tam byl blok a nedůvěra
 - chaotické značení jednotlivých odpovědí: někde se křížkuje, jinde se má kroužkovat – lidi byli zmatení a křížkovali vše, což byl problém, nešlo se vyznat jakou odpověď vyznačili
 - při úvodním písemném povídání by mohlo být zmíněno, kde budou výsledky prezentovány
- Pochůzky:
 - lépe se s člověkem komunikovalo, když jsme byly dvě. Větší důvěra vůči nám, lepší navázání rozhovoru
 - výhoda představení se jako „zdravotní sestry“ – dotazy ohledně zlepšení zdravotního stavu, jestli nemáme sebou tonometr apod.
 - rodiny s místem bydliště v blízkosti našeho ústavu byli vstřícnější, ústav znali a ve dvou případech vyplněný dotazník donesli na naši vrátnici
 - vstřícnější byli lidé důchodového věku, ženy na MD
- Zážitky:
 - několikrát pozvání na kafe, převážně od starších žen – chtěly si povídat
 - lidi byli většinou příjemní, žádné výrazné konfliktní situace
 - jeden pán dotazník přijal, na druhý den ho odevzdával nevyplněný s odůvodněním, že si to rozmyslel – „dotazník nebyl na hlavičkovém papíře ministerstva zdravotnictví“
 - jedna čilá důchodkyně chtěla, abychom se za ní přimluvily na nějakou brigádu u nás na ústavu, „cokoliv hlavně mezi lidí“.

Distributoři 5 a 6

- Bylo by dobré u takové velké akce zajistit nějakou propagaci – reklama v regionálním tisku, na vývěsních tabulích na městských úřadech. Reakce oslovených lidí by byla možná vstřícnější.
- Provést aktualizaci adres v GISu
 - čísla popisná neodpovídala realitě
 - někteří respondenti byli osloveni už v předešlých dotazníkových šetřeních (bývalé KHS), a tak bylo těžké je přesvědčit, že je to opravdu náhodný výběr
- Zkrátit dotazník – spoustu oslovených odradil rozsah dotazníku
- V případě non-respondentského dotazníku vidíme malý úspěch ve vyplňování z toho důvodu, že když někdo z principu vyplnit dotazník nechce, tak je úplně jedno, jestli je krátký nebo dlouhý
- Bylo by vhodné, aby respondenti měli nějakou zpětnou vazbu např. aby mohli vidět zprávu z tohoto dot. šetření atd.
- Pokud respondent již ze začátku „vyprávění“ nechce vyplnit dotazník - neměl by se přemlouvát, protože to ho jenom rozčílí
- By bylo dobré dát na dotazník kolonku s domluveným časem a datem další návštěvy
- Jako veliký klad vidíme v tom, že jsme poznaly kouty Ostravy, do kterých bychom nikdy nezavítaly. Došli jsme k poznání, že Ostrava nejsou jenom fabriky a šedivé sídliště.
- Další přínos – vylepšení fyzicky. Za dobrého počasí jsem objížďala přidělené obvody na kole a Hošťálkovice, Lhotka a Plesná jsou velice náročné terény.
- Lepší je chodit ve dvou a to nejen z důvodu bezpečnosti, protože ně vždy se natrefí na normální lidi, a navíc se distributoři mohou doplňovat
- Další přínos – poznaly jsme lidské charaktery

Distributor 7

- ❑ dotazníky příliš rozsáhlé a pro některé respondenty nepřehledné (složitě)
- ❑ příliš velké vzdálenosti mezi jednotlivými adresami, některé bez dostupnosti MHD
- ❑ respondenti jež dotazníky vyplnili byli vstřícní a ochotni se podílet na dot. šetření
- ❑ většina dotazovaných odmítala, ať již z důvodů nedostatku času, častého oslovování jinými organizacemi (osobami), neochota...
- ❑ v jednom případě jsem byla bezdůvodně slovně napadena jedním z oslovených pánů

Distributor 8

- ❑ V dnešní době mi moc lidé nevěřili, že se jejich údaje nezneužijí, dokonce si jedna obyvatelka Hrabůvky na mě pozvala sousedku policistku. Byla jsem poprvé v životě na chodbě paneláku u výslechu.
- ❑ Taky mi radili, že by bylo vhodnější, aby dotazníky jim předávali např. obvodní lékaři, ke kterým mají důvěru. Ale našli se i takoví obyvatelé, kteří mi dotazník vyplnili na počkání, protože sami již takovou práci poznali v minulosti. Byli bohužel jenom tři z mnoha.
- ❑ I tak to byla dobrá životní zkušenost, přišla jsem do kontaktu s lidma a v budoucnu bych to jistě zkusila znovu.
- ❑ Také děkuji za možnost přívýdělků.

Distributor 9

- ❑ **ZÁPORY**
 - Nevhodně natištěny mapky, nebyly vůbec k použití.
 - Špatně seřazené adresy v seznamu, měly být podle lokality a ne podle abecedy.
 - Neinformovanost občanů.
 - Nezajištěna bezpečnost pro tazatele.
 - V rodinných domech nedostupnost zvonků, v Michálkovicích vůbec zvonky nemají.
 - Neochota občanů, byli dosti otrávení.
 - Špatně provedený dotazník (někteří si sním nevěděli rady).
- ❑ **KLADY**
 - Lepší orientace v oblasti Heřmanice, nově jsem se nastěhovala a tak se mi to i hodí, že vím kde co je.
 - Možnost využití k doručení dotazníku pracovní doby, měsíc srpen.
 - Výhodou byla doba prázdnin, kdy rodiče byli s dětmi doma, a tak byli víc k zastižení než v měsících září.
- ❑ **NÁVRHY**
 - Informovat policii, pokud by se něco stalo – napadení a jiné, byli by asi vstřícnější (v Karviné byli informováni o probíhající akci).
 - Při náhodném výběru se stalo, že byly vybrány objekty vedle sebe. Na dědině se to těmto lidem nelíbilo, protože soused o tom věděl a tak to už nebylo anonymní, odmítali tento dotazník vyplnit.
- ❑ **ZÁŽITKY**
 - Napadení psem, nebezpečí vztekliny.

Distributor 10

Na adresy jsem docházela v odpoledních hodinách, kdy jsem předpokládala, že lidé budou doma. Pokud nebyli, návštěvu jsem opakovala v jiném termínu.

Lidé se zachovali různě:

- Pár lidí bylo neobyčejně vstřícných a vyplnili dotazník typu A ihned
- Některým se zdál dotazník typu A příliš dlouhý a zvolili si dotazník typu B, který rovněž vyplnili ihned
- Některé lidi tato akce zajímala, chtěli si dotazník přečíst a vyplnit v klidu, proto jsem se s nimi domluvila v následujících dnech na opětovnou návštěvu, kdy mi dotazník odevzdali
- Naopak někteří nechtěli o ničem slyšet, nevyplnili dotazník typu A ani dotazník typu B, někteří lidé z této skupiny se báli, že dotazníky nejsou anonymní.

Distributor 11

- záporny:
 - neinformovanost občanů
 - velké množství adres, na kterých byly firmy (také night cluby)
- klady:
 - doručování a sběr dotazníku i v pracovní době
 - doba prázdnin - lidé byli lépe zastižitelní

Distributor 12

- Bohužel nemůžu příliš posoudit, co bylo na dotazníkové akci uděláno dobře nebo hůř, protože bych ji musela dotáhnout až do konce a znát celé souvislosti s vyhodnocením a jaký celkový efekt měla apod.
- Většinu lidí nejvíc zajímalo, co dobrého akce přinese městu jako takovému, podrobněji chtěli vědět, v jaké míře se bude zefektivňovat tok financí do zdravotní a sociální sféry atd. Možná, jako distributoři, bychom příště měli umět lépe odpovědět na tuto otázku a měli lidem vysvětlit z jakého pravého důvodu se vlastně dělá, jaký má smysl. Často jsem poslouchala, že mám dělat něco užitečnějšího než obtěžovat s takovou věcí, která nikomu nebude prospěšná. Lidé by raději uvítali příspěv nějakou částkou na pomoc postiženým lidem a dětem, než vyplňovat dotazníky, které je jenom okrádají o čas. A to je druhá věc: Možná by dotazník měl být o něco kratší a víc na efekt (zajímavější, barevnější? To asi lidi třeba víc upoutá - nevím). Taky se mohly rozdávat i nějaké předměty, jako třeba propisky nebo klíčenky nebo mlisky pro děti (měla jsem své vlastní) i jako dík za „ztracený“ čas.
- Zážitky byly určitě rozmanité a teď, s odstupem času, jako zkušenost k nezaplacení. Spousta lidí byla velice milá a vstřícná a opravdu nabídli i kafe a občerstvení atd.
- a ještě kolikrát oni děkovali mně. Hodně lidí bylo otrávených a někteří dokonce vulgární a někdo na mně poslal i psa a hrozil policií a nazval mně zlodějkou!
- Starší lidé si chtěli popovídat o svých nemocech a byli rádi, že je někdo navštívil a povyprávěli mi i historky z mládí. Ale všimla jsem si, že se lidé z jednotlivých oblastí chovali všichni podobně. Nebo spíše z určitých čtvrtí. Nejvíce ochotní byli lidé s nižším vzděláním a ti, kteří bydlí v „chudších“ oblastech. A taky nejvíce pomohlo, že jsem z Koblava - tak tam byli nejochotnější!
- Jedna rodina mi nabízela levnější štěně hnědého Dobrmana (byl nádherný - škoda) a mohla jsem se i s ostatními štěňátky pomazlit. To bylo moc fajn!
- Ještě jsem zapoměla: Také se lidé ptali, kde se mohou dočíst nebo dozvědět o výsledcích a vyhodnocení dotazníkového šetření a já jim slíbila, že jim to zjistím, takže s některými respondenty se ještě setkám. Mohla bych poprosit o tuto informaci?