

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Přírodovědecká fakulta

Katedra geografie

Bc. Jana LISZKOVÁ

KVALITA ŽIVOTA A ZDRAVÍ V MĚSTĚ TŘINEC

Diplomová práce

Vedoucí bakalářské práce: RNDr. Tatiána Mintálová , Ph.D.

Olomouc 2013

Bibliografický záznam

Autor (osobní číslo): Bc. Jana Liszková (S80003218)

Studijní obor: Regionální geografie

Název práce: Kvalita života a zdraví v městě Třinec

Title of thesis: Quality of life and health in Třinec city

Vedoucí práce: RNDr. Tatiána Mintálová, Ph.D.

Rozsah práce: 100 stran, 4 vázané přílohy

Abstrakt: Hlavním záměrem této práce je zhodnotit kvalitu života obyvatel města Třinec a to především v oblasti zdraví. Dílčí cíle výzkumu jsou naplněny jak na základě objektivní analýzy dostupných dat týkajících se zdravotního stavu obyvatel, tak na základě výsledků subjektivního hodnocení samotných občanů města Třince, které bylo provedeno prostřednictvím dotazníkového šetření. Práce je koncipována do tří stěžejních částí: teoretická, analytická a výzkumná. Závěry z této práce jsou vyvozeny na základě výsledků obou hodnocení kvality života a zdraví obyvatel města.

Klíčová slova: Kvalita života, zdraví, dotazníkové šetření, město Třinec

Abstract: The main aim of this thesis was to evaluate the quality of life of inhabitants of Třinec city especially in the area of health. Sub-objectives of the research were carried on the basis of an objective analysis of the available data on the health status of the population and also on the results of a subjective evaluation of the Třinec citizens, which was conducted through a questionnaire survey. The work is divided into three main parts: theoretical, analytical and research part. The conclusions from this work are drawn on the basis of both of evaluations of quality of life and health of city residents.

Keywords: Quality of life, health, questionnaire survey, Třinec city

Prohlašuji, že jsem zadanou diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením RNDr. Tatiány Mintálové, Ph.D. a uvedla veškerou použitou literaturu a zdroje.

V Olomouci, dne

.....
podpis autora

Na tomto místě bych v první řadě ráda poděkovala mé vedoucí diplomové práce RNDr. Tatiáně Mintálové, PhD., za odborné rady a připomínky při tvorbě této práce. Poděkování patří také mé rodině a blízkým za všestrannou podporu a v neposlední řadě také všem respondentům, kteří se na výzkumu podíleli a bez kterých by tato práce nebyla úplná.

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
Přírodovědecká fakulta
Akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jana LISZKOVÁ**
Osobní číslo: **R110134**
Studijní program: **N1301 Geografie**
Studijní obor: **Regionální geografie**
Název tématu: **Kvalita života a zdraví ve městě Třinec**
Zadávající katedra: **Katedra geografie**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Doporučená struktura:

1. Úvod
2. Cíl a metodika práce
3. Teoretická část práce (rešerše literatury, medicínská geografie, vztah kvalita života a zdraví, pohled geografie na danou problematiku, přehled dostupných databází zdravotního stavu obyvatel)
4. Analytická část (Analýza dostupných dat o zdravotním stavu obyvatel města Třinec (ČSU, ÚZIS ČR)
5. Praktická část (Dotazníkové šetření zaměřené na životní styl, volnočasové aktivity, kvalita životních podmínek atd.)
6. Závěr

Rozsah grafických prací: Podle potřeb zadání

Rozsah pracovní zprávy: 20 000 - 24 000 slov

Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

ANRÁŠKO, I. Dve dimenzie kvality života v kontexte percepcií obyvatel'ov miest a vidieckých obcí. Geografická organizace Česka a Slovenska v současném období. Ústav geoniky AV ČR, Brno, 2005,s.6 - 13.

ANDRÁŠKO, I., ŠUŠKA, P., IRA, V. Transformácia zázemia Popradu s dôrazom na jej dopady na kvalitu života. In Regionálne štruktúry ČR a SR : časové a priestorové zmeny. Bratislava : Geografický ústav SAV, 2009. od s. 5-9.

ATLAS ŽP a zdraví Obyvatelstva ČSR. Geografický ústav ČS akademie věd. Praha,Brno 1992.

CURTIS, S. Health and Inequality: Geographical perspectives. London: Great Britain by Atheneum Press,2004. 295 s.

GARTELL, A., ELLIOT, S. Geographies of health: An introduction. Oxford: Wiley-Blackwell, 2007. 281. s.

IRA V., MURGAŠ, F. Geografický pohľad na kvalitu života a zmeny v spoločnosti na Slovensku. In L'udia, geografické prostredie a kvalita života : Geographia Slovaca 25. - Bratislava : Geografický ústav SAV, 2008, s. 7-24.

KOCH, T. Life quality vs the 'quality of life':assumptions underlying prospective quality of life instruments in health care planning. Vancouver: University of British Columbia, 2000. 9 s.

LANTEIGNE, C. Quality of life in cities. University of New Brunswick, 2005. 86. s.

MEADE, M., EMCH, M. Medical geography. New York: The Guilford Publications, Inc., 2010. 483 s.

Vedoucí diplomové práce: RNDr. Tatiana Mintálová, Ph.D.
Katedra geografie

Datum zadání diplomové práce: 14. prosince 2011

Termín odevzdání diplomové práce: 10. dubna 2013

L.S.

Prof. RNDr. Juraj Ševčík, Ph.D.
děkan

Doc. RNDr. Zdeněk Szczyrba, Ph.D.
vedoucí katedry

V Olomouci dne 14. prosince 2011

POUŽITÉ ZKRATKY

ČSÚ	Český statistický úřad
F-M	Frydek-Místek
HDP	Hrubý domácí produkt
HMÚ	Hrubá míra úmrtnosti
HRQOL	Health related quality of life (Zdraví související s kvalitou života)
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů
MSK	Moravskoslezský kraj
OSN	Organizace spojených národů
PAU	Polycyklické aromatické uhlovodíky
QOL	Quality of Life (Kvalita života)
SO ORP	Správní obvod obce s rozšířenou působností
TŽ	Třinecké železářny
ÚJ	Územní jednotka
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
WHO	World health organization (Světová zdravotnická organizace)
ZN	Zhoubné novotvary

Obsah

POUŽITÉ ZKRATKY	7
1. ÚVOD.....	10
2. CÍL A METODIKA PRÁCE	12
2.1 Cíl práce	12
2.2 Metodika práce.....	13
3. REŠERŠE LITERATURY.....	17
4. TEORETICKÝ ZÁKLAD	19
4.1 Kvalita života	19
4.1.1 Vývoj koncepce kvality života	19
4.1.2. Vymezení pojmu kvalita života	21
4.1.3. Identifikace základních indikátorů kvality života.....	22
4.1.4. Měření kvality života	23
4.2 Vztah kvality života a zdraví.....	27
4.3 Medicínská geografie	29
4.3.1 Vývoj medicínské geografie	29
4.3.2 Objekt a předmět medicínské geografie	30
4.4 Pohled geografie na danou problematiku.....	31
5. ANALYTICKÁ ČÁST	33
5.1 Stručná charakteristika města Třince	33
5.2 Průmysl jako faktor ovlivňující kvalitu života a zdraví obyvatel	34
5.2.1. Vliv průmyslu na kvalitu ovzduší.....	35
5.2.2. Zdravotní rizika spojená se znečištěným ovzduším	37
5.3 Demografické předpoklady.....	38
5.3.1. Věková struktura.....	38
5.3.2. Střední délka života při narození	41
5.3.3. Hrubá míra úmrtnosti.....	42
5.3.4. Zemřelí a úmrtnost podle příčin smrti	43
5.3.5. Živě narození s vrozenou vadou	45
5.4 Zdravotní stav obyvatel.....	46

5.4.1.	Hospitalizovaní v nemocnicích podle příčin hospitalizace.....	47
5.4.2.	Zhoubné novotvary	50
5.4.3.	Alergická onemocnění	53
5.4.4.	Dispenzarizovaní pacienti pro vybranou diagnózu.....	55
5.4.5.	Duševní onemocnění a psychiatrická vyšetření v ambulantní péči	56
5.5	Zdravotnictví a zdravotnická zařízení	59
5.6	Shrnutí analytické části	61
6.	VÝZKUMNÁ ČÁST.....	64
6.1	Cíl a metodika dotazníkového šetření	64
6.2	Struktura výzkumného souboru	65
6.3	Vyhodnocení dotazníkového šetření	68
6.3.1.	Fyzické zdraví.....	68
6.3.2.	Duševní zdraví	72
6.3.3.	Sociální vztahy.....	78
6.3.4.	Prostředí a životní podmínky	80
6.3.5.	Celkové hodnocení kvality života a zdraví.....	85
7.	ZÁVĚR	88
	SUMMARY	91
	POUŽITÉ ZDROJE	92
	PŘÍLOHY	95

1. ÚVOD

Zkoumání oblasti kvality života je v současné době předmětem zájmu mnoha vědních oborů, jako je sociologie, psychologie, ekonomie, politologie, ale také environmentalistika, medicína, geografie a další. Každá z těchto disciplín na kvalitu života pohlíží z jiné perspektivy. Výzkum zaměřený na řešení této problematiky v současnosti nabývá na svém významu, a to zřejmě kvůli tendenci dnešní společnosti stále překonávat hranice svých standardů, aby nakonec docílila co nejvyšší možné úrovně kvality svého „bytí“.

Zájem o zkoumání kvality života je zřejmě vyvolán také změnou přístupu společnosti k životu a k životnímu prostoru, způsobenou selháním některých stávajících přístupů i novými vědomostmi a poznatky. Kvalita života je tedy zejména v dnešní vyspělé společnosti poměrně aktuální otázkou a její zkoumání se stává stále více populární.

Tato koncepce je v oblasti vědy poměrně nová. Jako předmět vědeckého bádání se do povědomí dostala teprve na přelomu 60. a 70. let. 20. století, kdy se začala oficiálně upřednostňovat kvalita života jedince jako taková, před kvantitou statků a služeb (Schuessler a Fisher, 1985).

V životě člověka se však zájem o kvalitu života objevuje již od pradávna. Člověk jako jedinec je už ze své podstaty predeterminován k vytváření svého vlastního systému životních hodnot, jichž chce dosáhnout. Každý se snaží těchto hodnot dosáhnout jiným způsobem. Podvědomým cílem každého jedince i společnosti jako celku, je mít se tak dobře, jak je to jen možné. Ovšem podmínky pro splnění svých cílů jsou individuální a subjektivní jakožto i cíle samotné. Odlišným pohledem se na kvalitu života bude zcela určitě dívat nemocný nebo tělesně či jinak postižený člověk, který má své hodnoty nastaveny jinak, než člověk bez zdravotního postižení. Rovněž člověk bohatý, bude kvalitu svého života hodnotit odlišným způsobem, než člověk chudý. Takovýchto rozdílných dimenzí bychom mohli jmenovat mnoho. Je přirozeností každého jedince usilovat o odstranění bariér, které mu brání v kvalitním životě, jinými slovy, vytvářet si podmínky ke kvalitnímu životu. O totéž se snaží také společnost jako celek, jejíž překážky v kvalitním životě mohou představovat především neuspokojivé životní podmínky, ať už v oblasti socioekonomické, politické, nebo v oblasti životního prostředí či jiné.

Vývoj zejména v posledních dvaceti letech s sebou přinesl celosvětový zájem o zkoumání kvality života ve městech, což se také odrazilo v nepřeberném množství prací,

kteře byly na toto t3ma zpracov3ny. V3tšinou se jedn3 o studie zam3řen3 na soci3ln3 demografickou strukturu obyvatelstva m3st, kteře vych3z3 ze soci3ln3ch, demografick3ch, ekonomick3ch nebo kulturn3ch ukazatel3. Hlavn3 n3pln3 t3to diplomov3 pr3ce je zhodnotit kvalitu ůivota obyvatel předevš3m v oblasti zdrav3. Pr3v3 totiů zdrav3, je jedn3m ze z3kladn3ch faktor3 podmiňuj3c3 kvalitu lidsk3ho ůivota.

Předloůen3 pr3ce bude zpracov3na na př3kladu m3sta Třinec. Toto m3sto jsem si jako objekt sv3ho v3zkumu nevybrala n3hodn3. Třinec je m3m domovem j3ů od m3ho narození, a proto m3 přirozen3 velmi zaj3m3 vše, co se uvnitř n3ho d3je. M3sto Třinec je jedn3m z nejv3znamn3jš3ch střeďisek hutn3ho půmyslu u n3s. Jeho celkov3 charakter ať uů z pohledu, ůivotn3ho prostřeď3, prostorov3 struktury či soci3ln3ho v3voje, je tak nedomysliteln3 spjat pr3v3 s rozvojem půmyslu, kteř3 po celou dobu sv3 existence v3razn3 ovlivňuje charakter cel3ho m3sta a jeho společnosti. Je tedy zřejm3, ůe pr3v3 půmysl je jeden z d3lč3ch činitel3, v3razn3 se pod3lejc3 nejen na kvalit3 ůivota, ale tak3 na zdrav3 m3stn3ch obyvatel. Rovn3ů z tohoto pohledu se v3zkum jev3 jako velmi zaj3mav3.

2. CÍL A METODIKA PRÁCE

2.1 Cíl práce

Cílem tohoto výzkumu je zhodnotit kvalitu života města Třince v oblasti zdraví jeho obyvatel. Dílčí cíle výzkumu budou naplněny jak na základě objektivní analýzy dostupných dat týkajících se zdravotního stavu obyvatel, tak na základě výsledků subjektivního hodnocení samotných občanů města Třince, které bylo provedeno prostřednictvím dotazníkového šetření. Práce je koncipována do tří stěžejních částí: teoretická, analytická a výzkumná.

Teoretický základ je důležitou součástí této práce, nezbytný pro pochopení celé problematiky zkoumání kvality života. Teoretická rovina se opírá o řadu dostupných publikací, které na kvalitu života pohlíží z různých perspektiv. V rámci teorie bude nastíněn stručný vývoj koncepce kvality života v historii a čase a na základě několika vybraných definic bude vymezen také jeho samotný pojem. Tato část práce se soustředí rovněž na identifikaci základních indikátorů kvality života a na jejich měření. V neposlední řadě se zaměří na vztah kvality života a zdraví, jež je pro tuto práci zásadní. Nedílnou součástí je bezesporu také úvod do teorie medicínské geografie, která má ke kvalitě života a především ke zdraví také mnohé co říci. V závěru teoretické části zde bude nastíněn pohled geografie na danou problematiku, protože právě geografická perspektiva je pro tuto práci důležitá.

Cílem analytické části je objektivně zhodnotit kvalitu života a zdraví obyvatel města Třinec a to na základě seskupení a podrobné analýzy sekundárních dat a údajů získaných z vybraných statistických databází. Bude zde také poukázáno na vliv Třineckých železáren, které pro obyvatele města představují jeden z klíčových faktorů podmiňující jak kvalitu života, tak jejich zdraví. Významnou roli zde budou představovat také demografické předpoklady obyvatel, jako jsou věková struktura, střední délka života při narození a úmrtnost. Stěžejní však pro tuto práci budou informace o zdravotním stavu obyvatel. Bude zde provedena analýza na základě dostupných údajů o hospitalizacích, dále také o incidenci zhoubných novotvarů, která dnes ve společnosti představuje poměrně závažná rizika. Rovněž zde budou uvedeny tendence některých alergických onemocnění, a v neposlední řadě také duševní onemocnění. V závěru analytické části bude ještě na základě zdravotnických dat

zhodnocena také úroveň zdravotnické péče a zdravotnictví, jež je také součástí hodnocení kvality života ve městě.

Výzkumná část předložené diplomové práce je založena na dotazníkovém šetření, které si klade za cíl zjistit, v jakých (zdravotních) životních podmínkách žije místní obyvatelstvo a především jak jsou tyto podmínky ze strany obyvatel subjektivně vnímány. Zajímavé bude také pozorovat, zda budou výsledky dotazníkového šetření nějakým způsobem ovlivněny sociodemografickými faktory, jako například pohlavím, věkem, rodinným stavem, vzděláním či místem bydliště.

Závěry z této práce budou vyvozeny jak na základě objektivního, tak na základě subjektivního hodnocení kvality života a zdraví obyvatel města.

2.2 Metodika práce

První fáze diplomové práce byla věnována především rešerši a excerpci dostupné literatury zabývající se problematikou kvality života a medicínskou geografii, na základě které následně vznikla teoretická část této práce. Vzhledem k nepřehlednému množství existujících publikací zaměřených na tuto tematiku, bylo potřeba se v nich nějakým způsobem zorientovat (viz Kap. 3. Rešerše literatury).

Pro zpracování analytické části bylo využito především internetových zdrojů. Informace týkající se základních charakteristik města Třince, Třineckých železáren a jejich vlivu na město byly povětšinou získány z oficiálních webových stránek města a Třineckých železáren a.s., dále také z třineckých týdeníků Hutník a Horizont a v neposlední řadě také ze stránek Českého statistického úřadu (ČSÚ). Informace o znečištění ovzduší byly čerpány z webových stránek Ministerstva životního prostředí České republiky, a dále také ze stránek obecně prospěšné společnosti Čisté nebe o.p.s., která vznikla za účelem zlepšení životního prostředí, zejména ovzduší na Ostravsku.

Hlavním zdrojem základních demografických informací byl ČSÚ. Zde bylo využito především následujících údajů, které jsou níže blíže specifikovány:

- **Index stáří:** počet osob ve věku 65 a více let na 100 osob ve věku 0 – 14 let
- **Průměrný věk obyvatelstva:** aritmetický průměrem věku všech jedinců v dané populaci
- **Střední délka života:** je předurčena vývojem úmrtnosti v příslušných letech
- **Hrubá míra úmrtnosti:** počet zemřelých připadajících na 1000 obyvatel středního stavu

- **Zemřelí podle příčin úmrtí:** počet zemřelých připadající na určitou příčinu úmrtí

Údaje o zdravotním stavu obyvatel, byly získány prostřednictvím Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS) a také krajskou hygienickou stanicí Moravskoslezského kraje. V rámci ÚZIS vychází každoročně zdravotnické ročenky, ve kterých jsou uvedeny veškeré zdravotnické informace o obyvatelstvu ČR. Informace v ročenkách jsou však vedeny pouze za vyšší územní jednotky jako jsou okresy, kraje a celá ČR. Údaje za jednotlivá města nejsou standardním výstupem těchto ročenek, proto bylo v případě dat za město Třinec nutné zažádat o speciální zpracování.

Pro hodnocení zdravotního stavu byla stěžejní především analýza následujících údajů:

- **Hospitalizovaní v nemocnicích podle příčin hospitalizace**
- **Incidence novotvarů:** počet nových onemocnění v daném roce na 100 000 obyvatel trvale žijících v daném regionu
- **Alergická onemocnění**
- **Dispenzarizovaní pacienti pro vybranou diagnózu:** aktuálně vyšetřování a pravidelné léčení či sledování pacienti s určitou diagnózou nebo rizikovým znakem po dobu ohrožení či trvání nemoci nebo až do jejího vyléčení
- **Duševní onemocnění a psychiatrická vyšetření v ambulantní péči**

Všechny skupiny příčin onemocnění jsou klasifikovány v rámci **MKN-10** (Mezinárodní klasifikace nemocí), přičemž každá má své specifické označení (viz dále):

Slovní označení skupin diagnóz MKN-10

A00–B99	Některé infekční a parazitární nemoci
C00–D48	Novotvary
D50–D89	Nemoci krve, krvetvorných orgánů a některé poruchy týkající se mechanismu imunity
E00–E90	Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek
F00–F99	Poruchy duševní a poruchy chování
G00–G99	Nemoci nervové soustavy
H00–H59	Nemoci oka a očních adnex
H60–H95	Nemoci ucha a bradavkového výběžku
I00–I99	Nemoci oběhové soustavy
J00–J99	Nemoci dýchací soustavy

K00–K93	Nemoci trávicí soustavy
L00–L99	Nemoci kůže a podkožního vaziva
M00–M99	Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně
N00–N99	Nemoci močové a pohlavní soustavy
O00–O99	Těhotenství, porod, šestinedělí
P00–P96	Některé stavy vzniklé v perinatálním období
Q00–Q99	Vrozené vady, deformace a chromozomální abnormality
R00–R99	Příznaky, znaky a abnormální klinické a laboratorní nálezy nezařazené jinde
S00–T98	Poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin
Z00–Z99	Faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami

Slovní označení kódů diagnóz (C00–D48- Novotvary)

C00–C97	Zhoubné novotvary (ZN)
C16	ZN žaludku
C18	ZN tlustého střeva
C19–C21	ZN rektosigmoideálního spojení, konečník, řiti a řitního kanálu
C33–C34	ZN trachey, bronchu a plicí- průdušnice, průdušky a plicí
C43	Zhoubný melanom kůže
C50	ZN prsu MN
C53	ZN hrdla děložního
C61	ZN prostaty
C91–C95	Leukémie
D10–D36	Nezhoubné novotvary

Slovní označení kódů diagnóz (F00–F99- Duševní poruchy, poruchy chování)

F00	Demence u Alzheimerovy nemoci
F01–F03	Ostatní demence
F04–F09	Ostatní organické duševní poruchy
F10	Poruchy vyvolané alkoholem
F11–F19	Poruchy vyvolané ostatními psychoaktivními látkami
F20–F29	Schizofrenie

F30–F39	Afektivní poruchy
F40–F48, F50–F59	Neurotické poruchy
F60–F63, F68, F69	Poruchy osobnosti
F64–F66	Sexuální poruchy/deviace
F70–F79	Mentální retardace
F80–F98	Vývojové poruchy v dětství a adolescenci
F99	Neurčené duševní poruchy

Poslední fáze této práce byla založena na dotazníkovém šetření, jehož vyhodnocování bylo provedeno v programu Microsoft Excel pomocí kontingenčních tabulek, které nám umožnily přehlednou vizualizaci vzájemných vztahů mezi jednotlivými odpověďmi. (viz kap. 6.1. Cíl a metodika dotazníkového šetření)

Mapy použité v této práci byly zhotoveny v programu ArcGis 9.3.

Veškeré zdroje, které byly v práci použity, jsou uvedeny na konci práce v seznamu použitých zdrojů.

3. REŠERŠE LITERATURY

Kvalita života, v anglickém překladu Quality of life, je ve většině publikací označována zkratkou QOL. V oblasti této problematiky se můžeme setkat také s dalšími synonymy jako Livability, Well-being, Sustainability nebo také Life satisfaction, přičemž každý tento pojem se ve svém významu nepatrně liší. Studium kvality života se v současné době zabývá celá řada odborníků mnoha vědních oborů. Každý z těchto autorů pohlíží na kvalitu života z poněkud jiné perspektivy a hodnotí ji na základě svých specifických charakteristik, což také umožnilo vzniku početného množství vědeckých publikací a studií.

Co se týče české literatury jedna z mnoha publikací, která byla konceptu kvality života věnována je práce *Heleny Vadurové* a *Pavla Mühlpachra* z roku 2005 s názvem Kvalita života: teoretická a metodologická východiska. Tato publikace se pro ujasnění problematiky v oblasti kvality života jeví jako poměrně vhodný a přehledný teoretický základ jak z hlediska vymezení pojmů, tak z hlediska rozsahu jeho pojetí. Práce zde hodnotí jak subjektivní tak objektivní dimenzi tohoto konceptu. Jsou zde také rozebrány jednotlivé přístupy ke kvalitě života, přičemž zejména ten medicínský byl pro předloženou diplomovou práci hlavní. Rozšířením této publikace, je dále sociálně zaměřená studie Sociální aspekty kvality života v onkologii, která upozorňuje, že na skutečnost, že onkologické onemocnění neovlivňuje kvalitu života pouze nemocného člověka, nýbrž celé rodiny či okolí.

Kvalitě života se věnuje také slovenský geograf *Ivan Andráško*, který se zaměřil například na zhodnocení sociálně demografické dimenze kvality života a její prostorové rozložení na území Bratislavy pomocí metody faktorové analýzy.

Mezi další autory zabývající se touto tematikou patří *Jan Payne* a kolektiv, který v roce 2005 vydal dvoudílný sborník příspěvků odborníků různých směrů zabývajících se otázkou kvality života a zdraví. Oba díly předkládaného sborníku se snaží tyto pojmy vymezit. První díl provádí podrobný rozbor některých pojmových souvislostí a díl druhý se věnuje empirickým poznatkům týkajícím se otázky zdraví a kvality života.

Dalšími autory zkoumající kvalitu života v souvislosti se zdravím jsou *Oliva Řehulková* a *Evžen Řehulka*, kteří upozorňují na skutečnost, že když ve výzkumu zdraví byla věnována pozornost také subjektivním proměnným, daleko lépe je bylo možné interpretovat v rámci kvality života.

V této práci bylo v oblasti kvality života a zdraví dále využito poznatků autorů **Schuesslera K. F. A. Fishera G. A., Mičánkové M., Džuky J., Potůčka M., Křivohlavého J. a dalších.**

Co se týče medicínské nebo chceme-li lékařské geografie, existuje rovněž celá řada autorů, kteří se jí zabývají. Na poli zahraničních publikací se již tímto tématem zabývaly práce publikované v USA v polovině minulého století. Například **Gilbert E. W.** a kolektiv v roce 1959 ve své diskusi „The Study of Geography of Disease“ uvádí, že neexistuje žádný geografický faktor, který by nějakým způsobem do určité míry neovlivňoval lidské zdraví. Jako příklad uvádí geologickou stavbu, tvar reliéfu (může být do jisté míry bariérou pro šíření infekce), klima, vzdálenost od pobřeží a další.

Medicínské geografii se dále věnuje také publikace „Geography in America“ z roku 1989, v jejíž jedné z kapitol „Medical Geography“ autoři **Earicksson, Greenberg, Lewis, McAde a Taylor** uvádí, že geografové rozdělují aspekty související s nemocemi na meteorologické, biologické a kulturní.

Mezi další zahraniční publikace zabývající se touto tematikou je například práce **Anthonyho C. Gatrellaa** a **Susan J. Elliott** „Geographies of health: An introduction“ nebo publikace autorky **Sarah Curtis** „Health and Inequality: Geographical Perspectives.“

Problematikou lékařské geografie se zabývají také čeští autoři jako například **Kočárek P.**, který vymezil několik geografických faktorů ovlivňujících zdraví jedince. Významnými českými autory v oblasti medicínské geografie jsou také **Votrubec C., Šerý V., Preiss J.** a další.

4. TEORETICKÝ ZÁKLAD

4.1 Kvalita života

Vymezit a definovat pojem „kvalita života“ v obecné rovině je velmi obtížné. Původně tento pojem vůbec nesahal na vědeckou úroveň. Postupně se však začal využívat v mnoha vědních oborech, ve kterých se blíže specifikoval a jímž se přizpůsoboval. Vzhledem k četnému množství odborných publikací, které se na toto téma zaměřují, je koncept kvality života obsahově velmi roztržštěný a postrádá tak určitý komplexní interdisciplinární přístup. V důsledku těchto skutečností vzniká nespočet definicí a teorií. Pro zkoumání kvality života může být takto široké pojetí jistou nevýhodou. V mnoha případech má tedy význam pojmu „kvalita života“ odlišné pojetí. Ovšem na druhou stranu nelze vyvrátit, že jde o pojem, který je společností chápán v podstatě adekvátně. (Řehulková a Řehulka, 2008, s. 7)

4.1.1 Vývoj koncepce kvality života

Historie tohoto konceptu sahá již do dávné minulosti starověké římské a řecké mytologie. Poprvé však pojem kvalita života použil anglický ekonom Cecil Pigou až ve 20. letech 20. století. Jeho největším přínosem pro společnost byl rozvoj v oblasti ekonomie blahobytu. V té době se navrhoval ekonomický rozvoj a materiální podpora sociálně slabších vrstev (Payne, 2005). Tento pojem se však v tehdejší společnosti nijak výrazně neprosadil a na významu začal nabývat až později v 60. letech, kdy kvalita života představuje alternativu úzce ekonomicky chápané životní úrovně a hospodářské výkonnosti společnosti. Do té doby se tedy úspěšnost společnosti hodnotila na základě ekonomické vyspělosti. Lidské myšlení kladlo důraz především na kvantitu na místo kvality (Potůček, 2012).

V 70. letech si však společnost postupně začíná uvědomovat, že ekonomický růst nemusí vždy vést k lepšímu životu. Významným impulsem pro rozvoj kvality života se stala skutečnost, že Světová zdravotnická organizace (WHO) rozšířila svou definici zdraví dále o duševní a sociální pohodu, což přirozeně vedlo k diskuzím o jeho měřitelnosti. V roce 1993 předložila WHO první pracovní definici kvality života ve vztahu ke zdraví jako vnímání lidí (jedinců) a jejich životních pozic v kontextu kultury a hodnotových systémů, v nichž lidé žijí, a ve vztahu k jejich cílům očekáváním, standardům, zájmům, starostem a obavám. (Vaďurová a Mühlpachr, 2005, s. 7)

Tento pojem se objevil také v programu Římského klubu, který byl založen v roce 1968 a celosvětovou pozornost získal především díky zprávě „Meze růstu“ z roku 1972, která upozorňovala na potřebu snížit hospodářský růst a také na skutečnost, že svět stojí na pokraji vyčerpání přírodních zdrojů. Jedním z jeho hlavních témat bylo cílené zvyšování životní úrovně lidí a také jejich kvality života. Tyto otázky byly řešeny zejména na globální úrovni. Do popředí se problematika kvality života dostala ze dvou hlavních příčin. Byl to především vývoj vědy a techniky a také ekonomická vyspělost, které jsou schopné zabezpečit primární materiální potřeby společnosti. Současně se však také začíná projevovat dopad ekonomického růstu, který představuje určité riziko pro zdraví a lidskou existenci. Podle západních teorií je tedy pojem kvalita života používán v souvislosti s určitými důsledky globálního vývoje v oblasti vědy a techniky. (Payne, 2005)

První faktory, které ovlivňují kvalitu života, byly vymezeny W. Forresterem. Tento americký vědec a výzkumník mezi ně řadí zabezpečení potravin, finance, pokrývající životní standard, stav znečištěného životního prostředí a růst počtu obyvatel. Toto vymezení bylo v roce v rámci OSN rozšířeno přijetím dalších 12 faktorů a celý tento koncept byl označen jako „Podmínky života“. Mezi přidanými faktory byla zařazena ochrana zdraví, životní prostředky, vzdělání, pracovní podmínky, stav zaměstnanosti, uspokojování zásoby a potřeb, doprava a komunikace, byty jejich výstavba, odpočinek a zábava, oblékání, sociální jistoty a osobní jistoty (Vařurová a Mühlpachr, 2005, s. 8). V roce 1974 byly tyto faktory Evropskou komisí OSN systematizovány do osmi skupin (zdraví, kvalita pracovního prostředí, nákup zboží a služeb, možnosti trávení volného času, pocit sociální jistoty, možnosti rozvoje osobnosti, fyzikální kvalita životního prostředí a možnost účasti na společenském životě (Halečka, 2001).

Co se týče pojetí kvality života ze strany společnosti z dlouhodobého hlediska lze obecně tvrdit, že v minulosti byla pozornost na kvalitu života věnována především z hlediska odstraňování a zmiřování útrap nemocných a chudých. Teprve s určitým časovým vývojem, vědeckotechnickým a ekonomickým pokrokem se začala kvalita života postupně zkoumat na základě spokojenosti s prací a životem a zdravím. V současné době je středem zájmu měření a analýza pohody, kvality života (štěstí). Zatímco některé nástroje zachycení kvality života jsou založeny na subjektivním prožívání vlastní situace jedince, existují kromě tvorby teoretických modelů také pokusy o měření a určitou objektivizaci vnějších charakteristik socioekonomického, ekologického či politického prostředí.

4.1.2. Vymezení pojmu kvalita života

Obecně můžeme říci, že se kvalita života vyznačuje dvěma resp. třemi základními vlastnostmi, kterými jsou *terminologická nejednotnost* jak v rámci základních přístupů tak, způsobů měření, dále *multidisciplinarita*. Třetí charakteristikou je její *multidimenzionalita* chápání a přístupu tohoto pojmu. Neexistuje tedy jednotná obecně akceptovatelná definice kvality života (Andráško, 2005). Neboť je tento fenomén aplikovatelný v mnoha různých oborech a stále se vyvíjí, nabízí tedy velmi široké spektrum definic a přístupů. Z tohoto nepřehledného množství definic různých autorů byly jako příklady vybrány následující čtyři.

Světová zdravotnická organizace definuje kvalitu života jako *„jedincovu percepci jeho pozice v životě v kontextu své kultury, ve které žije a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, životního stylu a zájmům. Jedná se o velice široký koncept, multifaktoriálně ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí“* (WHO, 1994)

„Na nejobecnější úrovni je kvalita života chápána jako důsledek interakce mnoha různých faktorů. Jsou to sociální, zdravotní, ekonomické a environmentální podmínky, které kumulativně a velmi často neznámým (či neprobádaným) způsobem interagují, a tak ovlivňují lidský rozvoj na úrovni jednotlivců i celých společností“ (Payne, 2005)

„Kvalita života je životní štěstí a spokojenost“ (Diener a Suh, 1996)

„Kvalita života představuje kvalitativní ohodnocení lidského života v subjektivní rovině vyjádřeno jako pocit štěstí nebo spokojenosti, které je výsledkem vlivu a vzájemné interakce externích (environmentálních, ekonomických a sociálních) a interaktivních (psychologických) faktorů na život“ (Andráško, 2007)

4.1.2.1 Dvě dimenze kvality života

Na kvalitu života lze pohlížet na základě dvou aspektů, a to subjektivního a objektivního. V současné době se většina odborníků přiklání k subjektivnímu hodnocení kvality života. (Vaňurová a Mühlpachr, 2005).

Subjektivní dimenze je založena na individuálním prožitku a subjektivní míře pocitu spokojenosti. Zaměřuje se na jedincovo vnímání svého postavení ve společnosti v kontextu s jeho kulturou a hodnotovým systémem (Vaňurová a Mühlpachr, 2005). Mezi hlavní zdroje subjektivního pocitu spokojenosti patří bezesporu rodina, přátelství a láska. Subjektivní kvalitou života se zabývá především sociální psychologie (Džuka, 2004).

Naopak objektivní dimenze reflektuje stav a variabilitu podmínek života celé společnosti. Lze ji definovat jako souhrn ekonomický, sociálních, zdravotních a environmentálních podmínek, ovlivňující lidský život (Vaňurová a Mühlpachr, 2005).

4.1.3. Identifikace základních indikátorů kvality života

V návaznosti na objektivní a subjektivní aspekty kvality života lze z hlediska objektivnosti rozdělit také indikátory kvality života (Dvořáková, 2010).

Mezi **objektivní** indikátory řadíme:

- Charakteristiky životního prostředí (např. znečištění ovzduší, hluk)
- Sociální indikátory (např. kriminalita, zdravotní stav, lékařská péče, nezaměstnanost, úroveň vzdělání)
- Úroveň hospodářství a ekonomiky (např. HDP, příjem)
- Politické klima
- Další indikátory (např. dostupnost služeb, kvalita bydlení)

Subjektivní indikátory představují hodnocení a percepce objektivních indikátorů z pozice jednotlivce. Výsledkem tohoto hodnocení může být např. spokojenost x nespokojenost.

Z hlediska měření kvality života je jedním ze základních problémů, se kterým se výzkum v této oblasti setkává, výběr vhodných ukazatelů. Řešení tohoto problémů v podstatě vychází z identifikace klíčových faktorů, které nejvýrazněji ovlivňují kvalitu života člověka. Na základě tohoto přístupu může výzkum pohlížet na kvalitu života jako na celek nebo ji může zkoumat na základě jednotlivých dimenzí. (Andráško, 2005)

Popis struktury řešení dané problematiky lze znázornit také schematicky viz **Obr. 1**.



Obr. 1 Hierarchie ukazatelů kvality života
Zdroj: upraveno podle Andráško, 2005

V rámci studií zabývajících se problematikou měření kvality života se vyskytují čtyři základní přístupy k identifikaci relevantních ukazatelů (Andráško, 2005):

- Jedná se o stanovení ukazatelů kvality života založené na úsudku a rozhodnutí samotného výzkumníka.
- Výběr ukazatelů na základě zhodnocení relevantní literatury
- Identifikace vhodných ukazatelů postavených na širším průzkumu (např. prostřednictvím dotazníkového šetření)
- Poslední přístup nabízí kombinaci výše uvedených

Je zde ještě nutno poznamenat, že významná pozornost při výběru vhodných ukazatelů by měla být věnována především účelům a cílům dané studie a geografickému měřítku, v rámci kterého se bude výzkum provádět. Jako jedna z nejvhodnějších přístupů k identifikaci základních ukazatelů se jeví výzkum preferencí a percepce faktorů ovlivňující kvalitu života lidí prostřednictvím dotazníkové metody (Andráško, 2005).

4.1.4. Měření kvality života

Jak vzájemně spolu výše uvedené dimenze souvisí a jak by tedy měla být kvalita nejlepším a nejpřesnějším způsobem měřena, je stále velmi diskutabilní (Payne, 2005). Obecně měření kvality života dnes představuje jeden z dílčích nástrojů při hodnocení udržitelnosti lidského rozvoje ať už na globální či regionální úrovni. Výsledky těchto

výzkumů v současné době slouží také jako užitečné podklady pro činnost státní správy a samosprávy, pro územní plánování a regionální rozvoj a mohou se stát také určitou zpětnou vazbou pro výkonné orgány. Existuje celá řada měření kvality života, ať už na základě ekonomických, sociálních nebo jiných ukazatelů. Ovšem je velmi sporné, která z nich jsou teoreticky spolehlivá. Teoreticky přesné a uspokojivé měření kvality života v praxi, na kterém by se většina odborníků shodla, doposud neexistuje. Příčinou je zejména problematika komplexního pojetí konceptu kvality života především ve smyslu spojení subjektivní a objektivní roviny.

Měření kvality života tak může být provedeno jak na základě subjektivních, tak na základě objektivních indikátorů.

V případě **objektivních měření** je často využíváno indikátorů v podobě sekundárních dostupných dat (např. ČSÚ, ÚZIS, OSN nebo jiných statistických databází). Z pohledu **subjektivních měření** mohou hlavní indikátory představovat výsledky dotazníkových šetření, interviu, řízené rozhovory či mentální mapy a další.

Objektivní měření kvality života

Jako jeden z příkladů *objektivního* měření můžeme uvést ekonomický ukazatel **Hrubý domácí produkt (HDP)**, který byl především v minulosti nesprávně interpretován jako indikátor kvality života. Tento ukazatel představuje celkovou peněžní hodnotu statků a služeb vytvořenou za dané období (obvykle jeden rok) na určitém území. Ve své podstatě říká, že čím vyšší je HDP, tím vyšší je kvalita života. Tento ukazatel však není pro vyjádření kvality života vhodný a jako dostatečné měřítko národního blaha byl v 70. letech 20. století odmítnut. (Nováček, 2010)

Jako významný objektivní ukazatel kvality života se však prosadil například **Index lidského rozvoje (Human Development Index – HDI)**, který vmyslel v roce 1990 pákistánský ekonom Mahbub al Hak a od téhož roku jej pravidelně vyhodnocuje a publikuje rozvojový Program OSN, UNDP. Jeho hlavním cílem je poskytnout objektivní srovnání jednotlivých zemí na základě životních podmínek. Představuje jeden z prvních pokusů vyjádřit kvalitu života komplexněji a podrobněji (Mičánková, 2012). HDI je koncipován na základě čtyř hlavních indikátorů, které reflektují míru zabezpečování základních lidských potřeb. Mezi tyto čtyři faktory se řadí průměrná očekávaná délka života při narození, HDP podle parity kupní síly, gramotnost a počet let školní docházky. Výsledný Index lidského rozvoje je vyjádřen na relativní stupnici

0–1, přičemž čím vyšší je jeho hodnota, tím vyšší je dosažený stupeň lidského rozvoje (Nováček, 2010).

Dalším způsobem objektivního hodnocení kvality života obyvatel v jednotlivých zemích je **Index kvality života**, který byl vyvinut na základě kvantifikace devíti kategorií, mezi které patří: náklady na život, volný čas a kultura, ekonomika, životní prostředí, svoboda, zdraví, infrastruktura, bezpečnost a klima. Tento žebříček je vydán organizací *International Living* a jeho záměrem je zhodnotit a vzájemně porovnat jednotlivé země světa. V roce 2010 se Česká republika umístila na 24. místě. (Nováček, 2010)

Průzkum kvality života v Evropě (European quality of life survey- EQLS) byl zaveden v roce 2003 a zkoumá otázky související se životem evropských občanů, jako je zaměstnání, příjem, vzdělání, bydlení, rodina, zdraví, rovnováha mezi pracovním a soukromým životem, spokojenost se životem a vnímaná kvalita společnosti. Analýza zkoumá vztah mezi subjektivními a objektivními opatřeními, mezi uváděnými postoji a preferencemi na jedné straně a zdroji a životními podmínkami na straně druhé. (Eurofound, 2012).

Subjektivní měření kvality života

Mezi subjektivní měření kvality života řadíme například Slovenský index kvality života, Living Index nebo dotazník kvality života WHOQOL-100 či WHOQOL-BREF.

Slovenský index kvality života (SIQZ) je zaměřen na subjektivní vnímání kvality života a je vytvářen na základě odpovědí v dotazníku, který se skládá celkem z patnácti otázek, které jsou rozděleny do dvou bloků (osm se týkalo spokojenosti s osobním životem a sedm spokojenosti se životem na Slovensku).

Living index (LI) je ukazatel který se využívá pro měření kvality života ve městech je také využíván tzv. Living index, který je odvozen od kvality a ceny bydlení v jednotlivých lokalitách.

Dotazník kvality života WHOQOL-100 a WHOQOL-BREF byly vinyuty světovou zdravotnickou organizací a výběr jejich položek byl proveden tak, aby pokrýval široké spektrum aspektů kvality života. Oba dotazníky slouží k sebeposouzení kvality života jedince a jsou určeny k hodnocení kvality života skupin nebo populací. Umožňuje tak také mezinárodní či regionální srovnání nebo srovnání skupin. Dotazník WHOQOL-100 je složen celkem ze 100 položek, které zahrnují 24 aspektů života, sdružených do 6

domén (fyzické zdraví, prožívání, úroveň nezávislosti, sociální vztahy, prostředí, spiritualita, celková kvalita života)

WHOQOL-BREF je zkrácenou verzí dotazníku QHOQOL-100 a sestává z 24 položek sdružených do 4 domén (fyzické zdraví, duševní zdraví, sociální vztahy, prostředí) a dvou samostatných položek hodnotících celkovou kvalitu života (kvalita života a spokojenost se zdravím). (Dragomirecká a Bartoňová, 2006).

Na mezinárodním poli existuje celá řada dalších ukazatelů měřící kvalitu života. Na závěr uvádíme ještě jeden z nejnámějších a nejvíce citovaných modelů, který byl vyvinut a to *Model kvality života Centra pro podporu zdraví na Univerzitě v Kanadském Torontu*. Jedná se o vícerozměrný model, který vychází z holistického pojetí kvality života a zahrnuje tři stěžejní oblasti lidského života. Jednotlivé oblasti jsou dále rozděleny do tří skupin. Skutečná kvalita života konkrétního jedince je tak určena významem a intenzitou naplňování jednotlivých domén ve skutečném životě.

Tab. 1 Model kvality života Centra pro podporu zdraví Univerzity Toronto

BÝT (BEING) – osobní charakteristiky člověka	
Fyzické bytí	Zdraví, hygiena, výživa, pohyb, odívání, celkový vzhled
Psychologické bytí	Psychologické zdraví, vnímání, cítění, sebeúcta, sebekontrola
Spirituální bytí	Osobní hodnoty, přesvědčení, víra
PATŘIT NĚKAM (BELONGING) - spojení s konkrétním prostředím	
Fyzické napojení	Domov, škola, pracoviště, sousedství, komunita
Sociální napojení	Rodina, přátelé, spolupracovníci, sousedé (užší napojení)
Komunitní napojení	Pracovní příležitosti, odpovídající finanční příjmy, zdravotní a sociální služby, vzdělávací, rekreační možnosti a příležitosti, společenské aktivity (širší napojení)
REALIZOVAT SE (BECOMING) – dosahování osobních cílů; naděje a aspirace	
Praktická realizace	Domácí aktivity, placená práce, školní a zájmové aktivity, péče o zdraví, sociální začleňování
Volnočasové realizace	Relaxační aktivity podporující redukci stresu
Růstová realizace	Aktivity podporující zachování a rozvoj znalostí a dovedností, adaptace na změny

Zdroj: The quality of life model, University Toronto, Canada

Rozsah měření kvality života

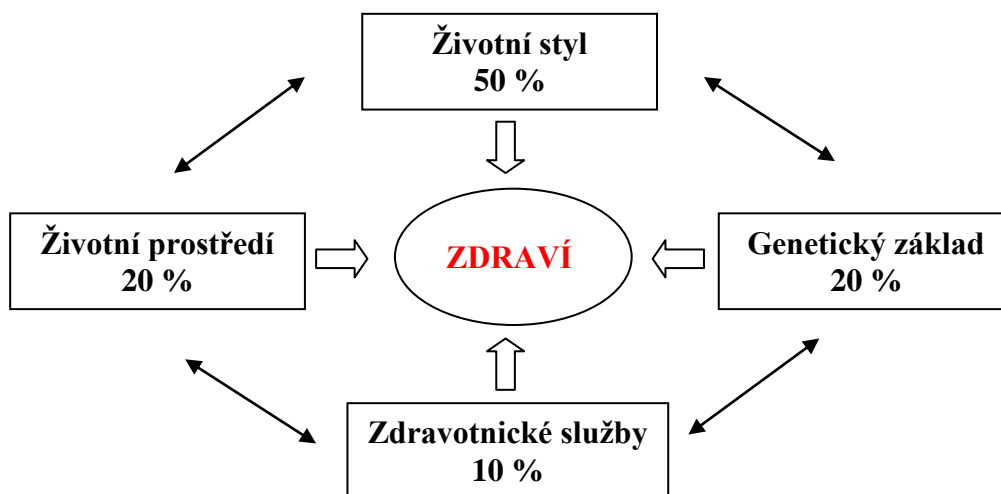
Měření kvality života může být provedeno na několika hierarchických úrovních (Vaňurová a Mühlpachr, 2005):

- *Makro-rovina* (na této úrovni se kvalita života stává základem politických úvah a vyvstávají zde otázky týkající se velkých společenských celků, jako jsou jednotlivé země nebo kontinenty)
- *Mezo-rovina* (v této oblasti se jedná o měření kvality života menších společenských skupin v rámci určitých komunit, například nemocnice, škola, podnik a další)
- *Personální rovina* (předmětem zájmu této roviny je člověk jako jedinec. Na této úrovni je prováděno subjektivní hodnocení kvality života.
- *Rovina fyzické existence* (na této úrovni je pozorováno chování druhých lidí, které je objektivně měřitelné a srovnatelné)

4.2 Vztah kvality života a zdraví

Existuje celá řada přístupů, kterými můžeme na kvalitu života pohlížet. V této práci bude zkoumán především vztah kvality života a zdraví. **Zdraví** je velmi složitě podmíněný fenomén, který zahrnuje jak složku biologickou, sociálně-ekonomickou tak psychickou. Rozpětí faktorů podmiňující zdraví sahá od genetických faktorů, demografických až přes fyzicko-geografické podmínky pro život, zahrnující především stav životního prostředí, dále také hygienické a bezpečnostní podmínky, životní styl, stravovací návyky, vzdělanost a účinnost zdravotnické osvěty, až po dostupnost a kvalitu zdravotnické péče.

Řada studií se shodla celkem na čtyřech základních determinantech zdraví, které mají zásadní vliv na lidské zdraví avšak každý z nich jinou měrou. Jsou jimi životní styl, genetický základ, životní prostředí a zdravotnické služby (viz obr 2)



Obr. 2 Základní determinanty zdraví
Zdroj: Holčík, 2004

Je patrné, že kvalita života, zdraví samotné a v neposlední řadě také prostředí, jsou kategorie života, které jsou spolu neodmyslitelně spjaté a neodlučitelné (Řehulková a Řehulka, 2008). Zejména tedy zdraví je jedním z ústředních pojmů a předmětů programů světové zdravotnické organizace, která ve svém pojetí zdraví nechápe pouze jako absenci nemoci, ale jako celkový stav rovnováhy fyzické, psychické a sociální „pohody“ (Payne, 2005). Je zřejmé, že právě zdraví je podmínkou pro kvalitní život a dosahování životních cílů a celkové životní spokojenosti, jinými slovy že kvalita života je do značné míry podmíněna úrovní kvality zdraví.

Pojem kvalita života uplatněný ve zdravotnictví a medicíně má své specifické označení HRQOL (Health-related quality of life), tedy volně přeloženo „zdravotní stav související s kvalitou života“. Opět existuje mnoho odlišných přístupů jak tento pojem definovat. Obecně však vystihuje subjektivní prožívání nemoci a poskytované zdravotní péče. Jedná se především o porovnávání skutečného vnímání jedince se stavem, který sám považuje za ideální. Nejběžnějším způsobem jak měřit HRQOL je dotazník případně strukturovaný rozhovor. Cílem je zjistit jak jsou jednotlivé onemocnění a jejich následky člověkem vnímány a prožívány. Kvalita života v lékařství je v současné době jedním z velmi významných ukazatelů při volbě a hodnocení celkové úspěšnosti léčby (Vaďurová a Mühlpachr, 2005).

4.3 Medicínská geografie

Mezi vědní disciplíny, které mohou být v širším významu v oblasti kvality života (odehrávajíc se v prostoru, čase a součinnosti) přínosem, patří také geografie s jejími dílčími disciplínami, mezi které patří také medicínská geografie.

Medicínská geografie nebo chceme-li lékařská geografie či geografie zdraví a nemocí je obor na rozhraní geografie a medicíny protínající jak fyzickou, tak socioekonomickou (humánní) geografii, spolu s medicínskými vědními obory. Jedná se tedy o interdisciplinární obor, zabývající se zkoumáním vazeb mezi zdravím a prostředím, kde člověkem žije, a vazbami, které společnost a příroda mají. Jejím úkolem je odhalovat případně eliminovat různé druhy nemocí zapříčiněné různými geografickými faktory. Medicínská geografie také významně podporuje prevenci a rozvoj péče o lidské zdraví a zlepšení její dostupnosti (Preis, 2008).

V kontextu s humánní geografii je medicínská geografie odkázaná využívat metody a poznatky demografické, urbánní geografie, sociální geografie, ekonomické geografie, behaviorální geografie, politické či kulturní geografie. Jejími doplňujícími negeografickými disciplínami jsou medicína a její dílčí odnoží, dále také ekologie, environmentalistika, psychologie, psychopatologie, sociologie a další (Kandráčková, 2005).

4.3.1 Vývoj medicínské geografie

Již před více než 2000 lety, se někteří badatelé jako například Hippokrates zabývali vzájemnou interakcí zdraví a prostředí. V této souvislosti se začala vyvíjet medicínská geografie jakožto „subdisciplína“ geografie, která se pohybovala na rozmezí geografie a medicíny. Tento vývoj probíhal s oběma vědními obory souběžně a byl ovlivňován tehdejšími společenskými přesvědčeními a trendy ve vědě a technice.

Za novodobý počátek medicínské geografie může být považován rok 1854, kdy v Londýně propukla epidemie cholery, na jejíž následky umíraly stovky lidí. S řešením přišel lékař John Snow, který do mapy Londýna zakreslil lokalitu obydlí, kde lidé umírali, a také místa studní, ze kterých byla čerpána voda. Pomocí těchto shluků se mu podařilo objevit místa kontaminace cholerou a zastavil tak čerpání vody z vybraných studní. Díky jeho zásahu začala cholera postupně ustupovat (Preis, 2009).

Významný rozvoj a nový rozměr medicínská geografie dostala v 50. letech 20. století, kdy měla na rozvoj medicínské geografie nemalý vliv *kvantitativní revoluce* související

s uplatňováním matematických, statistických a formálně logických metod a v neposlední řadě také modelování. Někteří autoři však v rámci medicínské geografie nepožadovali jen kvantitativní, ale především také kvalitativní metody a využili tak dualistický postup obou těchto metod. S vývojem v čase je dnes možné identifikovat vícero geografických přístupů ke studiu v souvislosti s analýzou zdraví jako je geografická patologie, medicínská ekologie, medicínská topografie, geografická epidemiologie, geomedicína a další. Od poloviny 90. let 20. století prochází medicínská geografie transformační fází ve snaze vymanit se ze stínu medicíny (Kažmér a Križan, 2010).

Významný, lze se domnívat, že dokonce rozhodující význam pro vývoj současné medicínské geografie má dnes především světová globalizace. Jedním z důvodů je výrazný nárůst dopravy, která umožňuje extrémní migraci lidí, kteří se sebou přirozeně mohou vozit různé nákazy. Dříve byly různé infekce fenoménem určitého regionu, který byl do jisté míry izolován od ostatních regionů, což dnes pochopitelně v důsledku zvýšené intenzity dopravy neplatí. Díky stále většímu dopravnímu propojení světa se tak mohou nemoci šířit velmi rychle a mohou se dostávat na ta nejneobvyklejší místa, než tomu bylo před lety (Preis, 2009).

4.3.2 Objekt a předmět medicínské geografie

Objektem studia medicínské geografie jsou jevy, a procesy v geografickém prostoru, které tvoří, formují a ovlivňují lidské zdraví jakožto nezákladnější kritérium kvality života.

Předmět studia tohoto geografického oboru se v průběhu jeho vývoje kvalitativně měnil. Od konceptu, jehož náplň si vystačila s mapováním nemocí a chorob přes koncept hledání příčin onemocnění a jejich odstranění, až do současnosti, kdy medicínská geografie usiluje o nalezení souladu mezi prostředím a zdravím obyvatelstva (Kandráčková, 2005).

Hlubším smyslem lékařské geografie je skutečnost, že vznikla z tendence prostorově vyjádřit vznik a následné šíření nemocí, čímž zároveň naznačuje, jak těmto nemocem předcházet. Je zde tedy stěžejní spolupráce odborníků z oboru medicíny, kteří jsou nositeli informací o nemocech s geografy a kartografy, kteří sledují konkrétní vazby. Obě strany následně hledají společné korelace mezi nemocemi a jednotlivými složkami geografického prostoru (Šerý a Votrubec, 1989).

4.4 Pohled geografie na danou problematiku

V rámci výzkumu kvality života a zdraví hraje geografie nepochybně důležitou roli. Jakožto vědní obor již ze své podstaty vstupuje do problematiky globálních fenoménů, které ovlivňují současný svět, aby navrhla a interpretovala případná řešení dané problematiky z hlediska prostoru a času. Jedním z přínosů geografie je zpracovávání databází, jejich vyhodnocování a mapování, které nám může ukázat, či alespoň naznačit vývoj trendů šíření jednotlivých nemocí v určitém území. Geografie tedy kromě shromažďování a třídění dat, dává svým analýzám časoprostorový rozměr a v případě problematiky zdraví a nemocí může díky své komplexnosti a širokému pojetí zachytit vazby mezi medicínou, člověkem a geografickým prostředím. (Preis, 2008).

V geografii je kvalita života definována jako stav společenského blaha jedinců nebo skupin obyvatel. Zajímá ji také, jak je tento pojem vnímán nebo hodnocen. Většina studií kvality života se soustředí na životní podmínky obyvatel a geografické výzkumy se převážně soustředí na mapování ukazatelů ve vybraných oblastech (Dvořáková, 2010).

Z geografického hlediska existuje celá řada faktorů, typických pro konkrétní lokalitu, které ovlivňují jak samotné zdraví, tak celkovou kvalitu života společnosti určitého prostoru. Americký geograf Gilbert v polovině 20. století dokonce uvedl, že neexistuje žádný geografický faktor, který by více či méně neovlivňoval zdraví člověka. Geografickými faktory jsou často ovlivňována celá společenstva a odvíjí se od nich také jejich zdravotní stav a celková kvalita života. Tyto faktory mohou být v rámci geografie rozděleny na fyzicko-geografické a socioekonomické. Jejich působení může být do určité míry člověkem ovlivněno, ovšem především v případě fyzicko-geografických faktorů nelze hovořit o nějaké zásadní změně. V níže uvedené tabulce jsou uvedeny základní geografické faktory, které mohou mít v určité míře vliv na zdravotní stav člověka a kvalitu jeho života.

Tab. 2 Stručný přehled základních geografických faktorů ovlivňující zdravotní stav člověka

PŘÍRODNÍ FAKTORY		SOCIOEKONOMICKÉ FAKTORY	
Meteorologické/ klimatické	Horké/vlhké klima, intenzita slunečního záření, ničivé bouře, období dešťů,	Demografické/ etnografické	Městské aglomerace, slumy, typy sídel, náboženské a rituální praktiky, společenské konvence
Feologické/ geomorfologické	Vulkanická činnost, zemětřesení, tsunami, sesuvy půdy, nadmořská výška	Vliv průmyslu a těžby	Znečištění životního prostředí toxickými, karcinogenními a alergenními látkami
Hydrologické	Záplavy, povodně, vodní prostředí podporující původce infekčních a parazitárních nemocí	Vliv zemědělství	Eutrofizace, acidifikace vodních zdrojů
Biotické	Organismy jako pokrm, organismy produkující toxické látky, živočichové schopni napadnout člověka	Vliv dopravy a migrace	Migrace, turistika a dopravní dostupnost do medicínsky rizikových oblastí, transport výrobků či pokrmů
Pedologické	Půda a horninový podklad tvořící prostředí pro některé houby/bakterie	Výživa	Nedostatečný přísun kalorií nebo naopak „západní“ způsob stravování

Zdroj: Kočárek 2004, upraveno podle Preiss, 2008

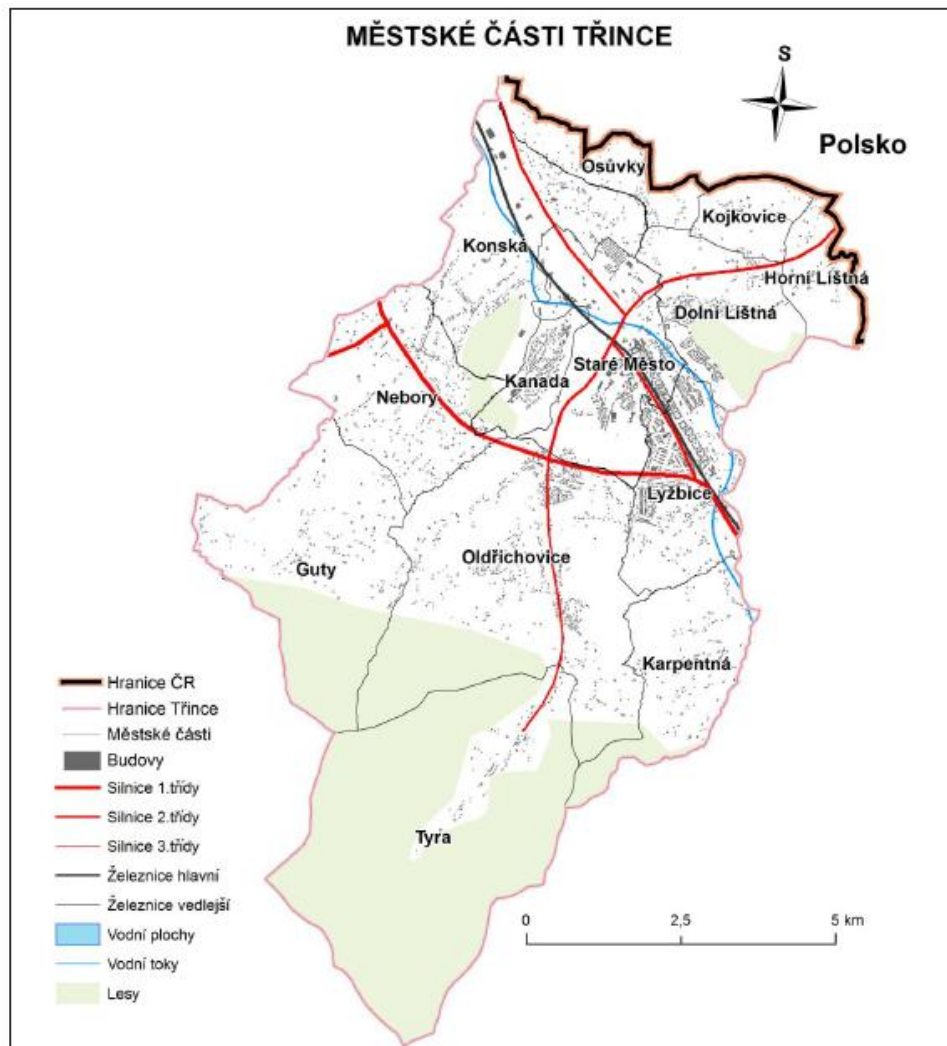
5. ANALYTICKÁ ČÁST

Tato část práce je jakýmsi objektivním zhodnocením kvality života a to zejména v klíčové oblasti zdraví a zdravotního stavu obyvatel města Třince. Hodnocení je založeno na seskupení a podrobné analýze sekundárních dat a údajů získaných z vybraných statistických databází. Analýza je provedena především na základě dostupných dat o zdravotním stavu obyvatel, získaných a zpracovaných Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS) a také krajskou hygienickou stanicí Moravskoslezského kraje. Dále zde byly využity základní demografické údaje, jejichž zdrojem informací je ČSÚ. Tato část práce také nepochybně upozorňuje na vliv Třineckých železáren na kvalitu ovzduší města, která se do určité míry nepochybně odráží na kvalitě života a zdraví místních obyvatel.

5.1 Stručná charakteristika města Třince

Zájmovým územím této diplomové práce, jak již z jejího názvu vyplývá, je město Třinec, ležící ve východní části České republiky v podhůří Moravskoslezských a Slezských Beskyd v nadmořské výšce 306 m n. m. Přírodní dominantou města je Javorový vrch s nadmořskou výškou 1031 m (Město Třinec, 2013). Územím protéká řeka Olše (místním nářečím zvaná Olza), která měla v minulosti, jakožto významný zdroj energie, zásadní vliv zejména na ekonomický rozvoj území. Správně je Třinec součástí okresu Frýdek-Místek a Moravskoslezského kraje. Město se vyznačuje svou poměrně výhodnou dopravněgeografickou polohou v blízkosti mezinárodních hranic se sousedním Polskem a Slovenskem, přičemž severovýchodní hranice obce je přímo tvořena státní hranicí s Polskem. Třinec zaujímá území o rozloze 85,37 km² a k 31. 12. 2011 zde žilo celkem 36 745 obyvatel (ČSÚ, 2013). Svou hustotou zalidnění 430,42 obyv./km² je tak nejhustěji osídlenou obcí SO ORP Třinec. Město zahrnuje celkem 13 městských částí, kterými jsou: Dolní Líštná, Guty, Horní Líštná, Kanada, Karpentná, Kojkovice, Konská, Lyžbice, Nebory, Oldřichovice, Osůvky, Staré Město a Tyra. Obec je rovněž obcí s rozšířenou působností, pod kterou spadá dalších 11 obcí. První historická písemná zmínka o Třinci pochází z roku 1444. Na počátku preindustriálního období byl Třinec jen malou, bezvýznamnou, osadou Těšínského Slezska, kde hlavním zdrojem obživy bylo zemědělství. V roce 1839 zde byl založen průmyslový podnik s nejdelší tradicí hutní výroby v České republice, Třinecké

železářny. Teprve 1. 1. 1931 byl povýšen na město. Díky Třineckým železárnám je dnes Třinec významným průmyslovým a společenským centrem regionu. (Město Třinec, 2013)



Obr. 3 Městské části Třince
Zdroj: Město Třinec, 2011

5.2 Průmysl jako faktor ovlivňující kvalitu života a zdraví obyvatel

Toto výrazně průmyslové město i jeho historický vývoj je velmi silně provázán právě s rozvojem hutního průmyslu a jeho dominantním podnikem Třineckými železárnami. Tento závod ve značné míře ovlivňuje celou místní společnost a podílí se na utváření soudobého obrazu celého města a jeho okolí. Třinecké železářny jsou tak neodmyslitelnou součástí nejen města, ale také celého třineckého mikroregionu.

Jak už bylo výše naznačeno, Třinecké železářny mají výrazný podíl na rozvoji a chodu celého města a jejich vliv se projevuje v mnoha aspektech, ať už kladně nebo záporně. Z hlediska kvality života a zdraví je stěžejní otázkou této problematiky pravděpodobně

nevýhoda lokalizace podniku v bezprostřední blízkosti samotného centra města a osídlení. S tím je spojeno výrazné ekologické zatížení na životní prostředí z hlediska znečištění ovzduší, nadměrného hluku, vypouštění nečistot do řeky Olše a další. Snahou Třineckých železáren i města je tuto ekologickou zátěž dlouhodobě snižovat, ovšem i přes tato úsilí nelze vyvrátit fakt, že jsou jedním ze stěžejních faktorů ovlivňující kvalitu života i zdraví místních obyvatel.

5.2.1. Vliv průmyslu na kvalitu ovzduší

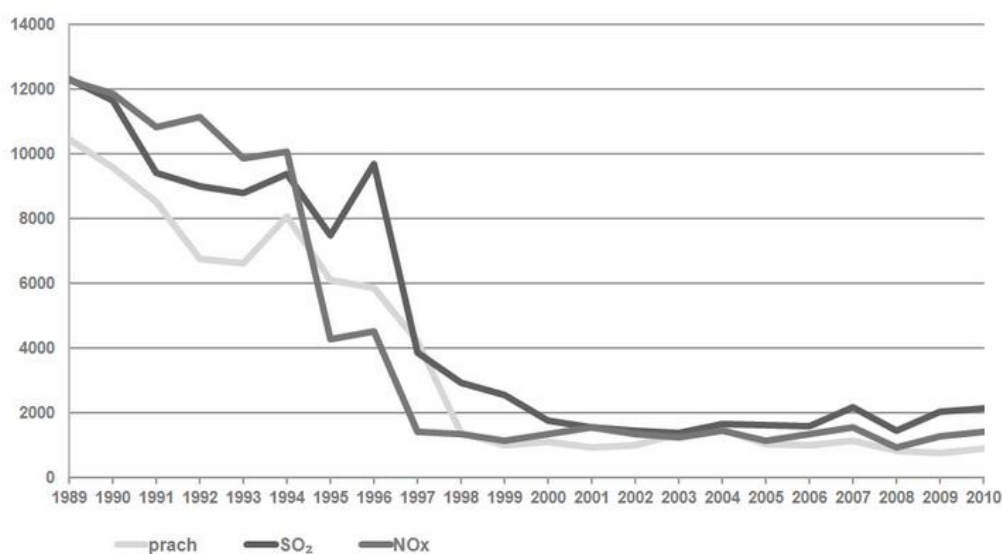
V Třinci i v celém Moravskoslezském kraji hrají v oblasti kvality ovzduší velkou roli jak historické, tak geografické souvislosti. Rozvinutý hutní průmysl v kraji funguje od roku 1828 (Vítkovice) a v Třinci od roku 1839. Třinec je rovněž součástí průmyslového nadnárodního regionu Slezsko, čímž je dán také vliv polských zdrojů znečištění. Významnou roli představuje rovněž vysoká koncentrace obyvatelstva a s ním spojený nárůst individuální automobilové dopravy, rozvoj bydlení v rodinných domech a odklon od vytápění (pro mnoho občanů nákladným) plynem k tuhým palivům. Z geografického hlediska není zcela vhodná ani geomorfologie oblasti, která je charakteristická údolními obklopenými horskými masivy, které znečištěné ovzduší uvnitř do značné míry uzavírají (Třineckých Hutník, 2012). Kvalita ovzduší v Třinci je tedy silně antropogenně podmíněna.

Třinec se nachází v samotném „epicentru“ škodlivých vlivů na kvalitu ovzduší, kde se stýkají tři hlavní zdroje kontaminace. Za hlavní zdroj znečištění vzduchu je považován zejména hutní průmysl, spalovací procesy s ním spojené a doprava, která je přímo i nepřímo spjatá s průmyslovou výrobou. Významnou dopravní tepnou E 75 – I/11 projíždí Třincem denně stovky kamionu na Slovensko i Polsko a především v době dopravních špiček lze hovořit o jejím přetížení. Na Třinecké ovzduší mají také výrazný vliv průmyslové zdroje a doprava v sousedním Polsku, které nejsou státní legislativou limitovány v takové míře jako v České republice. Největší problém zde představuje především problematika lokálních topenišť, zastaralé kotle a využívání převážně tuhých paliv.

Obyvatelé města Třince se dlouhodobě potýkají se zhoršenou kvalitou ovzduší a to navzdory výraznému snížení vypouštění plynných emisí a prachu, ke kterému v Třinci došlo v 90. letech minulého století. Za tímto snížením emisí stál především pokles průmyslové výroby po roce 1989, zavedení nové právní úpravy ochrany ovzduší, používání modernějších a šetrnějších technologií a v neposlední řadě

několikamiliardové investice do ekologických opatření. Nutno dodat, že toto významné snížení emisí se přirozeně začalo projevovat také na postupné regeneraci okolních beskydských lesů a zeleně (Třinecké železářny, 2011). Třinecké železářny od roku 1996 proinvestovaly jen do ekologických projektů celkem 5,5 miliardy korun (Ministerstvo životního prostředí, 2012). Počátkem 21. století se však situace především vlivem nadměrného využívání tuhých paliv poněkud změnila a emisí začalo opět mírně přibývat. Pro nejbližší budoucnost však Třinecká huť připravila řadu dalších ekologických projektů zaměřených na zlepšení stavu ovzduší. Třinecké železářny na tyto záměry zažádaly o dotaci 2 miliardy korun z Operačního programu Životní prostředí. Realizace těchto projektů by měla představovat roční snížení množství emitovaného prachu ze zdrojů Třineckých železáren ze stávajících 700 tun/ rok o více než 200 tun (Třinecký Hutník, 2012). Třinecké železářny spolu s městem vyvíjejí také další aktivity pro zlepšení ovzduší. Především tedy usilují o snížení dopravní zátěže ve městě, které by mělo zčásti omezit nejen znečišťování ovzduší, ale také hluk a velkou prašnost. Tento problém již částečně vyřešila výstavba mimoúrovňového propojení průmyslové zóny Baliny a Třineckých železáren v roce 2001, která odklonila z centra města zejména nákladní dopravu. Další snahou o snížení emisí je rozvoj cyklo dopravy a rozšíření cyklotras a cyklostezek, které by umožnilo redukovat automobilovou dopravu (Třinecký Hutník 2012).

Vývoj vypouštění emisí v letech 1989–2010 na území města Třince je znázorněn v následujícím grafu, kde je sledováno množství jednotlivých škodlivin konkrétně prachu, oxidu siřičitého a oxidu dusíku v ovzduší vypouštěné do ovzduší.



Obr. 4 Emise vypouštěné do ovzduší v Třinci v letech 1989 – 2010 [t/rok]

Zdroj: Třinecké železářny, 2011

5.2.2. Zdravotní rizika spojená se znečištěným ovzduším

Dlouhodobě znečištěné ovzduší na území města Třince, představuje zvýšenou pravděpodobnost rizika dopadu těchto podmínek na zdravotní stav obyvatel. Výrazný podíl na zdravotních problémech způsobených znečištěním ovzduším má zejména vysoká koncentrace polévatého prachu PM 10, PM 2,5 a PM 1,0 (podle velikosti mikročástic), jehož částice obsahují polycyklické aromatické uhlovodíky (PAU), benzen, těžké kovy, jedy a další škodliviny. Celá řada látek ze skupiny PAU představují závažné zdravotní riziko pro člověka, jehož nebezpečí spočívá především v karcinogenitě (Ministerstvo životního prostředí ČR, 2012). V České republice jsou pro znečištění ovzduší pevnými částicemi (polévatý prach) určeny limity. Denní limit je $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$, přičemž překročení tohoto limitu je tolerováno max. 35 dní v roce. V průmyslových regionech, kam se řadí také město Třinec, je tento limit překračován i přes 100 dní v roce. Zejména v době inverze v podzimních a zimních měsících postihuje město v závislosti na průmyslovém znečištění smog, který dráždí především sliznice a dýchací cesty.

Polévatý prach má na lidské zdraví zásadní vliv a to již při jeho krátkodobém působení na člověka, kdy může dojít ke zvýšenému počtu zánětlivých onemocnění plic a k nepříznivým účinkům na kardiovaskulární systém. Tyto skutečnosti se přirozeně mohou odrážet také na zvýšeném počtu onemocnění a následně na zvýšení potřeby léčiv nebo dokonce na vyšší úmrtnosti obyvatel. Dlouhodobá expozice poškozuje především kardiovaskulární a plicní systém a představuje tak riziko zvýšení počtu chronických onemocnění plic. Může dojít také k nevratným genetickým změnám, ke zvýšení rakovinových onemocnění, k poruchám plodnosti i k předčasným úmrtím a zvýšené kojenecké úmrtnosti (Čisté nebe, 2013).

Možné zdravotní dopady se mohou projevat obecně 3 způsoby (Šebáková, 2011):

- **Akutní projevy:** kašel, dráždění sliznic (velké částice), zhoršení stávajících onemocnění dýchacích cest a kardiovaskulárních onemocnění, zvýšení hospitalizace a úmrtnosti
- **Chronické projevy** – nemoci dýchacího (zánět průdušek, plic) a oběhového systému, předčasná úmrtí, pokles plicních funkcí, alergie
- **Možné karcinogenní a mutagenní účinky** – nádorová onemocnění, vývojové vady

Prach je dále také nosičem alergenů plísní a mikroorganismů, které se jeho prostřednictvím dostanou až do dýchací soustavy člověka. Exhalace ale nepůsobí pouze na člověka, narušují také pylová zrna, ze kterých je následně uvolňováno větší množství alergenů. Je tedy pravděpodobné, že znečištěné ovzduší může mít neblahý vliv také na rozvoj alergií (Ministerstvo životního prostředí ČR, 2012).

5.3 Demografické předpoklady

O kvalitě života a zdraví obyvatel města Třince nám mohou ledačos napovědět některé demografické ukazatele jako například věková struktura obyvatel, index stáří, hrubá míra úmrtnosti a od ní se odvíjející střední délka života při narození. Podstatná je také úmrtnost podle příčin úmrtí obyvatel. Z demografického hlediska je v oblasti kvality života a zdraví proto vhodné věnovat pozornost alespoň některým z těchto ukazatelů.

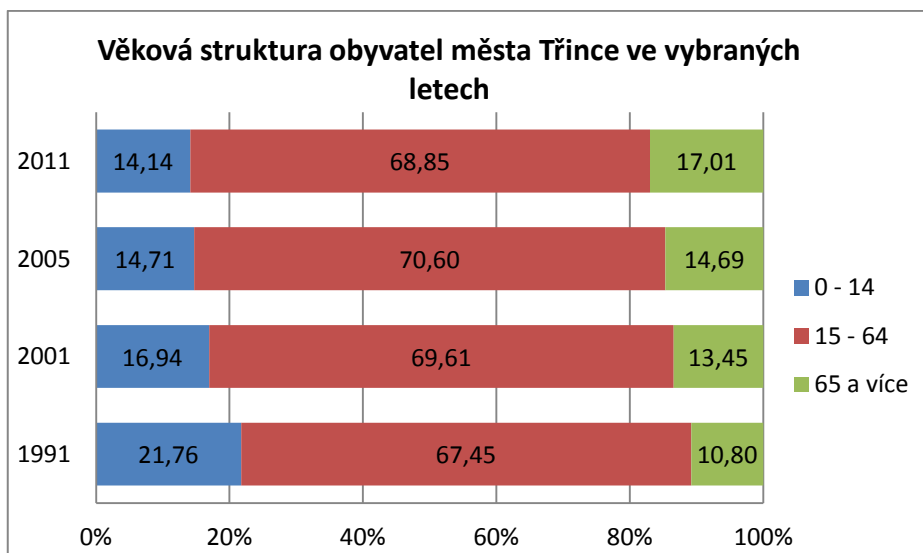
.

5.3.1. Věková struktura

Zejména právě zdraví a délka „zdravého“ života jsou prvořadým předpokladem pro kvalitní život každého jedince. Obzvláště v dnešní době, kdy se zvyšuje průměrná životní úroveň a míra volného času. Jelikož zdraví velmi úzce souvisí právě s věkem, je vhodné zde uvést jeden ze stěžejních ukazatelů zdravotního stavu populace, kterým je nepochybně věková struktura obyvatel. Obecně lze říci, že čím vyšší je počet obyvatel ve skupině vyšší věkové kategorie, tím větší jsou nároky na zdravotní a sociální péči v absolutních číslech. Věková struktura obyvatel města Třince byla sledována ve vybraných letech 1991, 2001, 2005 a 2011 a zhodnocena na základě statistických dat uvedených v následujícím grafu.

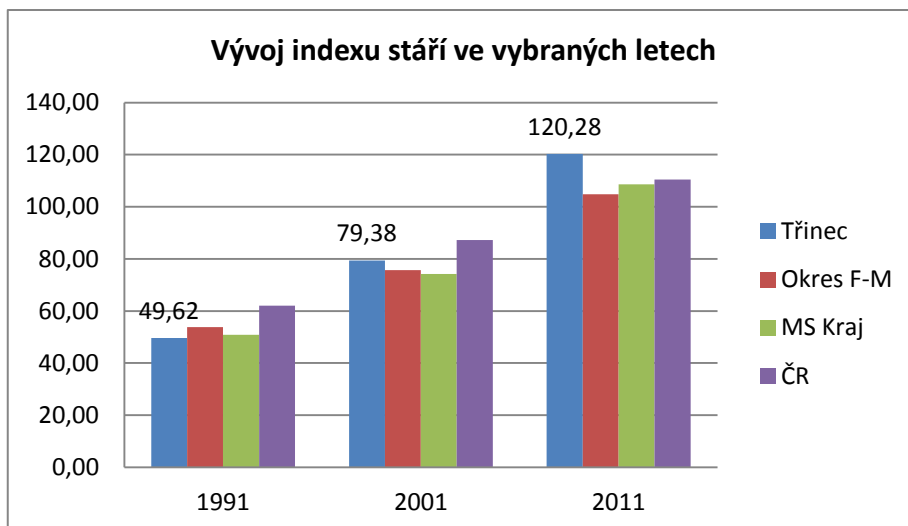
Z grafu je patrné, že od roku 1991 došlo na území města Třince k výrazné proměně věkové struktury obyvatelstva a to zejména v kategoriích obyvatel v předproduktivním a poproduktivním věku. Za posledních 20 let byl zaznamenán pokles počtu obyvatel v předproduktivním věku, tedy ve věku do 14 let z 21,76 % na 14,14 %, což je více než o 6 procentní bodů. Naopak výrazně přibýlo obyvatel v poproduktivním věku 65 a více let a to z 10,8 % na 17,01 % což je zvýšení bezmála o 7 procentní bodů. Tyto skutečnosti poukazují na dlouhodobý trend stárnutí populace, který by s sebou mohl přinést určité komplikace v socioekonomické sféře. Z dlouhodobého hlediska lze předpokládat i nadále rostoucí tendence poproduktivní složky, což s sebou zřejmě přinese také zvýšené nároky na potřeby v oblasti zdravotnictví a sociálních služeb. Jak

již bylo řečeno, zdraví je spolu s věkem velmi úzce spjata a je zřejmé, že s přibývajícím věkem obyvatel přibývá také zdravotních komplikací. Zejména tedy u starších jedinců, bývá kvalita života v důsledku zhoršeného zdravotního stavu ohrožována.



Obr. 5 Věková struktura obyvatel města Třince ve vybraných letech
Zdroj: ČSÚ Ostrava, 2013, vlastní výpočty

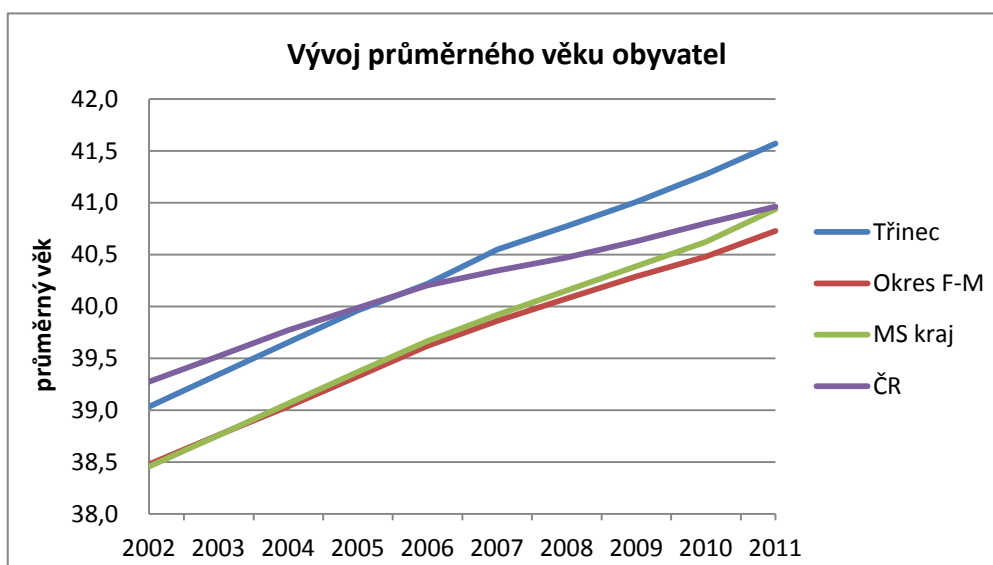
Demografické stárnutí populace je nejčastěji měřeno indexem stáří, který vyjadřuje vzájemný podíl předproduktivní a poproduktivní složky obyvatelstva. Čím vyšší je jeho hodnota, tím starší je obyvatelstvo. Současný trend stárnutí nejen Třinecké populace dokazuje vývoj jeho hodnot v čase. Předpokladem úspěšného rozvoje města je přirozeně co nejnižší hodnota tohoto indexu. V případě města Třince, ale rovněž ostatních sledovaných územních jednotek ve vybraných letech, má však hodnota indexu stáří rostoucí tendenci, což lze předpokládat i pro jeho příští vývoj. V případě města Třince se hodnota indexu stáří od roku 1991 zvýšila celkem o 70 procentních bodů, přičemž v roce 2011 je dokonce o 10 % vyšší než celorepublikový průměr. Porovnáme-li jeho pozici v roce 1999 a 2011, zjistíme, že se situace velmi výrazně změnila. Zatímco v roce 1991 byl index stáří v městě Třinci nejnižší ze všech sledovaných územních jednotek, v roce 2011 jeho hodnota ostatní jednotky výrazně převyšuje. Jedním z možných důvodů těchto změn, by mohl být odliv mladších obyvatel v důsledku změn politického systému a transformace ekonomiky především v oblasti průmyslu po roce 1989. Následkem těchto událostí došlo k výraznému snížení počtu pracovních míst. Mimo jiné došlo také ke změně životního stylu a s tím spojenému volnému přesunu obyvatelstva nejen do zahraničí.



Obr. 6 Vývoj indexu stáří ve vybraných ÚJ

Zdroj: ČSÚ, 2013, vlastní výpočty

Vedle vývoje indexu stáří, můžeme uvést dále také vývoj průměrného věku obyvatelstva, který je aritmetickým průměrem věků všech jedinců v dané populaci. V případě města Třince i ostatních sledovaných územních jednotek je zřejmý jeho nárůst a tudíž opět dokazuje tendenci stárnutí populace. V městě Třinci se průměrný věk za sledované období zvýšil celkem o 2,6 procentních bodů. Z následujícího grafu lze také vyzorovat skutečnost, že do roku 2006 byl věkový průměr obyvatel města Třince pod celorepublikovým průměrem, na rozdíl od období po roce 2006, kdy jej výrazně převyšuje. Ve srovnání s okresem Frýdek-Místek a celým Moravskoslezským krajem je po celou dobu sledování téměř o 1 procentní bod vyšší.



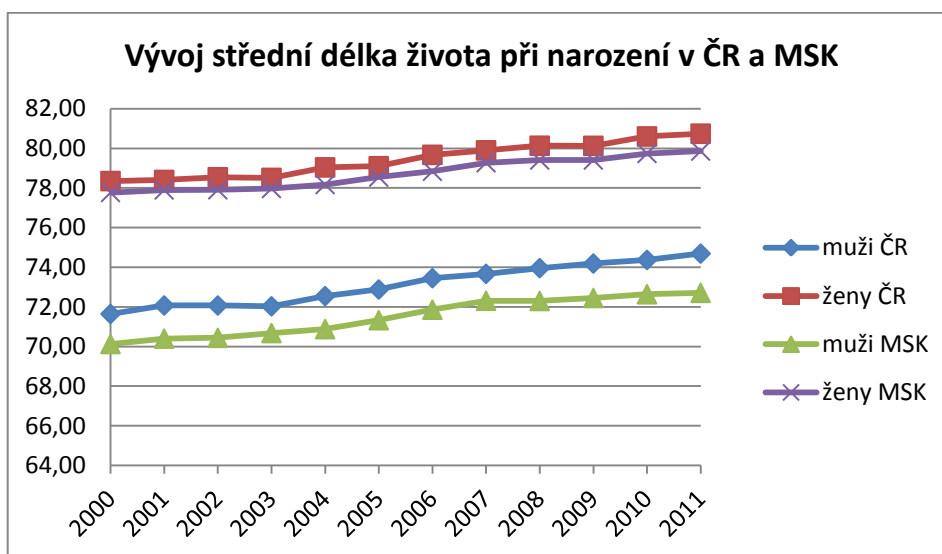
Obr. 7 Vývoj průměrného věku obyvatel ve vybraných ÚJ

Zdroj: ČSÚ, 2013, vlastní výpočty

5.3.2. Střední délka života při narození

Střední délka života neboli naděje dožití při narození je z hlediska demografie velmi významný ukazatel zdravotního stavu, který je do značné míry ovlivněn úrovní zdravotní péče, kvality životního stylu včetně stravovacích návyků, pohybových aktivit, a mírou psychické, fyzické i ekonomické zátěže populace. Jedná se o významný indikátor zdravotního stavu jak jednotlivce, tak populace jako celku. Hodnoty střední délky života jsou předurčeny vývojem úmrtnosti v příslušných letech (ÚZIS, 2011). Prodloužení naděje dožití při narození, je především výsledkem zkvalitnění zdravotnické péče a také snížení kojenecké úmrtnosti.

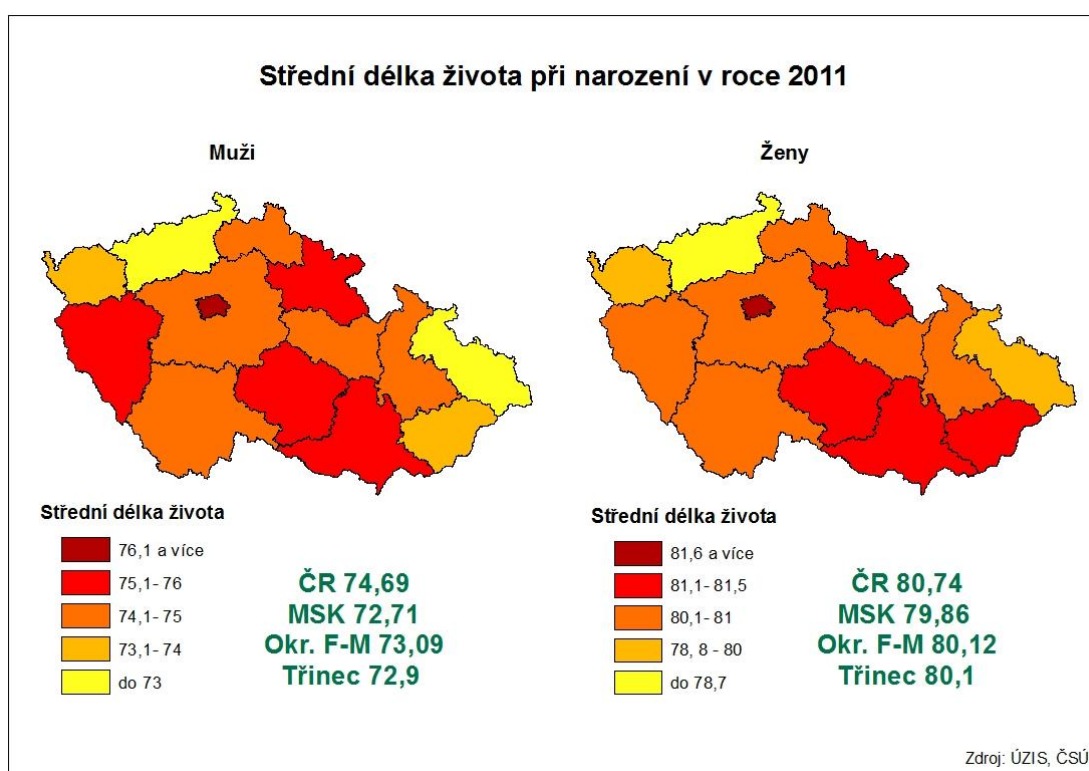
Dlouhodobý vývoj střední délky života při narození je u nás zdravotnickou statistikou sledován pouze za větší územní celky. U menších územních celků není počítána každoročně. Ovšem vzhledem ke skutečnosti, že v rámci jednotlivých krajů lze předpokládat podobný trend, můžeme pro představu vývoje střední délky života při narození v městě Třinci využít údajů za celý Moravskoslezský kraj. Jak lze tedy vypořádat z následujícího grafu, ve sledovaném období má vývojová linie střední délky života při narození stále mírně rostoucí tendenci a to jak v případě České republiky jako celku, tak v případě Moravskoslezského kraje za obě pohlaví. Na území Moravskoslezského kraje je především v případě mužů patrný vliv průmyslového prostředí a jeho dopad na jejich zdravotní stav, kdy je jejich střední délka života výrazně nižší než za Českou republiku. Stejně tak střední délka života žen v Moravskoslezském kraji vykazuje rostoucí tendenci pod úrovní celorepublikového průměru.



Obr. 8 Střední délka života při narození v ČR a Moravskoslezském kraji

Zdroj: ÚZIS, 2013, vlastní výpočty

Z následujících kartogramů je z prostorového hlediska také již na první pohled patrné, že je střední délka života obyvatel Moravskoslezského kraje ve srovnání s ostatními kraji nižší. V městě Třinci byla v roce 2011 střední délka života při narození u mužů (72,9 let) o něco vyšší než v celém Moravskoslezském kraji ovšem zároveň nižší než je průměr v okrese Frýdek-Místek (73,09 let). Ve srovnání s celou Českou republikou, je naděje dožití výrazně pod jejím průměrem, což do jisté míry může dokazovat zhoršené životní podmínky v městě Třinci vlivem průmyslového prostředí. Co se týče žen žijících v Třinci v roce 2011, jejich střední délka života je rovněž vyšší než u žen v celém Moravskoslezském kraji, ovšem nižší než je celorepublikový průměr.



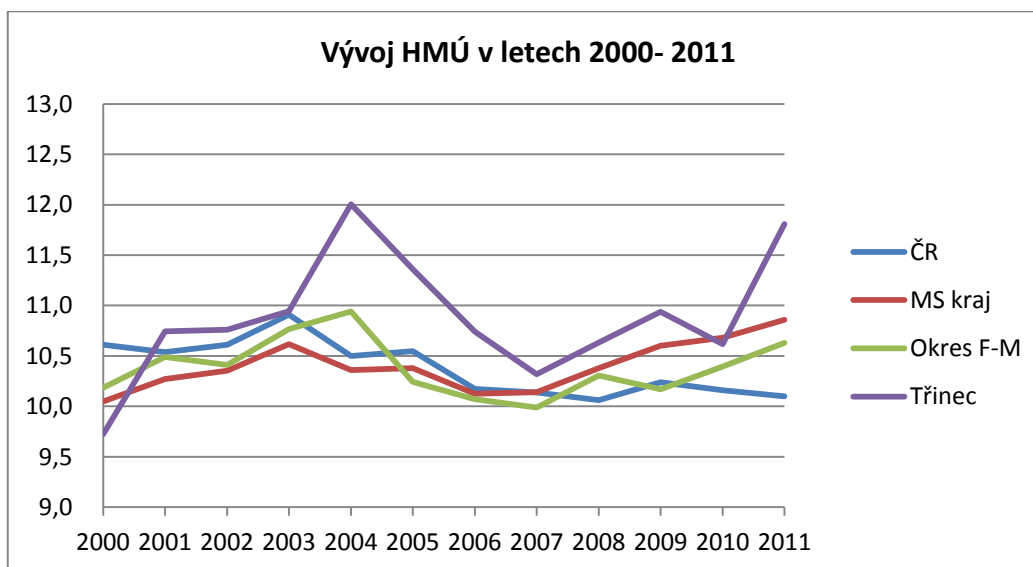
Obr. 9 Střední délka života při narození v roce 2011

Zdroj: ÚZIS, 2013; Vlastní zpracování v programu ArcGis 9.3

5.3.3. Hrubá míra úmrtnosti

Mezi další význačné ukazatele úrovně zdravotního stavu obyvatelstva patří také hrubá míra úmrtnosti, která je definována jako počet zemřelých připadajících na 1000 obyvatel středního stavu. V následujícím grafu můžeme sledovat srovnání vývoje hrubé míry úmrtnosti v městě Třinec a ostatních územních jednotkách v letech 2000 – 2011. Tendence průběhu vývoje hrubé míry úmrtnosti je v Třinci na rozdíl od okresu Frýdek – Místek, Moravskoslezského kraje a České republiky výrazně vyšší. Nejvyšší rozdíly

byly zaznamenány v letech 2003–2005, konkrétně v roce 2004 hodnota hrubé míry úmrtnosti převyšuje až o 1,5 nad celorepublikovým průměrem.



Obr. 10 Vývoj HMÚ ve vybraných územních jednotkách
Zdroj: ČSÚ 2013, vlastní výpočty

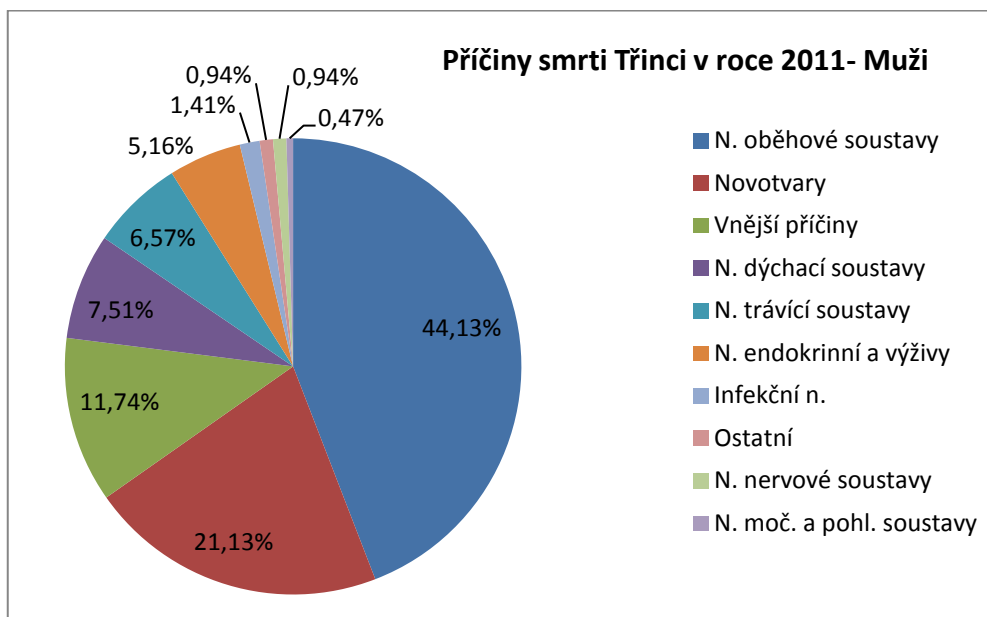
5.3.4. Zemřelí a úmrtnost podle příčin smrti

Významným a velmi výmluvným ukazatelem zdravotního stavu obyvatel je dále úmrtnost podle příčin smrti, která celkový počet úmrtí procentuálně rozděluje na základě jednotlivých příčin úmrtí.

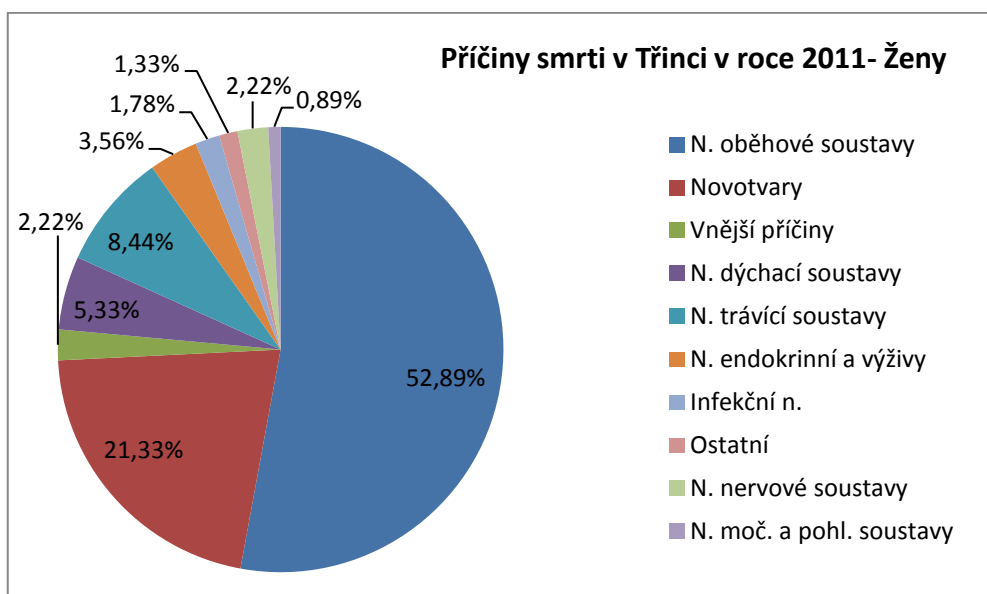
Příčiny smrti jsou obecně definovány jako „všechny choroby, chorobné stavy nebo úrazy, které buď vedly ke smrti, nebo k ní přispěly, a okolnosti nehody nebo násilí, které takové úrazy přivodily” (Demografie, 2009). Tento ukazatel nám mimo jiné, tedy umožňuje posoudit, na která onemocnění jsou jednotlivé populace náchylné.

Ve vývoji struktury úmrtnosti podle příčin smrti nedochází jak v celé České republice, Moravskoslezském kraji, tak v městě Třinci k žádným zásadním změnám. V roce 2011 v Třinci umírají obě pohlaví v nejvyšší míře na nemoci oběhové soustavy, (muži 44,1%, ženy 52,9 % všech úmrtí), kterých je v případě žen téměř o 9 % více než u mužů. Druhou nejčastější příčinou smrti jsou pro muže i ženy novotvary (muži 21,1 %, ženy 21,3 %). V této oblasti je úmrtnost u obou pohlaví téměř vyrovnaná. Na třetím místě u mužů jsou nejčastějšími důvody úmrtí vnější příčiny, jako poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin, které představují 11,7 % všech úmrtí u mužů. Ve srovnání se ženami, kterých na vnější příčiny umírá 2,22 %, je to téměř 10% rozdíl, což je přirozeně spojeno s rizikovějším povoláním a pracovním prostředím mužů. Naopak třetí

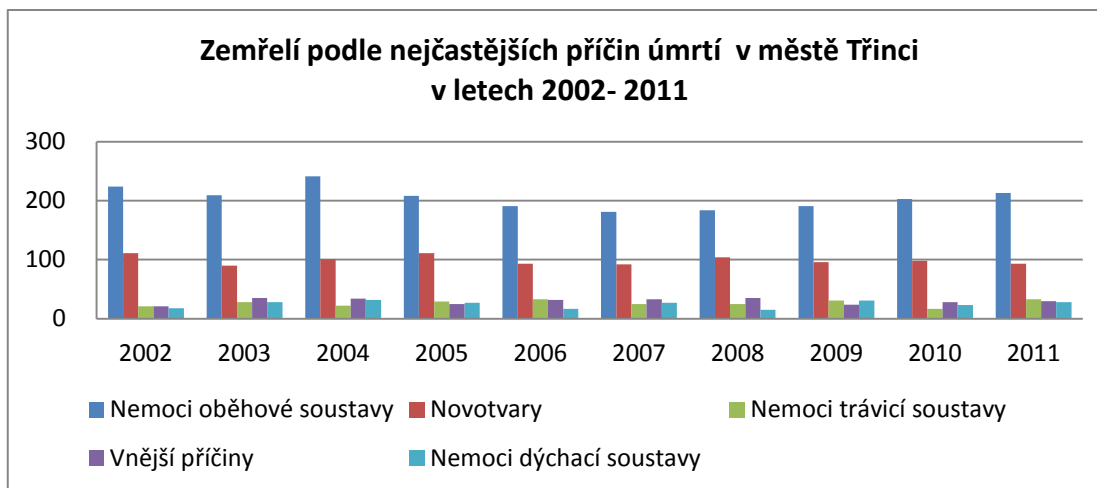
nečastější příčinou úmrtí žen představují nemoci trávicí soustavy, které činí 8,44 %. Další poměrně významnou příčinou úmrtí u mužů jsou onemocnění dýchací soustavy (7,51%), které dokonce o 1,5 procentních bodů převyšují jak průměr v celém Moravskoslezském kraji (6,49 %), tak celorepublikový průměr (6,49 %), (ÚZIS, 2011). Vyšší počet úmrtí následkem onemocnění dýchacích cest je v městě Třinci pravděpodobně vyvolán v důsledku znečištění ovzduší této průmyslové oblasti.



Obr. 11 Příčiny smrti v městě Třinci v roce 2011- Muži
Zdroj: ÚZIS; vlastní zpracování



Obr. 12 Příčiny smrti v městě Třinci v roce 2011- Ženy
Zdroj: ÚZIS; vlastní zpracování



Obr. 13 Zemřelí podle příčin úmrtí v městě Třinci v letech 2002-2011

Zdroj: ČSÚ, 2013, vlastní zpracování

5.3.5. Živě narození s vrozenou vadou

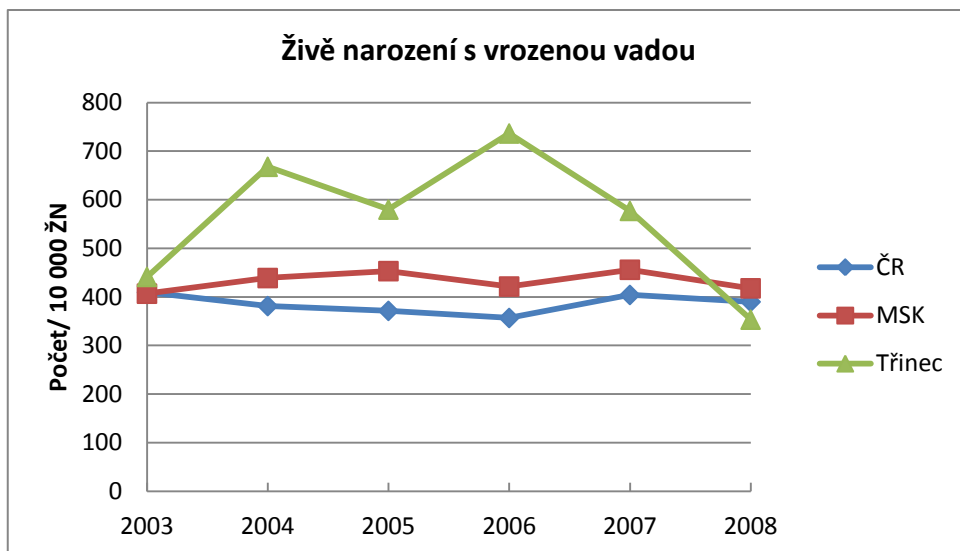
Úkazem vlivu znečištěného a prašného prostředí na lidské zdraví může být také počet živě narozených s vrozenou vadou. Dlouhodobá expozice může mít velmi vážný dopad na plod dítěte a jeho vývojové vady. Analýzy znečištění ovzduší, zveřejněné na webu cenia.cz ukazují, že zejména v zimních měsících dochází k překročení měsíčních průměrů $> 40 \mu\text{g}/\text{m}^3$ PM10 a $> 15 \text{ng}/\text{m}^3$ karcinogenních PAU, které dle předchozích zjištění mohou nepříznivě ovlivňovat výsledky těhotenství zvýšením výskytu nitroděložní růstové retardace (Státní zdravotní ústav, 2004).

Živě narození s vrozenou vadou byli sledováni v období od roku 2003- 2008. Aktuálnější data za město Třinec nebyla k dispozici. I přesto je možné, udělat si o vývoji živě narozených alespoň představu. Z následujícího grafu je již na první pohled patrné, že počet živě narozených s vrozenou vadou na 10 000 živě narozených v městě Třinci dlouhodobě výrazně převyšuje celorepublikový průměr a také průměr v MSK. Od roku 2006 byla ovšem zaznamenána klesající tendence a v roce 2008 již bylo živě narozených s vrozenou vadou méně než v celém MSK i České republice.

Tab. 3 Živě narození s vrozenou vadou na 10 000 živě narozených

Rok	ČR	MSK	Třinec	Třinec abs.
2003	409,6	406,9	441,4	20
2004	381,4	439,1	668,1	32
2005	371,5	453,3	580	29
2006	356,9	421,6	736,6	40
2007	404,3	456,1	577,3	31
2008	390,1	417,9	353,5	21

Zdroj: Krajská hygienická stanice MSK, 2011



Obr. 14 Živě narození s vrozenou vadou
Zdroj: Krajská hygienická stanice MSK, 2011

5.4 Zdravotní stav obyvatel

Vedle demografických ukazatelů, utvářejících určitou představu o kvalitě života v oblasti zdraví obyvatel města Třince, jsou zde také dílčí informace o jejich zdravotním stavu. Zdravotní stav je definován nejen fyzickými, ale také psychickými a sociálními charakteristikami kvality života. Bezpodmínečně právě zdravotní stav jedince v největší míře ovlivňuje kvalitu jeho života. V objektivním měřítku můžeme tedy na základě zhodnocení zdravotního stavu obyvatel zkoumat úroveň kvality života a zdraví ve městě.

Hodnocení zdravotního stavu třinecké populace se v této části práce zaměřuje především na nemocnost a vychází ze zpracování výkazů o činnosti zdravotnických zařízení a šetření v rámci Národního zdravotnického informačního systému ÚZIS. Mezi důležité ukazatele zdravotního stavu patří zejména příčiny hospitalizace, výskyt zhoubných novotvarů, pohlavních nemocí a závažných infekčních nemocí, dále zde byla zařazená dispenzarizovaná onemocnění pacientů evidované u praktického lékaře v alergologických ordinacích, duševní onemocnění a psychiatrická vyšetření v ambulancích a další. Pro účel této práce budou analyzovány také ty ukazatelé, které by mohly být do určité míry podmíněny právě průmyslovým prostředím města Třince, jako jsou například akutní respirační onemocnění, léčení pacienti na alergická onemocnění, astma a další.

5.4.1. Hospitalizovaní v nemocnicích podle příčin hospitalizace

V roce 2011 bylo ve všech nemocnicích v celé České republice hospitalizováno celkem 9 392 pacientů s trvalým bydlištěm v městě Třinci. Z tohoto počtu hospitalizovaných představují 43,1 % muži a 56,9 % ženy. Od roku 2005, klesl celkový počet hospitalizovaných o 571 hospitalizovaných, tedy přibližně o 6 %.

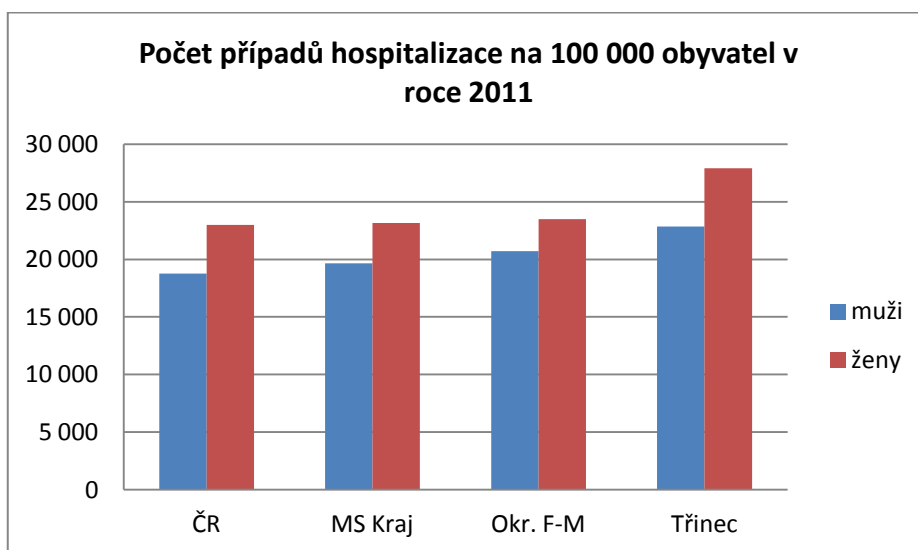
Co se týče průměrné ošetrovací doby v roce 2011, muži byli ošetřováni v průměru 5,86 dní. Ošetrovací doba žen trvala v průměru o 0,44 dne kratší dobu tedy 6,3 dní. Průměrná doba ošetření za obě pohlaví od roku 2005 poměrně výrazně poklesla a to celkem o 1,31 dne.

Tab. 4 Počet případů hospitalizace a průměrná ošetrovací doba obyvatel města Třince

Rok	Počet případů hospitalizace			Průměrná ošetrovací doba ve dnech		
	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy
2011	9 392	4 119	5 273	6,11	5,86	6,30
2010	9 661	4 222	5 439	6,41	6,15	6,62
2005	9 963	4 366	5 597	7,42	7,05	7,71

Zdroj: ÚZIS, 2013; vlastní zpracování

V přepočtu na 100 000 obyvatel bylo ve srovnání s ostatními sledovanými územními jednotkami v roce 2011 nejvíce případů hospitalizace zaznamenáno za muže i ženy v městě Třinci. Nejvíce hospitalizovaných vůbec bylo žen a to téměř 28 000 na 100 000 obyvatel. Nejmenší počet hospitalizací jak za muže, tak za ženy vykazuje Česká republika jako celek, jejíž počet hospitalizovaných je ovšem srovnatelný s Moravskoslezským krajem i s okresem Frýdek-Místek.

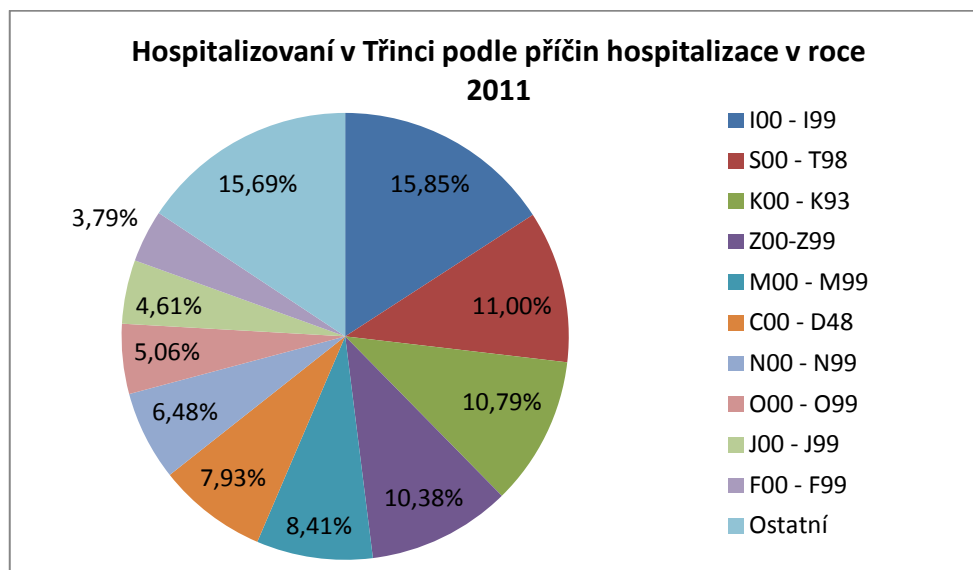


Obr. 15 Počet případů hospitalizace na 100 000 obyvatel v roce 2011

Zdroj: ÚZIS, 2011; vlastní zpracování

V rámci Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR vychází každoročně zdravotnické ročenky, kde jsou mimo jiné také uvedeny jednotlivé příčiny hospitalizace obyvatel. Tyto příčiny jsou klasifikovány v rámci MKN-10 (mezinárodní klasifikace nemocí), přičemž každá z nich má své specifické označení.

Z hlediska počtu případů byli pacienti s trvalým bydlištěm v městě Třinec v roce 2011, podobně jako u příčin úmrtí, nejčastěji hospitalizováni převážně pro nemoci oběhové soustavy (16,85 %). Jednalo se zejména o různé formy srdečního onemocnění, cévní nemoci mozku, akutní a pokračující infarkt myokardu, primární hypertenze a další. Na druhém místě v celkovém počtu hospitalizovaných jsou nejčastější příčinou poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin (11,0 %). Třetí nejčastější příčinou hospitalizace jsou opět stejně jako u úmrtnosti nemoci trávicí soustavy (10,79 %). Nejčastěji jsou u onemocnění trávicí soustavy diagnostikovány kýly, žlučové kameny, akutní zánět slinivky břišní a žaludeční vředy. Dalšími důvody hospitalizace jsou také faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami (10,38 %), nemoci svalové a kosterní soustavy, zejména páteře a v neposlední řadě také novotvary, kterým bude pozornost věnována podrobněji v následující podkapitole.



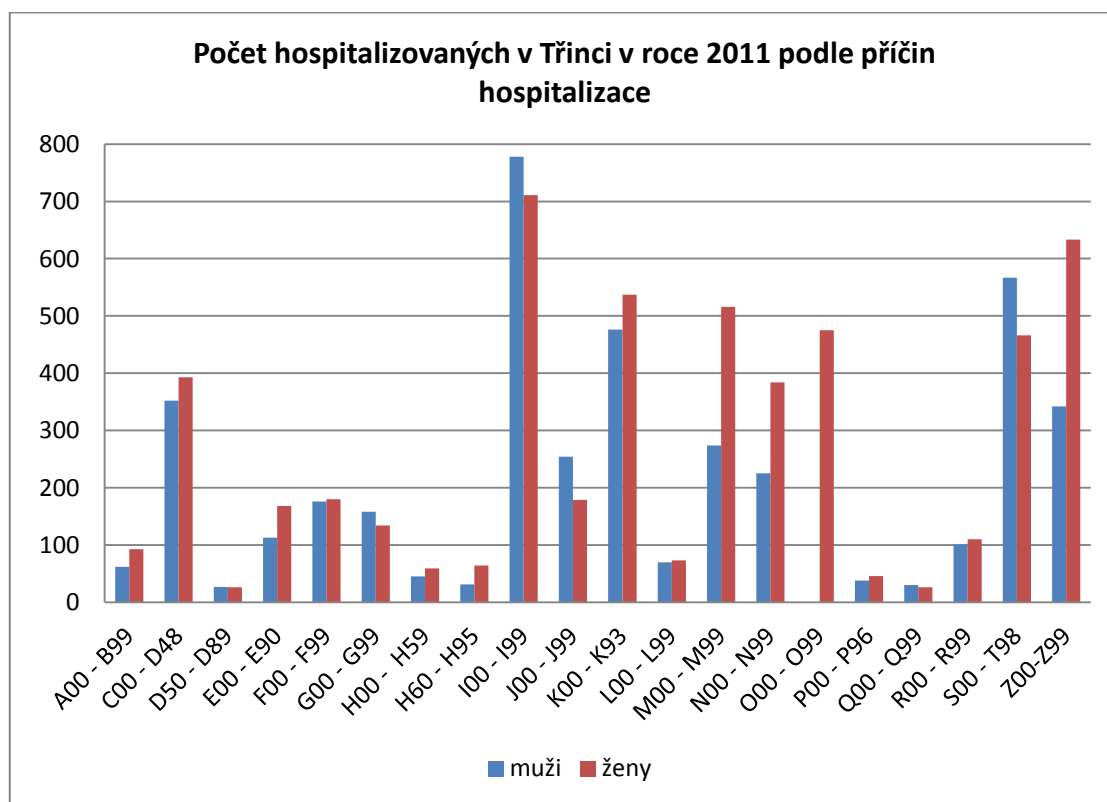
Obr. 16 Hospitalizovaní podle příčin hospitalizace v roce 2011¹²

Zdroj: ÚZIS, 2011; vlastní zpracování

¹ Ve všech nemocnicích v celé ČR, s bydlištěm v městě Třinec

² Slovní označení skupin diagnóz (MKN-10) je uvedeno v podkapitole 2.2. Metodika práce (str. 12-13)

Mezi muži a ženami se mnohdy v rámci jednotlivých skupin diagnóz objevují značné rozdíly v počtu případů hospitalizace. Zejména se jedná o faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami (Z00–799), které jsou u žen téměř dvojnásobně vyšší než u mužů. Mezi tyto faktory patří především celková prohlídka a vyšetření osob bez obtíží nebo uvedené diagnózy či jiné speciální prohlídky a vyšetření osob bez obtíží nebo uvedené diagnózy, lékařské pozorování a hodnocení pro podezření na nemoci a patologické stavy a další. Výraznou převahu mají ženy také v oblasti nemocí svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně (M00–M99) a to téměř o 250 případů hospitalizace. Jedná se zejména o artrózy a deformující a jiné dorzpatie plotének. Dále také nemoci močové a pohlavní soustavy. Naopak muži jsou častěji než ženy hospitalizováni především na nemoci oběhové (I00–I99, téměř 800 případů) a dýchací soustavy a dále také, jak již bylo výše zmíněno, zejména vzhledem k rizikovějším povoláním a pracovním prostředím na vnější příčiny.



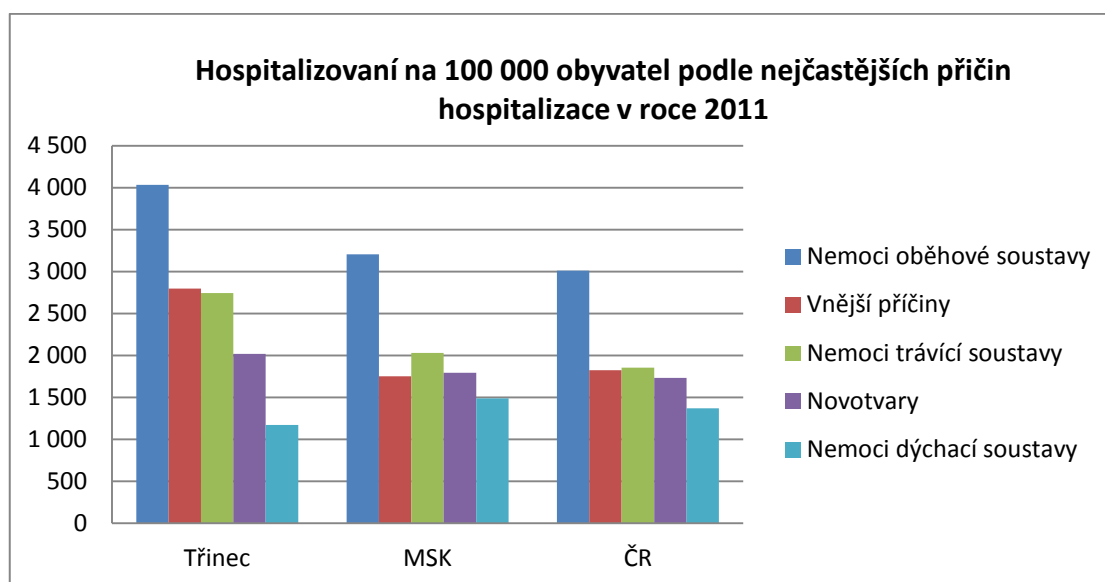
Obr. 17 Počet hospitalizovaných v Třinci v roce 2011 podle příčin hospitalizace³⁴

Zdroj: ÚZIS, 2011; vlastní zpracování

³ Ve všech nemocnicích v celé ČR, s bydlištěm v městě Třinci

⁴ Slovní označení skupin diagnóz (MKN-10) je uvedeno v podkapitole 2.2 Metodika práce (str. 12- 13)

Rozdíl mezi městem Třinec a ostatními sledovanými územními jednotkami je ve srovnání počtu hospitalizovaných na 100 000 obyvatel podle nejčastějších příčin hospitalizace v roce 2011 na první pohled patrný. Nejzřetelnější rozdíly jsou především v oblasti onemocnění oběhové soustavy, která je u všech ÚJ v počtu případů hospitalizace na prvním místě, ovšem Třinec z hlediska počtu případů hospitalizací na tuto skupinu diagnóz jak nad Moravskoslezským krajem, tak nad celou Českou republikou výrazně převyšuje a to téměř o 1000 případů. Zatímco v Třinci jsou druhým nejčastějším důvodem hospitalizace vnější příčiny, které rovněž výrazně převyšují ostatní sledované územní jednotky, v Moravskoslezském kraji a v České republice druhé místo zaujímají nemoci trávicí soustavy. Třetí místo v těchto ÚJ mají Novotvary, které jsou v případě Třince až na místě čtvrtém, přičemž je to jediná skupina diagnóz, kde má Třinec ve srovnání se MSK a ČR případů hospitalizace méně.



Obr. 18 Hospitalizovaní na 100 000 obyvatel podle vybraných příčin hospitalizace v roce 2011
Zdroj: ÚZIS, 2011; vlastní zpracování

5.4.2. Zhoubné novotvary

Incidence zhoubných nádorů (tj. počet nových onemocnění v daném roce na 100 000 obyvatel trvale žijících v daném regionu), je na regionální (okresní) úrovni hodnocena od roku 1980 a na krajské a celostátní úrovni od roku 1995. Zhoubné novotvary představují pro lidstvo poměrně velké zdravotní riziko, které dnes obecně zaznamenává rostoucí počet hlášených případů onemocnění. Tento rostoucí trend lze vysvětlit zejména stárnutím populace (stoupá průměrný věk resp. střední délka života při narození). Právě totiž věk je hlavním rizikovým faktorem zhoubného bujení. Dalšími

příčinami je zvýšený výskyt fyzikálních a chemických kancerogenů, který je zapříčiněn rostoucím znečištěním životního prostředí a také paradoxně zlepšená diagnostika zhoubných novotvarů a celková úroveň kvality lékařské péče, která umožňuje stále většímu počtu osob dožít se vyššího věku, kdy je přirozeně riziko nádorového onemocnění nejvyšší. Nutno dodat, že úmrtnost, přes míru incidence, díky zvyšující se kvalitě lékařského ošetření a lepší organizaci protinádorové léčby (vznik Komplexních onkologických center v roce 2005) a také díky časnější diagnostice ZN, klesá (ÚZIS, 2013).

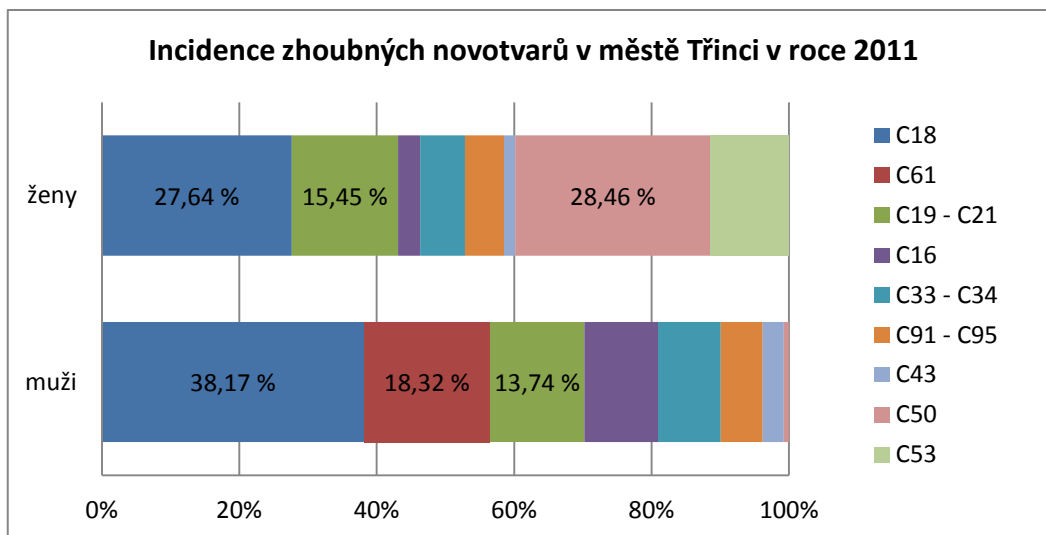
V městě Třinci bylo v roce 2011 na novotvary ošetřeno celkem 745 obyvatel, přičemž z celkového počtu hospitalizovaných pacientů činily 81 % zhoubné novotvary. Ze všech hlášených případů bylo 47,3 % případů mužů a 53,7 % žen. V případě mužů byly v počtu onemocnění na zhoubné novotvary na prvním místě ZN tlustého střeva (38, 17 %). U žen bylo nejvíce hospitalizovaných na zhoubné novotvary prsu (28,46 %). Početně druhým nejzávažnějším onemocněním u mužů byly zhoubné novotvary prostaty, které činily 18,32 % všech zaznamenaných případů zhoubných novotvarů. Zatímco u žen byly na druhém místě zhoubné novotvary tlustého střeva (ženy 27,64 %). Třetím nejpočetnějším onemocněním u obou pohlaví byly zhoubné novotvary rektosigmoideálního spojení konečníku, řiti, a řitního kanálu (muži 13,74 %, ženy 15,45 %). Poměrně významné procento u žen představovaly také novotvary hrdla děložního (11 %).

Tab. 5 Incidence sledovaných novotvarů v městě Třinci⁵

Kód diagnózy (MKN-10)	muži	ženy	celkem
C16	77,7	21,2	48,8
C18	277,4	179,9	227,5
C19 –C21	99,9	100,5	100,2
C33 – C34	66,6	42,3	54,2
C43	22,2	10,6	16,3
C50	5,5	185,2	97,5
C53	0,0	74,1	37,9
C61	133,2	0,0	65,0
C91 –C95	44,4	37,0	40,6
D10 –D36	183,1	444,5	316,9
C00 –D48	1953,2	2079,7	2017,9

Zdroj: ÚZIS, 2011

⁵ Slovní označení kódu diagnóz (MKN-10) je uvedeno v podkapitole 2.2 Metodika práce (str. 12-13)



Obr. 19 Incidence zhoubných novotvarů v městě Třinci v roce 2011

Zdroj: ÚZIS, 2011; vlastní zpracování

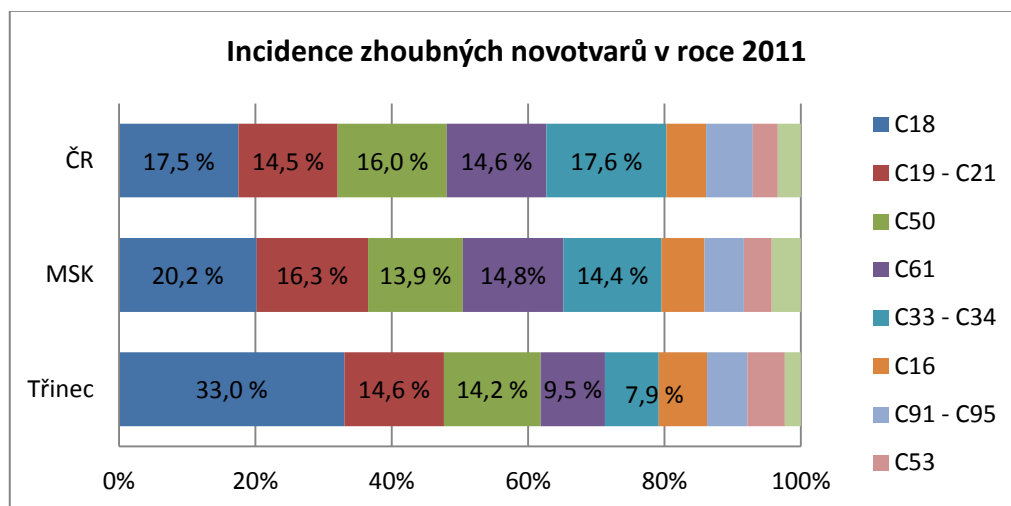
Co se týče srovnání incidence sledovaných zhoubných novotvarů v České republice, Moravskoslezském kraji a Třinci v roce 2011, existují zde určité odlišnosti. Nejvýraznější rozdíl mezi Třincem a ostatními územními jednotkami můžeme zaznamenat zejména u zhoubných novotvarů tlustého střeva, které v Třinci i v Moravskoslezském kraji představují nejpočetnější skupinu hospitalizovaných zhoubných novotvarů. V městě Třinec incidence na toto onemocnění, představuje celkem 33 % všech zhoubných nádorových onemocnění, přičemž tak převyšuje o více než 15 procentních bodů nad celorepublikovým průměrem, a o 13 procentních bodů nad MS krajem. V celé České republice je tento zhoubný novotvar v počtu hospitalizovaných až na druhém místě. Početně nejrozšířenějším zhoubným novotvarem jsou zde zhoubné novotvary průdušnic, průdušek a plíce, kde můžeme ve srovnání s Třincem rovněž sledovat značný rozdíl. Na tento druh onemocnění v České republice trpí celkem 17,6 % všech hospitalizovaných na zhoubné novotvary, což je téměř o 10 procentních bodů více než v městě Třinec. Ani v Moravskoslezském kraji toto procento není tak vysoké. Na třetím místě v počtu hospitalizovaných se v České republice umístily zhoubné novotvary prsu, které představují celkem 16,0 % všech zhoubných novotvarů. Třinec i Moravskoslezský kraj je v porovnání s Českou republikou v tomto onemocnění pod jejím průměrem. Poměrně výrazný rozdíl lze zaznamenat také v případě zhoubných novotvarů prostaty, kde se Třinec opět nachází jak pod celorepublikovým průměrem, tak pod průměrem Moravskoslezského kraje. Pro Moravskoslezský kraj představují zhoubné novotvary prostaty po zhoubných

novotvarech rektosigmoideálního spojení konečníku, řiti a řitního kanálu třetí početně nejvýznamnější rakovinové onemocnění.

Tab. 6 Incidence sledovaných novotvarů v roce 2011⁶

Kód diagnózy (MKN - 10)	Třinec	MSK	ČR
C16	48,8	37,3	34,5
C18	227,5	120,1	103,8
C19–C21	100,2	97,2	86,1
C33–C34	54,2	85,8	104,2
C43	16,3	25,5	20,1
C50	97,5	82,7	94,8
C53	37,9	24,2	21,6
C61	65,0	87,8	86,3
C91–C95	40,6	34,6	40,6
D10–D36	316,9	319,0	322,9
C00–D48	2017,9	1792,7	1733,9

Zdroj: ÚZIS, 2011



Obr. 20 Incidence zhoubných novotvarů v roce 2011

Zdroj: ÚZIS, 2011

5.4.3. Alergická onemocnění

Vzhledem k výše uvedeným problémům spojeným s vlivem průmyslu, zvýšením dopravy a prašnosti na kvalitu ovzduší v městě Třinci, je vhodné věnovat pozornost také alergickým onemocněním místních obyvatel. Právě alergická onemocnění jsou v otázce kvality života a životního prostředí poměrně významným ukazatelem.

⁶ Slovní označení kódu diagnóz (MKN-10) je uvedeno v podkapitole 2.2 Metodika práce (str. 12-13)

Počet alergických onemocnění byl sledován v letech 2003–2009 (aktuálnější údaje nejsou k dispozici).

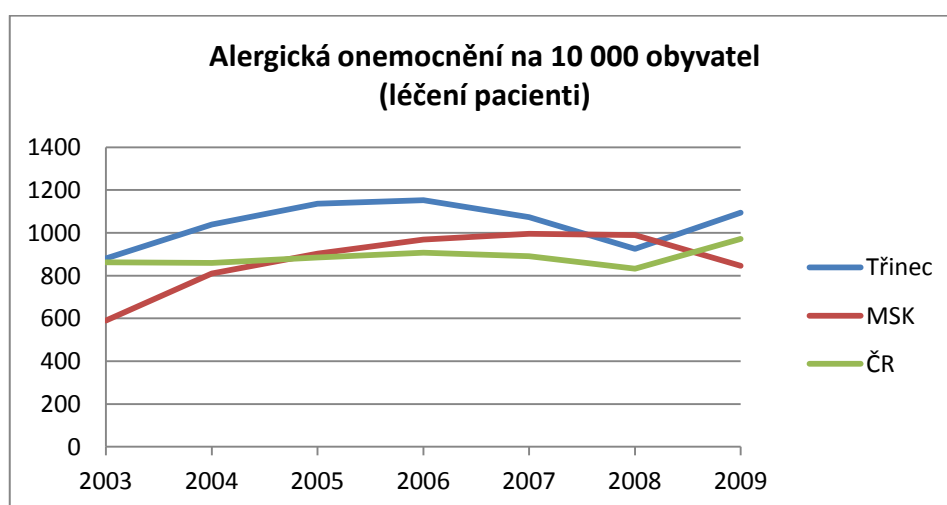
V případě města Třince zaznamenáváme, ve srovnání s celou Českou republikou a Moravskoslezským krajem v období od roku 2003–2007, výrazně vyšší výskyt těchto onemocnění. Od roku 2005, je v počtu alergických onemocnění nad celorepublikovým průměrem také Moravskoslezský kraj, který do roku 2008, zaznamenával rostoucí tendenci. V roce 2008 byl počet alergických onemocnění v městě Třinci, ve srovnání se MSK, nižší. Od roku 2008 však počet alergických onemocnění v MSK opět klesl nejen pod úroveň města Třince, ale také pod úroveň průměru celé České republiky.

Za sledované období Město Třinec vykazovalo do roku 2006 rostoucí tendenci případů alergických onemocnění, Od roku 2006 tento počet klesl až na nejnižší hodnotu 924,7 případů na 100 000 obyvatel, ovšem v roce 2009 tento počet opět vzrostl. Do budoucna lze předpokládat, že se tento počet onemocnění bude stále zvyšovat.

Tab. 7 Alergická onemocnění na 10 000 obyvatel (léčení pacienti)

Rok	Třinec	MSK	ČR
2003	880,9	590,2	861,8
2004	1039,3	809,5	859,3
2005	1136,8	902,9	885,5
2006	1152,8	969,3	907,2
2007	1073,3	996,0	890,3
2008	925,7	989,2	832,3
2009	1094,0	846,5	972,0

Zdroj: Krajská hygienická stanice Moravskoslezského kraje, 2012



Obr. 21 Alergická onemocnění na 10 000 obyvatel v letech 2003-2009

Zdroj: Krajská hygienická stanice Moravskoslezského kraje, 2011

5.4.4. Dispenzarizovaní pacienti pro vybranou diagnózu⁷

V následující tabulce byly v roce 2011 sledovány vybrané diagnózy za okresy Moravskoslezského kraje, které mohou být nějakým způsobem spojeny či ovlivněny právě prostředím znevýhodněným znečištěným ovzduším. Jedná se především o astma, pollinosis (pylová alergie či senná rýma), stálou alergickou rýmu nebo atopickou dermatitidu. I přesto, že záznamy nebyly vedeny pro nižší územní jednotky, jako jsou obce, pro srovnání a představu by nám měla postačit data sledovaná za okres Frýdek – Místek.

Podkladem pro astma je chronický zánět průdušek, který zvyšuje reaktivitu dýchacích cest na četné podněty jako infekce, emoce, fyzická námaha či zevní vlivy, prach nebo znečištěné ovzduší. V počtu dispenzarizovaných pacientů pro astma v okrese Frýdek-Místek, ve srovnání s ostatními okresy nebyly zaznamenány výrazně vyšší hodnoty. Po Bruntálu a Opavě byl Frýdek-Místek až na třetím místě od konce v počtu pacientů. Ve srovnání s Českou republikou byl počet pacientů sice o něco vyšší ovšem stále poměrně výrazně pod průměrem Moravskoslezského kraje.

Relativně jiná situace je u diagnózy Pollinosis. Spouštěčem pylové alergie spouštěčem mohou být genetické faktory, ale také vnější vlivy, které napomáhají jejím projevu. Kromě přímého kontaktu s pylem mohou alergii negativně ovlivňovat také kouření, zvýšená chemizace, stres a v neposlední řadě prašné prostředí a exhalace, které jak už bylo výše zmíněno, narušují pylová zrna, která následně uvolňují větší množství alergenů, čímž se zvyšuje riziko rozvoje alergie. Z následujícího grafu je již na první pohled patrné, že je ve Frýdku - Místku z vybraných diagnóz nejpočetnější právě pylová Alergie, která velmi výrazně převyšuje nad všemi sledovanými územními jednotkami a to až s 602 případy na 10 000 obyvatel. Lze předpokládat, že k tomuto číslu nepochybně přispívá také město Třinec, jež je součástí okresu. Ve srovnání s Českou republikou jde o téměř dvojnásobek.

Další diagnózou, ve které počet pacientů v okrese Frýdek – Místek výrazně převyšuje nad ostatními okresy Moravskoslezského kraje a také nad Českou republikou je atopická dermatitida. Ta bývá často doprovázena také jinými alergickými onemocněními, jako jsou astma bronchiale, senná rýma, alergické záněty spojivek, kopřivka, aj. což je označováno jako atopický syndrom. Atopická dermatitida má

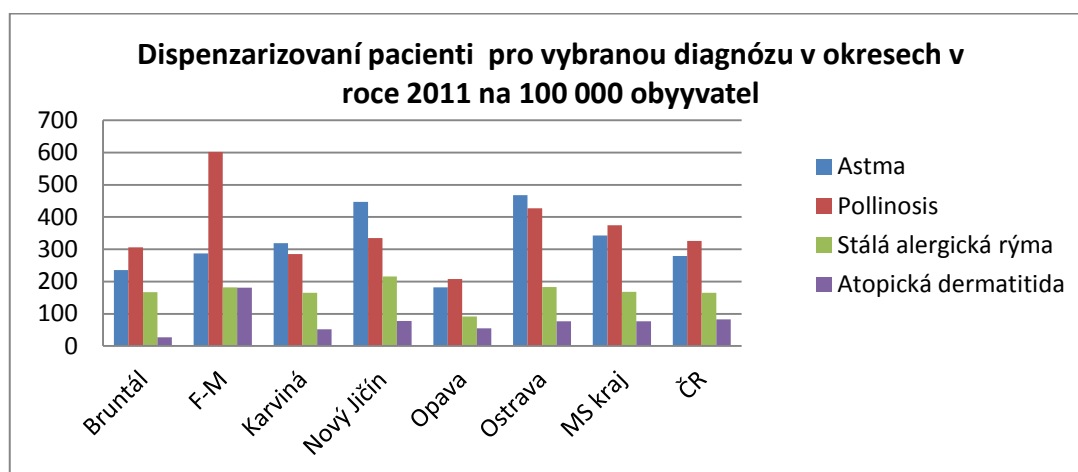
⁷ **Dispenzarizace** je aktivní preventivní vyhledávání, vyšetřování, pravidelné léčení a sociální sledování osob s určitou nemocí nebo rizikovým znakem po dobu ohrožení či trvání nemoci nebo až do jejího vyléčení (Krajská hygienická stanice Moravskoslezského kraje, 2013)

dlouhodobý průběh s opakovanými novými záněty (Velký lékařský slovník, 2012). V okrese Frýdek- Místek je počet pacientů léčených na toto onemocnění ve srovnání s Moravskoslezským krajem celkem o 104 případy na 10 000 obyvatel vyšší. V porovnání s Českou republikou je o 99 případů nad celorepublikovým průměrem.

Tab. 8 Dispenzarizovaní pacienti pro vybranou diagnózu v okresech v roce 2011 na 10 000 obyvatel

ÚJ	Astma	Pollinosis	Stálá alergická rýma	Atopická dermatitida
Bruntál	235,75	306,03	166,72	27,61
Frýdek-Místek	287,42	602,02	181,68	181,26
Karviná	318,88	285,15	165,62	51,96
Nový Jičín	447,37	335,17	215,8	78,11
Opava	182,42	208,16	91,49	55,03
Ostrava	467,54	426,81	182,93	77,04
MS kraj	343,06	374,63	168,65	77,04
ČR	279,1	325,49	164,74	82,71

Zdroj: ÚZIS, *Alergologie a klinická imunologie*, 2011



Obr. 22 Dispenzarizovaní pacienti pro vybranou diagnózu v okresech v roce 2011 na 10 000 obyvatel

Zdroj: ÚZIS, *Alergologie a klinická imunologie*, 2011

5.4.5. Duševní onemocnění a psychiatrická vyšetření v ambulantní péči

Součástí kvality života a zdraví je rovněž psychická a duševní stránka člověka. Proto je důležité zhodnotit v rámci této části práce také duševní a psychický stav obyvatelstva města Třince.

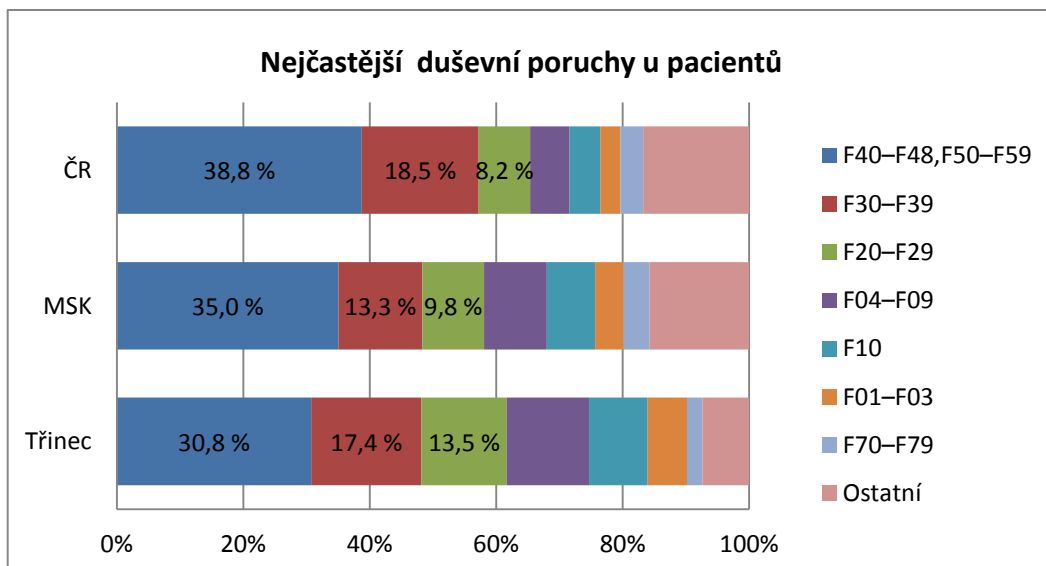
Na odděleních a pracovištích psychiatrie bylo v roce 2011 provedeno celkem 19 700 vyšetření u 4 087 obyvatel města Třince. Z celkového počtu pacientů představovaly

56,7 % ženy. Počet psychiatrických vyšetření na 100 000 obyvatel bylo v městě Třinec provedeno celkem 53 360, což je ve srovnání s Moravskoslezským krajem (22 591) i Českou republikou (26 667) velmi významný rozdíl. V roce 2011 bylo v Třinci zjištěno celkem 1244 nových případů (tj. poprvé v životě pacienta). Nejčastějšími poruchami u pacientů obecně byly neurotické poruchy (30,8 %), na které v Třinci trpělo celkem 3405 pacientů na 100 000 obyvatel, což je ve srovnání s moravskoslezským krajem (1 692) a Českou republikou (2054) výrazný nadprůměr. Procentuální zastoupení neurotických poruch ve srovnání s ostatními územními jednotkami bylo ovšem nižší, než je průměr za Moravskoslezský kraj (35 %) a Českou republiku (38,8 %). Druhou nejpočetněji zastoupenou duševní poruchou v městě Třinci byly efektivní poruchy, neboli poruchy nálady (17,4 %), kterých však bylo zaznamenáno téměř o jedno procento méně, než vykazoval průměr za celou ČR, ovšem o 4,1 % více než v Moravskoslezském kraji. Na třetím místě byly ve všech třech sledovaných územních jednotkách nejpočetnější poruchy schizotypální, schizofrenie a poruchy s bludy, které v Třinci představovaly 13,5 % všech duševních a psychických poruch (ČR 8,2 %; MSK 9,8 %).

Tab. 9 Duševní onemocnění a psychiatrická vyšetření v ambulantní péči

Kód diagnózy	Absolutně			Na 100 000 obyvatel		
	Třinec	MSK	ČR	Třinec	MSK	ČR
Počet vyšetření	19700	278468	2799199	53360,1	22591,4	26667,5
Počet léčených pacientů	4087	59529	556456	11070,2	4829,4	5301,3
F40–F48, F50–F59	1257	20859	215634	3404,8	1692,2	2054,3
F30–F39	711	7891	102671	1925,8	640,2	978,1
F20–F29	553	5835	45519	1497,9	473,4	433,7
F04–F09	531	5906	34527	1438,3	479,1	328,9
F10	378	4525	26971	1023,9	367,1	256,9
F01–F03	256	2692	17955	693,4	218,4	171,1
F70–F79	99	2455	19949	268,2	199,2	190,1
F60–F63, F68, F69	67	2243	26436	181,5	182,0	251,9
F11–F19	62	2030	17598	167,9	164,7	167,7
F64–F66	14	173	3168	37,9	14,0	30,2
F00	12	1438	14932	32,5	116,7	142,3
F80–F98	12	3511	27339	32,5	284,8	260,5
F99	5	30	1543	13,5	2,4	14,7

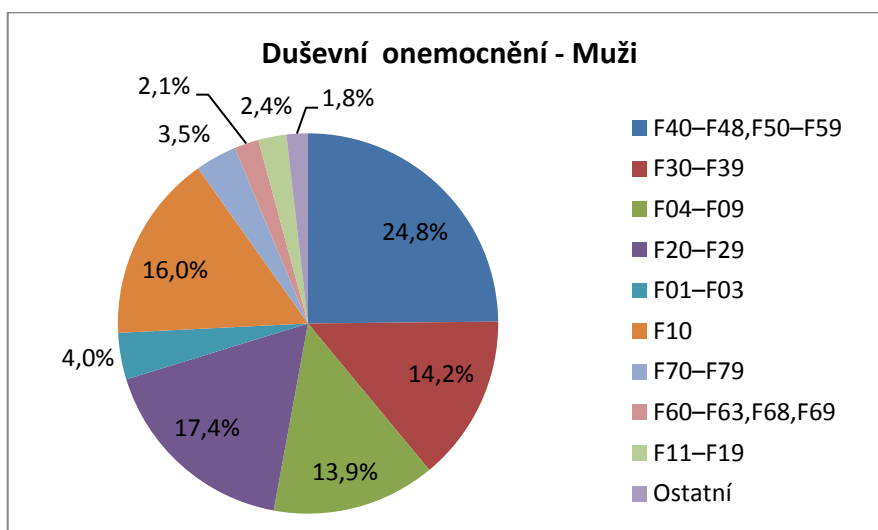
Zdroj: ÚZIS



Obr. 23 Nejčastější duševní poruchy pacientů

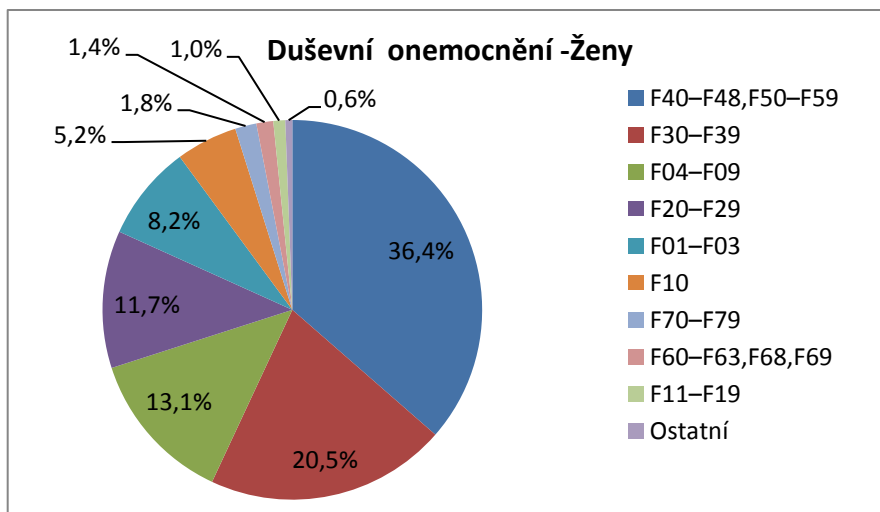
Zdroj: ÚZIS, 2011

Srovnáme-li jednotlivá duševní onemocnění v Třinci mezi muži a ženami, zjistíme, že také zde existují patrné rozdíly. U obou pohlaví mají největší procentuální zastoupení neurotické poruchy, přičemž, u žen je výrazně vyšší a to o 11,6 procentních bodů (36,4 %). U žen jsou druhým nejčastějšími duševními onemocněními afektivní poruchy (20,5 %), které jsou u mužů až na čtvrtém místě. Druhé nejčastější duševní onemocnění u mužů jsou schizotypální poruchy, schizofrenie a poruchy s bludy (14,2 %). Třetím procentuálně nejčastějším onemocněním u žen jsou ostatní organické duševní poruchy (13,1 %). Naopak u mužů se jedná o duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu (16 %), které je na rozdíl od žen o více než 10 procentních bodů vyšší.



Obr. 24 Duševní onemocnění a poruchy chování v městě Třinec v roce 2001- Muži

Zdroj: ÚZIS, 2011



Obř. 25 Duševní onemocnění a poruchy chování v městě Třinec v roce 2001 - Ženy
Zdroj: ÚZIS, 2011

5.5 Zdravotnictví a zdravotnická zařízení

Úroveň kvality života a především tedy zdraví, je do jisté míry závislá také na kvalitě zdravotnické péče a úrovni zdravotnických zařízení. Současná společnost stále podléhá určitému stupni modernizace, se kterou jsou bezesporu spojeny také vyšší nároky na veškeré služby, zdravotnictví nevyjímaje. Kvalitní zdravotnictví na vysoké úrovni by mělo pacientům poskytnout jak efektivní způsob léčby a pomoci, tak minimalizovat rizika pro pacienta. Mělo by se především zasloužit o zlepšení jeho zdravotního stavu a uspokojit tak jeho potřeby v jakékoli oblasti zdravotních potíží.

Tab. 10 Vybrané údaje o zdravotnictví v městě Třinec v roce 2011

	počet
Nemocnice	3
Samostatná ordinace praktického lékaře pro dospělé	24
Samostatná ordinace praktického lékaře pro děti a dorost	5
Detašované pracoviště samostatné ordinace praktického lékaře pro děti a dorost	2
Samostatná ordinace praktického lékaře - stomatologa	24
Detašované pracoviště samostatné ordinace praktického lékaře - stomatologa	2
Samostatná ordinace praktického lékaře - gynekologa	2
Detašované pracoviště samostatné ordinace praktického lékaře - gynekologa	2
Samostatná ordinace lékaře specialisty	25
Detašované pracoviště samostatné ordinace lékaře specialisty	7
Ostatní samostatná zařízení	22
Detašované pracoviště ostatního samostatného zařízení	9
Zařízení lékárenské péče	11
Detašované pracoviště střediska záchranné služby a rychlé zdravotnické pomoci	1
Transfuzní stanice	1

Zdroj: ČSÚ

Město Třinec má celkem 3 nemocnice, přičemž každá plní jinou funkci. **Nemocnice Třinec o. p.** je akreditované zdravotnické zařízení, které poskytuje lůžkové i ambulantní zdravotní a ošetrovatelské péče. První pavilony byly uvedeny do provozu v roce 1958, kdy byla zahájena činnost na infekčním a tuberkulózním oddělení (Nemocnice Třinec p. o., 2013). Dnes má nemocnice celkem 14 oddělení a v roce 2011 nabízela celkem 369 lůžek (z toho 349 akutní péče). Z celkového počtu lůžek má nejvíce interní oddělení (72, z toho 6 JIP). Dále pak chirurgické oddělení (55), pediatrické oddělení (54, z toho 5 JIP a novorozenecké 13), neurologické oddělení (45, z toho 4 JIP), rehabilitační a fyzikální medicína (40), gynekologie (27, z toho 13 porodnice), ortopedické oddělení (24), ošetrovatelská péče (20), intenzivní péče (12), Anesteziologicko-resuscitační oddělení (5), ORL oddělení (4). Nemocnice Třinec v roce 2011 provedla celkem 17 444 hospitalizací z toho 17 241 v akutní péči s průměrnou ošetrovací dobou 5,7 dní. Průměrná ošetrovací doba v následné péči byla 35, 1. Lůžka byla využita celkem ve 275,4 dnech. U akutní péče připadlo celkem 5 lékařů a 1,3 zdravotních sester na průměrně obsazená lůžka za den (ÚZIS, 2011).

Druhým významným zdravotnickým zařízením v městě Třinec je **Nemocnice Podlesí a.s.** jejíž historie se datuje od roku 1895, kdy začala její výstavba. Impulsem pro vybudování této nemocnice bylo zejména četné množství úrazů spojené s hutní výrobou v Třineckých železárnách. Ty se od samého začátku existence této nemocnice podílely na jejím materiálním zabezpečení, a až do roku 1993 byly její součástí. Ovšem politické změny po roce 1989 vedly mimo jiné také ke změnám ve zdravotnictví a následně také k privatizaci nemocnice, která v roce 1993 zahájila provoz jako Nemocnice Podlesí a.s. Dnes je nemocnice členem skupiny AGEL a zároveň součástí sítě komplexních kardiiovaskulárních center MZ ČR. Poskytuje vysoce kvalifikovanou péči v léčbě kardiiovaskulárních onemocnění, která se specializuje především v oblasti kardiologie, kardiochirurgie, miniinvasivní chirurgie, cévní chirurgie a endovaskulární terapie (Nemocnice Podlesí a.s., 2013). Nemocnice má 4 oddělení s celkem 153 lůžky. Nejvíce lůžek nabízí kardiologické oddělení (65 z toho 10 JIP), dále chirurgické oddělení (42), kardiochirurgie (36 z toho JIP 20) a AR (10). V roce 2011 byla potřeba využití lůžek v 234,2 dnech a průměrná ošetrovací doba v akutní péči trvala 3,7 dní (ÚZIS, 2011).

V městě Třinci se dále nachází také privátní psychiatrická a psychosomatická klinika **CNS Centrum Třinec s.r.o.**, která poskytuje ústavní péči v oblasti psychiatrie a klinické psychologie a ambulantní péči v oblasti psychiatrie a sexuologie.

Tab. 11 Přehled zdravotnických zařízení

Nemocnice	Počet		Prům. obsaz. lůžka na 1 úvazek		Využití lůžek ve dnech	Prům. ošetř. doba
	lůžek	hospitaliz.	lékaře/den	sestry u lůžka/den		
Akutní péče						
Třinec, p. o.	349	17 241	5,0	1,3	270,9	5,7
Podlesí a.s.	153	9811	2,0	0,6	234,2	3,7
MSK celkem	5 959	243 970	3,9	1,1	251,2	6,2
Následná péče						
Třinec, p. o.	20	203	26,0	3,2	356,1	35,1
Podlesí a.s.	x	x	x	x	x	x
MSK celkem	323	2 330	24,9	1,6	301,6	41,8
Péče celkem						
Třinec, p. o.	369	17444	5,2	1,4	275,4	6,0
Podlesí a.s.	153	9811	2,0	0,6	234,2	3,7
MSK celkem	6 282	245 760	4,1	1,1	253,8	6,6

Zdroj: ÚZIS, Zdravotnictví MSK, 2011

5.6 Shrnutí analytické části

Na základě seskupení a následné analýzy demografických údajů a informací zejména o zdravotním stavu, bylo provedeno objektivní zhodnocení kvality života obyvatel města Třince v oblasti zdraví. Jedním z dílčích cílů bylo poukázat na vliv významného hutního podniku Třineckých železáren na kvalitu životního prostředí, především z hlediska ovzduší. Hlavním zdrojem dat byl Ústav zdravotnických informací a statistiky, Český statistický úřad, Krajská hygienická stanice Moravskoslezského kraje a další.

Město Třinec patří k oblastem se zhoršenou kvalitou ovzduší, což je dáno především koncentrací těžkého průmyslu, se kterým je spojeno zvýšené riziko expozice a tím i zdravotní dopady plynoucí ze znečištěného ovzduší. Pro město jsou nejzávažnější především tři zdroje znečištění a to exhalace Třineckých železáren, dále zvýšená zátěž na dopravu a v neposlední řadě také průmyslové zdroje a doprava v sousedním Polsku. Po roce 1989 však došlo k výraznému snížení emisí, což se postupně začalo projevovat na regeneraci okolních lesů a zeleně.

Znečištěné ovzduší s sebou přináší také možná zdravotní rizika spojená především s exhalacemi a prašností, které mají nepříznivý vliv na kardiovaskulární systém, a mohou vést ke zvýšenému počtu onemocnění plic, genetickým změnám, předčasnému úmrtí, či poruchám plodnosti a dalším.

Jedním ze základních demografických znaků třineckého obyvatelstva je stárnutí populace, kterou dokazuje výrazná proměna věkové struktury. Od roku 1991 významně poklesla předproduktivní složka obyvatel a naopak vzrostla skupina poproduktivní. Také index stáří od roku 1991 vzrostl téměř o 70 procentních bodů. Nárůst zaznamenal rovněž vývoj průměrného věku obyvatel a to o 2,6 procentních bodů. Významným ukazatelem úrovně zdraví je střední délka života, která je v městě Třinec nižší, než je celorepublikový průměr, ovšem vyšší než je průměr v Moravskoslezském kraji. Co se týče úmrtnosti, její hrubá míra je vyšší než všechny ostatní sledované územní jednotky. V roce 2011 byly nejčastějšími příčinami úmrtí u obou pohlaví nemoci oběhové soustavy a následně novotvary. Třetí nejčastější příčinou úmrtí u žen jsou onemocnění trávicí soustavy, přičemž u mužů jsou to vnější příčiny. V městě Třinci byl ve sledovaném období ve srovnání s průměrem Moravskoslezského kraje a České republiky zaznamenán také zvýšený počet živě narozených s vrozenými vadami, což mohlo být způsobeno právě prostředím se zhoršenou kvalitou ovzduší.

Nejčastější příčinou hospitalizace obyvatel města Třince v roce 2011 byly nemoci oběhové soustavy, následně vnější příčiny a na třetím místě v počtu hospitalizací byly nemoci trávicí soustavy. Celkový počet hospitalizovaných na 100 000 obyvatel v Třinci poměrně výrazně převyšuje nad Moravskoslezským krajem i nad celou Českou republikou a to zejména v oblasti vnějších příčin, kde jsou rozdíly nejpatrnější. Co se týče incidence zhoubných novotvarů v Třinci, ta byla o něco nižší než v Moravskoslezském kraji i České republice. Nejpočetnější zastoupení zhoubných novotvarů měly v případě mužů zhoubné novotvary tlustého střeva (38,2 %) a v případě žen zhoubné novotvary prsu (27,6 %). V městě Třinec byl ve sledovaných letech 2003–2009 zaznamenán také zvýšený počet alergických onemocnění. Na základě sledování léčených pacientů na některé alergické onemocnění ve Frýdku- Místku, se můžeme domnívat, že stejně jako v okrese F-M, tak také v Třinci j zvýšený výskyt především pylové alergie (pollinosis), která ve srovnání s některými okresy, měla v okrese Frýdek-Místek až dvojnásobný počet dispenzarizovaných pacientů. V Třinci byly sledovány také duševní onemocnění a psychiatrická vyšetření v ambulantní péči, které v počtu případů na 100 000 obyvatel velmi výrazně převyšovaly jak nad Moravskoslezským krajem, tak nad Českou republikou. Nejčastějšími duševními onemocněními byly v případě obou pohlaví neurotické poruchy a afektivní poruchy. Zdravotnictví v městě Třinci je na poměrně vysoké úrovni s dostatečným počtem zdravotnických zařízení i lékařů. Nachází se zde Nemocnice Třinec o. p, poskytující

lůžkovou i ambulantní a ošetrovatelskou péči, následně Nemocnice Podlesí a.s., která je vysoce kvalifikovaná klinikou v léčbě kardiovaskulárních onemocnění a dále také **CNS Centrum Třinec s.r.o.**, která nabízí ústavní péči v oblasti psychiatrie a klinické psychologie a ambulantní péči v oblasti psychiatrie a sexuologie.

6. VÝZKUMNÁ ČÁST

V této části práce byl uplatněn subjektivní přístup hodnocení kvality života obyvatel, který byl uskutečněn metodou dotazníků. Celý tento výzkum se tedy opírá o výsledky dotazníkového šetření, které bylo provedeno na základě individuálního vnímání kvality života a zdraví obyvatel města Třince. Šetření bylo realizováno v měsících únor a březen 2013 a bylo dotázáno celkem 380 respondentů.

6.1 Cíl a metodika dotazníkového šetření

Cílem tohoto šetření je zjistit a zhodnotit jak občané jednotlivých částí města Třinec vnímají kvalitu svého života, zdraví a dalších životních oblastí. Jedním z dílčích záměrů tohoto šetření je také zjistit, zda vnímání kvality života ovlivňují sociodemografické faktory jako věk, pohlaví, vzdělání, rodinný stav a v neposlední řadě také spokojenost s kvalitou života obyvatel ve vztahu k místu jejich bydliště.

Otázky dotazníku jsou zaměřeny jak na fyzické zdraví, tak na zdraví duševní, dále také na sociální vztahy a životní a pracovní podmínky místních obyvatel. Část otázek vychází ze zkrácené verze standardizovaného dotazníku „Kvality života“ Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF, který byl pro účely této práce poupraven a doplněn tak, aby zachytil všechny faktory, které mohou kvalitu života a zdraví obyvatel města Třinec nějakým způsobem ovlivňovat. Dotazník je sestaven celkem z 21 otázek, z něhož 16 je součástí dotazníku WHO (1. – 16. otázka). Zbýlých 5 otázek bylo účelně vybráno dle potřeb této práce. Otázky jsou obdobně jako v dotazníku WHOQOL-BREF rozděleny do 4 domén:

- **Fyzické zdraví (5)**- otázky hodnotí bolest, závislost na lékařské péči, spokojenost se spánkem a schopnost provádět každodenní činnost
- **Duševní zdraví (7)**- otázky jsou zaměřeny na smysl a radost ze života, spokojenost se sebou, užívání alkoholu a další.
- **Sociální vztahy (2)**- hodnotí osobní vztahy a podporu přátel a rodiny
- **Prostředí (5)**- otázky jsou směřovány na spokojenost s prostředím v okolí bydliště, hodnocení TŽ, pobyt v přírodě a také dostupnost zdravotní péče

Vedle těchto domén, dotazník obsahuje ještě dvě další otázky, které jsou samostatným hodnocením celkové kvality života a spokojenosti se zdravím.

Většina otázek v dotazníku byla uzavřeného typu, pouze jedna byla polootevřená (19.). Dotazníky byly respondenty vyplňovány jak v tištěné formě, tak elektronicky, prostřednictvím internetového nástroje Survio. Sběr dat v rámci dotazníkového šetření byl proveden v období 24. 2 – 20. 3 2013 a zúčastnilo se jej celkem 380 náhodně vybraných respondentů, žijících ve všech 13 městských částí Třinec, kteří tak tvoří 1,03 % celkové populace města. Tento podíl z celkového počtu dotazovaných obyvatel by měl mít dostatečnou vypovídající hodnotu o kvalitě života a zdraví místních občanů. Z pohledu této práce jsou městské části poměrně důležité, jelikož právě na jejich úrovni budou některé otázky vyhodnocovány.

Průměrná doba vyplnění dotazníku činila 5 – 10 minut. Dotazník byl anonymní a byl určen pro cílovou skupinu obyvatel starších osmnácti let. Z osobních údajů respondenti zveřejňovali pohlaví, věk, dosaženou úroveň vzdělání, rodinný stav a místo bydliště respektive městskou část, ke které se respondent hlásí.

Dotazník byl vyhodnocován v programu Microsoft Excel pomocí kontingenčních tabulek, které, nám umožnily přehlednou vizualizaci vzájemných vztahů mezi jednotlivými odpověďmi. V zájmu přehlednějšího uspořádání výsledků výzkumu, nebylo v rámci struktury dotazníku při jeho samotném vyhodnocování striktně dodrženo pořadí otázek.

6.2 Struktura výzkumného souboru

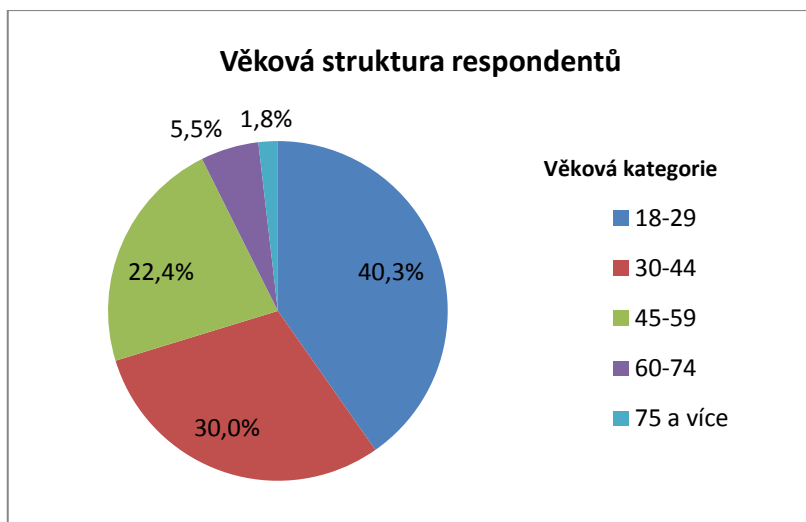
Výzkumný soubor se skládá celkem ze 162 mužů a 218 žen. V počtu dotazovaných tedy převládaly ženy s celkovým podílem 57,4 %. Procentuálně největší zastoupení mají ve výzkumném souboru ženy ve věkové kategorii 18-29 let (24,7 %), naopak nejnižší zastoupení mají ženy starší 75 let (0,8 %).

Tab. 12 Struktura výzkumného souboru v absolutních a relativních hodnotách

Věková kategorie	Absolutní hodnoty			Relativní hodnoty		
	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem
18 - 29	59	94	153	15,5	24,7	40,3
30 - 44	56	58	114	14,7	15,3	30,0
45 - 59	38	47	85	10,0	12,4	22,4
60 - 74	5	16	21	1,3	4,2	5,5
75 a více	4	3	7	1,1	0,8	1,8
celkem	162	218	380	42,6	57,4	100,0

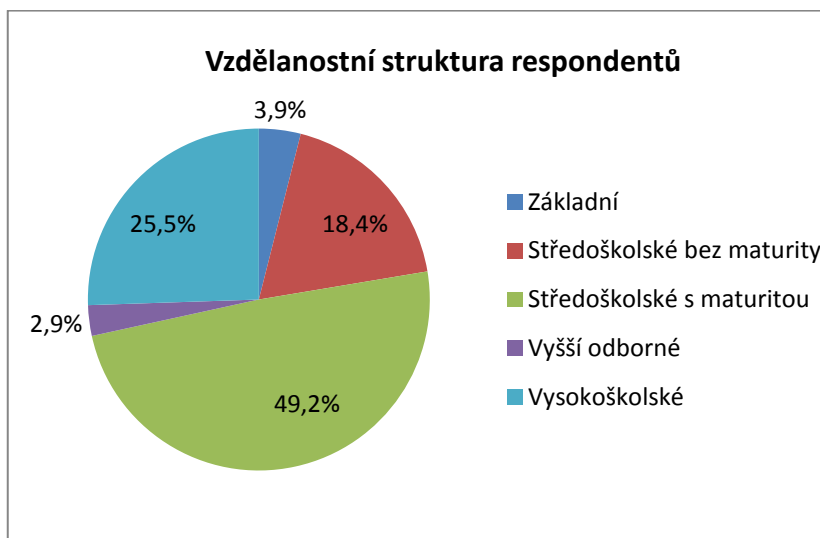
Zdroj: Dotazníkové šetření 2013, vlastní zpracování

Celkově má ve výzkumném souboru největší procentuální zastoupení, skupina respondentů ve věkové kategorii 18-29 let (40,3 %), druhá nejpočetnější je skupina 30-44 let (30 %) a následně kategorie 45-59 let (22,4 %). Z této věkové struktury je patrné, že většina respondentů je v produktivním věku, což bude mít zřejmě do jisté míry také vliv na odpovědi a vnímání úrovně kvality života obyvatel.



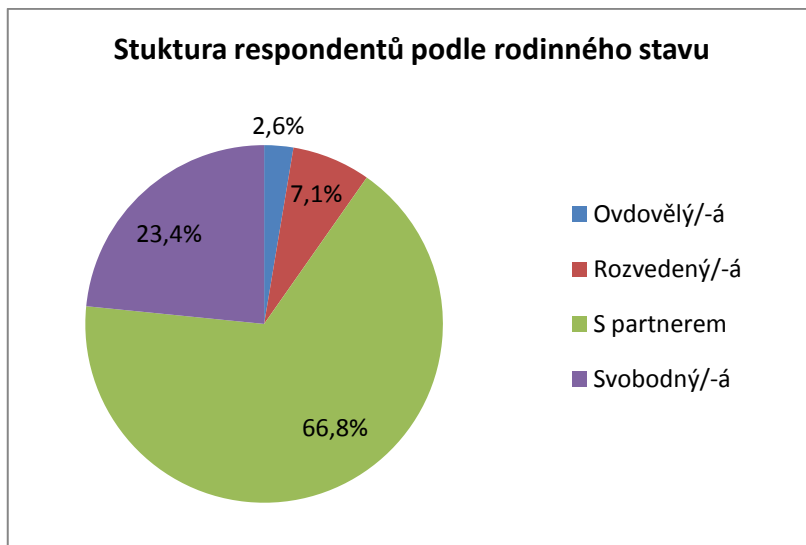
Obr. 26 Věková struktura respondentů
Zdroj: Dotazníkové šetření, 2013; vlastní zpracování

Ve vzdělanostní struktuře se u jednotlivých úrovní dosaženého vzdělání respondentů objevují poměrně zřetelné rozdíly. Nejvíce respondentů (49,2 %) dosáhlo středoškolského vzdělání s maturitou. Na druhém místě bylo nejčastěji uvedeno vzdělání vysokoškolské (25,5 %) a následně středoškolské bez maturity (18,4 %). Nejméně početnou skupinou jsou respondenti se základním vzděláním.



Obr. 27 Vzdělanostní struktura respondentů
Zdroj: Dotazníkové šetření, 2013; vlastní zpracování

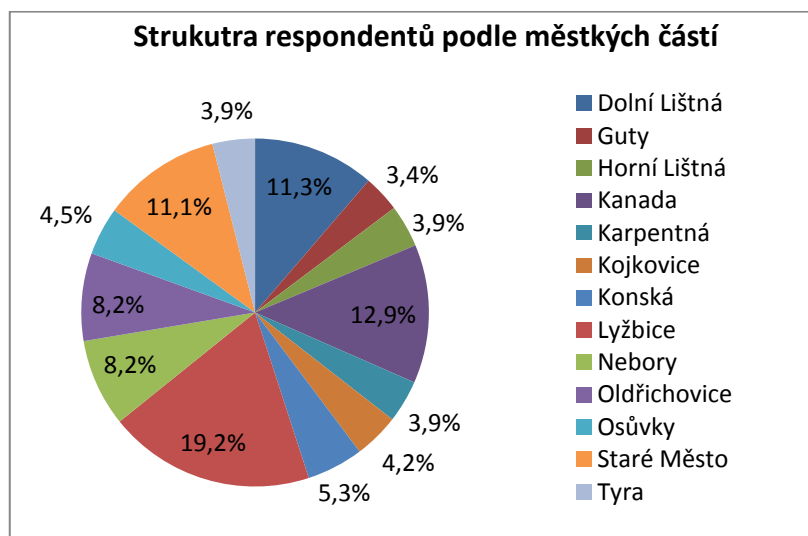
Kvalitu života do určité míry ovlivňuje také rodinný stav jedince. Ze všech dotazovaných respondentů 66,8 % uvedlo, že jsou v partnerském vztahu. Celkem 23,4 % respondentů je bez partnera, 7,1 % rozvedených. 2,6 % dotazovaných uvedlo, že jsou ovdovělí.



Obr. 28 Struktura respondentů podle rodinného stavu

Zdroj: Dotazníkové šetření, 2013; vlastní zpracování

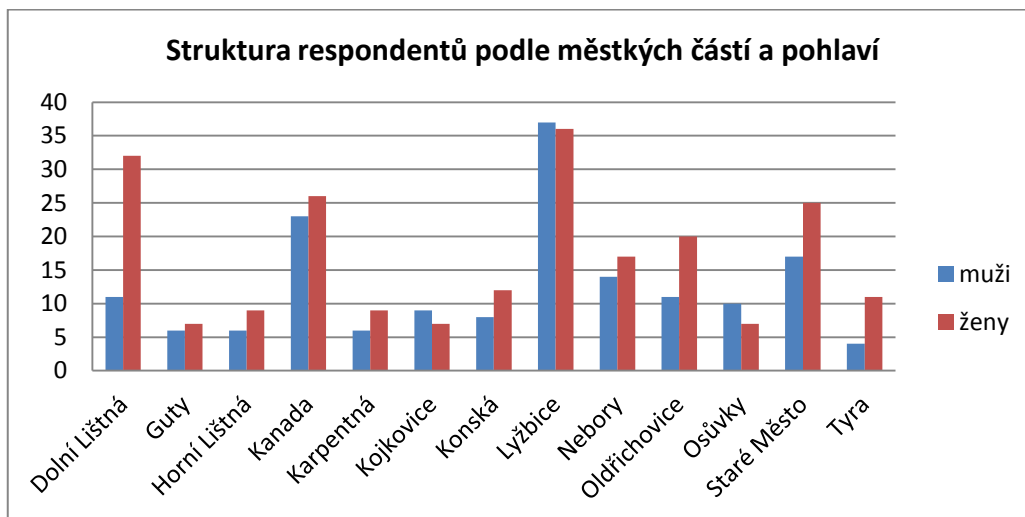
Rozdíly v počtech respondentů byly zaznamenány také v rámci jednotlivých městských částí. Největší počet dotazníků byl získán od respondentů hlásících se k městské části Lyžbice (19,2 %), která je rovněž nejlidnatější městskou částí Třince. Druhá početně největší byla skupina respondentů pocházející z Kanady (12,9 %) a následně z Dolní Lištné (11,3 %). Naopak nejméně dotazníků bylo získáno od obyvatel městské části Guty (3,4 %).



Obr. 29 Struktura respondentů podle městských částí

Zdroj: Dotazníkové šetření, 2013; vlastní zpracování

Podle pohlaví byl ve většině městských částí počet respondentů poměrně vyrovnaný. Výrazný rozdíl byl zaznamenán pouze v městské části Dolní Lištná, kde zastoupení dotazovaných žen převyšuje nad muži celkem o 21 respondentů. Rovněž v městské části Oldřichovice a Staré Město měly výraznější převahu dotazované ženy.



Obr. 30 Struktura respondentů podle městských částí a pohlaví

Zdroj: Dotazníkové šetření, 2013; vlastní zpracování

6.3 Vyhodnocení dotazníkového šetření

6.3.1. Fyzické zdraví

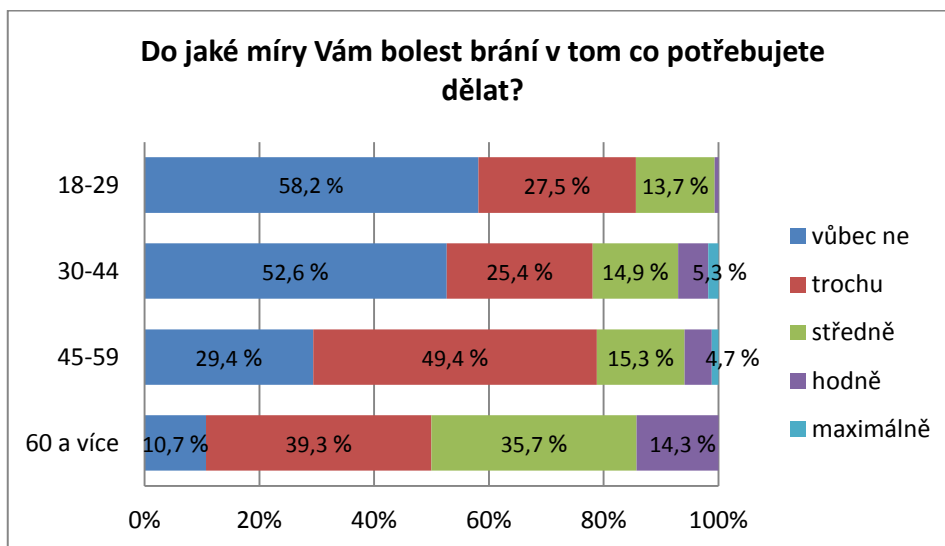
Fyzické zdraví pro člověka představuje zásadní předpoklad pro kvalitní život. Vykonávání každodenních činností je ve značné míře ovlivněno právě fyzickým zdravím. Jeho zhoršený stav, vykonávání těchto činností přirozeně komplikuje a v některých případech jej vůbec neumožňuje. Následující skupina otázek hodnotí potenciál překážek, které mohou mít v důsledku zhoršeného zdravotního stavu dopad na každodenní činnost člověka. Jedná se především o případnou míru bolesti, kterou člověk prožívá, dále také míru závislosti na zdravotní péči, únavu, pohyblivost, spánek a každodenní pracovní podmínky.

Obecně platí, že fyzické zdraví velmi úzce souvisí právě s věkem, proto budou následující otázky hodnoceny na základě věkových kategorií respondentů.

Otázka 3: Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?

Bolest může lidský život velmi znepríjemnit. V důsledku bolesti, často bývá každodenní činnost člověka omezena, přičemž vysoký stupeň bolesti může vést až k úplné neschopnosti jakoukoliv činnosti vykonávat. Riziko zrodu nemoci a bolesti se s věkem

zvyšuje, což, dokazují také výsledky v následujícím grafu. V odpovědích na otázku do jaké míry respondentům brání bolest v tom, co potřebují dělat, byly přirozeně zaznamenány výrazné rozdíly zejména mezi nejstarší a nejmladší věkovou skupinou respondentů. Zatímco ve věkové kategorii 18-19 let nejvíce dotazovaných odpovědělo „vůbec ne“ (58,2 %), s přibývajícím věkem respondentů procento stejné odpovědi klesalo. U věkové kategorie 60 a více let je dokonce oproti ostatním věkovým skupinám výrazně vyšší procento odpovědí, že jim bolest brání „středně“ nebo „hodně“.

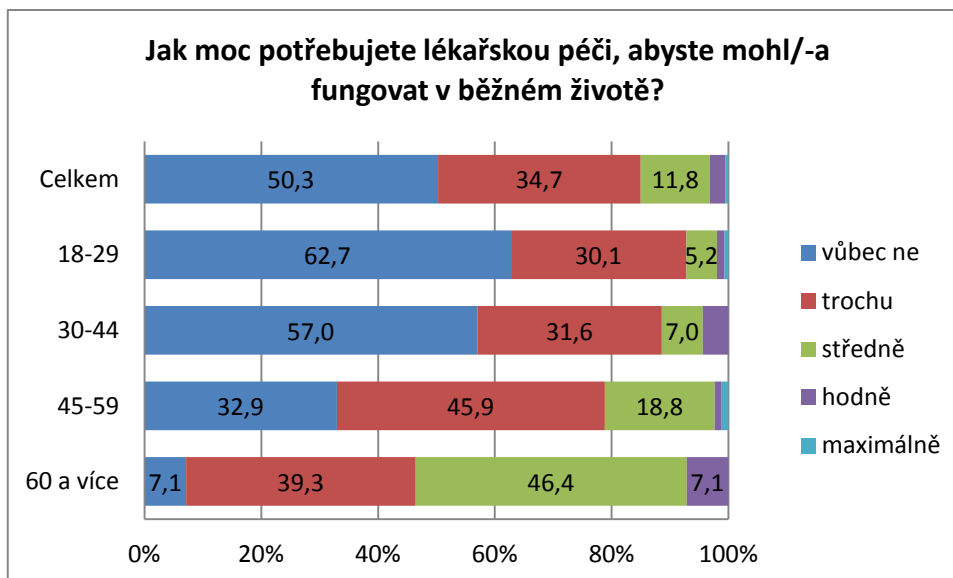


Obr. 31 Odpovědi respondentů na otázku 3

Otázka 4: Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/-a fungovat v běžném životě?

Na otázku jak moc potřebují obyvatelé města Třinec lékařskou péči, respondenti odpovídali obdobně jako u předchozí otázky. Rozdíly mezi věkovými skupinami jsou však u této otázky ještě mnohem zřetelnější. Celkem 62,7 % obyvatel ve věku 18-29 let lékařskou péči nepotřebuje vůbec, přičemž u věkové kategorie 60 a více let je to pouhých 7,1 %. V případě kategorie 18-29 a 60 a více let můžeme říci, že je struktura odpovědí opačná. Zbylé dvě kategorie se strukturou odpovědí s přibývajícím věkem přibližují nejstarším respondentům.

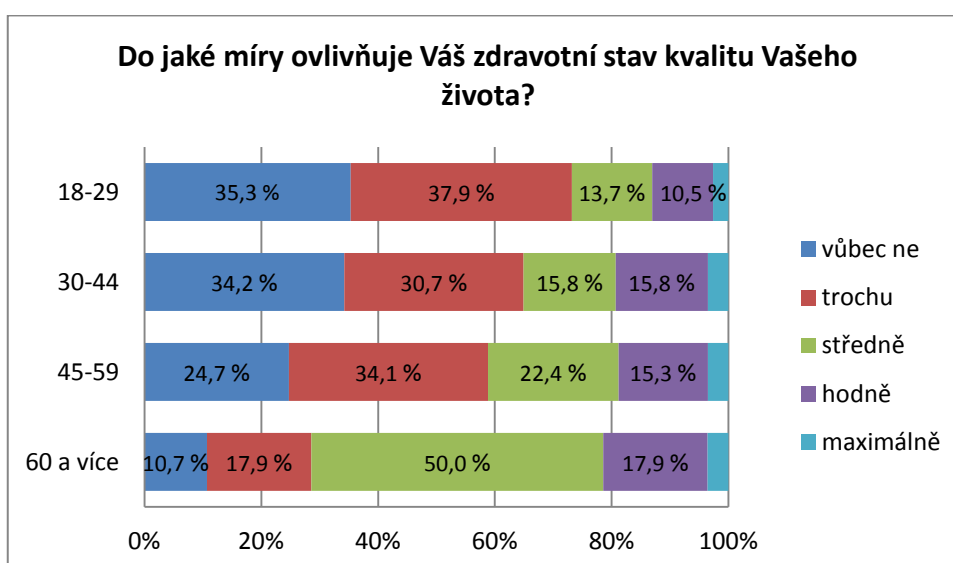
Nebereme-li v potaz věk, zjistíme, že více než 80 % všech respondentů lékařskou péči buď nepotřebuje vůbec, nebo jen trochu, zbylých 11,8 % jí potřebuje středně. Procento respondentů, kteří zdravotní péči potřebují hodně nebo maximálně, je v porovnání s ostatními odpověďmi poměrně nízké.



Obr. 32 Odpovědi respondentů na otázku 4

Otázka 5: Do jaké míry ovlivňuje Váš zdravotní stav kvalitu Vašeho života?

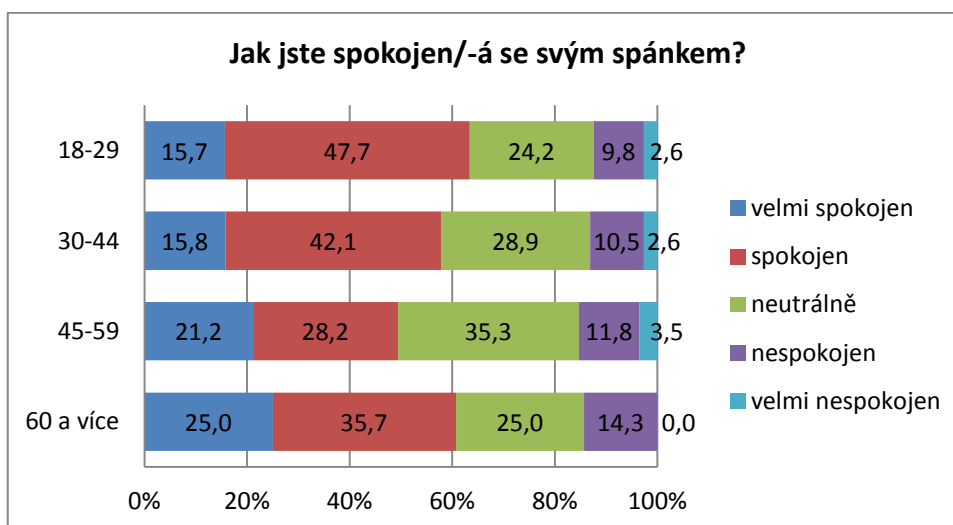
V návaznosti na předchozí otázky týkající se bolesti, a potřeby lékařské péče se dále nabízí otázka, do jaké míry ovlivňuje kvalitu života respondentů jejich zdravotní stav. Také zde je zřetelný rozdíl mezi jednotlivými věkovými kategoriemi. Zatímco u věkové skupiny 18-29 let, více než 73 % respondentů odpovědělo, že jejich kvalitu života zdravotní stav neovlivňuje vůbec nebo jen trochu, v kategorii 60 a více let byla situace odlišná. Zdravotní stav téměř 70 % dotazujících starších 60 let, ovlivňuje kvalitu života středně, hodně, nebo maximálně. U věkové kategorie 45-59 let takto hodnotí vliv zdravotního stavu na kvalitu život více než 40 %.



Obr. 33 Odpovědi respondentů na otázku 5

Otázka 10: Jak jste spokojen/-á se svým spánkem?

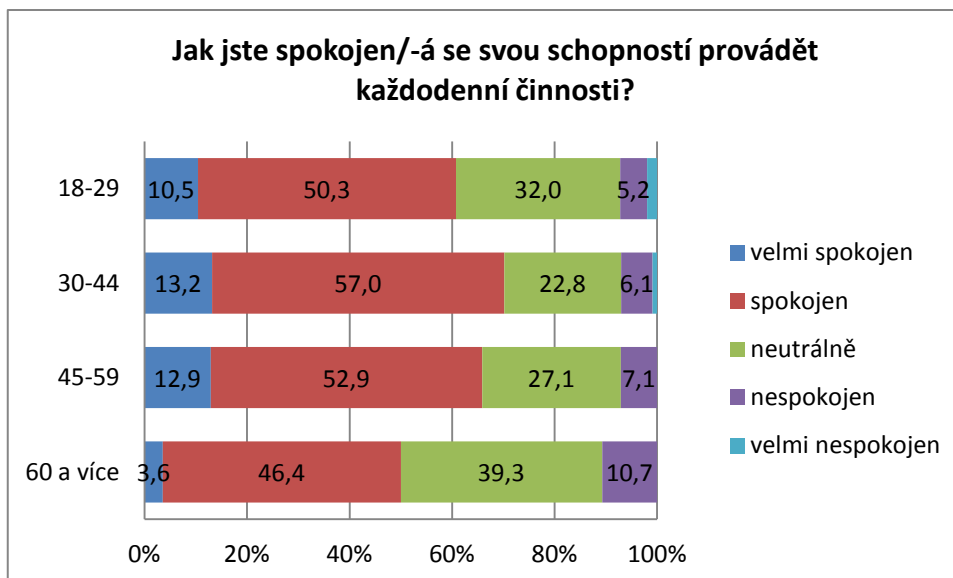
Spánek je neoddelitelnou a nezbytnou součástí života každého člověka a má klíčovou úlohu jak pro duševní, tak také pro fyzické zdraví. Spokojenost se spánkem nám může o zdravotním stavu člověka také mnohé vypovědět. V jednotlivých věkových skupinách nebyly se spánkem zaznamenány žádné výraznější extrémny. Většina respondentů je se svým spánkem spokojena, nebo jej hodnotí neutrálně. Přirozeně nejvíce nespokojených bylo ve starších věkových kategoriích 45-59 let (15,3 %) a 60 a více let (14,3 %), přičemž s nižším věkem se nespokojenost nepatrně snižovala.



Obr. 34 Odpovědi respondentů na otázku 10

Otázka 11: Jak jste spokojen/-á se svou schopností provádět každodenní činnost?

Jak už bylo výše zmíněno, zdravotní stav má velmi významný podíl na schopnosti vykonávat každodenní činnosti. Člověk může být v důsledku nemoci, bolesti, zranění či postižení omezen v pohybu a tím je jeho schopnost provádět každodenní činnosti limitována. Na otázku spokojenosti se svou schopností provádět každodenní činnost byla struktura odpovědí u všech věkových kategorií v celku podobná. Spokojená byla ve všech věkových kategoriích přibližně polovina respondentů, přičemž do 60 let bylo více než 10 % dotazovaných velmi spokojeno. Naopak nejvíce nespokojených respondentů bylo ve věkové kategorii 60 a více let (10,7 %), což se ovšem vzhledem k vyššímu věku respondentů dalo předpokládat. Nejméně nespokojených bylo ve věku 18-29 let.



Obr. 35 Odpovědi respondentů na otázku č. 7

6.3.2. Duševní zdraví

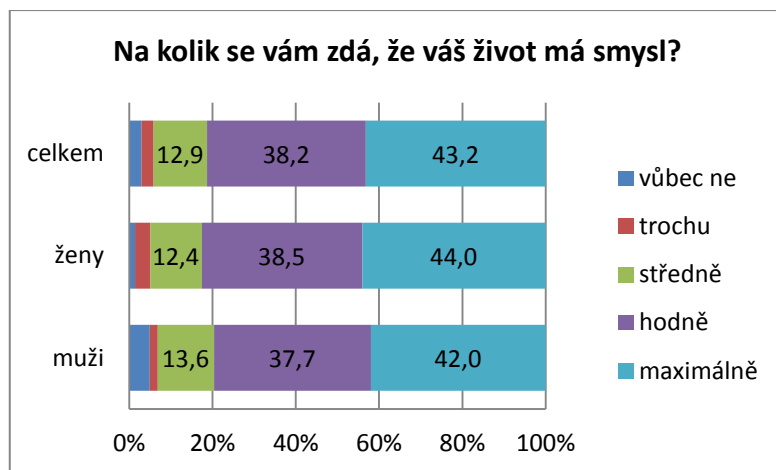
Duševní zdraví a celková pohoda je neméně důležitým součinitelem celkového zdravotního stavu člověka. Je vědecky dokázáno, že fyzické zdraví je, do značné míry podmíněno právě psychickým rozpoložením. Následující otázky jsou proto zaměřeny na smysl a radost ze života, spokojenost se sebou a možnostem věnovat se svým zálibám, ale také na pracovní podmínky, které mohou duševní zdraví rovněž ovlivnit. Poslední otázka tohoto bloku je věnována užívání alkoholu. Tato otázka byla do dotazníku zařazena vzhledem k výše uvedeným zjištěním v analytické části této práce, týkající se duševních onemocnění, konkrétně závislosti na návykových látkách, které bylo zejména u mužů poměrně dost vysoké.

Jak jsme se mohli v analytické části přesvědčit, v městě Třinec existují v některých případech duševních onemocnění poměrně výrazné rozdíly mezi muži a ženami. Je zřejmé, že ženy mají mnohdy zcela rozdílné vnímání než muži. Proto budou následující otázky vyhodnoceny na základě pohlaví respondentů.

Otázka č. 6: Na kolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?

S duševním zdravím je spojeno také hodnocení smyslu života jedince. Každý člověk vidí podstatu svého bytí v něčem jiném. Jsou také lidé, kteří mají pocit, že jejich život smysl postrádá. Cílem této otázky bylo zjistit, jak hodnotí smysl svého života obyvatelé města Třince.

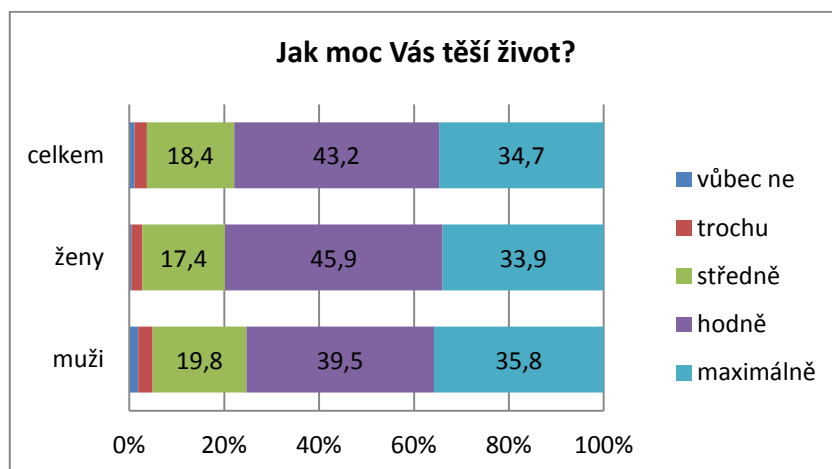
Na otázku týkající se smyslu života nebyl rozdíl mezi muži a ženami v jednotlivých odpovědích nijak závratně odlišný. Obecně můžeme říci, že většina respondentů si myslí, že jejich život smysl má. Obě pohlaví nejčastěji odpovídali buď odpovědí „maximálně“ (muži 42 %, ženy 43,2) nebo „hodně“ (muži 37,7 %, ženy 38,5 %). Pouze 11 respondentů odpovědělo, že jejich život nemá smysl vůbec, z toho osm bylo mužů.



Obr. 36 Odpovědi respondentů na otázku 6

Otázka 7: Jak moc Vás těší život?

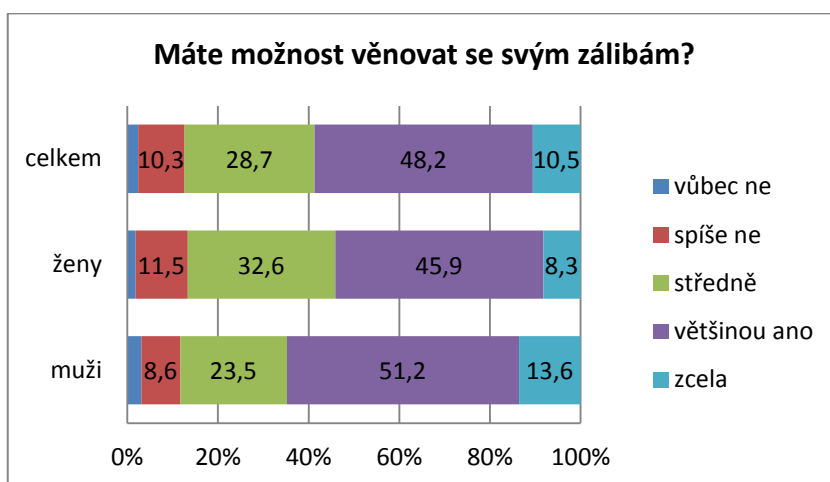
Pro duševní rovnováhu je nezbytná také radost ze života, která je úzce spjatá právě se smyslem života. Následující otázka má za úkol zjistit do jaké míry respondenty těší jejich život. Obdobně jako u předchozí otázky většina respondentů uvedla, že je jejich život těší maximálně nebo hodně (ženy 80 %, muži 75,3 %). Rozdíly v jednotlivých odpovědích byli mezi muži a ženami patrnější než v předchozí otázce. Pouze 14 respondentů (z toho 8 mužů) odpovědělo, že je život netěší vůbec nebo jen trochu, což je opět vzhledem k celkovému počtu respondentů velmi pozitivní zjištění.



Obr. 37 Odpovědi respondentů na otázku 7

Otázka 9: Máte možnost věnovat se svým zálibám?

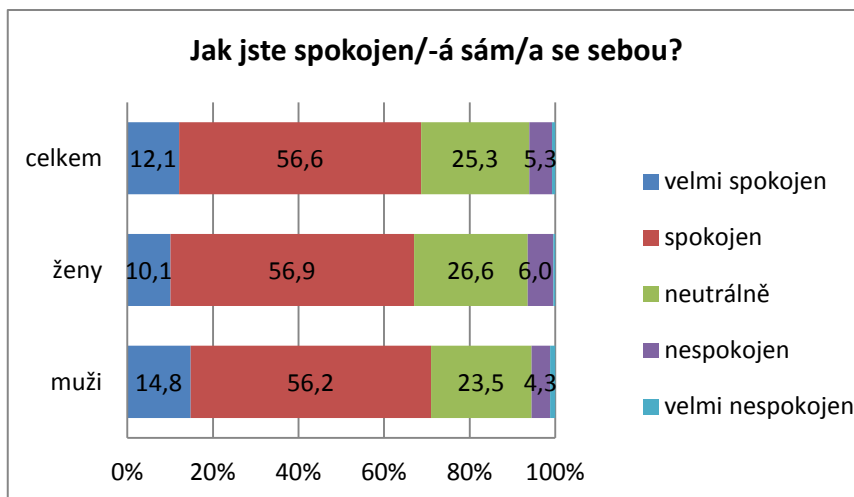
K duševnímu uspokojení neodmyslitelné patří záliby, kterým se člověk může věnovat ve svém volném čase, a které také do určité míry přispívají k duševnímu naplnění. Ne každý však má možnost věnovat se svým zálibám v takové míře jak by si přál, ať už z časových, finančních či jiných důvodů. V následujícím grafu je možné sledovat, v jakém rozsahu mají místní obyvatelé možnost věnovat se svým koníčkům. Zcela a většinou ano, mají možnost věnovat se svým zálibám více muži než ženy, což lze zřejmě odůvodnit větší zatížeností žen v domácnosti. Ženy častěji než muži odpovídaly odpovědí středně (32,6 %). Celkem 11,5 % žen dále odpovědělo, že možnost věnovat se svým zálibám spíše nemají (muži 8,6 %).



Obr. 38 Odpovědi respondentů na otázku 9

Otázka 12: Jak jste spokojen/-á sám/sama se sebou?

Pro člověka je ve velmi důležité také sebehodnocení a spokojenost se svou osobou. Proto zde byla zařazena také otázka, v jaké míře jsou respondenti spokojeni sami se sebou. Obecně byla většina respondentů sama se sebou spokojena (65,6 %). O něco méně spokojené byly ženy, které svou nespokojenost vyjádřily vícekrát než muži. Velmi spokojeni byli více muži (14,8 %) než ženy.

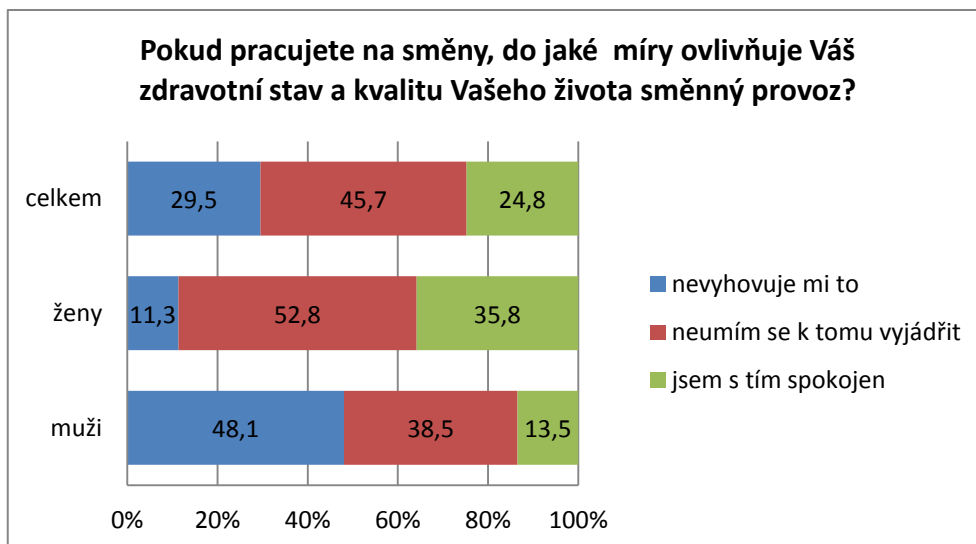


Obr. 39 Odpovědi respondentů na otázku 12

Otázka 19: Pracujete na směny? Pokud pracujete na směny, do jaké míry ovlivňuje Váš zdravotní a kvalitu života směnný provoz?

Na kvalitě života a zdraví se do jisté míry odráží také práce na směny. Lidskou přirozeností je řídit se 24 hodinovým rytmem, který je řízen tzv. „biologickými hodinami“. Přirozeností člověka je tak v noci odpočívat a ve dne pracovat. Člověk pracující na směnný provoz tak musí přizpůsobit svůj organismus zcela jinému režimu, což může mít za následek například zvýšenou únavu, stres z nedostatku odpočinku, problémy se soustředěním či výkonností, poruchy spánku, častější kouření a pití alkoholu a v neposlední řadě častější psychické poruchy a to především deprese.

Následující otázka byla polootevřená. Pokud respondent odpověděl, že pracuje na směny, otázka byla dále směřována na vliv směnného provozu na kvalitu jeho života a zdraví. Z celkového počtu dotazovaných pracuje na směny 15,3 % respondentů, z toho 48,3 % jsou ženy (28 respondentů) a 51,7 % muži (30 respondentů). Rozdíly mezi jednotlivými odpověďmi jsou mezi muži a ženami poměrně výrazné. Zatímco více než 48 % mužů práce na směny nevyhovuje, u žen je toto procento velmi výrazně nižší (11,3 %). Naopak téměř 36 % žen je se směnným provozem spokojeno. U mužů je s tímto způsobem práce spokojeno pouze 13,5 %.



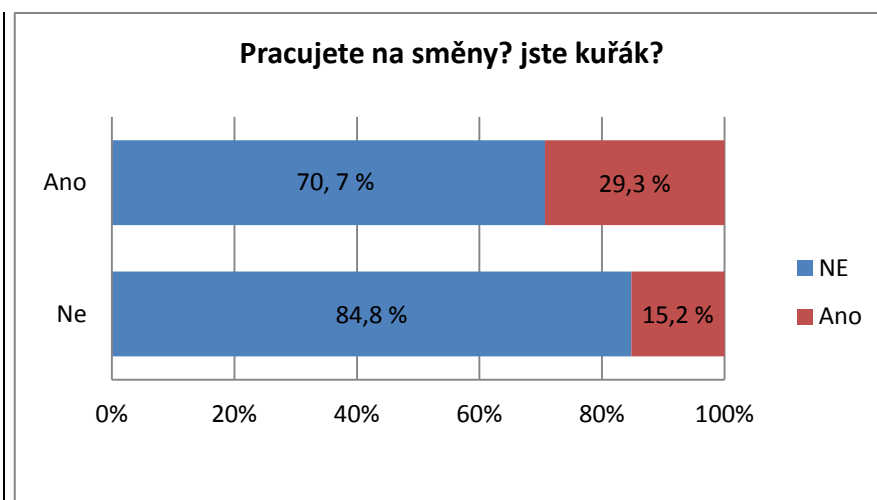
Obr. 40 Odpovědi respondentů na otázku 19

Rámeček 1. Pracujete na směny? Jste kuřák?

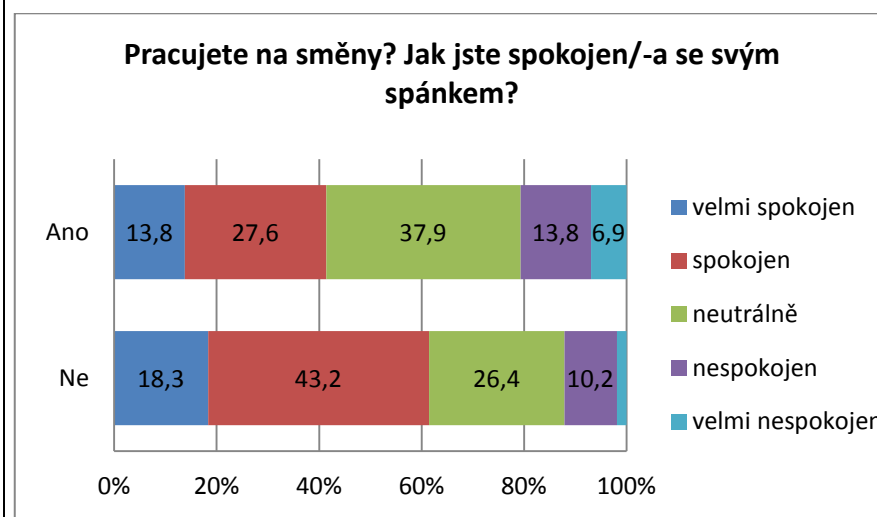
O tom že kouření je pro lidské zdraví škodlivé, není pochyb. Existuje celá řada důvodů, které lidi ke kouření vedou. Za dobu svého života v městě Třinci jsem měla možnost vyzorovat, že v mém okruhu přátel a známých, je mnohem více kuřáků těch, kteří pracují na směny. Jedná se především o zaměstnance Třineckých železáren, kteří kouřením mnohdy vyplňují pauzy v práci. S trochou nadsázky si vybavuji častou větu: „Jen počkej, až nastoupíš do „werku“⁸, začneš kouřit taky!“. Kouření, je tedy často považováno za součást určitého společenského rituálu. Proto se v rámci tohoto výzkumu jeví jako velmi zajímavé potvrdit či vyvrátit tuto teorii vzájemným vztahem otázek, zda je respondent kuřák a zároveň jestli pracuje na směny. Z následujícího grafu je patrné, že tyto domněnky do jisté míry pravdivé byly. Výzkum prokázal, že opravdu více kuřáků bylo mezi respondenty pracujícími na směnný provoz a to o téměř 15 procentních bodů.

Podobně jako u kouření, byl zjištěn vliv směnného provozu také na spokojenost respondentů se spánkem. Struktura odpovědí se mezi pracujícími a nepracujícími na směny poměrně dost lišila. Spokojených a velmi spokojených se svým spánkem bylo o 20,1 procentních bodů více těch respondentů, kteří uvedli, že nepracují na směny. Naopak nespokojeno a velmi nespokojeno se svým spánkem bylo o 8,6 procentních bodů více respondentů pracujících na směnný provoz.

⁸ **Werk-** vžitý název pro Třinecké železářny v nářečí místních obyvatel



Obr. 41 Vztah odpovědí respondentů na otázku 19 a 17

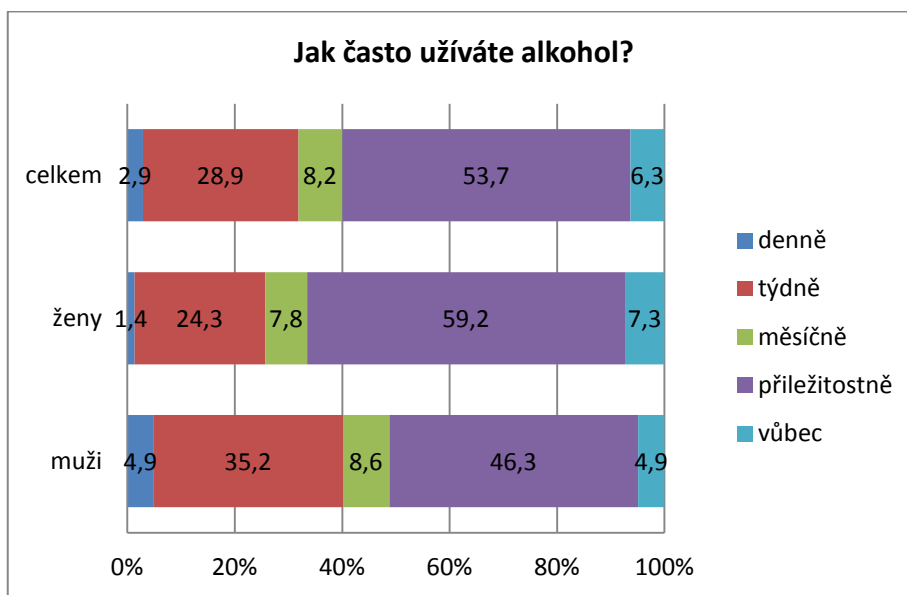


Obr. 42 Vztah odpovědí respondentů na otázku 19 a 10

Otázka 17: Jak často užíváte alkohol?

V analytické části této práce, bylo zjištěno, že třetím nejčastějším duševním onemocněním u mužské populace města Třince je závislost na alkoholu, která je příčinou celkem 16 % všech duševně nemocných mužů. Ve srovnání se ženami je tento počet o více než 10 procentních bodů vyšší. Nadměrné užívání alkoholu může časem vést až k jeho závislosti, proto byla poslední otázka tohoto bloku směřována právě na jeho častost jeho užívání. Na tuto otázku muži i ženy nejčastěji reagovali odpovědí „příležitostně“ (ženy 59,2 %, muži 46,4 %). Mužů užívajících alkohol denně je o 3,5 % víc než žen. Výraznou převahu (více než o 10 %) mají muži na rozdíl od žen také v týdenním užívání. Naopak o téměř 2,5 % více žen než mužů na otázku odpovědělo, že

alkohol neužívá vůbec. Podobně jako u kouření a spánku bylo také zjištěno, častější užívání alkoholu u respondentů pracujících na směny.



Obr. 43 Odpovědi respondentů na otázku 17

6.3.3. Sociální vztahy

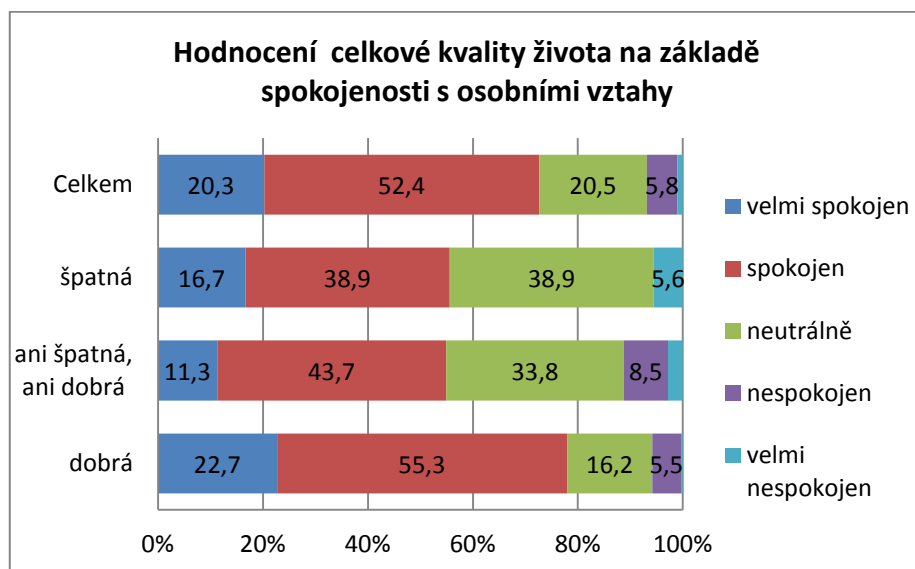
Dobré mezilidské vztahy jsou jedním ze základních předpokladů pro spokojený a kvalitní život člověka. Právě úroveň vzájemných vazeb mezi lidmi jsou jedním z faktorů, které mohou člověka činit šťastným a spokojeným nebo naopak. Z tohoto důvodu, zde byly zařazeny také následující dvě otázky, zaměřené na sociální vztahy respondentů.

Otázka 13: Jak jste spokojen/-á s se svými osobními vztahy?

Z celkového počtu respondentů celkem 20,3 % uvedlo, že jsou se svými osobními vztahy velmi spokojeni. Nejvíce respondentů (52,4 %) je se svými osobními vztahy spokojeno a 20,5 % je hodnotí neutrálně. Pouze 5,8 % je nespokojeno a pouhé 1,1 % velmi nespokojeno. O tom, jaká je vzájemná vazba kvality života dotazovaných právě se spokojeností s osobními vztahy, se můžeme přesvědčit v následujícím grafu, který hodnotí celkovou kvalitu života právě na základě jednotlivých odpovědí týkajících se spokojenosti s osobními vztahy. Pro přehlednost tohoto grafu byly spojeny skupiny podobných odpovědí hodnotící celkovou kvalitu života do jedné kategorie (špatná a velmi špatná = špatná, dobrá a velmi dobrá = dobrá).

Výzkum prokázal, že nejvíce kladných odpovědí na otázku spokojenosti s osobními vztahy byly zaznamenány u respondentů, kteří hodnotí celkovou kvalitu svého života

jako dobrou (78 %). Naopak u těch, kteří označili kvalitu svého života jako špatnou nebo velmi špatnou, se kladné odpovědi objevují méně často (55,6 %). U této skupiny respondentů bylo zaznamenáno také vyšší procento těch, kteří jsou s osobními vztahy velmi nespokojeni na rozdíl od dotazovaných hodnotící kvalitu života kladně. Výrazný rozdíl je také mezi respondenty hodnotící spokojenost s osobními vztahy neutrálně. Dotazovaných se špatnou kvalitou života hodnotící spokojenost s osobními vztahy neutrálně je celkem o 22,7 procentních bodů více než respondentů s dobrou kvalitou života.

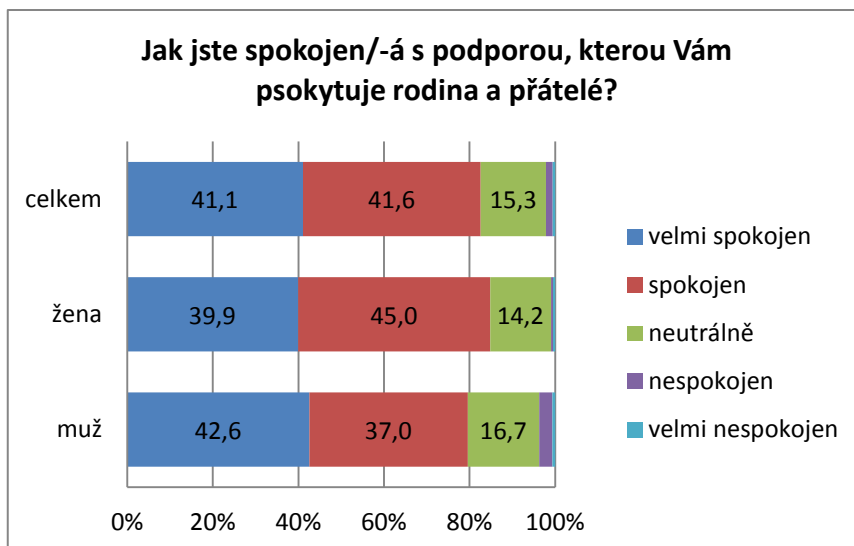


Obr. 44 Vztah odpovědí respondentů na otázku 1 a 13

Otázka 14: Jak jste spokojen/-á s podporou, kterou Vám poskytuje rodina a přátelé?

K dobrým mezilidským vztahům neodlučitelně patří také vzájemná podpora, ať už v rodinném kruhu nebo mezi přáteli. Následující otázka hodnotí spokojenost respondentů s podporou, která je jim ze strany rodiny a přátel poskytována.

Podle výsledků odpovědí byla většina dotazovaných s podporou rodiny a přátel buď velmi spokojena, nebo spokojena (82,7 %). 15,3 % podporu rodiny a přátel hodnotí neutrálně. Pouze 6 respondentů uvedlo, že jsou nespokojeni a jen 2 velmi nespokojeni, což je vzhledem k počtu respondentů zanedbatelný výsledek. Obecně byli méně spokojeni muži než ženy, ovšem tyto rozdíly nebyly nikterak výrazné.



Obr. 45 Odpovědi respondentů na otázku 14

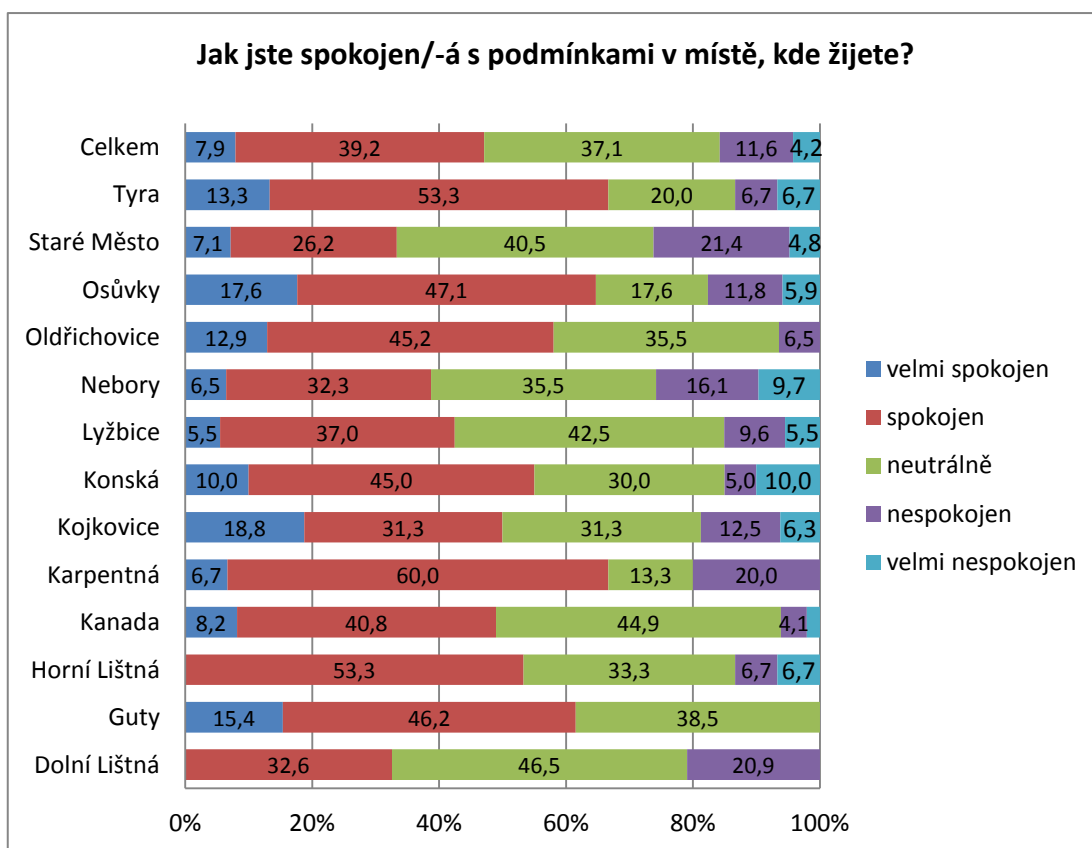
6.3.4. Prostředí a životní podmínky

Významným faktorem podílejícím se na kvalitě života a zdraví jsou bezesporu také prostředí a životní podmínky, ve kterých člověk žije. V případě města Třince je nejen kvalita života, ale zejména zdraví do určité míry podmíněno právě prostředím. Následující otázky jsou proto formulovány a směřovány na spokojenost s podmínkami v městě Třinec, a dále také na názor obyvatel na prostředí z hlediska zdraví. V neposlední řadě zde bude také zjišťováno, v jaké míře si obyvatelé města myslí, že mají Třinecké železárny negativní vliv na kvalitu jejich života a zdraví. Součástí tohoto bloku je taktéž otázka, jak často respondenti vyhledávají pobyt v přírodě nebo jak jsou spokojeni s dostupností zdravotní péče. A protože kvalitu života a zdraví může do jisté míry ovlivňovat také směnný provoz, bude mu věnována také poslední otázka tohoto bloku.

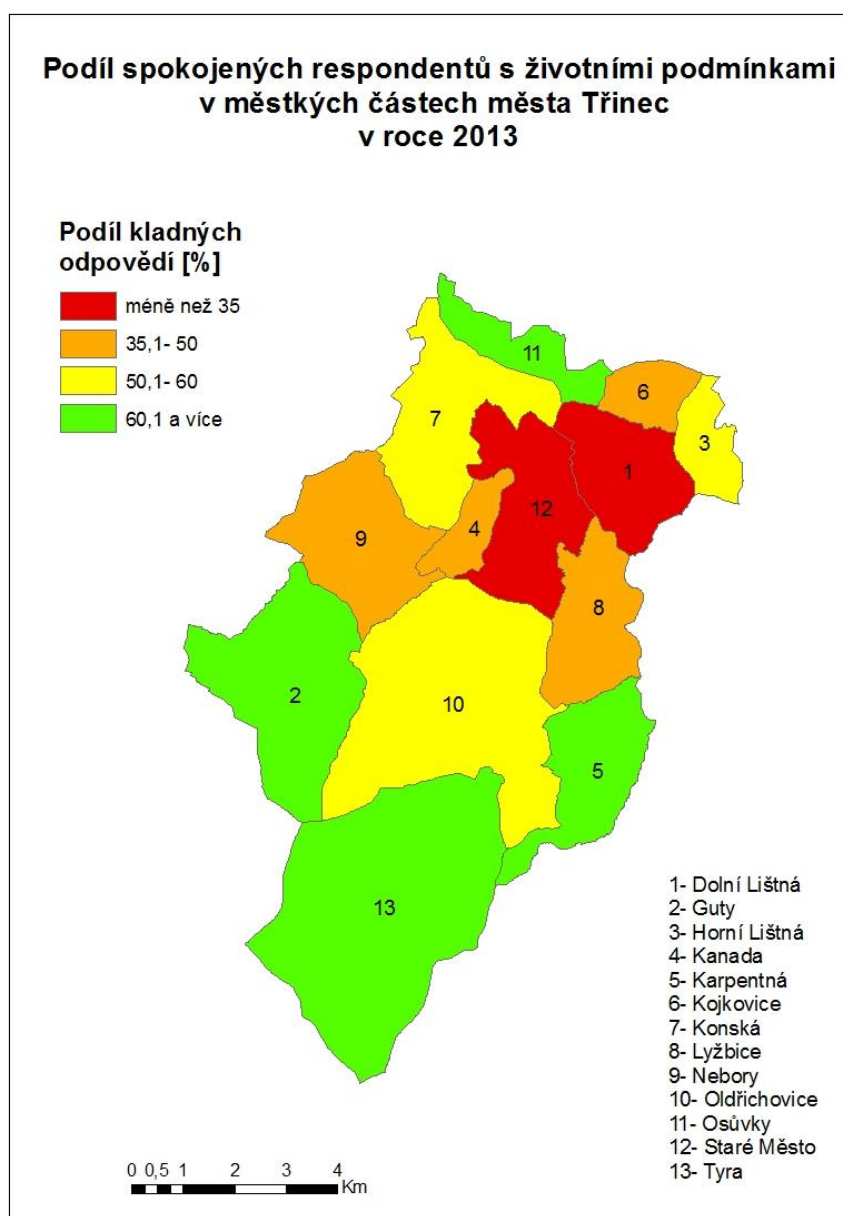
Otázka 15: Jak jste spokojen/-á s podmínkami v místě, kde žijete?

Následující otázka byla vzhledem k jejímu obsahu vyhodnocována na základě uvedeného bydliště respondenta. Zhodnotíme-li spokojenost s životními podmínkami v městě Třinci celkem, zjistíme, že 7,9 % obyvatel je velmi spokojeno a 39,2 % spokojeno, což je poměrně dobrý výsledek. 37,1 % respondentů vnímá tyto podmínky neutrálně. Počet nespokojených respondentů tvořil 11,6 %. Celkem 4,2 % dotazovaných bylo dokonce velmi nespokojeno. Struktura odpovědí se však v jednotlivých částech města Třince nepatrně lišila. 4,2 %. Na základě tohoto šetření bylo zjištěno, že nejspokojenější obyvatelé jsou v městské části Tyra, Osůvky, Karpentná, a Guty, kde

bylo zaznamenáno nejvíce kladných odpovědí (spokojen, velmi spokojen) a to přes 60 %. V případě Gutů, dokonce nebyla zaznamenána ani jedna záporná odpověď. Výsledky lze odůvodnit patrně tím, že jsou tyto lokality vzhledem k průmyslové části města Třince poměrně dost vzdáleny a mají spíše venkovský charakter. Karpentná, Tyra a Guty se nachází v samotném podhůří Moravskoslezských Beskyd v těsné blízkosti s přírodou a také třineckou dominantou, kterou je bezesporu Javorový vrch. Co se týká krajiny, patří tyto lokality také k nejlukrativnějším obytným plochám v Třinci, což se zřejmě mohlo také odrazit na hodnocení spokojenosti respondentů. Naopak nejméně spokojených respondentů, pochází z městských částí Staré město (33,3 %) a Dolní Lištná (32,6 %). Tyto městské části jsou lokalizovány v přímé blízkosti Třineckých železáren, což se především u Starého města přirozeně odráží také na jeho průmyslovém charakteru. Staré město má také na rozdíl od ostatních částí největší počet záporných hodnocení (nespokojen a velmi nespokojen) a to celkem 26,2 % (Dolní Lištná 20,9 %), což je do jisté míry velmi znepokojivé.



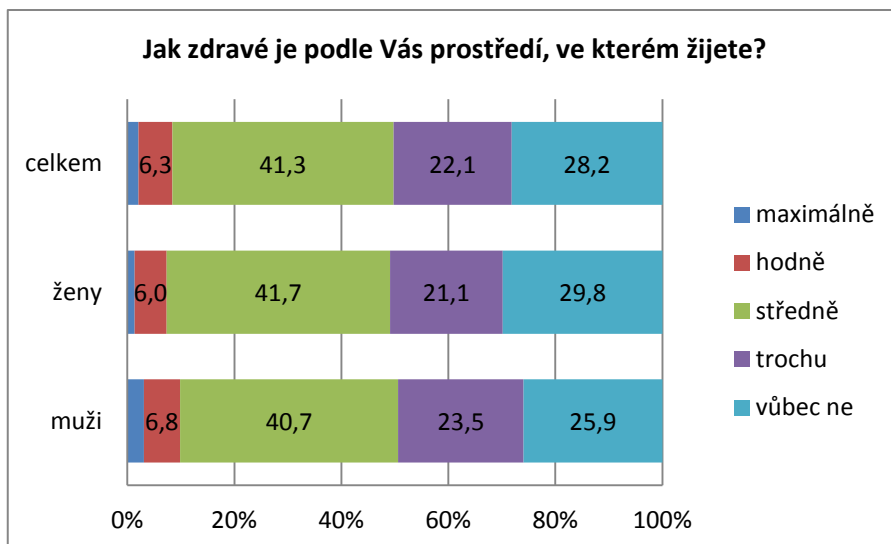
Obr. 46 Odpovědi respondentů na otázku 15



Obr. 47 Podíl spokojených respondentů s životními podmínkami

Otázka 8: Jak zdravé je podle Vás prostředí ve kterém žijete?

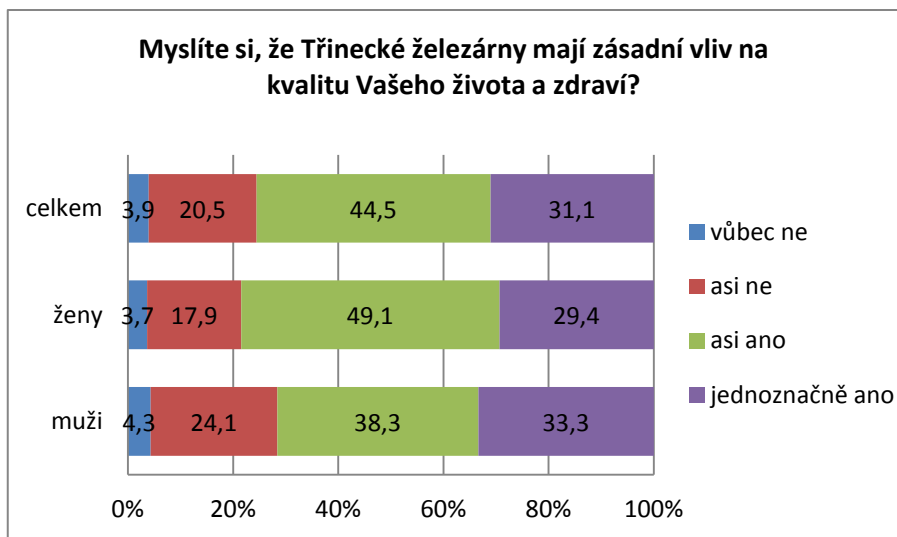
Na otázku jak zdravé je prostředí obyvatel města Třince, odpověděla více než polovina všech respondentů, že jejich prostředí není vůbec zdravé nebo jen trochu zdravé (50,3 %), což jasně reflektuje průmyslový charakter města Třince. Výrazný podíl měla také odpověď „středně“ (41,2 %). Přirozeně nejméně respondentů si myslí, že prostředí, ve kterém žijí je maximálně nebo hodně zdravé (8,4 %). Odpovědi mužů a žen se příliš nelišily. Můžeme snad jen říci, že obecně byly při hodnocení prostředí skeptičtější spíše ženy.



Obr. 48 Odpovědi respondentů na otázku 8

Otázka 20: Myslíte si, že Třinecké železárny mají zásadní negativní vliv na kvalitu Vašeho života a zdraví?

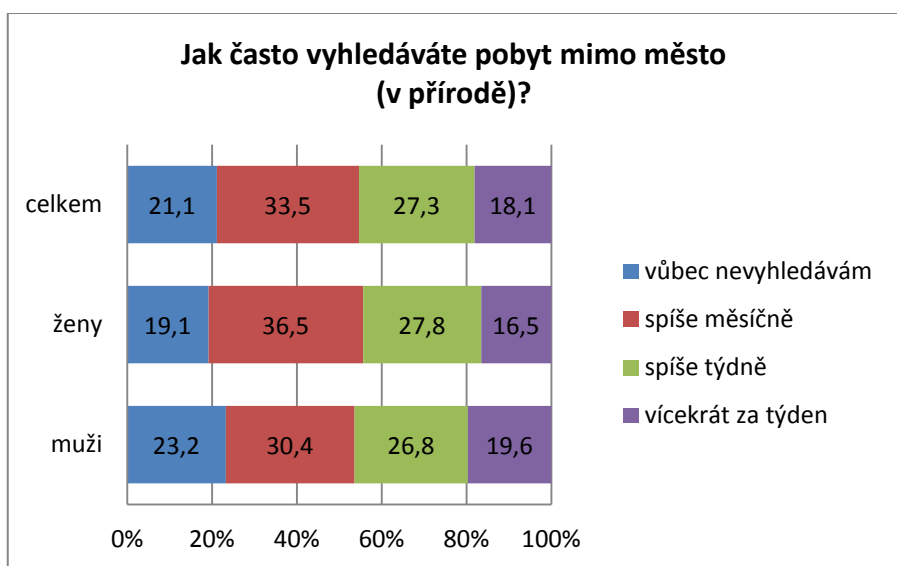
Na kvalitu života místních obyvatel má bezesporu vliv také existence Třineckých železáren, která může být ze strany občanů vnímána jak pozitivně (z hlediska nabídky pracovních míst a průmyslové a ekonomické vyspělosti Třince), tak negativně (z hlediska zdraví a životního prostředí). Následující otázka měla za úkol zjistit, zda si obyvatelé města Třinec myslí, že mají Třinecké železárny zásadní negativní vliv na jejich kvalitu života a zdraví. Průzkum ukázal, že více než 75 % všech respondentů si myslí, že ano, přičemž 31,1 % všech dotázaných je o tom jednoznačně přesvědčeno. 20,5 % si myslí, že TŽ negativní vliv na kvalitu jejich života a zdraví asi nemají. Pouze 3,9 % všech respondentů si myslí, že TŽ na kvalitu jejich života a zdraví nemají vůbec žádný vliv. Mezi muži a ženami je v názorech nepatrný rozdíl. Téměř o 7 % více mužů si myslí, že Třinecké železárny nemají zásadní vliv na kvalitu jejich života. Ovšem je také více těch, kteří jsou naopak o škodlivosti TŽ jednoznačně přesvědčeni. Na základě tohoto šetření však obecně opět platí, že mnohem negativněji Třinecké železárny vnímají ženy než muži.



Obr. 49 Odpovědi respondentů na otázku 20

Otázka: 21 Jak často vyhledáváte pobyt mimo město (v přírodě)?

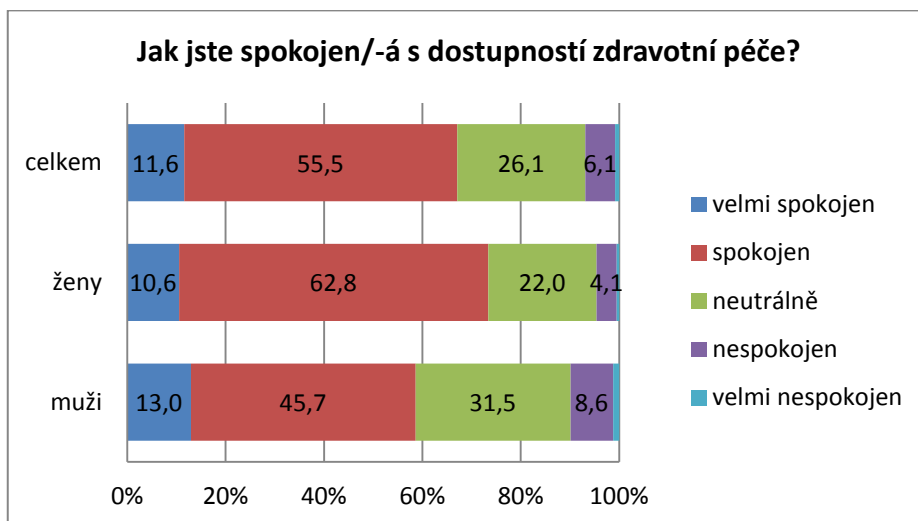
Jedním z důvodů proč lidé vyhledávají pobyt v přírodě, je uniknout denní rutině ve městech. Pobyt na čerstvém vzduchu prospívá jak jejich fyzickému, tak duševnímu zdraví. Na otázku, jak často obyvatelé města Třince vyhledávají pobyt v přírodě, z celkového počtu respondentů nejvíce dotázaných odpovědělo spíše měsíčně (33,5 %), 27,3 % respondentů pobyt v přírodě vyhledává spíše týdně, přičemž 21,1 % respondentů pobyt mimo město nevyhledává vůbec. Nejméně bylo respondentů, kteří navštěvují přírodu vícekrát za týden (18,1 %). Nepatrné rozdíly byly zaznamenány také mezi odpověďmi mužů a žen. Na základě tohoto šetření bylo zjištěno, že ženy vyhledávají blízkost přírody o něco častěji než muži.



Obr. 50 Odpovědi respondentů na otázku 21

Otázka 16: Jak jste spokojen/-á s dostupností zdravotní péče?

Dobrá dostupnost zdravotní péče je v dnešní vyspělé společnosti nezbytným předpokladem kvalitního života. V následujícím grafu se můžeme přesvědčit, jak její úroveň obyvatele města hodnotí. Na základě provedeného výzkumu bylo zjištěno, že z celkového počtu respondentů je více než 65 % s dostupností spokojeno nebo dokonce velmi spokojeno. 26,1 % hodnotí dostupnost zdravotní péče neutrálně. Pouze 6,1 % všech dotazovaných je s dostupností nespokojeno a jen necelé 1 % velmi nespokojeno. Dostupnost zdravotní péče hodnotily kladněji především ženy, které byly spokojenější (odpověď spokojen, velmi spokojen) o téměř 15 procentních bodů než muži. Celkem 9,1 % mužů ohodnotilo dostupnost zdravotní péče odpovědí nespokojen a velmi nespokojen.



Obr. 51 Odpovědi respondentů na otázku 16

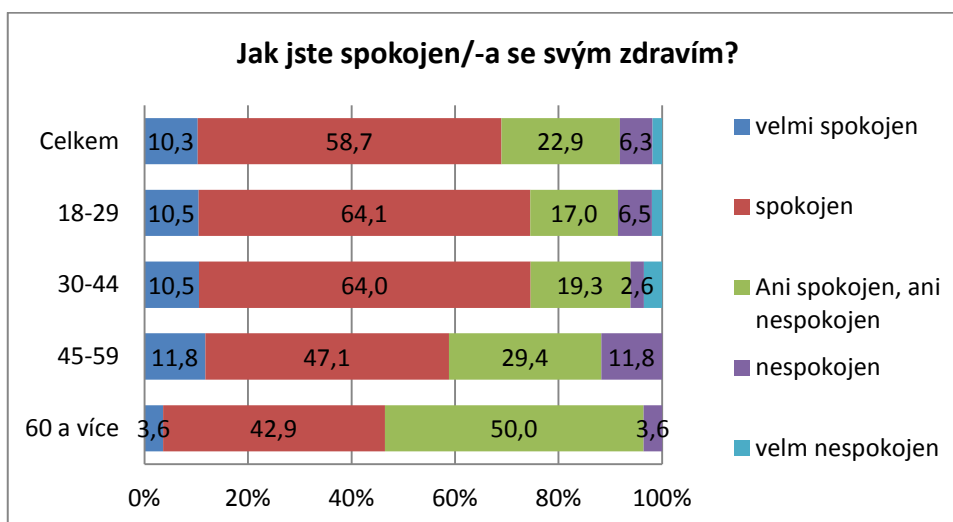
6.3.5. Celkové hodnocení kvality života a zdraví

Jak říká definice WHO, „Zdraví není jen pouhá nepřítomnost nemoci. Je to stav fyzické, psychické, sociální a estetické pohody“. Kombinace těchto čtyř složek formuje celkový zdravotní stav člověka a od něj se do jisté míry odvíjí také úroveň kvality života. Následující dvě otázky nejsou zařazeny do 4 základních domén tohoto dotazníku, ale jsou jakýmsi samostatným komplexním hodnocením kvality života a spokojenosti se zdravím obecně, ze kterých si lze o kvalitě života a zdraví obyvatel města Třince utvořit ucelenou představu.

Otázka 2: Jak jste spokojen/-á se svým zdravím?

Na otázku, jak jsou respondenti spokojeni se svým zdravím, nejčastěji reagovali odpovědí „spokojen“ (58,7 %). Celkem 10,3 % bylo dokonce velmi spokojeno. 22,9 % nebylo ani spokojeno ani nespokojeno. Nespokojeno bylo z celkového počtu dotazovaných jen 6,3 % a velmi nespokojeno pouhé 1,3 %.

V rámci tohoto výzkumu měla na hodnocení celkové spokojenosti se zdravím velký vliv především věková struktura respondentů. Jak se můžeme přesvědčit v následujícím grafu, nejvíce kladných odpovědí (velmi spokojen, a spokojen) bylo zaznamenáno ve věkové kategorii 18-29 let, a pouze o jednu desetinu procentního bodu méně také u skupiny 30-44 let. Je zde zřejmé, že s věkem spokojenost respondentů se zdravím přirozeně klesá. U věkové kategorie 60 a více let je se zdravím spokojeno a velmi spokojeno celkem o 28 procentních bodů méně respondentů než u nejmladší věkové skupiny. Nejstarší dotazovaní na otázku nejčastěji reagovali neutrálně (ani spokojen ani nespokojen). Největší procento záporných odpovědí však nebylo zaznamenáno u nejstarší věkové kategorie, nýbrž u skupiny 45-59 let (11,8 %).



Obr. 52 Odpovědi respondentů na otázku 2

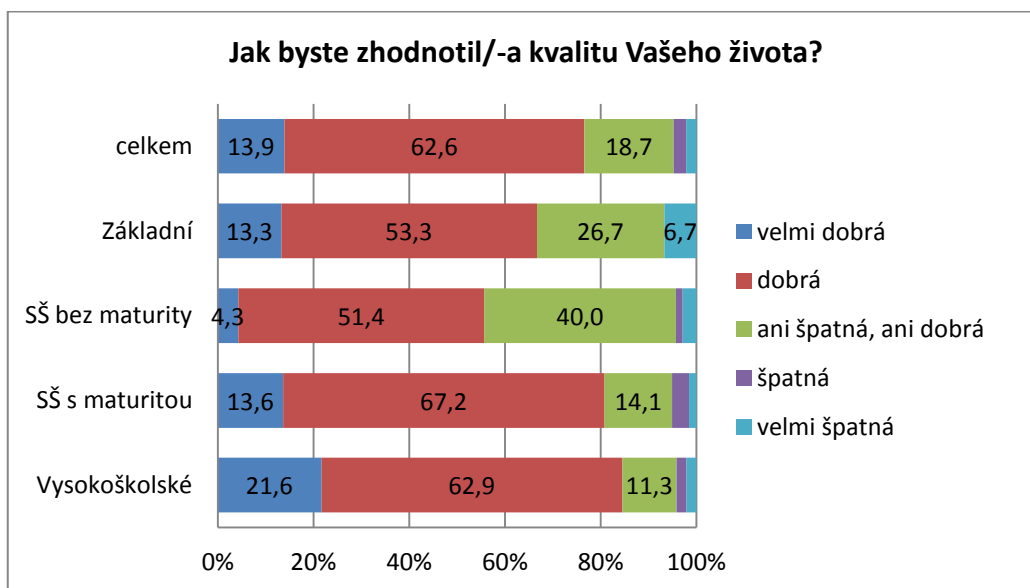
Otázka 1: Jak byste zhodnotil/-a kvalitu Vašeho života?

Komplexní hodnocení kvality života bylo provedeno na základě vzdělanostní struktury respondentů, jelikož právě úroveň dosaženého vzdělání může do značné míry celkovou kvalitu života ovlivnit. Z pravidla vyšší úroveň vzdělání, pro člověka potenciálně znamená zároveň lepší životní podmínky a to zejména po stránce materiální. Jak se

můžeme přesvědčit v posledním grafu, jistá závislost kvality života a úrovně dosaženého vzdělání je zde patrná.

Jako velmi dobrou, zhodnotilo kvalitu života nejvíce respondentů s vysokoškolským vzděláním (21,6 %). Tato skupina respondentů měla zároveň nejnižší podíl odpovědí s neutrálním a záporným hodnocením. Naopak skupina dotazovaných se středoškolským vzděláním bez maturity měla nejnižší podíl kladných odpovědí a nejvyšší procento neutrálních odpovědí. Jako velmi špatnou, hodnotila kvalitu života nejčastěji ze všech dotazovaných, skupina respondentů se základním vzděláním a to celkem 6,7 %.

Pomineme-li vzdělanostní poměry mezi respondenty. Více než 76 % všech dotazovaných hodnotí svou kvalitu života kladně. Celkem 13,9 % si myslí, že je jejich kvalita života velmi dobrá, a 62,6 % jí hodnotí jako dobrou, přičemž 18,7 hodnotí neutrálně. Pouze necelých 5 % všech respondentů považuje kvalitu svého života jako špatnou nebo velmi špatnou. Komplexně však můžeme kvalitu života všech respondentů vzhledem k vysokému procentu kladných odpovědí zhodnotit jako velmi uspokojivou.



Obr. 53 Odpovědi respondentů na otázku 1

7. ZÁVĚR

Město Třinec patří k oblastem se zhoršenou kvalitou ovzduší, což je způsobeno především koncentrací těžkého průmyslu v této oblasti. Znečištěné ovzduší s sebou přináší také možná zdravotní rizika, spojená především s exhalacemi a prašností, jež mohou mít nepříznivý vliv zejména na zdravotní stav obyvatel. Hlavním záměrem této práce bylo zhodnotit kvalitu života obyvatel města Třinec především v oblasti zdraví. Dílčí cíle výzkumu byly naplněny jak na základě objektivní analýzy dostupných dat týkajících se zdravotního stavu obyvatel, tak na základě výsledků subjektivního hodnocení samotných občanů města Třince, které bylo provedeno prostřednictvím dotazníkového šetření. Práce je koncipována do tří stěžejních částí: teoretická, analytická a výzkumná.

První fáze výzkumu byla věnována studiu literatury, které bylo nezbytné pro pochopení celé problematiky zkoumání kvality života a zdraví.

V druhé fázi byla provedena analýza vybraných demografických údajů a informací o zdravotním stavu obyvatel města. Bylo zde rovněž poukázáno na Třinecké železárně a jejich vliv na kvalitu životního prostředí.

Jedním ze základních demografických ukazatelů je stárnutí populace. Stárnutí populace dokazuje jak proměna věkové struktury, ve které od roku 1991 došlo k výraznému poklesu předproduktivní složky a naopak nárůstu poproduktivní skupiny obyvatel, tak také vývoj indexu stáří, který se za toto období zvýšil téměř o 70 %. Důkazem je rovněž vývoj průměrného věku a to o 2,6 procentních bodů. Co se týče úmrtnosti, její hrubá míra je v městě Třinec vyšší, než je průměr za celou ČR, MSK, ale také okres Frýdek-Místek. V roce 2011 byly nejčastějšími příčinami úmrtí u mužů i žen nemoci oběhové soustavy a následně novotvary. V Třinci byl v období 2003-2008, ve srovnání s průměrem Moravskoslezského kraje a České republiky, zaznamenán také zvýšený počet živě narozených s vrozenou vadou, což mohlo být způsobeno právě prostředím se zhoršenou kvalitou ovzduší. Celkový počet hospitalizovaných na 100 000 obyvatel v Třinci poměrně výrazně převyšuje nad Moravskoslezským krajem i nad celou Českou republikou a to zejména v oblasti vnějších příčin. Nejčastější příčinou hospitalizace obyvatel města Třince v roce 2011 byly nemoci oběhové soustavy. Co se týče incidence zhoubných novotvarů v Třinci, ta byla o něco nižší než v Moravskoslezském kraji i České republice. Nejpočetnější zastoupení zhoubných novotvarů měly v případě mužů zhoubné novotvary tlustého střeva (38,2 %) a v případě žen zhoubné novotvary

prsu (27,6 %). V městě Třinec byl ve sledovaných letech 2003-2009 zaznamenán také výrazně vyšší počet alergických onemocnění.

V rámci této práce byly v městě Třinec sledovány také duševní onemocnění a psychiatrická vyšetření v ambulantní péči, které v počtu případů na 100 000 obyvatel velmi významně převyšovaly jak nad Moravskoslezským krajem, tak nad Českou republikou. Nejnečastějšími duševními onemocněními byly v případě obou pohlaví neurotické poruchy.

Výzkumná část této práce byla provedena na základě dotazníkového šetření. Cílem tohoto šetření bylo zjistit a zhodnotit jak občané jednotlivých částí města Třinec vnímají kvalitu svého života, zdraví a dalších životních oblastí. Otázky v dotazníku byly zaměřeny jak na fyzické, tak na duševní zdraví, dále také na sociální vztahy a prostředí a životní podmínky místních obyvatel.

V rámci fyzického zdraví byly otázky zaměřeny na hodnocení bolesti, závislosti na lékařské péči, spokojenosti se spánkem a schopnosti provádět každodenní činnosti. Výzkum potvrdil, že výsledky odpovědí byly do značné míry ovlivněny přirozeně věkovou strukturou obyvatel. Nejčastější problémy týkající se fyzického zdraví, byly zjištěny u starších věkových kategorií, zejména tedy u respondentů ve věku 60 a více let.

Otázky týkající se duševního zdraví byly směřovány na smysl a radost ze života, spokojenost sám se sebou, užívání alkoholu a další. Výsledky odpovědí na otázky duševního zdraví dopadly velmi uspokojivě. Většinová část respondentů je spokojená jak se svým životem, tak se sebou sama. Výzkum však prokázal, že na některé oblasti kvality života a především duševního zdraví, má vliv práce na směnný provoz a to především v oblasti kouření, užívání alkoholu a spokojenosti se spánkem.

Výsledky hodnocení sociálních vztahů, byly pro obyvatelé města Třince velmi příznivé. Až na výjimky byla většina respondentů se svými osobními vztahy převážně spokojena. V oblasti sociálních vztahů výzkum také prokázal, jistou závislost celkové kvality života na spokojenosti s osobními vztahy.

Percepce prostředí respondentů, byla zhodnocena na základě odpovědí na otázky spokojenosti s prostředím v okolí bydliště, vnímání TŽ, spokojenost s dostupností zdravotní péče a další. Na základě šetření bylo zjištěno, že nejspokojenější obyvatelé jsou v městských částech Tyra, Osůvky, Karpentná, a Guty, ležících v podhůří Moravskoslezských Beskyd, poměrně vzdálených od průmyslového centra. Naopak

nejméně spokojených respondentů, pochází z městských částí Staré město a Dolní Lištná, které jsou lokalizovány v přímé blízkosti Třineckých železáren.

Bezmála polovina všech respondentů si myslí, že jejich prostředí není zdravé a více než 75 % všech respondentů si myslí, že na jejich kvalitu života a zdraví mají Třinecké železářny zásadní negativní vliv, což jsou jediná znepokojivá zjištění v tomto výzkumu. Komplexně však můžeme kvalitu života respondentů na základě otázek zaměřených na celkové hodnocení kvality života a zdraví, vzhledem k vysokému procentu kladných odpovědí, zhodnotit jako velmi uspokojivou.

SUMMARY

Třinec belongs to areas with poor air quality due to the concentration of heavy industry. Air pollution presents health risks to local residents. The main aim of this thesis was therefore to evaluate the quality of life of local inhabitants especially in the area of health.

Sub-objectives of the research were carried on the basis of an objective analysis of the available data on the health status of the population and also on the results of a subjective evaluation of the Třinec citizens, which was conducted through a questionnaire survey. The work is divided into three main parts: theoretical, analytical and research part.

The first phase of the research was devoted to the study of literature, which was necessary for understanding the whole issue the quality of life and health.

In the second stage, the analysis was carried out of selected demographic data (age structure of the population, the aging index, life expectancy and mortality) and information about the health status (causes of hospitalization , malignant neoplasms disease, allergic diseases and mental illness) of the Třinec population. It was also pointed out on Třinecké železářny company and on their impact on environmental quality in this part of the thesis.

The research part was based on a questionnaire survey. The aim of this investigation was to determine and evaluate how individual citizens of the Třinec city perceive their quality of life, health and other living areas. The questions in the questionnaire were focused on both physical and mental health, as well as on the social relationships and the environment and the living conditions of the local population.

The conclusions from this work have been drawn on the basis of both objective and also subjective evaluation of quality of life and health of city residents.

POUŽITÉ ZDROJE

1. ANDRÁŠKO, Ivan. *Dve dimenzie kvality života v kontexte percepcií obyvateľov a viedieckych obcí*. Brno. Ústav Geoniky AV ČR, 2005. 6-13 s.
2. ANDRÁŠKO, Ivan. *Vnútoraná štruktúra mesta z hľadiska kvality života*. Bratislava, 2007. Dizertačná práca. Geografický ústav Slovenskej akadémie vied. Vedoucí práce doc. RNDr. Vladimír Ira, CSc.
3. CENIA. *Životní prostředí a zdraví: Zdravotní stav populace*. [online]. 2004. [cit. 2013-03-19]. Dostupné z: <http://www.cenia.cz/rocenka05/c1.htm>
4. ČISTÉ NEBE. *Tady žiji, miluji i dýchám*. [online]. 2013. [cit. 2013-03-19]. Dostupné z: <http://www.cistenebe.cz/index.php/slovnicek-pojmu/13-poletavy-prach-pm10-pm25-pm10>
5. ČSÚ. *Bilance počtu obyvateľ a vekové složení v obcích Moravskoslezského kraje*. [online]. 2013 [cit. 2013-02-19]. Dostupné z: http://www.czso.cz/xt/redakce.nsf/i/bilance_poctu_obyvateľ_a_vekove_slozeni_v_obcich_moravskoslezskeho_kraje
6. ČSÚ. *Veřejná databáze: Územně analytické podklady I ve vybrané obci*. [online]. 2013 [cit. 2013-02-19]. Dostupné z: http://vdb.czso.cz/vdbvo/tabparam.jsp?cislotab=UAP6030UU_OB&kapitola_id=327&voa=tabulka&go_zobraz=1&aktualizuj=Aktualizovat&pro_1_90=598810#pozn3
7. DEMOGRAFIE. *Demografické informace, analýzy a komentáře* [online]. 2013 [cit. 2013-04-22]. Dostupné z: <http://www.demografie.info/>
8. DIENER, E., SUH, E. *Measuring Quality of Life: Economic, Social, and Subjective Indicators*. *Social Indicators Research*. 1997, roč. 40, č. 1-2, s. 189-216.
9. DRAGOMIRECKÁ, E, BARTOŇOVÁ, J. *WHOQOL-BREF. WHOQOL-100. Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006a
10. DŽUKA, Jozef. *Psychologické dimenzie kvality života*. Prešov: Prešovská univerzita, 2004. 42- 63 s.
11. EUROFOUND. *Evropská nadace pro zlepšení životních a pracovních podmínek*. *Eurofound.europa.eu*. [online]. 2012 [cit. 2013-01-25]. Dostupné z: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2012/641/cs/1/EF12641CS.pdf>
12. GILBERT E. W. et al.. *The Study of Geography of Disease: Discussion*. *The Geographical Journal*, Vol. 125, No. 2, 1959. s. 210-216
13. HALEČKA, Tibor: *Kvalita života ako pojem a problém sociálnej politiky sociálnej práce*. In : *Práca a sociálna politika*, Ročník IX, 2001, č. 12.
14. HOLČÍK, J. *Zdraví 21. Výklad základních pojmů. Úvod do evropské zdravotní strategie*. Praha: MZ ČR, 2004, 160 s.
15. KANDRÁČOVÁ, V. *Medicínská (lekárská) geografia- nová geografická disciplína so starou tradíciou*, In BIGECHE, *Odborno-metodologický občasník pre učiteľov biológie, geografie a chemie na základnej a strednej škole*. Prešov, 2005, 49-56 s.

16. KAŽMER, Ladislav, KRIŽAN, František. *Priestorové rozšírenie mortality mužov na rakovinu prostaty na úrovni okresov sr v rokoch 1996-2007*. Univerzita Komenského v Bratislave, 2010. 101-119 s.
17. KRAJSKÁ HYGIENICKÁ STANICE: Moravskoslezského kraje se sídlem v Ostravě. *Kvalita ovzduší a jeho vliv na zdraví*. [online] 2011. [cit. 2013-03-22]. Dostupné z: http://www.khsova.cz/01_aktuality/files/ovzdusi_frydek_20111214.pdf
18. MĚSTO TŘINEC: Oficiální webový portál [online]. 2013. [Cit. 2013-04-22]. Dostupné z: <http://www.trinecko.cz/>
19. MIČÁNKOVÁ Magdaléna. *Hodnocení kvality života*. Brno: Masarykova univerzita. 2012, 110 s.
20. MINISTERSTVO ŽIVOTNÍHO PROSTŘEDÍ ČR: Integrovaný registr znečišťování [online]. *Polycyklické aromatické uhlovodíky*. 2012 [cit. 2013-03-05]. Dostupné z: http://www.irz.cz/repository/latky/polycyklicke_aromaticke_uhlovodiky.pdf
21. MINISTERSTVO ŽIVOTNÍHO PROSTŘEDÍ. *Ochrana ovzduší: zdravotní důsledky znečištění ovzduší: Moravskoslezský kraj* [online]. 2012. vyd. [cit. 2013-03-05]. Dostupné z: http://www.mzp.cz/cz/zdravotni_dusledky_znecistení_ovzdusi
22. NEMOCNICE TŘINEC. *Nemocnice bez hranic*. Třinec. [online]. 2013. [cit. 2013-03-19]. Dostupné z: <http://www.nemtr.cz/index.php/o-nemocnici>
23. NOVÁČEK, Pavel. *Udržitelný rozvoj*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. s. 430
24. PACIONE, M (2003b). *Urban environmental quality and human wellbeing: a social geographical perspective*. *Landscape and Urban Planning*, 65, 19-30 s.
25. PAYNE, Jan a kol. *Kvalita života a zdraví*. Vyd. 1. Triton. Praha, 2005. 629 s.
26. POTŮČEK, Martin. *Kvalita a udržitelnost života jako kritérium vizí a strategií: Beseda Společnosti pro trvale udržitelný život „Česko hledá budoucnost.“* CESES FSV UK Praha, 2012.
27. PREIS, Jiří. *Geografické aspekty pandemie HIV/AIDS: úvod do problematiky a případová studie Ugandy*. Geografický ústav Přírodovědecká fakulty MU v Brně, 2008. 70 s.
28. PREIS, Jiří. ČT 24. Česká televize 24. *Lékařská geografie může pomoci monitorovat šíření nemoci," říká Jiří Preis*. [online] 2009. [cit. 2013-02-20]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/exkluzivne-na-ct24/osobnosti-na-ct24/58811-lekarska-geografie-muze-pomoci-monitorovat-sireni-nemoci-rika-jiri-preis/>
29. ŘEHULKOVÁ, Oliva, ŘEHULKA, Evžen, a kol. *Quality of Life in the Contexts of Health and Illness*. Brno. 2008, 162 s.
30. SCHUESSLER, K., F., FISHER, G., A. *Quality of Life Research and Sociology. Annual review of sociology*. 1985, roč. 11, 129-149 s.
31. STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV: *Zdraví a životní prostředí*. [online] 2004. [cit. 2013-04-22]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/zivotni-prostredi>

32. ŠERÝ, V., VOTRUBEC, C. 1989. *Lékařskogeografické problémy Alžírsko*, Academia, Rozpravy Československé akademie věd; Praha, 97 s.
33. TŘINECKÝ HUTNÍK: Týdenník Třineckých železáren. *Znečištění se musí řešit společně s Poláky*. [online]. 2012, č. 31 [cit. 2013-03-05]. Dostupné z: [http://www.trz.cz/trz/prilohy.nsf/\(viewPublic\)/TH1208/\\$File/th%2031-12.pdf?OpenElement](http://www.trz.cz/trz/prilohy.nsf/(viewPublic)/TH1208/$File/th%2031-12.pdf?OpenElement)
34. TŘINECKÝ HUTNÍK: Týdenník Třineckých železáren. *Železářny a město společně usilují o zlepšení stavu ovzduší*. [online]. 2012, č. 43 [cit. 2013-03-05]. Dostupné z: [http://www.trz.cz/trz/prilohy.nsf/\(viewPublic\)/TH1210/\\$File/th%2043-12.pdf?OpenElement](http://www.trz.cz/trz/prilohy.nsf/(viewPublic)/TH1210/$File/th%2043-12.pdf?OpenElement)
35. UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. *undp.org* [online]. 2013 [cit. 2013-01-25]. Dostupné z: <http://www.undp.org/content/undp/en/home.html>
36. UNIVERSITY OF TORONTO. *The quality of life model*. [online]. 2011 [cit. 2013-01-25]. Dostupné z: <http://www.utoronto.ca/qol/concepts.htm>
37. ÚZIS, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Alergologie a klinická imunologie*. [online]. 2010-2013.[cit. 2013-03-15]. Dostupné z: [Phttp://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/alergologie-klinicka-imunologie](http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/alergologie-klinicka-imunologie)
38. ÚZIS, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2011*. [online]. 2010- 2013.[cit. 2013-02-06]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky>
39. ÚZIS, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Zdravotnická ročenka Moravskoslezského kraje 2011*. [online]. 2010- 2013.[cit. 2013-02-06]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-moravskoslezskeho-kraje>
40. VAĎUROVÁ, Helena, MÜHLPACHR, Pavel. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Vyd. 1. Brno: Masarykova univerzita, 2005. 145 s.
41. VELKÝ LÉKAŘSKÝ SLOVNÍK. [online]. 2010-2013.[cit. 2013-03-15]. Dostupné z: <http://lekarske.slovniky.cz/>

PŘÍLOHY

Příloha 1 Dotazník použitý při výzkumu

Příloha 2 Foto Třineckých železáren

Příloha 3 Foto Nemocnice Třinec

Příloha 4 Foto Javorového vrchu

Příloha 1 Dotazník použitý při výzkumu

Dotazník- Kvalita života a zdraví v městě Třinci

Vážení respondenti,

*prosím Vás o vyplnění dotazníku, který je součástí šetření, zaměřeného na výzkum kvality života obyvatel města Třinec v oblasti zdraví. U každé otázky je možná **pouze jedna odpověď**. Dotazník je **anonymní** a slouží pouze k výzkumným účelům pro zpracování diplomové práce.*

Děkuji předem za Vaši ochotu a čas strávený vyplňováním dotazníku.

Jana Liszková,

studentka Přírodovědecké fakulty UP v Olomouci

e-mail: JanaLiszkova@seznam.cz

Pohlaví:	<input type="checkbox"/> Žena	<input type="checkbox"/> Muž			
Věk:	<input type="checkbox"/> 18-29	<input type="checkbox"/> 30-44	<input type="checkbox"/> 45-59	<input type="checkbox"/> 60-74	<input type="checkbox"/> 75 a více
Vzdělání:	<input type="checkbox"/> Základní				
	<input type="checkbox"/> Středoškolské bez maturity				
	<input type="checkbox"/> Středoškolské s maturitou				
	<input type="checkbox"/> Vyšší odborné				
	<input type="checkbox"/> Vysokoškolské				
Rodinný stav:	<input type="checkbox"/> Svobodný/-á				
	<input type="checkbox"/> S partnerem				
	<input type="checkbox"/> Ovdovělý/-á				
	<input type="checkbox"/> Rozvedený/-á				
Bydliště:	<input type="checkbox"/> Dolní Lištná	<input type="checkbox"/> Karpentná	<input type="checkbox"/> Nebory	<input type="checkbox"/> Tyra	
	<input type="checkbox"/> Guty	<input type="checkbox"/> Kojkovice	<input type="checkbox"/> Oldřichovice		
	<input type="checkbox"/> Horní Lištná	<input type="checkbox"/> Kanská	<input type="checkbox"/> Osůvky		
	<input type="checkbox"/> Kanada	<input type="checkbox"/> Lyžbice	<input type="checkbox"/> Staré Město		

1. Jak byste zhodnotil/-a kvalitu Vašeho života?

- Velmi špatná
- Špatná
- Ani špatná ani dobrá
- Dobrá
- Velmi dobrá

2. Jak jste spokojen se svým zdravím?

- Velmi nespokojen/-á
- Nespokojen/-á
- Ani spokojen/-á ani nespokojen/-á
- Spokojen/-á
- Velmi spokojen/-á

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
3. Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?	1	2	3	4	5
4. Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/-a fungovat v každodenním životě?	1	2	3	4	5
5. Do jaké míry ovlivňuje Váš zdravotní stav kvalitu Vašeho života?	1	2	3	4	5
6. Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	1	2	3	4	5
7. Jak moc Vás těší život?	1	2	3	4	5
8. Jak zdravé je podle Vás prostředí, ve kterém žijete?	1	2	3	4	5

	vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
9. Máte možnost věnovat se svým zálibám?	1	2	3	4	5

	Velmi nespokojen /a	nespokojen /a	neutrálně	spokojen/a	velmi spokojen/a
10. Jak jste spokojen/-á se svým spánkem?	1	2	3	4	5
11. Jak jste spokojen/-á se svou schopností provádět každodenní činnosti?	1	2	3	4	5
12. Jak jste spokojen/-á sám/sama se sebou?	1	2	3	4	5
13. Jak jste spokojen/-á se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
14. Jak jste spokojen/-á s podporou, kterou Vám poskytuje rodina a přátelé?	1	2	3	4	5
15. Jak jste spokojen/-á s podmínkami v místě, kde žijete?	1	2	3	4	5
16. Jak jste spokojen/-á s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5

17. Jste kuřák? NE ANO

18. Jak často užíváte alkohol?

- Denně Příležitostně
 Týdně Vůbec
 Měsíčně

19. Pracujete na směny? ANO NE

Pokud pracujete na směny, do jaké míry ovlivňuje Váš zdravotní stav a kvalitu života směnný provoz?

- Jsem s tím spokojen/á
- Neumím se k tomu vyjádřit
- Nevyhovuje mi to

20. Myslíte si, že Třinecké železárny mají zásadní negativní vliv na kvalitu Vašeho života a zdraví?

- Vůbec ne
- Asi ne
- Asi ano
- Jednoznačně ano

21. Jak často vyhledáváte pobyt mimo město (v přírodě)?

- Vůbec nevyhledávám
- Spíše týdně
- Spíše měsíčně
- Vícekrát za týden

Příloha 2 Foto Třineckých železáren



Zdroj: Město Třinec

Příloha 3 Foto Nemocnice Třinec



Zdroj: Nemocnice Třinec

Příloha 4 Foto Javorového vrchu (vpravo)



Zdroj: Irena Hutková, 2012