

SOCIÁLNÍ PODPORA

Další tři otázky se budou týkat Vašich vztahů a kontaktů s druhými lidmi.

C31 Kolik osob je Vám tak blízkých, že s nimi můžete počítat v případě vážných osobních problémů?

1 nikdo	<input type="checkbox"/>	3 3 až 5	<input type="checkbox"/>
2 1 až 2	<input type="checkbox"/>	4 6 a více	<input type="checkbox"/>

C32 Jak moc se druzí lidé kolem Vás zajímají o to, co děláte? Jaký zájem projevují?

1 velký zájem	<input type="checkbox"/>	4 malý zájem	<input type="checkbox"/>
2 určitý zájem	<input type="checkbox"/>	5 žádný zájem	<input type="checkbox"/>
3 ani velký ani malý zájem	<input type="checkbox"/>		

C33 Jak snadné je pro Vás získat pomoc od lidí z okolí, pokud byste ji potřeboval(a)?

1 velmi snadné	<input type="checkbox"/>	4 obtížné	<input type="checkbox"/>
2 snadné	<input type="checkbox"/>	5 velmi obtížné	<input type="checkbox"/>
3 možné	<input type="checkbox"/>		

POSKYTOVÁNÍ NEFORMÁLNÍ PÉČE ČI ASISTENCE

C34 Poskytujete pravidelně (alespoň jednou týdně) péči nebo asistenci jedné nebo více osobám, které mají potíže v důsledku pokročilého věku, chronického onemocnění či nemohoucnosti?
Nezahrnujte péči poskytovanou v rámci Vašeho zaměstnání.

1 ano 2 ne → C37

C35 Upřesněte prosím, o jakou osobu se jedná. Je tato osoba

1 člen vaší rodiny, příbuzný	<input type="checkbox"/>
2 někdo jiný (osoba mimo rodinu)	<input type="checkbox"/>

C36 Kolik hodin týdně poskytujete tuto péči či asistenci?

1 méně než 10 hodin týdně	<input type="checkbox"/>
2 alespoň 10, ale ne více než 20 hodin týdně	<input type="checkbox"/>
3 20 a více hodin týdně	<input type="checkbox"/>

C39 Zhodnoťte prosím Vaši celkovou spokojenost se životem na škále od 1–10.
Jde nám o celkové zhodnocení spokojenosti se sebou a se svým životem ze všech hledisek, jako jsou např. životní podmínky a prostředí, ve kterém žijete, práce, volný čas a vykonávání každodenních aktivit, zdravotní stav, finanční a ekonomická situace, rodinné a sociální zázemí, osobní vztahy atd.

Velmi nespokojen(á)					Velmi spokojen(á)				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pouze pro osoby ve věku 25–64 let

C40 Máte zájem se zúčastnit zdravotního vyšetření? **POZVÁNKA EHES**

1 ano 2 ne → C41 důvod odmítnutí

DĚKUJEME VÁM ZA ÚČAST V TOMTO ŠETŘENÍ

PŘÍJEM DOMÁCNOSTI

C37 Uveďte prosím, jaký je celkový čistý měsíční příjem Vaší domácnosti (v Kč).

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kč
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----

nebo ↓

C38 Zkuste prosím alespoň odhadnout, v jakém rozmezí se pohybuje celkový čistý měsíční příjem Vaší domácnosti. Vyberte jednu z nabízených možností: **KARTA 9**

1 do 11 000 Kč	<input type="checkbox"/>
2 11 001 až 13 000 Kč	<input type="checkbox"/>
3 13 001 až 15 000 Kč	<input type="checkbox"/>
4 15 001 až 18 000 Kč	<input type="checkbox"/>
5 18 001 až 21 000 Kč	<input type="checkbox"/>
6 21 001 až 23 000 Kč	<input type="checkbox"/>
7 23 001 až 25 000 Kč	<input type="checkbox"/>
8 25 001 až 28 000 Kč	<input type="checkbox"/>
9 28 001 až 31 000 Kč	<input type="checkbox"/>
10 31 001 až 34 000 Kč	<input type="checkbox"/>
11 34 001 až 38 000 Kč	<input type="checkbox"/>
12 38 001 až 42 000 Kč	<input type="checkbox"/>
13 42 001 až 47 000 Kč	<input type="checkbox"/>
14 47 001 až 54 000 Kč	<input type="checkbox"/>
15 54 001 až 65 000 Kč	<input type="checkbox"/>
16 65 001 až 80 000 Kč	<input type="checkbox"/>
17 80 001 Kč a více	<input type="checkbox"/>


EVROPSKÉ VÝBĚROVÉ ŠETŘENÍ O ZDRAVÍ

Všechny získané údaje se považují za důvěrné a jejich ochrana je zaručena zákonem č. 89/1995 Sb., o státní statistické službě, ve znění pozdějších předpisů.

EHIS 2019

Registrováno
ČSÚ CV 164/19
ze dne 23.4.2019
IKF 764019

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

1. Okres	<input type="text"/>	5. Číslo tazatele	<input type="text"/>
2. Pagina	<input type="text"/>	6. Číslo domácnosti	<input type="text"/>
3. Číslo sčítacího obvodu	<input type="text"/>	7. Pořadové číslo osoby	<input type="text"/>
4. Číslo bytu	<input type="text"/>	8. Popis osoby:	<input type="text"/>

DOSTUPNÉ ÚDAJE

Předvyplňte dle informací z VŠPS

Z1 Jaké je Vaše obvyklé ekonomické postavení?

1 Pracujete (včetně pomáhajících rodinných příslušníků)	<input type="checkbox"/>	6 Důchodce v řádném starobním důchodu	<input type="checkbox"/>
2 V domácnosti (včetně mateřské, rodičovské dovolené)	<input type="checkbox"/>	7 Invalidní důchodce (3. stupeň invalidity)	<input type="checkbox"/>
3 Nezaměstnaný(á)	<input type="checkbox"/>	8 Částečně invalidní důchodce (1. a 2. stupeň invalidity)	<input type="checkbox"/>
4 Vzděláváte se (učení, studium, jiné)	<input type="checkbox"/>	9 Trvale práce neschopen ze zdravotních důvodů	<input type="checkbox"/>
5 Důchodce v předčasném starobním důchodu	<input type="checkbox"/>	10 Jiné	<input type="checkbox"/>

Z2 Věk let

Z3 Kdo odpovídá na otázky dotazníku EHIS?

1 respondent → A1 2 jiná osoba

Z4 Jaký byl důvod provedení proxy rozhovoru?

1 dlouhodobé potíže s vyjadřováním, pochopením, pamatováním	<input type="checkbox"/>	4 dlouhodobý pobyt v nemocnici, léčebně apod.	<input type="checkbox"/>
2 vyčerpanost a vysilenost v souvislosti s nemocí	<input type="checkbox"/>	5 jiný, uveďte jaký ↓	<input type="text"/>
3 dlouhodobé smyslové postižení (např. neslyšící)	<input type="checkbox"/>		

ZDRAVOTNÍ STAV
CELKOVÉ CHARAKTERISTIKY ZDRAVÍ

A1 Jak celkově hodnotíte svůj zdravotní stav?

1 velmi dobrý	<input type="checkbox"/>
2 dobrý	<input type="checkbox"/>
3 uspokojivý	<input type="checkbox"/>
4 špatný	<input type="checkbox"/>
5 velmi špatný	<input type="checkbox"/>

A3 Jste kvůli zdravotním problémům omezen(a) v činnostech, které lidé obvykle dělají?

1 ano, vážně omezen(a)	<input type="checkbox"/>	→ A4
2 ano, omezen(a), ale ne vážně	<input type="checkbox"/>	
3 ne, neomezen(a)	<input type="checkbox"/>	→ A5

A4 Trvá toto omezení již 6 měsíců nebo déle ?

1 ano	<input type="checkbox"/>
2 ne	<input type="checkbox"/>

A2 Máte nějakou dlouhodobou nemoc nebo dlouhodobý zdravotní problém?
Dlouhodobým je míněna nemoc či zdravotní problém, který trvá nebo se předpokládá, že bude trvat 6 měsíců či déle.

1 ano	<input type="checkbox"/>
2 ne	<input type="checkbox"/>

NEMOCI A CHRONICKÉ POTÍŽE

Přečtěte respondentovi všechna onemocnění a v tabulce označte políčka A5 u každého onemocnění, které respondent uvede. Pro tato onemocnění se dále ptejte i na otázku A6.

A5 Měl(a) jste v posledních 12 měsících některou z uvedených nemocí či zdravotních problémů? **KARTA 1**

A6 Užíval(a) jste kvůli této nemoci či zdravotnímu problému v průběhu posledních 12 měsíců nějaké léky na předpis?

Zdravotní problém, nemoc	A5	A6
1 Vysoký krevní tlak (hypertenze)	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>
2 Srdeční infarkt nebo jeho chronické následky	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>
3 Ischemickou chorobu srdeční nebo anginu pectoris	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>
4 Mozkovou mrtvici nebo její chronické následky	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>
5 Vysokou hladinu tuků v krvi (cholesterol, triglyceridy)	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>
6 Diabetes (cukrovku)	<input type="checkbox"/> ↓ →	<input type="checkbox"/>
A7 V jakém věku Vám byl diabetes zjištěn? <input type="text"/> <input type="text"/> let		
7 Onkologické onemocnění (nádorové onemocnění)	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>
8 Chronické onemocnění dýchacích cest (chronická bronchitida, chronická obstrukční plicní nemoc)	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>
9 Astma	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>
10 Alergii (senná rýma, záněty očí, kožní, potravinové a jiné alergie - vyjma alergického astmatu)	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>
11 Onemocnění štítné žlázy	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>
12 Jaterní cirhózu	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>
13 Onemocnění ledvin	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>
14 Inkontinenci	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>
15 Deprese	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>
16 Úzkost	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>
17 Nemoci nebo vady krční páteře	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>
18 Nemoci nebo vady dolní části páteře (bederní páteř a křížová kost)	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>
19 Artrózu	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>
20 Osteoporózu	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>
21 Jiná onemocnění ↓	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>
Jiné onemocnění 1	prosím vypište →	
Jiné onemocnění 2	prosím vypište →	

A8 Jak byste hodnotil(a) stav Vašich zubů a dásní? Řekl(a) byste, že je:

1 velmi dobrý <input type="checkbox"/>	4 špatný <input type="checkbox"/>
2 dobrý <input type="checkbox"/>	5 velmi špatný <input type="checkbox"/>
3 uspokojivý <input type="checkbox"/>	

KONZUMACE ALKOHOLU

C25 Jak často jste během posledních 12 měsíců pil(a) nějaký nápoj obsahující alkohol (tzn. pivo, víno, destiláty, likéry, míchané nápoje apod.)?

1 každý den nebo téměř každý den <input type="checkbox"/>	→ C26
2 5 až 6 dní v týdnu <input type="checkbox"/>	
3 3 až 4 dny v týdnu <input type="checkbox"/>	
4 1 až 2 dny v týdnu <input type="checkbox"/>	
5 2 až 3 dny v měsíci <input type="checkbox"/>	→ C30
6 jednou měsíčně <input type="checkbox"/>	
7 méně často než jednou měsíčně <input type="checkbox"/>	
8 vůbec v posledních 12 měsících, přestal(a) jsem pít alkohol <input type="checkbox"/>	→ C31
9 nikdy v životě jsem nepil(a) alkohol nebo jen několik málo loků <input type="checkbox"/>	

C26 Pokud uvažujete období od pondělí do čtvrtka, v kolika z těchto 4 dní obvykle pijete alkoholické nápoje?

pondělí až čtvrtek	pátek až neděle
1 ve všech 4 dnech <input type="checkbox"/>	1 ve všech 3 dnech <input type="checkbox"/>
2 ve 3 dnech <input type="checkbox"/>	2 ve 2 dnech <input type="checkbox"/>
3 ve 2 dnech <input type="checkbox"/>	3 v 1 dni <input type="checkbox"/>
4 v 1 dni <input type="checkbox"/>	4 žádný den <input type="checkbox"/> → C30
5 žádný den <input type="checkbox"/> → C28	

C27 **C29** Kolik alkoholických nápojů obvykle vypijete v jednom takovém dni, kdy pijete alkohol? **KARTA 8**

Jedná se o tzv. standardní alkoholické nápoje, které se určují následovně:
Pivo 0,5 l = 2 nápoje; pivo 0,3 l = 1 nápoj; víno 1 dcl = 1 nápoj; destilát 40 ml = 1 nápoj

C27 pondělí až čtvrtek	C29 pátek až neděle
1 16 a více nápojů <input type="checkbox"/>	1 16 a více nápojů <input type="checkbox"/>
2 10–15 nápojů <input type="checkbox"/>	2 10–15 nápojů <input type="checkbox"/>
3 6–9 nápojů <input type="checkbox"/>	3 6–9 nápojů <input type="checkbox"/>
4 4–5 nápojů <input type="checkbox"/>	4 4–5 nápojů <input type="checkbox"/>
5 3 nápoje <input type="checkbox"/>	5 3 nápoje <input type="checkbox"/>
6 2 nápoje <input type="checkbox"/>	6 2 nápoje <input type="checkbox"/>
7 1 nápoj <input type="checkbox"/>	7 1 nápoj <input type="checkbox"/>
8 méně než 1 nápoj <input type="checkbox"/>	8 méně než 1 nápoj <input type="checkbox"/>

C30 Jak často jste během posledních 12 měsíců, vypil(a) 6 a více alkoholických standardních nápojů při jedné příležitosti? Např. během oslavy, párty, večere, posezení s přáteli apod. **KARTA 8**

1 každý den nebo téměř každý den <input type="checkbox"/>	6 jednou měsíčně <input type="checkbox"/>
2 5 až 6 dní v týdnu <input type="checkbox"/>	7 méně často než jednou měsíčně <input type="checkbox"/>
3 3 až 4 dny v týdnu <input type="checkbox"/>	8 vůbec v posledních 12 měsících <input type="checkbox"/>
4 1 až 2 dny v týdnu <input type="checkbox"/>	9 nikdy v životě <input type="checkbox"/>
5 2 až 3 dny v měsíci <input type="checkbox"/>	

SPOTŘEBA OVOCE A ZELENINY

C12 Jak často jíte ovoce, vyjma ovocných džusů (čerstvých či připravených z koncentráty)?
Zahrňte mražené, sušené či sterilované ovoce.

1	jednou či vícekrát denně	<input type="checkbox"/>	→ C13	Kolik porcí ovoce sníte denně? KARTA 6	počet porcí	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	4–6krát týdně	<input type="checkbox"/>	→ C14				
3	1–3krát týdně	<input type="checkbox"/>					
4	méně než jednou týdně	<input type="checkbox"/>					
5	nikdy	<input type="checkbox"/>					

C14 Jak často jíte zeleninu nebo salát, vyjma brambor a zeleninových šťáv (čerstvých či připravených z koncentráty)?
Zahrňte mraženou, sušenou, sterilovanou či tepelně upravovanou zeleninu a luštěniny.

1	jednou či vícekrát denně	<input type="checkbox"/>	→ C15	Kolik porcí zeleniny či salátu sníte denně? KARTA 7	počet porcí	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	4–6krát týdně	<input type="checkbox"/>	→ C16				
3	1–3krát týdně	<input type="checkbox"/>					
4	méně než jednou týdně	<input type="checkbox"/>					
5	nikdy	<input type="checkbox"/>					

C16 Jak často pijete 100% ovocné nebo zeleninové šťávy, vyjma džusů z koncentráty nebo přislažovaných džusů?

1	jednou či vícekrát denně	<input type="checkbox"/>	4	méně než jednou týdně	<input type="checkbox"/>
2	4–6krát týdně	<input type="checkbox"/>	5	nikdy	<input type="checkbox"/>
3	1–3krát týdně	<input type="checkbox"/>			

C17 Jak často pijete cukrem slazené nealkoholické nápoje, jako je například limonáda nebo cola? Nezapomínejte light, dietní či uměle slazené nealkoholické nápoje. Nezapomínejte slazenou kávu či čaj, ani vodu se sirupem.

1	jednou či vícekrát denně	<input type="checkbox"/>	4	méně než jednou týdně	<input type="checkbox"/>
2	4–6krát týdně	<input type="checkbox"/>	5	nikdy	<input type="checkbox"/>
3	1–3krát týdně	<input type="checkbox"/>			

KOURENÍ

C18 Kouříte v současnosti nějaké tabákové výrobky (vyjma elektronických cigaret či podobných elektronických přístrojů)?

1	ano, denně	<input type="checkbox"/>	→ C19
2	ano, příležitostně	<input type="checkbox"/>	→ C21
3	ne, vůbec	<input type="checkbox"/>	

C19 Kouříte denně cigarety (průmyslově vyrobené nebo ručně balené)?

1	ano	<input type="checkbox"/>	2	ne	<input type="checkbox"/>	→ C22
---	-----	--------------------------	---	----	--------------------------	-------

C20 Kolik cigaret v průměru vykouříte denně?

počet cigaret denně → C22

C21 Kouřil(a) jste někdy v minulosti tabákové výrobky (cigarety, doutníky, dýmku) denně nebo téměř denně, po dobu nejméně jednoho roku?

1	ano	<input type="checkbox"/>	2	ne	<input type="checkbox"/>	→ C23
---	-----	--------------------------	---	----	--------------------------	-------

C22 Kolik let kouříte / kouřil(a) jste denně? Započítejte všechna období, kdy jste kouřil(a) denně. Pokud neznáte přesný počet let, uveďte alespoň odhad.

počet let

C23 Jak často jste vystaven(a) tabákovému kouři uvnitř místnosti?

1	každý den, 1 hodinu nebo déle	<input type="checkbox"/>
2	každý den, méně než 1 hodinu	<input type="checkbox"/>
3	alespoň jednou týdně (ale ne denně)	<input type="checkbox"/>
4	méně než jednou týdně	<input type="checkbox"/>
5	nikdy nebo téměř nikdy	<input type="checkbox"/>

C24 Používáte v současnosti elektronickou cigaretu nebo jiné podobné elektronické přístroje? (vaporizér, elektronickou dýmku)

1	ano, denně	<input type="checkbox"/>
2	ano, příležitostně	<input type="checkbox"/>
3	ne, ale v minulosti jsem používal(a)	<input type="checkbox"/>
4	ne, nikdy	<input type="checkbox"/>

NEHODY A ZRANĚNÍ

Následující otázky se vztahují k nehodám a zraněním. Zajímají nás i otravy nebo zranění způsobená zvířaty či hmyzem, naopak nezahrnujete zranění způsobená úmyslně jinými osobami. Nezapomínejte prosím zranění, k nimž došlo při vykonávání Vašeho zaměstnání či ve škole. Každá nehoda má být zahrnuta pouze jednou, nelze zahrnout jednu nehodu ve více kategoriích.

A9 Měl(a) jste v posledních 12 měsících nějakou silniční dopravní nehodu, která skončila Vaším zraněním?

1	ano	<input type="checkbox"/>	2	ne	<input type="checkbox"/>
---	-----	--------------------------	---	----	--------------------------

A10 Měl(a) jste v posledních 12 měsících nějakou nehodu doma, která skončila Vaším zraněním?

1	ano	<input type="checkbox"/>	2	ne	<input type="checkbox"/>
---	-----	--------------------------	---	----	--------------------------

A11 Měl(a) jste v posledních 12 měsících nějakou jinou nehodu (např. při trávení volného času), která skončila Vaším zraněním (mimo nehody doma, v zaměstnání či ve škole a dopravní nehody)?

1	ano	<input type="checkbox"/>	2	ne	<input type="checkbox"/>
---	-----	--------------------------	---	----	--------------------------

Pokud A9 = 1 nebo A10 = 1 nebo A11 = 1 ↓ Jinak A13

A12 Potřeboval(a) jste v souvislosti s touto nehodou zdravotní péči? Pokud jste měl(a) více nehod různého typu, otázka se vztahuje k nejzávažnější z nich, tedy k té, pro kterou byla poskytnuta zdravotní péče v největším rozsahu.

1	ne, lékařské ošetření ani konzultace nebyly potřeba	<input type="checkbox"/>
2	ano, bylo nutné ošetření lékařem či zdravotní sestrou	<input type="checkbox"/>
3	ano, byl(a) jsem hospitalizován(a) v nemocnici, ale nezůstal(a) jsem tam přes noc	<input type="checkbox"/>
4	ano, byl(a) jsem hospitalizován(a) v nemocnici a zůstal(a) jsem tam přes noc	<input type="checkbox"/>

PRACOVNÍ ABSENCE ZE ZDRAVOTNÍCH DŮVODŮ

Pokud Z1 = 1 (pracuje) ↓ Jinak A15

A13 Měl(a) jste kvůli svým zdravotním problémům v posledních 12 měsících nějakou pracovní absenci? Vezměte v úvahu všechny nemoci, poranění a další zdravotní problémy, které jste měl(a) a které měly za následek přerušení pracovních aktivit.

1	ano	<input type="checkbox"/>	2	ne	<input type="checkbox"/>	→ A15
---	-----	--------------------------	---	----	--------------------------	-------

A14 Kolik dní celkem v průběhu posledních 12 měsíců jste nebyl(a) přítomen/-na v zaměstnání nebo jste nemohl(a) vykonávat své pracovní aktivity kvůli zdravotním problémům? Jedná se o kalendářní dny. Časové období se vztahuje k pracovní absenci, nikoli k době trvání onemocnění.

počet kalendářních dní

OMEZENÍ SMYSLOVÝCH, FYZICKÝCH A KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ

Další otázky jsou zaměřené na zrak, sluch, paměť a běžné pohybové aktivity. Při odpovědích prosím neuvádějte dočasné problémy.

A15 Nosíte brýle nebo kontaktní čočky?

1	ano	<input type="checkbox"/>	
2	ne	<input type="checkbox"/>	
3	jsem nevidomý/á nebo nevidím téměř nic	<input type="checkbox"/>	→ A17

A16 Máte potíže se zrakem (i když použijete své brýle nebo kontaktní čočky)? **KARTA 2**

1	žádné potíže	<input type="checkbox"/>
2	určité potíže	<input type="checkbox"/>
3	velké potíže	<input type="checkbox"/>
4	vůbec nevidím	<input type="checkbox"/>

A17 Používáte nějaké naslouchací pomůcky?

1	ano	<input type="checkbox"/>	
2	ne	<input type="checkbox"/>	
3	jsem neslyšící	<input type="checkbox"/>	→ A20

A18 Máte potíže se sluchem při rozhovoru s jinou osobou v tiché místnosti (i když použijete své naslouchací pomůcky)? **KARTA 2**

1	žádné potíže	<input type="checkbox"/>	
2	určité potíže	<input type="checkbox"/>	
3	velké potíže	<input type="checkbox"/>	
4	vůbec za takových podmínek neslyším	<input type="checkbox"/>	→ A20

A19 Máte potíže se sluchem při rozhovoru s jinou osobou v hlučnější místnosti (i když použijete své naslouchací pomůcky)? **KARTA 2**

1	žádné potíže	<input type="checkbox"/>
2	určité potíže	<input type="checkbox"/>
3	velké potíže	<input type="checkbox"/>
4	vůbec za takových podmínek neslyším	<input type="checkbox"/>

A20 Máte potíže s pamětí nebo soustředěním? **KARTA 2**

1	žádné potíže	<input type="checkbox"/>
2	určité potíže	<input type="checkbox"/>
3	velké potíže	<input type="checkbox"/>
4	vůbec tuto činnost nezvládám	<input type="checkbox"/>

A22 Máte potíže vyjít či sejít řadu schodů bez jakékoliv pohybové pomůcky? **KARTA 2**

1	žádné potíže	<input type="checkbox"/>
2	určité potíže	<input type="checkbox"/>
3	velké potíže	<input type="checkbox"/>
4	vůbec tuto činnost nezvládám	<input type="checkbox"/>

↓ Pouze pro osoby ve věku 55 let a více

A21 Máte potíže ujít půl kilometru po rovině bez jakékoliv pohybové pomůcky? **KARTA 2**

1	žádné potíže	<input type="checkbox"/>
2	určité potíže	<input type="checkbox"/>
3	velké potíže	<input type="checkbox"/>
4	vůbec tuto činnost nezvládám	<input type="checkbox"/>

A23 Máte potíže s kousáním a/nebo žvýkáním tvrdších potravin, jako je například tvrdé jablko? **KARTA 2**

1	žádné potíže	<input type="checkbox"/>
2	určité potíže	<input type="checkbox"/>
3	velké potíže	<input type="checkbox"/>
4	vůbec tuto činnost nezvládám	<input type="checkbox"/>

PÉČE O VLASTNÍ OSOBU

↓ Pouze pro osoby ve věku 55 let a více nebo pokud A4 = 1 (omezení 6 měsíců či déle)

Dále budeme hovořit o každodenních činnostech osobní péče. Při odpovědích na otázky prosím neuvádějte dočasné problémy.

A24 Máte zpravidla potíže zvládat některé z uvedených činností bez pomoci či speciální pomůcky? **KARTA 2**

	1 žádné potíže	2 určité potíže	3 velké potíže	4 činnost nejsem schopen/na vůbec vykonávat
1	Najíst se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Vstát z postele nebo ze židle, lehnout si do postele, sednout si na židli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Svléknout se a obléknout se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Používat toaletu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Vykoupat se či osprchovat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pokud A24 = 1 pro všechny aktivity → A27 Jinak A25 ↓

A25 Vezměte v úvahu všechny výše uvedené činnosti osobní péče, s jejichž prováděním máte potíže. Využíváte zpravidla při některé z nich nějakou pomoc či pomůcky?

1	ano, nejméně při jedné z činností	<input type="checkbox"/>	→ A26.2	2	ne	<input type="checkbox"/>	→ A26.1
---	-----------------------------------	--------------------------	---------	---	----	--------------------------	---------

A26.1 Potřeboval(a) byste pomoc či pomůcky?

1	ano, nejméně při jedné z činností	<input type="checkbox"/>	→ A27	2	ne	<input type="checkbox"/>	→ A27
---	-----------------------------------	--------------------------	-------	---	----	--------------------------	-------

A26.2 Potřeboval(a) byste více pomoci či pomůcek?

1	ano, nejméně při jedné z činností	<input type="checkbox"/>	2	ne	<input type="checkbox"/>
---	-----------------------------------	--------------------------	---	----	--------------------------

Identifikační údaje

1. Pagina	<input type="text"/>	2. Číslo domácnosti	<input type="text"/>	3. Pořadové číslo osoby	<input type="text"/>
-----------	----------------------	---------------------	----------------------	-------------------------	----------------------

Následující otázky zjišťují, jak se obvykle dostáváte, kam potřebujete, například do práce, do školy, na nákup apod.

C4 Kolik dní v typickém týdnu chodíte pěšky nejméně 10 minut v kuse, abyste se dostal(a), kam potřebujete? Nezačít fyzickou aktivitu vztahující se k práci, kterou jste již uvedl(a) v předchozí otázce.

počet dní Pokud > 0 ↓ Jinak C6

C5 Kolik času celkem strávíte chůzí abyste se dostal(a), kam potřebujete, v jednom typickém dni, kdy chodíte?

1	10–29 minut denně	<input type="checkbox"/>	4	od 2 do 3 hodin denně	<input type="checkbox"/>
2	30–59 minut denně	<input type="checkbox"/>	5	3 a více hodin denně	<input type="checkbox"/>
3	od 1 do 2 hodin denně	<input type="checkbox"/>			

C6 Kolik dní v typickém týdnu jezdíte na kole nejméně 10 minut v kuse, abyste se dostal(a), kam potřebujete? Nezačít fyzickou aktivitu vztahující se k práci, kterou jste již uvedl(a) v předchozí otázce. Nezačít jízdu na kole jako volnočasovou aktivitu (cyklistiku), jedná se nám pouze o využití kola jako dopravního prostředku pro přepravu z místa na místo.

počet dní Pokud > 0 ↓ Jinak C8

C7 Kolik času celkem strávíte jízdou na kole abyste se dostal(a), kam potřebujete, v jednom typickém dni, ve kterém jedete na kole?

1	10–29 minut denně	<input type="checkbox"/>	4	od 2 do 3 hodin denně	<input type="checkbox"/>
2	30–59 minut denně	<input type="checkbox"/>	5	3 a více hodin denně	<input type="checkbox"/>
3	od 1 do 2 hodin denně	<input type="checkbox"/>			

Další otázky jsou zaměřeny na aktivity, které způsobují určité zvýšení dechové či tepové frekvence (např. rychlá chůze, míčové hry, běh, plavání, cyklistika apod.)

C8 Kolik dní v typickém týdnu se věnujete sportu, fitness nebo rekreační (volnočasové) fyzické aktivitě nejméně 10 minut v kuse? Nezačít fyzickou aktivitu vztahující se k práci a k nezbytným přesunům, které jste již uvedl(a) v předchozích otázkách. **KARTA 5**

počet dní Pokud > 0 ↓ Jinak C10

C9 Kolik času celkem strávíte provozováním sportu, fitness nebo rekreační (volnočasové) fyzické aktivity v typickém týdnu?

: týdně
hodin minut

C10 Kolik dní v typickém týdnu se věnujete aktivitám zaměřeným na posilování svalů, jako je např. silový trénink, odporový trénink, kliky, dřepy či posilovací cvičení? Zahrňte všechny takové aktivity, i když jste je uvedl(a) už dříve.

počet dní

Poslední otázka této části se týká sezení v práci, doma, při cestování či posezení s přáteli a zahrnuje dobu strávenou sezením u stolu, na pohovce, v autě, autobuse či ve vlaku, při čtení, hraní karet či sledování televize. Zahrnout lze i čas trávený vleže, nikoliv však čas strávený spánkem.

C11 Po jakou dobu ve Vašem typickém dni sedíte či ležíte?

1	méně než 4 hodiny	<input type="checkbox"/>
2	od 4 do 6 hodin	<input type="checkbox"/>
3	od 6 do 8 hodin	<input type="checkbox"/>
4	od 8 do 10 hodin	<input type="checkbox"/>
5	od 10 do 12 hodin	<input type="checkbox"/>
6	12 hodin a více	<input type="checkbox"/>

NEUSPOKOJENÁ POTŘEBA ZDRAVOTNÍ PÉČE

B27 Měl(a) jste v průběhu posledních 12 měsíců zkušenost s prodlením zdravotní péče z důvodu **dlouhé objednací doby**?
Prodlením se rozumí nevyužití péče nebo její odložení na později, které mělo za následek zhoršení zdravotních potíží.

1 ano 2 ne 3 nepotřeboval(a) jsem žádnou zdravotní péči

B28 Měl(a) jste v průběhu posledních 12 měsíců zkušenost s prodlením zdravotní péče, protože bylo nutné **cestovat příliš daleko**, nebo jste měl(a) jiný **problém s dopravou**?
Prodlením se rozumí nevyužití péče nebo její odložení na později, které mělo za následek zhoršení zdravotních potíží.

1 ano 2 ne 3 nepotřeboval(a) jsem žádnou zdravotní péči

B29 Stalo se Vám někdy v průběhu posledních 12 měsíců, že jste potřeboval(a) následující typ zdravotních služeb, ale **nemohl(a) jste si je dovolit z finančních důvodů**?

	1 ano	2 ne	3 nepotřeboval(a) jsem danou zdravotní péči
1 Zubní péče	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Lékařská péče (vyjma zubní péče)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Léky na předpis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Péče spojená s duševním zdravím (psycholog, psychoterapeut, psychiatr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ŽIVOTNÍ STYL

Další sada otázek se věnuje některým oblastem Vašeho životního stylu, které mohou se zdravím souviset.

VÝŠKA A HMOTNOST

C1 Jaká je Vaše **výška** bez bot? cm

C2 Kolik **vážíte** bez šatů a bot? kg
Pokud jde o ženy do 50 let, doplňte:
 Pokud jste těhotná či krátce po porodu, uveďte váhu před otěhotněním.

FYZICKÁ AKTIVITA

C3 Když **pracujete**, která z následujících možností **nejlépe vystihuje** to, co děláte? *Pokud nemáte zaměstnání, uvažujte ostatní pracovní aktivity, které vykonáváte, např. práci kolem domu, péči o rodinu, studium apod.* **KARTA 4**

1 převážně sedím	<input type="checkbox"/>
2 převážně stojím	<input type="checkbox"/>
3 převážně chodím nebo vykonávám mírnou fyzickou aktivitu	<input type="checkbox"/>
4 vykonávám převážně těžkou práci nebo fyzicky náročnou aktivitu	<input type="checkbox"/>
5 nevykonávám žádnou pracovní aktivitu	<input type="checkbox"/>

AKTIVITY V DOMÁCNOSTI ↓ Pouze pro osoby ve věku 55 let a více nebo pokud A4 = 1 (omezení 6 měsíců či déle)

Další otázky se týkají činností spojených s provozem domácnosti. Při odpovědích na otázky prosím neuvádějte dočasné problémy.

A27 Máte **zpravidla potíže zvládat** některé z uvedených činností bez pomoci či speciální pomůcky? **KARTA 2**

	1 žádné potíže	2 určité potíže	3 velké potíže	4 činnost nejsem schopen/na vůbec vykonávat	5 netýká se mne
1 Připravit jídlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Telefonovat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Nakupovat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Brát léky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Vykonávat lehké domácí práce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Příležitostně vykonávat těžké domácí práce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Starat se o finance, vyřizovat běžné úřední záležitosti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pokud A27 = 1 pro všechny aktivity → A30 Jinak A28 ↓

A28 Vezměte v úvahu všechny výše uvedené činnosti v domácnosti, s jejichž prováděním máte potíže. **Využíváte** zpravidla při některé z nich nějakou **pomoc či pomůcky**?

1 ano, nejméně při jedné z činností → A29.2 2 ne

A29.1 **Potřeboval(a)** byste pomoc či pomůcky?

1 ano, nejméně při jedné z činností → A30 2 ne → A30

A29.2 **Potřeboval(a)** byste **více** pomoci či pomůcek?

1 ano, nejméně při jedné z činností 2 ne

BOLEST

Následující otázky se týkají bolesti v posledních 4 týdnech.

A30 Jak velké fyzické bolesti jste pociťoval(a) v posledních 4 týdnech?	A31 Do jaké míry ovlivňovala bolest Vaše běžné aktivity v posledních 4 týdnech?
1 žádné <input type="checkbox"/> → A32 4 střední <input type="checkbox"/>	1 vůbec ne <input type="checkbox"/> 4 poměrně významně <input type="checkbox"/>
2 velmi mírné <input type="checkbox"/>	2 málo <input type="checkbox"/> 5 extrémně <input type="checkbox"/>
3 mírné <input type="checkbox"/> 6 velmi silné <input type="checkbox"/>	3 středně <input type="checkbox"/>

DUŠEVNÍ ZDRAVÍ

Následující otázka zjišťuje, jaké byly Vaše pocity a co se s Vámi dělo v průběhu posledních 14 dní.

A32 Jak často Vás v průběhu posledních 14 dní obtěžovaly následující **problémy**? **KARTA 3**

	1 vůbec ne	2 několik málo dní	3 více než polovinu dní	4 téměř každý den
1 Malý zájem či potěšení z věcí, které děláte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Pocit smutku, deprese, beznaděje, být na dně	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Potíže s usínáním, přerušovaným spánkem nebo naopak s přílišnou spavostí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Pocit únavy, nedostatek energie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Nechutenství nebo naopak přejídání se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Špatné mínění o sobě nebo pocit, že jste selhal(a) či zklamal(a) sebe nebo svou rodinu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Problém soustředit se na běžné věci, jako je čtení novin nebo sledování televize	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Viditelné zpomalení pohybů či řeči nebo naopak nepokoj, neklid a zrychlení pohybů či řeči	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ZDRAVOTNÍ PÉČE

Další otázky se týkají zdravotní péče, kterou lidé běžně využívají v souvislosti s vlastním zdravím.

HOSPITALIZACE

B1 Byl(a) jste během posledních 12 měsíců **hospitalizován(a)** alespoň na jednu noc?
Nezahrnujte návštěvy pohotovosti nebo ambulantních oddělení nemocnic bez nutnosti zůstat přes noc. U žen nezapočítávejte dobu strávenou v porodnici v souvislosti s porodem.

1 ano 2 ne → B4

B2 **Kolikrát** jste byl(a) za posledních 12 měsíců hospitalizován(a)? počet pobytů

Prosím započítejte všechny pobyty ukončené v tomto období.

Pokud B2 > 0 ↓ Jinak B4

B3 **Kolik nocí** celkem jste byl(a) během posledních 12 měsíců hospitalizován(a)? počet nocí

B4 Byl(a) jste během posledních 12 měsíců přijat(a) na **jednodenní hospitalizaci**, tzn. přijat(a) do nemocnice za účelem vyšetření, léčby nebo provedení určitého výkonu bez nutnosti setrvat přes noc?

1 ano → **B5** **Kolikrát** jste byl(a) přijat(a) v posledních 12 měsících k jednodenní hospitalizaci? krát

2 ne

VYUŽÍVÁNÍ AMBULANTNÍ A DOMÁCÍ PÉČE

B6 **Kdy** jste **naposledy** navštívil(a) **zubního lékaře** nebo ortodontistu kvůli péči o vlastní chrup?
Uvažujte i preventivní prohlídky a dentální hygienu, nezahrnujte návštěvy zubní chirurgie.

1 před méně než 6 měsíci → **B7** **Kolikrát** jste během posledních 4 týdnů navštívil(a) **zubního lékaře** nebo ortodontistu? krát

2 před více než 6, ale méně než 12 měsíci

3 více než před rokem → B8

4 nikdy

B8 **Kdy** jste **naposledy** kontaktoval(a) **praktického lékaře** kvůli vlastnímu zdraví?
Zahrňte prosím návštěvy u lékaře v ordinaci, návštěvy lékaře u Vás doma i konzultace po telefonu.

1 před méně než 12 měsíci → **B9** **Kolikrát** jste během posledních 4 týdnů kontaktoval(a) **praktického lékaře** kvůli vlastnímu zdraví? krát

2 více než před rokem → B10

3 nikdy

B10 **Kdy** jste **naposledy** kontaktoval(a) **lékaře specialistu** kvůli vlastnímu zdraví? *Nezahrnujte návštěvu běžného zubního lékaře, naopak návštěvy zubní chirurgie mají být zahrnuty.*

1 před méně než 12 měsíci → **B11** **Kolikrát** jste během posledních 4 týdnů kontaktoval(a) **lékaře specialistu** kvůli vlastnímu zdraví? krát

2 více než před rokem → B12

3 nikdy

B12 Navštívil(a) jste v průběhu posledních 12 měsíců kvůli vlastnímu zdraví

1 ano 2 ne

Fyzioterapeuta, chiropraktika, osteopata nebo jiného **rehabilitačního pracovníka**?

B13.1 **Psychologa** nebo **psychoterapeuta**?

B13.2 **Psychiatra**?

B14 Využil(a) jste Vy sám/sama během posledních 12 měsíců nějakou **ze služeb domácí péče**?
Zahrnujte pouze služby poskytované profesionálními pracovníky zdravotních nebo sociálních služeb (nikoliv příbuznými, známými, sousedy) jako např. domácí zdravotní péče, pečovatelská služba nebo osobní asistence.

1 ano 2 ne

UŽÍVÁNÍ LÉKŮ

B15 Užíval(a) jste v posledních 14 dnech nějaké **léky**, které Vám **předepsal lékař**? *Nezahrnujte hormonální antikoncepci.*

1 ano 2 ne

B16 Užíval(a) jste v posledních 14 dnech nějaké léky, bylinné léčivé přípravky či vitamíny, které **nebyly předepsané lékařem**?

1 ano 2 ne

PREVENTIVNÍ PÉČE

B17 **Kdy** jste byl(a) **naposledy očkován(a)** proti chřipce?

1 v posledních 2 letech

2 před více než 2 lety → B19

3 nikdy

B18 Uveďte kalendářní **měsíc a rok** posledního **očkování** proti chřipce.

měsíc rok

B19 **Kdy** jste byl(a) **naposledy na preventivní prohlídce u praktického lékaře**?

1 v posledních 12 měsících

2 před 1 až 3 roky

3 před 3 až 5 lety

4 před 5 a více lety

5 nikdy

B20 **Kdy** Vám bylo **naposledy** provedeno **měření krevního tlaku** zdravotnickým pracovníkem?

1 v posledních 12 měsících

2 před 1 až 3 roky

3 před 3 až 5 lety

4 před 5 a více lety

5 nikdy

B21 **Kdy** Vám bylo **naposledy** provedeno **měření hladiny cholesterolu** v krvi zdravotnickým pracovníkem?

1 v posledních 12 měsících

2 před 1 až 3 roky

3 před 3 až 5 lety

4 před 5 a více lety

5 nikdy

Identifikační údaje

1. Pagina 2. Číslo domácnosti 3. Pořadové číslo osoby

B22 **Kdy** Vám bylo **naposledy** provedeno **měření hladiny cukru v krvi** zdravotnickým pracovníkem?

1 v posledních 12 měsících

2 před 1 až 3 roky

3 před 3 až 5 lety

4 před 5 a více lety

5 nikdy

B23 **Kdy** Vám byl **naposledy** proveden **test na okultní krvácení** (tj. přítomnost krve ve stolici)?

1 v posledních 12 měsících

2 před 1 až 2 roky

3 před 2 až 3 lety

4 před 3 a více lety

5 nikdy

B24 **Kdy** Vám byla **naposledy** provedena **kolonoskopie**? *Jedná se o vyšetření celého tlustého střeva optickým přístrojem (tzv. kolonoskopem).*

1 v posledních 12 měsících

2 před 1 až 5 lety

3 před 5 až 10 lety

4 před 10 a více lety

5 nikdy

Otázky B25 a B26 se týkají pouze žen. Jinak B27

B25 **Kdy** jste byla **naposledy na mamografickém vyšetření** (tj. rentgenu prsů)?

1 v posledních 12 měsících

2 před 1 až 2 roky

3 před 2 až 3 lety

4 před 3 a více lety

5 nikdy

B26 **Kdy** jste byla **naposledy na cytologickém vyšetření** stěru z děložního čípku?

1 v posledních 12 měsících

2 před 1 až 2 roky

3 před 2 až 3 lety

4 před 3 a více lety

5 nikdy