

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

DISERTAČNÍ PRÁCE

Ing. Iva Brabcová

České Budějovice 2013

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Vybrané sociální determinanty zdraví imigrantů ve
zvolených lokalitách České republiky**

DISERTAČNÍ PRÁCE

**V oboru: Prevence, náprava a terapie zdravotní a sociální problematiky dětí,
dospělých a seniorů.**

Autor: Ing. Iva Brabcová

Školitelka: doc. Mgr. et Mgr. Jitka Vacková, Ph.D.

České Budějovice 2013

ABSTRAKT – Vybrané sociální determinanty zdraví imigrantů ve zvolených lokalitách České republiky

Současný stav: Výzkumné studie prokázaly, že nejenom rozdíly v pohlaví mají vliv na zdravotní stav, ale též etnická příslušnost a společenská třída. Imigranti jsou zranitelnou skupinou, která je ve vyšším riziku řady onemocnění ve srovnání s majoritou. Sociální determinanty zdraví jsou významné při hledání příčin sociálních nerovností ve zdraví (Bates et al., 2009; Lindström et al., 2001).

Předmět: Hlavním záměrem výzkumu bylo zmapování vlivu vybraných sociálních determinant na zdraví cílové skupiny imigrantů.

Metodika: Metoda výzkumu vycházela z konceptu deseti sociálních determinant zdraví dle Wilkinsona a Marmota (2003). Kvantitativní metoda byla realizována pomocí dotazování. Výzkumné šetření probíhalo v období leden 2010 až prosinec 2012. Samotný sběr dat probíhal ve dvou fázích. V první etapě výzkumného šetření byl zkoumán vliv dvou sociálních determinant zdraví (výživy a závislosti) na zdravotní stav respondentů. Druhá fáze výzkumu byla soustředěna na pracovní prostředí a využití zdravotní péče respondenty. Získaná data byla testována v programu SPSS verze 16.0. Pro statistické testování byl zvolen Personův chí kvadrát, Fischerův přesný test, Mannův-Whitneyův test, Kruskalův-Wallisův test nebo Spearmanův koeficient korelace.

Výzkumný soubor: V první části šetření bylo osloveno 246 imigrantů v regionu: Jihočeský kraj, hlavní město Praha a Kraj Vysočina. V druhé etapě výzkumu bylo kontaktováno 236 imigrantů ve dvou regionech (Jihočeský kraj a hlavní město Praha). Byli osloveni legálně usazení imigranti, ve věkové kategorii 18-65 let, vietnamské, mongolské a ukrajinské národnosti. Pro srovnání výsledků výzkumného šetření s českou populací byla využita studie Evropského výběrového šetření o zdraví v České republice EHIS, 2008 publikovaná v roce 2011.

Výsledky: Z výsledků šetření je zřejmé, že cílová skupina imigrantů je vystavena více nepříznivým pracovním podmínkám než majoritní populace. Ve srovnání s českou populací byly u cílové skupiny imigrantů prokázány statisticky významné rozdíly především v oblasti nadměrného pracovního zatížení a diskriminace na pracovišti.

S vyšším výskytem nepříznivých pracovních podmínek statisticky významně rostl počet nemocí způsobených výkonem povolání. Čerpání zdravotní péče imigranty bylo ovlivněno typem zdravotního pojištění, délkou pobytu, pohlavím a znalostí českého jazyka. Imigranti, kteří mohli vstoupit do systému veřejného zdravotního pojištění, čerpali zdravotní péči častěji než imigranti s komerčním zdravotním pojištěním. Muži imigranti kouří a konzumují alkohol významně více než ženy-imigrantky. Mladá generace imigrantů (18 až 29 let) kouří statisticky významně více než střední a starší generace imigrantů. Vyšší týdenní konzumace vína a destilátů byla potvrzena u střední generace (30 až 50 let) imigrantů. Subjektivně „hůře“ hodnotili své zdraví respondenti, kteří zároveň udávali přítomnost fyzické bolesti a psychickou zátěž v zaměstnání. Mongolští respondenti hodnotili své zdraví významně lépe než vietnamští a ukrajinští imigranti. Ženy uváděly nemoc statisticky významně častěji než muži. Byl prokázán významně nižší výskyt onemocnění u mladé generace (18–29 let). S vyšším zatížením pracovního prostředí prachem a toxickými látkami rostl počet onemocnění respondentů. Ukrajinští respondenti byli ve vyšším riziku morbidit dle BMI než mongolští a vietnamští respondenti. Dle doporučení WHO vietnamští respondenti při průměrné nižší hodnotě BMI dosahovali vyšších rizik morbidit dle BMI než mongolská minorita. **Závěry:** Mezi opatření, vedoucí k odstranění sociálních nerovností a zlepšení situace imigrantů v ČR patří: zajištění rovnocenných pracovních podmínek mezi imigranty a českými zaměstnanci, zvyšování jazykových znalostí imigrantů, zkrácení doby k získání trvalého pobytu imigrantem, zjednodušení podmínek k získání občanství a umožnění všem legálně usazeným imigrantům přístup k veřejnému zdravotnímu pojištění.

KLÍČOVÁ SLOVA: imigranti; práce; sociální determinanty zdraví; zdraví; zdravotní péče

ABSTRACT – Selected social determinants of health in immigrants in some regions of the Czech Republic

Background: Research shows that health state is influenced not only by gender but also by class and ethnic membership. Immigrants form a vulnerable group in comparison to the majority, more susceptible to a wide range of diseases. Social determinants of health play an important role in search for reasons for social inequality in health (Bates et al., 2009; Limdström et al., 2001).

Goal: The main aim of the research was to map the influence of selected social determinants on health of target immigrant groups.

Methodology: The method was based on the concept of ten social determinants of health as introduced by Wilkinson and Marmot (2003). The quantitative method used were interviews. The survey was carried out in the period from January 2010 to December 2012. Data collection was carried out in two stages. In the first stage, the influence of two social determinants of health (nutrition and addiction) on the respondents' state of health was investigated. The second stage of the survey focused on working conditions and on how respondents can use health care. The obtained data were tested in the SPSS program, version 16.0. Person's chi-square test, Fischer's exact test, Mann-Whitney test, Kruskal-Wallis test or Spearman's correlation coefficient were used for statistical testing.

Research sample: 246 immigrants were interviewed in the first stage of the survey. They were from the following regions: South Bohemian Region, the capital Prague and Vysočina Region. 236 immigrants from two regions (South Bohemian Region and the capital Prague) were addressed in the second stage of the survey. They were legally settled immigrants in the age group 18-65, of Vietnamese, Mongolian and Ukrainian nationality. The comparison of this survey with Czech population was carried out using the study European Health Interview Survey in the Czech Republic EHIS 2008, published in 2011.

Results: The results of the survey clearly show that the target immigrant groups are more exposed to unfavorable working conditions than majority population. Compared to the Czech population the target immigrant groups show statistically significant

differences especially in the area of excessive workload and discrimination in the workplace. Increasing incidence of unfavorable working conditions resulted in significant increase in occupational diseases. The factors influencing use of healthcare by immigrants are the type of health insurance, length of residence, sex and knowledge of Czech language. Immigrants who had entered the system of public health insurance used healthcare much more frequently than immigrants with commercial health insurance. Male immigrants smoke and drink alcohol much more heavily than female immigrants. The young generation of immigrants (aged 18 to 29) smoke statistically more significantly than the middle-aged and older generation of immigrants. Middle-aged immigrants (aged 30 to 50) consume more wine and spirits. Their health was perceived subjectively as “worse” by those respondents who at the same time mentioned chronic pain and psychic stress in the workplace. Mongolian respondents assessed their health as much better than Vietnamese and Ukrainian immigrants. Illness was statistically significantly more often included in their personal anamnesis by women than men. The survey showed significantly lower occurrence of diseases in the young generation (aged 18 to 29). The number of diseases in respondents’ anamneses grew with higher dust and toxic load in the workplace. Ukrainian respondents ran higher risk of morbidity according to BMI than Mongolian and Vietnamese respondents. According to recommendations of WHO, Vietnamese respondents with lower value of BMI on average ran higher risk of morbidity according to BMI than Mongolian minority.

Conclusions: The following measures could lead to elimination of social inequality and to improvement of immigrants’ situation in the Czech Republic: equal working conditions for immigrants and Czech employees, improvement of immigrants’ knowledge of Czech, shortening of the overall time for obtaining permanent residence, simplification of the terms for gaining citizenship, guarantee of access to public healthcare to all legally settled immigrants.

KEY WORDS: immigrants; work; social determinant of health; health; healthcare

Prohlášení:

Prohlašuji, že svoji disertační práci na téma „Vybrané sociální determinanty zdraví imigrantů ve zvolených lokalitách České republiky“ jsem vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění souhlasím se zveřejněním své disertační práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích, 14. 2. 2013

Ing. Iva Brabcová

Poděkování

Děkuji tímto své školitelce paní Mgr. et Mgr. Jitce Vackové, Ph.D. a panu prof. MUDr. Miloši Velemínskému, CSc., dr.h.c. za odborné vedení, cenné rady, laskavý přístup, pomoc a velkou podporu během celého studia a psaní disertační práce.

OBSAH

ÚVOD	3
1. SOUČASNÝ STAV	5
1.1 Teoretické vymezení koncepce sociálních determinant zdraví.....	5
1.2 Sociální determinanty zdraví ve vztahu k imigrantům.....	5
1.3 Aktuálnost koncepce sociálních determinant zdraví	8
1.4 Diskuze nad koncepcí sociálních determinant zdraví.....	9
1.5 Rizika koncepce sociálních determinant zdraví	11
1.6 Sociální determinanta zdraví – práce.....	13
1.6.1 Segmentace trhu práce jako ukazatel integrace cizinců	13
1.6.2 Pravidla zaměstnávání cizinců v České republice	15
1.6.3 Statistická data o počtu pracujících cizinců v České republice v roce 2011	17
1.6.4 Přístup na trh práce přes zprostředkovatele, riziko klientelismu	17
1.7 Sociální determinanta zdraví – výživa.....	18
1.7.1 Základní makronutrienty ve výživě	19
1.7.2 Mikronutrienty a další komponenty ve výživě	20
1.7.3 Výživa jako sociální determinanta zdraví imigrantů	21
1.7.4 Rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění	22
1.8 Zdravotně sociální aspekty konzumace alkoholu.....	29
1.9 Zdraví, zdravotní stav a dostupnost zdravotní péče pro imigranty v ČR	31
1.9.1 Efekt zdravého imigranta „the healthy immigrant effect“	33
1.9.2 Finanční dostupnost zdravotní péče poskytovaná cizincům v ČR	36
1.9.3 Zdravotní rizika spojená s migrací.....	39
1.9.4 Akulturační proces a jeho vliv na zdraví imigrantů.....	41
1.10 Cizinci v České republice – základní vymezení.....	44
1.10.1 Zdraví a zdravotní stav Ukrajinců	45
1.10.2 Zdraví a zdravotní stav Vietnamských	46
1.10.3 Zdraví a zdravotní stav Mongolů.....	47
1.11 Teoretická východiska sociální práce s imigranty	48
1.11.1 Antipresivní přístupy	48
1.11.2 Přístupy sociálního pracovníka k práci s menšinami	50
1.11.3 Tradiční metody sociální práce.....	51
1.11.4 Vybrané obecné metody sociální práce s imigranty	51
1.11.5 Vybrané speciální metody sociální práce s imigranty	53
2. PŘEDMĚT, CÍLE PRÁCE, HYPOTÉZY	55
2.1 Předmět výzkumného šetření	55
2.2 Dílčí cíle práce	55

2.3	Hypotézy	55
2.4	Opearacionalizace pojmů	56
3.	METODIKA	60
3.1	Vyhodnocení výživy	61
3.2	Vyhodnocení spotřeby tabákových výrobků (kuřáctví)	62
3.3	Vyhodnocení konzumace alkoholu	63
3.4	Charakteristika výzkumného souboru	63
3.5	Způsob statistického zpracování dat	64
3.6	Metodologické a konceptuální omezení výzkumného záměru	65
4.	VÝSLEDKY	66
4.1	Identifikační údaje – výzkumný soubor 1 (n = 246)	67
4.2	Vyhodnocení vlivu výživy na zdravotní stav respondentů (VS 1).....	72
4.3	Vyhodnocení sociální determinanty zdraví – „Závislost“ (VS 1).....	91
4.4	Vyhodnocení zdravotního stavu respondentů (VS 1).....	100
4.5	Vybrané ukazatele sociální situace a subjektivní vnímání zdraví (VS 1).....	105
4.6	Identifikační údaje – výzkumný soubor 2 (n = 236)	112
4.7	Vyhodnocení sociální determinanty zdraví „Práce“ (VS 2)	114
4.8	Využití zdravotní péče imigranty (VS 2).....	134
5.	DISKUZE	147
5.1	Základní charakteristika výzkumných souborů	147
5.2	Práce a její vliv na zdraví cílové skupiny imigrantů	148
5.3	Výživa a její vliv na zdraví cílové skupiny imigrantů.....	151
5.4	Spotřeba tabáku a konzumace alkoholu imigranty.....	155
5.5	Využití zdravotní péče imigranty	159
5.6	Zdraví, zdravotní stav cílové skupiny imigrantů.....	162
6.	ZÁVĚR A DOPORUČENÍ PRO PRAXI	166
6.1	Stěžejní výsledky a doporučení pro praxi v oblasti práce	166
6.2	Stěžejní výsledky a doporučení pro praxi v oblasti výživy	167
6.3	Stěžejní výsledky a doporučení pro praxi v oblasti spotřeby tabáku a konzumace alkoholu	168
6.4	Stěžejní výsledky a doporučení pro praxi v oblasti využití zdravotní péče.....	168
6.5	Stěžejní výsledky a doporučení pro praxi v oblasti zdravotní stav respondentů ...	169
7.	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	171
8.	KLÍČOVÁ SLOVA	192
9.	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	193
10.	SEZNAM PŘÍLOH.....	195

ÚVOD

Motto:

„Každý má právo na takovou životní úroveň, která by byla s to zajistit jeho zdraví a blahobyt i zdraví a blahobyt jeho rodině, ...“

Všeobecná deklarace lidských práv a svobod, článek 25/1, 1999

Koncepce sociálních determinant zdraví je v současné době vysoce aktuálním tématem sloužícím jak pro diskusi nad jejich konceptuálním vymezením, tak pro výzkumné zadání vedoucí ke stanovení priorit zdravotní politiky řady zemí světa. Dle Wilkinsona a Marmota (2003) je oblast deseti sociálních determinant zdraví patrně nejkompexnějším přístupem k analýze zdravotního stavu jedince. Zaměřuje se na následující aspekty zdraví: sociální gradient, stres, dětství, sociální vyloučení, práce, nezaměstnanost, sociální opora, výživa, závislost a doprava. Potřebnost koncepce potvrdila i Světová zdravotnická organizace založením Komise pro sociální determinanty zdraví (WHO's Commission on Social Determinants of Health), jenž např. zmiňuje, že sociální determinanty zdraví jsou významné při hledání příčin nerovností ve zdraví (Equity, social determinants and public health programmes, WHO, 2010). Aktuálnost tématu potvrzuje i vznik Politické deklarace sociálních determinant zdraví přijaté v Riu de Janeiru v říjnu 2011 (Rio Political Declaration on Social Determinants of Health, 2011).

Sociální determinanty zdraví jsou významné při hledání příčin sociálních nerovností ve zdraví. Jedna z možných příčin těchto nerovností spočívá ve zranitelnosti určitých sociálních skupin populace. Mezi tyto ohrožené skupiny patří také imigranti. Péče o imigranty je indikátorem kulturní úrovně společnosti. Proto by prioritou vládních aktivit, ale i širokých výzkumných aktivit, mělo být vybudování modelu vstřícné sociálně zdravotní péče, která je multikulturní, kulturně citlivá, přátelská a rasově spravedlivá.

V České republice existuje celá řada projektů a výzkumných studií o zdravotním stavu imigrantů. V první řadě je zde mezinárodní projekt „DETERMINE“, který začal v červnu roku 2006 a skončil v květnu v roce 2010. Cílem projektu bylo podpořit provádění konkrétních aktivit k ovlivnění sociálních ekonomických determinant na

úrovni EU a zúčastněných partnerských zemí (Janatová a Uličná, 2011). Mezi další mezinárodní projekty patří tzv. „MIGHEALTHNET“ – „Informační síť o dobré praxi ve zdravotní péči o migranty a menšiny“. Cílem tohoto projektu je poskytnout zdravotníkům, politikům, vědcům i představitelům cizineckých komunit a etnických menšin snadný přístup k průběžně aktualizovanému zdroji poznatků a zkušenostem se zdravím a zdravotní péčí. Velký krok ve výzkumu problematiky zdravotní péče poskytované cizincům na území ČR již učinil Institut zdravotní politiky a ekonomiky v Kostelci nad Černými lesy, který se touto problematikou zabýval od roku 2001 do roku 2006. Jeho cílem bylo informovat cizince o zdravotním systému v ČR. Univerzita Karlova v Praze mapovala integraci cizinců v ČR (doba realizace 2003/2004) pod vedením Mezinárodní organizace pro migraci (IOM – International Organization for Migration, Praha). Zdravotně sociální problematikou imigrantů se v České republice dlouhodobě zabývá i Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, na jejíž „půdě“ byly řešeny následující projekty: „Zdravotně sociální situace imigrantů a azylantů v České republice“ (COST), nebo projekty „Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu“ (IGA ČR) a „Zajištění kulturně diferencované ošetrovatelské péče ve vybraných minoritách ČR“ (IGA ČR).

Výzkumným cílem této disertační práce bylo nalezení vztahu mezi vybranými charakteristikami zdraví a sociální situací imigrantů ve zvolených lokalitách České republiky. Výzkum probíhal jako součást projektu, který byl financován Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy ČR v rámci COST s názvem „Zdravotně sociální situace imigrantů a azylantů v České republice“ (doba řešení 2010/2011)

První část disertační práce je věnována teoretickému vymezení konceptu sociálních determinant s důrazem na zdraví a zdravotní potřeby imigrantů. V druhé části práce jsou stanoveny cíle, formulovány hypotézy a popsán metodický postup výzkumu. V empirické části jsou prezentované výsledky, které jsou v diskuzi zasazeny do kontextu dostupných publikovaných poznatků o zkoumané problematice. Potřeba a požadavek jasných vědeckých důkazů při předkládání informací je dnes větší než kdykoliv předtím. Přínosem práce je zmapování vybraných determinant (tedy charakteristik) zvolených aspektů zdraví, které vedlo k návrhům na řešení dané situace, případně k námětům na další vědecké záměry v této oblasti.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Teoretické vymezení koncepce sociálních determinant zdraví

Koncept sociálních determinant zdraví vychází z předpokladu, že příčiny nemocí a vzorce jejich distribuce jsou zakořeněny v sociální organizaci společnosti a odrážejí sociální nerovnosti. Koncepce sociálních determinant zdraví (z anglického originálu Social Determinants of Health) publikovaných Wilkinsonem a Marmotem v roce 2003 v Kodani je patrně nejkomplexnějším přístupem k analýze faktorů ovlivňujících zdraví. Tato koncepce vychází z definice zdraví¹ dle Ústavy Světové zdravotnické organizace (1948) a zaměřuje se na klíčové aspekty životních a pracovních podmínek a současně i životního stylu lidí. Zabývá se zdravotními důsledky hospodářské a sociální politiky i prospěchem, který může přinést investice do zdravotní politiky. Mezi oblast deseti sociálních determinant zdraví patří sociální gradient, stres, dětství, sociální začlenění, sociální opora, práce, nezaměstnanost, výživa, závislost a doprava (Wilkinson a Marmot, 2005). Ve výzkumné části mapují dopad sociálních podmínek na zdraví imigrantů v oblasti práce, výživy a závislosti.

1.2 Sociální determinanty zdraví ve vztahu k imigrantům

Sociální a ekonomické prostředí signifikantně ovlivňuje zdraví jedinců, a to nejen krátkodobě, ale po celý jejich život. Příliš velké společenské rozdíly a tudíž široké rozpětí *sociálního gradientu* ve společnosti významně přispívá k nerovnosti ve zdraví. „Lidé, kteří jsou na sociálním žebříčku níže, obvykle mají téměř dvojnásobné riziko závažného onemocnění a předčasného úmrtí než ti, kteří jsou na vrcholu sociální hierarchie (Wilkinson a Marmot, 2005, s. 11)“. Mezi základní determinanty socioekonomického statusu patří zaměstnání, dosažené vzdělání a příjem. Dle Dalstra et al. (2005) nebo Huismana et al. (2005) jsou lidé, kteří zaujímají vyšší socioekonomickou pozici ve společnosti, zdravější než ti, kteří jsou na sociálním žebříčku níže. Dle Sundquista (1995) samotná příslušnost k etnické minoritě může být

¹ Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease and infirmity (WHO, Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 1946, ratifikována 7. 4. 1948) Křivohlavý (2001).

rizikovým faktorem nerovnosti ve zdraví. Můžeme tedy předpokládat, že se imigranti především z tzv. třetích zemí (mimo EU) díky mnohým jazykovým a kulturním bariérám dostávají na nižší sociální úroveň. A jsou více ohroženi závažným onemocněním, případně předčasným úmrtím ve srovnání s majoritní populací.

„*Stres* lze chápat jako psychický a somatický stav, který znamená v určitém okamžiku nebo časovém úseku déletrvající anebo silnější odchylku od obvyklé úrovně excitace (Bartošíková, 2006, s. 7)“. Zhoršené sociální podmínky mohou vést k pocitům úzkosti, nízkého sebevědomí nebo k sociální izolaci a následně negativně ovlivnit fyzické a psychické zdraví jednotlivce. Psychosociální rizika, jako jsou pocity strachu, úzkosti nebo obavy, se v průběhu života akumuluji a zvyšují pravděpodobnost špatného duševního zdraví a předčasného úmrtí (Wilkinson a Marmot, 2003). Stresové situace zvládají lidé odlišně. Vysvětlením jsou jejich odlišné osobnostní charakteristiky. Můžeme předpokládat, že právě imigranti představují jednu z nejrizikovějších skupin ohrožených stresem. Důvodem mohou být pocity úzkosti a nejistoty vycházející z jazykových a kulturních bariér související s migrací a nedostatkem sociálních kontaktů.

Špatné podmínky během těhotenství, jako je nevyvážená výživa, kuřáctví nebo konzumace alkoholu matky během těhotenství, mohou ohrožovat optimální vývoj plodu a zvyšují zdravotní rizika, která se mohou projevit v pozdějším věku. Sociální podmínky v *dětství* významně ovlivňují zdravotní stav v dospělosti (Wilkinson a Marmot, 2003; Vaňurová, 2008). Dle *Migration, health and human rights* (2002) jsou pracující imigrantky z důvodu nevyhovujících pracovních podmínek a pracovního přetížení častěji vystaveny komplikacím během těhotenství a vyššímu výskytu potratů.

Dle Záleské (2012) mezi další rizika v oblasti péče o děti imigrantů patří chybějící nebo nedostatečné zdravotní pojištění dětí cizinců a nedodržování preventivních prohlídek u praktických lékařů pro děti a dorost ze strany matek cizinek.

„Chudoba, relativní deprivace a sociální vyloučení mají dle Wilkinsona a Marmota (2005) významný vliv na zdraví. Dlouhodobý pocit, že člověk nemá ve společnosti místo, je zdrojem chronického stresu. Pravděpodobnost, že lidé budou žít v chudobě, dopadá těžce na některé sociální skupiny – mnohé etnické minority. Příčiny sociálního vyloučení dle Wilkinsona a Marmota (2003) lze nalézt v diskriminaci, stigmatizaci

a hostilitě. Tyto skutečnosti brání lidem v participaci na vzdělání či profesionální přípravě a získávání přístupu ke zdravotně – sociálním službám a občanským aktivitám. Proto je aktivní boj proti sociálnímu vyloučení jedním z pilířů sociální politiky vyspělých států.

Dle Dvořákové (2005b) je v některých zemích *práce* klíčem k úspěšné integraci. Skutečnost, že máme práci, je pro zdraví lepší, než když práci nemáme (Wilkinson a Marmot, 2005). Dle Pořízkové (2010) imigranti, především z rozvojových zemí, získávají zaměstnání na sekundárním a terciárním sektoru trhu práce. Tato práce často neodpovídá vzdělání, jež tito lidé nabyli ve své zemi původu. Jedná se zejména o dělnické profese, vysoce fyzicky náročné. Díky jazykové bariéře a lhostejnosti na straně zaměstnavatele může docházet k zanedbání bezpečnosti práce a zvýšení rizika úrazů na pracovišti. Zdravotní důsledky nezaměstnanosti jsou spojeny s psychologickými a finančními problémy, zejména se zadlužeností. „Podle statistik má muž středního věku, který přijde o práci, dvojnásobnou pravděpodobnost, že v příštích 10 letech zemře (na rakovinu, sebevraždou, úrazem, násilím), ve srovnání se zaměstnaným mužem. Ukazuje se též, že je u nezaměstnaných obzvláště vysoká úroveň plicní rakoviny, sebevraždnosti, úrazů a srdečních chorob (Kebza, 2005, s. 201)“. Významnými faktory zaměstnanosti jsou vzdělání, pohlaví, věk, národnost či sociální status. Nezaměstnanost totiž postihuje nejčastěji mladé lidi, ženy nebo imigranty. Dlouhodobě nezaměstnaní se ocitají mimo pracovní trh. Dostávají se do začarovaného kruhu, kde dlouhodobá nezaměstnanost zvyšuje riziko sociální exkluze a ta dále snižuje pravděpodobnost nalezení pracovního místa (Wilkinson a Marmot, 2003). Více v kapitole 1.2 Sociální determinanta zdraví – práce/nezaměstnanost.

„*Sociální opora* v širším slova smyslu se rozumí pomoc, která je poskytována druhými lidmi člověku, který se nachází v zátěžové situaci (Křivohlavý, 2001, s. 94)“. Sociální opora a dobré sociální vztahy významně přispívají ke zdraví. Sounáležitost se sociální sítí, tvořenou komunikací a vzájemnými závazky, způsobuje, že lidé cítí, že o ně má někdo zájem, má je rád, váží si jich a uznává jejich hodnotu. Lidé s nízkou úrovní sociální opory častěji vykazují výskyt stresových poruch než ti, kteří mají vyšší míru sociální opory (Wilkinson a Marmot, 2003). „Sociální síť by měla být dostatečně velká. V severní Evropě má každý průměrný jedinec 7 – 10 osob ve svém vnitřním

intimním kruhu (rodina a přátelé) a zhruba 20 – 30 známých/přátel/kolegů. V jižní Evropě mají lidé více sociálních kontaktů s příbuznými (Dvořáková et al., 2008, s. 212)“.

Lze předpokládat, že především noví imigranti nemají dostatečně vytvořenou síť kontaktů, která by jim napomáhala uspokojovat jejich potřeby bez pomoci státních a nestátních organizací.

Droga, která nabízí uživatelům falešnou vidinu útěku před nepřízní osudu a stresem, ve skutečnosti pouze zhoršuje jejich problémy. *Závislost* na alkoholu, užívání nelegálních drog a kouření cigaret jsou těsně spjaty s ukazateli sociálního a ekonomického znevýhodnění (Wilkinson a Marmot, 2005, s. 37). Odchod ze země původu z důvodů pronásledování, případně z ekonomických důvodů, je stresujícím faktorem, který se významně podílí na vzniku závislosti. Jazykové, kulturní a sociální bariéry přispívají k tomuto negativnímu fenoménu. Více v kapitole číslo 1.4 Zdravotně sociální aspekty konzumace alkoholu.

Nedostatek potravin, případně nedostatek jejich pestrosti, způsobuje podvýživu a nemoci podmíněné nutričními deficity. Nadměrný *příjem potravy* (případně jeho nevyváženost) přispívá ke vzniku obezity a následně ke zvýšené prevalenci kardiovaskulárních onemocnění, diabetu a nádorových onemocnění (Wilkinson a Marmot, 2005, s. 41). Sociální a ekonomické důvody mohou vést imigranty k nákupu nekvalitních nutričně ochuzených a nezdravých potravin. Více v kapitole 1.3 Sociální determinanta zdraví – výživy.

Rozšíření automobilové *dopravy* výrazně zhoršilo životní prostředí a zároveň snížilo pohybovou aktivitu občanů (Wilkinson a Marmot, 2005). Naopak možnost dojíždět za prací vlastním automobilem zvyšuje pracovní mobilitu a pravděpodobnost získání práce.

1.3 Aktuálnost koncepce sociálních determinant zdraví

Na aktuálnost koncepce deseti sociálních determinant zdraví poukázala Světová zdravotnická organizace založením Komise WHO pro sociální determinanty zdraví (WHO's Commission on Social Determinants of Health). Tato komise publikovala v roce 2008 zprávu „Překonávání rozdílů mezi generacemi: Dosažení spravedlnosti ve

zdraví prostřednictvím ovlivňování sociálních determinant zdraví“ (překlad z originálu – Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health), která na příkladech z celého světa přinesla vědecké důkazy o vlivu sociálního prostředí na zdraví. Dle Vackové (2012b) je nesporné, že Světová zdravotnická organizace pohlíží na strategii zlepšení nerovnosti ve zdraví skrze koncepci sociálních determinant zdraví.

Marmot v roce 2010 publikoval výzkumnou zprávu – „Fair society, healthy lives: Strategic review of health inequalities in England post 2010“ tzv. „Marmot Review“, která zkoumala sociální podmínky a jejich vliv na zdraví z pohledu celého životaběhu (od prenatálního vývoje až po důchodový věk). V této zprávě Marmot dochází k závěru, že ve zdraví existuje sociální gradient, kdy lidé z nižší sociální skupiny mají horší zdraví než lidé z vyšší sociální skupiny a realizací šesti strategických cílů lze docílit zmenšení těchto nerovností ve zdraví. Mezi tyto strategické cíle patří:

- zajistit každému dítěti ten nejlepší start do života;
- umožnit dětem, dospívajícím a dospělým plně využít svých schopností, a tak jim poskytnout kontrolu nad vlastním životem;
- zajistit spravedlnost v zaměstnání a dobré pracovní podmínky pro všechny;
- dosáhnout zdravý životní standard napříč celou populací;
- vytvořit efektivní systém komunitní péče;
- zesílit roli a dopad preventivních zdravotních opatření.

Uskutečnění těchto strategických cílů napříč celou populací vyžaduje zapojení jak státní správy, tak i samosprávy, neziskového a privátního sektoru, popřípadě komunitních skupin (Marmot, 2010; Subramanyam et al., 2010).

1.4 Diskuze nad koncepcí sociálních determinant zdraví

Koncepce sociálních determinant zdraví, především pak zprávy z roku 2008 – Closing the gap in a generation a 2010 – Fair society, healthy lives: Strategic review of health inequalities in England post 2010, vyvolaly v odborné veřejnosti širokou názorovou debatu.

Canning a Bowserová (2010) souhlasí s Marmotem (2010), že gradient ve zdraví není spravedlivý a neustále se prohlubuje, a proto by mělo být hlavním politickým

cílem jeho odstranění. Liší se však v názorech, jak tohoto cíle dosáhnout. Marmot (2010) zastává názor, že zmenšení sociálních nerovností ve zdraví lze dosáhnout intervencemi, které jsou zaměřené primárně na zlepšení sociálních podmínek napříč celou populací. Tedy, že sociální spravedlivost (změna sociálních podmínek) musí předcházet zlepšení determinant zdraví. Naopak Canning a Bowserová (2010) zaujmají protichůdný názor. Z jejich pohledu je nutností nejdříve zlepšit zdravotní stav nejchudších skupin populace, a to především přímými zdravotnickými intervencemi. Speciálně takovými, které by zlepšily zdraví v raném dětství. Následně dojde ke zlepšení příjmu a socioekonomického statusu nejpotřebnější skupiny populace – dětí. Předpoklad, že zdraví jednostranně ovlivňuje sociální podmínky, zastávají i Chandra a Vogl (2010). Tito ekonomové upozorňují na skutečnost, že špatný zdravotní stav vede ke snížení příjmu a k vyšší nezaměstnanosti. Zároveň upřednostňují sekundární prevenci², která přináší z ekonomického hlediska vyšší užitek za nižší náklady. Bleakly (2007, 2010) uvádí, že zdravotnické intervence realizované v rozvojových zemích (například chemoprevence antimalarií nebo poskytnutí léků na odčervení) vedly ke zlepšení zdraví obyvatel a následně i ke zvýšení jejich vzdělání a příjmu. Marmot (2010) souhlasí s potřebou preventivních zdravotnických opatření zacílených na nejpotřebnější skupiny obyvatel. Uvádí však, že tyto intervence mají dostatečný efekt pouze v případě, že společnost je solidární a většina jejích členů souhlasí s těmito opatřeními. Zároveň také upozorňuje, že s plánováním zdravotnických intervencí, které mají za cíl odstranění nerovností ve zdraví, je třeba hledat příčiny těchto nerovností a aktivně na ně působit. Je nutné hledat tzv. důvody důvodů: „causes of the causes“.

Ve svém komentáři k proběhlé diskuzi Marmot et al. (2010) poukazují na vzájemnou korelaci zdraví a sociálního prostředí. Mnohem logičtější a silnější se jim zdá teze, že sociální podmínky ovlivňují zdravotní stav než naopak, že zdravotní stav ovlivňuje sociální podmínky. Vždyť už Charles Dickens ve svém sociálním románě „Zlé časy“ popisoval neutěšené podmínky nejchudších obyvatel Anglie 19. století. „Bylo to město strojů a vysokých komínů, z nichž neustále vystupovaly nekonečné kotouče kouře, které se nikdy neodvinuly. Byl tam černý kanál a řeka purpurově zbarvená odporlivě

² Sekundární prevence je zaměřena na rizikové skupiny populace s cílem odhalit onemocnění v časném stádiu, kdy zahájená léčba je účinnější a vede k lepší prognóze (Vokurka, Hugo a kol., 2004).

zapáchajícími barvami. Byly tam obrovské shluky budov ze samých oken, kde to celý den hrčelo a otřásalo se. (Dickens, 1968, str. 28)“. Je nesmyslné se domnívat, že se obyvatelé těchto lokalit dostali do tohoto prostředí, protože byli slabí a nemocní. Následné zlepšení životních a pracovních podmínek bylo důvodem zlepšení zdravotního stavu dané populace nikoliv jeho následkem!

Mezi další nejčastější výtky koncepce sociálních determinant patří opatrnost (Whiteheadová a Popayová, 2010), nekonkrétnost (Nathansová, 2008) a ekonomická nedosažitelnost stanovených cílů (Pickettová a Dorling, 2010). Dle Nathansonové a Hopperové (2010) už Black ve své zprávě (The Black Report) z roku 1980 popsal sociální determinanty nerovnosti ve zdraví a navrhl podobné a zároveň radikálnější cíle k jejich odstranění než Marmot (2010). Ve svém následném komentáři Marmot et al. (2010) vysvětlují, že stejné cíle přetrvávají i po 30 letech. Sociální gradient ve společnosti se ještě navýšil, společnost je uzavřenější a prosazování sociálních cílů je mnohem těžší než dříve (obzvláště v současné ekonomické situaci). Cílem „Marmot Review“ bylo předložit silné etické prohlášení s praktickými návrhy. Blackova zpráva měla obrovský dopad na výzkum a myšlení odborné a laické veřejnosti, ale neměla dostatečný vliv na politiku Velké Británie. Na Blackových výzkumných závěrech je třeba stavět a propojit je s teoretickými koncepty. Nicméně v současnosti je již jiná sociální a politická situace, a pokud revoluční Blackovy návrhy nebyly přijaty před 30 lety, kdy sociální politika měla daleko větší sílu, je málo pravděpodobné, že bude radikální sociální směr kladně přijat politickou mocí v současnosti.

1.5 Rizika koncepce sociálních determinant zdraví

S výzkumem sociálních determinant zdraví se řada odborníků zaměřuje na popsání mechanismu, na základě kterého sociální faktory vedou ke zdraví, respektive nemocem jednotlivců. Dle Lynche et al. (2000) patří mezi hlavní příčiny nemocí faktory materiální povahy (například kvalita bydlení, zdravotní péče, přístup ke vzdělání). Naopak Wilkinson (2002) klade důraz na psychosociální faktory. Dle jeho názoru při vzniku nemoci hraje velký význam to, jak daná osoba hodnotí svoji pozici na socioekonomickém gradientu. K těmto teoriím Aronowitz (2008) přidává třetí směr, který nazývá „Rámování – Framing“. Tato teze vychází ze starší teorie Labelingu –

etiketizační teorie (Kunitz, 2008). Jde o způsob, jakým společnost rozpozná, definuje a kategorizuje nemoc, a kde nalézá její příčinu. U každého onemocnění je možné hledat tedy jak sociální, tak zdravotní příčiny. Toto rámování názorů na zdraví a nemoc má velký efekt na chování jak laické, tak odborné veřejnosti. Vliv sociálních faktorů na diagnostiku nemocí názorně popsali Cunningham et al. (1996) a Gergen (1996), kteří upozornili na nesoulad mezi výskytem dušnosti a onemocněním astma bronchiale. Pediatri u dětí, u nichž nebyly shledány sociální příčiny tohoto onemocnění, diagnostikovali pouze dušnost. Na rozdíl od dětí, u kterých byla nalezena sociální zátěž, kde diagnostikovali astma bronchiale. Dýchací potíže měly obě skupiny dětí stejné. Tento jev může být spojen s obavou lékařů ze zanedbání péče. Lékaři se obávají, že pokud nediagnostikují dětem, které mají příznaky dušnosti a jsou z chudých rodin, astma bronchiale, bude péče ze strany rodičů zanedbána. V tomto případě dle Cunninghama et al. (1996) a Gergena (1996) hraje důležitější roli pro diagnostikování astma bronchiale rasa a socioekonomický status než samotné příznaky nemoci. Dle Vackové (2012b) zarámování nemocí do určitého sociálního kontextu přináší riziko přijímání opatření, která by mohla vést k legitimizaci moci vůči takto nemocným pacientům. To je nezbytné mít na mysli při přijímání politických opatření - není možné jednoznačně přehodnotit či doplnit mezinárodní klasifikaci onemocnění (díky zjištěným závěrům z výzkumů týkajících se závislosti vybraných sociálních charakteristik na zdraví) a následně volit příslušná opatření, vždy je na místě zahrnout imigranty do řešení jejich vlastní sociální a zdravotní situace, tedy nezapomínat na princip participace. Nová diferenciatní kritéria, která se nabízí (a to právě díky výzkumům sociálních determinant zdraví), nesmí vést k mocenskému rozdělení stran na ty, kteří rozhodují o životě zkoumaných skupin a na ty, kteří ze své "charakteristiky" nemohou vystoupit (dále viz např. Berger a Luckmann, 1999 a Weber, 1997). Labeling (čili etiketizační teorie) na tento fakt upozorňuje, zobecnění výsledků výzkumu na příslušnou národnost by bylo nesmyslným činem, který by mohl vést k fatální chybě.

Dle Aronowitze (2006) je moderní formou labelingu pohled především západních kultur na tzv. rizikové faktory nemocí. Přijetí hypotézy, že v dnešní době de facto nikdo není zcela zdravý a každý je v určitém riziku KVO, diabetu mellitu nebo nádorového onemocnění, vede k setření hranice mezi zdravím a nemocí a u významné části

populace i k celoživotnímu užívání doplňkových přípravků stravy, ze kterého profitují především farmaceutické firmy.

1.6 Sociální determinanta zdraví – práce

Dle Wilkinsona a Marmota (2005) skutečnost, zda máme nebo nemáme práci, významně ovlivňuje náš zdravotní stav. Landsbergis et al. (2012) uvádí, že pocit nejistoty v zaměstnání se mnohem častěji vyskytuje u imigrantů, rasových i etnických menšin, ale i u pracovníků s nižší socioekonomickou pozicí. Mezi specifické faktory, které vstupují do vztahu mezi zdravím a prací imigrantů, patří jejich národnost (etnicita), jazykové dovednosti nebo rozvinutost sociální sítě.

1.6.1 Segmentace trhu práce jako ukazatel integrace cizinců

Převážná většina imigrantů přichází do České republiky za účelem získání nové práce. Segmentace trhu práce významně ovlivňuje pracovní příležitosti cizinců a jejich následnou integraci do společnosti. „Pojem segmentace označuje v kontextu trhu práce sociální procesy, které vedou k vzájemnému oddělení určitých skupin prací či sektorů pracovního trhu a k rozlišení rozdílných, sociálně determinovaných příležitostí jedinců a skupin (Sirovátka, 1997, s. 20)“. Pořízková (2010) rozděluje pracovní trh na primární a sekundární. Primární trh práce zahrnuje z pohledu kvality lepší pracovní místa, tzv. „good jobs“. Sekundární trh práce představují horší pracovní místa, tzv. „bad jobs“ nebo „precarious jobs“. Prekarizace tedy „zneplnohodnotnění“ pracovních míst představuje nahrazení plnohodnotných zaměstnaneckých poměrů dočasnými úvazky nebo obchodními vztahy. Tato místa jsou nejistá, obvykle skýtají méně bezpečí a stability, nižší mzdu a téměř žádné zaměstnanecké výhody (Guth, 2008). Všechny tyto nepříznivé okolnosti působí negativně především na psychické zdraví zaměstnanců (Virtanen et al, 2005).

Řada výzkumných studií poukazuje na souvislost mezi prací na dobu určitou a vyšším výskytem únavy (Benavides et al., 2000), depresí (Virtanen et al., 2003), horším subjektivním vnímáním zdraví (Rodriguez, 2002), bolestí žaludku (Aronsson et al., 2002), bolestí zad (Benavides et al., 2000) a celkově s vyšší morbiditou a mortalitou na kardiovaskulární nebo nádorová onemocnění (Virtanen et al., 2002; Kivimäki et al.,

2003). Současně zaměstnanci na dobu určitou mají vyšší riziko pracovních úrazů (Salminen et al., 2003), při nižší nemocnosti (Virtanen et al., 2005). Dle Benavides et al. (2006) s vyšším věkem se riziko pracovních úrazů u osob zaměstnaných na dobu určitou zvyšuje. Příčinou je kumulativní efekt vyšší pracovní zátěže, nižší schopnosti starších pracovníků adaptovat se na měnící se pracovní prostředí a vyšší pracovní normy spojené s krátkodobou pracovní pozicí. Dle Benachové et al. (2000) osoby zaměstnané na dobu určitou pocítují velkou nejistotu práce a stejnou mírou stresu jako nezaměstnaní. Jde o začarovaný kruh, kdy pracovní místa na sekundárním trhu práce jsou spjata s nepříznivými pracovními podmínkami, které ovlivňují zdravotní stav pracovníků a zhoršení jejich zdraví má za následek menší šanci uplatnit se na primárním trhu práce. Dle Ferrie et al. (2008) a Clarke et al. (2007) dočasná práce může být pro pracující z hlediska zdraví prospěšná v případě, že jim umožňuje řídit jejich pracovní čas, představuje první krok k trvalému zaměstnání nebo s jejím ukončením souvisí trvalá paušální platba (důchod, renta).

S nárůstem migrace a rozvojem mezinárodní zaměstnanosti vzniká dle Massey (2005) tzv. terciární sektor pracovních míst. Terciární sektor představuje pracovní místa, která jsou domácími pracovníky z důvodu nízké atraktivity odmítána. A právě imigranti, především z tzv. třetích zemí, představují levnou a flexibilní pracovní sílu pro tyto fyzicky náročná pracovní místa. Dle Jelínkové (2011) a Jánské (2006) terciární pracovní trh nabízí imigrantům uplatnění v tzv. 3D zaměstnáních – dirty (špinavé), dangerous (nebezpečné) a demanding (vyčerpávající). Dle Jelínkové (2011) jde o práce v zemědělství, lesnictví a ve stavebnictví. Imigranti často pracují v noci a ve výrobních halách, kde jsou extrémně izolováni od společnosti. Dostávají se na hranici svých fyzických a psychických možností. Dle Marfleeta a Blusteina (2011) „uzamykání“ zahraničních pracovníků na terciárním trhu práce může hraničit až s nucenými pracemi a vést de facto k nelegálnímu zneužívání a vykořisťování imigrantů ze strany zaměstnavatele.

Dle Pořízkové (2010) imigranti z méně rozvinutých zemí pracují v České republice především v sekundárním a terciárním sektoru trhu práce. Fischbacher et al. (2005) uvádí, že samotní imigranti mají tendenci si hledat takové práce, kde mají méně příležitostí využít své odborné dovednosti, pracují tedy na místech s žádnou nebo

nízkou úrovní požadovaného vzdělání, čemuž následně odpovídá také hodnota této pracovní síly pro firmy a charakter pracovních podmínek.

1.6.2 Pravidla zaměstnávání cizinců v České republice

Získání práce a finanční odměny představuje dle Vackové (2012a) jeden z hlavních důvodů příjezdu imigrantů do České republiky. Imigranti mohou přijíždět do Česka na přechodnou dobu s cílem vydělat si určitou částku, a pak se vrátit do země původu. Popřípadě přicházejí s cílem přesunout svou ekonomickou aktivitu ze země původu do nové země a vydělané peníze zasílat své rodině zpět nebo je použít na budování nového života v České republice.

Pokud se chceme věnovat bližšímu rozboru možností, jakým způsobem mohou občané cizích států vstupovat na území ČR do pracovních vztahů, můžeme si cizince pro lepší přehlednost rozdělit do třech skupin. První skupinou jsou občané členských států EU a jejich rodinní příslušníci. Ti mohou dle Jouzy (2011) vykonávat práci na území ČR za stejných pracovních podmínek jako čeští občané. Znamená to tedy, že nepotřebují žádné povolení k práci a na území jsou oprávněni bydlet po dobu výkonu práce, ať už se jedná o zaměstnanecký poměr na klasickou pracovní smlouvu či DPP, DPČ nebo OSVČ. Stejně tak přistupuje právní režim i k občanům z Evropského hospodářského prostoru (Norsko, Island, Lichnštejnsko) a také k občanům Švýcarska. Ministerstvo vnitra ČR vydává občanům EU a jejich rodinným příslušníkům potvrzení o přechodném pobytu, chtějí-li zde tyto osoby pobývat déle než tři měsíce (Zákon č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců, v platném znění).

Druhou skupinou jsou občané ze třetích států, kteří dosud nezískali povolení k trvalému pobytu na území ČR. Jedná se o občany jiných států než je EU či EHP. Tito cizinci potřebují pro vykonávání práce v ČR získat povolení k práci, které vydává úřad práce (Zákon č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců, v platném znění a zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, v platném znění). Na základě tohoto povolení k práci a po předložení pracovní smlouvy pak mohou požádat o povolení k dlouhodobému pobytu na území ČR za účelem zaměstnání. Pokud zde chtějí pracovat jako živnostníci, pak se obracejí na živnostenský úřad a po splnění podmínek k výkonu živnosti získávají živnostenské oprávnění, na jehož základě mohou žádat Ministerstvo vnitra o povolení

k dlouhodobému pobytu. Podmínky opravňující provozovat cizinci živnost v ČR jsou vyjmenovány v zákoně č. 455/1991 Sb., o živnostenském podnikání, v platném znění. Ve srovnání s dalšími dvěma skupinami cizinců má tato skupina nejsložitější procedurální podmínky pro práci a pobyt v ČR.

Poslední (třetí) skupinou jsou cizinci s povoleným trvalým pobytem na území ČR. O toto povolení jsou oprávněni žádat občané EU, EHP, Švýcarska i cizinci z tzv. třetích zemí – zpravidla po 5 letech nepřetržitého pobytu na území ČR. Konkrétní podmínky – a též výjimky – stanovuje zákon č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců, v platném znění. Tito cizinci mají stejná práva jako občané ČR. Největší skupinou osob s cizím státním občanstvím, které vykonávají u nás práci, ať už se jedná o zaměstnance či živnostníky a podnikatele, jsou již tradičně od roku 1989 právě cizinci ze třetích zemí, pro něž jsou legislativní podmínky získání všech potřebných formalit pro možnost výkonu práce na území ČR nejpřísnější. Cizinci mohou na našem území vstupovat do pracovně právních vztahů na základě pracovního poměru, dohody o provedení pracovní činnosti, dohody o provedení práce, či na základě smlouvy dle živnostenského či obchodního zákona. Dále u nás mohou cizinci třetích zemí pracovat na základě tzv. zelené karty a od ledna 2011 i modré karty. Oba typy „barevných“ karet zjednodušují postup získávání oprávnění umožňující cizinci v ČR legálně žít a pracovat. Zelené karty mohou však získat jen občané konkrétních zemí. V současné době je v seznamu 12 zemí: Australské společenství, Černá Hora, Chorvatská republika, Japonsko, Kanada, Korejská republika, Nový Zéland, Republika Bosny a Hercegoviny, Republika Makedonie, Spojené státy americké, Srbsko a Ukrajina (Vyhláška č. 461/2008 Sb., v platném znění). Na pracovní posty pro zelené karty je zpravidla požadována vyšší úroveň vzdělání. Problémem u nich v minulosti bylo, že zaměstnavatelé viděli své nové pracovníky prakticky až tehdy, když už fyzicky přišli do práce, tedy již měli zelené karty vyřízené a přistěhovali se do ČR. Nově od ledna 2011 platí změněná úprava zákona a zaměstnavatelé již mohou aktivně vstupovat do procesu získávání pracovníků na zelené karty a výběr pracovníků ovlivňovat. Dále byly od ledna 2011 zavedeny modré karty. Podmínkou pro modré karty je, že jimi lze obsadit pouze takové pracovní pozice, které požadují vyšší odborné nebo vysokoškolské studium. Lze říci, že tím ČR podporuje vyhledávání odborníků a expertů v zahraničí. Seznam volných míst pro modré karty je veden MPSV

a obecně platí, že do takového seznamu může být zapsáno pouze to místo, které se do 30 dnů o jeho oznámení úřadu práce nepodařilo obsadit pracovníkem českým a zároveň za podmínky, že zaměstnavatel s vyvěšením pracovního místa v seznamu souhlasí.

1.6.3 Statistická data o počtu pracujících cizinců v České republice v roce 2011

Pro celkový přehled o zaměstnanosti cizinců jsou důležitá též statistická data o počtu pracujících imigrantů v ČR. Podrobná čísla jsou shromažďována a statisticky zpracovávána Českým statistickým úřadem. Dle publikovaných údajů (Zaměstnanost cizinců..., 2011) k 31. 12. 2011 bylo v České republice evidováno 310 921 ekonomicky aktivních imigrantů. Z tohoto celkového počtu pracovalo 217 862 imigrantů v zaměstnaneckém poměru (70,1 %) a 93 059 imigrantů mělo platné živnostenské oprávnění (29,9 %).

V roce 2011 evidovaly úřady práce v zaměstnaneckém poměru především občany Slovenska (106 425, 49,4 %), Ukrajiny (35 250, 16,4 %) a Polska (19 718, 9,2 %). U imigrantů živnostníků první místo, překvapivě zauímají imigranti z Ukrajiny (33 700, 36,2 %), následují občané Vietnamu (29 369, 31,6 %). Na třetím místě jsou občané Slovenska (11 406, 12,3 %).

1.6.4 Přístup na trh práce přes zprostředkovatele, riziko klientelismu

Situace kolem práce a života imigrantů v ČR (potažmo EU) sebou nese také mnoho různých problémů. Nejpalčivější problém vstupu imigrantů na trh práce je tzv. klientelismus. Dle Černíka (2005), Leontiyeové (2010) nebo Nekorjaka (2006) se jedná o nekalý způsob přijímání imigrantů-pracovníků do ČR, jež v některých případech ústí až ve vykořisťování a též obchod s lidmi. Imigranti, zvláště ze třetích zemí jako je Ukrajina, Vietnam či Mongolsko, ale i ze zemí EU, např. Rumunsko, jsou nabíráni na práci v ČR přes zprostředkovatelské či pracovní agentury, které jim přislíbí velké finanční odměny a v hostitelské zemi udržují imigranty v informačním vakuu a zabraňují jim v kontaktu s majoritou. Tyto agentury jednají tímto nekalým způsobem, využívají často dezinformovanosti a naivních představ imigrantů o rychlém zbohatnutí v Evropě. Imigranti jsou mnohdy ještě v zemi původu informováni o výši slibovaného platu, aniž by byli upozorněni, že půjde v ČR o plat minimální, ze kterého si budou

muset platit ještě ubytování, stravování a v některých případech si i sami hradit zdravotní pojištění. Imigranti takové zprostředkovatelské agentuře uhradí ještě v zemi původu poplatky v řádech desítek tisíc Kč za to, že jim agentura vyřídí v ČR povolení k pobytu a najde pracovní místo. Tito imigranti často uvíznou v „pasti“ klientského systému. V případě, že jim zprostředkovatel práce nezajistí všechny zákonem dané úkony (například zdravotní, sociální pojištění, prodloužení doby pobytu atd.), dostávají se do pozice neoprávněně ekonomicky aktivních imigrantů (Drbohlav, 2011).

1.7 Sociální determinanta zdraví – výživa

Výživa neboli nutriční dodává organismu energii a látky, které jsou důležité pro jeho stavbu a funkce. Základní součástí výživy jsou živiny (nutrienty). Dělí se na makronutrienty (sacharidy, lipidy, proteiny, alkohol a polyfenoly), mikronutrienty (minerály, vitamíny) a seminuutrienty (vláknina a fytochemické látky). Mezi další komponenty výživy patří voda a nenutriční složky výživy, jako jsou probiotika, prebiotika a symbiotika (Müllerová, 2003). Energetická potřeba jedince závisí na věku, pohlaví, velikosti těla a fyzické aktivitě. Rozdíl mezi přijatou a vydanou energií koreluje se změnami tělesné hmotnosti. Při kladné energetické bilanci váha jedince stoupá a při záporné bilanci klesá.

Podváha ($BMI < 18,5 \text{ kg/m}^2$) představuje zdravotní riziko a může vést k celkové sešlosti organismu – kachexii. Nízká tělesná hmotnost jedince může být zapříčiněna podvýživou nebo vyšší tělesnou aktivitou. Podvýživa (malnutrice) je obvykle chápána ve smyslu špatného složení potravy, kdy je narušen optimální poměr mezi základními komponenty potravy. Těžké formy podvýživy, které jsou způsobené celkovým nedostatkem energie (proteino-energetická malnutrice) a provázené rozvratem celého organismu, se označují jako marasmus. Nejvíce trpí nedostatkem potravy děti, které jsou ve fázi růstu a vývoje. Důvodem odmítání stravy a těžkého hladovění může být mentální anorexie. „Jestliže kritický nedostatek potravy postihuje velký segment populace a vede k úmrtí množství lidí v důsledku úplného vyčerpání tělesných rezerv, hovoříme o hladomoru (Fraňková a Dvořáková-Janů, 2003, s. 196)“. Je smutnou skutečností, že je hrozba hladomoru reálná i dnes, a to ve více světadílech. Naopak

většina populace v řadě vyspělých zemí světa trpí nadváhou (BMI = 25,0–29,9 kg/m²), popřípadě obezitou (BMI ≥ 30 kg/m²). Obezita je rizikovým faktorem řady kardiovaskulárních onemocnění, bývá spojena s inzulínovou rezistencí a tvoří součást metabolického syndromu. Příčina vyšší spotřeby energie obyvatel vyspělých zemí spočívá v relativně vysoké dostupnosti levných potravin, nedostatku fyzické aktivity a v neposlední řadě i z důvodu tzv. „šetřících genů“, které zvyšují efektivitu metabolismu. Jejich nositelé měli v době hladomoru větší šanci přežít. V současnosti jsou pro své nositele nevýhodou (Müllerová, 2003). Fraňková a Dvořáková-Janů (2003) poukazují na teorii opožděné kultury „cultural lag“, kdy obyvatelé průmyslově vyspělých zemí přijímají množství potravy, které odpovídá pracovní zátěži v agrárně řemeslném světě. „Cultural lag effect“ znamená, že se nemateriální socio-kulturní vzory chování opožďují za rychleji se měnícím materiálním prostředím. V praxi se mluví o tzv. „sebevraždě za pomoci nože a vidličky“, kdy se budování a zánik chování mění příliš pomalu k vnějším podmínkám (Fraňková a Dvořáková-Janů, 2003).

1.7.1 Základní makro nutrienty ve výživě

Mezi hlavní živiny v potravě patří bílkoviny, sacharidy a lipidy. Bílkoviny neboli proteiny jsou vysokomolekulárními látkami, které jsou tvořeny řetězcem aminokyselin. Jsou v těle zdrojem dusíku, síry a esenciálních aminokyselin. Bílkoviny plní v organismu řadu funkcí. Jsou zdrojem energie a stavebním kamenem pro tělesné tkáně a buňky. Mají velký význam pro tvorbu hormonů a metabolismus enzymů. Hrají důležitou roli v obranyschopnosti organismu. Jsou součástí protilátek a látek na srážení krve. Proteiny mají také velký význam v činnosti svalů a transportu látek (Stránský a Ryšavá, 2010). Aminokyseliny se dělí na neesenciální a esenciální. Neesenciální neboli postradatelné aminokyseliny jsou látky, které si organismus dokáže sám vyrobit například přeměnou cukrů. Esenciální (nepostradatelné) aminokyseliny si organismus nedokáže vyrobit a je nezbytný jejich přísun v potravě, zejména z živočišných bílkovin (Vokurka, Hugo a kol., 2004). Podle původu dělíme bílkoviny na živočišné a rostlinné. Živočišné bílkoviny se nacházejí především v mase, vejcích, mléku a mléčných výrobcích. Bílkoviny rostlinného původu jsou nejvíce zastoupeny v sóje, v žitné mouce, v bramborách a v luštěninách (fazole, kukuřice). Dle Provozníka Komárka et al. (2004)

má příjem bílkovin u zdravého dospělého člověka činit 0,8–1,0/kg/den (dolní hranice u starších, horní hranice u mladších osob). Při vyvážené pestré stravě tvoří příjem proteinů 8-10 % na celkovém energetickém příjmu. Dlouhodobý nedostatek nebo naopak nadbytek příjmu bílkovin má dopad na zdravotní stav jedince.

Mezi tuky řadíme lipidy, které obsahují mastné kyseliny a látky tukům podobné (lipoidy), které se neodvozují od mastných kyselin. Jde o organické sloučeniny, které jsou energeticky nejbohatší složkou potravy. Jejich kalorická hodnota (9,3 kcal/g, neboli 37 MJ/g) je dvojnásobně vyšší než kalorická hodnota bílkovin nebo sacharidů. Lipidy plní v organismu důležitou roli při vstřebávání vitamínů rozpustných v tucích. Hlavní zásobárnu energie tvoří triacylglyceroly a mastné kyseliny, které tvoří zdroj energie například pro pracující svaly (včetně svalu srdečního). Mastné kyseliny jsou hlavní součástí tuků. Mohou být nasycené, mononenasycené a polynenasycené (Vokurka, Hugo a kol., 2004). Příjem tuků by neměl překročit 30 % celkového energetického příjmu. Nadměrný příjem tuků v potravě má za následek obezitu a je rizikovým onemocněním pro vznik aterosklerózy. Cukry (sacharidy, glycidy) jsou organické sloučeniny uhlíku, vodíku a kyslíku. Sacharidy jsou zdrojem energie a v organismu plní i další funkce. Například jsou součástí hormonů, antigenů krevních skupin. Sacharidy rozlišujeme na jednoduché (monosacharidy), oligosacharidy (di-, tri-, popřípadě až dekasacharidy) a polysacharidy (Vokurka, Hugo a kol., 2004). Příjem cukrů by měl odpovídat 55–60 % celkového energetického příjmu (Stránský a Ryšavá, 2010).

1.7.2 Mikronutrienty a další komponenty ve výživě

Mikronutrienty jsou složky výživy, které nemají energetickou hodnotu, ale jsou nezbytné pro správnou funkci lidského těla. Jde o vitamíny, minerály a stopové látky.

Vitamíny jsou látky nezbytné pro správnou funkci organismu. Organismus si je nedokáže sám vyrobit. Rozlišují se na vitamíny nerozpustné ve vodě (A, D, E, K) a vitamíny rozpustné ve vodě (B a C). V nadměrných dávkách jsou pro organismus toxické. Minerály a stopové prvky se podílejí na činnosti enzymů a mají i další speciální funkce. Mezi minerály patří například ionty obsažené v krvi – sodík (natrium), vápník (kalcium), draslík (kalium), chloridy nebo hořčík (magnesium). Do skupiny stopových prvků patří železo, jód, fluorid, zinek, měď, mangan, selen nebo měď (Vokurka, Hugo

a kol., 2004). Mezi další složky výživy patří vláknina, voda, probiotika, prebiotika a fytochemické látky. Vláknina je nestravitelná (balastní) součást potravy, která ovlivňuje střevní peristaltiku a vstřebávání některých látek například tuků (Vokurka, Hugo a kol., 2004). Dělí se na rozpustnou (například pektin) a nerozpustnou ve vodě (celulóza). Vláknina ovlivňuje pozitivní střevní mikroflóru, odstraňuje zácpu, urychluje peristaltiku střev, působí preventivně proti vzniku hemeroidů, divertiklů a kolorektálního karcinomu (Stránský a Ryšavá, 2010). Voda je základní složka lidského organismu u dospělého jedince tvoří až 60 % hmotnosti organismu. Voda tvoří základ organismu, je součástí buněk, plasmy, lymfy a intersticiální tekutiny (Vokurka, Hugo a kol., 2004). Doporučený denní příjem tekutin u dospělého zdravého člověka je 25000 – 3000 ml denně (Müllerová, 2003). Probiotika jsou obvykle bakterie, které působí na střevní mikroflóru. Prebiotika jsou potraviny s nestravitelnou přídatnou látkou (například inulín), které ve střevě podporují růst bifidobakterií. Symbiotika jsou kombinace probiotik a prebiotik. Fytochemické látky se vyskytují v rostlinách (například v ovoci, zelenině, luštěninách a obilovinách). Mají antikarcinogenní a anitaterogenní účinky (Müllerová, 2003). Mezi základní potraviny řadíme mléko a mléčné výrobky, maso a masné výrobky, ryby, vejce, obilniny a chléb, brambory, zeleninu a ovoce.

1.7.3 Výživa jako sociální determinanta zdraví imigrantů

Výživa je významnou determinantou životního stylu, která ovlivňuje zdraví jednotlivců i celé populace. Dle Wilkinsona a Marmota (2005) celosvětový ekonomický růst přispěl na jedné straně ke snížení infekčních onemocnění v rozvojových zemích, na druhé straně k růstu tzv. civilizačních chorob, a to především ve vyspělých zemích. Civilizační onemocnění jsou dle Vokurky, Huga a kol. (2004) zapříčiněna nezdravým životním stylem, nadměrným nebo nevyváženým příjmem potravy, nedostatečnou fyzickou aktivitou, zvýšeným stresem a znečištěným prostředím. Mezi typické civilizační nemoci patří kardiovaskulární onemocnění, diabetes mellitus a nádorová onemocnění. Dle Wilkinsona a Marmota (2003) byla ještě nedávno chudoba spojována s nízkým kalorickým příjmem. Jak začalo být levné tučné jídlo široce dostupné, prudce narůstá konzumace obilného sirupu s vysokým obsahem fruktózy, staly se i v rozvojových

zemích obezita, cukrovka a kardiovaskulární onemocnění zdravotními riziky. Ve vyspělých zemích je obezita a cukrovka známkou nerovnosti ve zdraví. Přestože tyto problémy trápí členy všech vrstev společnosti, menšinové komunity, lidé s nízkými příjmy a imigranti jsou zasaženi nepoměrně více. Dle Candibové (2007) se imigranti ocitají ve znevýhodněné sociální a ekonomické situaci. Nedostatečný příjem drahé čerstvé zeleniny a ovoce, malý prostor k bezpečnému využití volného času (především cvičením) a příjem levného jídla s vysokým obsahem kalorií vede ke zvýšení hmotnosti a k riziku cukrovky. Candibová (2007) poukazuje na skutečnost, že děti imigrantů málo zahrnují do svého jídelníčku potraviny s vysokou výživovou hodnotou. Například ve Velké Británii si děti patřící do tzv. druhé generace imigrantů osvojily ryze britské stravovací návyky. To znamená, že jedí více tučných jídel a méně čerstvé zeleniny, ovoce a luštěnin. V USA zase asijsko-americké a hispánské děti mají více než dvakrát větší výskyt nadváhy a obezity v porovnání s dětmi staršími o pouhou jednu generaci.

1.7.4 Rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění

Nejčastější příčinou úmrtí ve světě jsou nemoci oběhové soustavy. Kardiovaskulární onemocnění (dále jen KVO) mají společnou příčinu, a to je ateroskleróza. „Ateroskleróza je onemocnění tepen, při němž se v jejich stěnách ukládají tukové látky a druhotně vápník, čímž je tepna poškozena, ztrácí pružnost a dochází k jejímu postupnému zužování (až obliteraci) s následnou ischemií příslušné části organismu (Vokurka, Hugo a kol., 2004, s. 81)“. Rozvoj aterosklerózy trvá desítky let a její počáteční stádia lze prokázat dokonce již u dětí. Mezi aterosklerotická onemocnění řadíme ischemickou chorobu srdeční (ICHS), ischemickou chorobu dolních končetin (ICHDK), ischemickou chorobu ledvin (ICHL) a cévní mozkové příhody (CMP) primárně ischemické etiologie. Avendano et al. (2006) poukazují na statisticky významné spojení nízkého socioekonomického statusu a vyššího výskytu CMP.

Ateroskleróza je multifaktoriálně podmíněné onemocnění, to znamená, že pravděpodobnost výskytu tohoto onemocnění zvyšuje řada rizikových faktorů. Rizikové faktory KVO je možno dělit z různých hledisek. Nejčastěji se dělí na ovlivnitelné a neovlivnitelné faktory, tradičního nebo netradičního typu (Provazník, Komárek et al., 2004). Dle Langelliera et al. (2011) si imigranti méně uvědomují rizikové faktory KVO

než majoritní populace a následně tyto rizika aktivně nesnižují. Důvodem tohoto jevu může být skutečnost, že imigranti přicházejí ze zemí, kde riziko KVO je nižší než v hostující zemi. Další možná příčina spočívá ve snížení sociokulturního statusu nových imigrantů, které vede k nevyhledávání a nečerpání především primární zdravotní péče.

Mezi tradiční ovlivnitelné rizikové faktory KVO řadíme kouření, dyslipidemii, hypertenzi, diabetes mellitus 2. typu, metabolický syndrom, obezitu (především abdominálního typu), nedostatek antioxidantů v potravě, nedostatek pohybu, zvýšený homocystein v krvi a zvýšený lipoprotein (a) v séru (Provazník, Komárek et al., 2004).

1.7.4.1 Kouření, spotřeba tabákových výrobků

Přestože je kouření nejsnáze ovlivnitelná příčina předčasného úmrtí, dle zprávy WHO – Equity, social determinants and public health programmes (2010) zemřelo v roce 2005 ve světě následkem kouření 5,4 milionů lidí. Při kouření je do organismu vdechován nikotin a oxid uhelnatý. Obě látky podporují vznik ICHS a ICHDK. „Zhruba polovina úmrtí na kardiovaskulární onemocnění, zejména koronárních příhod, je zapříčiněna kouřením (Provazník, Komárek, et al., 2004, s. 142)“. Čtvrtina onemocnění ICHS je vyvolána kouřením a výskyt tohoto onemocnění je u kuřáků dvakrát až šestkrát vyšší. Náhlá smrt se vyskytuje u kuřáků zhruba desetkrát častěji. Na vzniku ICHDK se kouření podílí z 95 %. Kouření multiplikuje (zesiluje) působení dalších rizikových faktorů KVO, jako jsou hypertenze, obezita, hypercholesterolemie nebo nízká pohybová aktivita. Neexistuje žádná bezpečná hranice spotřeby tabáku a tabákových výrobků. Jakékoliv i malé množství tabákových výrobků poškozuje zdraví konzumenta (Komárek et al., 1997).

Dle Leinsala et al (2007) kouření souvisí s faktory společenského znevýhodnění. Kouření je daleko silnějším rizikovým faktorem pro muže, osoby z nižší socioekonomické skupiny a obyvatele především v rozvojových zemích. Spotřeba tabáku zatěžuje rozpočet především chudých rodin, a to na úkor vzdělání, bydlení a čerpání zdravotní péče.

Dle zprávy WHO – Equity, social determinants and public health programmes (2010) stoupají počty kuřáků mezi dospívajícími a ženami. Křivohlavý (2001)

k psychologickým důvodům počátku kouření mladých lidí řadí krátkodobě kladný vliv na pocit zvládnutí stresu, vliv reklamy a svoji roli zde hraje i psychika potenciálního kuřáka. Ukazuje se, že kouření přitahuje lidi nejisté, s pocity méněcennosti, žijící v relativní sociální izolaci.

Vznik závislosti na tabákových výrobcích je spojen s akumulací sociálních nevýhod. Vyšší výskyt kouření lze dle WHO report on the global tobacco epidemic (2008) vysledovat u svobodných matek, bezdomovců, nových imigrantů nebo dlouhodobě nezaměstnaných. Graham a Der (1999) vymezili čtyři sociálně ekonomické nerovnosti, které nezávisle na sobě vyvolávají závislost na tabáku u žen. Jde o nevýhody v dětství, ve vzdělání, časně mateřství a finanční tíseň.

Hospodářský růst dle WHO WHO report on the global tobacco epidemic (2008) vedl k nárůstu spotřeby tabáku v rozvojových zemích. Byl zaznamenán přechod nejvyšší spotřeby tabákových výrobků z vyspělých zemí západní Evropy a Ameriky do východní Evropy, Asie a Afriky. Tento trend lze vysvětlit nejenom ekonomickým rozvojem, ale i nedostatečnou legislativní ochranou daných zemí, globalizací a marketingovým zacílením tabákových firem na trhy rozvojových zemí.

1.7.4.2 Obezita

Nestřídmost v jídle vede k nadměrné tělesné hmotnosti, k nadváze a obezitě. Z ukazatelů, které využíváme v hodnocení nadváhy nebo obezity, používáme stanovení BMI (Body Mass Index). Z klinického hlediska využití klasifikace hmotnosti dle BMI spočívá k identifikaci osob se zvýšenými zdravotními riziky. Musí se však zohlednit i další rizikové faktory jako je například obvod pasu či celkový zdravotní stav, ale relevantní je i životní styl, genetické predispozice, způsob výživy, socioekonomický statut nebo příslušnost k určitému etniku (WHO expert consultation, 2004, Lauderdale a Rathouz, 2000).

Hodnoty BMI 25 kg/m^2 a více představují u Evropanů zvýšené riziko morbidity a mortality pro řadu onemocnění. Kardiovaskulární riziko je zvláště u abdominálního typu obezity vysoké. Riziko vzniku onemocnění je u mužů zvýšené, pokud je obvod pasu $> 94 \text{ cm}$, a vysoké při obvodu $\geq 102 \text{ cm}$. U žen je riziko zvýšené, pokud je obvod pasu $> 80 \text{ cm}$, a vysoké, pokud je obvod pasu $\geq 88 \text{ cm}$. Abdominální tuk je spojen

s rizikem nežádoucích dopadů na zdravotní stav, jako je hyperinzulinemie, dislipidémie, hypertenze, glukózové intolerance, a to vede ke zvýšenému riziku vzniku kardiovaskulárních nemocí nebo diabetu mellitu 2. typu.

Výzkumné studie (Deurenberg et al., 2000; He et al., 2001; Ho-Pham et al., 2010) poukazují na rozdílné vazby mezi hodnotou BMI, procentem tělesného tuku a zdravotními riziky mezi Asiaty a Evropany. Hraniční hodnota BMI (25 kg/m^2) některých asijských národností je spojena s vyšším tělesným tukem než je tomu u Evropanů. Tendence k abdominální (centrální) obezitě může být u Asiatů vyšší než u ne-asijských národů. Na základě dostupných dat z asijských výzkumů (Nqyen et al., 2007; Oanh et al., 2009; Phan et al., 2012; Chen a Wang, 2010) lze konstatovat, že Asiaté mají obecně vyšší procentní poměr tělesného tuku než je tomu u stejně starých Evropanů stejného pohlaví. U Asiatů je také zvýšené riziko výskytu kardiovaskulárních chorob a diabetu 2. typu, a to i při nižších hodnotách, než je současná udávaná hraniční hodnota BMI 25 kg/m^2 , která se tak zdá neadekvátní pro použití u značné části asijského obyvatelstva. Skupina expertů WHO (2004) řešila problematiku hraniční hodnoty BMI pro posouzení nadváhy a obezity u asijské populace. Zvažovala, zda by měla být klasifikace hmotnosti dle BMI uzpůsobena rozdílným etnickým skupinám obyvatel. Snížení hraničních hodnot pro nadváhu a obezitu by znamenalo zvýšení jejich prevalence a zároveň posílení obecného povědomí o těchto nežádoucích stavech. Dle WHO expert consultation (2004) dostupná vědecká data neurčují jasnou hraniční hodnotu BMI, určující nadváhu a obezitu u asijské populace. Proto by měla být současná klasifikace hodnocení hmotnosti jedince dle BMI zachována jako mezinárodní a změněny by měly být hraniční hodnoty BMI v souvislosti s rizikem morbidit pro populaci jihovýchodní Asie. Zdravotní rizika Asiatů v oblasti jihovýchodní Asie se pohybují již od 22 kg/m^2 do 25 kg/m^2 BMI a zvýšená rizika jsou od hodnoty BMI od 26 kg/m^2 do 31 kg/m^2 . A zároveň u hodnoty BMI 21 kg/m^2 by mělo být bráno na vědomí, že v zemi, kde je rozšířená podvýživa, se jedná o hraniční hodnotu, naznačující u jednotlivců právě tento nežádoucí zdravotní stav.

Redukce nadváhy popř. obezity je základem léčby v prevenci kardiovaskulárních onemocnění. Redukce hmotnosti je založena nejen na vhodné úpravě stravování, ale

také dostatečné fyzické aktivitě. Na významu získávají i farmakoterapie a chirurgická léčba obezity (Provazník, Komárek et al., 2004).

Dle Ujcic-Voortmana (2011) u imigrantů obecně platí, čím lepší asimilace³ do společnosti, tím vyšší je jejich BMI. Tento jev je označován za tzv. nutriční přechod „Nutrition transition“, kdy si noví imigranti rychle zvyknou na kulturu nové země v oblasti stravování a fyzické aktivity.

1.7.4.3 Metabolický syndrom

Hypertenze, obezita, dyslipidémie a diabetes 2. typu jsou hlavní příčinou úmrtí ve vyspělých zemích světa. Jejich frekvence však významně stoupá i v rozvojových zemích. Komplex těchto onemocnění byl v 80. letech 20. století profesorem Reavanem nazván metabolickým syndromem X nebo-li syndromem inzulínové rezistence. Příčina metabolického syndromu je často spojována s nadbytkem energetického příjmu („přejídáním se“) a nedostatkem pohybu. Je nutné léčit všechny složky metabolického syndromu, které se u pacienta vyskytnou, přičemž léčba dislipidemie vede k nejlepším efektům (Svačina et al., 2007).

1.7.4.4 Hypertenze

„Arteriální hypertenze je onemocnění charakterizované zvýšeným tepenným tlakem ve velkém krevním oběhu (Vokurka, Hugo a kol., 2004, s. 357)“. Riziko vzniku kardiovaskulárních onemocnění vzrůstá se zvyšujícími se hodnotami systolického i diastolického tlaku. Jako normální krevní tlak je počítána hodnota do 120/80 mmHg, s hraniční hodnotou 139/89 mmHg. Tlak nad 140/90 mmHg považujeme za hypertenzi. Vysoký krevní tlak se nemusí zejména zpočátku projevovat zřetelnými příznaky. Při neléčení hypertenze může dojít k pozdním komplikacím, jako je srdeční selhání, urychlení aterosklerózy, výskyt ICHS, CMP nebo postižení ledvin. Vědecké studie dokazují, že správně léčená hypertenze podstatně snižuje rizika s ní spojená. Z Framinghamské studie vyplývá, že pokles tělesné hmotnosti o 15 % je provázen poklesem systolického krevního tlaku o 10 %. Nefarmakologická léčba spočívá

³ Asimilace je proces, kterým je nějaká skupina začleněna do větší skupiny. Menšina při tom přijímá většinovou kulturu (Jandourek, 2007, s. 3).

v úpravě životosprávy: snížení hmotnosti, omezení soli, vyloučení kouření, odstranění stresů a v dostatku aktivního odpočinku. Při neúspěchu nefarmakologické léčby je nutné zahájit farmakologickou léčbu, která spočívá v podávání antihypertenziv (Provazník, Komárek et al., 2004, Zaret, Moser, 1992).

1.7.4.5 Diabetes mellitus 2. typu

V České republice se v roce 2005 léčilo 739 000 diabetiků, což je 7,2 % populace. Od roku 2000 – 2005 je sledován 3 % meziroční přírůstek. Diabetes mellitus je onemocnění, které je charakterizované hyperglykemií. Vzniká v důsledku absolutního nedostatku (1. typ) nebo relativního nedostatečného účinku inzulínu (2. typ). Diabetes mellitus 2. typu se vyskytuje téměř v 92 % případů. Mezi zevní faktory, které se na rozvoji diabetu 2. typu podílejí, patří: přejídání, obezita, nedostatek fyzické aktivity, stres, kouření a některé léky. Základním preventivním i léčebným prostředkem pro diabetiky 2. typu je zdravý životní styl s důrazem na nízkokalorickou stravu s výrazným snížením živočišných tuků, soli a potravin obsahující cholesterol na jedné straně a zvýšením rozpustné vlákniny a potravin s nízkým glykemickým indexem na straně druhé. Pravidelná fyzická aktivita v objemu 3-6 hodin týdně vede ke snížení rizika KVO a ke zlepšení kvality života diabetiků (Škrla a Škrlová, 2003, Svačina et al., 2007).

1.7.4.6 Nedostatek pohybu

Pohyb má příznivý účinek na naše zdraví, nedostatek pohybu je ohrožuje a napomáhá vzniku degenerativních chorob. Výzkumné studie prokázaly, že lidé, kteří cvičí nejméně třicet minut čtyřikrát týdně při 60 % nebo 80 % maximální pulsové frekvenci, jsou vystaveni nižšímu riziku KVO. Všeobecně známý výpočet maximální pulsové frekvence = $220 - \text{věk}$ a toto číslo se násobí doporučenou zátěží (0,6 nebo 0,8). Tělesná aktivita pomáhá v prevenci vysokého krevního tlaku, obezity a osteoporózy. Fyzická zdatnost zvyšuje schopnost těla využít inzulín a snižuje hladinu celkového cholesterolu (\downarrow LDL a \uparrow HDL). Věk není důvodem pro snížení pohybu. Mnoho zdravotních problémů seniorů je způsobeno právě nedostatkem pohybu. Nejlepším pohybem, který mohou praktikovat takřka všichni bez omezení, je chůze. V současnosti neexistuje žádný lék,

který má tak velký potenciál podpory zdraví, jako je celoživotní pohybový režim (Svačina et al., 2007, Škrála, Škrlová, 2003).

1.7.4.7 Neovlivnitelné rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění

Jako neovlivnitelné rizikové faktory KVO jsou nejčastěji uváděny věk, pohlaví, genetické faktory, pozitivní rodinná anamnéza a rasa. Riziko KVO se zvyšuje s věkem. Dle Zareta a Mosera (1992) jsou významnými prediktory nemoci věk a pohlaví. Více než polovina pacientů s infarktem myokardu jsou starší 65 let a více. Muži mají větší náklonnost ke vzniku koronárních onemocnění, mozkových příhod a dalších KVO, které jsou způsobeny aterosklerózou než ženy. Jestli příčina spočívá v mužských hormonech (androgenech), které zvyšují riziko KVO anebo, protože ženské hormony (estrogeny) chrání před vznikem aterosklerózy, není zcela jasné, ale je pravděpodobné, že oba hormony hrají svoji roli. Především je prokázána ochranná role estrogenů. Proto se riziko infarktu u žen dramaticky zvyšuje po menopauze, kdy jejich tělo přestane produkovat estrogen. Genetické predispozice jsou významným rizikovým faktorem k chorobám, jako jsou diabetes, kardiovaskulární choroby, vysoký krevní tlak, obezita nebo nádorová onemocnění. Dědičnost je také spojena s rasou. Například dle Whiteové et al. (2011) mají muži černé rasy středního věku vyšší krevní tlak než stejně staří běloši. Dobrou zprávou je, že změnou životního stylu lze oddálit počátek těchto onemocnění nebo zmírnit jejich následky. S trochou nadsázky lze říci: „Špatná genetika je nabitá pistole, ale životní styl je prst na spoušti (Škrála a Škrlová, 2003, s. 461)“.

1.7.4.8 Netradiční rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění

Kromě těchto tradičních faktorů jsou v posledních letech uváděny ještě tzv. *netradiční rizikové faktory*. Mezi netradiční rizikové faktory KVO patří zejména zvýšené endogenní zásoby železa, infekce (především Chlamydia pneumoniae), obecně chronické infekce (dlouhotrvající zvýšená hladina CRP), vysoká hladina fibrinogenu v krvi (Provazník, Komárek et al., 2004). Ford (2006) poukazuje na vztah mezi mírou sociální integrace a hladinou CRP⁴ v krevním séru (nezačlenění jedince do skupiny, jeho

⁴ C-reaktivní protein (CRP) je bílkovina přítomná v krvi při zánětlivých, nekrotických nebo imunologických procesech (Vokurka, Hugo a kol., 2004).

sociální izolace = ↑ CRP). Dle Kebzy (2005) mezi další rizikové faktory KVO patří i psychosociální faktory jako je chronický stres či psychicky náročná práce.

1.8 Zdravotně sociální aspekty konzumace alkoholu

„Závislost znamená být něčím tak posedlý, že to člověka zotročí, zbaví ho vnitřní svobody a nakonec i osobní bezúhonnosti (Křivohlavý, 2001, s. 203)“. Droga, která nabízí uživatelům falešnou vidinu útěku před nepřízní osudu a stresem, ve skutečnosti pouze zhoršuje jejich problémy. Závislost na alkoholu, užívání nelegálních drog a kouření cigaret jsou těsně spjaty s ukazateli sociálního a ekonomického znevýhodnění (Wilkinson a Marmot, 2005).

Závislost na kouření, alkoholu, popřípadě jiných návykových látkách je multifaktoriálním (mnohostranným) jevem. Důvody, proč jsou lidé s nízkým příjmem, nezaměstnaní nebo imigranti více ohroženi závislostí na návykových látkách, jsou velmi rozmanité. Dle Křivohlavého (2001) napomáhá z krátkodobého hlediska závislost na alkoholu, tabáku a jiných drogách vymanit se z pocitů méněcennosti, přispívá ke zvládnutí stresu, snižuje pocit bezmocnosti a dodává pocit opory. Z dlouhodobého hlediska zvyšuje pravděpodobnost výskytu řady vážných onemocnění, jako jsou nádorová, kardiovaskulární, popřípadě chronická onemocnění dýchacích cest a jater.

Alkohol je psychoaktivní potenciálně návyková látka s těžkými zdravotními a sociálními následky. Zatímco konzumace malého množství⁵ alkoholu může být organismu prospěšná, závislost na alkoholu významně postihuje psychické a fyzické zdraví alkoholika. U osob závislých na alkoholu je vyšší výskyt psychických poruch, demence, jaterní cirhózy, žaludečních vředů nebo nádorových onemocnění. Dlouhodobé užívání alkoholu sekundárně vede k negativním sociálním a ekonomickým dopadům na život dané osoby, jako je ztráta zaměstnání, rozpad rodiny a kriminalita (Vokurka, Hugo a kol., 2004).

⁵ Doporučené maximální množství denní spotřeby alkoholu pro muže jsou dvě (u žen pouze jedna) dávka. Jedna dávka alkoholu představuje – 10 g čistého etanolu, což je 100 ml vína, nebo 25 ml lihoviny (Fiala, 2006).

WHO ve své zprávě Equity, social determinants and public health programmes (2010) uveřejnila, že v roce 2004 zemřelo 2,5 milionů lidí na následky spojené s alkoholem.

Mezi závěry této zprávy WHO patří:

- osoby s nízkým socioekonomickým statusem jsou více zatíženy výskytem nemocí spojených s konzumací alkoholu (↓ SES, ↑ zdravotní dopady konzumace alkoholu), a to přes celkovou nižší průměrnou spotřebu oproti osobám s vyšším socioekonomickým statusem (↓ příjem, ↓ spotřeba alkoholu);
- zdravotní a socioekonomické dopady konzumace jsou závislé nejenom na množství, ale i na kvalitě alkoholu a způsobu jeho užívání;
- zdravotní následky konzumace alkoholu zhoršuje nedostatečná nebo nevyvážená výživa a další aspekty nezdravé sociální situace (například bezdomovectví);
- spotřeba alkoholu je významně závislá na pohlaví (ženy v průměru méně pijí alkohol než muži, naopak muži daleko méně abstinují než ženy), zároveň zdravotní dopady konzumace alkoholu jsou pro ženy závažnější;
- nejvyšší mortalita v souvislosti s konzumací alkoholu byla prokázána u mužů mladšího a středního věku (25 – 39 let), nejnižší pak u žen starší generace (55 +);
- statisticky významná souvislost mezi spotřebou alkoholu a vzděláním nebyla prokázána u žen, oproti mužům, kdy s nižším vzděláním rostla jejich spotřeba alkoholu;
- množství konzumace alkoholu je nižší v rozvojových než ve vyspělých zemích
- nejmenší spotřeba alkoholu je v islámských zemích Středního Východu, kde je prohibice alkoholu spojená s náboženstvím;
- v rozvojových zemích jsou zdravotní rizika spojena s konzumací nekvalitního a zdravotně závadného alkoholu;
- s hospodářským růstem země roste i průměrná spotřeba alkoholu;
- stigmatizace alkoholismu je nejvýraznější pro sociálně vyloučené skupiny populace.

Konzumace alkoholu je neoddelitelnou součástí mnoha kultur, takže efektivní intervence na snížení dopadu alkoholu a nerovnosti ve zdraví se často setkávají

s velkým odporem. Přesto hlavní překážkou politických snah o snížení spotřeby alkoholu je marketingová propagace nadnárodních společností, která se zaměřuje především na cílovou skupinu mladých osob. Mezi možné legislativní omezení konzumace alkoholu patří využití daňových mechanismů, jako jsou spotřební daně.

1.9 Zdraví, zdravotní stav a dostupnost zdravotní péče pro imigranty v ČR

Nejznámější definice zdraví, kterou publikovala Světová zdravotnická organizace (WHO) v roce 1946⁶, definuje zdraví jako stav naprosté fyzické, psychické i sociální pohody. Není to jen nepřítomnost nemoci (Křivohlavý, 2001; Kebza, 2005; Janečková a Hnilicová, 2009). I když tato definice byla kritizována pro svoji nereálnost, nedosažitelnost a nedokonalost, jasně ukazuje na propojení psychické, somatické a sociální stránky člověka. Na zdravotní stav jedince i celé populace působí řada vlivů. Mezi základní determinanty zdraví patří: genetické předpoklady, životní styl, životní prostředí a úroveň poskytované zdravotní péče. Za nejvýznamnější determinantu zdraví je považován životní styl. Dle Kebzy (2005) zahrnuje vyhodnocení zdravotního stavu člověka (health status) fyzickou, psychosociální, spirituální a etickou dimenzi. Význam sociální a spirituální dimenze zdraví bývá podhodnocován. V současné době přispívá k holistickému vnímání zdraví koncepce deseti sociálních determinant zdraví (Social Determinants of Health).

Světová zdravotnická organizace (WHO) v dokumentu „Zdraví 21 – zdraví pro všechny do 21. století“⁷ zdůrazňuje právo na zdraví jako základní lidské právo. Ekvita (rovnost) ve vztahu zdraví znamená, že každý by měl mít možnost plně rozvinout a čerpat ze svého zdravotního potenciálu. Nicméně mezi lidmi existují ve vztahu ke zdraví a čerpání zdravotní péče velké rozdíly. Tato variabilita zdraví a nemoci v různých populacích je často vnímána jako nespravedlivá nerovnost ve zdraví. Problematiku sociální nerovnosti ve zdraví vysvětlují pojmy „inequality“ a „inequity“.

⁶ Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease and infirmity (WHO, Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 1946, ratifikována 7. 4. 1948) Křivohlavý (2001).

⁷WHO: Health 21 – health for all in the 21st century. Copenhagen, World Health Organization, Regional Office for Europe 1999. WHO (Kebza, 2005; Janečková a Hnilicová, 2009).

Tyto pojmy vyjadřují, do jaké míry je problematika ekvity (rovnosti) popřípadě inekvity (nerovnosti) ve vztahu ke zdraví vnímána jako spravedlivá nebo nespravedlivá. Dle Janečkové a Hnilicové (2009) je výraz „inequality“ neutrální, objektivní kategorií, která odkazuje na zjištěné nerovnosti ve vztahu ke zdraví spojené s věkem, pohlavím nebo příslušností ke kulturní, sociální a etnické skupině. Objektivně zhodnocuje, čemu tyto skupiny ve vztahu ke zdraví přikládají význam a jakou mají možnost pro své zdraví něco udělat. Nespravedlivost (inekvita, „inequity“) ve vztahu ke zdraví odkazuje na veliké, nepřijatelné a zahanbující rozdíly ve vztahu ke zdraví a nemoci mezi jednotlivými populacemi. „Tyto rozdíly vyplývají z nepříznivých životních podmínek, které si člověk nevybral, nezavinil a nemůže je sám změnit (Janečková a Hnilicová, 2009, s. 247)“. Vliv sociální situace na zdravotní stav jedince i celé populace prokázala řada výzkumů. Wilkinson a Marmot (2005) poukázali na vliv sociálních faktorů, jako jsou například chudoba, nízký socioekonomický status nebo nepříznivé podmínky v dětství, na zdravotní stav jednotlivce, skupiny nebo populace.

Jednou z příčin sociální nerovnosti ve zdraví je dle Janečkové a Hnilicové (2009) vulnerabilita (zranitelnost) některých sociálních skupin. Mezi zranitelné sociální skupiny patří dlouhodobě nemocní, děti a mladiství, lidé ohrožení sociální izolací nebo diskriminací. Mezi poslední jmenovanou skupinu patří i imigranti. Výzkumné studie prokázaly, že nejenom rozdíly v pohlaví mají vliv na zdravotní stav, ale též etnická příslušnost a společenská třída (Bates et al., 2009). Dalším příkladem sociální nerovnosti ve zdraví u národnostních skupin mohou být údaje o specifické morbiditě etnických skupin žijících ve VB, zveřejněné Národní zdravotní službou (NHS) na webových stránkách „Race for health“. Příkladem srovnání zdraví mezi rasami ve Velké Británii mohou být tyto údaje NHS:

- střední očekávaná délka života u Iráčanů žijících v Glasgow je 54 let, zatímco očekávaná délka života Iráčanů v Iráku je 70 let;
- 40 % bangladéšských dětí žijících ve Velké Británii oproti 90 % britských dětí navštěvuje stomatologa;
- 44 % mužů z Bangladéše kouří oproti 27 % majoritní populace;
- imigranti z jižní Asie mají o 50 % větší riziko předčasného úmrtí na ischemickou chorobu srdeční;

- úmrtnost dětí narozených v Anglii a Walesu matkám původem z Pákistánu je 2× vyšší než je průměr;
- muži a ženy indického původu jsou třikrát více náchylnější k diabetu mellitu než britská populace;
- mladé asijské ženy se pokoušejí dvakrát častěji o sebevraždu než mladé ženy z majoritní populace.

(Race for health, 2008)

1.9.1 Efekt zdravého imigranta „the healthy immigrant effect“

Zdravotní stav imigrantů je velmi důležitý, protože ovlivňuje zdraví celé populace, a to jak z medicínského, tak sociálního hlediska. Mnozí odborníci (Gushulak, 2007; Newbold, 2005; Kennedy et al., 2006; Jelínková, 2007) ve svých výzkumech poukazují na přítomnost tzv. efektu zdravého imigranta – „the healthy immigrant effect“. Podstata efektu zdravého imigranta spočívá ve skutečnosti, že imigranti přicházející do hostitelské země jsou zdravější než majoritní populace. Nicméně tato výhoda s délkou pobytu mizí.

Prvním možným důvodem lepšího zdravotního stavu přicházejících imigrantů je samotná charakteristika migrujících osob. Dle McDonalda a Kennedyho (2004) volí migraci nejčastěji jedinci v produktivním věku, kteří se cítí zdraví a odolní. Tento pozitivní faktor je významný především u osob přicházejících do hostitelské země za účelem získání nové práce.

Druhou hypotézou je tzv. pozitivní selekce imigrantů ze strany hostující země. Dle Gushulaka (2007) má většina zemí, kam přichází velké množství imigrantů, složitou selektivní migrační politiku. Hledají mladší, vzdělané jedince, kteří jsou schopnější, zdravější a snáze čelí psychické, sociální a fyzické zátěži. Zároveň ve své publikaci McDonald a Kennedy (2004) uvádějí příklad Kanady, která má zavedený screening cizinců. Tento screening má teoreticky působit jako selekce. V praxi však existuje málo případů imigrantů, kterým je odmítnut vstup do země.

Jednou zemí s dlouhodobou zkušeností s imigrací jsou Spojené státy americké. Dlouhodobost této zkušenosti vedla k mnohým výzkumným studiím, jež potvrzují, že především imigranti pocházející z rozvojových zemí světa mají zdravější životní styl

než majoritní populace a tím logicky i nižší riziko civilizačních chorob (Antecol a Bedard, 2005). V neposlední řadě jedna z možností vyššího zdravotního indexu nových cizinců spočívá v nedostatečné spotřebě zdravotní péče, kdy není odhalen jejich skutečný zdravotní stav (McDonald, Kennedy, 2004).

Druhou otázkou je, proč se s délkou pobytu zhoršuje zdravotní stav imigrantů. Dle Newbolda (2005), Dunn a Dycka (2000) je zdravotní index příjíždějících imigrantů vysoký, avšak během 10 let se rapidně snižuje. Výskyt chronických onemocnění se následně dostává až na úroveň majoritní populace. Popřípadě se ještě zhorší. Příčina tohoto jevu spočívá v tom, že se imigranti přistěhují do nového prostředí, které je spojováno s nezdravým životním stylem – zvýšenou konzumací alkoholu, tabákových výrobků a celkovou nezdravou životosprávou. Zdraví imigrantů závisí na kombinaci kulturní, sociální a ekonomické pozice, kterou získají v majoritní populaci. Negativní faktory, jako je snížení socioekonomického statusu, zúžení sociální sítě, zhoršení pracovních podmínek a jazyková bariéra, vyvolávají stres, který způsobuje zhoršení jejich mentálního i fyzického zdraví.

Z dlouhodobého hlediska příčina zhoršení zdraví imigrantů spočívá v samotném asimilačním procesu. Dle Hymana (2001) začleněním do majoritní společnosti přijímají imigranti nezdravé návyky této populace, například v oblasti stravování. Vliv akulturace na zdraví imigrantů je podrobněji popsán v kapitole 1.9.4.

Zajímavé kontroverzní vysvětlení efektu zdravého migranta předkládají Leclere et al. (1994). Tito autoři tvrdí, že na začátku svého pobytu jsou imigranti vystaveni bariérám, které jim brání v optimálním využití zdravotní péče – především z důvodu jazykových a kulturních rozdílů. Nemají dostatek informací a zkušeností s novým zdravotním systémem, a proto nedostatečně čerpají zdravotní péči. To jsou příčiny, které vedou ke zhoršení zdravotního stavu v čase. Není zajištěná dostatečná preventivní péče a zdravotní problémy nejsou včas odhaleny. Alternativou k této teorii je předpoklad, že se imigranti po vstupu do nové země učí orientovat v systému zdravotní péče. S délkou pobytu více spotřebovávají zdravotní péči. Následně vyšší počet lékařských prohlídek zvyšuje pravděpodobnost diagnostikování již existujících nemocí, které byly do té doby neodhaleny (McDonald a Kennedy, 2004).

Efekt zdravého imigranta potvrzuje nejenom zhoršení objektivního, ale i subjektivního zdraví imigrantů. Subjektivní hodnocení zdraví má ve vztahu k hodnocení zdravotního stavu specifickou pozici. Vychází z vnitřního, vysoce individuálního hodnocení vlastního zdraví respondentem, které je podmíněno nejenom objektivním zdravotním stavem, ale i životním stylem, emočním naladěním respondentů nebo sociálně – ekonomickými podmínkami.

Cílem studie Newbolda (2005) bylo identifikovat rozdíly ve vnímání zdravotního stavu z pohledů imigrantů a většinové populace. Nalézt faktory, které působí na subjektivní vnímání zdraví cizinců a odhalit příčiny, které vedou ke zhoršení subjektivního vnímání zdraví cizinců. Dle Newbolda (2005) imigranti muži hodnotili své zdraví lépe než ženy. Zcela předvídatelně hodnotili své zdraví lépe nekuřáci než kuřáci. Také fyzicky aktivní subjektivně vnímali své zdraví lépe než fyzicky neaktivní respondenti. Zajímavým výsledkem bylo zjištění, že s vyšším vzděláním se zhoršovalo hodnocení vlastního zdraví imigranty. Subjektivní hodnocení zdraví je významně podmíněno kulturní příslušností (Newbold, 2005). Některé kultury příznaky především mentálních onemocnění podceňují, hodnotí je jako osobní problém a lékaře nenavštěvují. Ve své studii Andersonová (1987) uvádí, že Indky vnímají depresi jako osobní slabost, nikoliv jako nemoc. S délkou pobytu se u nich tento kulturně odlišný pohled na vlastní zdraví mění a ony vyhledávají profesionální pomoc.

Závěrem lze říci, že odborná literatura podporuje tezi tzv. efektu zdravého imigranta. Efekt zdravého imigranta je nejvýraznější u cizinců přicházejících do hostitelské země z rozvojových zemí, a to za účelem pracovní migrace. Tuto migraci volí především zdraví, odolní jedinci. Po příjezdu se musí potýkat s jazykovými, sociálními, ekonomickými a kulturními překážkami, které přispívají ke zhoršení jejich zdravotního stavu. Oproti tomu efekt zdravého imigranta nepůsobí u imigrantů přicházejících z kulturně podobné země. Tito cizinci mají stejnou kulturu, jazyk, sociální a ekonomické podmínky i zdravotní stav jako majoritní populace (Newbold, 2005; Dunn a Dyck; 2000).

1.9.2 Finanční dostupnost zdravotní péče poskytovaná cizincům v ČR

Dle Slovníku sociální práce (2003) je cizinec osoba, která pochází z jiné země nebo z jiné kultury. „Migrant je člověk, který se přesouvá na jiné místo s úmyslem trvale nebo dlouhodobě se tam usadit. Ve světě je považován za migranta ten, kdo překročí hranice a zůstává v jiné zemi déle než rok (Matoušek, 2003, s. 110)“.

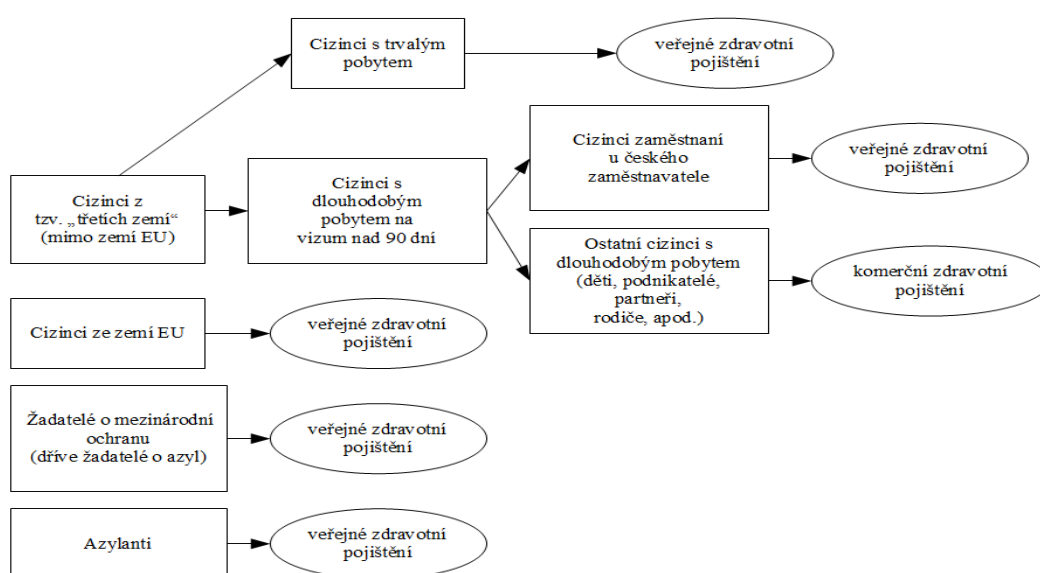
1.9.2.1 Zdravotní pojištění cizinců pobývajících dlouhodobě na území ČR

Zdravotní péče je v České republice financovaná ze systému veřejného zdravotního pojištění, které je založeno na ze zákona povinném zdravotním pojištění a principu sociální solidarity. Přístup cizinců do českého systému veřejného zdravotního pojištění je podmíněn zemí původu, typem pobytového statusu a ekonomickou aktivitou. Cizinci, kteří nemají status zaměstnance, popřípadě nemají trvalý pobyt, jsou ze zemí mimo Evropskou unii nebo nejsou žadatelé o mezinárodní ochranu ani azylanti, nemohou vstoupit do systému veřejného zdravotního pojištění. Tito cizinci musí mít uzavřené komerční (smluvní) zdravotní pojištění u vybraných pojišťoven v České republice, popřípadě musí mít sjednané zahraniční zdravotní pojištění (viz schéma 1). Dle novely zákona č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky, v platném znění, v případě, že cizinec žádá v zahraničí o udělení dlouhodobého víza nebo vydání povolení k dlouhodobému pobytu a je vyžadováno předložení dokladu o cestovním zdravotním pojištění, musí toto pojištění pokrývat náklady spojené s nutnou a neodkladnou zdravotní péčí. O nezbytnosti vyšetření, ošetření a hospitalizaci v praxi rozhoduje lékař. Velkým pokrokem je uložení povinnosti zdravotnickým zařízením účtovat cizincům služby za nutnou neodkladnou péči v regulovaných cenách, tedy ve stejných cenách jako účastníkům českého systému veřejného zdravotního pojištění (Cenový předpis o regulaci cen zdravotní péče a specifických zdravotních výkonů je uveřejněný ve Věstníku MZ ČR 2009).

V případě, že cizinec již na území České republiky pobývá a žádá o prodloužení doby pobytu na dlouhodobé vízum nebo o vydání povolení k dlouhodobému pobytu na území či o prodloužení platnosti tohoto povolení, musí doložit doklad o cestovním zdravotním pojištění na komplexní zdravotní péči, které může být sjednáno pouze u pojišťovny oprávněné provozovat toto pojištění na území České republiky. V České

republiky nabízí v současné době smluvní zdravotní pojištění cizincům pět pojišťoven. Jde o Všeobecnou zdravotní pojišťovnu, a. s. (dále jen VZP), Maxima pojišťovnu, a. s., Slávia pojišťovnu, a. s., Uniqa pojišťovnu a Victoria Volksbanken pojišťovnu, a. s. Minimální výše limitu pojistného plnění u obou typů pojištění musí být 60 000 eur. Ačkoli je smluvní zdravotní pojištění cizinců na komplexní péči vydávané za obdobné veřejnému zdravotnímu pojištění, obsahuje řadu výluk, limitů a problémových oblastí, které toto tvrzení zpochybňují (Hnilicová a Dobiášová, 2009a, 2009b).

Schéma 1 Zdravotní pojištění cizinců pobývajících dlouhodobě na území ČR



Zdroj: Dobiášová a Hnilicová (2010)

1.9.2.2 Nevýhody smluvního zdravotního pojištění cizinců

Komerční zdravotní pojištění cizinců na komplexní pojištění *není nárokové*. To znamená, že ačkoli cizinci mají povinnost se pojistit na zdravotní péči, pojišťovny nemají zákonnou povinnost je pojistit. Mohou rizikové zájemce odmítnout. Nepojistitelnými cizinci se nejčastěji stávají nedonošené děti, děti s vrozenými vadami, chronicky nemocní a starší lidé. Spektrum poskytované péče v rámci komerčního zdravotního pojištění cizinců na komplexní péči má řadu výluk. Mezi tyto výluky patří například již zmiňovaná léčba vrozených vad u novorozenců, péče o novorozence, léčba

pohlavních nemocí včetně AIDS, chronická insuficience ledvin a hemodialýza nebo zubní péče nad rámec akutního ošetření (Hnilicová a Dobiášová, 2009a, 2009b). Přestože jsou dle zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, v platném znění § 53 fyzické osoby po nákaze vyvolané virem lidského imunodeficitu povinny podrobit se léčeni, *smluvní pojištění nehradí* léčbu pohlavních nemocí a AIDS, a to včetně vyšetření na HIV pozitivitu.

Dalším problémovým místem komerčního pojištění je možnost pojišťoven odmítnout uhrazení péče pojištěnci. Pojišťovny v pojistných smlouvách definují podmínky odmítnutí pojistného plnění. Například pojišťovna má právo odmítnout pojistné plnění, pokud nemoc nastala v důsledku okolnosti, která byla v době uzavírání smlouvy známá, ale pojištěnec ji nesdělil, popřípadě zkreslil podané informace (Hnilicová a Dobiášová, 2009a, 2009b). Z ekonomického hlediska je zdravotní pojištění na komplexní péči pro cizince velmi nákladné. Zdravotní pojištění se platí jednorázově na celou pojistnou dobu. Zaplacené pojistné pojišťovny nevrací, a to ani tehdy, zanikne-li pojištění před uplynutím pojistné doby. Vstup cizinců z tzv. třetích zemí do systému veřejného zdravotního pojištění je velmi omezený. Na komerční zdravotní pojištění jsou odkázáni OSVČ (živnostníci, podnikatelé) nemající trvalý pobyt, rodinní příslušníci (dětí, manželé, rodiče) všech cizinců z třetích zemí (i cizinců s trvalým pobytem!), studenti a nelegální cizinci. I z tohoto důvodu je zcela neodůvodnitelné a neetické činit na národní, systémové úrovni rozdíly mezi cizinci z EU a cizinci z tzv. třetích zemí. Ve vyspělých zemích je pravidlem, že všichni legálně pobývajícím cizincům, kteří jsou plátcí daní, mají stejná práva a povinnosti jako majoritní populace (Hnilicová a Dobiášová, 2009a, 2009b). Tento etický problém mělo snahu na národní úrovni řešit usnesení vlády ČR č. 126/2007 a následně č. 259/2008, opatření 6.1–6.3. V těchto opatřeních bylo navrženo rozšířit okruh cizinců ze třetích zemí zahrnutých do systému veřejného zdravotního pojištění o podnikatele, živnostníky a nezaopatřené děti cizinců mladších 18 let, zároveň umožnit cizincům v rámci soukromého zdravotního pojištění měsíční platbu pojistného. Usnesení vlády č. 224/2010 konstatovalo, že nedošlo ke splnění úkolů uložených usnesením vlády č. 126/2007 a č. 259/2008 k řešení problematiky spojené se zdravotním pojištěním cizinců. Odmítavý postoj české vlády řešit tuto palčivou otázku potvrzuje usnesení vlády č. 99/2011, které *pouze poukazuje* na

skutečnost, že je u cizinců ze třetích zemí, kteří jsou odkázáni na komerční pojištění, dostupnost péče v některých případech omezená.

1.9.3 Zdravotní rizika spojená s migrací

Imigranti jsou zranitelná sociální skupina se specifickými zdravotními potřebami. Na jejich zdravotní stav působí mnoho faktorů, jako jsou jazykové a kulturní bariéry, psychosociální dopady migrace, případná sociální diskriminace v hostitelské zemi, snížená finanční dostupnost zdravotní péče, odlišná povaha nemocnosti zapříčiněná zdravotními podmínkami v zemi původu a kulturně specifická prezentace projevů nemoci. Dle Dobiášové a Hnilicové (2010) patří mezi závažná zdravotní rizika migrace pracovní úrazy, přenos infekčních onemocnění, zvýšený výskyt duševních poruch a zhoršení zdravotního stavu z důvodu tzv. „efektu zdravého imigranta“. Vyhodnocení zdravotního stavu imigrantů a jeho porovnání se zdravotním stavem majoritní populace je velmi potřebné. Srovnání těchto údajů poukazuje na nerovnost ve zdraví mezi jednotlivými sociálními skupinami a je jedním z indikátorů kulturní úrovně společnosti. Zhodnocení zdravotního stavu cizinců v České republice pomocí oficiálních statistických údajů je velmi omezené. Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) monitoruje a publikuje údaje o výskytu TBC, HIV/AIDS a pohlavně přenosných onemocnění u cizinců a potratů u cizinek. Český statistický úřad již od roku 2002 vydává každoročně souhrnnou publikaci „Cizinci v ČR“, kde kromě jiného monitoruje zdravotní stav cizinců. Nicméně u spotřeby zdravotní péče cizinců nejsou sledovány všechny kategorie cizinců a sleduje se jen spotřeba sekundární (nemocniční) péče. Cizinci, kteří čerpají zdravotní péči z veřejného zdravotního pojištění, jsou zahrnuti do všeobecných statistik spolu s občany České republiky (Dobiášová a Hnilicová, 2010).

1.9.3.1 Specifická morbidita imigrantů se zaměřením na TBC

V Evropské unii patří Česká republika k zemím s nízkým výskytem TBC. Počet hlášených onemocnění TBC je celkově nízký a má sestupný trend. V roce 2009 bylo hlášeno 710 nových případů, tj. 6,7 případu na 100 000 obyvatel. Jedná se oproti roku 2008 o 19% pokles. Hlavní příčinou tohoto klesajícího trendu bylo snížení podílu cizinců na celkovém počtu hlášených případů. V roce 2008 byla překročena 20% hranice notifikovaných cizinců. V roce 2009 došlo k poklesu podílu cizinců na nově

hlášených případech TBC na 19,2 % (136 případů TBC u cizinců). Nejčastěji notifikovanou skupinou cizinců byli Ukrajinci, Vietnamci, Slováci a Mongolové (interní materiály Národního registru tuberkulózy ČR; Tuberkulóza a respirační onemocnění, 2009; Cizinci v České republice, 2010). K 1. 1. 2010 bylo v České republice zrušeno pravidelné celoplošné očkování dětí proti tuberkulóze (vyhláška č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, ve znění pozdějších předpisů). Pediatri provádějí kalmetizaci pouze u rizikových skupin dětí. Zrušení celoplošného očkování novorozenců na TBC onemocnění vyžaduje důsledné vyhledávání a kontrolu TBC onemocnění u rizikových skupin osob. Do této skupiny rizikových osob patří imigranti, kteří přicházejí ze zemí s vysokou prevalencí TBC. Světová zdravotnická organizace sestavila seznam států s vyšším výskytem tuberkulózy. V Evropě je to například Bosna a Hercegovina, Bulharsko, Litva, Lotyšsko, Moldávie, Rumunsko, Ruská federace, Ukrajina a jiné. (Tuberkulóza v Evropě v roce 2008; Seznam států s vyšším výskytem TBC..., 2011).

1.9.3.2 Specifická morbidita imigrantů se zaměřením na sexuálně přenosná onemocnění

Česká republika patří v Evropské unii k zemím s vyšším výskytem sexuálně přenosných onemocnění. Incidence onemocnění syfilis byla v roce 2009 9,5 případů na 100 000 obyvatel, což je oproti roku 2008 téměř dvojnásobek. Podíl cizinců na celkovém počtu hlášených onemocnění syfilis byl 22 %. Incidence kapavky byla zhruba 7 případů na 100 000 obyvatel a má klesající trend. Podíl cizinců na tomto onemocnění se pohybuje v rozmezí 8–10 %. Nejčastěji šlo o občany Ukrajiny, Slovenska, Mongolska a Ruska. Okolo 8 % infikovaných Čechů udává předchozí pohlavní styk s cizincem (interní materiály Národního registru pohlavních nemocí ČR; Pohlavní nemoci, 2009).

Ke konci roku 2009 bylo evidováno 1 344 HIV pozitivních občanů ČR, včetně cizinců s dlouhodobým a trvalým pobytem. Z toho u 292 propuklo onemocnění AIDS. V průběhu roku 2009 bylo u obyvatel ČR nahlášeno 112 případů HIV positivity, 45 případů bylo evidováno u cizinců s dlouhodobým pobytem a 16 případů u cizinců s krátkodobým pobytem. Nejčastěji šlo o cizince z Ukrajiny, Slovenska a Vietnamu. V roce 2009 bylo evidováno 17 nových případů cizinců s rozvinutým onemocněním

AIDS (interní materiály Národní referenční laboratoř pro AIDS; Pohlavní nemoci, 2009).

1.9.3.3 Rizikové faktory pracovních úrazů cizinců

Výzkum IZPE (Dobiášová et al., 2004) zaznamenal třikrát vyšší výskyt pracovních úrazů u imigrantů než u české populace. Dle Dobiášové a Hnilicové (2010) je vyšší riziko pracovních úrazů u cizinců podmíněno faktem, že 60 % imigrantů pracuje v rizikovém odvětví ekonomiky, jako je stavebnictví a zpracovatelský průmysl. Mezi rizikové faktory pracovních úrazů u cizinců patří vysoká fyzická náročnost daného zaměstnání a nebezpečnost pracovních postupů, nekompetentnost cizince k danému zaměstnání, nedodržování pravidel bezpečnosti a ochrany zdraví při práci (Brabcová et al., 2011). Rizikovým faktorem pracovních úrazů u cizinců je nedostatečné proškolení cizince o bezpečnosti práce zaměstnavatelem, popřípadě nepochopení pokynů BOZP cizincem. Dle zákona č. 262/2006 Sb., zákoník práce, v platném znění, má zaměstnavatel povinnost zajistit při nástupu zaměstnance do práce školení BOZP, a to srozumitelnou formou. Národní politika BOZP ČR z roku 2008 konstatovala, že u specifických skupin pracovníků, jako jsou cizinci, byla vysledovaná dvojnásobná četnost pracovních úrazů v prvních měsících zahájení práce oproti ostatním zaměstnancům. Problémovým místem zůstává i rovnocenné zajištění pracovních podmínek agenturních zaměstnanců ve srovnání s kmenovými zaměstnanci uživatele (Národní politika bezpečnosti a ochrany....., 2008, s. 15-16).

1.9.4 Akulturační proces a jeho vliv na zdraví imigrantů

Akultura je označována jako proces změn kulturních znaků, které se objevují na základě nepřetržitého kontaktu mezi dvěma skupinami obyvatel. Zpravidla se jedná o oboustranný proces. Akulturační proces bývá někdy označován jako „Přivlastnění si kultury“, což může znamenat osvojení si některých kulturních znaků, jako jsou způsob oblékání, hudba, umění, jazyk, chování nebo náboženské vyznání majoritní populace (Chakraborty a Chakraborty, 2010). Na skupinové úrovni se jedná o tzv. „kulturní akulturaci“, která se vyznačuje změnou sociálních struktur, návyků a zvyků mezi dvěma kulturami (například: přijetí jazyka nebo náboženství). Na úrovni jedince jde o tzv. „psychologickou akulturaci“, která je charakteristická změnami chování

v behaviorálním repertoáru dané osoby (například: změnami jazykové preference, způsoby stravování nebo v kulturní identifikaci konkrétního jedince). Tyto kulturní a psychologické změny jsou následkem dlouhodobého procesu, který trvá někdy roky, generace či století. Pokud jsou mezi kulturami velké rozdíly, může nastat kulturní konflikt, který je obvykle označován jako akulturační stres (Berry, 2001; 2005).

Berry (2001) definuje čtyři akulturační strategie podle toho, do jaké míry imigranti preferují udržet si vlastní kulturu a dle stupně jejich adaptace do majoritní společnosti. O strategii *integrace* hovoříme tehdy, když si imigranti zachovávají určitý stupeň kulturní integrity a zároveň se přizpůsobí kulturnímu a životnímu stylu majoritního obyvatelstva. Integrace imigrantů do dominantní společnosti je možná pouze v případě, pokud se tato společnost vymezuje jako *multikulturní*. Multikulturní společnost akceptuje kulturní jedinečnost všech skupin obyvatel a zároveň pěstuje mezi nimi intenzivní sociální interakci.

Asimilace znamená plnou akceptaci kultury majoritní skupiny skupinou minoritní. Imigranti se vzdávají svého kulturního dědictví, přijímají kulturní znaky majoritní společnosti a ta je integruje do svého vlastního kulturního systému (Maříková et al., 1996). Dle Matysové (2012) můžeme u slovenské menšiny žijící v České republice sledovat propojení slovenské a české kultury na jedné straně (*asimilační strategie*) a udržování „slovenskosti“ na straně druhé (integrační strategie).

Na úrovni velké sociální skupiny existuje pro strategii asimilace strategie *melting pot*, kdy se kultury „přetaví“ do nové kultury. Na jedné straně dochází k plné akceptaci kultury majoritní skupiny skupinou minoritní, na druhé straně k plné akceptaci minoritní skupiny skupinou majoritní (Berry, 2005).

Separaci rozumíme situaci, kdy imigranti odmítají přijmout znaky majoritní kultury a zároveň si zachovávají svá kulturní specifika. Matysová (2012) mluví o separaci vietnamské menšiny žijící na území České republiky. Vietnamská komunita je charakteristická svou uzavřeností. Příčinou těchto rozdílů jsou interkulturní rozdíly a jazyková bariéra. Jejich pracovní podmínky jsou často nevyhovující (dlouhá pracovní doba, práce v zimě, o víkendech). Zároveň jsou spjati se svými kulturními zvyky a tradicemi, vzájemně se podporují v osobní, kulturní i ekonomické rovině (participují na

komunitních aktivitách, zakládají organizace na podporu komunit a jejich podnikatelské aktivity nesou znaky komunitou podporované ekonomiky).

„Separace je kompatibilní se strategií segregace, kdy jsou minoritní skupiny organizovány do izolovaných enkláv (Matysová, 2012, s. 26).“

O *marginalizaci* hovoříme v případě, kdy se imigranti neúčastní interakce s dominantní kulturou a zároveň neusilují o zachování své kulturní jedinečnosti (Berry, 2001). Dle Matysové (2012) v případě ukrajinských imigrantů žijících v České republice můžeme mluvit o strategii marginalizace. Dle Leontiyeva (2006) a Matysové (2012) mladší generace ukrajinských imigrantů neparticipuje na komunitních aktivitách a zároveň starší generace ukrajinských imigrantů necítí s nově přichozími krajany spojení.

Pro marginalizaci je definována strategie sociálního vyloučení (exkluze), kdy majoritní skupina na základě mocenské síly uzavře minoritní skupině přístup ke zdrojům, k pozicím, odměnám a možnostem (Maříková et al., 1996).

Měření akulturace může být prováděno na úrovni jedince i skupiny. Akulturační proměnné zahrnují psychologické a socio-demografické faktory. Nejčastěji jsou uváděny tyto aspekty akulturace: 1) Jazyk a jeho schopnost použití při myšlení, psaní, čtení; 2) Délka pobytu; 3) Imigrační status; 4) Místo narození jedince a jeho rodičů; 5) Etnická příslušnost současných a bývalých přátel; 6) Etnické složení obyvatelstva v předchozím místě trvalého bydliště a 7) Behaviorální preference například v hudbě, v oblékání, ve způsobu stravování, ve výběru knih, pořadů v televizi (Chakraborty a Chakraborty, 2010).

Je zřejmé, že akulturace je proces změn, které slouží k vzájemnému obohacení a pokroku jednotlivých skupin obyvatel. Nicméně akulturace může mít v oblasti zdravotních rizik jak pozitivní, tak negativní efekt. Existuje souvislost mezi adaptací kulturní menšiny k většinové kultuře a zdravím, výskytem nemocí a morbiditou (Chakraborty a Chakraborty, 2010). Například dle Marin et al. (1989) akulturační proces pozitivně ovlivnil životní styl hispánských mužů žijících v San Francisku (s vyšším stupněm akulturace se snižovalo kouření imigrantů). Naopak hispánské ženy žijící v San Francisku s vyšší akulturací více kouřily. Dle Vega et al. (1987) silnější akulturace mexických rodičů žijících v San Diegu v Kalifornii pozitivně korelovala s

vyšší konzumací tučných jídel a nedostatkem pohybu jejich dětí. Dle Johnson et al. (2010) se s vyšší akulturací u Hispánců žijících v Texasu zhoršovalo subjektivní vnímání zdraví. Studie Ruiz et al. (1992) prokázala souvislost mezi zapojením mexických žen žijících v Los Angeles v Kalifornii do lékařského screeningu a jazykovou akulturací (s vyšší znalostí anglického jazyka rostlo i zapojení respondentek do lékařského screeningu). Dle studie Alderete et al. (2000) akulturace zvyšovala pravděpodobnost výskytu chronických psychiatrických poruch u mexických imigrantek, pracujících na farmách v Kalifornii. Dle Hazuda et al. (1988) byla vyšší akulturace spojena s poklesem výskytu obezity a diabetu u mexických mužů i žen žijících v San Antoniu v Texasu. Naopak dle Kaplan et al. (2002) s délkou migrace rostla prevalence hypertenze u asijských imigrantů žijících v Kanadě.

1.10 Cizinci v České republice – základní vymezení

Dle ČSÚ (Cizinci podle typu pobytu..., 2011) pobývalo k 30. dubnu 2011 na území České republiky 422 225 cizinců (4,2 % populace), z toho mělo 192 028 trvalý pobyt (101 388 tvořili muži a 90 640 ženy) a 230 197 ostatní typy pobytů (z toho 142 072 muži a 88 125 ženy). Z hlediska věkové struktury dominují dle Aktualizované Koncepce integrace cizinců (2011) mezi cizinci ze třetích zemí dospělé osoby v produktivním věku 19 až 55 let, přičemž nezletilé osoby se na celkovém počtu cizinců ze třetích zemí podílejí 12,3 % (36 411 osob), převažují děti povinné školní docházky (více než 18 000 dětí) a děti v předškolním věku (přes 12 000 osob).

Ve vztahu ke sledovanému výzkumnému souboru představují Ukrajinci, Vietnamci a Mongolové národnosti, jež spadají právě do deseti nejčastějších národností pobývajících v regionech, kde byl realizován výzkum (tzn. Jihočeský kraj, kraj Vysočina a hlavní město Praha) (Cizinci podle typu pobytu..., 2011).

Dle Hnilicové a Dobiášové (2009) poskytují informace o zdraví imigrantů pouze neúplný obraz, přičemž z důvodu etnické a jazykové příbuznosti je největší pozornost věnována imigrantům ze států bývalého SSSR, především Ukrajincům.

1.10.1 Zdraví a zdravotní stav Ukrajinců

Dle ČSÚ (Cizinci podle typu pobytu..., 2011) bylo k 30. dubnu 2011 na území ČR 117 104 Ukrajinců, z toho 47 659 s trvalým pobytem (23 845 tvořili muži a 23 814 ženy) a 69 445 s ostatními typy pobytů (zde 42 533 muži a 26 912 ženy). Tyto poměry mezi pohlavím a typologií pobytu se blíží k základní charakteristice celkového počtu cizinců.

Při hledání informací o zdravotním stavu Ukrajinců, které by byly relevantní k výzkumu, se ukázalo, že nejbliže (svou metodologií, zadáním) je Komparativní studie čerpání zdravotní péče a stavu zdraví Ukrajinců a české populace (2003 – dále jen „Komparativní studie“) realizovaná Institutem zdravotní politiky a ekonomiky (dále zkr. IZPE) v roce 2003.

V rámci této studie bylo zjištěno, že mezi Ukrajinci a Čechy existují výrazné příjmové nerovnosti. Dále je z hlediska zdraví rizikovější životní styl členů ukrajinské komunity v ČR – více kouří a pijí. Ukrajinci v ČR jsou dle tohoto výzkumu vystaveni velké pracovní zátěži bez přiměřeného času na odpočinek a relaxaci – dále portál www.mighealth.net/cz (Informační síť o dobré praxi..., 2011).

Mezi hlavní zjištění Komparativní studie patří dle portálu www.mighealth.net/cz následující:

- *Životní úroveň a bytové podmínky:* Ukrajinci hodnotili svoji životní úroveň jako signifikantně horší. Byli významně nespokojenější s ubytováním;
- *Příjem a příjmové nerovnosti:* Ukrajinci dostávali za stejnou práci signifikantně nižší plat, častěji zastávali méně kvalifikovaná místa (60 % Ukrajinců pracuje jako nekvalifikovaní dělníci);
- *Volný čas:* Ukrajinci byli méně spokojeni nejenom s množstvím volného času, který mají k dispozici, ale také s tím, jak ho tráví; nejvíce nespokojenou byla skupina mladých ve věku 19–30 let;
- *Zdravotní pojištění:* 14 % respondentů nemělo zdravotní pojištění.
- *Pracovní neschopnost:* Ukrajinci byli méně často v pracovní neschopnosti; průměrná délka trvání pracovní neschopnosti byla u nich signifikantně kratší než u Čechů;

- *Bolesti různého druhu:* Ukrajinci udávali méně bolestí, v typu bolestí nebyl mezi Čechy a Ukrajinci rozdíl;
- *Pracovní zátěž:* Ukrajinci denně pracovali signifikantně více hodin a více dnů v týdnu, včetně pracovních víkendů. Polovina Ukrajinců udávala, že pracují 11–12 hodin denně. Téměř 7 % respondentů z celého vzorku nemělo ani jeden volný den v týdnu, tj. pracovali nepřetržitě 7 dnů v týdnu;
- *Pracovní úrazy:* Ukrajinci měli třikrát více pracovních úrazů než Češi. U Ukrajinců se nevyskytl ani jeden úraz při sportu, jak tomu bylo relativně často u jejich českých protějšků. Pokud Češi utrpěli pracovní úraz, signifikantně častěji byl tento fakt spojen s pracovní neschopností;
- *Pracovní neschopnost:* Ukrajinci byli méně často na pracovní neschopnosti, a pokud ano, tak u nich pracovní neschopnost trvala signifikantně kratší dobu (v průměru 7,5 dne; u Čechů 19,2 dne);
- *Subjektivní pocity a nálady:* Ukrajinci byli víc optimističtí a udávali pozitivnější celkovou náladu. Na druhou stranu však udávali častěji úzkost a strach z onemocnění, protože případnou nemoc spojovali se ztrátou zaměstnání a s nuceným návratem domů bez finančních prostředků;
- *Kouření:* mezi Ukrajinci bylo více současných kuřáků (36 % versus 26 %), kouří také více cigaret denně; mezi Čechy bylo více těch, kteří přestali kouřit.
- *Konzumace alkoholu:* Ukrajinci udávali vyšší konzumaci alkoholu a preferovali pití destilátů. Češi udávali preferenci pití piva a vína.

1.10.2 Zdraví a zdravotní stav Vietnamců

K 30. dubnu 2011 žilo dle ČSÚ (Cizinci podle typu pobytu..., 2011) na území ČR 58 015 Vietnamců, z nich 36 863 s trvalým pobytem (20 701 tvořili muži a 16 162 ženy) a 21 152 s ostatními typy pobytů (z nich 12 961 představovali muži a 8 191 ženy). Dle portálu mighealth.net/cz (Informační síť o dobré praxi..., 2011) byl v letech 1986–89 realizován výzkumný projekt týkající se zdravotního stavu a širších sociálně-ekonomických podmínek života Vietnamců a Kubánců v tehdejší Československu, realizovaný MUDr. Nesvadbovou a publikovaný v roce 1990. Sledovaný vzorek tvořilo celkem 3 000 imigrantů, obě země byly zastoupeny stejným počtem. Výsledkem

výzkumu bylo zjištění, že imigranti mají vyšší podíl parazitárních infekcí. Byl zjištěn vyšší výskyt psycho-sociálních poruch, které souvisely s životem v kulturně odlišném prostředí.

Problematikou náboženských a národnostních minorit žijících na území České republiky se dlouhodobě zabývá i Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. V letech 2005–07 bylo fakultou realizované výzkumné šetření pod názvem „Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu“ na vzorku 4 684 vietnamských a 1 426 čínských respondentů. Výzkumné šetření mapovalo přístup sledovaných minorit ke svému zdraví, specifika jejich životního stylu a názor imigrantů na kvalitu poskytovaných zdravotních služeb. Výsledkem této studie bylo zjištění, že příslušníci vietnamské a čínské minority o své zdraví pečují a jsou spokojeni s kvalitou ošetrovatelské a léčebné péče. Výsledky výzkumu potvrdily, že pobyt respondentů na území České republiky neovlivnil jejich stravovací návyky. Výzkumné šetření prokázalo, že se respondenti nevyhýbají konzumaci sladkých jídel a mléčných výrobků. Příčinou může být dobrá integrace těchto minorit do majoritní společnosti. Rizikovým faktorem zdravého životního stylu bylo vysoké procento kuřáků mezi příslušníky sledovaných minorit (Tóthová a kol., 2010).

1.10.3 Zdraví a zdravotní stav Mongolů

Dle ČSÚ (Cizinci podle typu pobytu..., 2011) pobývalo na území ČR 5 167 Mongolů, z nich mělo 2 310 trvalý pobyt (z toho 841 mužů a 1 469 žen) a 2 857 ostatní typy pobytů (zde 1 248 tvořili muži a 1 609 ženy). Je zřejmé, že z hlediska poměru pohlaví představují Mongolové odlišnou skupinu od Vietnamců a Ukrajinců – s tím souvisí i způsob migrace do ČR – tzn. je zde možné předpokládat řízenou migraci na základě poptávky firem po mongolských pracovnících. Také v Aktualizované Koncepci integrace cizinců (2011) je zmíněno, že se zastoupení žen ke konci roku 2009 u jednotlivých státních příslušností výrazně liší, přičemž naprosto nejvyšší zastoupení žen je u občanů Thajska (91,1 %), Mongolska (59,7 %), Běloruska (57,0 %), Kyrgyzstánu (56,3 %), Kazachstánu (53,9 %) a Ruska (53,6 %). Zastoupení žen

u Ukrajinců a Vietnamců odpovídá celkovému podílu – obecně ve skupině cizinců žijících v ČR (viz výše – Základní statistické údaje – Ukrajinci v ČR).

Dle výzkumného šetření, které proběhlo na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích pod názvem „Zajištění kulturně diferencované ošetrovatelské péče ve vybraných minoritách ČR“, mají mongolští imigranti pozitivní vztah ke zdraví. Vlastního zdraví si váží, přesto preventivní prohlídky u lékaře podceňují. Zároveň Mongolové uvádějí, že s dětmi chodí na preventivní prohlídky a nechávají je očkovat (Tóthová a kol., 2011b). Z výsledků šetření vyplynulo, že mongolští imigranti dodržují zdravý životní styl, pravidelně se stravují, z tekutin preferují čaj a ovocné šťávy. V potravě preferují maso a zeleninu. V oblasti mléčných výrobků dávají přednost mléku, smetaně, jogurtům nebo sýru (Tóthová a kol., 2011a).

1.11 Teoretická východiska sociální práce s imigranty

1.11.1 Antiopresivní přístupy

„Antiopresivní přístup je postup užívaný v sociální práci, jenž reaguje na systémové znevýhodnění určitých skupin, ať jsou jeho zdrojem rasové předsudky, předsudky týkající se pohlaví, společenského postavení, sexuální orientace, možnosti lidí s postižením, nebo jiné (Matoušek, 2003, s. 28)“. Antiopresivní přístupy se začaly prosazovat v moderní sociální práci koncem 80. a 90. let 20. století jako proaktivní antidiskriminující strategie, jejíž snahou bylo předcházet výbušným sociálním konfliktům. Příkladem bylo sociální napětí vyvolané velkým pohybem migrantů z Východní do Západní Evropy po roce 1989.

Thompson (1997)⁸ charakterizoval antiopresivní přístup „citlivostí na diskriminaci a opresi jako na základní charakteristiku životní situace, s níž se klienti potýkají (Navrátil, 2007, s. 238)“. Thompson chápe různé formy diskriminace jako je rasismus, sexismus, egocentrismus nebo znevýhodňování starých lidí (ageismus) jako spojité, vzájemně se ovlivňující jevy, které mají společnou dimenzi utlačování.

⁸ Citováno z NAVRÁTIL, P., 2007. Antiopresivní přístupy. In: MATOUŠEK, O., a kol. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, s. 238-244. ISBN 978-80-7367-331-4.

Charakteristickým rysem uplatnění antiopresivního přístupu je dle Thompсона uplatňování tří imperativů. Mezi tyto tři podmínky patří: spravedlnost (justice), rovnost (equality) a spoluúčast (participation); Navrátil, 2007.

Spravedlnost (justice) patří mezi základní hodnoty, podle kterých se řídí vyspělé evropské země. Podle této zásady má každý právo dostat to, co mu náleží. Státní instituce garantují, že ve svých právech nebude nikdo omezován nebo krácen. Navrátil (2007) upozorňuje na výsledky výzkumů, které dokazují, že v řadě zemí jsou etnické menšiny znevýhodňovány např. v trestní justici. Rovnost (social equality) je chápána jako „sociální ideál požadující pro lidi ve společnosti stejnou příležitost k nabývání sociálních a ekonomických statků a stejný přístup k moci a konzumu (Jandourek, 2007, s. 208)“.

V souvislosti s rovností šancí se mezi odborníky diskutuje o významu tzv. pozitivní diskriminace. Cílem pozitivní diskriminace je dočasným zvýhodněním jedinců diskriminované skupiny zvýšit jejich šance v rámci společenského uplatnění (Jandourek, 2007). Pozitivní diskriminaci ve formě proporčního zaměstnávání etnických menšin využívá například nizozemský integrační model (Lachmanová, 2007).

Spoluúčast (participace) klienta na sociální práci v širším slova smyslu představuje zapojení klienta do plánování, koordinace, rozhodování a vyhodnocení poskytnutých služeb. V užším slova smyslu jde o vzájemnou důvěru, efektivní komunikace, tedy o partnerský vztah mezi sociálním pracovníkem a klientem (Navrátil, 2007).

1.11.1.1 Typy antiopresivních přístupů

Musil a Navrátil (2007) uvádějí pět antiopresivních přístupů ke znevýhodněným skupinám osob. V rámci asimilačního přístupu sociální pracovník identifikuje kulturní deficity dané subkultury a navrženými intervencemi napomáhá asimilaci (začlenění) minoritní skupiny do majoritní populace. Základním prvkem akulturace (přebírání prvků majoritní populace minoritní skupinou) menšiny je znalost jazyka většinové populace. Stoupenci liberálního pluralismu kladou důraz na princip rovných šancí, zaručení práva všech na stejné zacházení a na rovný přístup při čerpání sociálních služeb. Kulturní pluralismus je pokládán za charakteristický rys vyspělých evropských zemí, které usilují o společenskou přijetí kulturní různorodosti, politického zohledňování

různých potřeb etnických menšin. „Strukturalismus vychází z předpokladu, že v kapitalistické společnosti mají jednotlivé skupiny (třídy, ale i etnické a další subkultury a sociální skupiny) odlišné postavení z hlediska moci a možností realizovat své zájmy, což vede k nadvládě jedněch a diskriminaci jiných skupin (Musil a Navrátil, 2007, s. 288)“. Strukturalisté se snaží identifikovat příčiny diskriminace znevýhodněných skupin a posilovat jejich schopnost ovlivnění společenských podmínek. V neposlední řadě menšinové přístupy zdůrazňují ochotu systému reagovat na specifické potřeby menšinových skupin.

1.11.2 Přístupy sociálního pracovníka k práci s menšinami

Přístup sociálního pracovníka k menšině představuje určité řešení dvou dilemat. První dilema se týká míry distance nebo naopak identifikace sociálního pracovníka s hodnotami, jednáním odlišné menšiny. Druhé dilema, které sociální pracovník volí, je způsob prosazení moci. Sociální pracovník může zvolit přístupy vycházející ze snahy o porozumění nebo opírající se o donucovací moc. Cílem intervencí je snaha většiny nebo menšiny zvýšit předvídatelnost jednání odlišné subkultury a snížení úrovně pocíťovaného rizika. Vždy jde o problém tolerance a moci. Na základě kombinace různých přístupů může sociální pracovník zvolit čtyři způsoby přístupu k menšině (viz Tabulka 1). Despotická manipulace (1/1) je přístup k menšině, který je založen na kombinaci distance od odlišné kultury a snahou o donucení jejich členů k žádoucímu jednání. Příkladem takového přístupu je rozhodnutí zastupitelstva města Ústí nad Labem v roce 1999 o stavbě zdi v Matiční ulici, s cílem oddělit Rómy od ostatního obyvatelstva. Přístup vůdce (4/1) je založen na ztotožnění se s potřebami menšiny a jejich prosazováním v majoritní společnosti.

Expert (1/4) je osoba, která kombinuje v přístupu k menšině odstup a porozumění. Snaží se o zachování profesionálního odstupu a neztotožněním se s hodnotami menšiny. Snahou experta je identifikovat příčinu problému v životě menšiny nebo v jejich vztazích s jinými skupinami a nalézt řešení tohoto problému.

Spojenec (4/4) se snaží s menšinou sblížit a zprostředkovat porozumění mezi subkulturou a většinovou populací. Snaží se o pochopení jednání, vlastností menšiny a jejich tolerance (Musil a Navrátil, 2007).

Tabulka 1 Kombinace různých přístupů sociálního pracovníka k menšině

↓ Míra ztotožnění (distance ↓ identifikace)

1/1 Distance a donucení Despotická manipulace	1/4 Distance a porozumění Expertiza
4/1 Identifikace a donucení Vůdcovství	4/4 Identifikace a porozumění Spojenectví

→ **Prosazení moci (donucení → porozumění)**

Zdroj: Musil a Navrátil, 2007, s. 268

1.11.3 Tradiční metody sociální práce

Sociální pracovník se cíleně zaměřuje na klienta, na rozvoj jeho individuálních schopností, dovedností a znalostí, působí na budování dobrých vztahů v rodině, mezi sousedy a v komunitě. Mezi tradiční metody sociální práce, které uvádí Dubois (2002) patří: Case Work, Group Work nebo Community Organization.

Metoda sociální práce „Case Work“ se stala dominantní v 60. letech 20. století. Tato metoda je založena na práci s jednotlivci s psychosociální, funkční nebo psychobehaviorální orientací, popřípadě na krizové intervence. Zatímco „Case Work“ klade důraz na změnu individuálních vlastností klienta, ostatní metody sociální práce jsou zaměřeny na změnu mezi jedincem a vnějším okolím. Metoda „Group Work“ byla využívána sociálními pracovníky již v roce 1930. Pracovní skupiny jsou samy o sobě katalyzátory (nositeli) změn. Malé skupiny jsou velmi důležité pro klienty, kteří postrádají stabilní sociální zázemí. Jde především o klienty s tělesným, psychickým handicapem, popřípadě klienty, kteří se cítí bezmocní nebo diskriminovaní. „Community Organization“ zahrnuje mnoho aktivit včetně formulace koncepce sociální politiky státu a sociálních reforem. Myšlenka kombinace těchto tradičních metod sociální práce do jednoho obecného modelu (The Integrated Generalist Model) se stala populární po roce 1951 (Dubois, 2002).

1.11.4 Vybrané obecné metody sociální práce s imigranty

1.11.4.1 Interkulturní komunikace

Metoda „interkulturní komunikace“ vyjadřuje do jaké míry sociální pracovníci respektují chování, způsob komunikace, kulturní vzorce a zvyky lidí pocházející

z různého kulturního prostředí (Dvořáková, 2005a). Jde nejenom o přenos informací, ale také o výměnu emocionálního obsahu. Teprve znalost tohoto obsahu umožňuje pochopení vlastního smyslu předávané informace. Komunikace s etnicky odlišnými skupinami klade velké nároky na dovednosti a znalosti pracovníka v pomáhajících profesích. Klíčovou dovedností sociálního pracovníka je schopnost empatie, vcítění se a porozumění prožitku klienta. Ve své publikaci Ivey et al. (2002) uvádějí, že je interkulturní komunikace založena na schopnosti pracovníka v pomáhajících profesích komunikovat s klientem nejen s ohledem na vlastní kulturu, ale také s ohledem na kulturu cizince. Sociální pracovníci by se měli aktivně zajímat o kulturně podmíněné rozdíly v chování, zvycích a tradicích jiných kultur. Měli by si být vědomi stereotypů a předsudků v myšlení majoritní populace, které mohou být překážkou rychlé integrace cizinců do společnosti. Zároveň by si měli uvědomovat také své vlastní „mentální naprogramování“ (Rothfus a Horská, 2008). Skalková (2007), koordinátorka projektů v oblasti interkulturního vzdělávání uvádí, že komunikační nedorozumění začínají u předsudků, které jsou přisuzovány příslušníkům určitých národnostních skupin. Dvořáková et al. (2005) uvádí, že je tato metoda základním pilířem pro vedení rozhovoru s klientem/cizincem. Předpokládá aktivní zájem sociálního pracovníka o kulturu klienta (praktickým příkladem může být ochota sociálního pracovníka naučit se pár slov v mateřském jazyce klienta)

1.11.4.2 Aktivní boj s diskriminací

Diskriminaci lze charakterizovat jako „postoje a způsoby chování, kterými jsou znevýhodňováni nebo ponižováni lidé na základě své příslušnosti k určité skupině. Odmítání práva na rovný přístup bez ohledu na osobní vlastnosti jedince pouze na základě jeho připsaných charakteristik: např. jeho rasy, pohlaví, věku, sociálního původu, příslušnosti k určitému regionu (Jandourek, 2007, s. 63)“. Aktivní boj s diskriminací má dvě úrovně. První úroveň je tvořena na národní, popřípadě regionální úrovni, druhá úroveň je dána individuální osobní odpovědností každého jedince (občana). Dle Dvořákové (2008) by měl sociální pracovník dokázat identifikovat znevýhodněné skupiny v regionu a proaktivně je vyhledávat. Sociální pracovník by měl znát státem stanovené programy určené ke snížení diskriminace, dokázat uplatnit

v praxi legislativně zakotvené postupy obrany jednotlivců i skupin před diskriminací a při interkulturním setkávání prezentovat pozitivní vzory z řad náboženských a etnických minorit.

1.11.5 Vybrané speciální metody sociální práce s imigranty

1.11.5.1 Individuální rozhovor

„Rozhovor je dorozumívání dvou nebo více osob, sdělování a sdílení pocitů, názorů, zkušeností nebo nadějí (Matoušek, 2003, s. 75)“. Umění rozhovoru má mnoho pravidel. Dle Matouška a kol. (2003) by měl sociální pracovník při vedení rozhovoru s klientem dodržovat správnou strukturu rozhovoru (úvodní, jadernou a závěrečnou fázi rozhovoru), měl by si osvojit dovednost aktivního naslouchání, dodržet autenticitu rozhovoru (pravdivost, věrohodnost a ryzost rozhovoru), měl by být schopen empatie (vcítění se do pocitů a myšlenek klienta), reflexe a především by měl cítit ničím nepodmíněný respekt a úctu ke svému klientovi. Mezi témata individuálního rozhovoru s imigranty patří: vzdělání, zaměstnání, bydlení, jazykové znalosti, sociální kontakty, praktické dovednosti, charakteristika osobní a rodinné situace, a to na třech časových úrovních (minulost, přítomnost, budoucnost).

Dle Loggera a Enruma (2006) jsou velmi často imigranti a jejich děti považováni za tzv. „*uprooted people*“. Jsou považováni za vykořeněné lidi, kteří jsou nuceni hledat nové pracovní, sociální, rodinné kořeny v hostitelské zemi. Rozšířený individuální rozhovor má pomoci klientovi vrátit se zpět k jeho kořenům, odkrýt jeho silné a slabé stránky a napomoci mu k rychlé integraci do majoritní společnosti. Mezi techniky rozšířeného individuálního rozhovoru patří podrobná autobiografie, analýza klientových schopností, dovedností a znalostí nebo vytvoření seznamu důležitých slov (Dvořáková, 2008).

1.11.5.2 Klient trpící Post-traumatickou stresovou poruchou (PTSD)

„Posttraumatická stresová porucha/PTSD je soubor příznaků, které jsou následkem vysoce stresujícího zážitku, jakým je například přírodní katastrofa, dopravní nehoda, únos vlastní nebo člena rodiny, přepadení nebo jiný násilný trestný čin, znásilnění, týrání, válečné konflikty (Matoušek, 2003, s. 156)“. Klient stresovou událost prožívá

stále znovu v představách a ve snech, trpí úzkostnými poruchami, je podrážděný, trpí pocity viny, ztrácí zájem o lidi i o práci, není schopen prožívat radost. Schiraldi (2000) uvádí, že posttraumatická reakce je normální reakce zcela normálních lidí na abnormální situaci. Sociální pracovník by měl znát příznaky a příčinu PTSD a v první fázi by měl postupovat v souladu s principy krizové intervence. V léčbě PTSD je kladen velký důraz na psychoterapii.

2. PŘEDMĚT, CÍLE PRÁCE, HYPOTÉZY

2.1 Předmět výzkumného šetření

Hlavní záměr výzkumu, jímž bylo „*zmapování vlivu sociálních determinant na zdraví imigrantů*“, vycházel z předpokladu vzájemné determinace zdravotního stavu imigrantů a jejich sociální situace. Předmětem výzkumného šetření bylo nalezení vztahu mezi vybranými charakteristikami zdravotního stavu objektu výzkumu a vybranými charakteristikami sociální situace, v níž se objekt (tedy vybraní imigranti) výzkumu nachází. Zvoleným paradigmatem, které umožňuje deskripci a analýzu míry souvislosti, bylo pozitivistické výzkumné paradigma, disponující kvantitativními výzkumnými metodami.

2.2 Dílčí cíle práce

V souladu s předmětem výzkumného šetření byly stanoveny tyto dílčí cíle.

1. Zhodnotit determinantu „výživu“ (*BMI, preference potravin, stravovací návyky*), „závislost“ (*konzumace alkoholu, kouření a užívání omamných látek*) a „práci“ (*vyhodnocení pracovního prostředí, kategorie zaměstnání a délky pracovní doby*) na vybrané aspekty zdraví.
2. Zmapovat zdravotní stav vybraných imigrantů pomocí zvolených ukazatelů zdravotního stavu (*subjektivní vnímání zdraví, přítomnost fyzické bolesti, výskyt pracovních úrazů, výskyt nemocí způsobené nebo zhoršené vlivem zaměstnání a vyhodnocení rizika morbidity dle BMI*).
3. Zhodnotit využití primární péče (*návštěvnost praktických lékařů, stomatologů, ambulantních specialistů*) a lůžkové péče imigranty.

2.3 Hypotézy

Statisticky významné souvislosti mezi vybranými jevy byly testovány na základě dílčích hypotéz dedukovaných z obecné hypotézy, jež vyplývá ze záměru a předmětu výzkumu. Tato obecná hypotéza tvrdí. „*Mezi vybranými charakteristikami zdravotního stavu imigrantů a jejich sociální situací existuje souvislost*“. Vztahy, které byly statisticky testovány, jsou vyjádřeny následujícími dílčími hypotézami.

- H1 S využitím kvalifikace imigrantů v zaměstnání v ČR roste i výše jejich výdělku.
- H2 Cílová skupina imigrantů je vystavena statisticky významně vyšším nepříznivým faktorům pracovního prostředí než česká (majoritní) populace.
- H3 Vietnamští respondenti hodnotí své pracovní zatížení vyšší než ostatní vybrané národnosti.
- H4 Výskyt nemocí způsobené vlivem zaměstnání je závislý na pracovních podmínkách.
- H5 Výskyt pracovních úrazů roste s nedodrčováním pravidel BOZP.
- H6 Výskyt pracovních úrazů klesá se zvyšující se znalostí českého jazyka.
- H7 Průměrné hodnoty BMI s věkem respondentů rostou.
- H8 Rizika morbidity dle BMI se mění v závislosti na národnosti respondentů.
- H9 Preference potravin imigranty se mění v závislosti na jejich národnosti.
- H10 Konzumace tabákových výrobků se mění v závislosti na národnosti imigrantů.
- H11 Muži (imigranti) kouří více než ženy (imigrantky).
- H12 Oslovení imigranti konzumují alkohol více než majoritní populace.
- H13 S vyšší znalostí českého jazyka roste kladné hodnocení zdravotní péče imigranty.
- H14 Subjektivní vnímání zdraví imigranty se mění v závislosti na národnosti respondentů.

Pro splnění předmětu výzkumu bylo nutné definovat a klasifikovat klíčové pojmy práce (viz kapitola 2.4 Operacionalizace pojmů a 3. Metodika).

2.4 Operacionalizace pojmů

V roce 1948 definovala WHO *zdraví* jako stav úplné duševní, psychické a sociální pohody (well-being), nejenom nepřítomnost nemoci nebo slabosti. Určitým omezením tohoto pojetí zdraví je nedostatečné určení pojmu „well-being“ a absence spirituální a etické dimenze zdraví (Kebza, 2005). Světové zdravotnické shromáždění ve své rezoluci z roku 1977 (Zdraví pro všechny do roku 2000) definovalo zdraví jako schopnost vést sociálně a ekonomicky produktivní život. Zdraví je chápáno jako prostředek k dosahování harmonického rozvoje lidského bytí (Global Strategy for Health for All by the Year 2000, 1981). Dle Zdraví 21 (2001) je zdraví pojímáno jako snížení úmrtnosti, nemocnosti a postižení v důsledku zjizvitelných nemocí a nárůst

pociťované úrovně zdraví na nejvyšší možný stupeň – tzv. zdravotní potenciál (Zdraví 21 – zdraví pro všechny do 21. století, 2001).

V rámci této disertační práce bylo zdraví respondentů vyhodnoceno prostřednictvím těchto ukazatelů: 1) subjektivní vnímání zdrav (vychází z vnitřního, holistického vysoce individuálního hodnocení vlastního zdraví jedincem), 2) přítomnost fyzické bolesti, 3) výskyt pracovních úrazů, 4) výskyt dlouhodobých nemocí nebo zdravotních potíží trvající déle než 6 měsíců, 5) výskyt nemocí či zdravotních potíží způsobených nebo zhoršených vlivem zaměstnání a 6) vyhodnocení rizika morbidit dle BMI.

„*Bolest*“ je typickým příznakem nemoci a dělíme ji na akutní nebo chronickou, nádorovou či nenádorovou, popřípadě na somatickou a viscerální (Vokurka, Hugo a kol., 2004). Pro účel výzkumu byli respondenti dotazováni, zda trpí fyzickou bolestí.

Dle Křivohlavého (2002), Kebzy (2005) je „*nemoc*“, která je založena na objektivním vyhodnocení a stanovení diagnózy nebo na subjektivním pocitu nemoci. V rámci výzkumu byla respondentům kladena otázka, zda prodělali nějakou dlouhodobou nemoc (objektivní vyhodnocení nemoci) nebo zdravotní potíží (subjektivní pocit nemoci) trvající déle než 6 měsíců.

„*Infekčním onemocněním*“ se rozumí příznakové i bezpříznakové onemocnění vyvolané původcem infekce nebo jeho toxinem, které vzniká v důsledku přenosu tohoto původce nebo jeho toxinu z nakažené fyzické osoby, zvířete nebo neživého substrátu na vnímavou fyzickou osobu (Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, v platném znění).

V rámci výzkumu byli respondenti dotazováni, zda prodělali infekční onemocnění se zaměřením na TBC, sexuálně přenosná onemocnění včetně HIV positivity a onemocnění AIDS.

Onemocnění AIDS (syndrom získané imunodeficience) je onemocnění způsobené retrovirem HIV, který napadá buňky nezbytné ke správné imunitní odpovědi (bílé krvinky) i buňky nervové soustavy (Vokurka, Hugo a kol., 2004).

Tuberkulóza (TBC) je závažné infekční oddělení, jehož vyvolavatelem je nejčastěji bakterie komplexu *Mycobacterium tuberculosis*. TBC může postihovat řadu orgánů -

plíce, ledviny a močové orgány, střevo, mízní uzliny, kůži, kosti, klouby (Vokurka, Hugo a kol., 2004, s. 894).

Rizikový faktor je proměnná, která statisticky významně zvyšuje pravděpodobnost manifestace dané choroby, aniž by musela být její příčinou (Zaret, Moser, 1992)

Hmotnostní index (BMI) je vyjádřen poměrem tělesné výšky a hmotnosti. Z klinického hlediska využití klasifikace hmotnosti dle BMI spočívá k identifikaci osob se zvýšenými zdravotními riziky (WHO expert consultation, 2004).

Pro identifikaci druhů *práce* vykonávané imigranty byla využita třídící klasifikace zaměstnání (KZAM) dle ČSÚ. Kategorizace zaměstnání je členěna do deseti hlavních tříd: 1) Zákonodárci, vedoucí a řídicí pracovníci, 2) Vědečtí a odborní duševní pracovníci, 3) Techničtí, zdravotničtí a pedagogičtí pracovníci, 4) Nižší administrativní pracovníci (úředníci), 5) Provozní pracovníci ve službách a v obchodě, 6) Kvalifikovaní dělníci v zemědělství a lesnictví, 7) Řemeslníci a kvalifikovaní výrobci, zpracovatelé a opraváři, 8) Obsluha strojů a zařízení, 9) Pomocní a nekvalifikovaní pracovníci a 0) Příslušníci armády (Přehled a charakteristika hlavních tříd klasifikace KZAM, 2012).

Následně byly kategorie zaměstnání rekatégorizovány do třech skupin: 1. čistě intelektuální zaměstnání (řídicí, vědečtí a nižší administrativní pracovníci), 2. kombinace intelektuální a manuální práce (techničtí, zdravotničtí a pedagogičtí pracovníci a provozní pracovníci ve službách a obchodě), 3. Manuální typ práce (kvalifikovaní dělníci v zemědělství a lesnictví, řemeslníci, obsluha strojů a zařízení a pomocní dělníci).

„Pracovním prostředím se rozumějí fyzikální, chemické, biologické, sociální a kulturní činitele, působící na osoby v pracovním prostředí (Komárek, Provazník et al., 2004, s. 268)“. Rizikový faktor pracovního prostředí je nežádoucí faktor, jehož působení má za následek onemocnění nebo snížení pracovní schopnosti (Komárek, Provazník et al., 2004).

V rámci výzkumu byly stanoveny otázky týkající se rizikových faktorů na pracovišti takto: „*Jak moc jste na vašem pracovišti vystaven(a) následujícím okolnostem?*“

Výzkum byl zaměřen na tyto rizikové faktory pracovního prostředí: „*fyzikální*“ (prach, hluk, vibrace), „*chemické*“ (chemikálie) a „*ergonomické*“ (práce v nepřírozané poloze, přenášení těžkých břemen, nadměrné pracovní přetížení) (Provazník, Komárek et al, 2004). Zároveň byli respondenti dotazováni, zda se na pracovišti setkali s diskriminací, sexuálním obtěžováním nebo násilím. „Diskriminace je omezení nebo odmítnutí práv určité skupiny obyvatel z důvodu pohlaví, rasy, náboženství nebo národnosti (Maříková a kol., 1996, s. 2013)“.

„*Pracovním úrazem*“ se rozumí poškození zdraví pracovníka, které bylo způsobeno krátkodobým, a náhlým působením vnějších vlivů při plnění pracovních úkolů nebo v přímé souvislosti s ním (Provazník, Komárek et al., 2004).

„Nemoci z povolání jsou nemoci, které vznikají nepříznivým působením chemických, fyzikálních, biologických nebo jiných škodlivých vlivů a za okolností, které jsou definovány českou legislativou (Provazník, Komárek et al., 2004)“.

Pro účel výzkumu byli respondenti dotazováni, zda prodělali v posledních 12 měsících nemoc nebo zdravotní problém, který dle jejich mínění byl způsobem nebo zhoršen zaměstnáním.

3. METODIKA

Zvolená metodika výzkumného šetření byla podmíněna nejen *cílem* výzkumu, jímž je „*nalezení vztahů mezi zdravotním stavem a sociální situací imigrantů*“, ale též charakterem *objektu a předmětu* výzkumu.

Metoda výzkumu vycházela z konceptu deseti sociálních determinant zdraví, který publikoval Wilkinson a Marmot (2003). Kvantitativní metoda zkoumání objektu výzkumu byla realizována pomocí dotazování. Pro potřeby výzkumu a sběru dat byly vytvořeny nestandardizované dotazníky (příloha 1 a 2). První dotazník mapoval oblast zdravotního stavu, výživy a závislosti respondentů na alkoholu, tabáku a jiných návykových látkách. Druhý dotazník byl zaměřen na čerpání zdravotní péče a oblast práce. Po srovnání výsledků výzkumu s českou populací byla využita studie Evropského výběrového šetření o zdraví v České republice EHIS, 2008 publikovaná v roce 2011, která na vzorku 1044 respondentů sledovala stejné charakteristiky pracovního prostředí a využití zdravotní péče. Dotazníky byly přeloženy do čtyř jazyků (vietnamštiny, mongolštiny, ukrajinštiny a ruštiny) pro potřeby cílových skupin.

Kvantitativní výzkumné šetření probíhalo mezi lednem 2010 až prosincem 2012. Samotný sběr dat probíhal ve dvou fázích – podzim roku 2010 a zima roku 2011. V *první etapě výzkumného šetření* byl zkoumán vliv dvou sociálních determinant zdraví (výživy a závislosti) na zdravotní stav respondentů. *Druhá fáze výzkumu* byla zacílena na pracovní podmínky a využití zdravotní péče respondenty. Důvodem sběru dat ve dvou časových etapách bylo nabytí účinnosti novely zákona č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců v České republice, v platném znění. Tato novela, která nabyla účinnost k 1. 1. 2011, mimo jiné přinesla změny v oblasti 1) zdravotního pojištění a 2) zaměstnávání cizinců pobývajících na území České republiky.

Výzkumné šetření bylo realizováno za částečné finanční podpory Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR v rámci projektu COST (Cooperation on Scientific and Technical Research) s názvem „Zdravotně sociální situace imigrantů a azylantů v České republice“, který byl přijat k řešení v roce 2010 a končil v květnu 2011.

3.1 Vyhodnocení výživy

Zhodnocení stavu výživy probíhalo třemi způsoby:

1. Sběr a vyhodnocení antropometrických hodnot

Sledovanými parametry byly: Body Mass Index (BMI). Následně bylo vyhodnoceno riziko morbidity respondentů (tabulka 2).

2. Náběry kapilární krve, zhodnocení biochemických údajů a krevního tlaku (tabulka 3) u respondentů, kteří s tím souhlasili. Kapilární krev byla odebrána z bříška prstů na ruku pomocí přístroje OneTouch Ultra a Accutrend GC. Zjištěné výsledky byly respondentům okamžitě sděleny, ti je tak mohli využít v prevenci kardiovaskulárních onemocnění. Odběry kapilární krve u vybraných imigrantů probíhaly tedy i jako součást primární prevence. Jednalo se o zcela anonymní šetření a získané údaje byly zaznamenány pouze číselným kódem. Tím byla znemožněna identifikace respondenta/ky. Tito respondenti podepisovali informovaný souhlas (příloha 3).

3. Preference potravinových skupin ve vazbě na národnost respondentů

Vyhodnocení každodenní skladby stravy respondentů probíhalo pomocí nutričního softwaru „NUTRIFIA“, 2006. Autorem tohoto programu je doc. MUDr. Jindřich Fiala, CSc., z Ústavu preventivního lékařství, Lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně. Dle potravinové pyramidy bylo vyhodnoceno zastoupení šesti hlavních potravinových skupin v jídelníčku respondentů. Výživová anamnéza obsahovala údaje o stravovacích návycích a preferencích jídel nebo dietních omezeních respondentů.

Tabulka 2 Klasifikace nadváhy a obezity podle BMI v souvislosti s rizikem některých onemocnění

<i>Kategorie</i>	<i>BMI (kg/m²)</i>	<i>Riziko vzniku nemocí</i>
Podváha	<18,5	Nízké (ale ↑ riziko jiných klin. problémů)
Norma	18,5–24,9	Průměrné
Nadváha	25,0–29,9	Lehce zvýšené
Obezita 1. Stupně	30,0–34,9	Zvýšené
Obezita 2. Stupně	35,0–39,9	Vysoké
Obezita 3. Stupně	>40,0	Velmi vysoké

Zdroj: Provazník, Komárek, et al., 2004, s. 101

Asijské populace mají jiné poměry mezi BMI a procentem tělesného tuku – tzn. jinou hranici zdravotních rizik než evropské. Riziko kardiovaskulárních onemocnění se u asijských populací vyskytuje již u nižšího BMI (méně než pro nadváhu – 25 kg/m²) ve srovnání s evropskými zeměmi. Pro populaci jihovýchodní Asie se zdravotní rizika pohybují mezi 22 kg/m² do 25 kg/m² a vysoké riziko morbidit od 26-31 kg/m². Dle WHO je klasifikace hmotnosti dle BMI zachována jako mezinárodní, nicméně státy mají mít vlastní hranici pro vznik rizik spojených s nadváhou a obezitou (WHO expert consultation, 2004). Z tohoto důvodu bylo riziko morbidit u vietnamských respondentů vyhodnoceno dle hraničních hodnot BMI doporučených pro populaci jihovýchodní Asie.

Tabulka 3 Vyhodnocení systolického a diastolického krevního tlaku

<i>Vyhodnocení systolického TK</i>		<i>Vyhodnocení diastolického TK</i>	
Kategorie	Hodnota (mmHg)	Kategorie	(Hodnota mmHg)
Hypotenze	<100 mmHg	Hypotenze	<60 mmHg
Optimální tlak	≥100 až <120 mmHg	Optimální tlak	≥60 až <80 mmHg
Normotenze	≥120 až <130 mmHg	Normotenze	≥80 až <85 mmHg
Zvýšený TK	≥130 až <140 mmHg	Zvýšený TK	≥85 až <90 mmHg
Hypertenze	≥140 mmHg	Hypertenze	≥90 mmHg

Zdroj: Fiala, 2006, Nutriční software „NUTRIFIA“

3.2 Vyhodnocení spotřeby tabákových výrobků (kuřáctví)

Aktivní kuřáctví – respondenti mohli na otázku, zda kouří zvolit odpovědi – ne, příležitostně (méně než 1 cigaretu denně), pravidelně – zde měli uvést, kolik cigaret denně vykouří. Pravidelní kuřáci byli následně dle počtu cigaret rozděleni do 3 kategorií na slabé (1-9 cigaret denně), středně silné (10–19 cigaret denně) a silné kuřáky (20 a více cigaret denně). Rozdělení kuřáků do kategorií probíhalo pomocí nutričního softwaru „NUTRIFIA“.

Pasivní kuřáctví – respondenti odpovídali na otázku, zda pobývají často v prostředí, kde je cigaretový kouř (mezi možné odpovědi patřilo: ne, vůbec; jen velmi zřídka; často). Subjektivnost hodnocení v rámci této otázky (a možností odpovědí) je zřejmá (rozdílnost vnímání pojmů „zřídka“ a „často“ zachycuje subjektivní prožitek), výsledek však nelze kvantifikovat, je tedy v tomto kontextu pouze informativní.

3.3 Vyhodnocení konzumace alkoholu

V dotazníkovém šetření byli respondenti dotazováni na týdenní spotřebu jednotlivých lihovin (piva, vína, destilátů). Následně byly udané hodnoty převedeny na jednotky alkoholu. Přičemž jednotka alkoholu se rovná množství obsahující přibližně 10 g čistého lihu. Například 100 ml vína představuje 1 jednotku alkoholu, 0,5 l piva 12° obsahuje 2 jednotky, 0,5 l piva 10° představuje 1,5 jednotky nebo 25 ml tvrdého alkoholu představuje 1 jednotku alkoholu.

Dle spotřeby alkoholu byli respondenti zařazeni do čtyř kategorií: mírná konzumace alkoholu (0-10 jednotek alkoholu/týden), vyšší konzumace alkoholu (11-20 jednotek alkoholu/týden), vysoká konzumace alkoholu (21–35 jednotek alkoholu) a velmi vysoká konzumace alkoholu (36 jednotek alkoholu týdně a více).

Vyhodnocení konzumace alkoholu probíhalo pomocí nutričního softwaru „NUTRIFIA“.

3.4 Charakteristika výzkumného souboru

Dle Koncepce integrace (2006) se imigrantem rozumí „dlouhodobě legálně usazený cizinec, který žije na území České republiky legálně nejméně po dobu jednoho roku. To znamená, že jde o cizince, který pobývá na území ČR na základě udělení dlouhodobého víza nebo povolení k dlouhodobému pobytu, popřípadě trvalého pobytu. Tento způsob vymezení termínu „imigrant“ vylučuje ty cizince, kteří přijíždějí do ČR na turistická víza.

Výběr respondentů probíhal formou záměrného výběru, při němž rozhodnutí o zahrnutí respondentů do výzkumu nebylo provedeno pomocí pravděpodobnostního mechanismu, ale bylo vedeno záměrem výzkumného šetření. Většina oslovených respondentů byla uživateli služeb vybraných neziskových organizací. V Praze a v Českých Budějovicích realizovaly výzkumné šetření kontaktní osoby ze Střediska migrace Arcidiecézní charity, v Jihlavě bylo osloveno Centrum multikulturního vzdělávání.

Pro výběr respondentů byla použita následující kritéria:

- respondenti byli ve věku 18-65 let

- respondenti pobývali v České republice legálně, déle než 1 rok
- respondenti pobývali ve vybraných lokalitách: hlavní město Praha, Jihočeský kraj a Kraj Vysočina
- respondenti jsou občany Ukrajiny, Vietnamu a Mongolska

Základní soubor respondentů byl tvořen imigranty, kteří pobývali na území ČR v letech 2010 a 2011. Dle ČSÚ pobývalo k 31. prosinci 2009 na území ČR 432 503 cizinců (4,3 % populace). Z tohoto počtu bylo 131 932 cizinců z Ukrajiny, 61 115 z Vietnamu a 5 745 z Mongolska. K 31. prosinci 2010 pobývalo v České republice 422 225 cizinců (4,2 % populace). Z tohoto počtu bylo 124 281 cizinců z Ukrajiny, 60 289 z Vietnamu a 5 578 z Mongolska (Cizinci ..., 2010, 2011).

Celkový počet imigrantů žijících ve zvolených regionech ve sledovaném období zobrazuje Tabulka 4.

Tabulka 4 Celkový počet imigrantů pobývajících ve vybraných krajích

Region	Celkový počet imigrantů pobývajících ve zvolené lokalitě k 31. 12. 2009			Celkový počet imigrantů pobývajících ve zvolené lokalitě k 31. 12. 2010		
	Ukrajina	Vietnam	Mongolsko	Ukrajina	Vietnam	Mongolsko
Praha	50 318	10 699	851	49 180	10 706	759
Jihočeský	4 575	2 483	129	4 488	2 594	133
Vysočina	3 092	1 289	621	2 683	1 259	558

Zdroj: Cizinci, 2010, 2011

Oslovení respondentů **výzkumného souboru** probíhalo ve dvou etapách. V první části šetření bylo osloveno **246 respondentů** v regionu: Jihočeský kraj, hlavní město Praha a kraj Vysočina. V druhé etapě výzkumu bylo kontaktováno **236 respondentů** ve dvou regionech (Jihočeský kraj a hlavní město Praha). Podrobnou charakteristiku výzkumných souborů naleznete v kapitole Výsledky tabulka 5 až 9 a 55 - 56.

Protože v obou etapách šetření byl respondentům předkládán dotazník, který se zaměřoval na jiné oblasti výzkumných otázek (viz kapitola Metodika), nebylo nutné podmínit účast respondentů v druhé výzkumné etapě jejich neúčastí v první etapě.

3.5 Způsob statistického zpracování dat

Získaná data byla testována v programu SPSS verze 16.0. Pro testování závislosti kategoriálních proměnných byl zvolen Personův chí kvadrát, u proměnných 2×2 byl

použit i Fischerův přesný test. Ve všech prezentovaných tabulkách byla dodržena podmínka, kdy žádná buňka neměla očekávanou četnost menší než 1 a ne více než 20 % buněk mělo očekávanou četnost menší než 5.

Analýza adjustovaných reziduí (zobrazená pomocí skriptu Znaménkové schéma) umožnila sledovat signifikantní vztahy v kontingenčních tabulkách. Skript porovnává adjustovaná residua na 95%, 99% a 99,9% hladině spolehlivosti. V každé buňce je znaménko rezidua uvedeno tolikrát, kolik z uvedených mezí bylo překročeno. Pro hladinu významnosti $\alpha = 0,05$ je určeno znaménko +/-, pro hladinu významnosti $\alpha = 0,01$ znaménko ++/– – a pro hladinu významnosti $\alpha = 0,001$ znaménko +++/– – –.

Síla asociace mezi zvolenými proměnnými byla také zobrazena pomocí vícerozměrné korespondenční analýzy.

Shluková analýza realizovaná pomocí tzv. Rozhodovacích stromů (CHAID, Chi-squared Automatic Interaction Detection) zobrazila v každém kroku rozkladu (uzlu) nezávislou proměnnou (prediktor), která má nejsilnější vztah k závislé proměnné.

U zjištěných parametrů z vyšetření krve vybraných respondentů (hladina cholesterolu, kapilární glykémie) byl proveden Shapirův-Wilkův test normality a následně voleny vhodné neparametrické testy (Mannův-Whitneyův test, Kruskalův-Wallisův test).

Spearmanův koeficient korelace, který je vhodný pro neparametrické testování závislostí dvou číselných proměnných, a chí-kvadrát v Kruskal-Wallisově testu pro nalezení vztahu kategoriální a číselné proměnné.

K porovnání průměrné spotřeby alkoholu s českými referenčními hodnotami“ byl zvolen jednovýběrový t test.

U všech testů byla hranice pro zamítnutí nulové hypotézy stanovena jako hladina významnosti 5 % ($\alpha = 0,05$).

3.6 Metodologické a konceptuální omezení výzkumného záměru

Metodologickým omezením je nereprezentativnost vzorku a nestratifikace výzkumného souboru, přesto výsledky potvrzují některé významné skutečnosti (publikované v mnoha zahraničních zdrojích), které by bylo vhodné dále ověřit na reprezentativním vzorku.

4. VÝSLEDKY

V kapitole 4.1 až 4.5. jsou uvedeny výsledky z první etapy výzkumného šetření, která byla zaměřena na vyhodnocení sociální determinanty zdraví Výživa a Závislost a nalezení vztahů mezi ukazateli sociální situace a zdravotním stavem respondentů. V této etapě výzkumného šetření bylo osloveno 246 respondentů.

V kapitole 4.6 až 4.8 jsou předkládána data z druhé etapy výzkumného šetření, ve která byla zaměřena na vyhodnocení sociální determinanty Práce a využití zdravotní péče respondenty. V této fázi šetření bylo kontaktováno 236 respondentů.

Pro testování závislosti kategoriálních proměnných byl zvolen Personův chí kvadrát a Fischerův přesný test. Ve všech prezentovaných tabulkách byla dodržena podmínka, kdy žádná buňka neměla očekávanou četnost menší než 1 a ne více než 20 % buněk mělo očekávanou četnost menší než 5.

Signifikantní vztahy v kontingenčních znaménkách byly zobrazeny pomocí znaménkových schémat. Síla vztahu na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ je vyjádřena znaménkem +/-, na hladině významnosti $\alpha = 0,01$ znaménkem ++/- - a na hladině významnosti $\alpha = 0,001$ znaménkem +++/- - -.

4.1 Identifikační údaje – výzkumný soubor 1 (n = 246)

Tabulka 5 Přehled základních charakteristik respondentů podle země původu a pobytu

	Četnost	Procenta	Validní procenta
Národnost			
Vietnamská	68	27,7	27,7
Ukrajinská	94	38,2	38,2
Mongolská	84	34,1	34,1
Celkem	246	100,0	100,0
Typ pobytu			
Dlouhodobý	107	43,5	49,5
Vízum nad 90 dnů	29	11,8	13,5
Trvalý	80	32,5	37,0
Celkem	216	87,8	100,0
Vyřazeno	30	12,2	
Celkem	246	100,0	
Délka pobytu			
1-4 roky včetně	100	40,7	47,8
5-10 let	64	26,0	30,7
11 a více let	45	18,3	21,5
Celkem	209	85,0	100,0
Vyřazeno	37	15,0	
Celkem	246	100,0	
Důvod pobytu			
Studium a praxe	11	4,5	4,6
Podnikání na ŽL	29	11,8	12,0
Zaměstnání	170	69,1	70,5
Sloučení rodiny	31	12,6	12,9
Celkem	241	98,0	100,0
Vyřazeno	5	2,0	
Celkem	246	100,0	
Kraj – místo pobytu respondentů			
hlavní město Praha	65	26,5	26,5
Kraj Vysočina	59	24,0	24,0
Jihočeský kraj	122	49,5	49,5
Celkem	246	100,0	100,0

Z celkového počtu 246 respondentů (100 %) pocházelo 68 respondentů z Vietnamu (27,7 %), 94 respondentů z Ukrajiny (38,2 %) a 84 z Mongolska (34,1 %). 122 respondentů (49,5 %) žila v Jihočeském kraji, 65 respondentů (26,5 %) má místo pobytu v hlavním městě Praha a 59 (24 %) v Kraji Vysočina.

Z celkového počtu 216 validních odpovědí (100 %) mělo 29 respondentů vízum nad 90 dnů (13,5 %), 107 respondentů povolení k dlouhodobému pobytu (49,5 %) a 80 respondentů trvalý pobyt (37,0 %).

Z celkového počtu 209 validních odpovědí (100 %) pobývalo 100 respondentů v České republice 1-4 roky (47,8 %), 5-10 let 64 respondentů (30,7 %) a 11 a více let 45 respondentů (21,5 %).

Tabulka 6 Přehled základních charakteristik sociodemografické struktury respondentů

	Četnost	Procenta	Validní procenta
Pohlaví			
Ženy	148	60,2	60,2
Muži	98	39,8	39,8
Celkem	246	100,0	100,0
Generační rozložení			
Mladá generace (18-29 let)	77	31,4	32,1
Střední generace (30-50 let)	146	59,3	60,8
Starší generace (51+)	17	6,9	7,1
Celkem	240	97,6	100,0
Vyřazeno	6	2,4	
Celkem	246	100,0	
Nejvyšší dosažené vzdělání			
Základní nebo odborné bez maturity	123	50,0	52,3
Středoškolské	54	22,0	23,0
Vysokoškolské	58	23,5	24,7
Celkem	235	95,5	100,0
Vyřazeno	11	4,5	
Celkem	246	100,0	
Rodinný stav			
Vdaná, ženatý	116	47,2	47,7
Vdaná/ženatý (manžel/manželka zůstal v zemi původu)	26	10,6	10,7
Nesezdané soužití	10	4,1	4,1
Rozvedený/á	19	7,7	7,8
Svobodný/á	67	27,2	27,6
Vdovec/vdova	5	2,0	2,1
Celkem	243	98,8	100,0
Vyřazeno	3	1,2	
Celkem	246	100,0	

Z celkového počtu 246 respondentů (100 %) bylo 148 žen (60,2 %) a 98 mužů (39,8 %).

Generační rozložení je následující – z celkového počtu 240 validních odpovědí bylo 146 respondentů střední generace, tedy ve věkové hranici od 30 do 50 let (60,8 %), dále 77 respondentů (32,1 %) mladé generace (18-29 let) a 17 respondentů od 51 let výše (7,1 %). Z celkového počtu 235 validních odpovědí má 123 respondentů základní nebo odborné vzdělání bez maturity (52,3 %), 54 respondentů má ukončeno středoškolské vzdělání (23,0 %) a 58 respondentů má vysokoškolské vzdělání (24,7 %).

Tabulka 7 Národnost versus typ pobytu (kontingenční tabulka)

Národnost		Typ pobytu			
		Dlouhodobý	Vízum nad 90 dnů	Trvalý	Celkem
Četnosti	Vietnamská	16	4	33	53
	Ukrajinská	38	18	27	83
	Mongolská	53	7	20	80
	Celkem	107	29	80	216
Řádková procenta	Vietnamská	30,2%	7,5%	62,3%	100,0%
	Ukrajinská	45,8%	21,7%	32,5%	100,0%
	Mongolská	66,2%	8,8%	25,0%	100,0%
	Celkem	49,5%	13,5%	37,0%	100,0%
Znaménkové schéma	Vietnamská	--	0	+++	
	Ukrajinská	0	++	0	
	Mongolská	+++	0	--	

Znaménkové schéma odhaluje statisticky významné rozdíly v odpovědích respondentů uvnitř kontingenční tabulky. Vietnamští respondenti užívají na území ČR statisticky významně častěji trvalý pobyt (62,3 %) než ostatní respondenti (Ukrajinci – 32,5 % a Mongolové – 25,0 %). Naopak oslovení Mongolové získávají významně častěji dlouhodobý pobyt (66,2 %) než ukrajinští (45,8 %) a vietnamští respondenti (30,2 %). Ukrajinští respondenti užívají významně více vízum nad 90 dnů. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 28,330$, $df = 4$, $p < 0,001$).

Tabulka 8 Národnost versus délka pobytu (kontingenční tabulka)

Národnost		Délka pobytu			
		1-4 roky včetně	5-10 let	11 a více let	Celkem
Četnosti	Vietnamská	26	11	20	57
	Ukrajinská	34	29	20	83
	Mongolská	40	24	5	69
	Celkem	100	64	45	209
Řádková procenta	Vietnamská	45,6%	19,3%	35,1%	100,0%
	Ukrajinská	41,0%	34,9%	24,1%	100,0%
	Mongolská	58,0%	34,8%	7,2%	100,0%
	Celkem	47,8%	30,7%	21,5%	100,0%
Znaménkové schéma	Vietnamská	0	–	++	
	Ukrajinská	0	0	0	
	Mongolská	+	0	---	

Znaménkové schéma dokládá, že mongolští respondenti statisticky významně častěji pobývají na území České republiky kratší dobu (1-4 roky včetně, 58,0 %) než ukrajinští (41,0 %) a vietnamští (45,6 %) respondenti. Naopak vietnamští respondenti pobývají na území České republiky statisticky významně častěji déle než 11 let (35,1 %) ve srovnání s ukrajinskými (24,1 %) a mongolskými respondenty (7,2 %). Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 17,300$, $df = 4$, $p = 0,002$).

Tabulka 9 Národnost versus důvod pobytu (kontingenční tabulka)

Národnost		Důvod pobytu				Celkem
		Studium a praxe	Podnikání na ŽL	Zaměstnání	Sloučení rodiny	
Četnosti	Vietnamská	5	24	26	12	67
	Ukrajinská	2	5	72	12	91
	Mongolská	4	0	72	7	83
	Celkem	11	29	170	31	241
Řádková procenta	Vietnamská	7,5%	35,8%	38,8%	17,9%	100,0%
	Ukrajinská	2,2%	5,5%	79,1%	13,2%	100,0%
	Mongolská	4,8%	0,0%	86,7%	8,5%	100,0%
	Celkem	4,6%	12,0%	70,5%	12,9%	100,0%
Znaménkové schéma	Vietnamská	0	+++	---	0	
	Ukrajinská	0	-	+	0	
	Mongolská	0	---	+++	0	

Ze znaménkového schématu je zřejmé, že vietnamští respondenti statisticky významně častěji v České republice podnikají na živnostenský list (35,8 %) než mongolští (0 %) a ukrajinští respondenti (5,5 %). Naopak ukrajinští (79,1 %) a mongolští respondenti (86,7 %) užívají významně častěji status zaměstnance než vietnamští imigranti (38,8 %). Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 63,295$, $df = 6$, $p < 0,001$).

4.2 Vyhodnocení vlivu výživy na zdravotní stav respondentů (VS 1)

Tabulka 10 Závislost vybraných charakteristik stravování respondentů na národnosti

	Dosažená hladina významnosti (Pearsonův chí kvadrát test)
	Národnost
Pravidelnost stravování*	0,000
Stravování dle zásad správné výživy*	0,407
Preference sladkých jídel*	0,000
Vyváženost stravy	0,007
Preference při nákupu potravin	0,005
Porucha trávení	0,842
Dodržování diety	0,922
Alergie na potraviny	0,498

Národnostně podmíněné rozdíly ve sledovaných charakteristikách byly potvrzeny ve všech sledovaných oblastech kromě stravování podle zásad správné výživy, poruch trávení, dodržování diety a potravinových alergií.

V proměnných označených * byly odpovědi rekatégorizovány z pěti na tři kategorie – 1) ano a spíše ano, 2) těžko rozhodnout, 3) spíše ne a ne.

Tabulka 11 Pravidelnost ve stravování versus národnost (kontingenční tabulka)

Národnost		Pravidelné stravování			Celkem
		Ano, spíše ano	Těžko rozhodnout	Spíše ne, ne	
Četnosti	Vietnamská	31	9	23	63
	Ukrajinská	68	11	5	84
	Mongolská	38	18	23	79
	Celkem	137	38	51	226
Řádková procenta	Vietnamská	49,2%	14,3%	36,5%	100,0%
	Ukrajinská	81,0%	13,0%	6,0%	100,0%
	Mongolská	48,1%	22,8%	29,1%	100,0%
	Celkem	60,6%	16,8%	22,6%	100,0%
Znaménkové schéma	Vietnamská	–	0	++	
	Ukrajinská	+++	0	---	
	Mongolská	--	0	0	

Přestože z celkového počtu 226 validních odpovědí (100 %) 137 respondentů uvedlo, že se pravidelně stravují (60,6 %), je zřejmé, že pravidelnost ve stravování dodržují výrazně častěji ukrajinští (81,0 %) než vietnamští (49,2 %) a mongolští respondenti (48,1 %). Naopak vietnamští respondenti uváděli nepravidelnost ve stravování významně častěji (36,5 %) než mongolští (29,1 %) a ukrajinští respondenti (6,0 %). Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (*chi kvadrát* / $\chi^2 = 28,932$, *df* = 4, *p* < 0,001).

Tabulka 12 Preference sladkých jídel versus národnost (kontingenční tabulka)

Národnost		Preference sladkých jídel			Celkem
		Ano, spíše ano	Těžko rozhodnout	Spíše ne, ne	
Četnosti	Vietnamská	25	6	33	64
	Ukrajinská	39	14	34	87
	Mongolská	9	9	59	77
	Celkem	73	29	126	228
Řádková procenta	Vietnamská	39,0%	9,4%	51,6%	100,0%
	Ukrajinská	44,8%	16,1%	39,1%	100,0%
	Mongolská	11,7%	11,7%	76,6%	100,0%
	Celkem	32,0%	12,7%	55,3%	100,0%
Znaménkové schéma	Vietnamská	0	0	0	
	Ukrajinská	++	0	---	
	Mongolská	---	0	+++	

Z tabulky vyplývá, že ukrajinští respondenti (44,8 %) statisticky významně více preferují sladká jídla v jídelníčku než oslovení asijsí imigranti (Vietnamci – 39,0 %, Mongolové – 11,7 %). Naopak cílová skupina Mongolů významně častěji uváděla (76,6 %), že nepreferují sladká jídla než ukrajinští (39,1 %) a vietnamští respondenti (51,6 %). Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (*chi kvadrát* / $\chi^2 = 27,434$, *df* = 4, *p* < 0,001).

Tabulka 13 Vyváženost stravy versus národnost (kontingenční tabulka, znaménkové schéma)

Národnost		Vyváženost stravy		Celkem
		Vyvážená	Nevyvážená	
Četnosti	Vietnamská	19	38	57
	Ukrajinská	35	37	72
	Mongolská	38	23	61
	Celkem	92	98	190
Řádková procenta	Vietnamská	33,3%	66,7%	100,0%
	Ukrajinská	48,6%	51,4%	100,0%
	Mongolská	62,3%	37,7%	100,0%
	Celkem	48,4%	51,6%	100,0%
Znaménkové schéma	Vietnamská	--	++	
	Ukrajinská	0	0	
	Mongolská	++	--	

Přibližně polovina respondentů hodnotila svoji stravu jako vyváženou (51,6 %). Respondenti vietnamské národnosti častěji hodnotili svoji stravu jako nevyváženou (66,7 %) než ukrajinští (51,4 %) a mongolští respondenti (37,7 %). Naopak mongolští respondenti častěji hodnotili svoji stravu jako vyváženou (62,3 %) než ukrajinští (48,6 %) a vietnamští respondenti (33,3%). Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 9,898$, $df = 2$, $p = 0,007$).

Tabulka 14 Preference při nákupu potravin versus národnost (kontingenční tabulka)

Národnost		Preference při nákupu potravin			Celkem
		Nízká cena	Kvalita potravin	Jiné	
Četnosti	Vietnamská	12	47	5	64
	Ukrajinská	30	46	7	83
	Mongolská	36	33	10	79
	Celkem	78	126	22	226
Řádková procenta	Vietnamská	18,8%	73,4%	7,8%	100,0%
	Ukrajinská	36,1%	55,4%	8,5%	100,0%
	Mongolská	45,6%	41,8%	12,6%	100,0%
	Celkem	34,5%	55,8%	9,7%	100,0%
Znaménkové schéma	Vietnamská	--	+++	0	
	Ukrajinská	0	0	0	
	Mongolská	+	--	0	

Většina respondentů (55,8 %) preferuje při nákupu potravin kvalitu nad cenou. Statisticky významně častěji vietnamská minorita preferuje při nákupu potravin jejich kvalitu (73,4 %) než ukrajinská (55,4 %) a mongolská (41,8 %). Naopak cílová skupina Mongolů při nákupu potravin zohledňuje častěji potraviny s nižší cenou (45,6 %) než vietnamská (18,8 %) a ukrajinská minorita (36,1 %). Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 14,912$, $df = 4$, $p = 0,005$).

Tabulka 15 Závislost hodnoty BMI na pohlaví, generačním zařazení a národnosti

	Dosažená hladina významnosti (Kruskal-Wallisův neparametrický test)
	BMI
Národnost	0,000
Pohlaví	0,002
Generační zařazení	0,000

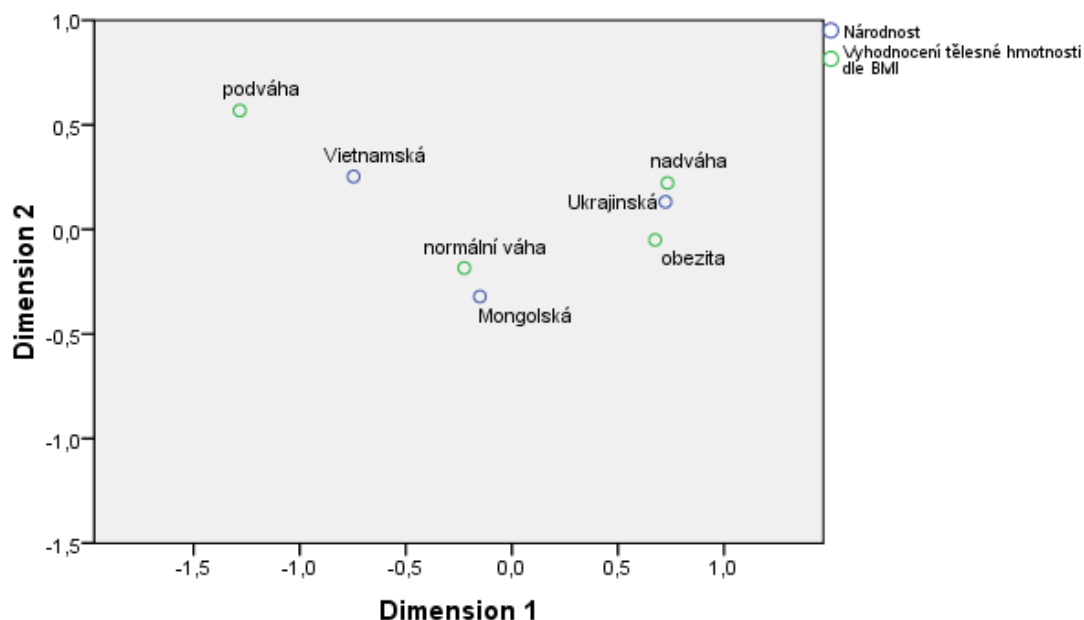
Kruskal-Wallisův neparametrický test prokázal signifikantní vztah mezi hodnotou BMI, národností, pohlavím a věkem respondentů.

Tabulka 16 Porovnání hodnot BMI (kg/m^2) versus národnost respondentů

	Národnost	Průměr	Medián	Sm. odchylka	Maximum	Počet hodnot
BMI	Vietnamská	21,65	21,15	3,04	29	62
	Ukrajinská	25,43	25,20	3,94	36	79
	Mongolská	23,55	23,61	4,02	37	80

Statisticky významně vyšší hodnoty BMI dosahovali ukrajinští respondenti (jejich průměrná hodnota BMI byla $25,4 \text{ kg}/\text{m}^2$, nadváha), oproti mongolským (průměrný BMI $23,6 \text{ kg}/\text{m}^2$) a vietnamským, kteří měli statisticky významně nižší hodnoty (jejich průměrná hodnota BMI činila $21,7 \text{ kg}/\text{m}^2$, normální váha).

Graf 1 Vyhodnocení hmotnosti dle BMI ve vztahu k národnosti (korespondenční analýza)



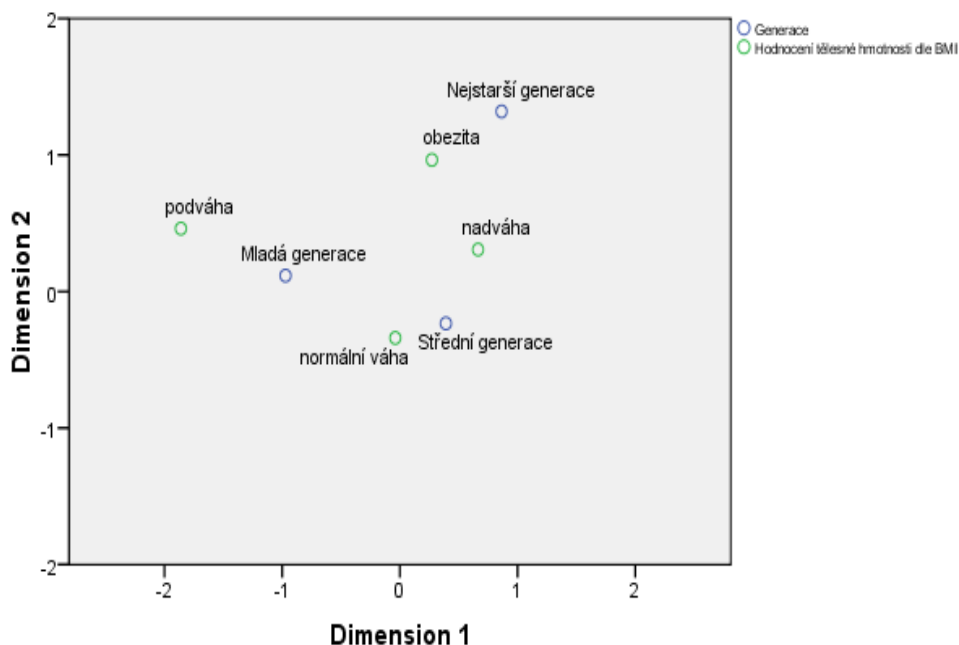
Korespondenční analýza vyjadřuje míru asociace (vyjádřenou chí-kvadrátem) mezi hmotností respondentů a jejich národností. Respondenti ukrajinské minority mají statisticky významně vyšší zastoupení v kategorii nadváhy (41 %) a obezity (13 %), zároveň tato minorita vykazuje nejnižší zastoupení v kategorii podváha (1,3 %). Naopak nejvyšší zastoupení v kategorii podváha (19 %) a normální váha (64 %) má vietnamská komunita. Nejvíce respondentů v kategorii normální váha (63 %) a nadváha (22 %) má mongolská minorita.

Tabulka 17 Porovnání hodnoty BMI (kg/m^2) podle generace

	Generace	Průměr	Medián	Sm. odchylka	Minimum	Maximum	Počet hodnot
BMI	Mladá generace (18-29 let)	21,93	21,50	3,78	16	34	69
	Střední generace (30-50 let)	24,22	24,10	3,89	17	37	131
	Nejstarší generace (51 a více let)	26,91	27,50	2,96	22	31	17

Na hladině významnosti $p < 0,001$ byla prokázána kladná závislost hodnoty BMI a věku. Průměrná hodnota BMI u mladé populace respondentů (18–29 let) byla $21,9 \text{ kg/m}^2$, u střední (30–50 let) $24,2 \text{ kg/m}^2$ a nejstarší generace (51+) $26,9 \text{ kg/m}^2$.

Graf 2 Vyhodnocení tělesné hmotnosti dle BMI ve vztahu k věku (korespondenční analýza)



Na korespondenční analýze je transparentně vidět růst hmotnosti s věkem respondentů. Je zřejmé, že mladá generace (18–29 let) má největší podíl hodnot v kategorii podváha (27 %) a normální váha (56 %). Těžiště hmotnosti střední generace (30–50 let) respondentů se přesouvá do kategorie normální váha (59 %) a nadváha (31 %). Nejstarší generace respondentů (51+) je významně více zastoupena v kategorii nadváha (52,9 %) a obezita (19 %). Tedy průměrné hodnoty BMI s věkem respondentů rostou.

Tabulka 18 Riziko morbidity dle BMI versus národnost 1 (kontingenční tabulka)

Národnost		Riziko morbidity dle BMI				
		Nízké až zvýšené	Průměrné	Lehce zvýšené	Zvýšené a, vysoké	Celkem
Četnosti	Vietnamská	11	24	23	4	62
	Ukrajinská	1	38	32	8	79
	Mongolská	6	53	19	2	80
	Celkem	18	115	74	14	221
Řádková procenta	Vietnamská	17,7%	38,7%	37,1%	6,5%	100,0%
	Ukrajinská	1,3%	48,1%	40,5%	10,1%	100,0%
	Mongolská	7,5%	66,2%	23,8%	2,5%	100,0%
	Celkem	8,2%	52,0%	33,5%	6,3%	100,0%
Znaménkové schéma	Vietnamská	+++	-	0	0	
	Ukrajinská	--	0	0	0	
	Mongolská	0	++	-	0	

Pro ukrajinské a mongolské respondenty byla stanovena rizika morbidity na těchto hraničních hodnotách BMI:

- 1) nízké riziko morbidity (ale zvýšené riziko jiných klinických problémů) stanoveno na hodnotě BMI $< 18,5 \text{ kg/m}^2$ = podváha,
- 2) průměrné riziko morbidity na hodnotě BMI $18,5\text{-}24,9 \text{ kg/m}^2$ = normální hmotnost,
- 3) lehce zvýšené riziko morbidity na hladině BMI $25,0\text{-}29,9 \text{ kg/m}^2$ = nadváha,
- 4) zvýšené riziko na hodnotě BMI $30,0\text{-}34 \text{ kg/m}^2$ = obezita 1. stupně,
- 5) vysoké riziko morbidity na hodnotě BMI $35,0\text{-}39,9 \text{ kg/m}^2$ = obezita 2. stupně, velmi
- 6) velmi vysoké riziko $> 40,0 \text{ kg/m}^2$ = obezita 3. stupně (Provazník, Komárek et al., 2004; Shiwaka et al., 2004).

Z důvodu nízkému zastoupení respondentů v 4 a 5 kategorii rizika „zvýšené a vysoké riziko“ byly tyto kategorie pro potřeby statistického testování sloučeny. V kategorii velmi vysokého rizika se nenacházel žádný respondent.

Dle WHO expert consultation (2004) se zdravotní rizika pro populaci Jihovýchodní Asie pohybují mezi $22\text{-}25 \text{ kg/m}^2$ a vysoké riziko morbidity od $26\text{-}31 \text{ kg/m}^2$ (WHO

expert consultation, 2004). Z tohoto důvodu byly hraniční hodnoty BMI stanoveny následovně:

- 1) nízké až zvýšené riziko morbidity stanoveno na hodnotě BMI < 18,5 kg/m²
- 2) průměrné riziko morbidity na hodnotě BMI 18,5-22,0 kg/m²,
- 3) lehce zvýšené riziko morbidity na hladině BMI 22,0-25,9 kg/m²
- 4) zvýšené a vysoké na hodnotě 26-31 kg/m²

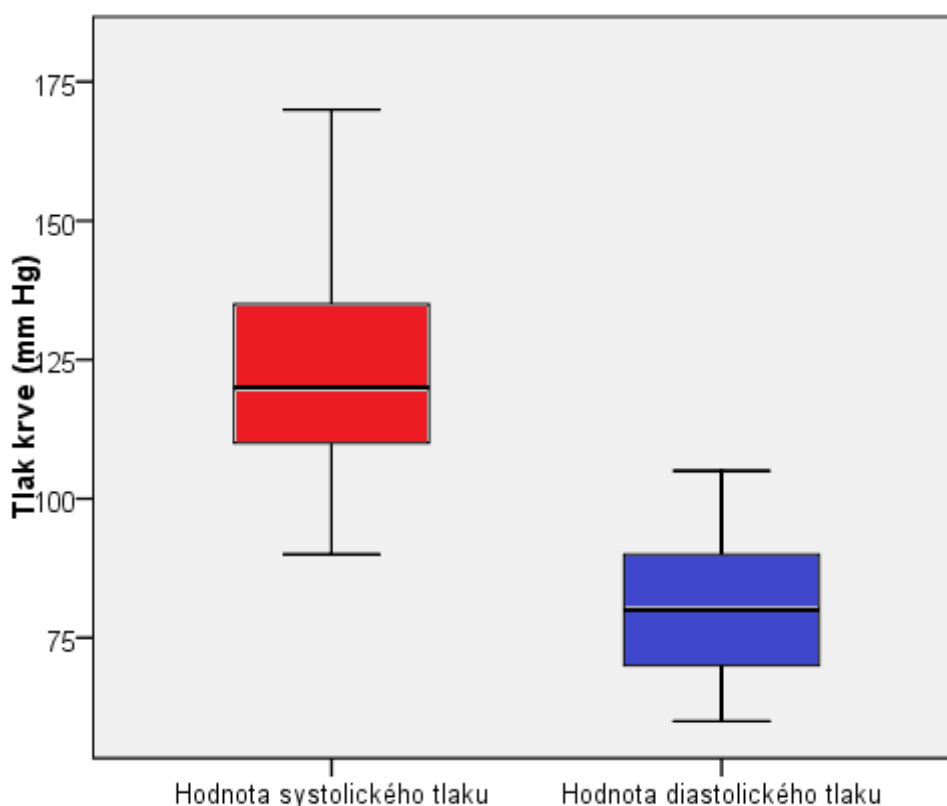
Dle znaménkového schématu jsou mongolští respondenti ve statisticky významně nižším riziku morbidity než ukrajínští a vietnamští respondenti. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (*chi kvadrát* / $\chi^2 = 24,419$, *df* = 6, *p* < 0,001).

Tabulka 19 Riziko morbidity dle BMI versus národnost 2 (kontingenční tabulka)

Národnost		Riziko morbidity dle BMI			
		Nízké až zvýšené	Průměrné	Lehce zvýšené, zvýšené a vysoké	Celkem
Četnosti	Vietnamská	11	24	27	62
	Ukrajinská	1	38	40	79
	Mongolská	6	53	21	80
	Celkem	18	115	88	221
Řádková procenta	Vietnamská	17,7%	38,8%	43,5%	100,0%
	Ukrajinská	1,3%	48,1%	50,6%	100,0%
	Mongolská	7,5%	66,2%	26,3 %	100,0%
	Celkem	8,2%	52,0%	39,8%	100,0%
Znaménkové schéma	Vietnamská	+++	-	0	
	Ukrajinská	--	0	+	
	Mongolská	0	++	--	

Při sloučení 3 a 4 skupiny rizika morbidity plynoucí z nadváhy a obezity je jasné, že ukrajínští respondenti mají vyšší riziko morbidity dle BMI (lehce zvýšené riziko – BMI ↑ 25 kg/m², vysoké riziko morbidity – BMI ↑ 30 kg/m²) než mongolští a vietnamští respondenti. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (*chi kvadrát* / $\chi^2 = 23,335$, *df* = 4, *p* < 0,001).

Graf 3 Vyhodnocení krevního tlaku respondentů (boxplot)

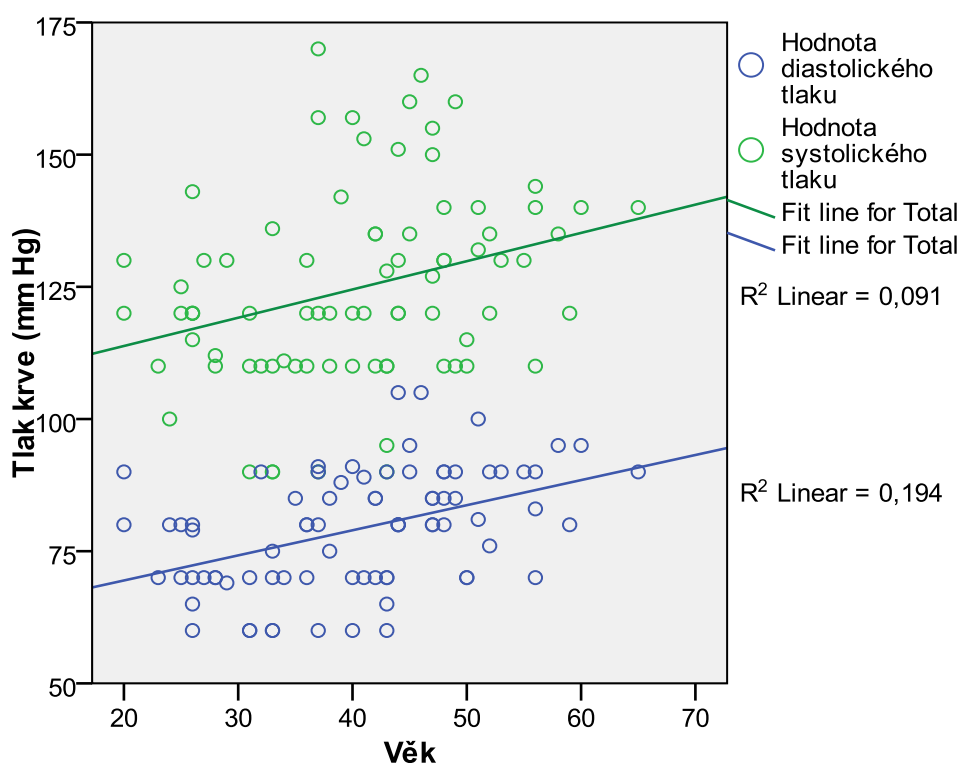


Boxplot (krabicový graf) poskytuje základní informaci o rozložení krevního tlaku respondentů a názorně zachycuje medián, kvartily a extrémní hodnoty v datech.

Z celkového počtu 83 respondentů, u kterých bylo provedeno vyhodnocení krevního tlaku, dosáhla průměrná hodnota systolického tlaku 125 mmHg a hodnota diastolického tlaku 80 mmHg, což odpovídá normálnímu systolickému tlaku (≥ 120 až < 130 mmHg) a normálnímu diastolickému tlaku (≥ 80 až < 85 mmHg).

Nejnižší systolický tlak byl 90 mmHg (hypotenze, < 100 mmHg), nejvyšší 170 mmHg (hypertenze, ≥ 140 mmHg a více). Nejnižší diastolický tlak byl 60 mmHg (optimální, ≥ 60 až < 80 mmHg) a nejvyšší 105 mmHg (hypertenze, ≥ 90 mmHg a více). Průměrná hodnota (medián) systolického tlaku byl 120 mmHg (normální, ≥ 120 až < 130 mmHg) a diastolického tlaku 80 mmHg (normální, ≥ 80 až < 85 mmHg).

Graf 4 Systolický a diastolický tlak versus věk



Bodový graf znázorňuje závislost systolického a diastolického tlaku na věku. Dosažená hladina významnosti v analýze variance regresního modelu byla v obou případech menší než 0,05 (pro systolický tlak $p = 0,005$, pro diastolický tlak $p < 0,001$). Tlak krve je tedy statisticky významně závislý na věku, s věkem roste.

Tabulka 20 Porovnání systolického a diastolického tlaku mezi generacemi

	Generace	Průměr	Medián	SD	Minimum	Maximum	Počet hodnot
Hodnota systolic. tlaku	Mladá generace	120,3	120	10,49	100	143	15
	Střední generace	125,3	120	20,95	90	170	56
	Nejstarší generace	131,3	135	10,62	110	144	11
Hodnota diastolic. Tlaku	Mladá generace	73,5	70	7,65	60	90	15
	Střední generace	79,3	80	11,74	60	105	54
	Nejstarší generace	86,3	90	8,01	70	95	11

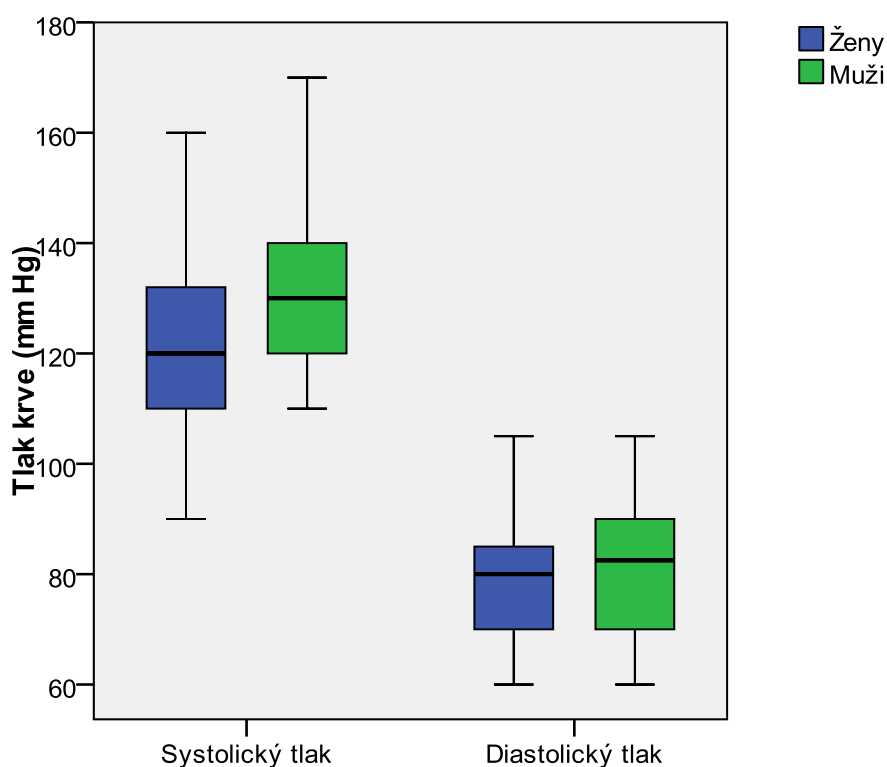
Průměrná hodnota systolického tlaku byla u mladé generace (18 – 29 let) **120** mmHg, u střední generace (30 – 50 let) **125** mmHg a u nejstarší generace (51 + let) **131** mmHg. Diastolický tlak dosahoval hodnot **74** mmHg (mladá generace, 18 – 29 let), **79** mmHg (střední generace, 30 – 50 let) a **86** mmHg u nejstarší generace (51 +).

Tabulka 21 Systolický a diastolický tlak versus pohlaví (Mann-Whitney test)

	Hodnota systolického tlaku	Hodnota diastolického tlaku
Mann-Whitney U	537,000	567,000
Wilcoxon W	2190,000	2107,000
Z	-2,021	-1,515
Dosažená hladina významnosti	0,043	0,130

Výsledky Mann-Whitney testu ukazují na statisticky významný rozdíl v systolickém tlaku mezi muži a ženami ($p = 0,043$; 4,3 %). Diastolický tlak se mezi pohlavím neliší ($p = 0,130$; 13 %).

Graf 5 Systolický a diastolický tlak versus pohlaví



Průměrný systolický tlak žen byl 122 mmHg, mužů 132 mmHg. Průměrný diastolický tlak žen byl 78 mmHg a mužů 82 mmHg.

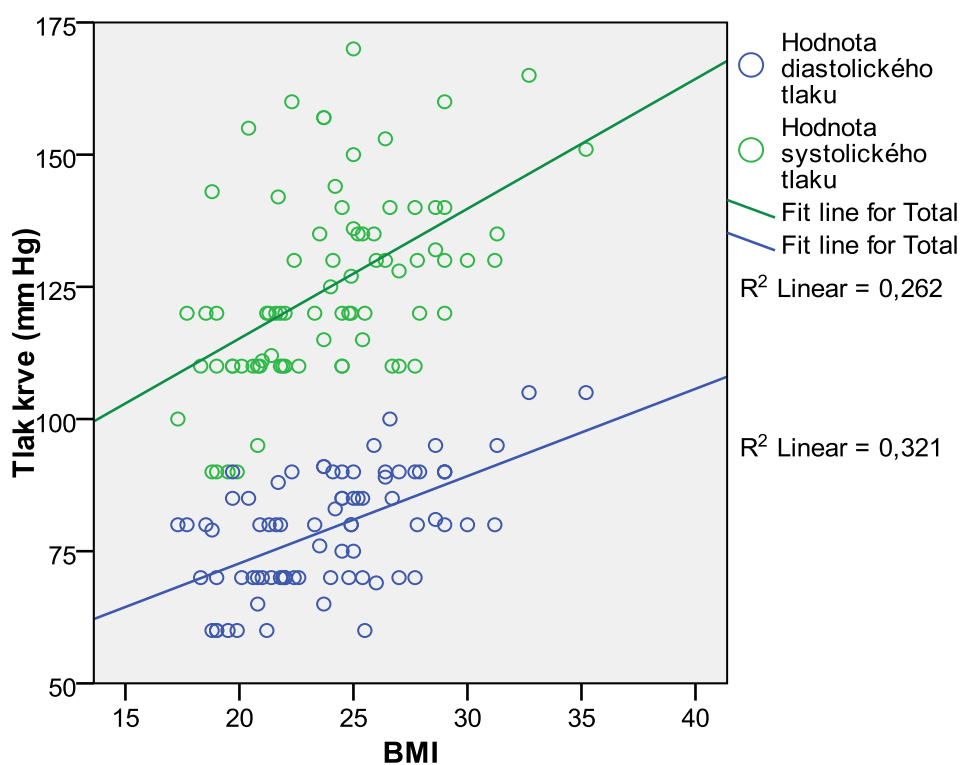
Tabulka 22 Porovnání hodnot tlaku krve mezi kategoriemi hmotnosti dle BMI

	BMI kategorie	Průměr	Medián	Sm. odchylka	Minimum	Maximum	Počet hodnot
Hodnota systolic. tlaku mmHg	podváha	110,0	110	10,0	100	120	3
	normální váha	119,7	120	17,7	90	160	45
	nadváha	133,7	132	15,5	110	170	27
	Obezita	142,2	135	15,4	130	165	5
Hodnota diastolic. tlaku mmHg	podváha	76,7	80	5,8	70	80	3
	normální váha	75,4	75	9,7	60	91	45
	nadváha	83,8	85	9,8	60	100	25
	Obezita	93,0	95	12,6	80	105	5

Hodnoty systolického a diastolického tlaku respondentů se zvyšují s růstem jejich BMI. Medián systolického tlaku u respondentů s podváhou je **110** mmHg, s normální váhou **120** mmHg, s nadváhou **132** mmHg a s obezitou **135** mmHg.

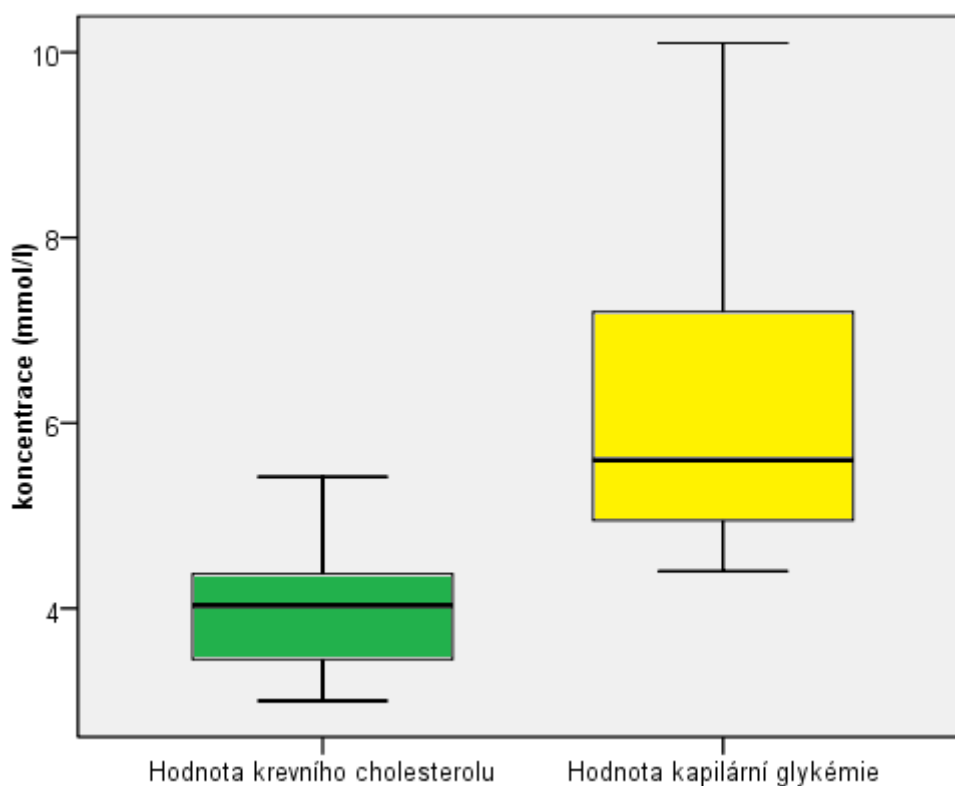
Medián diastolického tlaku u respondentů s podváhou je **80** mmHg, s normální váhou **75** mmHg, s nadváhou **85** mmHg a s obezitou **95** mmHg.

Graf 6 Systolický a diastolický tlak versus hodnoty BMI



Bodový graf znázorňuje závislost systolického a diastolického tlaku na hodnotě BMI. Dosažená hladina významnosti v analýze variance regresního modelu byla v obou případech menší než 0,05 (pro systolický i diastolický tlak $p < 0,001$). Tlak krve je tedy statisticky významně závislý na BMI – s rostoucím BMI roste.

Graf 7 Vyhodnocení kapilární glykémie a celkového cholesterolu



Z celkového počtu 27 respondentů, u kterých byl proveden náhodný odběr kapilární krve na hladinu glykémie, byla průměrná hodnota glykémie 6,3 mmol/l. Minimální hodnota byla 4,4 mmol/l a maximální 10,1 mmol/l. Šlo o náhodné odběry, které probíhaly v odpoledních hodinách. Nemůžeme tedy předpokládat, že respondenti před odběrem lačnili. Průměrná hodnota cholesterolu z kapilární krve u sledovaného souboru 30 respondentů byla naměřena 4,3 mmol/l, což odpovídá fyziologické hodnotě. Minimální hodnota byla 3 mmol/l, maximum 9 mmol/l.

Tabulka 23 Porovnání hodnot kapilární glykémie

Preferenze sladkých jídel	Hodnoty kapilární glykémie					Počet hodnot
	Průměr	Medián	Sm. odchylka	Minimum	Maximum	
ano, spíše ano	6,64	5,90	2,00	4,5	10,1	11
těžko rozhodnout	6,44	5,20	2,32	4,4	9,2	5
spíše ne, ne	5,78	5,60	0,92	4,7	7,7	11

Průměrná hodnota kapilární glykémie u respondentů, kteří preferovali sladká jídla, byla **6,64** mmol/l. U respondentů, kteří nepreferovali sladká jídla, byla **5,78** mmol/l. Přestože průměrné hodnoty kapilární glykémie v jednotlivých kategoriích odpovědí mohly naznačovat, že mezi preferencí sladkých jídel a hodnotou glykémie existuje rozdíl, Kruskal-Wallisův test tuto závislost nepotvrdil ($p = 0,779$). Je třeba zdůraznit malý počet náběrů, který mohl zkreslit výsledky statistického testování

Tabulka 24 Porovnání hodnot krevního cholesterolu

Stravování dle zásad správné výživy	Hodnoty krevního cholesterolu					
	Průměr	Medián	Sm. odchylka	Minimum	Maximum	Počet hodnot
ano, spíše ano	4,44	4,16	0,88	3,0	7,0	17
těžko rozhodnout	3,43	3,00	0,55	3,0	4,2	7
spíše ne, ne	4,82	4,11	2,48	3,0	9,0	5

Na základě Kruskal-Wallisova testu byl prokázán vliv dodržování zásad správné výživy a hladinou cholesterolu ($p = 0,042$). Průměrná hodnota cholesterolu u respondentů, kteří dodržují zásady správné výživy, byla **4,4** mmol/l a **4,8** mmol/l u respondentů, kteří nedodržují zásady správné výživy. Přesto je třeba zdůraznit skutečnost, že počet náběrů byl velmi malý.

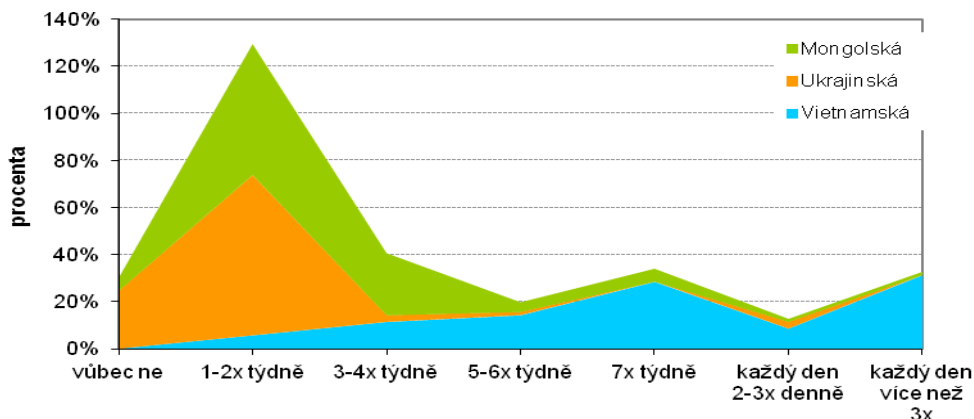
Respondenti byli dotazováni, kolikrát týdně se v jejich jídelníčku objevují různé potravinové skupiny – obiloviny, čerstvé ovoce a zelenina, mléčné a masné výrobky, drůbež, ryby, atd. Tabulka 25 uvádí výsledky Kruskal-Wallisova testu porovnávajícího konzumaci jednotlivých typů potravin mezi Vietnamci, Ukrajinci a Mongoly.

Tabulka 25 Týdenní konzumace potravin versus národnost respondentů

Potravinová skupina		Chi kvadrát	Počet stupňů volnosti	Dosažená hladina významnosti
Obiloviny	tmavý chléb a celozrnné pečivo	4,866	2	0,088
	nesladké bílé pečivo	16,536	2	0,000
	cereálie, müsli, cornflakes, ovesná kaše	7,015	2	0,030
	Rýže	84,869	2	0,000
	Těstoviny	6,701	2	0,035
	Knedlíky	4,091	2	0,129
	vařené brambory	16,974	2	0,000
Čerstvá zelenina	17,786	2	0,000	
Čerstvé ovoce	2,676	2	0,262	
Mléko nebo mléčné výrobky	3,074	2	0,215	
Maso	15,690	2	0,000	
Masné výrobky	15,501	2	0,000	
Drůbež	24,567	2	0,000	
Ryby	21,265	2	0,000	
Vejsce	1,779	2	0,411	
Luštěniny	28,394	2	0,000	
Cukrovinky (čokoláda a zákusky)	0,947	2	0,623	
Sladké pečivo	5,183	2	0,075	

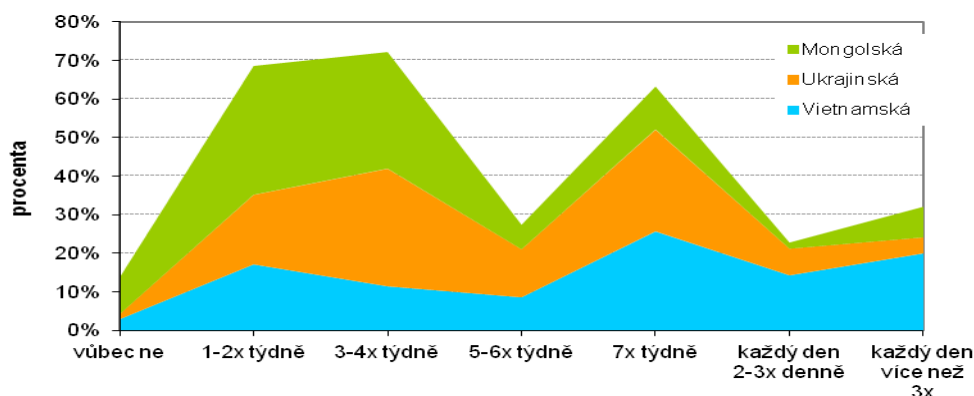
Z 18 srovnávaných potravinových skupin byl statisticky významný rozdíl zaznamenán u 11, navíc ve dvou případech byla závislost blízko svému potvrzení (kategorie „tmavý chléb a celozrnné pečivo“, $p = 0,088$ a „sladké pečivo“, $p = 0,075$).

Graf 8 Týdenní konzumace rýže



Na základě Kruskal-Wallisova testu byl prokázán signifikantní rozdíl mezi týdenní konzumací rýže a národností respondentů ($p < 0,001$). Vietnamští respondenti konzumují týdně častěji rýži (každý den 3x a více – 31,4 %) než mongolští (každý den 3x a více – 1,4 %) a ukrajínští respondenti (každý den 3x a více – 0 %).

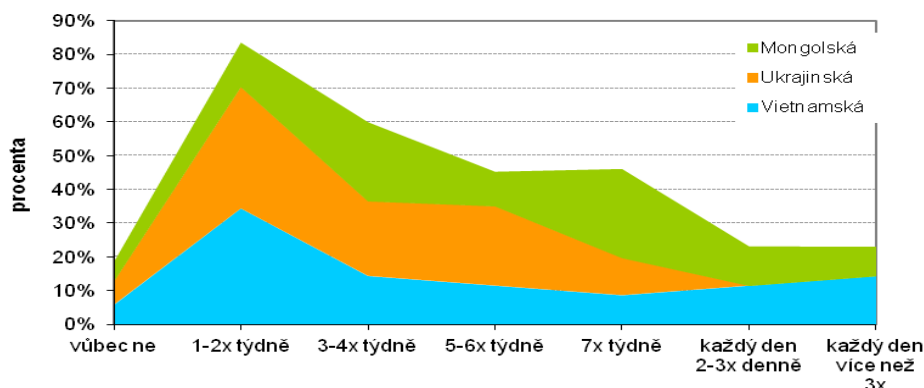
Graf 9 Týdenní konzumace čerstvé zeleniny



Na základě Kruskal-Wallisova testu byl prokázán signifikantní rozdíl mezi týdenní konzumací čerstvé zeleniny a národností respondentů ($p < 0,001$). Čerstvou zeleninu zařazují do svého jídelníčku všechny skupiny respondentů. Nejvíce ji preferují

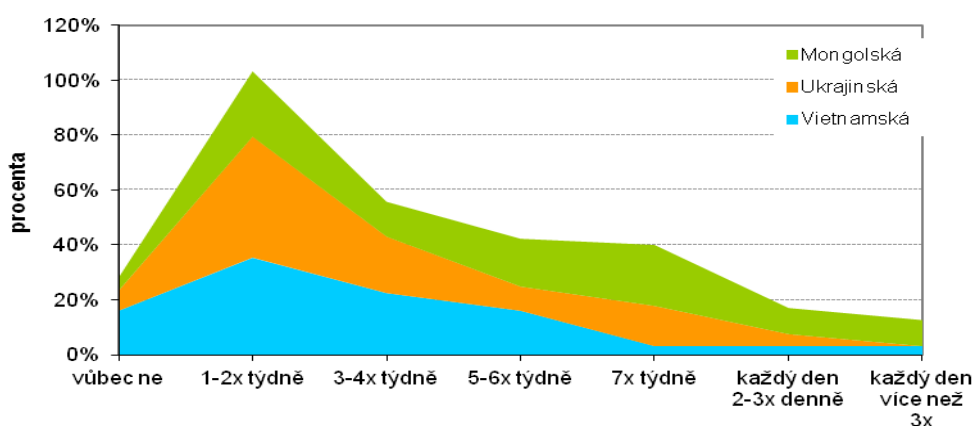
vietnamští (vůbec ne – 2,9 %, každý den více než 3x – 20 %) nejméně pak mongolští respondenti (vůbec ne – 9,5 %, každý den více než 3x – 7,9 %).

Graf 10 Týdenní konzumace masa



Na základě Kruskal-Wallisova testu byl prokázán signifikantní rozdíl mezi týdenní konzumací masa a národností respondentů ($p < 0,001$). Každý den více než 3x zařazují maso do svého jídelníčku Vietnamci (14,3 %) a Mongolové (8,8 %).

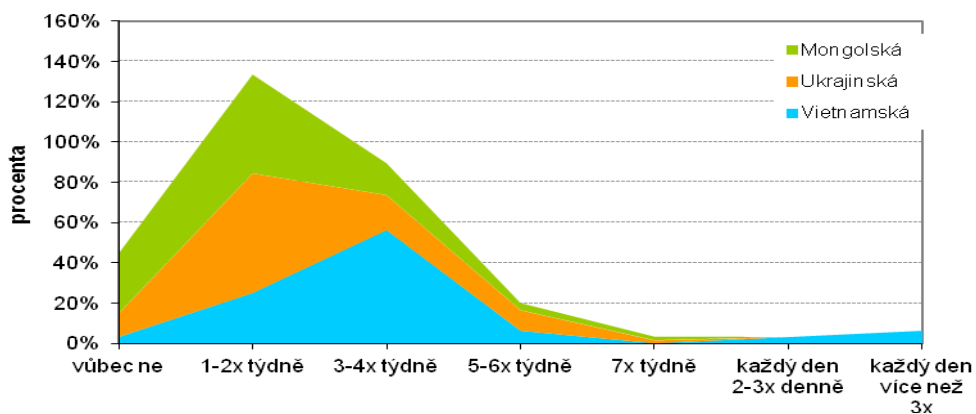
Graf 11 Týdenní konzumace masných výrobků



Kruskal-Wallisův test prokázal signifikantní rozdíl mezi týdenní konzumací masných výrobků a národností respondentů ($p < 0,001$). Masné výrobky konzumují častěji

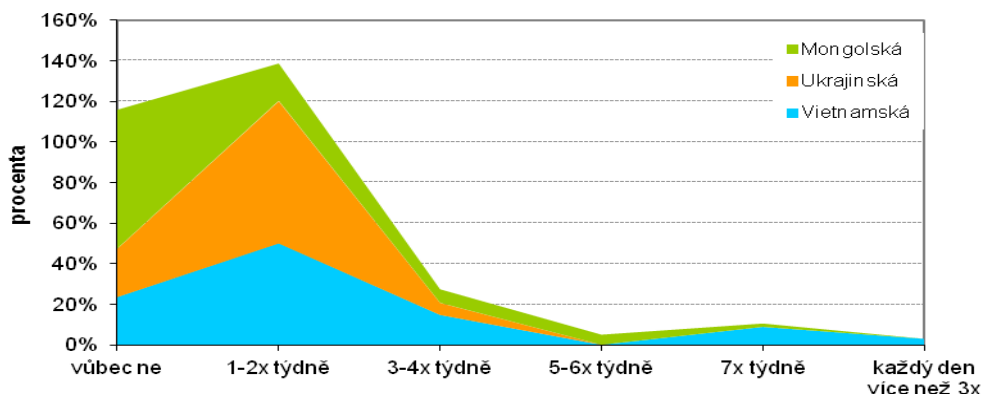
Mongolové (každý den více než 3x – 9,5 %) před Vietnamci (každý den více než 3x – 3,2 %) a Ukrajinci (každý den více než 3x – 0 %).

Graf 12 Týdenní konzumace drůbeže



Na základě Kruskal-Wallisova testu byl prokázán signifikantní rozdíl mezi týdenní konzumací drůbeže a národností respondentů ($p < 0,001$). Drůbež ve svém jídelníčku preferují více vietnamští respondenti (každý den více než 3x – 6,3 %) před Mongoly (každý den více než 3x – 0 %) a Ukrajinci (každý den více než 3x – 0 %).

Graf 13 Týdenní konzumace ryb



Na základě Kruskal-Wallisova testu byl prokázán signifikantní rozdíl mezi týdenní konzumací ryb a národností respondentů ($p < 0,001$). Ryby ve svém jídelníčku preferují častěji vietnamští respondenti (každý den více než 3x – 2,9 %) před Mongoly (každý den více než 3x – 0 %) a Ukrajinci (každý den více než 3x – 0 %).

4.3 Vyhodnocení sociální determinanty zdraví – „Závislost“ (VS 1)

Tabulka 26 Kouření versus národnost (kontingenční tabulka)

Národnost		Respondent kouří			Celkem
		Ne	Ano, příležitostně	Ano, pravidelně	
Četnosti	Vietnamská	38	8	17	63
	Ukrajinská	64	10	10	84
	Mongolská	39	12	27	78
	Celkem	141	30	54	225
Řádková procenta	Vietnamská	60,3%	12,7%	27,0%	100,0%
	Ukrajinská	76,2%	11,9%	11,9%	100,0%
	Mongolská	50,0%	15,4%	34,6%	100,0%
	Celkem	62,7%	13,3%	24,0%	100,0%
Znaménkové schéma	Vietnamská	0	0	0	
	Ukrajinská	++	0	--	
	Mongolská	--	0	++	

Statisticky významná závislost byla prokázána mezi kuřáctvím a národností respondentů ($p = 0,001$). Nejméně pravidelných kuřáků bylo zastoupeno v ukrajinské skupině respondentů (11,9 %) oproti mongolské skupině, kde podíl kuřáků byl nejvyšší (34,6 %).

Tabulka 27 Kouření versus pohlaví (kontingenční tabulka)

Pohlaví		Respondent kouří			Celkem
		Ne	Ano, příležitostně	Ano, pravidelně	
Četnosti	Žena	98	17	21	136
	Muž	43	13	33	89
	Celkem	141	30	54	225
Řádková procenta	Žena	72,1%	12,5%	15,4%	100,0%
	Muž	48,3%	14,6%	37,1%	100,0%
	Celkem	62,7%	13,3%	24,0%	100,0%
Znaménkové schéma	Žena	+++	0	---	
	Muž	---	0	+++	

Statisticky významná závislost byla prokázána mezi kuřáctvím a pohlavím respondentů ($p < 0,001$). Muži kouří více než ženy.

Tabulka 28 Kouření versus generační zařazení (kontingenční tabulka)

Generace		Vyhodnocení kuřáctví				Celkem
		Nekuřák	Slabý kuřák	Středně silný kuřák	Silný kuřák	
Četnosti	Mladá generace (18-29 let)	27	37	7	1	72
	Střední generace (30-50 let)	93	28	6	6	133
	Nejstarší generace (51+)	10	4	0	2	16
	Celkem	130	69	13	9	221
Řádková procenta	Mladá generace (18-29 let)	37,5%	51,4%	9,7%	1,4%	100,0%
	Střední generace (30-50 let)	69,9%	21,1%	4,5%	4,5%	100,0%
	Nejstarší generace (51+)	62,5%	25,0%	0,0%	12,5%	100,0%
	Celkem	58,8%	31,2%	5,9%	4,1%	100,0%
Znaménkové schéma	Mladá generace (18-29 let)	---	+++	0	0	
	Střední generace (30-50 let)	+++	---	0	0	
	Nejstarší generace (51+)	0	0	0	0	

Vysvětlivky: slabý kuřák: 1-9 cigaret denně, středně silný kuřák: 10-19 cigaret denně, silný kuřák: více než 20 cigaret denně

Zastoupení kuřáků v jednotlivých generacích respondentů bylo statisticky významně rozdílné ($p < 0,001$). Největší skupina nekuřáků byla zastoupena ve střední generaci (30–50 let), nejvíce slabých kuřáků bylo v mladé generaci (18–29 let).

Tabulka 29 Závislost vybraných charakteristik kouření na vzdělání a kategoriích zaměstnání

	Dosažená hladina významnosti (Pearsonův chí kvadrát test)		
	Pobyt v zakouřeném prostředí	Respondent/ka je kuřák/kuřačka či nikoliv	Typologie kuřáctví (slabý – silný dle počtu vykouřených cigaret)
Vzdělání	0,059	0,997	0,884
Kategorie zaměstnání	0,012	0,343	0,372

Na hladině významnosti ($\alpha = 0,05$) byl prokázán statisticky významný vztah mezi pobytem respondentů v zakouřeném prostředí a kategorií zaměstnání ($p = 0,012$). Statisticky významný vztah se těsně neprokázal mezi pobytem v zakouřeném prostředí a vzděláním ($p = 0,059$) a také nebyla prokázána souvislost mezi kouřením a vzděláním $p = 0,997$, $p = 0,884$ či kategorií zaměstnání $p = 0,343$, $p = 0,372$.

Tabulka 30 Pobyť v zakouřeném prostředí versus kategorie zaměstnání
(kontingenční tabulka)

Kategorie zaměstnání		Pobyť v prostředí s cigaretovým kouřem			Celkem
		Ne	Velmi zřídka	Ano často	
Četnosti	Nižší admin., techničtí, zdravotničtí a pedagogičtí pracovníci	11	14	4	29
	Kvalifikovaní dělníci	10	26	10	46
	Pomocní a nekvalifikovaní dělníci	6	35	25	66
	Mimo pracovní trh	18	29	13	60
	Celkem	45	104	52	201
Řádková procenta	Nižší admin., techničtí, zdravotničtí a pedagogičtí pracovníci	37,9%	48,3%	13,8%	100,0%
	Kvalifikovaní dělníci	21,7%	56,5%	21,7%	100,0%
	Pomocní a nekvalifikovaní dělníci	9,1%	53,0%	37,9%	100,0%
	Mimo pracovní trh	30,0%	48,3%	21,7%	100,0%
	Celkem	22,4%	51,7%	25,9%	100,0%
Znaménkové schéma	Nižší admin., techničtí, zdravotničtí a pedagogičtí pracovníci	+	0	0	
	Kvalifikovaní dělníci	0	0	0	
	Pomocní a nekvalifikovaní dělníci	--	0	++	
	Mimo pracovní trh	0	0	0	

Počet respondentů pobývajících v zakouřeném prostředí narůstá směrem od ne-manuálně pracujících (nižších administrativních, technických, zdravotnických, pedagogických pracovníků a jiných ne-manuálních) k manuálně pracujícím (nekvalifikovaným dělnickým profesím).

Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (*chi kvadrát* $/\chi^2 = 16,357$, $df = 6$, $p = 0,012$).

V dotazníkovém šetření byli respondenti dotazováni na jejich spotřebu lihovin (piva, vína, destilátů) během posledního týdne. Následně byly udané hodnoty převedeny na

jednotky alkoholu, přičemž jednotka alkoholu se rovná množství obsahující přibližně 10 g čistého lihu. 100 ml vína tak představuje 1 jednotku alkoholu, 0,5 l 12stupňového piva obsahuje 2 jednotky, 0,5 l 10stupňového piva představuje 1,5 jednotky a 25 ml tvrdého alkoholu představuje 1 jednotku alkoholu.

Tabulka 31 Srovnání týdenní konzumace alkoholu versus národnost (jednotky alkoholu)

	Národnost	Průměr	Medián	Sm. odchylka	Minimum	Maximum	Počet hodnot
Konzumace piva za týden	Vietnamská	2,60	2,00	3,18	0	10	55
	Ukrajinská	3,39	1,00	5,68	0	24	74
	Mongolská	0,80	0,00	2,99	0	20	84
Konzumace vína za týden	Vietnamská	0,71	0,00	2,02	0	10	55
	Ukrajinská	0,82	0,00	1,68	0	10	74
	Mongolská	0,43	0,00	1,67	0	10	84
Konzumace destilátů za týden	Vietnamská	0,60	0,00	2,04	0	10	55
	Ukrajinská	1,18	0,00	3,62	0	20	74
	Mongolská	0,37	0,00	1,23	0	7	84

1 jednotka alkoholu = 10 g čistého lihu, N = 213 respondentů

Největší týdenní spotřebu piva, vína i destilátů udávala ukrajinská minorita. Druhou největší spotřebu alkoholu vykazovali vietnamští respondenti.

Tabulka 32 Konzumace alkoholu versus národnost (Kruskal-Wallisův test)

	Chí kvadrát	Počet stupňů volnosti	Dosažená hladina významnosti
Konzumace piva za týden	31,261	2	0,000
Konzumace vína za týden	9,328	2	0,009
Konzumace destilátů za týden	2,813	2	0,245

Kruskal-Wallisův test prokázal statisticky významné rozdíly v konzumaci piva a vína, konzumace lihovin se u srovnávaných národností neliší.

Tabulka 33 Abstinence versus pohlaví

Pohlaví		Abstinence		Celkem
		Ano	Ne	
Četnosti	Žena	63	61	124
	Muž	30	53	83
	Celkem	93	114	207
Řádková procenta	Žena	50,8%	49,2%	100,0%
	Muž	36,1%	63,9%	100,0%
	Celkem	44,9%	55,1%	100,0%
Znaménkové schéma	Žena	+	-	
	Muž	-	+	

Z výsledků vyplývá, že ženy více abstinují než muži. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (*Fisherův exaktní test = 4,320, df = 1, p = 0,046*).

Tabulka 34 Srovnání týdenní konzumace alkoholu versus pohlaví (jednotky alkoholu)

	Pohlaví	Průměr	Medián	Sm. Odchylka	Minimum	Maximum	Počet hodnot
Konzumace piva za týden	Žena	0,99	0,00	2,29	0	14	128
	Muž	3,94	1,50	5,79	0	24	85
Konzumace vína za týden	Žena	0,79	0,00	1,86	0	10	128
	Muž	0,41	0,00	1,60	0	10	85
Konzumace destilátů za týden	Žena	0,33	0,00	1,29	0	10	128
	Muž	1,28	0,00	3,58	0	20	85

1 jednotka alkoholu = 10 g čistého lihu, N = 213 respondentů

Z tabulky je zřejmé, že muži-respondenti udávali ve spotřebě piva a destilátů vyšší hodnoty než ženy-respondentky. Naopak ženy-respondentky udávaly vyšší týdenní konzumaci vína než muži-respondenti.

Tabulka 35 Konzumace alkoholu versus pohlaví (Mann-Whitney test)

	Mann-Whitney U	Z	Dosažená hladina významnosti
Konzumace piva za týden	3665,0	-4,604	0,000
Konzumace vína za týden	4721,0	-2,309	0,021
Konzumace destilátů za týden	4826,0	-2,339	0,019

Porovnání pomocí Mann-Whitneyova testu prokázalo statistickou rozdílnost mezi spotřebou všech srovnávaných alkoholických nápojů u mužů a žen.

Tabulka 36 Srovnání týdenní konzumace alkoholu versus generace (jednotky alkoholu)

	Generace	Průměr	Medián	Sm. Odchylka	Minimum	Maximum	Počet hodnot
Konzumace piva za týden	Mladá generace (18-29 let)	1,75	0,00	3,35	0	20	63
	Střední generace (30-50 let)	2,38	0,00	4,84	0	24	132
	Nejstarší generace (51+)	2,68	2,50	3,06	0	10	14
Konzumace vína za týden	Mladá generace (18-29 let)	0,14	0,00	0,44	0	2	63
	Střední generace (30-50 let)	0,90	0,00	2,15	0	10	132
	Nejstarší generace (51+)	0,57	0,00	1,16	0	4	14
Konzumace destilátů za týden	Mladá generace (18-29 let)	0,43	0,00	1,75	0	10	63
	Střední generace (30-50 let)	0,86	0,00	2,91	0	20	132
	Nejstarší generace (51+)	0,50	0,00	1,29	0	4	14

1 jednotka alkoholu = 10 g čistého lihu, N = 209 respondentů

Průměrná konzumace piva spolu s věkem mírně roste, nejvyšší průměrné hodnoty u vína a destilátů byly zaznamenány u střední generace.

Tabulka 37 Konzumace alkoholu versus generace (Kruskal-Wallisův test)

	Chí kvadrát	Počet stupňů volnosti	Dosažená hladina významnosti
Konzumace piva za týden	3,747	2	0,154
Konzumace vína za týden	6,631	2	0,036
Konzumace destilátů za týden	3,458	2	0,177

Výsledky Kruskal-Wallisova testu vypovídají o nevýznamných rozdílech v konzumaci piva a destilátů, statisticky významná odlišnost byla nalezena pouze u konzumace vína.

Dle spotřeby alkoholu byli respondenti zařazeni do čtyř kategorií: mírná konzumace alkoholu (0-10 jednotek alkoholu/týden), vyšší konzumace alkoholu (11-20 jednotek alkoholu/týden), vysoká konzumace alkoholu (21-35 jednotek alkoholu/týden) a velmi vysoká konzumace alkoholu (36 jednotek alkoholu týdně a více). Z celkového počtu 213 validních odpovědí (100 %) mírně konzumuje alkohol 91,5 % respondentů, 5,2 % respondentů spadá do vyšší kategorie konzumace alkoholu, 2,8 % respondentů má spotřebu alkoholu vysokou a 0,5 % respondentů má spotřebu alkoholu velmi vysokou.

Kvůli nízkému zastoupení četností v kategoriích vysoká a velmi vysoká konzumace alkoholu nebyl prokázán statisticky významný vztah mezi kategoriemi konzumace a národností, pohlavím a generací. Znaménkové schéma a řádková procenta přesto svědčí o rozdílech mezi porovnávanými skupinami respondentů.

Tabulka 38 Kategorie konzumace alkoholu versus pohlaví (kontingenční tabulka)

Pohlaví		Hodnocení spotřeby alkoholu				Celkem
		Mírná	Vyšší	Vysoká	Velmi vysoká	
Četnosti	Žena	124	3	1	0	128
	Muž	71	8	5	1	85
	Celkem	195	11	6	1	213
Řádková procenta	Žena	96,9%	2,3%	0,8%	0,0%	100,0%
	Muž	83,5%	9,4%	5,9%	1,2%	100,0%
	Celkem	91,5%	5,2%	2,8%	0,5%	100,0%
Znaménkové schéma	Žena	+++	-	-	0	
	Muž	---	+	+	0	

Ženy byly více zastoupeny v kategorii mírné konzumace alkoholu (0-10 jednotek alkoholu týdně). Naopak muži byli významně více zastoupeni v kategorii vyšší a vysoké konzumace alkoholu (11-20 a 21-35 jednotek týdně).

Tabulka 39 Porovnání průměrné týdenní konzumace alkoholu imigrantů s českou populací (jednotky alkoholu)

Nápoj	Pohlaví	Národnost	Průměr	Sm. odchylka	Počet hodnot	Dosažená hladina významnosti
Pivo	Muži	Češi	15,6			
		Vietnamci	3,19	3,48	26	0,000
		Ukrajinci	6,45	7,29	32	0,000
		Mongolové	1,67	4,43	27	0,000
	Ženy	Češi	4,5			
		Vietnamci	2,07	2,85	29	0,000
		Ukrajinci	1,06	2,09	42	0,000
		Mongolové	0,39	1,91	57	0,000
Víno	Muži	Češi	1,5			
		Vietnamci	0,62	2,04	26	0,036
		Ukrajinci	0,5	1,81	32	0,004
		Mongolové	0,11	0,42	27	0,000
	Ženy	Češi	5,2			
		Vietnamci	0,79	2,02	29	0,000
		Ukrajinci	1,07	1,54	42	0,000
		Mongolové	0,58	2,00	57	0,000
Destilát	Muži	Češi	1,9			
		Vietnamci	0,62	2,10	26	0,005
		Ukrajinci	2,47	5,22	32	0,542
		Mongolové	0,52	1,40	27	0,000
	Ženy	Češi	0,2			
		Vietnamci	0,59	2,03	29	0,314
		Ukrajinci	0,19	0,67	42	0,927
		Mongolové	0,3	1,15	57	0,521

Poznámka: výsledky za českou populaci byly získány ze studie Evropského výběrového šetření(2011, s. 153),

Výsledky srovnání průměrných hodnot imigrantů s hodnotami české populace vypovídají o „vedoucí úloze“ domácích spotřebitelů. Neprůkazné výsledky v použitém jednovýběrovém t testu (dosažená hladina významnosti $p > 0,05$) ukazují na srovnatelné průměrné zkonsumované objemy pouze v kategorii destilátů, a to u Ukrajinců – mužů

a také žen všech porovnávaných národností. Ve všech ostatních případech je spotřeba imigrantů statisticky významně nižší.

Tabulka 40 Spotřeba alkoholu versus vzdělání respondentů (jednotky alkoholu)

Vzdělání		Průměr	Medián	Sm. odchylka	Minimum	Maximum	Počet hodnot
Spotřeba alkoholu za týden	Základní nebo odborné bez maturity	3,70	1,0	5,99	0	30	109
	Středoškolské s maturitou	3,71	2,0	4,64	0	20	43
	Vysokoškolské	1,72	0,0	2,77	0	12	53

Dle Kruskal-Wallisova testu byla prokázána statisticky významná souvislost mezi spotřebou alkoholu a vzděláním respondentů, kdy s nižším vzděláním rostla jejich spotřeba alkoholu. ($\chi^2 = 6,602$, $df = 2$, $p = 0,037$).

Tabulka 41 Užívání návykových látek

		Četnost	Procenta	Validní procenta
Validní	Ne	204	82,9	98,1
	Ano	4	1,7	1,9
	Celkem	208	84,6	100,0
Vyřazeno		38	15,4	
Celkem		246	100,0	

Z celkového počtu 208 validních odpovědí neužívá návykové látky 98 % respondentů. Kladně na tuto otázku odpověděla 2 % respondentů.

4.4 Vyhodnocení zdravotního stavu respondentů (VS 1)

Tabulka 42 Závislost mezi výskytem nemocí a vybranými ukazateli

	Dosažená hladina významnosti			
	Národnost	Pohlaví	Generace	Délka pobytu
Deprese	0,318	0,113	0,882	
Chirurgické výkony	0,221	0,719	0,276	0,064
Onemocnění ledvin	0,145	0,624	0,432	0,363
Onemocnění žaludku	0,215	0,684	0,579	0,571
Revmatoidní onemocnění	0,806	0,656	0,329	0,163
Srdeční onemocnění	0,246	0,007		
Vysoký krevní tlak		0,176		
Fyzická bolest	0,001	0,574	0,023	0,176
Úraz	0,537	0,041	0,638	0,335
Hepatitida A		0,599		

Závislost výskytu nemocí versus národnost, generace a délka pobytu byla testována Pearsonovým chí kvadrát testem. Závislost výskytu nemocí na pohlaví byla testována Fisherovým přesným testem.

Uvedeny jsou pouze výsledky, které splňují podmínku dostatečně vysokých očekávaných četností: ne více než 20 % buněk v kontingenční tabulce má očekávanou četnost menší než 5.

Na základě dosažené hladiny významnosti lze učinit závěr, že výskyt fyzické bolesti se mění v závislosti na národnosti ($p = 0,001$), věku respondentů ($p = 0,023$). Výskyt úrazů ($p = 0,041$) a výskyt srdečních onemocnění ($p = 0,007$) se mění v závislosti na pohlaví respondentů.

Tabulka 43 Fyzická bolest versus národnost (kontingenční tabulka)

Národnost		Fyzická bolest		
		Ano	Ne	Celkem
Četnosti	Vietnamská	8	52	60
	Ukrajinská	23	57	80
	Mongolská	5	67	72
	Celkem	36	176	212
Řádková procenta	Vietnamská	13,3%	86,7%	100,0%
	Ukrajinská	28,8%	71,2%	100,0%
	Mongolská	6,9%	93,1%	100,0%
	Celkem	17,0%	83,0%	100,0%
Znaménkové schéma	Vietnamská	0	0	
	Ukrajinská	+++	---	
	Mongolská	--	++	

Znaménkové schéma potvrzuje, že fyzickou bolest častěji uváděli Ukrajinci, naopak jí méně trpí Mongolové. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (*chi kvadrát* / $\chi^2 = 13,571$, *df* = 2, *p* = 0,001).

Tabulka 44 Výskyt vybraných infekčních nemocí podle národnosti – procenta (osoby s nemocí v posledních 12 měsících)

Onemocnění	Vietnamci			Ukrajinci			Mongolové		
	Ano	Ne	Celkem	Ano	Ne	Celkem	Ano	Ne	Celkem
HIV pozitivita, AIDS	0	100	100	0	100	100	0	100	100
Gonokoková infekce	0	100	100	1,5	98,5	100	2,4	97,6	100
Syfilis	2,3	97,7	100	0	100	100	2,4	97,6	100
Tuberkulóza	0	100	100	0	100	100	0	100	100
Hepatitida A	19,0	89,0	100	7,0	93,0	100	9,2	90,8	100
Hepatitida B	2,4	97,6	100	6,1	93,9	100	9,8	90,2	100

Vyřazeny kategorie: nevím a neodpověděl/a

Onemocnění HIV/AIDS a tuberkulóza nebyly diagnostikovány u žádného respondenta. Nejčastěji uváděnou hepatitidou u respondentů byla hepatitida typu A (Mongolové 9,2 %, Ukrajinci 7,0 % a Vietnamci 19 %. Hepatitidou typu B bylo infikováno 6,1 % respondentů z ukrajinské, 9,8 % z mongolské minority a 2,4 % z Vietnamu. Gonokokové infekce (kapavka) uvedli dva respondenti, šlo o jednu ženu ukrajinské

(1,5 %) a jednoho muže mongolské národnosti (2,4 %). Syfilitidu prodělali dva respondenti – žena z vietnamské minority (2,3 %) a muž mongolské národnosti (2,4 %).

Výzkumný soubor respondentů byl rozdělen do dvou heterogenních skupin. První skupina respondentů představovala tzv. zdravé respondenty, kteří neuváděli žádné onemocnění. Druhou skupinu výběrového souboru tvořili respondenti, kteří uváděli alespoň jednu nemoc. Z celkového počtu 177 validních odpovědí 44,1 % respondentů neuvedlo žádné onemocnění, naopak 55,9 % respondentů uvedlo alespoň jedno onemocnění.

Následně bylo provedeno statistické testování těchto dvou skupin respondentů k vybraným ukazatelům jako národnost, věk, pohlaví, typ práce, pracovní podmínky, spokojenost s bydlením, životní úroveň nebo příjmem.

Tabulka 45 Zdravotní stav (přítomnost – nepřítomnost onemocnění) versus vybrané proměnné

	Dosažená hladina významnosti – Chí kvadrát test, <i>Fischer přesný test</i> *
	Zdravotní stav
Národnost	0,038
Pohlaví	0,012 *
Věk (generace)	0,085
Vzdělání	0,723
Spokojenost se životní úrovní	0,485
Spokojenost s bydlením	0,276
Typ práce	0,010
Spokojenost s finančním ohodnocením	0,887
Spokojenost s pracovními podmínkami	0,355
Práce v prašném prostředí	0,237
Práce v hlučném prostředí	0,038
Zátěž toxickými látkami	0,011 *

Statisticky významný vztah byl prokázán mezi zdravotním stavem a národností ($p = 0,038$), pohlavím respondentů ($p = 0,012$), typem práce ($p = 0,010$). Dále byl prokázán statisticky významný vztah mezi zdravotním stavem respondentů a prací

v hlučném prostředí ($p = 0,038$) a zátěží toxickými látkami během pracovního procesu ($p = 0,011$). Těsně nebyl prokázán statisticky významný vztah mezi výskytem onemocnění versus generační zařazení respondentů ($p = 0,085$).

Tabulka 46 Zdravotní stav versus národnost (kontingenční tabulka)

Národnost		Vyhodnocení zdravotního stavu		Celkem
		S onemocněním	Bez onemocnění	
Četnosti	Vietnamská	24	24	48
	Ukrajinská	36	37	73
	Mongolská	38	16	54
	Celkem	98	77	175
Řádková procenta	Vietnamská	50,0%	50,0%	100,0%
	Ukrajinská	49,3%	50,7%	100,0%
	Mongolská	70,4%	29,6%	100,0%
	Celkem	56,0%	44,0%	100,0%
Znaménkové schéma	Vietnamská	0	0	
	Ukrajinská	0	0	
	Mongolská	+	-	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že mongolská skupina respondentů uváděla v osobní anamnéze statisticky významně častěji onemocnění než ostatní respondenti. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (*chi kvadrát* / $\chi^2 = 6,551$, $df = 2$, $p = 0,038$).

Tabulka 47 Zdravotní stav versus pohlaví (kontingenční tabulka)

Pohlaví		Vyhodnocení zdravotního stavu		Celkem
		S onemocněním	Bez onemocnění	
Četnosti	Žena	71	41	112
	Muž	28	37	65
	Celkem	99	78	177
Řádková procenta	Žena	63,4%	36,6%	100,0%
	Muž	43,1%	56,9%	100,0%
	Celkem	55,9%	44,1%	100,0%
Znaménkové schéma	Žena	++	--	
	Muž	--	++	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že ženy uváděly v osobní anamnéze statisticky významně častěji onemocnění než muži. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (*Fischer přesný test* / $\chi^2 = 6,887$, $df = 1$, $p = 0,012$).

Tabulka 48 Zdravotní stav versus generace (kontingenční tabulka)

Generace		Vyhodnocení zdravotního stavu		Celkem
		S onemocněním	Bez onemocnění	
Četnosti	Mladá generace (18-29 let)	22	28	50
	Střední generace (30-50 let)	68	41	109
	Nejstarší generace (51+)	7	7	14
	Celkem	97	76	173
Řádková procenta	Mladá generace (18-29 let)	44,0%	56,0%	100,0%
	Střední generace (30-50 let)	62,4%	37,6%	100,0%
	Nejstarší generace (51+)	50,0%	50,0%	100,0%
	Celkem	56,1%	43,9%	100,0%
Znaménkové schéma	Mladá generace (18-29 let)	-	+	
	Střední generace (30-50 let)	+	-	
	Nejstarší generace (51+)	0	0	

Respondenti střední generace uváděli častěji onemocnění než mladší respondenti. Vztah srovnávaných proměnných je na hranici statistické signifikance (*chi kvadrát* / $\chi^2 = 4,932$, $df = 2$, $p = 0,085$).

Tabulka 49 Zdravotní stav versus práce v hlučném prostředí (kontingenční tabulka)

Pracujete v hlučném prostředí		Vyhodnocení zdravotního stavu		Celkem
		S onemocněním	Bez onemocnění	
Četnosti	Ano, spíše ano	50	24	74
	Někdy ano, někdy ne	13	18	31
	Spíše ne, ne	21	19	40
	Celkem	84	61	145
Řádková procenta	Ano, spíše ano	67,6%	32,4%	100,0%
	Někdy ano, někdy ne	41,9%	58,1%	100,0%
	Spíše ne, ne	52,5%	47,5%	100,0%
	Celkem	57,9%	42,1%	100,0%
Znaménkové schéma	Ano, spíše ano	+	-	
	Někdy ano, někdy ne	-	+	
	Spíše ne, ne	0	0	

Otázka „Pracujete v hlučném prostředí?“ byla rekatégorizována z 5 na 3 kategorie: 1) ano a spíše ano, 2) někdy ano, někdy ne, 3) spíše ne a ne

Respondenti, kteří pracují v prostředí s vyšší mírou hluku, uváděli vyšší počet nemocí než ostatní respondenti. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (*chi kvadrát* / $\chi^2 = 6,558$, $df = 2$, $p = 0,038$).

Tabulka 50 Zdravotní stav versus práce se zátěží toxickými látkami (kontingenční tabulka)

Vystavení chemické zátěži, radiaci či toxické zátěži při práci		Vyhodnocení zdravotního stavu		Celkem
		S onemocněním	Bez onemocnění	
Četnosti	Ano	24	6	30
	Ne	51	44	95
	Celkem	75	50	125
Řádková procenta	Ano	80,0%	20,0%	100,0%
	Ne	53,7%	46,3%	100,0%
	Celkem	60,0%	40,0%	100,0%
Znaménkové schéma	Ano	+	-	
	Ne	-	+	

Odpověď nevím byla vyřazena ze statistického testování.

Zcela dle očekávání je mezi respondenty s přítomností nemoci výrazně více osob, které udávaly zátěž toxickými (chemickými) látkami a radiací během práce. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (*Fischer přesný test* $\chi^2 = 6,579$, $df = 1$, $p = 0,011$).

4.5 Vybrané ukazatele sociální situace a subjektivní vnímání zdraví (VS 1)

Na otázku „*Jak hodnotíte své zdraví?*“ mohli respondenti zvolit následující odpověď: velmi dobré, dobré, průměrné (ani dobré, ani špatné), špatné a velmi špatné. Po rekatégorizaci do tří skupin odpovědí byly získány tyto výsledky: z celkového počtu 226 validních odpovědí velmi dobře až dobře hodnotilo své zdraví 34,5 % respondentů, 60,6 % vnímalo své zdraví jako neutrální a 4,9 % respondentů se cítilo špatně až velmi špatně.

Tabulka 51 Subjektivní vnímání zdraví respondenty versus fyzická bolest
(kontingenční tabulka)

Fyzická bolest		Subjektivní vnímání zdraví			Celkem
		Velmi dobré, dobré	Průměrné	Špatné, velmi špatné	
Četnosti	Ano	4	25	7	36
	Ne	72	101	3	176
	Celkem	76	126	10	212
Řádková procenta	Ano	11,2%	69,4%	19,4%	100,0%
	Ne	40,9%	57,4%	1,7%	100,0%
	Celkem	35,8%	59,4%	4,8%	100,0%
Znaménkové schéma	Ano	---	0	+++	
	Ne	+++	0	---	

Kontingenční tabulka jasně ukazuje, že respondenti trpící fyzickou bolestí hodnotí svůj zdravotní stav zřídka jako dobrý, převažuje průměrné až špatné hodnocení. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 28,073$, $df = 2$, $p < 0,001$).

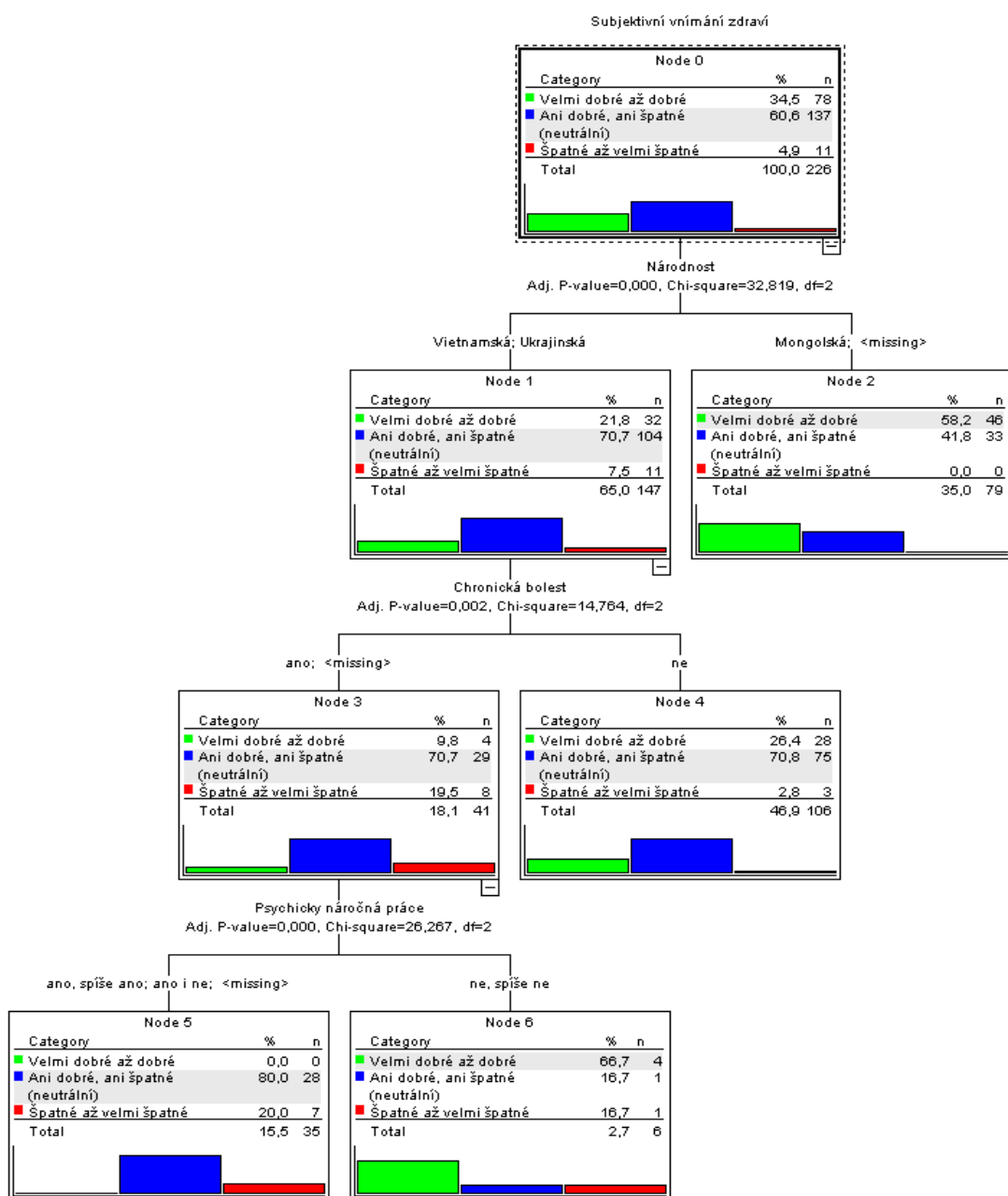
Vzhledem k nízkému zastoupení třetí kategorie subjektivního vnímání zdraví („špatné, velmi špatné“) byl zaznamenán pouze jediný statisticky průkazný vliv, a to u fyzické bolesti. Po vyloučení této kategorie se projevila závislost subjektivního vnímání zdraví na národnosti a vzdělání.

Tabulka 52 Subjektivní vnímání zdraví respondenty versus národnost
(kontingenční tabulka)

Národnost		Subjektivní hodnocení zdraví		Celkem
		Velmi dobré, dobré	Průměrné	
Četnosti	Vietnamská	12	49	61
	Ukrajinská	21	55	76
	Mongolská	42	33	75
	Celkem	75	137	212
Řádková procenta	Vietnamská	19,7%	80,3%	100,0%
	Ukrajinská	27,6%	72,4%	100,0%
	Mongolská	56,0%	44,0%	100,0%
	Celkem	35,4%	64,6%	100,0%
Znaménkové schéma	Vietnamská	--	++	
	Ukrajinská	0	0	
	Mongolská	+++	---	

Z kontingenční tabulky vyplývá, že mongolští respondenti hodnotí své zdraví významně lépe než ostatní národnostní skupiny respondentů. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 22,528$, $df = 2$, $p < 0,001$).

Graf 14 Štěpení zkoumaného souboru dle závislé proměnné – subjektivní vnímání zdraví



Graf 14 zobrazuje štěpení souboru dle závislé proměnné „subjektivní vnímání zdraví“. Metoda CHAID hledá v každém kroku nezávislou proměnnou, která má nejsilnější vztah k závislé proměnné. Nezávislými proměnnými byli zvoleny národnost, věk, přítomnost fyzické bolesti a hodnocení psychické a fyzické zátěže v práci. Procento chybně zařazených údajů bylo 32,3 % (Risk Estimate 0,323), standardní chyba odhadu byla 3,1 % (0,031).

Subjektivní vnímání zdraví má nejsilnější vztah k národnosti respondentů. Rozhodovacím stromem byly určeny dvě skupiny respondentů. Subjektivní vnímání zdraví mongolské skupiny respondentů bylo natolik odlišné (velmi dobré a dobré 52,8 %, neutrální 41,8 %), že tato skupina respondentů byla vyčleněna zvlášť. Statisticky významně „hůře“ vnímali své zdraví ukrajinští a vietnamští respondenti. Jejich hodnocení zdraví nebylo významně odlišné, proto byli spojeni do jedné kategorie (velmi dobré a dobré 21,8 %, neutrální 70,7 %, špatné a velmi špatné 7,5 %). Pro mongolskou skupinu respondentů sledované proměnné *nebyly* významnými faktory (prediktory), které by jejich subjektivní vnímání zdraví ovlivňovaly.

U vietnamské a ukrajinské minority byla prokázána negativní korelace mezi jejich hodnocením zdraví a přítomností fyzické bolesti a psychické zátěže. Subjektivně „hůře“ hodnotili své zdraví respondenti, kteří zároveň udávali přítomnost fyzické bolesti a psychickou zátěž v zaměstnání. Necelá třetina (26,4 %) respondentů, která v osobní anamnéze *neudávala* přítomnost fyzické bolesti, hodnotila své zdraví jako „dobré a velmi dobré“. Oproti tomu pouze 9,8 % respondentů s fyzickou bolestí hodnotilo své zdraví v kategorii „dobré a velmi dobré“. Respondenti s fyzickou bolestí a s psychickou zátěží v zaměstnání hodnotili své zdraví pouze v kategorii neutrální a špatné (80 %) až velmi špatné (20 %). Věk ani fyzická zátěž v zaměstnání nebyly významnými ukazateli subjektivního vnímání zdraví respondentů.

Tabulka 53 Schopnost porozumět mluvenému českému slovu versus národnost (kontingenční tabulka)

Národnost		Rozumím mluvenému českému slovu*			Celkem
		Výborně, velmi dobře	Dobře	Špatně, velmi špatně	
Četnosti	Vietnamská	8	20	35	63
	Ukrajinská	36	36	11	83
	Mongolská	9	43	28	80
	Celkem	53	99	74	226
Řádková procenta	Vietnamská	12,7%	31,7%	55,6%	100,0%
	Ukrajinská	43,4%	43,4%	13,2%	100,0%
	Mongolská	11,2%	53,8%	35,0%	100,0%
	Celkem	23,5%	43,8%	32,7%	100,0%
Znaménkové schéma	Vietnamská	–	–	+++	
	Ukrajinská	+++	0	---	
	Mongolská	--	+	0	

*odpovědi byly rekatégorizovány z 5 na 3 kategorie: 1) výborně a velmi dobře, 2) dobře, 3) špatně a velmi špatně

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že Ukrajinci rozumí českému jazyku statisticky významně lépe než Vietnamci a Mongolové. Naopak Vietnamci rozumí českému jazyku statisticky významně hůře než Ukrajinci a Mongolové. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 45,899$, $df = 4$, $p < 0,001$).

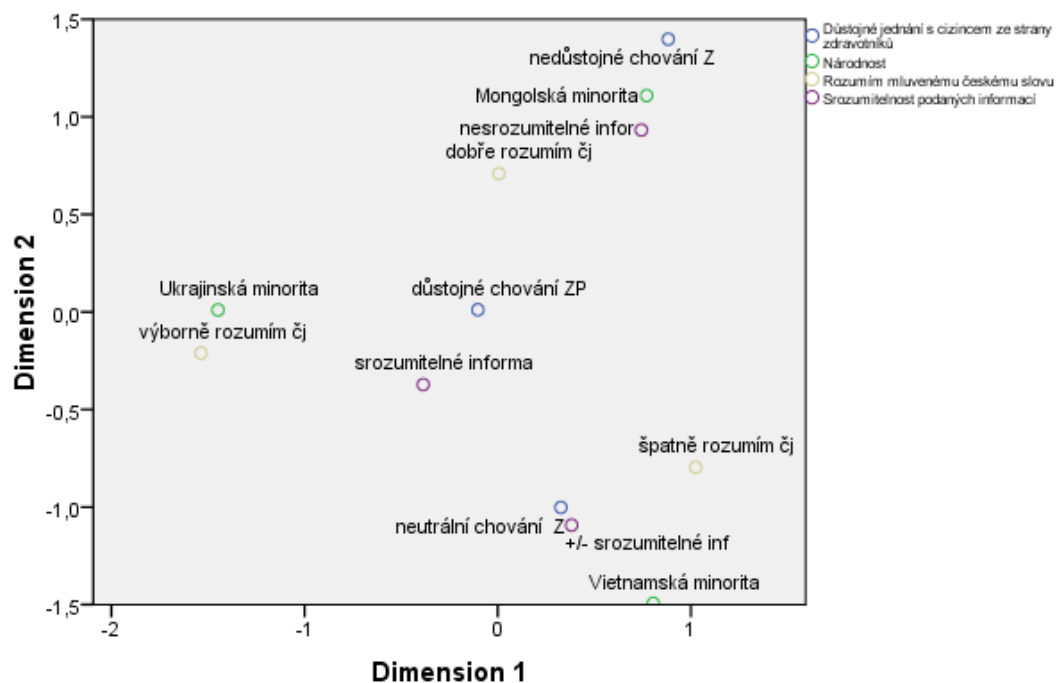
Tabulka 54 Hodnocení jednání lékařů při přijetí do nemocnice versus národnost (kontingenční tabulka)

Národnost		Jednání lékařů při přijetí do nemocnice bylo důstojné*			Celkem
		ano, spíše ano	průměrně	spíše ne, ne	
Četnosti	Vietnamská	27	14	2	43
	Ukrajinská	32	8	4	44
	Mongolská	35	5	12	52
		94	27	18	139
Řádková procenta	Vietnamská	62,8%	32,6%	4,6%	100,0%
	Ukrajinská	72,7%	18,2%	9,1%	100,0%
	Mongolská	67,3%	9,6%	23,1%	100,0%
		67,7%	19,4%	12,9%	100,0%
Znaménkové schéma	Vietnamská	0	++	0	
	Ukrajinská	0	0	0	
	Mongolská	0	–	++	

*odpovědi byly rekatégorizovány z 5 na 3 odpovědi: 1) ano a spíše ano, 2) průměrně, 3) spíše ne a ne

Vztah srovnávaných proměnných (národnosti a hodnocením jednání lékařů) je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 13,659$, $df = 4$, $p = 0,008$). Mongolští respondenti statisticky významně méně hodnotili jednání lékařů při přijetí do nemocnice jako důstojné než ostatní skupiny respondentů.

Graf 15 Komunikační bariéry při čerpání zdravotní péče imigranty
(korespondenční analýza)



Dle korespondenční analýzy, která odhaluje statisticky významné vztahy mezi sledovanými proměnnými, mongolská minorita významně více hodnotila chování zdravotníků k jejich osobě jako nedůstojné. Přestože hodnotí svoji schopnost porozumět českému jazyku jako dobrou, ukazuje se, že jsou pro ně podané informace zdravotníky nesrozumitelné. Pro ukrajinskou minoritu byly podávané informace zdravotníky nejsrozumitelnější, což bylo statisticky významně podmíněno výbornou schopností porozumět českému jazyku. Zároveň chování zdravotnických pracovníků k jejich osobě hodnotili jako důstojné. Přestože vietnamští respondenti hodnotili svou schopnost porozumět českému jazyku jako špatnou, hodnotili srozumitelnost podaných informací jako průměrnou (+/- srozumitelné).

4.6 Identifikační údaje – výzkumný soubor 2 (n = 236)

Tabulka 55 Přehled základních charakteristik respondentů 1

	Četnost	Procenta	Validní procenta
Národnost			
Vietnamská	50	21,2	21,2
Ukrajinská	135	57,2	57,2
Mongolská	51	21,6	21,6
Celkem	236	100,0	100,0
Typ pobytu			
Pobyt s vízem nad 90 dnů	40	16,9	18,8
Dlouhodobý pobyt	97	41,2	45,5
Přechodný pobyt	7	3,0	3,3
Trvalý pobyt	69	29,2	32,4
Celkem	213	90,3	100,0
Vyřazeno	23	9,7	
Celkem	236	100,0	
Délka pobytu			
1-4 roky včetně	40	16,9	22,6
5-10 let	78	33,1	44,1
11 a více let	59	25,0	33,3
Celkem	177	75,0	100,0
Vyřazeno	59	25,0	
Celkem	236	100,0	
Důvod pobytu			
Studium a praxe	15	6,4	7,1
Podnikání na ŽL	26	11,0	12,3
Zaměstnání	126	53,4	59,4
Sloučení rodiny	38	16,1	17,9
Nelegální pobyt	7	3,0	3,3
Celkem	212	89,9	100,0
Vyřazeno	24	10,1	
Celkem	236	100,0	

Z celkového počtu 236 respondentů (100 %) pocházelo 50 respondentů z Vietnamu (21,2 %), 135 respondentů z Ukrajiny (57,2 %) a 51 z Mongolska (21,6 %). 133 respondentů byly ženy (56,4 %) a 103 muži (43,6 %).

Tabulka 56 Přehled základních charakteristik respondentů 2

	Četnost	Procenta	Validní procenta
Kraj – místo pobytu respondentů			
hlavní město Praha	133	56,4	56,4
Jihočeský kraj	103	43,6	43,6
Celkem	236	100,0	100,0
Pohlaví			
Žena	133	56,4	56,4
Muž	103	43,6	43,6
Celkem	236	100,0	100,0
Generační zařazení			
Mladá generace (18-29 let)	53	22,5	25,0
Střední generace (30-50 let)	126	53,4	59,4
Starší generace (51+)	33	14,0	15,6
Celkem	212	89,9	100,0
Vyřazeno	24	10,1	
Celkem	236	100,0	
Nejvyšší dosažené zdělení			
Základní	63	26,7	29,9
Odborné bez maturity	76	32,2	36,0
Středoškolské s maturitou	33	14,0	15,6
Vysokoškolské	39	16,5	18,5
Celkem	211	89,4	100,0
Vyřazeno	25	10,6	
Celkem	236	100,0	

Z celkového počtu 236 respondentů (100 %) žije 103 respondentů (43,6 %) v Jihočeském kraji a 133 respondentů (56,4 %) má místo bydliště v hlavním městě Praha.

Z celkového počtu 211 validních odpovědí (100 %) má 63 respondentů základní vzdělání (29,9 %), 76 odborné bez maturity (36,0 %), 33 středoškolské s maturitou (15,6 %) a 39 respondentů dosáhlo vysokoškolského vzdělání (18,5 %).

4.7 Vyhodnocení sociální determinanty zdraví „Práce“ (VS 2)

Tabulka 57 Ukazatele socioprofesionální pozice (vzdělání, mzda a zaměstnání) versus vybrané ukazatele

Ukazatele socioprofesionálního statusu	Dosažená hladina významnosti			
	Národnost	Pohlaví	Nostrifikace vzdělání	Vzdělání
Vzdělání	0,000	0,777	0,823	-
Mzda	0,000	0,822	0,009	0,064
Typ zaměstnání	-	0,020	-	0,064

Ve výzkumu byl prokázán statisticky významný vztah mezi národností respondentů a jejich vzděláním ($p < 0,001$) a mzdou ($p < 0,001$). Dále byl prokázán vztah mezi typem zaměstnání a pohlavím respondentů ($p = 0,020$), nostrifikací vzdělání a mzdou respondentů ($p = 0,009$). Nebyl prokázán statisticky významný vztah mezi vzděláním respondentů – zaměstnáním ($p = 0,064$) a mzdou (0,064).

Tabulka 58 Využití kvalifikace v zaměstnání v ČR

	Četnosti	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Ano	37	15,7	20,1	20,1
Ne	147	62,3	79,9	100,0
Celkem	184	78,0	100,0	
Neodpovědělo	52	22,0		
Celkem	236	100,0		

Z celkového počtu 184 respondentů (100,0 %), kteří odpovídali na danou otázku, 37 využilo kvalifikaci při hledání zaměstnání v ČR (20,1 %), 147 kvalifikaci nevyužilo (79,9 %).

Odpovědi respondentů na otázku „Kolik činí Vaše čistá měsíční mzda?“ byly zařazeny do šesti kategorií: 0-5 000 Kč, 5 100-10 000 Kč, 10 100-15 000 Kč, 15 100-20 000 Kč, 20 100–25 000 Kč, 25 100–30 000 Kč, 30 100-35 000 Kč. Po rekatégorizaci do čtyř skupin odpovědí byly dostány tyto výsledky: z celkového počtu 185 validních odpovědí 47 respondentů udávalo čistou měsíční mzdu do 10 000 Kč (25,5 %). Od 10 100 Kč do 20 000 Kč měsíčně vydělá 107 respondentů (57,8 %). Mzdu

od 20 100 Kč až 30 000 Kč pobírá 25 respondentů (13,5 %) a 6 respondentů měsíčně vydělá více než 30 100 Kč (3,2 %). Z důvodu nízkého počtu četností v poslední kategorii odpovědi byla tato kategorie při statistickém testování vyřazena.

Tabulka 59 Čistá mzda respondentů versus nostrifikace vzdělání

Využití kvalifikace v zaměstnání		Čistá měsíční mzda			
		do 10 000 Kč	10 100-20 000 Kč	20 100-30 000 Kč	Celkem
Četnosti	Ano	4	22	10	36
	Ne	41	79	15	135
	Celkem	45	101	25	171
Řádková procenta	Ano	11,1%	61,1%	27,8%	100,0%
	Ne	30,4%	58,5%	11,1%	100,0%
	Celkem	26,3%	59,1%	14,6%	100,0%
Znaménkové schéma	Ano	-	0	+	
	Ne	+	0	-	

Poznámka: Z důvodu nízkého počtu četností v kategorii 30 100 a více byla tato kategorie při statistickém testování vyřazena.

Ze srovnání relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že s uznáním a využitím kvalifikace v zaměstnání roste i výše výtěžku. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 9,438$, $df = 2$, $p = 0,009$).

Tabulka 60 Kategorie zaměstnání respondentů

Kategorie	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Vědečtí a odborní pracovníci	4	1,7	2,3	2,3
Techničtí, zdravotničtí a pedagogičtí pracovníci	14	6,4	8,5	10,7
Nižší administrativní pracovníci (úředníci)	8	3,4	4,5	15,3
Pracovníci ve službách a obchodě	28	11,9	15,8	31,1
Kvalifikovaní dělníci v zemědělství a lesnictví	3	1,3	1,7	32,8
Řemeslníci a kvalifikovaní výrobci, opraváři	22	9,3	12,4	45,2
Obsluha strojů a zařízení	15	6,3	8,5	53,7
Pomocní a nekvalifikovaní dělníci	83	34,7	46,3	100,0
Celkem	177	75,0	100,0	
Vyřazeno	59	25,0		
Celkem	236	100,0		

Z celkového počtu 177 ekonomicky aktivních respondentů (100 %) 83 respondentů získalo především pomocná a nekvalifikovaná pracovní místa (46,3 %), 28 místa ve službách a obchodě (15,8 %) a 22 místa v řemeslné výrobě (12,4 %).

Následně byly kategorie zaměstnání rekatégorizovány do třech kategorií: 1. čistě intelektuální zaměstnání (vědečtí pracovníci, nižší administrativní pracovníci), 2. kombinace intelektuální a manuální práce (techničtí, zdravotničtí a pedagogičtí pracovníci a provozní pracovníci ve službách a obchodě), 3. Manuální typ práce (kvalifikovaní dělníci v zemědělství a lesnictví, řemeslníci, obsluha strojů a zařízení a pomocní dělníci).

Tabulka 61 Typ práce versus národnost respondentů

Národnost		Typ práce			
		Intelektuální	Kombinace	Manuální	Celkem
Četnosti	Vietnamská	0	16	12	28
	Ukrajinská	5	24	83	112
	Mongolská	7	2	28	37
	Celkem	12	42	123	177
Řádková procenta	Vietnamská	0,0%	57,1%	42,9%	100,0%
	Ukrajinská	4,5%	21,4%	74,1%	100,0%
	Mongolská	18,9%	5,4%	75,7%	100,0%
	Celkem	6,8%	23,7%	69,5%	100,0%

Z kontingenční tabulky vyplývá, že vietnamští respondenti zastávají místa technických, zdravotnických a pedagogických pracovníků a pracovníků ve službách a obchodě. Ukrajínští a mongolští respondenti pracují především jako kvalifikovaní dělníci v zemědělství a lesnictví, řemeslníci, obsluha strojů a zařízení a pomocní dělníci.

Tabulka 62 Rizikové faktory pracovního prostředí versus pohlaví, národnost, věk a typ práce respondentů

Pracovní podmínky	Dosažená hladina významnosti		
	Pohlaví	Věk	Národnost
Sexuální obtěžování, psychologický nátlak	0,423	-	-
Diskriminace	0,878	0,195	0,019
Násilí nebo vyhrožování násilím	-	-	-
Časová tíseň, nadměrné pracovní zatížení	0,961	0,534	0,001
Chemikálie, prach, zplodiny, kouř, plyny	0,889	-	0,003
Hluk, vibrace	0,005	0,327	0,000
Práce v nepřírozené poloze, přenášení těžkých věcí....	0,089	0,238	0,020
Riziko úrazu	0,000	0,289	0,000
Počet pracovních dnů v týdnu	0,545	-	0,048
Počet pracovních hodin během 24 hod.	0,794	-	0,001

Chi kvadrát test prokázal statisticky významný vztah mezi národností respondentů a těmito nepříznivými pracovními podmínkami: diskriminace ($p = 0,019$), nadměrné pracovní zatížení ($p = 0,001$), chemická a toxická zátěž ($p = 0,003$), zvýšená míra hluku ($p < 0,001$), práce v nepřírozené poloze ($p = 0,020$) a riziko úrazu ($p < 0,001$). Dále byl prokázán vztah mezi pohlavím respondentů a zvýšenou mírou hluku v zaměstnání ($p =$

0,005) a rizikem úrazu ($p < 0,001$). Kruskal Wallisův test prokázal statisticky významný vztah mezi národnostmi respondentů a počtem pracovních dnů v týdnu ($p = 0,048$), počtem pracovních hodin během 24 hod. ($p = 0,001$).

Tabulka 63 Sexuální obtěžování, psychologický nátlak na pracovišti

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Žádné působení	96	40,7	84,2	84,2
Mírné působení	17	7,2	14,9	99,1
Silné působení	1	0,4	0,9	100,0
Celkem	114	48,3	100,0	
Vyřazeno	122	51,7		
Celkem	236	100,0		

Z celkového počtu 114 respondentů (100 %), kteří na položenou otázku odpovídali, hodnotil jeden respondent míru sexuálního obtěžování a psychologického nátlaku v zaměstnání jako silnou (0,9 %), 17 respondentů jako mírnou (14,9 %) a 96 respondentů není vystaveno žádnému sexuálnímu obtěžování popřípadě psychologickému nátlaku v zaměstnání (84,2 %).

Tabulka 64 Diskriminace na pracovišti versus národnost respondentů (korespondenční analýza)

Národnost		Diskriminace v zaměstnání			
		Žádné	Mírné	Silné	Celkem
Četnosti	Vietnamská	19	4	0	23
	Ukrajinská	38	25	14	77
	Mongolská	11	9	1	21
	Celkem	68	38	15	121
Řádková procenta	Vietnamská	82,6%	17,4%	0%	100,0%
	Ukrajinská	49,4%	32,5%	18,1%	100,0%
	Mongolská	52,4%	42,9%	4,7%	100,0%
	Celkem	56,2%	31,4%	12,4%	100,0%
Znaménkové schéma	Vietnamská	++	0	-	
	Ukrajinská	-	0	++	
	Mongolská	0	0	0	

Z celkového počtu 121 respondentů (100 %), kteří na položenou otázku odpovídali, má 15 respondentů pocit silné diskriminace v zaměstnání (12,4 %), 38 mírné (31,4 %) a 68 respondentů není v zaměstnání vystaveno žádné diskriminaci (56,2 %).

Z kontingenční tabulky vyplývá, že ukrajinská skupina respondentů pocítuje statisticky významně častěji diskriminaci v zaměstnání (18,1 %) než ostatní skupiny respondentů (Vietnamci – 0 %; Mongolové – 4,7 %). Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 11,812$, $df = 4$, $p = 0,019$).

Tabulka 65 Násilí nebo vyhrožování násilím na pracovišti

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Žádné působení	106	44,9	93,0	93,0
Mírné působení	6	2,6	5,2	98,2
Silné působení	2	0,8	1,8	100,0
Celkem	114	48,3	100,0	
Vyřazeno	122	51,7		
Celkem	236	100,0		

Z celkového počtu 114 respondentů (100 %), kteří na položenou otázku odpovídali, měli 2 respondenti pocit silného násilí nebo vyhrožování násilím v zaměstnání (1,8 %), 6 respondentů hodnotí násilí jako mírné (5,2 %) a 106 respondentů nejsou vystaveni žádnému násilí nebo vyhrožování násilím v zaměstnání (93,0 %).

Tabulka 66 Nadměrné pracovní přetížení versus národnost (kontingenční tabulka)

Národnost		Nadměrné pracovní přetížení (časová tíseň)			
		Žádné	Mírné	Silné	Celkem
Četnosti	Vietnamská	2	28	12	42
	Ukrajinská	30	34	22	86
	Mongolská	10	7	11	28
	Celkem	42	69	45	156
Řádková procenta	Vietnamská	4,8%	66,7%	28,5%	100,0%
	Ukrajinská	34,9%	39,5%	25,6%	100,0%
	Mongolská	35,7%	25,0%	39,3%	100,0%
	Celkem	26,9%	44,2%	28,9%	100,0%
Znaménkové schéma	Vietnamská	---	+++	0	
	Ukrajinská	+	0	0	
	Mongolské	0	-	0	

Z celkového počtu 156 respondentů (100 %), kteří na položenou otázku odpovídali, má 45 respondentů v zaměstnání pocit nadměrného pracovního zatížení (28,9 %), 69 respondentů hodnotí pracovní zatížení jako mírné (44,2 %) a 42 respondentů nemá pocit časové tísně v zaměstnání (26,9 %).

Ze znaménkového schématu je zřejmé, že vietnamští respondenti hodnotili své pracovní zatížení vyšší než ostatní respondenti a naopak Ukrajinci hodnotí své pracovní zatížení nižší než Asiaté. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 19,416$, $df = 4$, $p = 0,001$).

Tabulka 67 Zátěž chemikáliemi, kouřem, plyny, toxickými zplodinami versus národnost (kontingenční tabulka)

Národnost		Zátěž chemikáliemi, kouřem, plyny, toxickými zplodinami v zaměstnání			
		Žádné	Mírné	Silné	Celkem
Četnosti	Vietnamská	18	1	1	20
	Ukrajinská	42	29	14	85
	Mongolská	12	3	7	22
	Celkem	72	33	22	127
Řádková procenta	Vietnamská	90,0%	5,0%	5,0%	100,0%
	Ukrajinská	49,4%	34,1%	16,5%	100,0%
	Mongolské	54,5%	13,6%	31,9%	100,0%
	Celkem	56,7%	26,0%	17,3%	100,0%
Znaménkové schéma	Vietnamská	+++	-	0	
	Ukrajinská	-	++	0	
	Mongolská	0	0	+	

Z celkového počtu 127 respondentů (100 %), kteří na položenou otázku odpovídali, je 22 respondentů v zaměstnání silně vystaveno chemické a toxické zátěži (17,3 %), 33 respondentů hodnotí chemickou zátěž v zaměstnání jako mírnou (26,0 %) a 72 respondentů nemá pocit chemické a toxické zátěže v zaměstnání (56,7 %).

Z kontingenční tabulky vyplývá, že vietnamští respondenti jsou v zaměstnání zatíženi nižší chemickou-toxickou zátěží (90,0 %) než Ukrajinci (49,4 %) a Mongolové (54,5 %). Naopak mongolští respondenti jsou v zaměstnání nejvíce vystavení chemikáliím, kouřem, plyny a jinými toxickými zplodinami (31,9 %). Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 16,028$ $df = 4$, $p = 0,003$).

Tabulka 68 Zátěž hlukem nebo vibracemi versus pohlaví (kontingenční tabulka)

Pohlaví		Zátěž hlukem nebo vibracemi			
		Žádné	Mírné	Silné	Celkem
Četnosti	Žena	45	18	12	75
	Muž	18	17	20	55
	Celkem	63	35	32	130
Řádková procenta	Žena	60,0%	24,0%	16,0%	100,0%
	Muž	32,7%	30,9%	36,4%	100,0%
	Celkem	48,5%	26,9%	24,6%	100,0%
Znaménkové schéma	Žena	++	0	--	
	Muž	--	0	++	

Z celkového počtu 130 respondentů (100 %), kteří na položenou otázku odpovídali, je 32 respondentů v zaměstnání silně vystaveno hlučnému prostředí (13,6 %), 35 respondentů hodnotí hlučnost pracovního prostředí jako mírnou (26,9 %) a 63 respondentů není vystaveno hlučnému pracovnímu prostředí (26,7 %).

Ženy jsou v zaměstnání vystaveny nižší míře hluku (60,0 %) než muži (32,7 %) a naopak muži jsou v zaměstnání vystaveni vyšší míře hluku (36,4 %) než ženy (16,0 %). Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (*chi kvadrát* / $\chi^2 = 10,778$, *df* = 2, *p* = 0,005).

Tabulka 69 Zátěž hlukem nebo vibracemi versus národnost (kontingenční tabulka)

Národnost		Zátěž hlukem nebo vibracemi			
		Žádná	Mírná	Silná	Celkem
Četnosti	Vietnamská	19	0	1	20
	Ukrajinská	36	26	23	85
	Mongolská	8	9	8	25
	Celkem	63	35	32	130
Řádková procenta	Vietnamská	95,0%	0%	5,0%	100,0%
	Ukrajinská	42,4%	30,6%	27,0%	100,0%
	Mongolská	32,0%	36,0%	32,0%	100,0%
	Celkem	48,5%	26,9%	24,6%	100,0%
Znaménkové schéma	Vietnamská	+++	--	-	
	Ukrajinská	0	0	0	
	Mongolská	0	0	0	

Vietnamská skupina respondentů je statisticky významně méně zatížena v zaměstnání hlukem a vibracemi než ostatní národnosti respondentů. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 21,451$, $df = 4$, $p < 0,001$).

Tabulka 70 Přenášení těžkých věcí, práce v nepřírozené poloze

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Žádné působení	83	35,2	66,9	66,9
Mírné působení	31	13,1	25,0	91,9
Silné působení	10	4,2	8,1	100,0
Celkem	124	52,5	100,0	
Vyřazeno	112	47,5		
Celkem	236	100,0		

Z celkového počtu 124 respondentů (100 %), kteří na položenou otázku odpovídali, je 10 respondentů v zaměstnání silně vystaveno práci v nepřírozené poloze (8,1 %), 31 respondentů přenáší v zaměstnání těžké věci méně často (25,0 %) a 83 respondentů nepřenáší v zaměstnání těžké věci (66,9%).

Z důvodu malého počtu četností byla kategorie silné působení vyřazena pro statistické testování.

Tabulka 71 Přenášení těžkých věcí, práce v nepřírozené poloze versus národnost (kontingenční tabulka)

Národnost		Přenášení těžkých věcí, práce v nepřírozené poloze		
		Žádné	Mírné	Celkem
Četnosti	Vietnamská	19	1	20
	Ukrajinská	54	22	76
	Mongolská	10	8	18
	Celkem	83	31	114
Řádková procenta	Vietnamská	95,0%	5,0%	100,0%
	Ukrajinská	71,1%	28,9%	100,0%
	Mongolská	55,6%	44,4%	100,0%
	Celkem	72,8%	27,2%	100,0%
Znaménkové schéma	Vietnamská	+	-	
	Ukrajinská	0	0	
	Mongolská	0	0	

Vietnamská skupina respondentů je statisticky významně méně zatížená v zaměstnání přenášením těžkých věcí a prací v nepřírozené poloze než ostatní národnosti respondentů. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (*chi kvadrát* / $\chi^2 = 7,799$, *df* = 2, *p* = 0,020).

Tabulka 72 Riziko úrazu na pracovišti versus pohlaví (kontingenční tabulka)

Pohlaví		Riziko úrazu			
		Žádné	Mírné	Silné	Celkem
Četnosti	Žena	47	15	8	70
	Muž	18	27	14	59
	Celkem	65	42	22	129
Řádková procenta	Žena	67,1%	21,4%	11,5%	100,0%
	Muž	30,5%	45,8%	23,7%	100,0%
	Celkem	50,4%	32,6%	17,0%	100,0%
Znaménkové schéma	Žena	+++	--	0	
	Muž	---	++	0	

Z celkového počtu 129 respondentů (100 %), kteří na položenou otázku odpovídali, je 22 respondentů v zaměstnání silně vystaveno riziku úrazu (17,0 %), 42 respondentů mírnému riziku úrazu (32,6 %) a 65 respondentů minimálnímu až žádnému riziku (50,4 %).

Ženy jsou v zaměstnání vystaveny nižšímu riziku úrazů (67,1 %) než muži (30,5 %). Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (*chi kvadrát* / $\chi^2 = 17,190$, *df* = 2, *p* < 0,001).

Tabulka 73 Riziko úrazu na pracovišti versus národnost (kontingenční tabulka)

Národnost		Riziko úrazu			
		Žádné	Mírné	Silné	Celkem
Četnosti	Vietnamská	20	0	0	20
	Ukrajinská	35	36	16	87
	Mongolská	10	6	6	22
	Celkem	65	42	22	129
Řádková procenta	Vietnamská	100,0%	0%	0%	100,0%
	Ukrajinská	40,2%	41,4%	18,4%	100,0%
	Mongolská	45,5%	27,3%	27,2%	100,0%
	Celkem	50,4%	32,6%	17,0%	100,0%
Znaménkové schéma	Vietnamská	+++	---	-	
	Ukrajinská	---	++	0	
	Mongolská	0	0	0	

Vietnamští respondenti jsou v zaměstnání vystaveni nižšímu riziku úrazů než mongolští a ukrajínští respondenti. Ukrajinci naopak vyššímu. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 25,286$, $df = 4$, $p < 0,001$).

Tabulka 74 Porovnání pracovních podmínek imigrantů s českou populací

Pracovní prostředí	Česká populace (%)				Imigranti (%)				P
	Silně	Mírně	Vůbec ne	N	Silně	Mírně	Vůbec ne	N	
Sexuální obtěžování, psychologický nátlak	1,5	5,9	92,6	1044	0,9	14,9	84,2	114	0,001
Diskriminace	0,9	5,7	93,4	1044	12,4	31,4	56,2	121	0,000
Násilí nebo vyhrožování násilím	0,8	1,8	97,3	1044	1,8	5,2	93,0	114	*
Časová tíseň, nadměrné pracovní zatížení	15,1	45,7	39,2	1044	28,9	44,2	26,9	156	0,000
Chemikálie, prach, zplodiny, kouř, plyny	9,7	27,1	63,2	1044	17,3	26,0	56,7	127	0,028
Hluk, vibrace	14,4	28,2	57,4	1044	24,6	26,9	48,5	130	0,009
Práce v nepřirozené poloze, přenášení těžkých věcí....	9,3	26,0	64,7	1044	8,1	25,0	66,9	124	0,86
Riziko úrazu	14,0	36,1	49,9	1044	17,0	32,6	50,4	129	0,558

Poznámka: výsledky za českou populaci Evropské výběrové šetření(2011, s. 180 a 181),

** nebyla splněna podmínka dostatečného zastoupení očekávaných četností. (testováno chí kvadrát testem v kontingenční tabulce)*

Statisticky významné rozdíly v nepříznivých pracovních okolnostech mezi českou populací a cílovou skupinou respondentů byly prokázány v pěti oblastech: „sexuální obtěžování a psychologický nátlak“ ($p = 0,001$), „diskriminace“ ($p < 0,001$), „časová tíseň, nadměrné pracovní zatížení“ ($p < 0,001$), chemikálie, prach, zplodiny, kouř, plyny“ ($p = 0,028$) a „hluk a vibrace“ ($p = 0,009$). V dimenzi „práce v nepřirozené poloze, přenášení těžkých věcí apod.“ ($p = 0,86$) a „riziko úrazu“ ($p = 0,558$) nebyly rozdíly statisticky prokázány.

Tabulka 75 Školení BOZP při nástupu do zaměstnání

Školení BOZP	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Ano	132	55,9	73,3	73,3
Ne	45	19,1	25,0	98,3
Potvrzení mám, ale nikdo mně neproškolicil	3	1,3	1,7	100,0
Celkem	180	76,3	100,0	
Vyřazeno	56	23,7		
Celkem	236	100,0		

Z celkového počtu 180 respondentů, kteří na dotaz odpovídali, 132 prošlo při nástupu do zaměstnání školením BOZP (73,3 %), 45 ne (25,0 %) a tři respondenti uvedli, že potvrzení o školení BOZP mají, ale nikdo je neproškolicil (1,7 %).

Z důvodu malého počtu četností byla pro statistické testování 2. a 3. kategorie odpovědi sloučena.

Tabulka 76 Dodržování pravidel BOZP

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Ano, vždy	108	45,8	61,0	61,0
Často	35	14,8	19,8	80,8
Zřídka	31	13,1	17,5	98,3
Nikdy	3	1,3	1,7	100,0
Celkem	177	75,0	100,0	
Vyřazeno	59	25,0		
Celkem	236	100,0		

Z celkového počtu 177 respondentů, kteří na dotaz odpovídali, 108 vždy dodržuje v zaměstnání zásady BOZP (61,0 %), 35 často (19,8 %), 31 zřídka (17,5 %) a tři respondenti uvedli, že nikdy při práci nedodržují zásady BOZP (1,7 %).

Z důvodu malého počtu četností byla pro statistické testování kategorie odpovědi zřídka a nikdy sloučena do jedné.

Tabulka 77 Délka pracovní doby cílové skupiny imigrantů

	Národnost	Průměr	Medián	Sm. odchylka	Minimum	Maximum	Počet
Počet pracovních dnů v týdnu	Vietnamská	5,9	6,0	0,60	5,0	7,0	28
	Ukrajinská	5,5	5,0	0,94	1,0	7,0	111
	Mongolská	5,6	6,0	0,92	3,0	7,0	31
	Celkem	5,6	6,0	0,90	1,0	7,0	170
Počet pracovních hodin během jednoho dne	Vietnamská	11,1	11,0	1,14	9,0	13,5	28
	Ukrajinská	9,6	10,0	2,18	1,0	15,0	108
	Mongolská	9,2	9,5	2,41	2,0	12,0	29
	Celkem	9,8	10,0	2,17	1,0	15,0	165

Vietnamští respondenti udávali statisticky významně vyšší pracovní zátěž než ostatní respondenti. Počet pracovních dnů – Kruskal-Wallisův test = 6,067, $df = 2$, $p = 0,048$ a počet hodin strávených v práci/24 hod. – Kruskal-Wallisův test = 15,115, $df = 2$, $p = 0,001$.

Tabulka 78 Znalost mluveného českého jazyka

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Výborná	28	11,9	12,0	12,0
Velmi dobrá	27	11,4	11,5	23,5
Dobrá	109	46,2	46,6	70,1
Špatná	61	25,8	26,1	96,2
Velmi špatná	9	3,9	3,8	100,0
Celkem	234	99,2	100,0	
Vyřazeno	2	0,8		
Celkem	236	100,0		

Z celkového počtu 234 respondentů, kteří na dotaz odpovídali, 28 svoji znalost českého jazyka hodnotí jako výbornou (12,0 %), 27 jako velmi dobrou (11,5 %), 109 jako dobrou (46,6 %), 61 respondentů hodnotí svoji znalost českého jazyka jako špatnou (26,1 %) a devět respondentů dokonce jako velmi špatnou (3,8 %).

Pro statistické testování byly odpovědi respondentů rekatégorizovány z pěti na tři kategorie (výborná a velmi dobrá; dobrá; špatná a velmi špatná).

Tabulka 79 Pracovní úrazy, nemoc versus pohlaví, národnost, věk a typ práce respondentů

Vybrané ukazatele	Dosažená hladina významnosti	
	Pracovní úrazy	Nemoc
Sexuální obtěžování, psychologický nátlak	-	0,000
Diskriminace	0,458	0,040
Násilí nebo vyhrožování násilím	-	-
Časová tíseň, nadměrné pracovní zatížení	0,482	0,001
Chemikálie, prach, zplodiny, kouř, plyny	-	-
Hluk, vibrace	0,530	0,008
Práce v nepřírozené poloze, přenášení těžkých věcí....	-	0,001
Riziko úrazu	0,226	0,003
Věk	0,350	0,356
Pohlaví	1,000	0,049
Národnost	0,000	0,193
Typ práce	0,941	0,229
Znalost českého jazyka	0,240	0,124
Proškolení BOZP	0,465	0,817
Dodržování pravidel BOZP	0,960	0,565
Délka pobytu	-	0,082

Statisticky významný vztah byl prokázán mezi národností respondentů a pracovními úrazy ($p < 0,001$). Výskyt nemocí nebo zdravotních obtíží v souvislosti s výkonem povolání byl prokázán ve vztahu k pohlaví ($p = 0,049$) a k těmto pracovním okolnostem: sexuální obtěžování a jiný psychologický útlak ($p < 0,001$), diskriminace ($p = 0,040$), nadměrné pracovní zatížení ($p = 0,001$), zvýšená míra hluku ($p = 0,008$), práce v nepřírozené poloze ($p = 0,001$) a riziko úrazu ($p = 0,003$).

Tabulka 80 Úraz na pracovišti versus národnost (kontingenční tabulka)

Národnost		Úraz na pracovišti		
		Ano	Ne	Celkem
Četnosti	Vietnamská	14	35	49
	Ukrajinská	8	97	105
	Mongolská	9	20	29
	Celkem	31	152	183
Řádková procenta	Vietnamská	28,6%	71,4%	100,0%
	Ukrajinská	7,6%	92,4%	100,0%
	Mongolská	31,0%	69,0%	100,0%
	Celkem	16,9%	83,1%	100,0%
Znaménkové schéma	Vietnamská	+	-	
	Ukrajinská	---	+++	
	Mongolská	+	-	

Vietnamská (28,6 %) a mongolská minorita (31,0 %) uváděla vyšší výskyt úrazů na pracovišti než Ukrajinci (7,6 %). Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 15,289$, $df = 2$, $p < 0,001$).

Tabulka 81 Nemoc (zdravotní potíže) vzniklá v souvislosti s výkonem povolání versus pohlaví (kontingenční tabulka)

Pohlaví		Nemoc (zdravotní potíže) z povolání		
		Ne	Ano	Celkem
Četnosti	Žena	68	20	88
	Muž	41	25	66
	Celkem	109	45	154
Řádková procenta	Žena	77,3%	22,7%	100,0%
	Muž	62,1%	37,9%	100,0%
	Celkem	70,8%	29,2%	100,0%
Znaménkové schéma	Žena	+	-	
	Muž	-	+	

Muži uváděli vyšší výskyt nemocí v souvislosti s povoláním (37,9 %) než ženy (22,7 %). Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (*Fischer přesný test* $\chi^2 = 4,186$, $df = 1$, $p = 0,049$).

Tabulka 82 Nemoc (zdravotní potíže) vzniklá v souvislosti s výkonem povolání versus sexuální obtěžování nebo jiný psychologický útlak (kontingenční tabulka)

Sexuální obtěžování, jiný psychologický útlak		Nemoc (zdravotní potíže)		
		Ne	Ano	Celkem
Četnosti	Žádné	63	10	73
	Mírné	4	8	12
	Celkem	67	18	85
Řádková procenta	Žádné	86,3%	13,7%	100,0%
	Mírné	33,3%	66,7%	100,0%
	Celkem	78,8%	21,2%	100,0%
Znaménkové schéma	Žádné	+++	---	
	Mírné	---	+++	

Poznámka: Z důvodu malého počtu četností byla kategorie silné působení vyřazena pro statistické testování.

S vyšší mírou sexuálního obtěžování či jiného psychologického útlaku na pracovišti rostl počet nemocí nebo zdravotních. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (*Fischerův přesný test* / $\chi^2 = 17,322$, $df = 1$, $p < 0,001$).

Tabulka 83 Nemoc (zdravotní potíže) vzniklá v souvislosti s výkonem povolání versus diskriminace v zaměstnání (kontingenční tabulka)

Diskriminace v zaměstnání		Nemoc (zdravotní potíže)		
		Ne	Ano	Celkem
Četnosti	Žádná	44	7	51
	Mírná	18	11	29
	Silná	9	4	13
	Celkem	71	22	93
Řádková procenta	Žádná	86,3%	13,7%	100,0%
	Mírná	62,1%	37,9%	100,0%
	Silná	69,2%	30,8%	100,0%
	Celkem	76,3%	23,7%	100,0%
Znaménkové schéma	Žádná	+	-	
	Mírná	-	+	
	Silná	0	0	

Z kontingenční tabulky vyplývá, že s vyšší mírou diskriminace v zaměstnání rostl počet nemocí nebo zdravotních potíží. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 6,421$, $df = 2$, $p = 0,040$).

Tabulka 84 Nemoc (zdravotní potíží) vzniklá v souvislosti s výkonem povolání versus nadměrné pracovní zatížení (kontingenční tabulka)

Nadměrné pracovní zatížení		Nemoc (zdravotní potíží)		
		Ne	Ano	Celkem
Četnosti	Žádné	32	2	34
	Mírné	30	22	52
	Silné	22	12	34
	Celkem	84	36	120
Řádková procenta	Žádné	94,1%	5,9%	100,0%
	Mírné	57,7%	42,3%	100,0%
	Silné	64,7%	35,3%	100,0%
	Celkem	70,0%	30,0%	100,0%
Znaménkové schéma	Žádné	+++	---	
	Mírné	--	++	
	Silné	0	0	

Z kontingenční tabulky je zřejmé, že s nadměrnou pracovní zátěží roste počet nemocí nebo zdravotních potíží v souvislosti s povoláním. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 13,622$, $df = 2$, $p = 0,001$).

Tabulka 85 Délka pracovní doby versus nadměrné pracovní zatížení (časová tíseň)

Nadměrné pracovní přetížení (časová tíseň)	Počet pracovních hodin za 24 hod.					
	Průměr	Medián	Sm. Odchylka	Minimum	Maximum	Počet
Žádné	8,4	8,0	2,57	2,0	14,0	31
Mírné	9,8	10,0	1,80	5,0	13,0	57
Silné	10,5	11,0	2,19	1,0	14,0	40
Celkem	9,7	10,0	2,25	1,0	14,0	128

S délkou pracovní doby se zvyšovala pracovní zátěž ($Kruskal-Wallisův\ test = 17,066$, $df = 2$, $p < 0,001$).

Tabulka 86 Nemoc (zdravotní potíže) vzniklá v souvislosti s výkonem povolání versus zátěž hlukem nebo vibracemi (kontingenční tabulka)

Hluk nebo vibrace		Nemoc (zdravotní potíže)		
		Ne	Ano	Celkem
Četnosti	Žádná zátěž	45	7	52
	Mírná zátěž	14	7	21
	Silná zátěž	15	12	27
	Celkem	74	26	100
Řádková procenta	Žádná zátěž	86,5%	13,5%	100,0%
	Mírná zátěž	66,7%	33,3%	100,0%
	Silná zátěž	55,6%	44,4%	100,0%
	Celkem	74,0%	26,0%	100,0%
Znaménkové schéma	Žádná zátěž	++	--	
	Mírná zátěž	0	0	
	Silná zátěž	--	++	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že s vyšší zátěží hluku v zaměstnání roste i počet nemocí či jiných zdravotních potíží. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 9,610$, $df = 2$, $p = 0,008$).

Tabulka 87 Nemoc (zdravotní potíže) vzniklá v souvislosti s výkonem povolání versus práce v nepřírozené poloze (kontingenční tabulka)

Přenášení těžkých věcí, práce v nepřírozené poloze		Nemoc (zdravotní potíže)		
		Ne	Ano	Celkem
Četnosti	Žádné působení	57	9	66
	Mírné působení	10	10	20
	Celkem	67	19	86
Řádková procenta	Žádné působení	86,4%	13,6%	100,0%
	Mírné působení	50,0%	50,0%	100,0%
	Celkem	77,9%	22,1%	100,0%
Znaménkové schéma	Žádné působení	+++	---	
	Mírné působení	---	+++	

Poznámka: Z důvodu malého počtu četností byla kategorie silné působení vyřazena pro statistické testování.

Ze srovnání relativních četností a znaménkového schématu vyplývá, že s vyšší zátěží v oblasti přenášení těžkých věcí v zaměstnání roste počet nemocí či jiných zdravotních potíží. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (*Fischer přesný test* $/\chi^2 = 11,792$, $df = 1$, $p = 0,001$).

Tabulka 88 Nemoc (zdravotní potíže) vzniklá v souvislosti s výkonem povolání versus riziko úrazu (kontingenční tabulka)

Riziko pracovního úrazu		Nemoc (zdravotní potíže)		
		Ne	Ano	Celkem
Četnosti	Žádné riziko	46	6	52
	Mírné riziko	21	12	33
	Silné riziko	9	8	17
	Celkem	76	26	102
Řádková procenta	Žádné riziko	88,5%	11,5%	100,0%
	Mírné riziko	63,6%	36,4%	100,0%
	Silné v	52,9%	47,1%	100,0%
	Celkem	74,5%	25,5%	100,0%
Znaménkové schéma	Žádné riziko	+++	---	
	Mírné riziko	0	0	
	Silné riziko	-	+	

Z kontingenční tabulky vyplývá, že s vyšším rizikem úrazu na pracovišti roste výskyt nemocí či zdravotních potíží. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (*chi kvadrát* $/\chi^2 = 11,548$, $df = 2$, $p = 0,003$).

4.8 Využití zdravotní péče imigranty (VS 2)

Tabulka 89 Dlouhodobá nemoc nebo zdravotní potíže trvající déle než 6 měsíců

Dlouhodobá nemoc	Četnosti	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Ano	43	18,2	18,7	18,7
Ne	168	71,2	73,4	92,1
Nedokážu posoudit	18	7,6	7,9	100,0
Celkem	229	97,0	100,0	
Vyřazeno	7	3,0		
Celkem	236	100,0		

Z celkového počtu 229 respondentů, kteří na danou otázku odpovídali, 43 respondentů uvádělo v osobní anamnéze dlouhodobou nemoc nebo zdravotní potíže (18,7 %). 168 respondentů v anamnéze žádnou nemoc či zdravotní potíže neuvádělo (73,4 %). Při statistickém testování byla vyřazena kategorie – nedokážu posoudit (7,9 %).

Tabulka 90 Typ zdravotního pojištění

Typ ZP	Četnosti	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Veřejné zdravotní pojištění	161	68,2	70,0	70,0
Soukromé ZP na kom. péči	46	19,5	20,0	90,0
Soukromé ZP na akut. péči	7	3,0	3,0	93,0
Nepojištěn/a	16	6,8	7,0	100,0
Celkem	230	97,5	100,0	
Vyřazeno	6	2,5		
Celkem	236	100,0		

Z celkového počtu 230 respondentů, kteří na danou otázku odpovídali, 161 respondentů má sjednané veřejné zdravotní pojištění (70,0 %), 46 respondentů soukromé zdravotní pojištění na komplexní péči (20,0 %), 7 respondentů soukromé zdravotní pojištění na akutní péči (3 %). A 16 respondentů uvedlo, že není pojištěno na zdravotní péči (7,0 %). Pro statistické testování byly spojeny kategorie: soukromé ZP na komplexní péči a soukromé zdravotní pojištění na akutní péči.

Tabulka 91 Využití zdravotní péče versus sledované proměnné

Využití ZP	Dosažená hladina významnosti			
	Lůžková péče	Praktický lékař	Amb. specialista	Stomatolog
Národnost	0,000	0,118	0,001	0,000
Věk	0,025	0,574	0,524	0,017
Pohlaví	0,063	0,000	0,000	0,783
Zdravotní pojištění	0,671	0,021	-	0,008
Nemoc	0,000	0,007	0,245	-
Nemoc v souvislosti s povoláním	0,000	0,002	0,094	0,619
Pracovní úraz	0,030	0,293	0,154	0,066
Délka pobytu	0,988	0,055	0,634	0,003
Znalost čes. jazyka	0,096	0,246	0,346	0,000

Využití lůžkové péče respondenty se měnilo v závislosti na jejich národnosti a věku. Dále pak v závislosti na přítomnosti nemoci a na výskytu pracovního úrazu.

Návštěvnost respondentů u praktického lékaře je závislá na pohlaví, typu zdravotního pojištění, na přítomnosti dlouhodobé nemoci a nemoci vzniklé v souvislosti s výkonem povolání. Četnost návštěv u ambulantních specialistů se mění v závislosti na národnosti a pohlaví. Návštěvnost stomatologů je závislá na národnosti, věku, zdravotním pojištění délce pobytu respondentů a jejich znalosti českého jazyka.

Tabulka 92 Hospitalizace ve zdravotnickém lůžkovém zařízení v ČR versus pohlaví (kontingenční tabulka)

Pohlaví		Hospitalizace ve zdravotnickém lůžkovém zařízení		
		Ano	Ne	Celkem
Četnosti	Žena	38	92	130
	Muž	18	81	99
	Celkem	56	173	229
Řádková procenta	Žena	29,2%	70,8%	100,0%
	Muž	18,2%	81,8%	100,0%
	Celkem	24,5%	75,5%	100,0%

Z celkového počtu 229 validních odpovědí (100,0 %) 56 respondentů bylo hospitalizováno v ČR ve zdravotnickém lůžkovém zařízení (24,5 %), z tohoto počtu bylo 38 žen (29,2 %) a 18 mužů (18,2 %). 173 respondentů hospitalizováno nebylo (74,9 %). *Pro statistické testování byla vyřazena kategorie – nedokázu posoudit. Vztah srovnávaných proměnných není statisticky signifikantní (Fischerův přesný test/ $\chi^2 = 3,714$, $df = 1$, $p = 0,063$).*

Tabulka 93 Nepřijetí k hospitalizaci přes potřebu hospitalizace

Nehospitalizován/a	Četnosti	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Ne	189	80,1	84,8	84,8
Ano	30	12,7	13,4	98,2
Nedokázu posoudit	4	1,7	1,8	100,0
Celkem	223	94,5	100,0	
Vyřazeno	13	5,5		
Celkem	236	100,0		

Z celkového počtu 223 respondentů (100,0 %) 30 respondentů nebylo hospitalizováno ve zdravotnickém lůžkovém zařízení, přestože to jejich zdravotní stav vyžadoval (13,4 %). Při statistickém testování byla vyřazena kategorie – nedokázu posoudit.

Tabulka 94 Důvody nepřijetí k hospitalizaci (možno více odpovědí)

Důvody	Četnosti	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Časové důvody	14	5,9	42,4	42,4
Finanční nákladnost	9	3,8	27,3	69,7
Obavy z operace a léčby	3	1,3	9,1	78,8
Odmítnutí ze strany ZZ	2	0,8	6,1	84,8
Obavy z jazykové bariéry	2	0,9	6,1	90,9
Jiný důvod	2	0,9	6,0	97,0
Obavy z kulturních odlišností	1	0,4	3,0	100,0
Celkem	33	14,0	100,0	
Vyřazeno	203	86,0		
Celkem	236	100,0		

Z celkového počtu 33 validních odpovědí byly nejčastějšími důvody nepřijetí k hospitalizaci nedostatek času (14; 42,4 %), finanční nákladnost léčby (9; 27,3 %) a obavy z léčby (3; 9,1 %).

Tabulka 95 Hospitalizace v lůžkovém ZZ versus dlouhodobá nemoc delší než 6 měsíců (kontingenční tabulka)

Dlouhodobá nemoc delší než 6 měsíců		Hospitalizace ve zdravotnickém lůžkovém zařízení		
		Ano	Ne	Celkem
Četnosti	Ano	21	20	41
	Ne	32	136	168
	Celkem	53	156	209
Řádková procenta	Ano	51,2%	48,8%	100,0%
	Ne	19,0%	81,0%	100,0%
	Celkem	25,4%	74,6%	100,0%
Znaménkové schéma	Ano	+++	---	
	Ne	---	+++	

Z kontingenční tabulky je zřejmé, že četnost hospitalizací respondentů ve zdravotnických lůžkových zařízeních roste s výskytem dlouhodobých nemocí v osobní

anamnéze respondentů. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (*Fischerův přesný test*/ $\chi^2 = 18,022$, $df = 1$, $p < 0,001$).

Tabulka 96 Hospitalizace v lůžkovém ZZ versus nemoc způsobené v souvislosti s výkonem povolání (kontingenční tabulka)

Nemoc		Hospitalizace ve zdravotnickém lůžkovém zařízení		
		Ano	Ne	Celkem
Četnosti	Ne	16	91	107
	Ano	25	18	43
	Celkem	41	109	150
Řádková procenta	Ne	15,0%	85,0%	100,0%
	Ano	58,1%	41,9%	100,0%
	Celkem	27,3%	72,7%	100,0%
Znaménkové schéma	Ne	---	+++	
	Ano	+++	---	

Z kontingenční tabulky vyplývá, že četnost hospitalizací respondentů ve zdravotnických lůžkových zařízeních se zvyšuje s výskytem nemocí, které vznikly u respondentů v souvislosti s výkonem zaměstnání. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (*Fischerův přesný test*/ $\chi^2 = 28,802$, $df = 1$, $p < 0,001$).

Tabulka 97 Hospitalizace v lůžkovém ZZ versus pracovní úraz (kontingenční tabulka)

Pracovní úraz		Hospitalizace ve zdravotnickém lůžkovém zařízení		
		Ano	Ne	Celkem
Četnosti	Ano	12	18	30
	Ne	32	118	150
	Celkem	44	136	180
Řádková procenta	Ano	40,0%	60,0%	100,0%
	Ne	21,3%	78,7%	100,0%
	Celkem	24,4%	75,6%	100,0%
Znaménkové schéma	Ano	+	-	
	Ne	-	+	

Dle znaménkového schématu lze vysledovat přímoúměrný vztah mezi pracovními úrazy respondentů a jejich hospitalizací ve zdravotnických zařízeních. S pracovními úrazy

roste počet hospitalizací respondentů ve zdravotnických lůžkových zařízeních. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (*Fischerův přesný test*/ $\chi^2 = 4,717$, $df = 1$, $p = 0,037$).

Tabulka 98 Poslední návštěva u praktického lékaře v ČR versus pohlaví (kontingenční tabulka)

Pohlaví		Poslední návštěva u praktického lékaře v ČR			
		Před méně než 12 měsíci	Více než před rokem	Nikdy	Celkem
Četnosti	Žena	86	26	11	123
	Muž	44	23	26	93
	Celkem	130	49	37	216
Řádková procenta	Žena	69,9%	21,2%	8,9%	100,0%
	Muž	47,3%	24,7%	28,0%	100,0%
	Celkem	60,2%	22,7%	17,1%	100,0%
Znaménkové schéma	Žena	+++	0	---	
	Muž	---	0	+++	

Z celkového počtu 216 respondentů, kteří odpovídali na položenou otázku, 130 respondentů vyhledalo praktického lékaře v ČR před méně než 12 měsíci (60,2 %), 49 respondentů více než před rokem (22,7 %) a 37 respondentů u praktického lékaře v ČR nebylo (17,1 %). *Při statistickém testování byla vyřazena kategorie – nepamatuji se.*

Z kontingenční tabulky je zřejmé, že ženy navštěvují praktického lékaře častěji než muži. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (*chi kvadrát*/ $\chi^2 = 15,975$, $df = 2$, $p < 0,001$).

Tabulka 99 Poslední návštěva u praktického lékaře v ČR versus druh zdravotního pojištění (kontingenční tabulka)

Typ zdravotního pojištění		Poslední návštěva u praktického lékaře v ČR			
		Před méně než 12 měsíci	Více než před rokem	Nikdy	Celkem
Četnosti	Veřejné zdravotní pojištění	98	30	22	150
	Soukromé ZP	21	17	10	48
	Nepojištěn/a	6	2	5	13
	Celkem	125	49	37	211
Řádková procenta	Veřejné zdravotní pojištění	65,3%	20,0%	14,7%	100,0%
	Soukromé ZP	43,8%	35,4%	20,8%	100,0%
	Nepojištěn/a	46,2%	15,4%	38,5%	100,0%
	Celkem	59,2%	23,2%	17,5%	100,0%
Znaménkové schéma	Veřejné zdravotní pojištění	++	0	0	
	Soukromé ZP	-	+	0	
	Nepojištěn/a	0	0	+	

Z kontingenční tabulky vyplývá, že respondenti, kteří mohou vstoupit do systému veřejného zdravotního pojištění, navštěvují praktického lékaře častěji než respondenti, kteří mají sjednané soukromé zdravotní pojištění, popřípadě nejsou pojištěni na zdravotní péči. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 11,596$, $df = 4$, $p = 0,021$).

Tabulka 100 Poslední návštěva u praktického lékaře v ČR versus dlouhodobá nemoc (kontingenční tabulka)

Dlouhodobá nemoc		Poslední návštěva u praktického lékaře v ČR			
		Před méně než 12 měsíci	Více než před rokem	Nikdy	Celkem
Četnosti	Ano	34	6	2	42
	Ne	85	37	32	154
	Celkem	119	43	34	196
Řádková procenta	Ano	81,0%	14,2%	4,8%	100,0%
	Ne	55,2%	24,0%	20,8%	100,0%
	Celkem	60,7%	21,9%	17,4%	100,0%
Znaménkové schéma	Ano	++	0	-	
	Ne	--	0	+	

S výskytem onemocnění rostla i návštěvnost respondentů u praktického lékaře. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($chi\ kvadrát/\chi^2 = 9,914$, $df = 2$, $p = 0,007$).

Tabulka 101 Poslední návštěva u praktického lékaře v ČR versus nemoc způsobená výkonem povolání (kontingenční tabulka)

Nemoc		Poslední návštěva u praktického lékaře v ČR			
		Před méně než 12 měsíci	Více než před rokem	Nikdy	Celkem
Četnosti	Ne	50	30	22	102
	Ano	35	7	2	44
	Celkem	85	37	24	146
Řádková procenta	Ne	49,0%	29,4%	21,6%	100,0%
	Ano	79,6%	15,9%	4,5%	100,0%
	Celkem	58,3%	25,3%	16,4%	100,0%
Znaménkové schéma	Ne	---	0	+	
	Ano	+++	0	-	

S výskytem nemocí způsobených v souvislosti se zaměstnáním respondentů rostla i jejich návštěvnost u praktického lékaře. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($chi\ kvadrát/\chi^2 = 12,551$, $df = 2$, $p = 0,002$).

Tabulka 102 Poslední návštěva u stomatologa v ČR

Pohlaví		Poslední návštěva u stomatologa v ČR			
		Před méně než 12 měsíci	Více než před rokem	Nikdy	Celkem
Četnosti	Žena	48	43	31	122
	Muž	36	26	23	85
	Celkem	84	69	54	207
Řádková procenta	Žena	39,3%	35,2%	25,5%	100,0%
	Muž	42,4%	30,6%	27,0%	100,0%
	Celkem	40,6%	33,3%	26,1%	100,0%

Z celkového počtu 207 respondentů, kteří odpovídali na položenou otázku, 84 respondentů vyhledalo stomatologa v ČR před méně než 12 měsíci (40,6 %), 69 respondentů více než před rokem (33,3 %) a 54 respondentů u stomatologa v ČR nebylo (26,1 %). Při statistickém testování byla vyřazena kategorie – *nepamatuji se*. Vztah srovnávaných proměnných **není** statisticky signifikantní ($\chi^2 = 0,490$, $df = 2$, $p = 0,783$).

Tabulka 103 Poslední návštěva u stomatologa v ČR versus národnost (kontingenční tabulka)

Národnost		Poslední návštěva u stomatologa v ČR			
		Před méně než 12 měsíci	Více než před rokem	Nikdy	Celkem
Četnosti	Vietnamská	10	8	30	48
	Ukrajinská	65	45	11	121
	Mongolská	9	16	13	38
	Celkem	84	69	54	207
Řádková procenta	Vietnamská	20,8%	16,7%	62,5%	100,0%
	Ukrajinská	53,7%	37,2%	9,1%	100,0%
	Mongolská	23,7%	42,1%	34,2%	100,0%
	Celkem	40,6%	33,3%	26,1%	100,0%
Znaménkové schéma	Vietnamská	--	--	+++	
	Ukrajinská	+++	0	---	
	Mongolská	-	0	0	

Ze znaménkového schématu vyplývá, že ukrajinská minorita statisticky významně častěji navštěvuje zubního lékaře než ostatní národnostní skupiny respondentů. Naopak vietnamští respondenti statisticky významně méně navštěvují stomatologa než ostatní

respondenti. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (*chi kvadrát*/ $\chi^2 = 56,670$, $df = 4$, $p < 0,001$).

Tabulka 104 Poslední návštěva u stomatologa v ČR versus zdravotní pojištění (kontingenční tabulka)

Typ zdravotního pojištění		Poslední návštěva u stomatologa v ČR			
		Před méně než 12 měsíci	Více než před rokem	Nikdy	Celkem
Četnosti	Veřejné zdravotní pojištění	63	48	30	141
	Soukromé ZP	16	18	15	49
	Nepojištěn/a	3	2	9	14
	Celkem	82	68	54	204
Řádková procenta	Veřejné zdravotní pojištění	44,7%	34,0%	21,3%	100,0%
	Soukromé ZP	32,7%	36,7%	30,6%	100,0%
	Nepojištěn/a	21,4%	14,3%	64,3%	100,0%
	Celkem	40,2%	33,3%	26,5%	100,0%
Znaménkové schéma	Veřejné zdravotní pojištění	+	0	-	
	Soukromé ZP	0	0	0	
	Nepojištěn/a	0	0	+++	

Z kontingenční tabulky je zřejmé, že respondenti s veřejným zdravotním pojištěním navštěvují častěji stomatologa než nepojištění respondenti a respondenti se smluvním zdravotním pojištěním. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (*chi kvadrát*/ $\chi^2 = 13,659$, $df = 4$, $p = 0,008$).

Tabulka 105 Poslední návštěva u stomatologa v ČR versus znalost českého jazyka
(kontingenční tabulka)

Znalost českého jazyka*		Poslední návštěva u stomatologa v ČR			
		Před méně než 12 měsíci	Více než před rokem	Nikdy	Celkem
Četnosti	Výborná a velmi dobrá	30	15	5	50
	Dobrá	33	41	20	94
	Špatná a velmi špatná	21	12	29	62
	Celkem	84	68	54	206
Řádková procenta	Výborná a velmi dobrá	60,0%	30,0%	10,0%	100,0%
	Dobrá	35,1%	43,6%	21,3%	100,0%
	Špatná a velmi špatná	33,8%	19,4%	46,8%	100,0%
	Celkem	40,8%	33,0%	26,2%	100,0%
Znaménkové schéma	Výborná a velmi dobrá	++	0	--	
	Dobrá	0	++	0	
	Špatná a velmi špatná	0	--	+++	

*Odpovědi byly rekatégorizovány z 5 na 3 kategorie: 1) výborná a velmi dobrá, 2) dobrá, 3) špatná a velmi špatná

Z kontingenční tabulky je patrné, že se znalostí českého jazyka se zvyšuje i návštěvnost respondentů u zubního lékaře. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 28,728$, $df = 4$, $p < 0,001$).

Tabulka 106 Poslední návštěva u stomatologa v ČR versus délka pobytu
(kontingenční tabulka)

Délka pobytu		Poslední návštěva u stomatologa v ČR			
		Před méně než 12 měsíci	Více než před rokem	Nikdy	Celkem
Četnosti	1-4 roky včetně	10	10	13	33
	5 až 10 let	24	24	21	69
	Více než 11 let	28	20	3	51
	Celkem	62	54	37	153
Řádková procenta	1-4 roky včetně	30,3%	30,3%	39,4%	100,0%
	5 až 10 let	34,8%	34,8%	30,4%	100,0%
	Více než 11 let	54,9%	39,2%	5,9%	100,0%
	Celkem	40,5%	35,3%	24,2%	100,0%
Znaménkové schéma	1-4 roky včetně	0	0	+	
	5 až 10 let	0	0	0	
	Více než 11 let	++	0	---	

Z kontingenční tabulky vyplývá, že s délkou pobytu v ČR respondenti častěji navštěvují stomatologa. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 15,810$, $df = 4$, $p = 0,003$).

Tabulka 107 Poslední návštěva u ambulantního specialisty v ČR versus pohlaví
(kontingenční tabulka)

Pohlaví		Poslední návštěva u lékaře specialisty v ČR			
		Před méně než 12 měsíci	Více než před rokem	Nikdy	Celkem
Četnosti	Žena	85	25	12	122
	Muž	37	32	23	92
	Celkem	122	57	35	214
Řádková procenta	Žena	69,7%	20,5%	9,8%	100,0%
	Muž	40,2%	34,8%	25,0%	100,0%
	Celkem	57,0%	26,6%	16,4%	100,0%
Znaménkové schéma	Žena	+++	-	--	
	Muž	---	+	++	

Z celkového počtu 214 respondentů, kteří odpovídali na položenou otázku, 122 respondentů vyhledalo lékaře specialistu v ČR před méně než 12 měsíci (57,0 %), 57 respondentů více než před rokem (26,6 %) a 35 respondentů lékaře specialistu v ČR

nevyhledalo nikdy (16,4 %). Pro statistické testování byla vyřazena kategorie – nepamatuju si. Z kontingenční tabulky je zřejmé, že ženy navštěvují lékaře specialistu častěji než muži. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 19,377$, $df = 2$, $p < 0,001$).

Tabulka 108 Poslední návštěva u ambulantního specialisty v ČR versus národnost (kontingenční tabulka)

Národnost		Poslední návštěva u lékaře specialisty v ČR			
		Před méně než 12 měsíci	Více než před rokem	Nikdy	Celkem
Četnosti	Vietnamská	36	2	11	49
	Ukrajinská	63	45	19	127
	Mongolská	23	10	5	38
	Celkem	122	57	35	214
Řádková procenta	Vietnamská	73,5%	4,1%	22,4%	100,0%
	Ukrajinská	49,6%	35,4%	15,0%	100,0%
	Mongolská	60,5%	26,3%	13,2%	100,0%
	Celkem	57,0%	26,6%	16,4%	100,0%
Znaménkové schéma	Vietnamská	++	---	0	
	Ukrajinská	--	+++	0	
	Mongolská	0	0	0	

Z kontingenční tabulky je patrné, že vietnamská minorita statisticky významně častěji navštívila lékaře specialistu před méně než 12 měsíci (73,5 %) než ukrajinská (49,6 %) a mongolská minorita (60,5 %). Naopak Ukrajinci častěji navštěvují lékaře specialistu v delším intervalu (více než před rokem) – 35,4 % než asiáté (Mongolové – 26,3 %, Vietnamci – 4,1 %). Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 18,183$, $df = 4$, $p = 0,001$).

5. DISKUZE

Hlavním záměrem výzkumného šetření bylo nalézt vztahy mezi vybranými charakteristikami zdravotního stavu a sociální situací cílové skupiny imigrantů. V souladu s předmětem výzkumu byla stanovena obecná hypotéza: „*Mezi vybranými charakteristikami zdravotního stavu imigrantů a jejich sociální situací existuje souvislost*“. Výzkum probíhal kvantitativní metodou, v období od ledna 2010 až do prosince 2012. Byl rozdělen do dvou etap. První etapa výzkumu byla zaměřena na zmapování dvou determinant zdraví – výživy a závislosti. Tato etapa byla realizována v rámci projektu COST (Cooperation on Scientific and Technical Research) s názvem „*Zdravotně sociální situace imigrantů a azylantů v České republice*“. Druhá etapa výzkumu (leden až prosinec 2012) byla zacílena na oblast čerpání zdravotní péče respondenty a jejich pracovní podmínky. Důvodem oslovení respondentů ve dvou etapách bylo nabytí účinnosti novely zákona č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území ČR, k 1. 1. 2011. Tato novela měnila podmínky 1) zaměstnávání imigrantů a 2) podmínky zdravotního pojištění u imigrantů pobývajících v České republice.

5.1 Základní charakteristika výzkumných souborů

Objektem výzkumného šetření byli imigranti (Ukrajinci, Vietnamci a Mongolové), kteří žijí v ČR legálně, minimálně po dobu 1 roku, ve věkovém rozmezí 18 až 65 let. Sběr dat probíhal ve dvou fázích.

První etapa sběru dat probíhala v období leden 2010 až květen 2011 a výzkumný soubor tvořilo 246 imigrantů (VS 1), z toho 27,7 % respondentů bylo z Vietnamu, 38,2 % z Ukrajiny a 34,1 % z Mongolska. Ženy byly zastoupeny ze 60,2 % a muži ze 39,8 %. Přibližně polovina respondentů (49,5 %) žila v Jihočeském kraji, 26,5 % respondentů mělo místo pobytu v hlavním městě Praha a 24 % v Kraji Vysočina (tabulky 5 a 6).

Druhá etapa výzkumu byla uskutečněna během roku 2012. Výzkumný soubor tvořilo 236 respondentů (VS 2), z toho pocházelo 21,2 % respondentů z Vietnamu, 57,2 % z Ukrajiny a 21,6 % z Mongolska. Výzkumný soubor respondentů byl rovnoměrně rozložen na ženy (56,4 %) a muže (43,6 %). Přibližně polovina respondentů (43,6 %)

žila v Jihočeském kraji a 56,4 % mělo místo bydliště v hlavním městě Praha (tabulky 55 a 56).

Národnost respondentů ve vazbě na typ a důvod pobytu souvisí s migračním vývojem. Migrace Vietnamců do České republiky sahá před rok 1989. Vietnamci se v České republice natrvalo usazují a zakládají rodiny. Proto vietnamští respondenti pobývali na území České republiky statisticky významně déle (11 a více let) a zároveň užívali významně častěji trvalý pobyt než respondenti z Ukrajiny a Mongolska. Je patrné, že většina Vietnamců zde pobývá na živnostenské listy, jako OSVČ nebo členové družstva. Ukrajinci získávají v České republice významně více vízum nad 90 dnů než Vietnamci a Mongolové. Tato skutečnost souvisí s cyklickou migrací Ukrajinců do České republiky z důvodu sezonních pracovních nabídek. Respondenti z Mongolska pobývali v České republice v průměru nejkratší dobu (1–4 roky včetně) a získávali častěji dlouhodobý pobyt než ostatní respondenti (tabulky 7, 8 a 9).

5.2 Práce a její vliv na zdraví cílové skupiny imigrantů

Většina imigrantů přichází do České republiky za účelem nalezení nového zaměstnání. Proto byl výzkum zaměřen na zmapování pracovních podmínek cílové skupiny imigrantů a na vyhodnocení vlivu pracovního prostředí na jejich zdraví. Byla hledána odpověď na otázku, zda jsou respondenti znevýhodněni na českém trhu práce. V případě, že ano, jaké jsou důvody těchto nerovností a možnosti jejich překonání.

Dle Jánské (2006) a Jelínkové (2011) získávají imigranti z tzv. třetích zemí (mimo EU) pracovní místa na terciárním trhu práce. Jde o fyzicky náročné pracovní pozice, především v dělnických profesích. Toto tvrzení odpovídá výsledkům šetření, kdy respondenti získávali zejména pomocná a nekvalifikovaná pracovní místa, místa ve službách a obchodě a místa v řemeslné výrobě (tabulka 60).

Imigranti především z tzv. třetích zemí (mimo EU) získávají v České republice (dle Pořízkové, 2010) pracovní místa s nižší průměrnou mzdou, která neodpovídají jejich kvalifikaci. Výsledky šetření jsou obdobné (tabulka 58). Kvalifikaci v zaměstnání využije pouze 20,1 % ekonomicky aktivních respondentů. S využitím kvalifikace v zaměstnání rostla i výše výdělku respondentů (tabulka 59). Hypotéza 1 byla tedy potvrzena (*S využitím kvalifikace imigrantů v zaměstnání v ČR roste i výše jejich*

výdělku). Socioprofesionální pozice reflektuje schopnost jedince vyprodukovat a spotřebovat finanční zdroje. Je běžně měřena prostřednictvím více proměnných – příjem, dosažené vzdělání, typ zaměstnání (Landsbergis et al., 2012). Dosažený stupeň vzdělání, výše platu a pozice v zaměstnání jsou tři indikátory socioprofesionálního statusu, které by měly být silně korelované. Je nepříznivé, že u cílové skupiny imigrantů nebyl prokázán statisticky významný vztah jak mezi dosaženým vzděláním a typem zaměstnání, tak mezi vzděláním a platem (tabulka 57). V současné době mohou imigranti z třetích zemí získávat pracovní místa na základě tzv. zelených a modrých karet (zákon č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území ČR, v platném znění). Pracovní posty pro zelené a modré karty požadují vyšší úroveň vzdělání. Lze konstatovat, že tímto opatřením Česká republika podporuje vyhledávání odborníků a expertů v zahraničí.

Dle Siqueira a Jansena (2012) jsou imigranti vystaveni nepříznivému pracovnímu prostředí. Výzkum byl zaměřen na vybrané fyzikální (prach, hluk, vibrace), chemické (chemikálie) a ergonomické (práce v nepřírozené poloze, přenášení těžkých břemen, nadměrné pracovní přetížení) rizikové faktory pracovního prostředí (Provazník a Komárek et al., 2004). Zároveň byli respondenti dotazováni, zda se na pracovišti setkali s diskriminací⁹, sexuálním obtěžováním nebo násilím. V rámci výzkumného šetření byly stanoveny otázky týkající se pracovního prostředí v tomto znění: „*Jak moc jste na Vašem pracovišti vystaven(a) následujícím okolnostem?*“. Ze sledovaných osmi kategorií nepříznivých faktorů pracovního prostředí uváděli respondenti nejčastěji tyto okolnosti: „časová tíseň, nadměrné pracovní přetížení“, „hluk, vibrace“ a „riziko úrazu“ (tabulky 66, 68 a 72).

Častější diskriminace na pracovišti byla (dle Krieger et al., 2006) zjištěna u pracovníků patřících k rasové či etnické menšině nebo u imigrantů. Manuálně pracující ženy se (dle Clougherty et al., 2010) častěji setkávají na pracovišti se sexuálním obtěžováním a diskriminací než manuálně pracující muži. V rámci výzkumu 47,8 % respondentů uvádělo, že se setkala s diskriminací na pracovišti a 15,8 % se sexuálním obtěžováním či psychologickým nátlakem. Nebyly prokázány statisticky významné rozdíly ve vazbě na pohlaví (tabulky 63 až 64).

⁹ Diskriminace – omezení nebo odmítnutí práv určité skupiny obyvatel z důvodu pohlaví, rasy, náboženství nebo národnosti (Maříková a kol., 1996, s. 2013).

Při srovnání zatížení nepříznivými pracovními podmínkami cílové skupiny imigrantů a majoritní (české) populace (Evropské výběrové šetření..., 2011) byli imigranti vystaveni na pracovišti statisticky významně vyšším rizikům než česká populace. Nejvyšší rozdíly byly zaznamenány v oblasti „sexuální obtěžování či jiný psychologický nátlak“ (vystaveno 15,8 % imigrantů a 7,4 % české populace) a „diskriminace“ (vystaveno 15,8 % imigrantů a 7,4 % české populace), tabulka 74. Hypotéza 2 byla potvrzena (*Cílová skupina imigrantů je vystavena statisticky významně vyšším nepříznivým faktorům pracovního prostředí než česká (majoritní) populace*).

Statisticky významný vztah byl prokázán mezi národností a pracovním prostředím respondentů. Dle provedeného výzkumu jsou ukrajinští respondenti na pracovišti více vystaveni riziku úrazu než mongolští a vietnamští respondenti (tabulka 73). Rozdíly mohou vyplývat z povahy vykonávané profese. Ukrajinští respondenti vykonávají zejména dělnické profese ve stavebnictví. Vietnamští respondenti pracují převážně ve službách a obchodu a mongolští imigranti v průmyslu. Vietnamci hodnotili pracovní zatížení jako vyšší než ostatní respondenti (tabulka 66). Tento jev může být spojen s tím, že zároveň udávali statisticky významně vyšší počet odpracovaných dnů v týdnu i délku pracovní doby než ostatní národnostní skupiny respondentů (tabulka 77 a 85). Naopak nižších hodnot dosahovali příslušníci vietnamské minority v oblasti hluku a vibrací na pracovišti a práce v nepřírozené poloze (tabulka 69), což odpovídá typu pracovních míst, která vietnamští respondenti zastávají (a to především v obchodě a ve službách). Z výše uvedených výsledků lze učinit závěr, že hypotéza 3 byla potvrzena (*Vietnamští respondenti hodnotí své pracovní zatížení jako vyšší než ostatní vybrané národnosti*).

Pracovní pozice předurčují pracovní prostředí respondentů a sekundárně mohou být příčinou nerovností ve zdraví, a to především v oblasti pracovních úrazů a nemocí z povolání. Mezi zdravotní rizika spojená s prací imigrantů na sekundárním a terciárním trhu práce patří zvýšené riziko pracovních úrazů a nemocí z povolání (viz např. studie Benach et al., 2000; Kivimäki et al., 2003; Virtanen et al., 2005; Benavides et al., 2006). Proto byli ve výzkumu dotazováni ekonomicky aktivních respondenti, zda se u nich v posledních 12 měsících vyskytovala nemoc nebo zdravotní problém, který byl způsoben nebo zhoršen jejich současnou prací. Z výzkumu vyplývá, že 16,9 %

respondentů prodělalo pracovní úraz a 29,2 % uvedlo, že u nich byla diagnostikována nemoc či zdravotní potíže způsobená výkonem jejich povolání (tabulky 80 a 81). Také nadměrné pracovní zatížení, zvýšená míra hluku, práce v nepřírozané poloze a riziko úrazu jsou nepříznivé pracovní podmínky, které zvyšují riziko výskytu nemocí u cílové skupiny imigrantů (tabulky 84 a 86 až 88). Z výše uvedených výsledků lze učinit závěr, že *Hypotéza 4 byla potvrzena (Výskyt nemocí způsobených vlivem zaměstnání je závislý na pracovních podmínkách)*.

Studie Quandt et al. (2006) uvádí, že zaměstnavatelé mají minimální zájem o zajištění bezpečných podmínek při práci imigrantů a že jediné, co sledují, je odvedení práce za co nejmenší náklady. Dle sekundární analýzy dokumentů Státního úřadu práce bylo v roce 2009 nejčastější příčinou úrazů cizinců špatné nebo nedostatečně odhadnuté riziko, nedostatky osobních předpokladů k řádnému pracovnímu výkonu a používání nebezpečných postupů. Nejvíce smrtelných úrazů bylo zaznamenáno v odvětví stavebnictví, ve výrobě kovových konstrukcí a motorových vozidel (Interní materiály Státního úřadu práce). Rizikovým faktorem pracovních úrazů u imigrantů je nedostatečné proškolení o bezpečnosti a ochraně zdraví při práci (dále jen BOZP), popřípadě nepochopení pokynů BOZP ze strany imigranta z důvodu jazykové bariéry. *Ve výzkumu nebyl předpoklad, že výskyt pracovních úrazů klesá se zvyšující se znalostí českého jazyka, potvrzen (Hypotéza 6); tabulka 79.*

Přestože zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, v platném znění, stanovuje zaměstnavateli povinnost zajistit zaměstnanci při nástupu do zaměstnání školení BOZP, přibližně 1/4 respondentů uvedla, že nebyla seznámena při nástupu do zaměstnání se zásadami bezpečnosti práce (tabulka 75). Zhruba 1/5 respondentů dodržuje pravidla bezpečnosti při práci zřídka nebo vůbec ne (tabulka 79). Je příznivým zjištěním, že *Hypotéza 5 nebyla potvrzena (Výskyt pracovních úrazů roste s nedodržováním pravidel BOZP)*.

5.3 Výživa a její vliv na zdraví cílové skupiny imigrantů

Hlavním cílem této části výzkumu bylo zmapovat kulturní odlišnosti v oblasti stravování imigrantů, vyhodnocení hmotnosti a rizika morbidit dle BMI respondentů. Doplňkovou technikou šetření byl odběr kapilární krve a měření krevního tlaku.

Na základě váhy a výšky respondentů byl vyhodnocen jejich hmotnostní index (Body Mass Index). Hmotnostní index (BMI) je vyjádřen poměrem tělesné výšky a hmotnosti. Dle výzkumu průměrná hodnota BMI u mladé populace respondentů (18–29 let) byla 21 kg/m², u střední (30–50 let) 24 kg/m² a u nejstarší generace (51 a více let) 27 kg/m². Statistickým testováním lze *potvrdit hypotézu 7, že průměrné hodnoty BMI s věkem respondentů rostou* (tabulka 17 a graf 2). Růst BMI s věkem respondentů byl potvrzen i u české populace (výzkum Evropské výběrové šetření..., 2011).

Výzkumné šetření prokázalo signifikantní vztah mezi národností respondentů a hodnotou BMI (graf 1). Vyšší hodnoty BMI dosahovali ukrajinští respondenti (jejich průměrná hodnota BMI byla 25,5 kg/m²) a byla srovnatelná s BMI české populace, jejíž průměrná hodnota BMI v roce 2008 byla vyšší než 25,0 kg/m² (Evropské výběrové šetření..., 2011). Naopak Vietnamská skupina respondentů dosahovala statisticky významně nižších hodnot. Jejich průměrná hodnota BMI činila 21 kg/m². Průměrná hodnota BMI u mongolských respondentů činila 23,6 kg/m² (tabulka 16). Tyto výsledky odpovídají závěrům jiných studií (He et al., 2001; Phan et al., 2011), kde Asiati dosahovali v průměru nižší hodnoty BMI než stejně staří Evropané. Při interpretaci dat z výzkumného šetření je nutné si uvědomit *limitaci klasifikace hmotnosti dle BMI*. Výzkumné studie (Nqyen et al., 2007; Oanh et al., 2009; Ho-Pham et al., 2010) potvrdily významné rozdíly ve vztahu mezi BMI a množstvím tělesného tuku v závislosti na příslušnosti k etnické skupině, kde především Asiati z jihovýchodní Asie (Japonci, Vietnamci, Indové a další) dosahovali zvýšené hodnoty tělesného tuku při nízkém BMI. Studie (Deurenberg et al., 2000; Chen a Wang, 2010) prokázaly u určitých asijských národností vyšší výskyt rizik a onemocnění (jako jsou kardiovaskulární choroby, diabetes 2. typu, hypertenze, dyslipidemie) při nízkém BMI.

Tato skutečnost byla zohledněna i ve výzkumu – tzn. za riziko morbidit byly vzaty nižší hodnoty BMI u Vietnamců. Pro populaci jihovýchodní Asie se zdravotní rizika pohybují od 22 kg/m² do 25 kg/m² a vysoké riziko morbidit od 26 do 31 kg/m² (WHO expert consultation, 2004). Dle Shiwaka et al. (2004) nebyly u mongolské populace naměřeny při hodnotě BMI 23+ zvýšené metabolické parametry (HDL-cholesterol, triglyceridy, TK). Dle této studie (Shiwaka et al., 2004) nejsou hraniční hodnoty BMI vhodné pro určení zdravotních rizik pro mongolskou populaci a je doporučováno

u Mongolů zachovat hraniční hodnoty BMI platné pro Evropany (BMI 25+ zvýšené riziko, BMI nad 30 vysoké riziko).

V rámci výzkumného souboru byl prokázán statisticky významný vliv národnosti na přítomnost rizika morbidity, kdy ukrajinští respondenti byli ve vyšším riziku morbidity dle BMI než mongolští a vietnamští respondenti (hypotéza 8). Tato skutečnost byla podmíněna tím, že respondenti ukrajinské minority měli statisticky významně vyšší zastoupení v kategorii lehce zvýšené riziko (BMI 25,0–29,9 kg/m²), mírně a silně zvýšené riziko morbidity (BMI 30,0–34 kg/m²) než mongolští a vietnamští respondenti; mongolští respondenti ve významně nižším riziku morbidity (BMI 18,5–24,9 kg/m²) než ukrajinští a vietnamští respondenti (tabulka 19).

Vietnamští respondenti při průměrné nižší hodnotě BMI dosahovali vyšších rizik morbidity dle BMI než mongolská minorita. Dále byl prokázán statisticky významný vztah mezi dodržováním zásad správné výživy a rizikem morbidity, kdy riziko morbidity se zvyšovalo při nedodržování zásad správné výživy (tabulka 18).

Množství tělesného tuku v organismu je ovlivněno řadou faktorů (skladba potravin, fyzická aktivita, věk, pohlaví, rasa nebo i porodní váha). Dalším dílčím cílem výzkumu bylo zjistit kulturní odlišnosti respondentů v oblasti preferencí potravin. Strava vietnamských respondentů byla charakteristická vyšším podílem týdenní konzumace rýže, čerstvé zeleniny, ryb a kuřecího masa než u ostatních národnostních skupin respondentů (tabulka 25 a grafy 8, 9, 12); tyto výsledky odpovídají tradičnímu způsobu stravování Vietnamců. Přestože vietnamská kuchyně je velmi zdravá a ve většině rodin se připravují typicky vietnamská jídla (Martínková, 2008), hodnotili vietnamští respondenti pravidelnost stravování a vyváženost stravy negativněji než ostatní skupiny respondentů (tabulky 11 a 13). Nevyváženost a nepravidelnost stravování vietnamských respondentů mohla být zapříčiněna jejich pracovním zaneprázdněním. Více než mongolští a ukrajinští respondenti preferují při nákupu kvalitní potraviny (tabulka 14).

Mezi tradiční potraviny Mongolů patří mléko, mléčné výrobky a tučné skopové maso. Dle výzkumu mongolští respondenti významně více zařazují do svého jídelníčku

masné výrobky, zároveň udávali, že nepreferují sladká jídla a hodnotili své stravování jako pravidelné. Při nákupu potravin upřednostňují jejich nízkou cenu (graf 11 a tabulky 11 až 14).

Typická ukrajinská kuchyně s oblibou užívá obilné či bramborové těsto, slunečnice, zelí, řepu, mleté maso či ryby. Ve výzkumném šetření ukrajinští respondenti hodnotili své stravování jako pravidelné a udávali vyšší preferenci sladkých jídel a brambor než ostatní sledované skupiny imigrantů (tabulka 12). *Na základě výše uvedených výsledků lze učinit závěr, že preference potravin imigranty se mění v závislosti na jejich národnosti (H 9).*

Řada výzkumů (Wilkinson a Marmot, 2005; Candib, 2007) poukazuje na skutečnost, že obezita zvyšuje riziko cukrovky, hypertenze, metabolického syndromu, a tato onemocnění zasahují stále ve větším počtu imigranty. V rámci doplňkového šetření byl u 30 ukrajinských respondentů proveden náhodný odběr kapilární krve na glykémii a celkový cholesterol. Náběry byly podmíněny písemným souhlasem respondenta k výkonu (příloha 3). Fyziologická hodnota glykémie nalačno je udávána v rozmezí 3,3–6,1 mmol/l. Náhodně zjištěná hodnota glykémie z venósní plazmy $\geq 11,1$ mmol/l a přítomnost klinických příznaků (popřípadě glykémie nalačno $\geq 7,0$ mmol/l) je hodnocena jako suspektní pozitivita diabetu mellitu, které náleží další laboratorní diagnostika (Provazník, Komárek et al., 2004). Průměrná hodnota glykémie z kapilární krve byla 6,3 mmol/l (graf 7). Šlo o náhodné odběry, které probíhaly v odpoledních hodinách. Nemůžeme tedy předpokládat, že respondenti před odběrem lačnili. Vztah mezi preferencí sladkých jídel a hladinou glykémie nebyl prokázán (tabulka 23). Fyziologická hodnota celkového cholesterolu je doporučována $\leq 5,2$ mmol/l (Provazník, Komárek et al., 2004). Průměrná hodnota cholesterolu z kapilární krve u respondentů byla naměřena 4,3 mmol/l, což odpovídá fyziologické hodnotě (graf 7). Byl prokázán vztah mezi dodržováním zásad správné výživy a hladinou cholesterolu, kdy s nedodržováním zásad správné výživy rostla hodnota celkového cholesterolu (tabulka 24).

Riziko vzniku kardiovaskulárních onemocnění vzrůstá se zvyšujícími se hodnotami systolického i diastolického tlaku. V rámci doplňkového šetření byl vyhodnocen u 83

respondentů krevní tlak. Průměrná hodnota (medián) systolického tlaku respondentů byla 120 mmHg, což odpovídá normálnímu systolickému tlaku (≥ 120 až < 130 mmHg) a diastolickému tlaku 80 mmHg (normální tlak, ≥ 80 až < 85 mmHg); graf 3.

Tlak krve roste (dle Wright et al., 2011) s věkem bez ohledu na pohlaví, rasu nebo etnicitu. Přičemž riziko hypertenze u mužů je nejvyšší ve věku 35–55 let a u žen po menopauze (Stibich, 2007). V šetření byl také prokázán růst systolického a diastolického krevního tlaku s věkem respondentů (graf 4 a tabulka 20). Muži dosahovali oproti ženám vyšších hodnot jak systolického tak diastolického tlaku (graf 5 a tabulka 21). Nadváha a obezita je významným rizikovým faktorem hypertenze, také v šetření byla prokázána souvislost mezi krevním tlakem a hodnotou BMI respondentů. Krevní tlak respondentů se zvyšoval s růstem jejich BMI (graf 6 a tabulka 22). Dalšími rizikovými faktory vysokého krevního tlaku jsou těhotenství, antikoncepce, kuřáctví, nedostatečná fyzická aktivita, rodinná zátěž nebo zvýšená konzumace soli a tučných jídel. Hypertenze patří (dle Binh et al., 2011) mezi deset nejčastějších onemocnění vietnamské populace. Pro další výzkumné šetření by bylo vhodné zmapovat TK u imigrantů ve vazbě na jejich národnost či akulturační proces. Rizikovým faktorem hypertenze u imigrantů je (dle Chakraborty a Chakraborty, 2010) samotný proces akulturace. V této studii muži-imigranti, kteří se nacházeli v nižší a vyšší fázi akulturace, měli nižší riziko hypertenze než muži-imigranti ve střední fázi akulturačního procesu.

5.4 Spotřeba tabáku a konzumace alkoholu imigranty

Dle WHO souvisí spotřeba alkoholu a tabáku s faktory společenského znevýhodnění a vyšší spotřebu tabáku a alkoholu lze prokázat u svobodných matek, bezdomovců, dlouhodobě nezaměstnaných nebo nových imigrantů (WHO, 2008; Equity, social determinants..., 2010). V rámci výzkumu byla vyhodnocena spotřeba tabákových výrobků, alkoholu a omamných látek. Protože pouze 2 % respondentů uvedla, že užívá „jiné omamné látky“, je diskuse zaměřena na analýzu spotřeby tabáku a alkoholu.

Kouření je dlouhodobě identifikováno jako jedna z nejvýznamnějších behaviorálních determinant špatného zdraví, invalidity a předčasných úmrtí (The health consequences of smoking, 2004). Dle Provazníka a Komárka (2004) je při kouření do organismu

vdechován nikotin a oxid uhelnatý. Obě látky podporují vznik ischemických chorob. Zhruba polovina úmrtí na kardiovaskulární onemocnění je zapříčiněna kouřením. Více než polovina respondentů (62,7 %) uvedla, že nekouří (tabulka 27).

Dle výzkumů provedených Hassmiller et al. (2003) vyplývá, že minority a ženy ve srovnání s majoritou kouří více. I náš výzkum prokázal, že je kouření statisticky významně závislé na národnosti respondentů (H 10), pohlaví respondentů (muži-imigranti kouří více než ženy-imigrantky – H 11) a generačním zařazením. Mladá generace respondentů kouří statisticky významně více než střední a starší generace imigrantů (tabulky 27 a 28).

Dle statistik WHO v roce 2010 ve věkové kategorii 15+ kouřilo na Ukrajině 50 % mužů a 11,3 % žen, v Mongolsku 48 % mužů a 6 % žen a ve Vietnamu kouří 47 % mužů a 1,4 % žen (Report on the Global Tobacco Epidemic, 2011, Country profile Ukraine, Viet Nam, Mongolia, 2011). Ve výzkumu byl vyšší podíl kuřáků zastoupen v mongolské a vietnamské skupině respondentů, nikoliv v ukrajinské (tabulka 26). Příčinou této skutečnosti může být negativní vliv akulturačního procesu, kdy minorita přijímá specifické znaky majority (Chakraborty a Chakraborty, 2010). Česká republika ve srovnání s Mongolskem a Vietnamem vykazuje vysokou spotřebu tabákových výrobků a to zvláště u žen. V roce 2010, ve věkové kategorii 15+ kouřilo 43 % mužů a 32 % žen (Report on the Global Tobacco Epidemic, 2011, Country profile Czech Republic, 2011).

Dle Barbeau et al. (2004) se kouření vyskytuje více u těch, kteří mají nejnižší stupeň vzdělání, příjmu či patří do nejnižších zaměstnaneckých kategorií – a de facto tvoří nejchudší vrstvy obyvatel. Ve výzkumu (tabulka 30) byl prokázán nárůst respondentů pobývajících v zakouřeném prostředí směrem od ne-manuálně pracujících (nižších administrativních, technických, zdravotnických, pedagogických pracovníků a jiných ne-manuálních) k manuálně pracujícím (nekvalifikovaným dělnickým profesím).

Dle WHO jsou osoby s nízkým socioekonomickým statusem, jako jsou bezdomovci, nezaměstnaní, svobodné matky nebo imigranti, ve vyšším riziku nemocí spojených s konzumací alkoholu (Equity, social determinants..., 2010).

Z tohoto důvodu byli v dotazníkovém šetření respondenti dotazováni na týdenní spotřebu piva, vína a tvrdých lihovin (destilátů). Získané hodnoty byly převedeny na

jednotky alkoholu (standardní jednotka/dávka alkoholu se rovná 10 g čistého alkoholu). Dle spotřeby alkoholu byli respondenti, kteří udali, že konzumují alkohol, zařazeni do čtyř kategorií: mírná konzumace alkoholu (0–10 jednotek alkoholu týdně) – 91,5 % respondentů, vyšší konzumace alkoholu (11–20 jednotek alkoholu týdně) – 5,2 %, vysoká konzumace alkoholu (21–35 jednotek alkoholu týdně) – 2,8 % a velmi vysoká konzumace alkoholu (36 jednotek alkoholu týdně a více) – 0,5 %, tabulka 38. Vysoký podíl respondentů v kategorii mírná konzumace alkoholu byl dán vietnamskými a mongolskými respondenty, kteří konzumují malé množství alkoholu.

Srovnáním relativních četností lze vysledovat rozdíly mezi porovnávanými skupinami respondentů. Z výsledků šetření vyplývá (tabulka 34), že týdenní spotřeba piva a destilátů byla u mužů vyšší než u žen. Naopak ženy udávaly vyšší spotřebu vína než muži. Ženy byly více zastoupeny v kategorii mírné konzumace alkoholu (0–10 jednotek alkoholu týdně). Naopak muži byli více zastoupeni v kategorii vyšší konzumace alkoholu (11–20 jednotek týdně); tabulka 38. Tyto výsledky odpovídají zjištění WHO, kdy ženy v průměru méně pijí alkohol než muži, naopak muži daleko méně abstinují než ženy (Equity, social determinants..., 2010).

Dle WHO nejvyšší mortalita v souvislosti s konzumací alkoholu byla prokázána u mužů mladšího a středního věku (25–39 let), nejnižší pak u žen starší generace (55 +) (Equity, social determinants..., 2010). Výzkumné šetření prokázalo vyšší týdenní konzumaci vína a destilátů u střední generace imigrantů (30 až 50 let); tabulky 36 a 37.

Dle oficiálních statistik WHO (Ukraine socioeconomic context, 2005) je spotřeba alkoholu na *Ukrajíně* velmi vysoká. V letech 2005 byla průměrná roční spotřeba alkoholu na osobu *15,6 litru*. Z toho 8,0 l byla spotřeba legálně a 7,5 l nelegálně získaného alkoholu. Na *Ukrajíně* ve věkové kategorii 15+ nepije 14 % mužů a 31 % žen (v průměru 20,3 % populace). Morbidita (nemocnost) z důvodu konzumace alkoholu byla prokázána u 8,6 % mužů a 0,8 % žen. Nejvíce oblíbený mezi *Ukrajinci* je tvrdý alkohol – 61 % (Ukraine socioeconomic context, 2005). V souladu s WHO statistikou také *ukrajínští* respondenti udávali statisticky významně vyšší týdenní konzumaci piva a vína. A zároveň srovnáním relativních četností i vyšší konzumaci lihovin oproti *asijským* respondentům (tabulky 31 a 32).

Ve výzkumu vykazovali druhou nejvyšší spotřebu alkoholu vietnamští respondenti, nikoliv mongolští. Tyto výsledky odpovídají statistikám WHO (Viet Nam socioeconomic context, 2005), podle které v roce 2005 roční spotřeba alkoholu na osobu ve *Vietnamu* činila 3,4 litru. Z 97 % občané Vietnamské socialistické republiky preferují v konzumaci alkoholu pití piva. Ve věkové kategorii 15+ nepije 40 % mužů a 95 % žen (v průměru 67,1 % populace). Nemocnost (morbidita) z důvodu konzumace alkoholu postihuje 4 % mužů a 0,14 % žen (Viet Nam socioeconomic context, 2005).

V roce 2005 byla roční spotřeba alkoholu na osobu v *Mongolsku* 3,2 litru. Z alkoholických nápojů preferují Mongolové především tvrdý alkohol (48 %) a pivo (29 %). Ve věkové kategorii 15+ nepije 11,5 % mužů a 28,9 % žen (20,3 % populace). Morbidita (nemocnost) z důvodu konzumace alkoholu byla prokázána u 6 % mužů a 0,2 % žen (Mongolia socioeconomic context, 2005).

Překvapivě srovnání průměrných hodnot konzumace alkoholu cílové skupiny imigrantů s hodnotami české populace (Evropské výběrové šetření..., 2011) vypovídá o „vedoucí úloze“ domácích spotřebitelů. Vyšší trend spotřeby destilátů lze vysledovat pouze u ukrajinských respondentů, a to jak u žen, tak i u mužů. V oblasti spotřeby piva a vína je spotřeba u respondentů-imigrantů statisticky významně nižší (tabulka 39). *Nelze potvrdit hypotézu H 12, že oslovení imigranti konzumují alkohol více než majoritní populace.* Tyto výsledky korespondují se statistikou WHO (Czech Republic socioeconomic context, 2005), kdy spotřeba alkoholu v České republice v roce 2005 byla 16,5 litru na osobu. Z toho 15 litrů byl legální a 1,5 l nelegální alkohol. Morbidita (nemocnost) v souvislosti s konzumací alkoholu byla prokázána u 4,4 % mužů a 0,6 % žen. Nejoblíbenějším alkoholickým nápojem pro Čechy je pivo (57 %). Z celkové populace nepijí 3 % mužů a 6 % žen. Z výše uvedených dat je zřejmé, že Česká republika nemá v oblasti konzumace alkoholu dobré výsledky. Dle mého mínění je tato skutečnost způsobena tím, že Česká republika patří v EU mezi nejliberálnější země v oblasti propagace návykových látek. Alkohol, tabák a zneužívání léků patří mezi nejvíce problematické látky. Česká legislativa umožňuje velmi silnou reklamu na užívání alkoholu a tabáku. Stát by měl aktivně prosazovat omezení spotřeby alkoholu; mnohé zájmové skupiny, včetně vrcholových politiků, de facto propagují užívání návykových látek.

5.5 Využití zdravotní péče imigranty

Mnoho odborníků ve svých výzkumech (McDonald a Kennedy, 2004; Newbold, 2005; Kennedy et al., 2006; Gushulak, 2007) poukazuje na tzv. efekt zdravého imigranta, kdy imigranti po příjezdu do hostitelské země mají lepší zdravotní stav než majoritní populace. Tuto výhodu však časem ztrácejí a naopak s délkou pobytu se jejich zdraví rapidně zhoršuje. Dle řady studií (Leclere et al., 1994; Derose et al., 2007; 2009) jsou imigranti zranitelnou minoritou, která méně využívá zdravotní péči než majoritní populace. Nerovné podmínky při čerpání zdravotní péče imigranty jsou ovlivněny socioekonomickými podmínkami (Derose et al., 2009), imigračním statutem (Goklman et al., 2006), jazykovou bariérou (Wilson et al., 2005) nebo marginalizací a stigmatizací jednotlivých etnických menšin (Waters a Jiménez, 2005; Deshaw, 2006).

Tyto výzkumy a závěry nás vedly ke zkoumání nerovného přístupu ke službám (a péči) v lůžkové a ambulantní péči. Výzkum byl dále zaměřen na vyhodnocení tzv. neuspokojené potřeby péče.

Přístup imigrantů do českého systému veřejného zdravotního pojištění je podmíněn imigračním statutem (zemí původu, typem pobytového statusu a ekonomickou aktivitou). Velká skupina imigrantů – živnostníci, přicházející ze zemí mimo Evropskou unii, je odkázána na komerční (smluvní) zdravotní pojištění. Komerční pojištění často nehradí imigrantům potřebnou péči (Hnilicová a Dobiášová, 2009a, 2009b). Výsledky šetření potvrdily, že využití zdravotní péče respondenty je statisticky významně ovlivněno typem zdravotního pojištění. Respondenti, kteří mohou vstoupit do systému veřejného zdravotního pojištění, navštěvují praktického lékaře a stomatologa častěji než respondenti, kteří mají sjednané soukromé zdravotní pojištění, popřípadě nejsou pojištěni na zdravotní péči (tabulka 99 a 104). Tato skutečnost může být způsobena tím, že imigranti s komerčním zdravotním pojištěním mají často potíže zaregistrovat se u praktického lékaře a současně komerční zdravotní pojištění nehradí péči u stomatologa nad rámec akutního ošetření.

Z výše uvedených dat lze učinit závěr, že imigranti, kteří mohli vstoupit do systému veřejného zdravotního pojištění, čerpali zdravotní péči častěji než imigranti se smluvním zdravotním pojištěním.

Zdravotní stav respondentů byl v rámci provedeného výzkumu zkoumán pomocí těchto ukazatelů: subjektivní vnímání zdraví, pracovní úrazy, přítomnost fyzické bolesti, výskyt dlouhodobých nemocí či nemocí způsobených výkonem povolání.

Ambulantní péče byla sledovaná v oblasti návštěvnosti praktického lékaře, zubního lékaře a lékaře specialisty. V průběhu posledních 12 měsíců vyhledalo praktického lékaře v ČR více než polovina oslovených imigrantů. Respondenti s vyšším výskytem dlouhodobých nemocí a nemocí vzniklých v souvislosti s povoláním častěji navštěvovali praktického lékaře (tabulka 100 a 101). Porovnáním s českou populací (Evropské výběrové šetření..., 2011) lze konstatovat, že oslovení imigranti navštívili za posledních 12 měsíců praktického lékaře méně častěji (69,9 % žen a 47,3 % mužů, tabulka 98) než čeští občané (76 % žen a 68 % mužů). Přičemž jak ženy-imigrantky, tak české ženy navštěvují praktického lékaře významně častěji než muži.

Lékaře specialistu v posledních 12 měsících navštívila přibližně polovina respondentů (69,7 % žen a 40,2 % mužů); tabulka 107. Tyto výsledky jsou blízké charakteristice české populace, kde v posledních 12 měsících navštívilo lékaře specialistu 67 % žen a 45 % mužů (Evropské výběrové šetření..., 2011). Jak u české populace, tak u cílové skupiny imigrantů ženy významně více navštěvovaly ambulantní specialisty než muži. Lze předpokládat, že důvodem vyšší návštěvnosti lékařů specialistů ženami jsou pravidelné prohlídky u gynekologa.

Stomatologa v ČR během posledních 12 měsíců navštívilo 39,3 % žen-imigrantek a 42,4 % mužů-imigrantů. Ve srovnání s českou populací (66 % mužů a 73 % žen) jde o nižší návštěvnost. Na rozdíl od české populace (Evropské výběrové šetření ..., 2011), kde ženy navštěvují stomatologa 1,5krát častěji než muži, nebyl u cílové skupiny imigrantů prokázán statisticky významný rozdíl v návštěvnosti stomatologa ve vazbě na pohlaví (tabulka 102).

Dle McDonald a Kennedy (2004) se imigranti po vstupu do nové země učí jazyku hostitelské země, orientovat se v systému zdravotní péče a následně s délkou pobytu více spotřebovávají zdravotní péči. Ve výzkumu souvislost mezi spotřebou zdravotní péče, délkou pobytu a znalostí českého jazyka byla potvrzena pouze v návštěvnosti stomatologa. S lepší znalostí českého jazyka a s delší dobou pobytu v ČR navštěvovali respondenti stomatologa častěji (tabulka 105). Je varovným signálem, že přibližně 1/3

respondentů nikdy nebyla u zubního lékaře (tabulka 102) a přibližně 1/5 respondentů nikdy nenavštívila praktického lékaře a ambulantního specialistu v ČR (tabulky 98 a 107).

Dle výsledků výzkumu bylo v ČR hospitalizováno 24,5 % respondentů, z toho 18,2 % mužů a 29,2 % žen (tabulka 92). Respondenti s vyšším výskytem nemocí a pracovních úrazů byli častěji hospitalizováni v lůžkových zdravotnických zařízeních (tabulky 97 a 98). Právo na zdravotní péči je jedním ze základních práv občanů zakotvených v Ústavě. Financování zdravotní péče v České republice je založeno na systému veřejného zdravotního pojištění, prostřednictvím kterého stát garantuje občanům České republiky poskytování dostupné a zároveň kvalitní zdravotní péče. Mezi klíčové aspekty tohoto solidárního systému patří: dostupnost, kvalita, finanční dosažitelnost a rovnost poskytované zdravotní péče. Rovnost (ekvita) při poskytování zdravotní péče je vyjadřována rovným, stejným přístupem k léčbě pro pacienty všech národnostních a náboženských skupin bez ohledu na jejich pohlaví, věk, finanční možnosti či sociální postavení (Janečková a Hnilicová, 2009).

Vyhodnocení tzv. neuspokojené potřeby péče respondenty je stěžejní pro sledování nerovností a jazykových a kulturních bariér v přístupu imigrantů ke zdravotní péči. Respondenti odpovídali na otázku, zda nastala v průběhu 12 měsíců situace, kdy potřebovali být hospitalizováni v nemocnici, ale hospitalizováni nebyli. Celkem 13,4 % respondentů se v průběhu posledních 12 měsíců dostalo do situace, kdy nebyli přes doporučení lékaře hospitalizováni v nemocnici. Ve srovnání s českou populací (2 %) jde o vyšší počet. Jako nejčastější důvod nepodstoupení hospitalizace uváděli nedostatek času (42,4 %). U české populace nejčastěji uváděné důvody byly „jiné“ a „nedostatek času“ (Evropské výběrové šetření..., 2011).

Druhým nejčastějším důvodem k zamítnutí hospitalizace byla finanční nákladnost léčby (27,3 %). Za zmínku také stojí odmítnutí ze strany zdravotnického zařízení (6,1 %), obava z léčby (9,1 %), z jazykové bariéry (6,1) a z kulturních odlišností (3,0 %) tabulka 94. Tyto neetické a společensky nepřijatelné důvody tzv. nehospitalizace česká populace v Evropském výběrovém šetření... (2011) neuváděla. Kulturní a náboženské odlišnosti, jazykové bariéry, barva kůže mohou vést zdravotníky k předpojatosti při poskytování zdravotní péče, následně k oprávněným obavám

imigrantů čerpat zdravotní péči a vyústit ve stigmatizaci či marginalizaci jednotlivých náboženských nebo národnostních menšin ve společnosti (Waters a Jiménez, 2005; Deshaw, 2006; Derose et. al., 2007).

Dle Wilsona et al. (2005) má jazyková bariéra vliv na kvalitu poskytované péče. Imigranti často nechápou, popřípadě nerozumí instrukcím zdravotníků. Ve výzkumu byli respondenti dotazováni, jak hodnotí chování zdravotníků k jejich osobě a zda byly informace podané zdravotníky srozumitelné.

Mongolští respondenti statisticky významně více hodnotili chování zdravotníků ke své osobě jako nedůstojné. Přestože klasifikovali svoji schopnost porozumět českému jazyku jako dobrou, ukázalo se, že jsou pro ně podané informace zdravotníky nesrozumitelné. Příčina může spočívat v náročnosti lékařské terminologie a neexistenci ekvivalentních jazykových výrazů pro některé zdravotnické termíny.

Pro ukrajinské respondenty byly podávané informace zdravotníky nejsrozumitelnější. Ukrajinci také statisticky významně klasifikovali svou znalost českého jazyka na úrovni „výborná“. Zároveň chování zdravotnických pracovníků k jejich osobě hodnotili jako důstojné.

Vietnamští respondenti hodnotili svou schopnost porozumět českému jazyku jako špatnou, přestože udávali srozumitelnost podaných informací na střední hodnotě (+/-, z poloviny). Tato skutečnost může být podmíněna tím, že vietnamská komunita je dobře organizovaná a v případě potřeby jsou tlumočníci k dispozici (graf 15, tabulky 53 a 54).

Z výše uvedených dat lze učinit závěr, že H 13: S vyšší znalostí českého jazyka roste kladné hodnocení zdravotní péče imigranty, byla potvrzena.

5.6 Zdraví, zdravotní stav cílové skupiny imigrantů

Zdravotní stav imigrantů je multifaktoriální záležitostí. Existují genetické predispozice pro vznik řady onemocnění, které jsou pevně spjaty s etnickým původem (Lindström et al., 2001). Nicméně stejně zásadní vliv na zdraví imigrantů má jejich životní styl, jejich socioekonomická pozice v hostitelské zemi, úroveň a vnímání psychosociálního stresu, možnost využívání zdravotní péče či sounáležitost s etnickým původem (Lindström et al., 2001). Imigranti jsou zranitelnou sociální skupinou se specifickými zdravotními potřebami. Mezi rizika spojená s migrací patří: vyšší riziko

pracovních úrazů, vyšší výskyt infekčních onemocnění, depresí, chronických onemocnění typu diabetes mellitus nebo u žen-imigrantek vyšší potratovost (Race for health, 2008). Tato část diskuse byla zaměřena na vyhodnocení subjektivního vnímání zdraví a zdravotního stavu respondentů se zaměřením na výskyt TBC, sexuálně přenosných onemocnění včetně HIV positivity a onemocnění AIDS.

Subjektivní hodnocení zdraví má ve vztahu k hodnocení zdravotního stavu specifickou pozici. Vychází z vnitřního, holistického, vysoce individuálního hodnocení vlastního zdraví jedincem. Současně je ovlivněno rasou a etnicitou, ale i životním stylem, emočním naladěním nebo životními a sociálně-ekonomickými podmínkami jedince (Lindström et al., 2001).

V prvním výzkumném souboru (n = 246) více než třetina respondentů (34,5 %) hodnotila své zdraví jako velmi dobré a dobré. Více než polovina respondentů (60,6 %) zaujímala v hodnocení svého zdraví neutrální postoj (ani dobré – ani špatné) a 4,9 % respondentů se cítilo špatně až velmi špatně.

Bolest je nejčastějším příznakem nemoci, lze ji dělit například na akutní nebo chronickou, nádorovou či nenádorovou, somatickou či viscerální. Pro účel výzkumu byli respondenti dotazováni na fyzickou bolest. Je zřejmé, že se vyskytla statisticky významná závislost mezi hodnocením subjektivního vnímání zdraví a výskytem fyzické bolesti. Respondenti, kteří statisticky významně častěji hodnotili své zdraví jako špatné, udávali přítomnost fyzické bolesti (tabulka 51). Subjektivně „hůře“ hodnotili své zdraví respondenti, kteří zároveň udávali přítomnost fyzické bolesti a psychickou zátěž v zaměstnání (graf 14).

Subjektivní hodnocení zdraví je významně podmíněno kulturní příslušností (Newbold, 2005). Minority jsou heterogenní skupinou, kterou je velmi těžké hodnotit jako celek. Ve výzkumu bylo vyhodnoceno subjektivní vnímání zdraví vybraných imigrantů mongolské, vietnamské a ukrajinské národnosti. Byla prokázána statisticky významná závislost *mezi subjektivním hodnocením zdraví respondentů a jejich národností (H 14)*. Mongolští respondenti hodnotili své zdraví statisticky významně lépe než vietnamští a ukrajínští imigranti; tabulka 52. Protože mongolští respondenti v průměru pobývali v České republice nejkratší dobu, lze tuto skutečnost vysvětlit teorií tzv. efektu zdravého imigranta. Dle této teorie nově příchozí imigranti hodnotí své

zdraví významně lépe než majoritní populace a také měření vybraných objektivních parametrů vykazuje „lepší hodnoty“ (ve směru k normálním hodnotám). Tuto výhodu ovšem s délkou pobytu v nové zemi ztrácejí a jejich zdravotní stav se rapidně zhoršuje (Newbold, 2005; Kennedy et al., 2006; Gushulak, 2007; Jelínková, 2007).

Výzkumné studie prokázaly, že na zdravotní stav, ale též etnická příslušnost a společenská třída (Bates et al., 2009). Imigranti jsou zranitelnou skupinou, která je ve vyšším riziku řady onemocnění než majoritní populace. Příkladem mohou být údaje Národní zdravotní služby Velké Británie o specifické morbiditě etnických skupin žijících ve Velké Británii. Dle Národní zdravotní služby 40 % bangladéšských dětí žijících ve Velké Británii oproti 90 % britských dětí navštěvuje stomatologa, 44 % mužů z Bangladéše kouří oproti 27 % členů majoritní populace nebo muži a ženy indického původu jsou třikrát více náchylnější k diabetu mellitu než britská populace (Race for health..., 2008).

V oblasti zdravotního stavu, byli respondenti dotazováni na výskyt zhruba 30 vybraných onemocnění. Následně byli respondenti rozděleni na dvě skupiny. První skupinu tvořili respondenti bez onemocnění. Druhou skupinu tvořili respondenti alespoň s jedním onemocněním. Zdravotní stav respondentů byl nejvíce ovlivněn pohlavím. Ženy uváděly nemoc statisticky významně častěji než muži (tabulka 47). Byl prokázán významně nižší výskyt onemocnění u mladé generace (18–29 let); tabulka 48. Byla prokázána linearita mezi zdravotním stavem respondentů a pracovními podmínkami, kdy zcela očekávaně s vyšším zatížením pracovního prostředí prachem a toxickými látkami rostl počet onemocnění ve zdravotní anamnéze respondentů (tabulky 49 a 50).

Mongolsko a Vietnam patří mezi země s vyšším výskytem tuberkulózy (Mongolsko (2010) – 331 onemocnění na 100 000 obyvatel; Vietnam (2010) – 334 případů na 100 000 obyvatel). Světový průměr je 178 onemocnění na 100 000 obyvatel. Naopak na Ukrajině je zaznamenán vyšší výskyt onemocnění AIDS/HIV+ (11 onemocnění na 1 000 dospělých lidí). Světový průměr je 8 případů na 1 000 lidí (*Global Health Observatory Data Repository*, 2010). Počet *hlášených onemocnění TBC* v České republice je celkově nízký a má sestupný trend. Podíl cizinců na výskytu TBC činí zhruba 20 %. Česká republika patří v EU k zemím s vyšším výskytem *sexuálně*

přenosných onemocnění. V roce 2009 byl podíl cizinců na onemocnění sifilitidou 22%. Podíl cizinců na gonokokové infekci se pohybuje v rozmezí 8–10 %. V ČR cizinci představují okolo 30 % nově registrovaných pacientů s onemocněním AIDS/HIV+ (Pohlavní nemoci, 2009).

V rámci dotazníkového šetření, které se týkalo výskytu onemocnění HIV/AIDS a tuberkulózy, bylo zjištěno, že tyto nemoci nebyly diagnostikovány u žádného z respondentů. Z celkového počtu 164 validních odpovědí uvedlo 92,1 % respondentů, že nemá diagnostikováno TBC ani HIV/AIDS a 7,9 % odpovědělo „nevím“. Gonokokové infekce (kapavku) uvedli dva respondenti (1,2 %), šlo o jednu ženu ukrajinské a jednoho muže mongolské národnosti. Žena byla vyučená, pracující na plný úvazek jako zaměstnanec, muž vysokoškolák – student. Syfilitidu prodělali dva respondenti (1,2 %). Šlo o ženu z vietnamské minority, vysokoškolsky vzdělanou podnikatelku. Muž byl mongolské národnosti – vysokoškolák. Je otázkou, do jaké míry byli respondenti v rámci dotazníkového šetření ochotni pravdivě odpovídat na otázky týkající se infekčních onemocnění (tabulka 44). A zda by nebylo vhodnější pro vyšší spolehlivost a objektivitu získaných dat zvolit metodu řízeného rozhovoru.

6. ZÁVĚR A DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Hlavním záměrem výzkumného šetření bylo zmapovat vliv vybraných sociálních determinant na zdraví cílové skupiny imigrantů. Výzkum vycházel z konceptu deseti sociálních determinant zdraví dle Wilkinsona a Marmota (2003). Výzkum byl zaměřen na pracovní prostředí, výživu, spotřebu tabáku, konzumaci alkoholu a využití zdravotní péče imigranty. Byli osloveni legálně usazení imigranti, ve věkové kategorii 18–65 let, vietnamské, mongolské a ukrajinské národnosti.

6.1 Stěžejní výsledky a doporučení pro praxi v oblasti práce

Dle Wilkinsona a Marmota (2005) podmínky vnějšího prostředí významně ovlivňují naše zdraví. Právě imigranti z tzv. třetích zemí mohou patřit ke zranitelné sociální skupině, která má nerovné podmínky při výběru zaměstnání na českém pracovním trhu. Během výzkumu byla hledána odpověď na otázku, zda mají imigranti v České republice rovné podmínky týkající se získávání práce a její následné vykonávání ve srovnání s majoritní populací. A v případě, že ne, jaké jsou příčiny a důsledky těchto nerovností a možnosti jejich překonání. Z výsledků šetření je zřejmé, že cílová skupina imigrantů je vystavena statisticky významně více nepříznivým pracovním podmínkám než majoritní populace. Ve srovnání s českou populací byly u cílové skupiny imigrantů prokázány statisticky významné rozdíly především v oblasti nadměrného pracovního zatížení a diskriminace na pracovišti.

S vyšším výskytem nepříznivých pracovních okolností statisticky významně rostl počet nemocí či zdravotních obtíží způsobených výkonem povolání. Imigranti ze zemí mimo EU získávají v České republice pracovní místa, která neodpovídají jejich kvalifikaci. Kvalifikaci v zaměstnání využila pouze 1/5 respondentů a v ČR zastávají především pomocná a nekvalifikovaná pracovní místa, pracovní pozice ve službách, obchodě a místa v řemeslné výrobě.

K opatřením vedoucím k odstranění sociálních nerovností a zlepšení situace imigrantů v ČR patří:

- zlepšení podmínek zaměstnávání imigrantů v ČR,

- zajištění rovnocenných pracovních podmínek mezi imigranty zaměstnanými agenturou práce a českými kmenovými zaměstnanci,
- důsledná kontrola zprostředkovatelských agentur práce státem – boj proti tzv. klientelismu,
- zkrácení doby k získání trvalého pobytu imigrantem,
- zjednodušení podmínek k získání občanství,
- umožnění všem legálně usazeným imigrantům přístup k veřejnému zdravotnímu pojištění
- trénování schopnosti samostatně získat práci tak, jak navrhuje např. Kvist (2012),
- zvyšování jazykových znalostí imigrantů, jak zmiňuje např. i Vacková (2012a).

6.2 Stěžejní výsledky a doporučení pro praxi v oblasti výživy

Cílem této části šetření bylo zmapovat kulturní odlišnosti v oblasti stravování imigrantů, vyhodnocení hmotnosti a rizika morbidity dle BMI respondentů. Průměrné hodnoty BMI ukrajinských respondentů byly srovnatelné s průměrnými hodnotami BMI české populace. Průměrné hodnoty BMI oslovených ukrajinských imigrantů byly statisticky významně vyšší než BMI mongolských a vietnamských respondentů. Ukrajínští respondenti byli ve vyšším riziku morbidity dle BMI než mongolští a vietnamští respondenti. Vietnamští respondenti při průměrné nižší hodnotě BMI dosahovali vyšších rizik morbidity dle BMI než mongolská minorita. Především vietnamští a mongolští respondenti zařazují do svého jídelníčku potraviny typické pro jejich kulturu.

Během tohoto výzkumu nebylo získáno dostatečné množství informací pro popsání vztahu mezi BMI a procenty tělesného tuku ani vztahů mezi BMI, obezitou, morbiditou a úmrtností u asijských respondentů. Je tedy vhodné doporučit další zkoumané vazby mezi BMI, objemem pasu a zdravotními riziky u asijských imigrantů. Navazující výzkumy je možné zaměřit na zhodnocení abdominální obezity u Asiatů ve vztahu k metabolickému syndromu, prozkoumat dopady nízké porodní váhy na možná pozdější zdravotní rizika v dospělosti imigrantů, popřípadě nalézt souvislosti mezi BMI, hypertenzí ve vazbě na akulturační proces. Studie by měly zahrnovat také děti imigrantů.

6.3 Stěžejní výsledky a doporučení pro praxi v oblasti spotřeby tabáku a konzumace alkoholu

V rámci této části výzkumu byla mapována spotřeba tabákových výrobků a konzumace alkoholu respondenty. Z výsledků šetření vyplývá, že muži-imigranti kouří a konzumují alkohol významně více než ženy-imigrantky. Mladá generace respondentů (18 až 29 let) kouří statisticky významně více než střední a starší generace. Vyšší týdenní konzumace vína a destilátů byla potvrzena u střední generace (30 až 50 let) imigrantů. Více kuřáků je zastoupeno mezi mongolskými a vietnamskými respondenty. U Ukrajinců naopak převažuje konzumace alkoholu. Srovnáním průměrných hodnot konzumace alkoholu cílové skupiny imigrantů s hodnotami české populace (Evropské výběrové šetření..., 2011) vypovídá o „vedoucí úloze“ domácích spotřebitelů. Vyšší trend spotřeby destilátů lze vysledovat pouze u ukrajinských respondentů, a to jak u žen, tak i u mužů. Proto by vláda ČR měla aktivně realizovat preventivní programy a prosazovat změny v legislativě, které by vedly k omezení kouření a spotřeby alkoholu v ČR. Mezi restriktivní opatření, která v současné době prosazuje MZ ČR, patří úplný zákaz kouření v restauracích (mimo zahrádek), omezení prodeje tvrdých lihovin pouze na kamenné obchody, tedy zákaz prodeje lihovin v tržnicích a mobilních stáncích, omezení pití na veřejnosti, vyšší sankce za prodej alkoholu na veřejnosti nebo povinnost restaurací mít v nabídce nejméně jeden nápoj, který bude levnější než pivo.

6.4 Stěžejní výsledky a doporučení pro praxi v oblasti využití zdravotní péče

Zdraví imigrantů je ovlivněno kulturní, sociální a ekonomickou pozicí, kterou získávají v hostitelské zemi. Příjezdem do nové země ztrácejí svůj socioekonomický status a sociální síť kontaktů. Často nemají dostatek informací a zkušeností s novým zdravotním systémem. Čelí jazykovým a kulturním bariérám (Derose et al., 2007; 2009). Velká část imigrantů v ČR (převážně původem ze zemí mimo EU) je odkázána na komerční zdravotní pojištění. Všechny výše uvedené skutečnosti mohou být důvodem nedostatečného čerpání zdravotní péče imigranty ve srovnání s majoritní populací.

Ve výzkumu byla položena otázka, zda existují nerovnosti v oblasti čerpání zdravotní péče mezi českou populací a cílovou skupinou imigrantů. V případě, že ano, jaké jsou důvody těchto nerovností a možnosti jejich řešení? Z výsledků je patrné, že ve srovnání s českou populací (Evropské výběrové šetření..., 2011) je návštěvnost praktických a zubních lékařů imigranty nižší. Čerpání zdravotní péče imigranty bylo také významně determinováno typem zdravotního pojištění, délkou pobytu, pohlavím a znalostí českého jazyka. Imigranti, kteří mohli vstoupit do systému veřejného zdravotního pojištění, čerpali zdravotní péči častěji než se smluvním zdravotním pojištěním. Souvislost mezi spotřebou zdravotní péče, délkou pobytu a znalostí českého jazyka byla potvrzena pouze v návštěvnosti stomatologa. Možným zdůvodněním je, že získání stomatologa představuje pro imigranty velmi obtížný úkol, který vyžaduje minimálně lepší znalost českého jazyka (ta je podmíněna délkou pobytu).

Mezi důvody nepodstoupení hospitalizace imigranti uváděli nedostatek času, finanční nákladnost léčby, odmítnutí ze strany zdravotnického zařízení, obavu z léčby, dále z jazykové bariéry a kulturních odlišností.

Zdravotní stav respondentů byl v rámci provedeného výzkumu zkoumán pomocí těchto ukazatelů: subjektivní vnímání zdraví, pracovní úrazy, výskyt dlouhodobých nemocí či nemocí způsobených výkonem povolání. Se zhoršením zdravotního stavu rostlo čerpání ambulantní i lůžkové péče respondenty.

Rozsah provedeného výzkumu již neumožňoval provést analýzu preventivní péče sloužící k předcházení zdravotních obtíží a onemocnění. Bylo by přínosné tuto oblast zmapovat. Návazný výzkum by bylo vhodné zaměřit na využívání preventivní péče imigranty, jako je například: očkování proti chřipce, měření krevního tlaku, měření hladiny cholesterolu a cukru v krvi (glykémie), test na okultní krvácení nebo u žen mamografické vyšetření prsu a stěr z děložního čípku (onkologická cytologie).

6.5 Stěžejní výsledky a doporučení pro praxi v oblasti zdravotní stav respondentů

Zdraví imigrantů je determinováno příslušností k rase, etnicitě, náboženské či kulturní minoritě. Zdraví také ovlivňuje řada psychosociálních a socioekonomických faktorů (Lindström et al., 2001). Subjektivně „hůře“ hodnotili své zdraví respondenti, kteří

zároveň udávali přítomnost chronické bolesti a psychickou zátěž v zaměstnání. Mongolští respondenti hodnotili své zdraví významně lépe než vietnamští a ukrajinští imigranti.

Ženy uváděly nemoc statisticky významně častěji než muži. Byl prokázán významně nižší výskyt onemocnění u mladé generace (18-29 let). S vyšším zatížením pracovního prostředí prachem a toxickými látkami rostl počet onemocnění.

Gonokokovou infekci (kapavku) a syfilitidu uvedli dva respondenti (1,2 %). S vysokou pravděpodobností lze soudit, že nízký výskyt sexuálně přenosných nemocí ve výzkumném souboru neodpovídá skutečnosti. Nasvědčuje tomu také nízká ochota respondentů na danou otázku odpovídat (1/3 respondentů neodpověděla). Ke zlepšení zdravotního stavu cizinců ve sledovaných parametrech lze doporučit zefektivnění systému vyhledávání a kontroly TBC onemocnění u cizinců, aktivní vyhledávání infekčních onemocnění u cizinců při preventivních prohlídkách a depistáže u osob, které byly v úzkém kontaktu s nemocnými.

Závěrem lze říci, že nově příchozí imigranti se často dostávají do nepříznivého sociálního prostředí a je úkolem státu, samosprávy a neziskových organizací, aby jim umožnily a podpořily úspěšnou integraci v České republice. Je zřejmé, že se stárnutím populace ubývá ekonomicky aktivních českých občanů. Imigranti vyplňují tuto mezeru a je nutné říci, že jejich ztráta by vedla k potížím v zemědělství, lesnictví a stavebnictví. Nicméně nepříznivou skutečností je, že z důvodu finanční a ekonomické krize od roku 2008 stagnuje počet legálně usazených cizinců v ČR (Postup při realizaci aktualizované Koncepce integrace cizinců, společné soužití, 2012). Je třeba nastartovat celospolečenské změny, aby Česká republika byla dobrým místem pro život pro všechny. Doufám, že výzkumné šetření přispěje k tomuto cíli. Výzkum lze také využít jako pilotní materiál k výzkumnému projektu COST „Sociální determinanty a jejich vliv na zdraví imigrantů žijících v České republice“, který získala ZSF JU v Českých Budějovicích a na jehož řešení se podílím (číslo projektu IS1 103, doména COST: ISCH, doba řešení od 03/2013 do 12/2015).

7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- Aktualizovaná Koncepce integrace cizinců. Společné soužití*, 2011. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. [online]. [cit. 2011-07-08]. Dostupné z: http://www.cizinci.cz/files/clanky/741/Usneseni_vlady_09022011.pdf
- ALDERETE, E., W. A. VEGA, B. KOLODY, S. AGUILAR-GAXIOLA, 2000. Lifetime Prevalence of and Risk Factors for Psychiatric Disorders Among Mexican Migrant Farmworkers in California. *American Journal of Public Health*. **90**(4), 608–614. ISSN 0090-0036.
- ANDERSON, J. M., 1987. Migration and health: perspectives on immigrant women. *Sociology of Health & Illness*. **9**(4), 410–438. ISSN 0141-9889.
- ANTECOL, H. a K. BEDARD, 2005. *Unhealthy assimilation: Why do immigrants converge to American health status levels?* Bonn (Germany): Institute for the Study of Labor. [online]. [cit. 2012-01-01]. Dostupné z: <http://ftp.iza.org/dp1654.pdf>
- ARONOWITZ, R., 2006. Situating health risks. In: R. BURNS, R. STEVENS a C. ROSENBERG, eds. *American health care history and policy: Putting the past backing*. New Brunswick (New Jersey, USA): Rutgers University Press, s. 153–175. ISBN 978-0-8135-3838-9.
- ARONOWITZ, R., 2008. Framing disease: an underappreciated mechanism for the social patterning of health. *Social Science & Medicine*. **67**(1), 1–9. ISSN 0277-9536.
- ARONSSON, G., K. GUSTAFSSON a M. DALLNER, 2002. Work environment and health in different types of temporary jobs. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. **11**, 151–175. ISSN 1359-432X.
- AVENDANO, M., I. KAWACHI, F. V. LENTHE, H. C. BOSHUIZEN, J. P. MACKENBACH, M. E. FAY a L. F. BERKMAN, 2006. Socioeconomic Status and Stroke Incidence in the US Elderly: The Role of Risk Factors in the EPESE Study. *Stroke – Journal of the American Heart Association*. **37**(6), 1368–1373. ISSN 0039-2499.
- BARBEAU, E. M., N. KRIEGER, a M. J. SOOBADER, 2004. Working Class Matters: Socioeconomic Disadvantage. Race/Ethnicity, Gender, and Smoking in NHIS 2000. *American Journal of Public Health*. **94**(2), 269–278. ISSN 1541-0048.

- BARTOŠÍKOVÁ, I., 2006. O syndromu vyhoření – pro zdravotní sestry. Brno: NCO NZO. ISBN 80-7013-439-9.
- BATES, L. M., O. HANKIVSKY a K. W. SPRINGER, 2009. Gender and health inequities: A comment on the Final Report of the WHO Commission on the Social Determinants of Health. *Social Science & Medicine*. **69**(7), 1002–1004. ISSN 0277-9536.
- BENACH, J., F. G. BENAVIDES, S. PLATT, A. DIEZ-ROUX a C. MUNTANER, 2000. The Health-Damaging Potential for New Type soft Flexible Employment: A Challenge for Public Health Researchers. *American Journal of Public Health*. **90**(8), 1316–1317. ISSN 1541-0048.
- BENAVIDES, F. G., J. BENACH, A. DIEZ-ROUX, a C. ROMAN, 2000. How do types of employment relate to health indicators? Findings from the Second European Survey on Working Conditions. *Journal of Epidemiology and Community Health*. **54**, 963–979. ISSN 1470-2738.
- BENAVIDES, F. G., J. BENACH, C. MUNTANER, G. L. DELCIOS, N. CATOT a M. AMBLE, 2006. Associations between temporary employment and occupational injury: what are the mechanisms? *Occupational and Environmental Medicine*. **63**(6), 416–421. ISSN 1470-7926.
- BERGER, P. a T. LUCKMANN, 1999. *Sociální konstrukce reality. Pojednání o sociologii věděni*. Brno: CDK. ISBN 80-85959-46-1.
- BERRY, J. W., 2001. A Psychology of Immigration. *Journal of Social Issues*. **57**(3), 615–631. ISSN 1540-4560.
- BERRY, J. W., 2005. Acculturation: Living successfully in two cultures. *International Journal of Intercultural Relations*. **29**(6), 697–712. ISSN 0147-1767. DOI: 10.1016/j.ijintrel.2005.07.013.
- BINH, P. N., Y. ABE, P. G. TIEN, N. T. L. SON, T. T. HANH, T. N. DIEP, T. K. L. QUI, M. KAWANO a C. MARUYAMA, 2011. Plasma NO_x Concentrations in Glucose Intolerance and Type 2 Diabetes- A Case-control Study in a Vietnamese Population. *Journal of Atherosclerosis and Thrombosis*. **18**(4), 305–311. ISSN 1340-3478.

- BLEAKLEY, H., 2007. Disease end development: evidence from hookworm eradication in the American south. *Quarterly Journal of Economics*. **122**(1), 73–117. ISSN 0033 – 5533.
- BLEAKLEY, H., 2010. Malaria eradication in the Americas: a retrospective analysis of childhood exposure. *American Economic Journal: Applied Economics*. **2**(2), 1–45. DOI: 10.1257/app.2.2.1.
- BRABCOVÁ, I., V. ZÁLESKÁ a J. HORSKÁ, 2011. Bezpečnost práce a pracovní úrazy u cizinců v České republice. *Prevence úrazů, otrav a násilí*. ZSF JU: České Budějovice. **1**(VII), 42–51. ISSN 1801-0261.
- CANDIB, L. M., 2007. Obesity and Diabetes in Vulnerable Populations: Reflection on Proximal and distal Causes. *Annals of Family Medicine*. **5**(6), 547–556. ISSN 1544-1709.
- CANNING, D. a D. BOWSER, 2010. Investing in health to improve the wellbeing of the disadvantaged: Reversing the augment of Fair Society, Healthy Lives (The Marmot Review). *Social Science & Medicine*. **71**(7), 1223–1226. ISSN 0277-9536.
- Cenový předpis o regulaci cen zdravotní péče a specifických zdravotních výkonů, 2009. In: *Věstník MZ ČR*. [online]. částka 6, s. 2–7. [cit. 2011-07-07]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c_3628_1779_11.html
- Cizinci podle typu pobytu, pohlaví a státního občanství k 30. 4. 2011*, 2011. Praha: Český statistický úřad. [online]. [cit. 2011-07-28]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/cizinci.nsf/tabulky/ciz_pocet_cizincu-00599530
- Cizinci v České republice (Foreigners in The Czech Republic)*, 2010. Praha: Český statistický úřad. ISBN 978-80-250-2039-5.
- CLARKE, M., W. LEWCHUK, A. DE WOLFF a A. KING, 2007. This just isn't sustainable?: Precarious employment, stress and workers' health. *International Journal of Law and Psychiatry*. **30**, 311–326. ISSN 0160-2527.
- Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*, 2008. Geneva (Switzerland): WHO. ISBN 978-92-4-156370-3.

- CLOUGHERTY, J., K. SOUZA a M. CULLEN, 2010. Work and its role in shaping the social gradient in health. *Annals of the New York Academy of Sciences*. **1186**(1), 102–124. ISSN 1749-6632.
- CUNNINGHAM, J., D. W. DOCKERY a F. E. SPEIZER, 1996. Race, asthma, and persistent wheeze in Philadelphia schoolchildren. *American Journal of Public Health*. **86**(10), 1406–1409. ISSN 0090-0036.
- Czech Republic (the) socioeconomic context*, 2005. Geneva (Switzerland): WHO [online]. [cit. 2013-02-02]. Dostupné z : http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/cze.pdf
- ČERNÍK, J., 2005. *Klientský systém jako quasi-feudalismus v Česku*. [online]. Praha: Multikulturní centrum Praha. [cit. 2011-07-07]. Dostupné z: http://aa.ecn.cz/img_upload/79a33131c9c4293e0fceb50bfa263ef/JCernik_Klientura_1.pdf
- DALSTRA, J. A., A. E. KUNST, C. BORELL, E. BREEZE, E. CAMBOIS, G. COSTA et al., 2005. Socioeconomic differences in the prevalence of common chronic diseases: an overview of eight European countries. *International Journal of Epidemiology*. **34**(2), 316–326. ISSN 0300-5771.
- DEROSE, K. P., J. J. ESCARCE a N. LURIE, 2007. Immigrants and health care: sources of vulnerability. *Health Affairs*. **26**(5), 1258–1268. DOI: 10.1377/hlthaff.26.5.1258. ISSN 0278-2715.
- DEROSE, K. P., B. W. BAHNEY, N. LURIE a J. J. ESCARCE, 2009. Immigrants and Health Care Access, Quality, and Cost. *Medical Care Research and Review*. **66**(4), 355–408. DOI: 10.1177/10775587083330425. ISSN: 1552-6801.
- DESHAW, P. J., 2006. Use of the Emergency Department by Somali Immigrants and Refugees. *Minnesota Medicine*. **89**(8), 42–45. ISSN 0026-556X.
- DEURENBERG, M., G. SCHMIDT, W. A. van STAVEREN a P. DEURENBERG, 2000. The paradox of low body mass index and high body fat percent among Chinese, Malays and Indians in Singapore. *International Journal of Obesity*. **24**(8), 1011–1017. ISSN 0307-0565.
- DICKENS, Ch., 1968. *Zlé časy*. Praha: Odeon. ISBN 01-020-68.
- DOBIÁŠOVÁ, K. a H. HNILICOVÁ, 2010. Migranti a zdravotní politika v ČR. *Zdravotnictví v České republice*. **4**(XIII), 122–127. ISSN1213-6050.

- DOBIÁŠOVÁ, K., O. VYSKOČILOVÁ, B. ČABANOVÁ, P. ŠEBEK a N. TŮMOVÁ-KŘEČKOVÁ, 2004. *Zdravotní stav a péče o zdraví občanů bývalého SSSR pobývajících dlouhodobě v ČR a občanů ČR. Závěrečná zpráva z výzkumu z roku 2003*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky. ISSN 1213-8096.
- DRBOHLAV, D., 2011. Imigrace a integrace cizinců v Česku: několik zastavení na cestě země v její migrační proměně z Davida na téměř goliáše. *Geografie*. **4**(116), 401-421. ISSN 1212-0014.
- DUBOIS, B. a K. MILEY, 2002. *Social Work an Empowering Profession*. Fourth Edition. Boston: Allyn and Bacon, 2002. ISBN 0-205-3467-9.
- DUNN, J. a I. DYCK, 2000. Social determinants of health in Canada's immigrant population: Results from the national population health survey. *Social Science & Medicine*. **51**(11), 1573–1593. ISSN 0277-9536.
- DVOŘÁKOVÁ, J., 2005a. *Methods of Social work with Refugees, Immigrants and their Children*. České Budějovice. Disertační práce napsaná v anglickém jazyce na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Vedoucí disertační práce doc. PhDr. Jiří Kovařík, Ph.D.
- DVOŘÁKOVÁ, J., 2005b. System of Integration in the Czech Republic, in the Denmark, and in the Netherlands. *Journal of Health Sciences Management and Public Health*. **6**(1), 74–95, 1512-0651. ISSN 1512-0651.
- DVOŘÁKOVÁ, J. et al., 2005. Metody sociální práce s imigranty a uprchlíky. In: *Sborník z mezinárodní vědecké konference konané ve dnech 20. a 21. září 2005 ve Slezském ústavu Slezského zemského muzea v Opavě*. Opava: Slezské zemské muzeum, Slezský ústav. ISBN 8086224-51-1.
- DVOŘÁKOVÁ, J., 2008. Sociální práce s uprchlíky, imigranty a jejich dětmi. In: MOJŽÍŠOVÁ, A., ed. *Kapitoly sociální práce v praxi*. České Budějovice: ZSF JCU, s. 64–68. ISBN 978-80-7394-074-4.
- DVOŘÁKOVÁ, J. et al., 2008. *Metody sociální práce s imigranty, azylanty a jejich dětmi*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-097-3.
- Equity, social determinants and public health programmers*, 2010. Geneva (Switzerland): World Health Organization. ISBN 978-924-I-56 397.

- Evropské výběrové šetření o zdraví v České republice EHIS 2008*, 2011. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. ISBN 978-80-7280-916-5.
- FERRIE, J., H. WESTERLUND, M. VIRTANEN, J. VAHTERA a M. KIVIMÄKI, 2008. Flexible labor markets and employee health. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. (Suppl. 6), 98–110. ISSN 0355-3140.
- FIALA, J., 2006. *NUTRIFIA, nutriční software pro rychlé hodnocení*. Brno: Ústav preventivního lékařství, Lékařská fakulta Masarykovy univerzity. ISBN neuvedeno.
- FISCHBACHER, C. M., M. WHITE, R. S. BHOPAL a N. C. UNWIN, 2005. Selfreported work strain is lower in South Asian than European people: Cross-sectional survey. *Ethnicity and Health*. **10**, 279–292. ISSN 1465-3419.
- FORD, E. S., E. B. LOUCKS a L. F. BERKMAN, 2006. Social Integration and Concentrations of C-reactive protein among US adults. *Annals of Epidemiology*. **16**(2), 78–84. ISSN 1047-2797.
- FRAŇKOVÁ, S. a V. DVOŘÁKOVÁ-JANŮ, 2003. *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0548-1.
- GERGEN, P., 1996. Social class and asthma – distinguishing between the disease and the diagnosis. *American Journal of Public Health*. **86**(10), 1361–1362. ISSN 0090-0036.
- Global Health Observatory Data Repository*, 2010. Geneva (Switzerland): WHO [online]. [cit. 2012-12-12]. Dostupné z www: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.1315>
- Global Strategy for Health for All by the Year 2000*, 1981. WHO: Geneva (Schweiz). ISBN 92 4 180003 8.
- GOKLMAN, D. P., J. P. SMITH a N. SOOD, 2006. Immigrants and the Cost of Medical Care. *Health Affairs*. **25**(6), 1700–1711. ISSN 0278-2715.
- GRAHAM, H. a G. DER, 1999. Patterns and predictors of smoking cessation among British women. *Health Promotion International*. **14**(3), 231–240. ISSN 0957-4824.
- GUSHULAK, B., 2007. Healthier on arrival? Further insight into the “healthy immigrant effect”. *Canadian Medical Association Journal*. **176**(10), 1439–1440. ISSN 0820-3946.

- GUTH, J., 2008. Prekarizace není legrace. *Deník referendum*. [on-line]. [cit. 2011-07-07]. Dostupné z: <http://www.denikreferendum.cz/clanek/2561-prekarizace-neni-legrace>
- HASSMILLER, K. M., K. E. WARNER, D. MENDEZ, D. T. LEVY a E. ROMANO, 2003. Nondaily smokers: who are they? *American Journal of Public Health*. **93**, 1321–1327. ISSN 00900036.
- HAZUDA, H. P., S. M. HAFFNER, M. P. STERN, C. W. EIFLER, 1988. Effects of Acculturation and Socioeconomic Status on Obesity and Diabetes in Mexican Americans: the San Antonio Heart Study. *American Journal of Epidemiology*. **128**(6), 1289–1301. ISSN 1476-6256.
- HE, M., K. C. TAN, E. T. LI a A. W. KUNG, 2001. Body fat determination by dual energy X-ray absorptiometry and its relation to body mass index and waist circumference in Hong Kong Chinese. *International Journal Obesity*. **25**(5), 748–752. ISSN 0307-0565.
- HNILICOVÁ, H, a K. DOBIÁŠOVÁ, 2009a. *Zdravotní pojištění cizinců v ČR*. [online]. Praha: Středisko vzdělávání ve zdravotní péči o občany z třetích zemí. [cit. 2011-07-07]. Dostupné z: <http://eifzvip.cz/e-knihovna.html>
- HNILICOVÁ, H. a K. DOBIÁŠOVÁ, 2009b. *Zpráva o stavu zdraví a zdravotní péče pro imigranty v ČR*. Praha: Mighealth.net/cz. [online]. [cit. 2011-08-05]. Dostupné z: http://mighealth.net/cz/images/d/dc/Zpr%C3%A1va_o_stavu_zdrav%C3%AD_migrant%C5%AF_v_%C4%8CR_na_web.pdf
- HO-PHAM, L. T., T. Q. LAI, N. D. NGUYEN, E. BARRETT-CONNOR a T. V. NGUYEN, 2010. Similarity in Percent Body Fat Between White and Vietnamese Women: Implication for a Universal Definition of Obesity. *Obesity*. **18**(6). 1242–1246. ISSN 1930-7381.
- HUISMAN, M., A. E. KUNST, M. BOPP, B. K. BORGAN, C. BORELL, G. COSTA et al., 2005. Education inequalities in cause-specific mortality in middle-aged and older men and women in eight western European population. *The Lancet*. **365**(9458), 493–500. ISSN 0140-6736.
- HYMAN, I., 2001. *Immigration and health*. Ottawa (Canada): Government Services Health Canada. Health Policy Working Paper 01–05. ISBN 0-662-31029-2.

- CHAKRABORTY, B. a R. CHAKRABORTY, 2010. Concept, Measurement and Use of Acculturation in Health and Disease Risk Studies. *Collegium Antropologicum*. **34**(4), 1179–1191. ISSN: 0350-6134.
- CHANDRA, A. a T. S. VOGL, 2010. Rising up with shoe leather?: a comment on fair societies, healthy lives. *Social Science & Medicine*. **71**(7), 1227–1230. ISSN 0277-9536.
- CHEN, X. a Y. WANG, 2010. Commentary: Optimal body mass index cut points. *International Journal of Epidemiology*. 39, 1045–1047. DOI: 10.1093/ije/dyq081.
- Informační síť o dobré praxi ve zdravotní péči pro migranty a etnické menšiny v Evropě*, 2011. Praha: Mighealth.net/cz. [online]. [cit. 2011-08-05]. Dostupné z: http://www.mighealth.net/cz/index.php/Hlavn%C3%AD_strana
- Interní materiály Státního zdravotnického ústavu*, 2010. Národní referenční laboratoře pro AIDS.
- Interní materiály Státního zdravotnického ústavu*, 2010. Národního registru tuberkulózy ČR.
- Interní materiály Státního zdravotnického ústavu*, 2010. Národního registru pohlavních nemocí ČR.
- Interní materiály Státního úřadu práce – Pracovní úrazy cizinců*, 2009.
- IVEY, A. et al., 2002. *Theories of Counseling and Psychotherapy. A Multicultural Perspective*. Boston: Allyn and Bacon. ISBN 0-205-34072-5.
- JANATOVÁ, H. a A. ULIČNÁ, 2011. *Projekt DETERMINE – informace o projektu*. Praha: Státní zdravotnický ústav online [cit. 2012-07-07]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/projekt-determine-1>
- JANDOUREK, J., 2007. *Sociologický slovník*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-269-0.
- JANEČKOVÁ, H. a H. HNILICOVÁ, 2009. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, ISBN 978-80-7367-592-9.
- JÁNSKÁ, E., 2006, Ukrajinec – symbol levné pracovní síly v Česku, nebo zdroj investic na Ukrajině? *Geografické rozhledy*. **16**(5), 2–4. ISSN 1210–3004.

- JELÍNKOVÁ, M., 2007. *Přístup (ne)legálních migrantů ke zdravotní péči*. [online]. Praha: Migrace online [cit. 2011-07-07]. Dostupné z: www.migraceonline.cz/e-knihovna/?x=1973899
- JELÍNKOVÁ, M., 2011. Vliv práce na zdraví migrantů – příslušníků mongolské menšiny v České republice. *Kontakt*. **13**(2), 187–196. ISSN 1212-4117.
- JOHNSON, K. L., J. F. CARROLL, K. G. FULDA, K. CARDARELLI, R. CARDARELLI, 2010. Acculturation and self-reported health among Hispanics using a socio-behavioral model: the North Texas Healthy Heart Study. *BMC Public Health* **10**(53). DOI: 10.1186/1471-2458-10-53.
- JOUZA, L., 2011. Nová právní úprava zaměstnávání cizinců. *Právní rádce*, **11**(2), 16–20. ISSN 1210–4817.
- KAPLAN, M. S., C. CHANG, J. T. NEWSOM, B. M. McFARLAND, 2002. Acculturation status and hypertension among Asian immigrants in Canada. *Journal of Epidemiology and Community Health*. **56**(6), 455–456. DOI: 10.1136/jech.56.6.455.
- KEBZA, V., 2005. *Psychologické determinanty zdraví*. Praha: Academia. ISBN 80-200-1307-5.
- KENNEDY, S., J. T. McDONALD a N. BIDDLE, 2006. The Healthy Immigrant Effect and Immigrant Selection: Evidence from Four Countries. In: *SEDAP*. [online]. [cit. 2012-01-01]. Dostupné z: <http://socserv.mcmaster.ca/sedap/p/sedap164.pdf>
- KIVIMÄKI, M., J. VAHTERA, M. VIRTANEN et al., 2003. Temporary employment and risk of overall and cause-specific mortality. *American Journal of Epidemiology*. **158**, 663–668. ISSN 0002-9262.
- KOMÁREK, L. et al., 1997. *Podpora zdraví a prevence v primární péči*. Praha: Geoprint. ISBN 80-7071-071-3.
- Komparativní studie čerpání zdravotní péče a stavu a stavu zdraví Ukrajinců a české populace*, 2003. Kostelec nad Černými lesy: IZPE. [online]. [cit. 2011-08-05]. Dostupné z: http://www.mighealth.net/cz/index.php/V%C3%BDzkumy_zdravotn%C3%AD_p%C3%A9%C4%8De_a_zdrav%C3%AD_migrant%C5%AF_v_letech_2000_-2005
- Koncepce integrace cizinců v roce 2005 a její další rozvoj*, 2006. Praha: Ministerstvo

práce a sociálních věcí ČR. [online]. [cit. 2006-03-08]. Dostupné z: http://www.cizinci.cz/files/články/324/KIC_aktualizovaná.pdf

- KRIEGER N., P. D. WATERMAN, C. HARTMAN, L. M. BATES, A. M. STODDARD, M. M. QUINN, G. SORENSEN a E. M. BARBEAU, 2006. Social hazards on the job: Workplace abuse, sexual harassment, and racial discrimination— A study of Black, Latino, and White low-income women and men workers in the United States. *International Journal of Health Services*. **36**(1), 51–85. ISSN 0020-7314.
- KŘIVOHLAVÝ, J., 2001. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-551-2.
- KŘIVOHLAVÝ, J., 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0179-0.
- KUNITZ, S. J., 2008. A case of old wine in re-labeled bottles? A commentary on Aronowitz. *Social Science & Medicine*. **67**(1), 10–13. ISSN 0277-9536.
- KVIST, A. V., 2012. Immigrant groups, vocational training, and employment. *European Journal of Training and Development*. **36**(8), 809–826. ISSN 2046-9012.
- LACHMANOVÁ, L., 2007. Vývoj a úspěšnost modelů integrace imigrantů (na příkladu Rakouska, Francie a Nizozemska). In: *Geografie-Sborník ČGS*. **112**(2), 221–236. ISSN 1210-115X.
- LANDSBERGIS, P., J. G. GRZYWACZ a A. D. LaMONTAGNE, 2012. Work Organization, Job Insecurity, and Occupational Health Disparities. *American Journal of Industrial Medicine*. 1–21. DOI 10.1002/ajim.22126.
- LANGELLIER, B., A. GARZA, J. R. GLIK, D. PRELIP, M. L. BROOKMEYER, R. ROBERTS, CH. K. PETERS a A. N. ORTEGO, 2011. Immigration Disparities in Cardiovascular Disease Risk Factor Awareness. *Journal Immigrant Minority Health*. Online First 31. December 2011. DOI 10.1007/s10903-011-9566-2. ISSN 1557-1920.
- LAUDERDALE, D. S. a P. J. RATHOUZ, 2000. Body mass index in a US national sample of Asian Americans: effects of nativity, years since immigration and socioeconomic status. *International Journal of Obesity*, **24**(9), 1188–1194. ISSN 0307-0565.

- LECLERE, M., L. JENSEN a A. BIDDLECOM, 1994. Health care utilization family context, and adaptation among immigrants to the United States. *Journal of Health and Social Behavior*. **35**(4), 370–384. ISSN 0022-1465.
- LEINSALU, M., M. TEKKEL a A. E. KUNST, 2007. Social determinants of ever initiating smoking differ from those of quitting: a cross-sectional study in Estonia. *European Journal of Public Health*. **17**(6), 527–578. ISSN 1101-1262.
- LEONTIYEVA, Y., 2006. Ukrajinská menšina a migranti v ČR. In *Menšinová problematika v ČR: komunitní život a reprezentace kolektivních zájmů (Slováci, Ukrajinci, Vietnamci a Romové): Sociologické studie 06:10*. Praha: Sociologický ústav AV ČR, s. 32–45. 95 s. ISBN 80-7330-098-2.
- LEONTIYEVA, Y., 2010. Uplatnění a integrace migrantů z Ukrajiny na českém trhu práce. In: TRBOLA, R. a M. RÁKOCZYOVÁ (eds.). *Vybrané aspekty života cizinců v České republice*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. ISBN 978-80-7416-067-7.
- LINDSTRÖM, M., J. SUNDQUIST a P-O. ÖSTERGREN, 2001. Ethnic differences in self reported health in Malmö in southern Sweden. *Journal of Epidemiology and Community Health*. **55**, 97–103. ISSN 1470-2738.
- LOGGER, C. a V. ENRUM, 2006. Empowerment. In: *Integration and Citizenship. Integration of immigrants and refugees: towards citizenship in a democratic society*. Groningen (Holland): Rijksuniversiteit Groningen, 2006, 62–64.
- LYNCH, J., D. SMITH, G. KAPLAN et al., 2000. Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *British Medical Journal*. **320**(7243), 1199–1204. ISSN 0959-8138.
- MARFLEET, P. a D. L. BLUSTEIN, 2011. Needed not wanted: An interdisciplinary examination of the work-related challenges faced by irregular migrants. *Journal of Vocational behavior*. **78**(3), 381–389. ISSN 0001-8791.
- MARIN G., E. J. PEREZ-STABLE a B. V. MARIN, 1989. Cigarette Smoking among San Francisco Hispanics: the role of Acculturation and Gender. *American Journal of Public health*. **79**(2), 196–198. ISSN 1541-0048.
- MARMOT, M. a R. BELL, 2010. Challenging health inequalities – implications for the workplace. *Occupational Medicine*. **60**(3), 162–164. ISSN 0962-7480.

- MARMOT, M., 2010. *Fair society, healthy lives: Strategic review of health inequalities in England post 2010*. London: The Marmot Review. ISBN 978-0-9564870-0-1.
- MARMOT, M., J. ALLEN a P. A. GOLDBLATT, 2010. Social movement, based on evidence, to reduce inequalities in health. *Social Science & Medicine*. **71**(7), 1254–1258. ISSN 0277-9536.
- MARTÍNKOVÁ, Š., 2008. *Sociabilita vietnamského etnika v Praze*. In: Uherek, Z., Korecká, Z., Pohárová, T. (eds). *Cizinecké komunity z antropologické perspektivy. Vybrané případy významných imigračních skupin v České republice*. Praha: Etnologický ústav AVČR. ISBN 978-80-87112-12-0.
- MAŘÍKOVÁ, H., M. PETRUSEK a A. VODÁKOVÁ (za kolektiv), 1996. *Velký sociologický slovník*, Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-311-3.
- MASSEY, D. S. et al., 2005. *Worlds in motion: understanding international migration at the end of the millennium*. 2nd Ed. Oxford (UK): Clarendon Press. ISBN 978-0-19-928276-0.
- MATOUŠEK, O. a kol., 2003. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-548-2.
- MATOUŠEK, O., 2003. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-549-0.
- MATYSOVÁ, K., 2012. Akulturace imigrantů v České republice. *Acta Oeconomica Pragensia*. **20**(5), 24–34. ISSN 0572-3043.
- McDONALD, J. T. a S. KENNEDY, 2004. Insights into the “healthy immigrant effect”: Health status and health service use of immigrants to Canada. *Social Science & Medicine*. **59**(8), 1613–1627. ISSN 0277-9536.
- Migration, health and human rights*. Migration and Health Newsletter, 2002. [online]. Geneva (Switzerland). No 2. [cit. 2011-07-20]. Dostupné z: http://www.who.int/hhr/activities/en/intl_migration_hhr.pdf
- Mongolia socioeconomic context*, 2005. Geneva (Switzerland): WHO [online]. [cit. 2013-02-02]. Dostupné z webových stránek: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/mng.pdf
- MÜLLEROVÁ, D., 2003. *Zdravá výživa a prevence civilizačních nemocí ve schématech*. Praha: Triton. ISBN 80-7254421-7.

- MUSIL, L. a P. NAVRÁTIL, 2007. Přístupy k práci s menšinami. In: MATOUŠEK, O. a kol. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 267-293. ISBN 978-80-7367-331-4.
- Národní politika bezpečnosti a ochrany zdraví při práci České republiky, 2008. [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. [cit. 2010-01-09]. Dostupné z http://www.mpsv.cz/files/clanky/5599/narodni_politika_CR.pdf
- NATHANSON, C. a K. HOPPER, 2010. The Marmot Review – Social revolution by Stealth. *Social Science & Medicine*. **71**(7), 1237–1239. ISSN 0277-9536.
- NATHANSON, C., 2008. Revisiting labeling theory and health: A commentary on Aronowitz. *Social Science & Medicine*. **67**(1), 18–19. ISSN 0277-9536.
- NAVRÁTIL, P., 2007. Antiopresivní přístupy. In: MATOUŠEK, O., a kol. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, s. 237-244. ISBN 978-80-7367-331-4.
- NEKORJAK, M., 2006. Klientský systém a ukrajinská pracovní migrace do České republiky. *Sociální studia*. **3**(1), 89–109. ISSN 1214-813X.
- NEWBOLD, B. K., 2005. Self-rated health within the Canadian immigrant population: risk and the healthy immigrant effect. *Social Science & Medicine*. **60**(6), 1359–1370. ISSN 0277-9536.
- NQYEN, T., T. D. PHAM a B. M. POPKIN, 2007. The body mass index – Hypertension relationship in Vietnamese: Normal BMI is linked with elevated risk. *Faseb Journal*. **21**(5), A55–A55. ISSN: 0892-6638.
- OANH, T. H. T., D. N. NGUYEN, P. PHONGSAVAN, M. J. DIBLEY, A. E. BAUMAN, 2009. Prevalence and risk factors with overweight and obesity among Vietnamese adults: Caucasian and Asian cut-offs. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*. **18**(2), 226–233. ISSN 0964-7058.
- PHAM T. H. a I. SON, 2012. *Hypertension in Vietnam from Community-Based Studies to a National Targeted Programme*. Umeå (Sweden): Department of Public Health and Clinical Medicine, Umeå University. ISBN: 978-91-7459-421-8.
- PHAN, N. T. B., Y. A. B. E., P. G. TIEN, N. T. D. S. LE, T. M. H. TRAN, T. N.D. DO, T. K. Q. LE, M. KAWANO a C. MARUYAMA, 2011. Plasma NOx Concentrations in Glucose Intolerance and Type 2 Diabetes- A Case-control Study in a Vietnamese Population. *Journal of Atherosclerosis and Thrombosis*. **18**(4), 305-311. ISSN 1340-3478.

- PICKETT, K. E. a D. DORLING, 2010. Against the organization of misery? The Marmot Review of health inequalities. *Social Science & Medicine*. **71**(7), 1231–1233. ISSN 0277-9536.
- Pohlavní nemoci 2009*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. ISBN 978-80-7280-899-1.
- POŘÍZKOVÁ, H., 2010. Segmentace trhu práce jako faktor integrace cizinců na trhu práce. In: TRBOLA, R. a M. RÁKOCZYOVÁ (eds.). *Vybrané aspekty života cizinců v České republice*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, s. 13–32. ISBN 978-80-7416-067-7.
- Postup při realizaci aktualizované Koncepce integrace cizinců, společné soužití*, 2012. Praha: Ministerstvo vnitra ČR. [online]. [cit. 2013-02-02]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/cizinci.nsf/t/0E0030F05E/\\$File/USNESEN%C3%8D_VL%C3%81DY_%C4%8CR_ze_dne_4.1.2012_%C4%8D._6_k_Postupu_p%C5%99i_realizac.pdf](http://www.czso.cz/csu/cizinci.nsf/t/0E0030F05E/$File/USNESEN%C3%8D_VL%C3%81DY_%C4%8CR_ze_dne_4.1.2012_%C4%8D._6_k_Postupu_p%C5%99i_realizac.pdf)
- PROVAZNÍK, K., L. KOMÁREK et al., 2004. Manuál prevence v lékařské praxi (souborné vydání). 2. vyd. Praha: Fortuna. ISBN 80-7168-942-4.
- Přehled a charakteristika hlavních tříd klasifikace KZAM*, 2012. Praha: Český statistický úřad. [online]. [cit. 2013-02-02]. Dostupné z webových stránek z: http://www.czso.cz/csu/klasifik.nsf/i/prehled_a_charakteristika_hlavnich_trid_klasifikace_kzam
- QUANDT S. A., J. G. GRZYWACZ, A. MARIN, L. CARRILLO, M. L. COATES, B. BURKE a T. A. ARCURY, 2006. Illnesses and injuries reported by Latino poultry workers in western North Carolina. *American Journal of Industrial Medicine*. **49**(5), 343–351. DOI: 10.1002/ajim.20299.
- Race for health*, 2008. London (UK): Raceforhealth.org. [online]. [cit. 2011-08-05]. Dostupné z: <http://www.raceforhealth.org>
- Report on the Global Tobacco Epidemic, 2011, Country profile Czech Republic*, 2011. Geneva (Switzerland): WHO [online]. [cit. 2013-02-02]. Dostupné z webových stránek: http://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country_profile/cze.pdf

- Report on the Global Tobacco Epidemic, 2011, Country profile Mongolia*, 2011. Geneva (Switzerland): WHO. [online]. [cit. 2013-02-02]. Dostupné z webových stránek: http://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country_profile/mng.pdf
- Report on the Global Tobacco Epidemic, 2011, Country profile Ukraine*, 2011. Geneva (Switzerland): WHO [online]. [cit. 2013-02-02]. Dostupné z webových stránek: http://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country_profile/ukr.pdf
- Report on the Global Tobacco Epidemic, 2011, Country profile Viet Nam*, 2011. Geneva (Switzerland): WHO [online]. [cit. 2013-02-02]. Dostupné z webových stránek: http://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country_profile/vnm.pdf
- Rio Political Declaration on Social Determinants of Health*, 2011. Rio de Janeiro (Brasílie): WHO. [online]. [cit. 2013-01-01]. Dostupné z www stránek: http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration.pdf
- RODRIGUEZ, E., 2002. Marginal employment and health in Britain and Germany: does unstable employment predict health? *Social Science and Medicine*. **55**, 963–979. ISSN 0277-9536.
- ROTHFUSZ, J. a J. HORSKÁ, 2008. Interkulturní komunikace v sociální práci. In: Kolektiv autorů. *Metody sociální práce s imigranty, azylanty a jejich dětmi*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-097-3.
- RUIZ, M. S., G. MARKS, J. L. RICHARDSON, 1992. Language Acculturation and Screening Practices of Elderly Hispanic Women: The Role of Exposure to Health-Related Information from the Media. *Journal of Aging and Health*, **4**(2), 268–281. ISSN 1552-6887. DOI: 10.1177/089826439200400206.
- SALMINEN, S., M. KIVIMÄKI, M. ELOVAINIO a J. VAHTERA, 2003. Stress factors predicting injuries of hospital personnel. *American Journal of Medicine*. **44**, 32–36. ISSN 0002-9343.
- Seznam států s vyšším výskytem tuberkulózy sestaveným Světovou zdravotnickou organizací, 2011. In: Věstník MZČR. [online]. částka 1. s. 2. [cit. 2010-01-09]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c_4551_2162_11.html
- SHIRALDI, G., 2000. *The Post-Traumatic Stress Disorder. Sourcebook. A guide to healing, recovery, and growth*. Illinois (USA): Lowell House. ISBN 0-7373-0265-8.

- SHIWAKU, K., E. ANUURAD, B. ENKHAMAA, A. NOGI, L. KITAJIMA, K. SHIMONO, Y. YAMANE a T. OYUNSUREN, 2004. Overweight Japanese with body mass indexes of 23.0-24.9 have higher risks for obesity-associated disorders: a comparison of Japanese and Mongolians. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, **28**(1), 152-158. ISSN: 0307-0565.
- SIQUEIRA, E. a T. JANSEN, 2012. Working conditions of Brazilian immigrants in Massachusetts. *Journal of Immigrant and Minority Health*. **14**(3), 481–488. ISSN 15571912. DOI: 10.1007/s10903-011-9488-z.
- SIROVÁTKA, T., 1997. *Marginalizace na pracovním trhu; příčiny diskvalifikace a selhávání pracovní síly*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-1716-3
- SKALKOVÁ, J., 2007. Interkulturní komunikace umožňuje efektivnější dorozumívání s cizinci. In: *Sociální práce s imigranty*. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci. Na vydávání se podílí ZSF JU v Českých Budějovicích. **2**, 38–40. ISSN 1213-6204.
- STIBICH, M., 2007. *Age and High Blood Pressure*. [online]. [cit. 2013-02-02]. Dostupné z: <http://longevity.about.com/od/whosatrisk/p/age.htm>.
- STRÁNSKÝ, M. a L. RYŠAVÁ, 2010. *Fyziologie a patofyziologie výživy*. České Budějovice: ZSF JU. ISBN 978-80-7394-241-0.
- SUBRAMANYAM, M. A., I. KAWACHI a S. V. SUBRAMANIAM, 2010. Reactions to Fair Society, Healthy Lives (The Marmot Review). *Social Science & Medicine*. **71**(7), 1221–1222. ISSN 0277-9536.
- SUNDQUIST, J., 1995. Ethnicity, social class and health. A population-based study on the influence of social factors on self-reported illness in 223 Latin American refugees, 333 Finnish and 126 south European labour migrants and 841 Swedish controls. *Social Science & Medicine*. **40**(6), 777–787. ISSN 0277-9536.
- SVÁČINA, Š., R. ČEŠKA a Z. RUŠAVÝ, 2007. *Dislipidemie*. Plzeň: Adela [CD]. ISBN 80-902532-0-2.
- ŠKRLA, P. a M. ŠKRLOVÁ, 2003. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion. ISBN 80-7172-841-1.
- The health consequences of smoking: A report of the surgeon General*, 2004. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US). ISBN 10: 0-16-051576-2.

- TÓTHOVÁ, V. a kol., 2010. *Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-414-8.
- TÓTHOVÁ, V., V. VEISOVÁ, M. JELEČKOVÁ, H. MICHÁLKOVÁ a L. ROLANTOVÁ, 2011a. Životní styl mongolské minority v České republice. *Kontakt. ZSF JU: České Budějovice*. **13**(3), 275–286. ISSN 1212-4117.
- TÓTHOVÁ, V., V. VEISOVÁ, H. MICHÁLKOVÁ a M. JELEČKOVÁ, 2011b. Attitude to health in members of the Mongolian minority in the Czech Republic. In *Journal of Nursing, Social Studies, Public Health and Rehabilitation*. ZSF JU: České Budějovice. **3**(4), 220–229, ISSN 1804-1868.
- Tuberkulóza a respirační onemocnění*, 2009. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. ISBN 978-80-7280-860-1.
- Tuberkulóza v Evropě v roce 2008 na základě výsledků*, 2009. Tuberculosis surveillance in Europe. [online]. Praha: ÚZIS ČR. [cit. 2011-01-03]. Dostupné z: www.uzis.cz/novinky-ustavu-zdravotnickych-informaci-statistiky-ceske-republiky-vydani-1
- UJCIC-VOORTMAN, J. K., C. A. BAAN, J. C. SEIDELL a A. P. VERHOEFF, 2011. Obesity and cardiovascular disease risk among Turkish and Moroccan migrant groups in Europe: a systematic review. *Obesity reviews*. **13**(1), 2–16. ISSN 1467-789X.
- Ukraine socioeconomic context*, 2005. Geneva (Switzerland): WHO [online]. [cit. 2013-02-02]. Dostupné z webových stránek: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/ukr.pdf
- Usnesení vlády České republiky č. 126/2007 ke Zprávě o realizaci Koncepce integrace cizinců v roce 2006, 2006*. Praha: Vláda České republiky. [online]. [cit. 2011-01-03]. Dostupné z: [http://kormoran.vlada.cz/usneseni/usneseni_webtest.nsf/0/E1E1996C71A0649FC125728300342A72/\\$FILE/uv070221.0126.doc](http://kormoran.vlada.cz/usneseni/usneseni_webtest.nsf/0/E1E1996C71A0649FC125728300342A72/$FILE/uv070221.0126.doc)
- Usnesení vlády České republiky č. 259/2008 ke Zprávě o realizaci Koncepce integrace cizinců v roce 2007, 2008*. Praha: Vláda České republiky. [online]. [cit. 2011-01-03]. Dostupné z: [http://kormoran.vlada.cz/usneseni/usneseni_webtest.nsf/web_file/uv080317.0259.doc/\\$File/uv080317.0259.doc](http://kormoran.vlada.cz/usneseni/usneseni_webtest.nsf/web_file/uv080317.0259.doc/$File/uv080317.0259.doc)

- Usnesení vlády České republiky č. 224/2010 ke Zprávě o realizaci Konceptce integrace cizinců v roce 2009*, 2009. Praha: Vláda České republiky. [online]. [cit. 2011-01-03]. Dostupné z: [http://kormoran.vlada.cz/usneseni/usneseni_webtest.nsf/web_file/uv100322.0224.doc/\\$File/uv100322.0224.doc](http://kormoran.vlada.cz/usneseni/usneseni_webtest.nsf/web_file/uv100322.0224.doc/$File/uv100322.0224.doc)
- Usnesení vlády České republiky č. 99/2011 k Aktualizované koncepci integrace cizinců – Společné soužití*, 2011. Praha: Vláda České republiky. [online]. [cit. 2011-01-03]. Dostupné z: [http://kormoran.vlada.cz/usneseni/usneseni_webtest.nsf/web_file/uv110209.0099.doc/\\$File/uv110209.0099.doc](http://kormoran.vlada.cz/usneseni/usneseni_webtest.nsf/web_file/uv110209.0099.doc/$File/uv110209.0099.doc)
- VACKOVÁ, J., 2012a. Práce i nezaměstnanost a její vliv na zdraví u imigrantů žijících v České republice. In: VACKOVÁ, J. a kol. *Zdravotně sociální aspekty života imigrantů v České republice*. Praha: Triton, s. 98–99. ISBN 978-80-7387-514-5.
- VACKOVÁ, J., 2012b. Teoretické vymezení koncepce sociálních determinant zdraví. In VACKOVÁ, J. a kol. *Zdravotně sociální aspekty života imigrantů v České republice*. Praha: Triton., s. 46–47. ISBN 978-80-7387-514-5.
- VAĎUROVÁ, H., 2008. Quality of life of cancer children caregivers. In: ŘEHULKOVÁ, O., E. ŘEHULKA, M. BLATNÝ, J. MAREŠ et al. *The quality of life in the contexts [of] health and illness*. Brno: Masarykova univerzita, s. 42–51. ISBN 978-80-7392-073-9.
- VEGA, W. A., J. F. SALLIS, T. PATTERSON, J. RUPP, C. ATKINS, P. R. NADER, 1987. Assessing knowledge of cardiovascular health-related diet and exercise behaviors in Anglo- and Mexican-Americans. *Preventive Medicine*, **16**(5) 696–709. ISSN 0091-7435.
- Viet Nam socioeconomic context*, 2005. Geneva (Switzerland): WHO [online]. [cit. 2013-02-02]. Dostupné z webových stránek: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/vnm.pdf
- VIRTANEN, M., J. VAHTERA a M. KIVIMÄKI, 2002. Employment security and health. *Journal of Epidemiology and Community Health*. **56**, 569–574. ISSN 1470-2738.
- VIRTANEN, M., V. LIUKKONEN a J. VAHTERA, 2003. Health inequalities in the workforce: the labor market core-periphery structure. *International Journal of Epidemiology*. **32**, 1015–1021. ISSN 0300-5771.

- VIRTANEN, M., M. KIVIMÄKI, M. JOENSUU, P. VIRTANEN, M. ELOVAINIO a J. VAHTERA, 2005. Temporary employment and health: A review. *International Journal of Epidemiology*. **34**, 610–622. DOI: 10.1093/ije/dyi024. ISSN 0300-5771.
- VOKURKA, M., J. HUGO a kol., 2004. Velký lékařský slovník. 4. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 80-7345-037-2.
- Všeobecná deklarace lidských práv*, 1999. Praha: Dokumentační středisko pro lidská práva [online]. [cit. 2013-02-02]. Dostupné z webových stránek: <http://www.kozy.cz/lp/zakony/un/undeklarace.htm>
- Vyhláška č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. [online]. Částka 140, s. 7142. [cit. 2011-01-03]. Dostupné z: www.mvcr.cz/soubor/sb140-09-pdf.aspx
- Vyhláška MV ČR č. 461/2008 Sb., kterou se stanoví seznam zemí, jejichž státní příslušníci jsou oprávněni požadovat o vydání zelené karty, v platném znění. In: *Sbírka zákonů České republiky*. [online]. Částka 149, s. 7923 [cit. 2011-07-07]. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=2008&type=Law=zakon&what=Rok>
- WATERS, M. C. a T. R. JIMÉNEZ, 2005. Assessing Immigrant Assimilation: New Empirical and Theoretical Challenges. *Annual Review of Sociology*. **31**, 105–125. ISSN 0360-0572.
- WEBER, M., 1997. *Autorita, etika a společnost*. Praha: Mladá fronta, 1997. ISBN 80-204-0611-5.
- WHITE, K., M. AVENDANO, B. D. CAPISTRANT, J. R. MOON, S. Y. LIU a M. M. GLYMOUR, 2011. Self-reported and measured hypertension among older US – and foreign – born adults. *Journal Immigrant Minority Health*. Online First 22. November 2011. DOI 10.1007/s10903-011-9549-3. ISSN [online] 1557-1920.
- WHITEHEAD, M. a J. POPAY, 2010. Swimming upstream? Taking action on the social determinants of health inequalities. *Social Science & Medicine*. **71**(7), 1234–1236. ISSN 0277-9536.
- WHO expert consultation*, 2004. Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *The Lancet*. **363**, 157–163. ISSN 0140-6736.

- WHO report on the global tobacco epidemic 2008: the MPOWER package, 2008. [online]. Geneva (Switzerland): WHO. [cit. 2011-07-20]. Dostupné z: http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf
- WILKINSON, R. a M. MARMOT, 2003. *Social determinants of health: The solid facts* – 2nd Ed. Copenhagen: World Health Organization. ISBN 92-890-13710.
- WILKINSON, R. a M. MARMOT, 2005. *Sociální determinanty zdraví – Fakta a souvislosti*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky. ISBN 80-86625-46-X.
- WILKINSON, R., 2002. *Unhealthy societies – The afflictions of inequality*. London (UK): Routledge. ISBN 0-415-09235-3.
- WILSON, E. et al., 2005. Effect of Limited English Proficiency and Physician Language on Health Care Comprehension. *Journal of General Internal Medicine*. **20**(11), 1050–1056. ISSN: 1525-1497.
- WRIGHT, J., D., J. P. HUGHES, Y. OSTCHEGA, S. YOON, T. NWANKWO, 2011. Mean systolic and diastolic blood pressure in adults aged 18 and over in the United States, 2001-2008. *National Center for Health Statistics*. **25**(35), 1-22. ISSN 0278-4912.
- Zákon č. 455/1991 Sb., o živnostenském podnikání (živnostenský zákon), v platném znění. [online]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 87, s. 2122–2160. [cit. 2012-01-02]. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=1991>
- Zákon č. 326/1999, Sb., o pobytu cizinců na území České republiky a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, 2010. In: *Sbírka zákonů České republiky*. [online]. Částka 80, s. 2282–2400. [cit. 2011-07-07]. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=5978>
- Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, v platném znění. In: *Sbírka zákonů České republiky*. [online]. Částka 74, s. 3622–3663. [cit. 2011-01-03]. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2000/sb074-00.pdf>
- Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, v platném znění. [online] In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 143, s. 8270-8317. [cit. 2012-01-02]. Dostupné z:

[http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=2004&typeLaw=zakon
&what=Rok&stranka=10](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=2004&typeLaw=zakon&what=Rok&stranka=10)

Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, v platném znění. In: *Sbírka zákonů České republiky*. [online]. Částka 84, s. 3146–3242. [cit. 2011-01-03]. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2006/sb084-06.pdf>

ZÁLESKÁ, V., 2012. Dětství a reprodukční zdraví u vybraných imigrantů v České republice. In VACKOVÁ, J. a kol. *Zdravotně sociální aspekty života imigrantů v České republice*. Praha: Triton, s. 73–79. ISBN 978-80-7387-514-5.

Zaměstnanost cizinců k 31. 12. 2010, 2011. Praha: Český statistický úřad. [online]. [cit. 2011-07-28]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/cizinci.nsf/datove_udaje/ciz_zamestnanost

ZARET, B. a M. MOSER, 1992. *Heart book*. New Haven (USA): Yale University School of Medicine. ISBN 068-80-9719-7.

Zdraví 21 – zdraví pro všechny do 21. století, 2001. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky. ISBN 80-85047-15-2.

8. KLÍČOVÁ SLOVA

imigranti;

práce;

sociální determinanty zdraví;

zdraví;

zdravotní péče

9. SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AIDS	acquired immunodeficiency syndrome, syndrom získané imunodeficiencie
BMI	Body Mass Index
BOZP	bezpečnost a ochrana zdraví při práci
COST	Cooperation on Scientific and Technical Research
CMP	cévní mozková příhoda
CRP	C-reaktivní protein
CSDH	WHO's Commission on Social Determinants of Health
ČR	Česká republika
ČSÚ	Český statistický úřad
df	degrees of freedom/stupně volnosti, tj. charakteristika provedeného testu z pohledu počtu porovnávaných kategorií
DPČ	Dohoda o pracovní činnosti
DPP	Dohoda o provedené práci
EHP	Evropský hospodářský prostor
EU	Evropská unie
HDL	high density lipoprotein, lipoprotein s vysokou hustotou
HIV	human immunodeficiency virus, virus lidské imunodeficiencie
IGA ČR	Interní grantová agentura České republiky
ICHDK	ischemická choroba dolních končetin
ICHL	ischemická choroba ledvin
ICHS	ischemická choroba srdeční
IZPE	Institut zdravotní politiky a ekonomiky
KVO	kardiovaskulární onemocnění
KZAM	klasifikace zaměstnání dle ČSÚ
LDL	low density lipoprotein, lipoprotein s nízkou hustotou
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví ČR
NHS	National Health Service – Národní zdravotní služba Velké Británie
NUTRIFIA	nutriční software
OSVČ	osoba samostatně výdělečně činná
PTSD	post-traumatická stresová porucha
SES	socioekonomický status

SPSS	Statistical Package for Social Sciences (statistický software)
SZÚ	Státní zdravotnický ústav
TBC	tuberkulóza (tuberculosis)
TK	tlak krve
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
VS 1	Výzkumný soubor 1 (n = 246 respondentů)
VS 2	Výzkumný soubor 2 (n = 236 respondentů)
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
WHO	World Health Organization, Světová zdravotnická organizace
ŽL	Živnostenský list

10. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Dotazník 1 – český jazyk

Příloha 2 Dotazník 2 – český jazyk

Příloha 3 Informace a informovaný souhlas imigranta s účastí na studii

Příloha 1 Dotazník 1 – český jazyk (byl sočástí projektu COST)

Vážená paní, vážený pane,

obracíme se na Vás s prosbou o spolupráci na výzkumném projektu s názvem „Zdravotně sociální situace imigrantů a azylantů“, který je financován agenturou COST („European Cooperation in Science and Technology“).

Již název projektu naznačuje, že jeho cílem je nalezení souvislostí mezi zdravotním stavem a sociální situací. Dle WHO je zřejmé, že zdraví jedince nelze pojímat pouze jako absenci či přítomnost nemoci, ale jako plné tělesné, duševní, sociální a duchovní blaho člověka (tzn. s respektem ke všem čtyřem základním potřebám člověka). Předmětem tohoto projektu je nalezení vztahů mezi zdravotním stavem a sociální situací imigrantů a azylantů žijících v České republice.

Dovolujeme si Vás proto požádat o účast ve výzkumu a odpověď na otázky v tomto dotazníku.

VÝZKUM JE ZCELA ANONYMNÍ, NIKDE NEUVÁDĚJTE SVÉ JMÉNO!

Se všemi získanými informacemi budeme nakládat v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění. Výsledky výzkumného šetření budou vyhodnoceny souhrnně a publikovány v odborné literatuře.

Děkujeme za laskavou spolupráci.

Řešitelé výzkumného projektu.

Prosím, přečtěte si následující otázky, a pokud není uvedeno jinak, zakroužkujte číslo odpovědi, které jste si vybral/a. (viz příklad: 2)

Rok narození (*uved'te, prosím, číslem*):

Věk (*uved'te, prosím, číslem*):

Pohlaví:

- a) žena
- b) muž

Jaká je Vaše národnost?

- a) Vietnamská

- b) Ukrajinská
- c) Mongolská
- d) jiná

Jaký je Váš důvod pobytu v ČR?

- a) studium a praxe
- b) podnikání na živnostenský list
- c) zaměstnání
- d) ostatní ekonomické aktivity (účast v právnické osobě, družstvu, apod.)
- e) sloučení rodiny
- f) azyl
- g) jiný:

Jak dlouho žijete v ČR (délka pobytu)? (uveďte, prosím, číslem):

Jaký typ pobytu na území ČR užíváte?

- a) přechodný pobyt (uzavření manželství s občanem ČR)
- b) pobyt s vízem nad 90 dní
- c) povolení k dlouhodobému pobytu
- d) trvalý pobyt
- e) získal/a jsem azyl
- f) jiné

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) základní neukončené
- b) základní ukončené
- c) vyučen/a – absolvent/ka odborného učiliště
- d) maturita – tedy středoškolské → napište, jakého zaměření:
- e) vysokoškolské → jakého zaměření:
- f) jiné:

Jaký je Váš rodinný status?

- a) vdaná, ženatý
- b) vdaná, ženatý (manželka/manžel zůstal v zemi původu)
- c) v nesezdaném soužití
- d) rozvedená/ý
- e) svobodná/ý
- f) vdovec/vdova

Jste spokojen/a s bydlením?

- a) velmi spokojen/a
- b) spíše spokojen/a
- c) ani spokojen/a, ani nespokojen/a
- d) spíše nespokojen/a
- e) velmi nespokojen/a

Jak jste spokojen/a se svou životní úrovní?

- a) velmi spokojen/a
- b) spíše spokojen/a
- c) průměrně spokojen/a
- d) spíše nespokojen/a
- e) velmi nespokojen/a

Do jaké kategorie zaměstnanců byste se zařadil?

- a) zákonodárci, vedoucí a řídicí pracovníci
- b) vědečtí a odborní duševní pracovníci
- c) techničtí, zdravotničtí a pedagogičtí pracovníci
- d) nižší administrativní pracovníci (úředníci)
- e) provozní pracovníci ve službách a v obchodě
- f) kvalifikovaní dělníci v zemědělství a lesnictví
- g) řemeslníci a kvalifikovaní výrobci, zpracovatelé a opraváři
- h) obsluha strojů a zařízení
- i) pomocní a nekvalifikovaní dělníci
- j) nezaměstnaný
- k) t.č. mateřská dovolená

- l) student/ka
- m) jiné

Kolik dnů v týdnu pracujete? (uved'te prosím číslem).....

Kolik hodin denně pracujete? (uved'te prosím číslem).....

Je Vaše práce fyzicky náročná?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ani ano, ani ne (středně náročná)
- d) spíše ne
- e) ne

Je Vaše práce psychicky náročná?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ani ano, ani ne (středně náročná)
- d) spíše ne
- e) ne

Při práci jste vystaven/a chemické zátěži, radiaci, jiné toxické zátěži?

- a) ano
- b) nevím
- c) ne

Pracujete v prašném prostředí?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) někdy ano, někdy ne (je to tak půl na půl)
- d) spíše ne
- e) ne

Pracujete v hlučném prostředí?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) někdy ano, někdy ne (je to tak půl na půl)
- d) spíše ne
- e) ne

Jste spokojen/a s finančním ohodnocením

- a) velmi spokojen/a
- b) spíše spokojen/a
- c) průměrně spokojen/a
- d) spíše nespokojen/a
- e) velmi nespokojen/a

Jste spokojen/a s pracovními podmínkami?

- a) velmi spokojen/a
- b) spíše spokojen/a
- c) průměrně spokojen/a
- d) spíše nespokojen/a
- e) velmi nespokojen/a

Kouříte?

- a) ne (alespoň 3 měsíce)
- b) příležitostně (méně než jednu cigaretu denně)
- c) ano (pravidelně) → kolik cigaret denně

Pobýváte často v prostředí, kde je cigaretový kouř?

- a) ne, vůbec
- b) jen velmi zřídka
- c) často

Kolik alkoholu jste konzumoval/a v posledním týdnu (7 dní)

Pivo 12⁰ (uved'te v litrech)

Pivo 10⁰ (uved'te v litrech)

Víno (uved'te v litrech)

Lihoviny (uved'te v počtech štamprlí nebo v mililitrech)

25 ml = malé štamprle, 50 ml = velká štamprle

Jak často vypijete 4 nebo více dávek alkoholu najednou (v průběhu jednoho dne)?

- a) nepiji
- b) několikrát ročně
- c) 1-2x měsíčně
- d) 3-4x měsíčně
- e) 1-2x týdně
- f) 3-4x týdně
- g) 5-6x týdně
- h) denně nebo téměř denně

Užíváte jiné návykové látky (drogy)?

- a) ne
- b) ano

Pokud ano, uveďte prosím, jak často:

- a) pravidelně – uveďte, prosím, jaké:
- b) jednorázově, uveďte, prosím, jaké

Jaká je Vaše momentální hmotnost? Uveďte, prosím, číslem:

Jaká je Vaše výška? Uveďte, prosím, číslem:

Dbáte na pravidelné stravování?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) těžko rozhodnout

d) spíše ne

e) ne

Stravujete se dle zásad správné výživy?

a) ano

b) spíše ano

c) těžko rozhodnout

d) spíše ne

e) ne

Preferujete studenou kuchyni?

a) ano

b) spíše ano

c) těžko rozhodnout

d) spíše ne

e) ne

Preferujete sladká jídla?

a) ano

b) spíše ano

c) těžko rozhodnout

d) spíše ne

e) ne

Jak hodnotíte Vaši stravu?

a) vyvážená

b) nevyvážená

c) jiná

Při nákupu potravin preferuji:

a) nízkou cenu

b) kvalitu potravin

c) jiné

Máte alergii na některé druhy potravin?

a) ne

b) ano → na jaký druh potravin

Dodrżujete nějakou dietu?

- a) ne
 b) ano → jakou

Trpíte poruchou trávení?

- a) ne
 b) ano → jakou Δ zácpa Δ průjem Δ nadýmání jiné-----

Znáte hodnotu svého krevního tlaku?

- a) ne
 b) ano → uveďte jej /..... (př. 120/80)

Jak často jste v posledním týdnu konzumoval/a následující potraviny:

	Vůbec ne	1-2x týdně	3-4x týdně	5-6x týdně	7x týdně	Každý den 2-3x	Každý den > 3x
Chléb tmavý, celozrnné pečivo	1	2	3	4	5	6	7
Rohlíky, housky apod.- bílé pečivo nesladké.	1	2	3	4	5	6	7
Cereálie, müsli, cornflakes, ovesná kaše	1	2	3	4	5	6	7
Tzv. jemné sladké pečivo (koblihy, vánočka, linecké, croissant apod.)	1	2	3	4	5	6	7
Rýže	1	2	3	4	5	6	7
Těstoviny	1	2	3	4	5	6	7
Knedlíky	1	2	3	4	5	6	7
Vařené brambory	1	2	3	4	5	6	7
Čerstvá zelenina	1	2	3	4	5	6	7
Čerstvé ovoce	1	2	3	4	5	6	7
Mléko nebo mléčné výrobky (jogurt, sýr, tvaroh)	1	2	3	4	5	6	7
Maso (červené, tj. vepřové, hovězí, skopové, zvěřina)	1	2	3	4	5	6	7
Masné výrobky	1	2	3	4	5	6	7
Drůbež	1	2	3	4	5	6	7
Ryby	1	2	3	4	5	6	7
Vejce	1	2	3	4	5	6	7
Luštěniny	1	2	3	4	5	6	7
Cukrovinky (čokoláda, zákusky)	1	2	3	4	5	6	7

Trpíte některou z těchto nemocí?

Astma bronchiale	ano	ne	nevím
Cévní mozková příhoda (mrtvice)	ano	ne	nevím
Cukrovka	ano	ne	nevím
Deprese	ano	ne	nevím
Epilepsie	ano	ne	nevím
Onemocnění ledvin	ano	ne	nevím
Onemocnění žaludku (žaludeční vředy, záněty žaludku)	ano	ne	nevím
Revmatoidní onemocnění	ano	ne	nevím
Srdeční onemocnění	ano	ne	nevím
Vrozené vady	ano	ne	nevím
Vysoký krevní tlak:	ano	ne	nevím
Zhoubné nádory	ano	ne	nevím
Zvýšená srážlivost krve (trombóza žil):	ano	ne	nevím
Jiné			
Prodělal/a jste			
Chirurgický výkon (operaci)	ano	ne	nevím

Prodělal/a jste nějaké infekční onemocnění?

Hepatitida (žloutenka) A	ano	ne	nevím
Hepatitida (žloutenka) B	ano	ne	nevím
Hepatitida (žloutenka) C	ano	ne	nevím
HIV pozitivita, AIDS	ano	ne	nevím
Kapavka	ano	ne	nevím
Syfilis	ano	ne	nevím
Tuberkulóza	ano	ne	nevím
Jiné			

Prodělal/a jste v posledních dvou letech nějaký úraz?

- a) ano
- b) ne

Trpíte fyzickou bolestí?

- a) ano
- b) ne

Jak hodnotíte své zdraví?

- a) velmi dobré
- b) dobré
- c) průměrné (ani dobré ani špatné)

- d) špatné
- e) velmi špatné

Rozumím mluvenému českému slovu

- a) výborně
- b) velmi dobře
- c) dobře
- d) špatně
- e) velmi špatně

Byla jste hospitalizována ve zdravotnickém zařízení v ČR?

- a) ne
- b) ano

Bylo jednání lékařů při přijetí do nemocnice důstojné?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) průměrně (ani ano, ani ne)
- d) spíše ne
- e) ne
- f) nebyla jsem hospitalizována
- g) nedokážu posoudit

Byly Vám zdravotníkem poskytnuty všechny informace, které jste potřeboval/a vědět?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) průměrně (ani ano, ani ne)
- d) spíše ne
- e) ne
- f) nebyla jsem hospitalizována
- g) nedokážu posoudit

Děkujeme za Vaše odpovědi

Příloha 2 Dotazník 2 – český jazyk

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Iva Brabcová a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, doktorského studia, v oboru Prevence, náprava a terapie zdravotní a sociální problematiky dětí, dospělých a seniorů. Cílem mé disertační práce je nalezení vztahů mezi zdravotním stavem a sociální situací imigrantů žijících v České republice. Dovoluji si Vás požádat o účast ve výzkumném šetření a odpověď na otázky v tomto dotazníku.

VÝZKUM JE ZCELA ANONYMNÍ, NIKDE NEUVÁDĚJTE SVÉ JMÉNO!

Se všemi získanými informacemi budeme nakládat v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění. Výsledky výzkumného šetření budou vyhodnoceny souhrnně a publikovány v odborné literatuře.

Děkuji za laskavou spolupráci.

Iva Brabcová

Prosím, přečtěte si následující otázky a pokud není uvedeno jinak, zakroužkujte číslo odpovědi, které jste si vybral/a (příklad)

2

Věk (uved'te, prosím, číslem):

Pohlaví:

- a) žena
- b) muž

Jaká je Vaše národnost?

- a) Vietnamská
- b) Ukrajinská
- c) Mongolská
- d) jiné

Jaký je Váš důvod pobytu v ČR?

- a) studium a praxe
- b) podnikání na živnostenský list
- c) zaměstnání
- d) ostatní ekonomické aktivity (účast v právnické osobě, družstvu apod.)
- e) sloučení rodiny
- f) azyl
- g) jiný

Jak dlouho žijete v ČR (délka pobytu)? (uved'te, prosím, číslem):

Jaký typ pobytu na území ČR užíváte?

- a) pobyt s vízem nad 90 dnů
- b) povolení k dlouhodobému pobytu
- c) přechodný pobyt (uzavření manželství s občanem ČR)
- d) získal/a jsem azyl
- e) trvalý pobyt
- f) jiný

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) základní neukončené
- b) základní ukončené
- c) vyučen/a – absolvent/ka odborného učiliště
- d) maturita – tedy středoškolské → napište, jakého zaměření:
- e) vysokoškolské → jakého zaměření:
- f) jiné

Jste pojištěn na zdravotní péči prostřednictvím:

- a) veřejného zdravotního pojištění
- b) soukromého (smluvního) zdravotního pojištění na komplexní péči
- c) soukromého cestovního zdravotního pojištění na neodkladnou péči
- d) jiné
- e) nejsem pojištěn/a na zdravotní péči

Jak se celkově zdravotně cítíte?

- a) velmi dobře
- b) dobře
- c) uspokojivě
- d) špatně
- e) velmi špatně
- f) nedokážu posoudit

Máte nějakou dlouhodobou nemoc nebo zdravotní potíže trvající déle než 6 měsíců?

- a) ano
- b) ne
- c) nedokážu posoudit

Byl(a) jste během posledních 12 měsíců hospitalizován(a) ve zdravotnickém lůžkovém zařízení v ČR?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

Nastala v průběhu posledních 12 měsíců situace, kdy jste dle doporučení lékaře opravdu potřeboval(a) být hospitalizován(a) v nemocnici, a nebyl(a) jste?

- a) ano, tato situace nastala nejméně jednou
- b) ne, taková situace nenastala
- c) nevím

V případě, že jste v předchozí otázce odpověděla ano, jaké byly důvody, proč jste nebyl/a hospitalizován(a)? (možno více odpovědí)

- a) nemohl(a) jsem si to dovolit (příliš drahé)
- b) odložení na jiný termín, odmítnutí ze strany zdravotnického zařízení
- c) nevyhovovalo mi to z časových důvodů (zaměstnání, péče o děti, jiné)
- d) problémy s dopravou (zdravotnické zařízení je daleko, není dopravní spojení)
- e) obavy z operace, léčby

- f) obavy z jazykové bariéry (neschopnost dorozumět se zdravotníky)
- g) obavy z kulturních odlišností (nezajištění vašich kulturních zvyklostí zdravotníky)
- h) jiný důvod
- i) nevím

Kdy jste naposledy navštívil(a) v ČR zubního lékaře kvůli péči o vlastní chrup?

- a) před méně než 12 měsíci
- b) více než před rokem
- c) nikdy
- d) nepamatuji si

Kdy jste naposledy navštívil(a) ČR praktického lékaře kvůli vlastnímu zdraví?

- a) před méně než 12 měsíci
- b) více než před rokem
- c) nikdy
- d) nevím

Kdy jste naposledy kontaktoval(a) v ČR lékaře specialistu kvůli vlastnímu zdraví?

- a) před méně než 12 měsíci
- b) více než před rokem
- c) nikdy
- d) nevím

Jaké je Vaše ekonomické postavení?

- a) nezaměstnaný/á
- b) starobní, invalidní důchodce/kyně
- c) žena/muž na mateřské/rodičovské dovolené, v domácnosti
- d) student/ka, učeň/ka
- e) zaměstnanec
- f) OSVČ (osoba samostatně výdělečně činná, na živnostenský list)
- g) klient/ka agentury práce

h) jiné

Měl(a) jste v posledních 12 měsících nějakou z uvedených nehod, které skončily zraněním?

Typ nehody	ano	ne	netýká se mne	nevím
dopravní nehoda	1	2	3	0
nehoda, úraz na pracovišti	1	2	3	0
nehoda ve škole	1	2	3	0
nehoda doma a ve volném čase	1	2	3	0

Vyhledal(a) jste v souvislosti s tímto úrazem zdravotní péči?

- a) ano, navštívil(a) jsem lékaře či zdravotní sestru
- b) ano, byl(a) jsem na pohotovosti, využil(a) jsem neodkladné zdravotní péče
- c) lékařské ošetření nebylo nutné
- d) nepamatuji si

Následující otázky vyplňují jen pracující.

Využíváte v zaměstnání v ČR Vaši kvalifikaci (vzdělání)?

- a) ano
- b) ne

Kolik činí Vaše čistá měsíční mzda?

0–5 000 Kč

5 100–10 000 Kč

10 100–15 000 Kč

15 100–20 000 Kč

20 100–25 000 Kč

25 100–30 000 Kč

30 100–35 000 Kč

35 100–40 000 Kč

40 100–45 000 Kč

45 100–50 000 Kč

50 100–60 000 Kč

60 100–65 000 Kč

65 100–70 000 Kč

více než 70 100 Kč

Do jaké kategorie zaměstnanců byste se zařadil?

- a) zákonodárci, vedoucí a řídicí pracovníci
- b) vědečtí a odborní duševní pracovníci
- c) techničtí, zdravotničtí a pedagogičtí pracovníci
- d) nižší administrativní pracovníci (úředníci)
- e) provozní pracovníci ve službách a v obchodě
- f) kvalifikovaní dělníci v zemědělství a lesnictví
- g) řemeslníci a kvalifikovaní výrobci, zpracovatelé a opraváři
- h) obsluha strojů a zařízení
- i) pomocní a nekvalifikovaní dělníci
- j) jiné

Kolik dnů v týdnu pracujete? (uved'te prosím číslem).....

Kolik hodin denně pracujete? (uved'te prosím číslem).....

Jste spokojen/a s finančním ohodnocením?

- a) velmi spokojen/a
- b) spíše spokojen/a
- c) průměrně spokojen/a
- d) spíše nespokojen/a
- e) velmi nespokojen/a

Byl/a jste při vstupu do zaměstnání poučen/a o bezpečnosti práce?

- a) ano
- b) ne
- c) potvrzení mám, ale nikdo mne neproškolil

Dodržujete zásady bezpečnosti a ochrany při práci?

- a) ano, vždy

- b) často
- c) zřídka
- d) nikdy

Jak moc jste na vašem pracovišti vystaven(a) následujícím okolnostem?

	Vystaven(a)			nevím
	silně	mírně	vůbec ne	
Sexuální obtěžování, psychologický nátlak	3	2	1	0
Diskriminace	3	2	1	0
Násilí nebo vyhrožování násilím	3	2	1	0
Časová tíseň, nadměrné pracovní zatížení	3	2	1	0
Chemikálie, prach, zplodiny, kouř, plyny	3	2	1	0
Hluk, vibrace	3	2	1	0
Práce v nepřírozané poloze, přenášení těžkých věcí apod.	3	2	1	0
Riziko úrazu	3	2	1	0

Myslíte si, že některá nemoc nebo zdravotní problém, který jste měla(a) v posledních 12 měsících je způsoben(a) nebo zhoršen(a) vaším zaměstnáním nebo prací, kterou vykonáváte nebo jste vykonávala v České republice?

- a) ne, neměl(a) jsem v posledních 12 měsících žádnou nemoc/zdravotní problém
- b) ne, měl(a) jsem jednu nebo více nemocí, ale žádná z nich nebyla způsobena nebo zhoršena mým zaměstnáním
- c) ano, měl(a) jsem nejméně jednu nemoc v posledních 12 měsících, která byla způsobena nebo zhoršena mým zaměstnáním
- d) netýká se mne
- e) nedokážu posoudit

Jaká je vaše znalost mluveného českého jazyka?

- a) výborná
- b) velmi dobrá
- c) dobrá
- d) špatná
- e) velmi špatná

Děkuji za vaše odpovědi

Příloha 3 Informace a informovaný souhlas imigranta s účastí na studii

Vážená paní, vážený pane,

dovoluji se na Vás obrátit *s žádostí o spolupráci* na výzkumném projektu s názvem „Zdravotně sociální situace imigrantů a azylantů“, který je financován agenturou COST („European Cooperation in Science and Technology“).

Jedním z cílů prováděného výzkumu je sledování závislosti sociální situace na vybraných aspektech zdravotního stavu. K tomuto účelu potřebujeme zjistit hladinu cukru a cholesterolu ve Vaší krvi a změřit Vaši výšku a váhu (a spočítat BMI – body mass index).

Měření výšky a váhy nepředstavuje žádnou zátěž, pro zjištění hladiny plazmatické glukózy a cholesterolu je nutné odebrat kapilární krev z bříška prstů na rukou a to pomocí přístroje OneTouch Ultra a Accutrend GC. Odběr kapilární krve pro tuto studii Vám přinese jen malé nepohodlí (krátkodobá malá bolest při vpichu).

Zjištěné výsledky Vám budou okamžitě sděleny. Budete moci je využít v prevenci kardiovaskulárních onemocnění (např. hypertenze, metabolický syndrom, cévní mozková příhoda, infarkt myokardu), které mohou být způsobeny zvýšenými hodnotami měřených ukazatelů.

Studie probíhá jako anonymní, to znamená, že získané údaje budou zaznamenány pouze číselným kódem. Tak je znemožněna Vaše identifikace. Se všemi získanými informacemi budeme nakládat v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních dat, v platném znění.

Vaše účast ve studii je zcela dobrovolná. Pokud odmítnete odběr kapilární krve nebo antropometrických údajů, nebude to pro Vás mít naprosto žádné důsledky. Své rozhodnutí můžete též kdykoliv odvolat.

Souhlasím s odběrem kapilární krve a antropometrických údajů pro výše popsané výzkumné účely. O všech významných okolnostech výzkumu jsem byl/a poučen/a a měl/a jsem možnost se zeptat na vše, co mi bylo nejasné.

Datum:

Jméno respondenta:

Podpis: