



ELSEVIER

Available online at www.sciencedirect.com

ScienceDirect

journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/kontakt>

Review article

Determinanty zdraví imigrantů**Determinants of immigrant's mental health**

Věra Olišarová*, Valérie Tóthová, Iva Brabcová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, katedra ošetrovatelství a porodní asistence

INFORMACE O ČLÁNKU

Submitted: 2013-09-02

Accepted: 2013-11-05

Published online: 2014-03-21

Keywords:

immigrants

health

healthy immigrant effect

acculturation

socio-economic position

ABSTRACT

Research studies have shown that the health condition of immigrants is not influenced only by gender differences; significant determinants also include ethnicity, consistency of cultural heritage and social class. In relation to their status, immigrants belong to a vulnerable group with a higher incidence of a number of illnesses [1, 2]. The submitted article is focused on mapping the influence of four basic factors – ethnicity, degree of acculturation, immigration status and the socio-professional position on the immigrants' health. The influence was described with the help of a secondary analysis of relevant sources using electronic databases such as Scopus, EBSCO, etc. To map the ascertained factors, the Conceptual model of basic determinants influencing the immigrants' health was created, considering health a multidimensional result subject to external and internal determinants with emphasis on key aspects. Those aspects were further analysed and confronted with research projects and conclusions implemented in the Czech Republic and in other countries of the world. Although the mutual influence of the determinants was proved by studies, the European region still sees a priority rather in the social and economic self-sufficiency of the individual. The immigrants' health has not yet been sufficiently mapped, as is evidenced by the survey of research activities focused on this issue in the Czech Republic.

SOUHRN

Klíčová slova:

imigranti

zdraví

efekt zdravého imigranta

akulturace

socioekonomická pozice

Výzkumné studie prokázaly, že nejen rozdíly v pohlaví mají vliv na zdravotní stav imigrantů. K významným determinantům patří také etnická příslušnost, konzistence kulturního dědictví a společenská třída. Ve vztahu ke svému statusu patří imigranti ke zranitelné skupině, u níž se ve vyšší míře objevuje celá řada onemocnění ve srovnání s majoritní společností [1, 2]. Předkládaný příspěvek je zaměřen na zmapování vlivu čtyř základních faktorů – etnicity, stupně akulturace, imigračního statusu a socioprofesionální pozice na zdraví imigrantů. K popsání tohoto vlivu bylo využito sekundární analýzy relevantních zdrojů s využitím elektronických databází, jako je Scopus, ProQuest, EBSCO, PubMed apod. Pro zmapování zjištěných faktorů byl vytvořen Koncepční model základních determinant ovlivňujících zdraví imigrantů, v němž je

* **Korespondenční autor:** Mgr. Věra Olišarová, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, katedra ošetrovatelství a porodní asistence, U Výstaviště 26, 370 05 České Budějovice; e-mail: volisarova@zsf.jcu.cz
<http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2014.01.003>

zdraví považováno za multidimenzionální výslednici podléhající vnějším a vnitřním determinantům se zdůrazněním klíčových aspektů. Tyto aspekty byly dále analyzovány a konfrontovány s výzkumnými projekty a závěry realizovanými v České republice i v jiných zemích světa. Z analýzy determinant vyplývá úzké propojení jednotlivých prvků ve vztahu ke zdraví a následnému procesu integrace cizinců. Ačkoli se jedná o determinanty, jejichž vzájemný vliv byl studiemi doložen, je v evropském regionu stále prioritou spíše sociální a ekonomická soběstačnost jedince. Zdravotní stav imigrantů je spíše opomíjen a stále není dostatečně zmapován, jak dokládá přehled výzkumných aktivit zaměřených na tuto problematiku v České republice.

© 2014 Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.

Published by Elsevier Urban & Partner Sp. z o. o. All rights reserved.

Úvod

Globalizace je přirozeným a neřízeným procesem integrace zemí světa v jediném systému. Vlivem měnících se migračních trendů vzrůstají nároky na život v tomto systému, který je charakteristický pluralitní a multikulturní společností. Význam nutnosti poznání specifík národnostních menšin a náboženských skupin, imigrantů v jednotlivých oblastech podtrhuje fakt, že mimo zemí svého původu v současnosti žije více než 3,1 % světové populace [3]. Zastoupení mužského pohlaví je mezi imigranty stále vysoké, ale téměř polovinu z celkového počtu tvoří ženy a děti převážně z rozvojových oblastí. V evropské populaci jsou imigranti zastoupeni v 8,7 % [4]. Změny v migračních trendech byly v průběhu uplynulých dvaceti let zaznamenány také v České republice, která se ze země tranzitní stala rovněž zemí cílovou. V porovnání s rokem 1993, kdy bylo povoleno k pobytu uděleno pouze necelým 78 000 cizinců, bylo k 30. dubnu roku 2011 uděleno již více než 428 000 povolení. Tento počet však nebylo možné považovat za konečný, neboť nezahrnoval jedince, kteří zde pobývali bez povolení. K nejintenzivnějším výměnám dlouhodobě docházelo mezi Českou republikou, Slovenskem a Ukrajinou. Postupně se k těmto zemím začaly řadit také Vietnam, Ruská federace, Moldavsko, USA a Mongolsko [5, 6]. Díky tomuto trendu začala nabývat na významu integrační politika státu zaměřená na imigranty stejně jako problematika zdravotní péče a zdravotního stavu těchto jedinců. Výzkumy realizované v České republice potvrzují, že mnozí imigranti nemají uzavřený žádný druh zdravotního pojištění, což v důsledku výrazným způsobem ovlivňuje přístup k zdravotní péči [7]. Toto zjištění bylo potvrzeno i v průběhu řešení grantového projektu NS/9606-3 realizovaného za finanční podpory IGA MZ ČR, který probíhal na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Jak potvrzují studie [8, 9, 10, 11, 12], migranti tvoří zranitelnou minoritu s omezeným přístupem ke zdravotní péči. Tyto nerovné podmínky jsou dány zejména socioekonomickým statusem [11, 12], imigračním statusem [13], jazykovými bariérami [14] nebo marginalizací a stigmatizací jednotlivých etnických menšin [15, 16]. V tomto kontextu bývá také zmiňován tzv. efekt zdravého imigranta [17, 18, 19, 20], který je označením pro stav, kdy imigranti mají po příjezdu do hostitelské země lepší zdravotní stav než majoritní populace. Tuto výhodu však časem ztrácejí a v sou-

vislosti s délkou pobytu se i jejich zdravotní stav mění, mnohdy rapidně zhoršuje. Příčinu tohoto jevu lze spatřovat v kontaktu s novým prostředím, které může být spojováno s nezdravým životním stylem. Dle Hymana [21] příčina zhoršení zdraví imigrantů spočívá v samotném akulturačním procesu. Při něm dochází v průběhu začleňování imigrantů do majoritní společnosti k přejímání nezdravých návyků, například v oblasti stravování. Vysvětlení těchto vztahů a jevů je úzce spojeno rovněž se samotnou definicí zdraví, která je do značné míry veličinou ovlivňující seberealizaci ve společnosti, stejně tak jako proces integrace.

Výše popsaná východiska se stala podnětem pro vytvoření tohoto příspěvku, který vznikl v souvislosti s řešením grantového projektu zaměřeného na marginalizované skupiny. Příspěvek poskytuje systematický přehled o studiích věnovaných tomuto tématu a zároveň mapuje vliv čtyř základních faktorů – etnicity, stupně akulturace, imigračního statusu a socioekonomické pozice na zdraví imigrantů (viz Příloha).

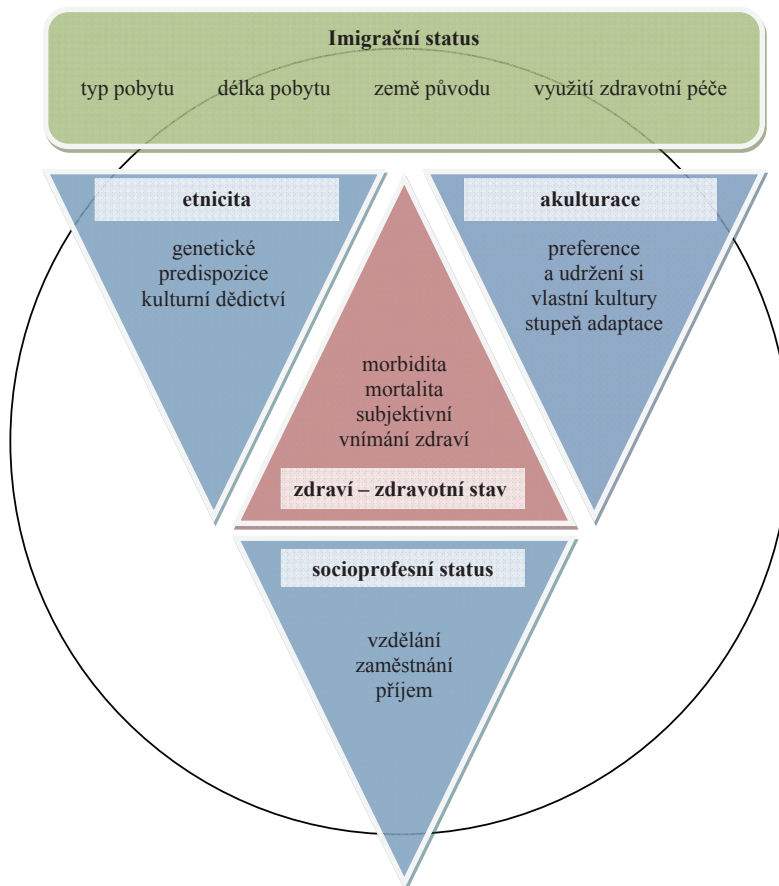
Metodika a charakteristika souboru

K vymezení klíčových pojmů a tvorbě koncepčního modelu byla použita sekundární analýza relevantních zdrojů s využitím elektronických databází ProQuest, Scopus, ScienceDirect, PubMed, EBSCO, SpringerLink a Web of Science. V těchto databázích byly prostřednictvím klíčových sloves vyhledávány příspěvky vycházející z výzkumných šetření ve vztahu k danému tématu a příspěvky zaměřené na definování zdraví v kontextu k vlivu etnicity. Rešeršní práce probíhaly v období od ledna do dubna roku 2013. Na jejich základě bylo nalezeno více než 4 tisíce relevantních zdrojů z domácí (české) i zahraniční tvorby. Na základě prostudování abstraktů pak byly ze zdrojů voleny ty, které měly výrazný vztah k danému tématu. Primárním cílem bylo definování a zmapování vlivu základních faktorů (etnicity, stupně akulturace, imigračního statusu a socioprofesionální pozice) na zdraví imigrantů. Pro zmapování jednotlivých faktorů byl na základě analýzy konkrétních zdrojů vytvořen koncepční model, v němž je zdraví považováno za multidimenzionální výslednici podléhající vnějším i vnitřním determinantům. Model zdůrazňuje čtyři klíčové aspekty, a to etnický původ, imigrační status, socioekonomickou pozici a stupeň akulturace (obr. 1). Zároveň zohledňuje jejich vzájemné působení, neboť například zachování kulturního

dědictví, které lze vnímat jako součást etnicity, úzce souvisí se zemí původu a s mírou udržování tradičního života i v nové (cílové) zemi. Míra zachování tradičního způsobu života v rodinách imigrantů či komunitách je přímo ovlivňována stupněm adaptace a do značné míry (jak je popsáno níže) souvisí i se socioprofesionálním statutem. Ve vztahu ke zdravotní péči se odráží v možnosti čerpání a využívání jednotlivých služeb.

Pro účely tohoto příspěvku je za migranta považován člověk, který se přesouvá na jiné místo s úmyslem trvale

nebo dlouhodobě se tam usadit. Ve světě je považován za imigranta ten, kdo překročí hranice a zůstává v jiné zemi déle než rok [22]. Imigrantem v České republice se tedy rozumí dlouhodobě usazený cizinec, který žije na území hostitelské země legálně a nejméně po dobu jednoho roku. Tento způsob vymezení termínu „imigrant“ proto vylučuje ty cizince, kteří přijíždějí do hostitelské země na turistická víza [23].



Obr. 1 – Konceptní model základních determinant ovlivňujících zdraví imigrantů

Výsledky a diskuse

Odras etnicity ve vnímání zdraví

Zdraví je neoddelitelnou součástí lidského života. Je základem atributem v procesu realizace vlastního potenciálu [24]. Proto se od dob, kdy byl člověk schopen logického uvažování, snaží o jeho definování v souladu se soudobým poznáním. V současnosti je zdraví vnímáno jako celostní pojem, který lze vysvětlit z hlediska subjektivního i objektivního hodnocení. Z definice WHO z roku 1946 vyplývá, že zdraví je stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, nejen nepřítomnost nemoci [25, 26]. Oproti medicínskému a biomedicínskému modelu je tato definice obohacením,

neboť zmíněné myšlenkové směry předpokládají, že psychickou a fyzickou složku lze posuzovat odděleně. Význam psychické a sociální složky, který se může při vzniku onemocnění uplatňovat, je zde však opomíjen [27]. Pro negativní definování zdraví a omezení pouze na fyzickou funkčnost organismu byl tento model kritizován. Nezohledňoval totiž celý kontext jedince včetně psychologických, sociálních a spirituálních faktorů [28]. Nicméně i definice dle WHO má svá omezení, zejména pro vyjádření „úplného stavu pohody“ a absence spirituální a etické dimenze zdraví [24, 29, 30]. Proto Světové zdravotnické shromáždění roku 1977 ve své rezoluci (Zdraví pro všechny do roku 2000) definovalo zdraví jako schopnost vést sociálně a ekonomicky produktivní život. Zdraví začalo být chápáno jako prostředek k dosahování harmonického rozvoje lidského bytí [31].

Svou roli v tomto aspektu hrají determinanty zdraví, jako je životní úroveň, pracovní prostředí, zdravotní péče a společnost, ve které jedinec žije [32]. Nezanedbatelný je vliv kultury. Například v pojetí čínské medicíny je zdraví vnímáno jako volnost čchi, z pohledu ajurvédy je rovnováhou energií jedince [28]. Australští Aboriginci vnímají zdraví nejen z pohledu své vlastní fyzické pohody, ale také s přihlédnutím k sociálnímu, emocionálnímu a kulturnímu stavu pohody celé společnosti, v níž žijí. Zdraví je pro ně atributem vloženým do životního cyklu a záleží jen na perspektivě, kterou zvolíme pro jeho definování [24]. Přitom však nelze zapomínat ani na neovlivnitelné faktory, jako je věk a pohlaví. S nimi je spojeno definování normální funkce, které se může právě v závislosti na neovlivnitelných faktorech měnit. Obdobným změnám v definování může přispět i pojem normativnosti, protože zůstává otázkou, jaké jevy charakterizujeme jako normální (tedy zdravé) a které naopak vnímáme jako nenormální (tedy nezdravé) [33]. Problém může v této souvislosti vzniknout i v definování onemocnění [24].

Zdraví je nutné vnímat jako dynamický stav, který je neoddělitelně spojen s věkem, kulturou, sociálním prostředím a osobnostními charakteristikami. Částečně je ovlivňován genetikou a osobním potenciálem (zejména psychickými schopnostmi a spirituální složkou) v interakci s vnějšími faktory, jako je například společnost v průběhu socializace či vzdělávání apod. Genetika a osobní potenciál působí současně a nelze je přímo oddělit. Zdraví je závislé na fungování obou těchto částí a jeho charakteristika se může v průběhu života měnit s přihlédnutím k biologické funkčnosti lidského organismu. Například i fyzicky postižený jedinec může sám sebe vnímat jako zdravého, přestože jsou jeho fyzické schopnosti sníženy. Významným faktorem se zde stává rovnováha mezi požadavky a možnostmi jedince, protože pokud je tato rovnováha porušena a požadavky z prostředí výrazně převýší možnosti člověka, může ke vzniku nemoci (tedy porušení zdraví) dojít [34]. Dle Zdraví 21 [35] je zdraví v tomto kontextu pojímáno jako snížení úmrtnosti, nemocnosti a postižení v důsledku zjištěných nemocí a jako nárůst pocíťované úrovně zdraví na nejvyšší možný stupeň – tzv. zdravotní potenciál [35].

Vliv etnicity na zdravotní status ve své studii potvrdil také Sundquist [36]. S etnicitou velmi úzce souvisí rizikové faktory, jako je sociální třída a životní styl. Ten je do značné míry dán kulturou, z níž jedinec pochází [36]. Právě kultura je velmi silným faktorem schopným ovlivnit nejen vnímání zdraví a nemoci, ale také poskytování zdravotní péče a její přijímání [37]. Její znalost a uvědomění si odlišností a podobností je velmi podstatná pro zdravotnické profese, kde napomáhá snížení míry etnocentričnosti, tak aby poskytovaná péče byla na co možná nejvyšší úrovni [38]. Tento fakt ve své práci zohlednil Purnell, jenž vytvořil model zaměřený na získávání kulturních kompetencí, který je využíván v oblasti transkulturního ošetřovatelství [37]. Vlivem globalizace se do vnímání zdraví a jeho definování z pohledu různých etnik začleňují také faktory spojené s konzistencí kulturního dědictví, silou etnické identity a života uvnitř komunit. Tyto faktory je nutno vnímat ve vztahu k demografickým oblastem, v nichž se etnika nacházejí [39].

Vliv kultury a stupně akulturace na zdraví imigrantů

Definování kultury podobně jako zdraví je velmi problematické, neboť ji nelze redukovat pouze na jednotlivé oblasti. Na její definici je často usuzováno na základě jejího obsahu. Pro usnadnění jejího vyjádření autoři Úmluvy o ochraně a podpoře rozmanitosti kulturních projevů v roce 2005 zavedli osm kategorií: kulturní rozmanitost, kulturní obsah, kulturní projevy, kulturní činnosti, statky a služby, kulturní odvětví, politiky a opatření v oblasti kultury a „interkulturalita“ [40]. Tyto oblasti korespondují s definicí užívanou v sociálních i příbuzných vědách, která říká, že kultura je souhrnem duchovních a materiálních hodnot, jež se utvářely v průběhu let v kontextu historických událostí a událostí přímo zasahujících do života komunit. Duchovní hodnoty představují u daného etnika víru, náboženské vyznání a hodnotovou orientaci, která se přímo odráží v celém životě a v pohledu na zdraví. To se může nacházet v cyklickém uspořádání života a smrti [24]. Purnell [38] kulturu definuje jako souhrn vzorců chování, umění, víry, hodnot, zvyků, životního stylu a všech produktů lidské práce a myšlení, který je předáván v procesu socializace. Tato interakce nutná pro předávání vzorců chování se primárně odehrává v rodinách a je sdílena většinou členů kultury. Nastíněné sociální pole podléhá vnějším faktorům a procesům globalizace, čímž kultury dosahují své rozmanitosti a vnitřní rozdílnosti. Ke shodným znakům, které přes své odlišnosti vykazují, patří národnost, jazyk či socioekonomický status [38]. Hodnoty spojené s kulturou přímo ovlivňují hodnotovou orientaci, definování zdraví a jeho vnímání stejně jako definování onemocnění [41]. Podíl na změně a vývoji hodnot nelze v tomto kontextu upřít akulturaci, tedy procesu změn kulturních znaků, které se objevují na základě nepřetržitého interakce mezi dvěma skupinami obyvatel. Akulturační proces proto 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 [42].

Pokud tento proces probíhá na skupinové úrovni, jedná se o tzv. „kulturní akulturaci“, která se vyznačuje změnou sociálních struktur, návyků a zvyků mezi dvěma kulturami (například přijetím jazyka nebo náboženství jiné mnohdy majoritní skupiny). 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 výsledkem dlouhodobého procesu, který může přesáhnout i několik generací. Pokud jsou mezi kulturami velké rozdíly, může nastat kulturní konflikt, který je obvykle označován jako akulturační stres [43, 44].

Berry [43] definuje čtyři akulturační strategie v závislosti na konzistenci kulturního dědictví, tedy na míře, v jaké imigranti preferují udržení si vlastní kultury. Dalším hlediskem je stupeň 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 mezi nimi pěstuje intenzivní sociální interakci. Plná akceptace kultury majoritní skupiny skupinou minoritní je označována jako asimilace. Imigranti se vzdávají svého kulturního dědictví, přijímají kulturní znaky majoritní společnosti a ta je integruje do svého vlastního kulturního systému [45]. Dle Matysové [46] 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 [44].

Oproti tomu situace, kdy imigranti odmítají přijmout znaky majoritní kultury a zároveň si zachovávají svá kulturní specifika, čímž jsou ze společnosti vyčleňováni, jsou označovány pojmem separace. Jedná se o stav kompatibilní se strategií segregace, kdy jsou minoritní skupiny organizovány do izolovaných enkláv [46, p. 26]. V případě České republiky mluví Matysová [46] o separaci vietnamské menšiny žijící na tomto území. 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 komunity a jejich podnikatelské aktivity nesou znaky komunitou podporované ekonomiky). Vliv kulturních zvyklostí a tradic na zdraví vietnamské minority žijící v České republice byl prokázán také výsledky projektu „Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu“ č. NR/8473-3, který byl realizován za finanční podpory Interní grantové agentury Ministerstva zdravotnictví České republiky [47].

Krajním úkazem soužití s majoritní společností je marginalizace, tedy situace, kdy se imigranti neúčastní interakce s dominantní kulturou a zároveň neusilují o zachování své kulturní jedinečnosti [43]. Dle Matysové [46] v případě ukrajinských imigrantů žijících v České republice můžeme mluvit o strategii marginalizace. Leontiyeva [48] a Matysová [46] uvádějí, že mladší generace ukrajinských imigrantů neparticipuje na komunitních aktivitách a zároveň starší generace ukrajinských imigrantů necítí s nově příchozími krajany spojení. Pro tento jev je definována strategie sociálního vyloučení (exkluze), kdy majoritní skupina na základě mocenské síly uzavře minoritní skupině přístup ke zdrojům, k pozicím, odměnám a možnostem [45].

Měření akulturace může být prováděno na úrovni jedince i skupiny. Akulturační proměnné zahrnují psychologické a sociodemografické 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 přísluš-

nost současných a bývalých přátel; 6) etnické složení obyvatelstva v předchozím místě trvalého bydliště; 7) behaviorální preference například v hudbě, v oblékání, ve způsobu stravování, ve výběru knih, pořadů v televizi [42].

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 [42]. Například Marin et al. [49] dokládají, že 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. Vega et al. [50] konstatují, že silnější akulturace mexických rodičů žijících v San Diegu v Kalifornii pozitivně korelovala s vyšší konzumací tučných jídel a nedostatkem pohybu jejich dětí. Johnson et al. [51] jsou přesvědčeni, že se s vyšší akulturací u Hispánců žijících v Texasu zhoršovalo subjektivní vnímání zdraví. Ruiz et al. [52] v své studii prokázali 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). Na základě studie Alderete et al. [53] akulturace zvyšovala pravděpodobnost výskytu chronických psychiatrických poruch u mexických imigrantek, pracujících na farmách v Kalifornii. Hazuda et al. [54] prezentují, že byla vyšší akulturace spojena s poklesem výskytu obezity a diabetu u mexických mužů i žen žijících v San Antoniu v Texasu. Naopak Kaplan et al. [55] uvádějí, že s délkou migrace rostla prevalence hypertenze u asijských imigrantů žijících v Kanadě.

Vliv socioekonomické pozice na zdraví imigrantů

Socioekonomická pozice reflektuje schopnost jedince vyprodukovat a spotřebovat finanční zdroje. Je běžně měřena prostřednictvím více proměnných, jako je například příjem, dosažené vzdělání apod. [56]. Dle Jelínkové [57] a Jánské [58] získávají imigranti z tzv. třetích zemí (mimo EU) pracovní místa na sekundárním a terciárním trhu práce. Jde o fyzicky náročné pracovní pozice, především v dělnických profesích. Toto tvrzení odpovídá výsledkům Vackové [59] i zjištěním souvisejícím s řešením grantového projektu „Zajištění efektivní, kulturně diferencované ošetrovatelské péče ve vybraných minoritách v ČR“ číslo NS/9606-3, ve kterém vietnamští, ukrajinští a mongolští imigranti žijící v České republice získávali zejména pomocná a nekvalifikovaná pracovní místa, místa ve službách, obchodě a v řemeslné výrobě.

Autoři Siqueira a Jansen [60] se domnívají, že jsou imigranti vystaveni nepříznivému pracovnímu prostředí. Častější diskriminaci na pracovišti u pracovníků patřících k rasové nebo etnické menšině či imigrantům prokázali také Krieger et al. [61]. Clougherty et al. [62] soudí, že se manuálně pracující ženy na pracovišti častěji setkávají se sexuálním obtěžováním a diskriminací než manuálně pracující muži. Z uvedeného vyplývá, že pracovní pozice předurčují pracovní prostředí a sekundárně mohou být příčinou nerovnosti 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 [např. 63, 64, 65, 66, 67]. 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 [67]. Dle Národní politiky BOZP České republiky [68] je u zahraničních pracovníků zaměstnavatelem často podceňována problematika odborné přípravy na práci a odpovídající zdravotní způsobilosti vzhledem k pracovním rizikům. Problémovým místem zůstává i rovnocenné zajištění pracovních podmínek agenturních zaměstnanců ve srovnání s kmenovými zaměstnanci uživatele.

Závěr

Cílem tohoto příspěvku bylo vytyčit a popsat vztah determinant, které mohou ovlivňovat zdraví imigrantů. Vzhledem k měnícím se migračním trendům se jedná o aktuální téma. Tak jako v jiných částech světa i v České republice počet imigrantů neustále stoupá [5, 6]. V souladu s tímto faktem se zvyšují nároky kladené na cílové země, které jsou spojené s integrační politikou, poskytováním zdravotní a sociální péče a s prevencí konfliktů vznikajících na podkladě střetu kultur [40]. Proto se jeví jako velmi důležité popsání vlivu jednotlivých determinant na zdraví (tedy popsání imigračního statusu, etnicity, akulturace a socioprofesionálního statusu v geopolitickém kontextu). Provázání těchto vztahů bylo zachyceno v koncepčním modelu základních determinant ovlivňujících zdraví imigrantů s akceptací vnějších a vnitřních faktorů.

K vnějším faktorům, které jsou pro Českou republiku aktuální, patří bezesporu zásady politiky vlády v oblasti migrace. Ty zohledňují příčiny migrace a snaží se podporovat imigraci, která by mohla být v dlouhodobé perspektivě přínosná. Realizace těchto aktivit však předpokládá výrazné zapojení vládních i nevládních organizací, které by měly na tomto cíli participovat. V souladu s touto skutečností se v rámci evropského regionu Česká republika spolupodílí na řešení humanitárních krizí spojených s migrací a na analyzování a následném odstraňování těchto jevů [23]. K prioritám platným v této oblasti nejen pro Českou republiku, ale pro celý evropský region patří zejména zefektivnění integračních opatření a rozvoj multioborové spolupráce, vytváření a využívání regionálních integračních center, zvyšování informovanosti jedinců participujících v procesu integrace a ověřování nových nástrojů s cílem dosáhnout jasných a uchopitelných výsledků všech integračních aktivit. Z těchto priorit vyplývá zaměření spíše na oblast sociální a ekonomické soběstačnosti imigrantů, nikoli však na zdravotní stav a následnou problematiku čerpání péče. Zde lze spatřovat výraznou rezervu, neboť zdravotní stav imigrantů není v současnosti zejména v České republice dostatečně zmapován ve vztahu k regionálním specifikům. Tento faktor však v důsledku může výrazným způsobem vlastní proces integrace cizinců ovlivnit, neboť, jak jsme na základě analýzy zdrojů doložili, je úzce spojen se socioprofesionálním statutem, akulturací, imigračním statutem i etnicitou.

Poděkování

Tento výzkum je podpořen účelově vázanými prostředky Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích pro rozvoj vědy a výzkumu, číslo: SDZ2012_002.

LITERATURA

- [1] Lindström M, Sundquist J, Östergren P-O. Ethnic differences in self reported health in Malmö in southern Sweden. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2001;55(2):97–103.
- [2] Bates LM, Hankivsky O, Springer KW. Gender and health inequities: A comment on the Final Report of the WHO Commission on the Social Determinants of Health. *Social Science & Medicine* 2009;69(7):1002–4.
- [3] International Organization for Migration. The Future of Migration: Building Capacities to Change, Facts & Figures; 2010. [online] [cit. 2013-01-20]. Dostupné z: <http://www.iom.int/cms/en/sites/iom/home/about-migration/facts--figures-1.html>
- [4] Rausa B, Lloyd LS. Immigration in the global context. In: Loue S, Sajatovic M (ed.). *Encyclopedia of Immigrant Health*. New York: NY: Springer 2011;1:3–18.
- [5] Horáková, M. Dlouhodobé trendy ve vývoji pracovních migrací v České republice. Praha: VÚPSV, 2008.
- [6] Usnesení vlády České republiky ze dne 4. ledna 2012 č. 6. Postup při realizaci aktualizované Koncepce integrace cizinců. Společné soužití. [online] [cit. 2013-01-20]. 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)
- [7] Tóthová V, Veisová V, Jelečková M, Michálková H, Rolantová L. Životní styl mongolské minority v České republice. *Kontakt* 2011;13(3):275–86.
- [8] Leclerc M, Jensen L, Biddlecom A. Health care utilization family context, and adaptation among immigrants to the United States. *Journal of Health and Social Behavior* 1994;35(4):370–84.
- [9] Ku L, Matani S. Left Out: Immigrants' Access To Health Care And Insurance. *Health Affairs* 2001;20(1):247–56.
- [10] Deroose KJ, Escarce J, Lurie N. Immigrants and health care: sources of vulnerability. *Health Affairs* 2007;26(5):1258–68.
- [11] Deroose KJ, Bahney B, Lurie N. Immigrants and Health Care Access, Quality and Cost. *Medical Care Research and Review* 2009;66(5):355–408.
- [12] Davidovitch N, Filc D, Novack L, Balicer RD. Immigrating to a universal health care system: Utilization of hospital services by immigrants in Israel. *Health & Place* 2012;20:13–18.
- [13] Goklman DP, Smith JP, Sood N. Immigrants and the Cost of Medical Care. *Health Affairs* 2006;25(6):1700–11.
- [14] Wilson E, Chen HA, Grumbach K, Wang F, Fernandez A. Effect of Limited English Proficiency and Physician Language on Health Care Comprehension. *Journal of General Internal Medicine* 2005;20(9):1050–6.

- [15] Waters MC, Jiménez TR. Assessing Immigrant Assimilation: New Empirical and Theoretical Challenges. *Annual Review of Sociology* 2005;31:105–25.
- [16] Deshaw PJ. Use of the Emergency Department by Somali Immigrants and Refugees. *Minnesota Medicine* 2006;89(8):42–5.
- [17] McDonald JT, Kennedy S. Insights into the “healthy immigrant effect”: Health status and health service use of immigrants to Canada. *Social Science & Medicine* 2004;59(8):1613–27.
- [18] Newbold BK. Self-rated health within the Canadian immigrant population: risk and the healthy immigrant effect. *Social Science & Medicine* 2005;60(6):1359–70.
- [19] Kennedy S, McDonald JT, Biddle N. The Healthy Immigrant Effect and Immigrant Selection: Evidence from Four Countries. SEDAP Research Paper No. 164. Canada: Ontario; 2006.
- [20] Gushulak B. Healthier on arrival? Further insight into the “healthy immigrant effect”. *Canadian Medical Association Journal* 2007;176(10):1439–40.
- [21] Hyman, I. Health Policy Working Paper Series. Immigration and health. Working Paper 01-05. Canada: Her Majesty the Queen in Right of Canada, represented by the Minister of Public Works and Government Services Canada; 2001.
- [22] Matoušek O. Slovník sociální práce. Praha: Portál; 2003.
- [23] Usnesení vlády České republiky ze dne 13. ledna 2003 č. 55 k účinnosti Konceptu integrace cizinců na území České republiky a další rozvoj této konceptu po stupu České republiky do Evropské unie. [online] [cit. 2013-01-13]. Dostupné z: http://kormoran.vlada.cz/usneseni/usneseni_webtest.nsf/0/D376DFB23057E7E6C12571B60070FBF3
- [24] Boddington P, Räisänen U. Theoretical and Practical Issues in the Definition of Health: Insights from Aboriginal Australia. *Journal of Medicine and Philosophy* 2009;34(1):49–67.
- [25] WHO. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19–22 June 1946, and entered into force on 7 April 1948. Official Records of the World Health Organization, No. 2. Switzerland: WHO (Geneva); 1948.
- [26] Constitution of the World Health Organization. [online] [cit. 2006-October]. Dostupné z: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
- [27] Nettleton S. The Sociology of Health and Illness. Cambridge, UK: Polity Press; 2006.
- [28] Klimenko E, Julliard K, Lu SH, Song H. Models of health: A survey of practitioners. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 2006;12(4):258–67.
- [29] Kebza V. Psychologické determinanty zdraví. Praha: Academia; 2005.
- [30] Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D et al. How should we define health? *BMJ* 2011;343:235–7.
- [31] WHO. Global Strategy for Health for All by the Year, 2000. „Health for all“ series, No. 3. Switzerland: WHO (Geneva); 1981.
- [32] Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. *J Epidemiol Community Health* 2003;57(4):254–8.
- [33] Ereshefsky M. Defining ‘health’ and ‘disease’. *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences* 2009;40(3):221–7.
- [34] Bircher J. Towards a dynamic definition of health and disease. *Medicine, Health Care and Philosophy* 2005;8(3):335–41.
- [35] Zdraví 21 – zdraví pro všechny do 21. století. Praha: MZ ČR, 2001.
- [36] Sundquist J. 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* 1995;40(6):777–87.
- [37] Ritter L, Hoffman N. Multicultural Health. Burlington, USA: Jones & Bartlett Learning; 2011.
- [38] Purnell L. The Purnell Model for Cultural Competence. *Journal of Transcultural Nursing* 2002;13(3):193–6.
- [39] Karlsen S, Nazroo JY, Stephenson R. Ethnicity, environment and health: putting ethnic inequalities in health in their place. *Social Science & Medicine* 2002;55(9):1647–61.
- [40] Scheu HC. Právní koncepte kulturního konfliktu a její praktická aplikace. *Časopis pro právní vědu a praxi* 2008;16(2):122–31.
- [41] Foner N. The Immigrant Family: Cultural Legacies and Cultural Changes. *International Migration Review* 1997;31(4):961–74.
- [42] Chakraborty B, Chakraborty R. Concept, Measurement and Use of Acculturation in Health and Disease Risk Studies. *Collegium Antropologicum* 2010;34(4):1179–91.
- [43] Berry JW. A Psychology of Immigration. *Journal of Social Issues* 2001;57(3):615–31.
- [44] Berry JW. Acculturation: Living successfully in two cultures. *International Journal of Intercultural Relations* 2005;29(6):697–712.
- [45] Maříková H, Petrusek HM, Vodáková A. Velký sociologický slovník. Praha: Karolinum; 1996.
- [46] Matysová K. Akulturace imigrantů v České republice. *Acta Oeconomica Pragensia* 2012;20(5):24–34.
- [47] Tóthová V et al. Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu. Praha: Triton; 2010.
- [48] Leontiyeva Y. 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; 2006, p. 32–45.
- [49] Marin G, Perez-Stable EJ, Marin BV. Cigarette Smoking among San Francisco Hispanics: the role of Acculturation and Gender. *American Journal of Public Health* 1989;79(2):196–8.
- [50] Vega WA, Sallis JF, Patterson T, Rupp J, Atkins C, Nader PR. Assessing knowledge of cardiovascular health-related diet and exercise behaviors in anglo- and Mexican-Americans. *Preventive Medicine* 1987;16(5):696–709.
- [51] Johnson KL, Carroll JF, Fulda KG, Cardarelli K, Cardarelli R. Acculturation and self-reported health among Hispanics using a socio-behavioral model: the North Texas Healthy Heart Study. *BMC Public Health* 2010;10(53):doi:10.1186/1471-2458-10-53.
- [52] Ruiz MS, Marks G, Richardson JL. 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* 1992;4(2):268–81.

- [53] Alderete E, Vega WA, Kolody B, Aguilar-Gaxiola S. Lifetime Prevalence of and Risk Factors for Psychiatric Disorders Among Mexican Migrant Farmworkers in California. *American Journal of Public Health* 2000;90(4):608–14.
- [54] Hazuda HP, Haffner SM, Stern MP, Eifler CW. Effects of Acculturation and Socioeconomic Status on Obesity and Diabetes in Mexican Americans: the San Antonio Heart Study. *American Journal of Epidemiology* 1988;128(6):1289–1301.
- [55] Kaplan MS, Chang C, Newsom JT, McFarland BH. Acculturation status and hypertension among Asian immigrants in Canada. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2002;56(6):455–6.
- [56] Landsbergis P, Grzywacz JG, LaMontagne AD. Work Organization, Job Insecurity, and Occupational Health Disparities. *American Journal of Industrial Medicine* 2012;1–21:doi:10.1002/ajim.22126.
- [57] Jelínková M. Vliv práce na zdraví migrantů – příslušníků mongolské menšiny v České republice. *Kontakt* 2011;13(2):187–196.
- [58] Jánská E. Ukrajinec – symbol levné pracovní síly v Česku, nebo zdroj investic na Ukrajině? *Geografické rozhledy* 2006;16(5):2–4.
- [59] Vacková J. Práce i nezaměstnanost a její vliv na zdraví u imigrantů žijících v České republice. In: Vacková J et al. *Zdravotně sociální aspekty života imigrantů v České republice*. Praha: Triton; 2012, p. 98–9.
- [60] Siqueira E, Jansen T. Working conditions of Brazilian immigrants in Massachusetts. *Journal of Immigrant and Minority Health* 2012;14(3):481–8.
- [61] Krieger N, Waterman PD, Harman C, Bates LM, Stoddard AM, Quinn MM et al. 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* 2006;36(1):51–85.
- [62] Clougherty J, Souza K, Cullen M. Work and its role in shaping the social gradient in health. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2010;1186:102–24.
- [63] Benach J, Benavides FG, Platt S, Diez-Roux A, Muntaner C. The Health-Damaging Potential for New Type soft Flexible Employment: A Challenge for Public Health Researchers. *American Journal of Public Health* 2000;90(8):1316–17.
- [64] Kivimäki M, Vahtera J, Virtanen M, Elovainio M, Pentti J, Ferrie JE. Temporary employment and risk of overall and cause-specific mortality. *American Journal of Epidemiology* 2003;158(7):663–8.
- [65] Virtanen M, Kivimäki M, Joensuu M, Virtanen P, Elovainio M, Vahtera J. Temporary employment and health: A review. *International Journal of Epidemiology* 2005;34(3):610–22.
- [66] Benavides F, Benach J, Muntaner C, Delclos GL, Catot N, Amablel M. Associations between temporary employment and occupational injury: what are the mechanisms? *Occupational and Environmental Medicine* 2006;63(6):416–21.
- [67] Solé M, Diaz-Serrano L, Rodríguez M. Disparities in work, risk and health between immigrants and native-born Spaniards. *Social Science & Medicine* 2013;76(1):179–87.
- [68] Národní politika bezpečnosti a ochrany zdraví při práci České republiky. [online] [cit. 2008-June]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/5599/narodni_politika_CR.pdf

Příloha

Výzkumné aktivity vztahující se k předkládanému příspěvku a věnující se determinantám zdraví migrantů (řazeno dle období řešení projektu). Zpracováno z databází „Informačního systému výzkumu, experimentálního vývoje a inovací“ (IS VaVal), ProQuest, Scopus, ScienceDirect, PubMed, EBSCO, SpringerLink a Web of Science.

Výzkumné aktivity zaměřené na determinanty zdraví imigrantů v České republice od roku 2000		
Název projektu	Řešitelé projektu	Období řešení projektu
Podpora zdraví na úrovni kraje – determinanty zdraví a nová zdravotní politika (investice do zdraví)	MUDr. Petr Háva, CSc.; Ing. Jana Havelková; PhDr. Zdeněk Kučera; MUDr. Libuše Nesvadbová, CSc.; PhDr. Marcela Svěráková; Bc. Martin Tuček	2003–05
Imigranti v České republice. Úloha elit a institucí v integračních a dezintegračních procesech	PhDr. Mirjam Moravcová, DrSc.	2005–07
Výzkum záměru cizinců ze třetích zemí, kteří přijíždějí do ČR pracovat na základě povolení k zaměstnání, usadit se dlouhodoběji či trvale v ČR	Mgr. Yana Leontiyeva	2006–07
Vytvoření Modelu lokální integrační politiky vůči africkým přistěhovalcům žijícím v České republice	Mgr. Andrea Gerstnerová	2008
Zdravotně sociální situace imigrantů a azylantů v České republice	Mgr. et Mgr. Jitka Dvořáková, Ph.D.	2010–11
Sociální determinanty zdraví u sociálně a zdravotně znevýhodněných a jiných skupin populace	Doc. Ing. Mgr. Peter Tavel, Ph.D.	2011–14
Vietnamská etnická ekonomika v českém pohraničí a integrace imigrantů	Mgr. Michal Nekorjak, Ph.D.	2012–13
České země a Argentina: migrace a kulturní spolupráce	prof. PhDr. Josef Opatrný, CSc.	2013–14
Sociální determinanty a jejich vliv na zdraví imigrantů žijících v České republice	doc. Mgr. et Mgr. Jitka Vacková, Ph.D.	2013–15