



ELSEVIER

Available online at www.sciencedirect.com

ScienceDirect

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

Original research article

Vplyv vybraných sociálnych podmienok na zdravie Slovákov žijúcich v Českej republike

Effect of selected social conditions on the health of Slovaks living in the Czech Republic

Jana Gabrielová ^{a, b *}, Iva Brabcová ^c

^a Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, katedra klinických a preklinických oborů

^b Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, katedra sociální práce

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

INFORMACE O ČLÁNKU

Received: 2014-06-09

Received in revised form:
2014-09-30

Accepted: 2015-01-19

Published online: 2015-03-10

Keywords:

Immigrants
Socio-professional status
Social status
Slovaks
Health

ABSTRACT

Current state: This article focuses on the analysis of selected social conditions of Slovakian immigrants living in the Czech Republic.

Objective: The aim of the research was to describe the social situations of Slovaks living in the Czech Republic and to find links between their social situation and personal health. In accordance with the main objective of the research, we formulated research questions related to the concepts of social status, socioeconomic status, language skills and social support.

Methods: Structured interviews were used for data collecting. Interviews were transcribed and then coded. The research sample consisted of 16 Slovakian immigrants, 11 women and 5 men.

Results: Slovaks living in the Czech Republic subjectively rated their health as good. Correlations between the subjective perception of health and the selected social conditions have been demonstrated by education and employment status. There was no correlation demonstrated between the subjective perception of health status and knowledge of the Czech language. Similarly, no correlation has been demonstrated between social support and one's subjective perception of personal health status.

Conclusion: Research has shown that Slovaks living in the Czech Republic feel well and are accepted among the Czechs. They enjoy social support at all levels and are integrated into the Czech society. With respect to the results of this research, it would be useful when conducting further research, to pay attention to how Slovaks living in the Czech Republic perceive themselves, whether they feel themselves as being foreigners or not, and how they are perceived by the Czech citizens. It would be useful to focus further research on the confirmation of the possible correlations between the objective assessment of health status and selected social conditions.

S Ú H R N

Súčasný stav: Článok je zameraný na analýzu vybraných sociálnych podmienok slovenských imigrantov žijúcich v Českej republike.

* **Korespondenční autor:** Mgr. Jana Gabrielová, Ph.D., University of South Bohemia in České Budějovice, Faculty of Health and Social Studies, Department of Social Work, E. Destinové 46, 370 05 České Budějovice, Česká republika;
e-mail: jgabrielova@zsf.jcu.cz; <http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2015.01.002>

KONTAKT XVII/1: 55–63 • ISSN 1212-4117 (Print) • ISSN 1804-7122 (Online)

Kľúčové slová:

imigranti
socioprofesionálny status
sociálne postavenie
Slováci
zdravie

Cieľom výskumu bolo popísať sociálnu situáciu Slovákov žijúcich v Českej republike a nájsť súvislosti medzi ich sociálnou situáciou a zdravotným stavom. V súlade s hlavným cieľom výskumu boli stanovené výskumné otázky vzťahujúce sa k sociálnemu postaveniu, socioekonomickému statusu, znalosti jazyka a sociálnej opore.

Metodika: K získavaniu dát bola použitá metóda štruktúrovaného rozhovoru. Výskumný súbor pozostával zo 16 slovenských imigrantov, pričom bolo oslovených 11 žien a 5 mužov.

Výsledky: Slováci žijúci v Českej republike subjektívne hodnotili svoje zdravie ako dobré. Súvislosť medzi subjektívnym vnímaním zdravia a vybranými sociálnymi podmienkami bola preukázaná u vzdelania a zamestnania. Súvislosť medzi subjektívnym vnímaním zdravia a znalosťou českého jazyka nebola preukázaná. Taktiež nebola preukázaná súvislosť medzi sociálnym postavením a subjektívnym vnímaním zdravia. Rovnako nebola preukázaná súvislosť medzi sociálnou oporou a subjektívnym vnímaním zdravia.

Záver: Výskum preukázal, že Slováci žijúci v Českej republike sa cítia medzi Čechmi dobre a uznávaní, dostáva sa im sociálnej opory na všetkých úrovniach a sú začlenení do českej spoločnosti. V súvislosti s výsledkami výskumu by bolo vhodné v ďalšom výskume venovať pozornosť tomu, ako sa vnímajú Slováci žijúci v Českej republike, či sa považujú za cudzincov alebo nie, a ako sú vnímaní českými občanmi. Ďalší výskum by bolo vhodné zamerať aj na potvrdenie korelácie medzi objektívnym hodnotením zdravia a vybranými sociálnymi podmienkami.

© 2015 Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
Published by Elsevier Urban & Partner Sp. z o. o. All rights reserved.

Úvod

V posledných rokoch stále viac výskumov a štúdií [1, 2, 3, 4, 5, 6] potvrdzuje rozhodujúcu úlohu sociálnych determinantov pre zdravie jednotlivca i celej populácie. Koncept sociálnych determinantov zdravia kladie dôraz na skúmanie dôležitých sociálnych podmienok, ktoré ovplyvňujú zdravie celej populácie. Sociálne podmienky sú chápané ako rozsiahly súbor životných, pracovných, ekonomických charakteristík danej osoby či skupiny osôb. Medzi ukazovatele sociálnej rovnosti v spoločnosti patrí miera diskriminácie, rôzne druhy podpôr, legislatívne daná úroveň pracovných podmienok, sociálny kapitál spoločnosti alebo stupeň integrácie zraniteľných skupín osôb do spoločnosti. Článok si kladie za cieľ nájsť súvislosti medzi vybranými faktormi sociálnej situácie Slovákov žijúcich v Českej republike a ich zdravím. Výskum bol zameraný na tieto aspekty sociálnej situácie oslovených respondentov: sociálne postavenie, socioekonomický status, sociálna opora a jazykové znalosti. Subjektívne sociálne postavenie je definované ako presvedčenie človeka o jeho mieste v spoločenskom rebríčku, vzťahujúce sa k tomu, ako jednotlivec vníma svoje miesto v sociálno-ekonomickej štruktúre. Existuje množstvo dôkazov, že sociálne postavenie je prediktorom aj chorobnosti, aj úmrtnosti [7, 8]. Okrem toho existencia gradientu v oblasti zdravia je v súčasnej dobe široko prijímaná – jednotlivci na najvyššej úrovni sociálneho postavenia sa tešia lepšiemu zdraviu než tí v spodnej časti [9, 10]. Väčšina výskumov v oblasti subjektívneho sociálneho postavenia sa zameriavala na subjektívne sociálne triedy, ktoré boli merané tak, že respondenti umiestňovali samých seba v 4–6 kategóriách sociálnych tried, ako sú nižšia trieda, robotnícka trieda, stredná trieda alebo vyššia trieda [11]. Pre proces triedneho „samo umiestnenia“ musia mať všetci respondenti

podobné vnímanie systému sociálnych tried. Vzhľadom na to, že robotnícka trieda a stredná trieda môžu byť rôzne interpretované, môže byť použitie tejto terminológie vo výskume zavádzajúce [12]. Preto bola vo výskume použitá hodnotiacia 10bodová škála.

Socioekonomický status definovali v roku 1981 Mueller a Parcel ako relatívnu pozíciu rodiny či jednotlivca v štruktúre spoločnosti založenej na ich prístupe k bohatstvu, prestíži a moci [13]. V súčasnosti je socioekonomický status tiež definovaný ako pozícia jednotlivca či skupiny v hierarchickej sociálnej štruktúre, ktorá sa meria podľa premenných, ako sú vzdelanie, povolanie, príjem, bohatstvo a miesto bydliska, a tieto zdroje umožňujú ľuďom dosiahnuť určité ciele (napr. zdravie) [14]. Po stáročia bolo všeobecne rozšírené presvedčenie, že zlé životné a pracovné podmienky sú spojené s kratším životom. V 19. storočí boli najdôležitejšie zlepšenia v oblasti zdravia spôsobené zmenami vo výžive a v okolitých podmienkach. Avšak problém, že tí s menšími zdrojmi majú horšie výsledky v zdraví, stále pretrváva. Vzťah medzi nižším socioekonomickým statusom a vyššou incidenciou a prevalenciou zdravotných problémov, choroby a smrti, je prítomný na celom svete [15].

Sociálna opora bola identifikovaná ako jeden z prvých faktorov, ktoré poukazujú na vplyv nepriaznivých životných udalostí na psychickú pohodu a zdravie človeka. Sociálna opora je podstatná pre udržanie blahobytu/pohody (well-being) – jedlo, prístrešie, príjmy, prístup k zdravotnej starostlivosti a sociálnym príležitostiam [8]. A zároveň sociálna opora vplýva na využívanie zdravotnej starostlivosti [16]. Podľa mnohých autorov [napr. 17, 18] existujú rozdiely vo vymedzení pojmu „sociálna opora“. Z rôznych definíčných prístupov sa v súvislosti so zameraním nášho výskumu prikláňame k definícii Krpouna [19], podľa ktorého môžeme sociálnu oporu vymedziť ako pomoc či pod-

poru, ktorú jedinec čerpá v situáciách, keď to považuje za vhodné. Podmienkou toho, aby mohla byť akákoľvek pomoc či podpora poskytnutá, je sociálna sieť, v rámci ktorej dochádza k sociálnym väzbám a interakciám, ktoré sú pre človeka podporné a v ktorých sa nachádzajú zdroje sociálnej opory [20]. Podľa Simich et al. [21] životné zmeny ako imigrácia a usadenie sú situácie, ktoré sú pre zdravie rizikové. Sociálna opora hrá obzvlášť dôležitú úlohu pri zlepšení zvládania, zmiernení vplyvu stresorov a podpore zdravia v období veľkých zmien.

Jazykové znalosti sú považované za kľúčový faktor ekonomickej a sociálnej integrácie imigrantov v ich cieľovej krajine, či už ide o skoré nájdenie práce, alebo o výšku mzdy. Jazyková znalosť má vplyv na výšku mzdy. Vyplyva to z role jazyka ako prostriedku potrebného pre každodenný i pracovný život. A okrem toho nízka znalosť jazyka môže pôsobiť ako signál cudzosti, umožniť diskrimináciu a diferenciaciu [22].

Pre pochopenie pohľadu respondentov na vybrané aspekty ich sociálnej situácie je potrebné poskytnúť opis slovenskej komunity v Českej republike i charakteristiku životných podmienok v hostiteľskej krajine a krajine pôvodu. Podľa Leontiyevy et al. [23] majú Slováci žijúci v Českej republike nasledujúce charakteristické rysy. Prvým rysom je, že slovenská menšina i komunita slovenských migrantov je kvalitatívne početná. Podľa údajov Štatistického úradu Českej republiky Slováci sú druhou najpočetnejšou skupinou cudzincov žijúcich v Českej republike. Počet Slovákov žijúcich v Českej republike k 31. 12. 2012 bol 85 807 [24]. Druhým rysom je, že sú geograficky rozptýlení v Českej republike po celom území. Slováci žijúci disperzne po celom území Českej republiky predstavujú mnohotvárnú skupinu rôzneho teritoriálneho pôvodu, životnej úrovne, stupňa vzdelania, náboženskej príslušnosti i úrovne etnického povedomia [25]. Tretím rysom je, že vzhľadom na spoločnú históriu majú Slováci špeciálne postavenie. Špecifické postavenie Slovákov reflektovali i úpravy v legislatíve, akými boli napríklad špeciálne podmienky pre povolenie na pobyt a prácu, alebo prechod hraníc na občianske preukazy. Po vstupe obidvoch krajín do Európskej únie uvedený režim stratil význam [23].

Migračné prúdy obyvateľov zo Slovenska do Čiech reflektovali rozdielne politické, hospodárske a sociálne podmienky vývoja obidvoch krajín. Prvý prúd Slovákov prichádzal pri osídľovaní česko-nemeckého pohraničia v rokoch 1945–1947. Ďalší príliv Slovákov bol v súvislosti s februárovým prevratom v roku 1948, kedy išlo tzv. priemyselnú migráciu [23]. Rozhodujúcim dôvodom migrácie Slovákov sa stal sociálno-ekonomický faktor. V súvislosti s posilnením ťažkého priemyslu rástli v Čechách nároky na manuálne pracovné sily. Túto potrebu pracovných síl nestačila zaisťovať česká populácia, a preto významnú úlohu zohrávali Slováci prichádzajúci pracovať do odvetví hutníctva a stavebníctva [25]. Špecifikom súčasných migračných trendov Slovákov do Českej republiky je ich profesijná a vzdelanostná úroveň. V predvojnovom období prevládali medzi slovenskými migrantmi nekvalifikovaní robotníci, teraz prevažuje migrácia kvalifikovanej sily a inteligencie [23].

V súčasnosti sa politické, hospodárske a sociálne podmienky jednotlivých krajín príliš nelíšia, zmierňujú sa aj rozdiely v životnej úrovni. Jedným z ukazovateľov popi-

sujúcich životnú úroveň obyvateľov krajiny je hrubý domáci produkt prepočítaný na obyvateľa vyjadrený v parite kúpnej sily. Údaje európskeho štatistického úradu Eurostat ukazujú, že v roku 2013 dosahovala životná úroveň Slovákov 76 % priemeru Európskej únie, zatiaľ čo životná úroveň Čechov 80 %. V roku 2009 dosahovala pre porovnanie životná úroveň Slovákov 73 % priemeru Európskej únie a životná úroveň Čechov 82 % [26].

Hlavným zámerom výskumu bolo popísať sociálnu situáciu slovenských imigrantov žijúcich v Českej republike a nájsť súvislosti medzi ich sociálnou situáciou a zdravotným stavom. Predmet výskumu vychádzal z koncepcie desiatich sociálnych determinantov zdravia [9]. V súlade s predmetom výskumu bolo stanovených päť výskumných otázok.

Výskumné otázky:

1. Aké je subjektívne hodnotenie zdravia u vybraných slovenských imigrantov?
2. Aký vplyv má sociálne postavenie vybraných slovenských imigrantov na ich subjektívne vnímanie zdravia?
3. Aký vplyv má socioprofesionálny status vybraných slovenských imigrantov na ich subjektívne vnímanie zdravia?
4. Aký vplyv má znalosť českého jazyka u oslovených respondentov na ich subjektívne vnímanie zdravia?
5. Aký vplyv má sociálna opora u Slovákov žijúcich v Českej republike na ich subjektívne vnímanie zdravia?

Metodika a charakteristika súboru

Zvolenou paradigmou, ktorá umožňuje indukciu a popis súvislostí medzi skúmanými javmi, bola fenomenologická výskumná paradigma, disponujúca kvalitatívnymi výskumnými metódami. Technika zberu dát prebiehala pomocou neštandardizovaných hĺbkových rozhovorov. Rozhovory boli vedené rodeným Slovákom, nahrávané na diktafón a doslova prepísané pomocou programu Transcriber. Rozhovor sa skladal zo štyroch tematických oblastí. V prvej časti boli od respondentov zisťované identifikačné údaje (vek, pohlavie, národnosť, občianstvo alebo typ pobytu), v druhej časti rozhovoru odpovedali respondenti na otázky týkajúce sa ich socioprofesionálneho statusu (vzdelanie, zamestnanie, príjem). V tretej časti sa respondenti vyjadrovali k sociálnemu postaveniu v krajine pôvodu a v Českej republike a v poslednej fáze rozhovoru boli sledované súvislosti medzi sociálnou situáciou respondentov a ich zdravotným stavom. Pri analýze transkripcie rozhovorov bola použitá metóda *otvoreného kódovania*. Prepísané rozhovory boli rozdelené na analytické jednotky (slová, vety, slovné spojenia). K jednotlivým segmentom boli priradené kódy. Otvorené kódovanie prebiehalo metódou „*ceruzka a papier*“. Kódy boli zoskupené podľa podobností a vnútorných súvislostí do tried, kategórií a podkategórií.

Výskumný súbor

Výskum bol zameraný na Slovákov žijúcich v Českej republike, konkrétne v Juhočeskom kraji. Podľa Štatistického

úradu Českej republiky žilo v Juhočeskom kraji k 31. 12. 2012 2 898 Slovákov, z toho je 1 560 mužov a 1 338 žien [24]. Výskumný súbor tvorilo 16 slovenských imigrantov, 11 žien a 5 mužov. Zvolenými stratifikačnými kritériami boli pohlavie, dĺžka pobytu a vek. Kritérium „dĺžka pobytu“ sme si rozdelili na dve kategórie: 0–10 rokov a viac ako 10 rokov. Kritérium „vek“ bolo diferencované do troch kategórií: do 30 rokov, 31–50 rokov a 51–65 rokov. Našou snahou bolo, aby bolo rovnomerné zastúpenie respondentov (1–2 respondenti) vo všetkých zvolených kategóriách. Výber bol zámerný, referenčný, reťazový (snowball sampling). Vzorkovanie bolo závislé na ochote participantov zúčastniť sa výskumu a bolo ukončené v okamihu teoretického nasýtenia. Rozhovory boli realizované v prvom štvrtroku 2013.

Výsledky

V tejto časti sú prezentované výsledky výskumu, ktorý bol zameraný na analýzu vplyvu sociálnych podmienok na zdravie Slovákov žijúcich v Českej republike.

Subjektívne vnímanie zdravia

Subjektívne vnímanie zdravia je špecifickým ukazovateľom zdravotného stavu jedinca, ktorý nemusí korelovať s jeho objektívnym zdravotným stavom. Tento významný ukazovateľ zdravia respondentov bol v našom výskume zisťovaný otázkou: „Ako sa celkovo zdravotne cítite?“. Respondenti hodnotili jak svoj fyzický, tak i psychický stav. Napriek tomu, že oslovení Slováci uvádzali s vyšším vekom i častejšie zdravotné problémy (napríklad vysoký krvný tlak, bolesti chrbta a kĺbov alebo ochorenie štítnej žľazy), subjektívne hodnotili svoje zdravie ako dobré. Rozdiely v hodnotení zdravia medzi ženami a mužmi boli minimálne, avšak môžeme sledovať trend, že ženy hodnotili svoje zdravie lepšie po fyzické stránke, naopak muži hodnotili lepšie svoj psychický stav. Tento jav môže byť zapríčinený fyzicky náročnejším zamestnaním u mužov, prípadne pozornejším a citlivejším prístupom žien k hodnoteniu svojho zdravia.

Subjektívne hodnotenie sociálneho postavenia a jeho vplyv na zdravie

Na posúdenie svojho sociálneho postavenia mohli respondenti využiť 10bodový sociálny rebríček, pričom najvyššia priečka reprezentovala najvyššie sociálne postavenie (napr. lekári, vedci) a najnižšia priečka najnižšie sociálne postavenie (napr. bezdomovci).

Respondenti hodnotili, aké majú podľa nich sociálne postavenie v hostiteľskej krajine (v Českej republike) a aké by mali v krajine pôvodu (v Slovenskej republike). Neboli zaznamenané výrazné rozdiely v hodnotení sociálneho postavenia v Českej a Slovenskej republike. Tí respondenti, ktorí uviedli rozdielne sociálne postavenie v Slovenskej a Českej republike, umiestnili seba samých na sociálnom rebríčku v Českej republike vyššie ako v Slovenskej republike. Rozdiely v sociálnom postavení vnímajú respondenti najmä vo finančnej oblasti: „Na Slovensku som mala nižšie

príjmy. Tie príjmy tu sú vyššie“ (žena, 36 rokov, dĺžka pobytu v ČR 9 rokov).

Výsledky výskumu nepreukázali súvislosť medzi subjektívnym hodnotením sociálneho postavenia a subjektívnym vnímaním zdravia. Respondenti, ktorí samých seba umiestnili na priečkach sociálneho rebríčka vyššie, hodnotili svoje zdravie rovnako (v kategóriách dobré a veľmi dobré) ako respondenti, ktorí si zvolili nižšiu priečku na sociálnom rebríčku. Respondenti hodnotiaci svoje zdravie ako zlé, umiestnili samých seba na vyšších priečkach rebríčku. Aj keď výskumný súbor tvorili najmä respondenti, ktorí samých seba umiestnili na vyšších priečkach rebríčka a zároveň subjektívne hodnotili svoje zdravie dobré, nemôžeme konštatovať, že existuje súvislosť medzi sociálnym postavením a subjektívnym vnímaním zdravia. A to na základe toho, že respondenti s nižším umiestnením na sociálnom rebríčku subjektívne nehodnotili svoje zdravie ako zlé a respondenti hodnotiaci svoje zdravie ako zlé umiestnili samých seba na vyšších priečkach rebríčku.

Vplyv sociálnej opory na zdravie

V súvislosti so sociálnou oporou sa výskum zameriaval na zistenie toho, ako sa Slováci cítili po svojom príchode do ČR, či dostali dostatok praktických informácií, na koho sa obracajú, keď majú nejaký problém, či a aké kontakty udržuujú s ľuďmi z krajiny pôvodu a ako sa cítia medzi Čechmi. Väčšina Slovákov (14 respondentov) sa po príchode do Českej republiky cítila osamelou a bolo jej smutno za rodinou a priateľmi. Na druhej strane sa vo výskumnom súbore nachádzali aj respondenti, ktorí sa po príchode cítili dobre, pohodovo, považovali to za nový začiatok: „Na Slovensku som sa veľmi zadlžil. Keď som prišiel do Čiech, dával som si pozor na všetky platby. Dalo by sa povedať, že som sa tu polepšil. V Čechách to bol nový začiatok“ (muž, 30 rokov, dĺžka pobytu v ČR 9 rokov).

Respondenti uvádzali, že po príchode do Českej republiky mali dostatok praktických informácií, ktoré získali od spolupracovníkov alebo susedov. Väčšina Slovákov (14 respondentov) nevyužila pomoc a podporu inštitúcií, ako sú úrady, neziskové organizácie, dobrovoľnícke organizácie a cirkev. Iba dvaja respondenti využili pomoc a podporu inštitúcií, konkrétne jedna respondentka kontaktovala e-mailom predsedu Svetového združenia Slovákov v zahraničí v súvislosti so slovenským občianstvom a druhá respondentka sa obrátila na úrad práce, keď potrebovala sociálne dávky, prídavky na deti alebo poradiť.

Takmer všetci respondenti udržuujú kontakty so svojimi príbuznými, priateľmi a známymi prostredníctvom e-mailov, Skypu a telefonátov. Slováci žijúci v Českej republike cestujú na Slovensku každý rok, priemerne 4× do roka. Navštevujú najmä svoju rodinu a priateľov. Respondenti uviedli, že by radi cestovali na Slovensko aj častejšie, ale nemôžu z finančných dôvodov a z dôvodu vzdialenosti: „Udržujem kontakty s rodinou na Slovensku a tieto kontakty sú pre mňa dôležité. Jazdím za nimi jedenkrát do roka. Častejšie návštevy nie sú možné z finančných dôvodov“ (žena, 58 rokov, dĺžka pobytu 8 rokov). Jedna respondentka uviedla, že neudrzuje žiadne kontakty s ľuďmi z krajiny pôvodu ani prostredníctvom telekomunikačných prostriedkov, ani nikoho na Slovensku nenavštevuje. Všetci respondenti uviedli, že

sa v Českej republike cítia príjemne a taktiež si myslia, že ich Česi uznávajú a vážia si ich.

Súvislosť medzi sociálnou oporou a subjektívnym vnímaním zdravia nebola preukázaná. Respondenti, ktorí mali a majú dostatok sociálnej opory vo viacerých oblastiach (dostatok informácií po príchode do Českej republiky, dobré sociálne vzťahy, kontakty v hostiteľskej krajine i krajine pôvodu, prítomnosť osoby, na ktorú sa môžu obrátiť v prípade potreby, pocit dostatku priateľov), hodnotili svoje zdravie v kategóriách veľmi dobré, dobré. Aj keď výskumný súbor tvorili najmä respondenti, ktorí majú dostatok sociálnej opory a zároveň subjektívne hodnotili svoje zdravie ako dobré, nemôžeme konštatovať, že existuje súvislosť medzi sociálnou oporou a subjektívnym vnímaním zdravia. A to na základe toho, že vo výskumnom súbore boli aj respondenti, ktorí subjektívne hodnotili svoje zdravie ako zlé a zároveň mali dostatok sociálnej opory.

Vplyv zamestnania na zdravie respondentov

Socioprofesionálny status vypovedá o schopnosti danej osoby vytvoriť a následne spotrebovať finančné zdroje. Ukazovateľom socioprofesionnej pozície jedinca v spoločnosti je vzdelanie, zamestnanie a výška mzdy. Pričom tieto tri ukazovatele by mali byť vo vzájomnej korelácii. Pracovná pozícia závisí od dosiahnutého vzdelania a výška platu od typu zamestnania. V rozhovoroch bolo od slovenských imigrantov zisťované, akým spôsobom hľadali zamestnanie v Českej republike, či získali zamestnanie, ktoré zodpovedá ich vzdelaniu, a či výška mzdy naplnila ich očakávania. Najvyššie dosiahnuté vzdelanie oslovených Slovákov bolo vysokoškolské alebo stredoškolské. Prevažná väčšina (13 respondentov) z nich získala v Českej republike zamestnanie zodpovedajúce ich vzdelaniu. Išlo predovšetkým o intelektuálny typ zamestnania (úradníčka, pedagóg, projektant či štatistik), prípadne o kombináciu intelektuálne-manuálneho zamestnania (zdravotnícky pracovník, farmaceutka alebo zubný technik). Oslovení respondenti získali v Českej republike zamestnanie zodpovedajúce ich vzdelaniu, pričom nostrifikácia ich vzdelania nebola požadovaná. V prípade, že nezískali zamestnanie zodpovedajúce ich vzdelaniu, pracujú v Českej republike v robotníckych profesiách. Väčšina oslovených Slovákov (11 respondentov) získala v Českej republike zamestnanie na základe inzerátu, referencií od známych či prostredníctvom agentúry práce. Nemalá časť respondentov (5 respondentov), ktorí prišli do Českej republiky pred rokom 1989, uvádzala, že v dobe jednotného Československa získali prácu prostredníctvom Krajských národných výborov. Podľa ich slov v tej dobe bolo všetko jednoduchšie. Po rozpade Československa k 1. 1. 1993 zostalo Slovákom výhradné postavenie, akými boli napríklad špeciálne podmienky pre povolenie na pobyt, vzájomné zamestnávanie alebo možnosť prechodu hraníc na občianske preukazy.

Zaujímalo nás, do akej miery sú slovenskí imigranti spokojní so službami agentúr práce. Respondenti boli prevažne s agentúrnym sprostredkovateľom práce spokojní. Na jednej strane uvádzali, že pozícia agentúrneho pracovníka prináša svoje výhody, na druhej strane má i svoje nevýhody. „Agentúrny pracovník má viac peňazí, ale prepustia ho ako prvého a nesmie byť chorý. Nemocenská sa vypočítava

z minimálnej mzdy“ (muž, 30 rokov, dĺžka pobytu v ČR 9 rokov). Respondenti, ktorí získali v Českej republike zamestnanie, ktoré je adekvátne ich vzdelaniu, sú spokojní ako s pracovnými podmienkami, tak i s výškou platu. Tí Slováci, ktorí neboli spokojní s výškou platu, vykonávali v Českej republike robotnícke profesie.

Respondenti nemajú z dôvodu ich národnosti pocit diskriminácie na českom trhu práce. Menšinovo zaznel názor určitého znevýhodnenia slovenských imigrantov v Českej republike. „Diskriminovaná sa úplne necítim, ale znevýhodnená áno. Niektorí Česi sa pozerajú na Slovákov cez prsty. To je prirodzená reakcia na cudzinca. Väčšia skupina ľudí znevýhodňuje menšiu skupinu. To je prirodzené“ (žena 30 rokov, dĺžka pobytu v ČR 9 rokov). S dĺžkou pobytu respondentov v Českej republike rástol i ich socioprofesionálny status.

Respondenti priznávajú významný vplyv vzdelania, zamestnania i výšky príjmu na ich zdravie. Zaujímavo reagovali na otázku, ako vzdelanie ovplyvňuje zdravie jednotlivca. „Vyššie vzdelanie znamená vyšší príjem a lepšie zdravie. Na druhej strane som si všimol, že ľudia s vyšším vzdelaním nemajú viac peňazí“ (muž, 30 rokov, dĺžka pobytu v ČR 9 rokov). „Vďaka (inteligencii) dokážem sama posúdiť, či mám, alebo nemám ísť k lekárovi“ (žena, 58 rokov, dĺžka pobytu v ČR 9 rokov).

Bol preukázaný vzťah medzi vzdelaním respondentov a subjektívnym vnímaním zdravia. Respondenti s vyšším vzdelaním hodnotili svoje zdravie lepšie než respondenti s nižším vzdelaním. Najlepšie hodnotili svoje zdravie respondenti, ktorí zastávali kombináciu intelektuálne-manuálneho zamestnania. Najhoršie hodnotili naopak svoje zdravie Slováci pracujúci v robotníckych profesiách.

V prípade intelektuálnych profesií boli uvádzané predovšetkým negatívne psychické dopady zamestnania na zdravotný stav pracovníkov. Naopak respondenti v robotníckych profesiách uvádzali fyzické dopady pracovných podmienok na ich zdravie. „Pokiaľ pracujete v továrni, kde sú chemické látky, tak vás to po rokoch poznamená. Ale vysokoškooláci majú v práci viac stresu. Tlaky od šéfa môžu psychicky škodiť viac než výfukové plyny. Väčšina ľudí si stresy prenáša domov a tam to rieši a to je zlé“ (žena, 30 rokov, dĺžka pobytu v ČR 9 rokov).

Znalosť českého jazyka a jeho vplyv na zdravie

Znalosť jazyka majoritnej populácie umožňuje imigrantom rýchlejšiu a jednoduchšiu integráciu do väčšinovej spoločnosti. Je pravdou, že čeština a slovenčina sú lingvisticky veľmi blízke jazyky. Okrem toho znalosť oboch jazykov je v populácii historicky zakorenená ešte z dôb Československa. Napriek tomu alebo práve preto nás zaujímalo, či majú slovenskí respondenti potrebu hovoriť a písať česky, či je pre nich znalosť českého jazyka dôležitá a pokiaľ áno, tak prečo. Z výsledkov je zrejmé, že slovenskí respondenti dobre rozumejú češtine. Dokonca poukazujú na to, že Slováci rozumejú Čechom lepšie než Česi Slovákom. „Mladá generácia Čechov už nevie po slovensky. Mladému dievčaťu som povedala, nech sa páči a ona mi nerozumela“ (žena, 30 rokov, dĺžka pobytu v ČR 9 rokov). Paradoxne sa naučili český jazyk dobre počas povinnej školskej dochádzky na Slovensku. „V škole sme sa učili básničky v češtine“ (žena, 58 rokov, dĺžka pobytu v ČR 8 rokov). Veľkú názorovú diskusiu vy-

volala otázka, či chcú rozprávať po česky. Väčšina zastáva názor, že je potrebné ovládať jazyk krajiny, v ktorej človek žije. Iní naopak nepovažujú za nevyhnutné hovoriť českým jazykom. „Myslím si, že Slováci, ktorí hneď hovoria po česky, chce medzi Čechov zapadnúť. Nevidím dôvod, prečo by som mal hovoriť s Čechmi po česky. Viem hovoriť po česky, rozumiem českému jazyku, ale nechcem hovoriť po česky.“

A zaznamenali sme i odpoveď, že český jazyk dobre neovládajú a zároveň strácajú schopnosť dobre rozprávať po slovensky, čo ich vyčleňuje z českej i slovenskej populácie. „Ja mám český prízvuk, ale rozprávam po slovensky. Česi ma neuznávajú, pretože rozprávam po slovensky, a Slováci, pretože rozprávam po česky. Strácam schopnosť rozprávať po slovensky“ (žena, 58 rokov, dĺžka pobytu v ČR 9 rokov). Respondenti priznávajú ťažkosti v písanom prejave, najmä pokiaľ ide o gramatiku. Majú potrebu zlepšovať svoju znalosť spisovnej češtiny predovšetkým v zamestnaní v rámci písomnej korešpondencie.

Súvislosť medzi subjektívnym vnímaním zdravia a znalosťou českého jazyka nebola preukázaná. Tak ako respondenti, ktorí dobre rozumejú i hovoria česky, tak respondenti, ktorých znalosť českého jazyka je horšia, hodnotili svoje zdravie ako dobré. Uvádzali tiež, že pri komunikácii so zdravotníckym personálom dochádzalo k jazykovým bariéram. Predovšetkým išlo o nepochopenie niektorých odborných výrazov (napríklad ledviny – obličky, jatra – pečeň).

Diskusia

Zdravie je dôležitou dimenziou osobného a rodinného šťastia. Zdravie jedinca je ovplyvňované množstvom faktorov majúcich korene v jeho sociálnej, životnej a ekonomickej situácii. Medzi tieto determinanty zdravia patrí: sociálny status, vzdelanie, príjem, zamestnanie, stres, bydlisko, výživa alebo sociálna opora. Právo na zdravie je základným ľudským právom. Neexistuje dôvod, prečo by mali byť v spoločnosti nespravodlivé rozdiely v zdraví medzi určitými skupinami obyvateľstva. Napriek tomu medzi zraniteľné skupiny obyvateľstva, ktoré sú ohrozené nerovnosťou v zdraví, patria náboženské alebo etnické skupiny. Slováci a Česi majú k sebe historicky veľmi blízko. Spája ich viac než 70 rokov spoločnej politickej identity. Zaujímalo nás, či vybrané sociálne podmienky nejakým spôsobom ovplyvňujú zdravie Slovákov žijúcich v Českej republike. Množstvo svetových štúdií [27, 28, 29] poukazuje na tzv. „efekt zdravého imigranta“, kedy imigranti prichádzajúci do hostiteľskej krajiny majú lepší zdravotný stav než majoritná populácia. Avšak túto výhodu s dĺžkou pobytu strácajú a ich zdravie sa rapídne zhoršuje a dostáva pod úroveň majoritnej populácie. Táto skutočnosť je primárne vysvetľovaná vplyvom akulturačného procesu na zdravie imigrantov. Miera adaptácie imigranta na podmienky hostiteľskej krajiny je daná dĺžkou pobytu, znalosťou jazyka majoritnej populácie alebo vekom a generáciou imigranta. Je preukázané, že dĺžka imigrácie a znalosť jazyka majority ovplyvňujú akulturačný proces imigrantov [30]. Znalosť jazyka signifikantne ovplyvňuje zdravie imigrantov. Schachter et al. [31] preukázali, že imigranti, ktorí majú dobrú znalosť jazyka ma-

ajoritnej populácie, subjektívne hodnotia svoje zdravie lepšie než tí, ktorí jazyk majority neovládajú. S akulturáciou sa zvyšuje miera integrácie do spoločnosti a naopak stres a diskriminácia sa znižujú. Slovenčina a čeština sú podobné jazyky. Pri rozhovoroch bolo od respondentov zisťované, aká je ich znalosť hovorenej a písanej češtiny a či majú pocit, že im Česi rozumejú. Z výsledkov vyplýva, že slovenskí respondenti majú najväčšie problémy s českou gramatikou a naopak dobre čítajú a rozprávajú po česky. Podľa ich mienky rozumejú Čechom lepšie než Česi Slovákom. Tento rozpor môže byť vysvetlený veľkou obľúbenosťou českých televíznych programov na Slovensku. Je zrejmé, že znalosť slovenského jazyka sa v českej populácii znižuje. Bolo by zaujímavé sa v ďalšom výskume zamerať na znalosť a obľúbenosť slovenčiny u českých občanov. Respondenti uvádzali, že strácajú schopnosť rozprávať slovensky a zároveň český jazyk dobre neovládajú. Táto skutočnosť ich vyčleňuje z českej i slovenskej komunity. Bolo by žiaduce sa v ďalšom výskume zamerať na hypotézu, či v okamihu, keď slovenskí imigranti začnú aktívne používať češtinu, strácajú schopnosť hovoriť slovensky a to má negatívny vplyv na ich zdravie. Koncepcia dvojjazyčnosti, kedy imigranti sú schopní čítať, písať a hovoriť ako pôvodným jazykom, tak i jazykom hostiteľskej krajiny, má svoje úskalia. Otázkou je, čo je dvojjazyčnosť (bilingvizmus), ako definovať znalosť daného jazyka? Výskumy preukázali, že dvojjazyční imigranti majú kultúrnu flexibilitu, ktorá im umožňuje lepšie sa začleniť do multikultúrnej spoločnosti a tým sa ich psychosociálne zdravie zlepšuje [31]. Z výskumného zisťovania nebol mechanizmus vplyvu znalosti českého jazyka na zdravie preukázaný. Sprostredkovateľom tohto mechanizmu je socioprofesionálny status, ktorý má silný vplyv na zdravie. Väčšina analýz zdravia imigrantov zahŕňa hodnotenie socioekonomického statusu a pracovných podmienok [31, 32]. Ukazovateľmi socioprofesionnej pozície jedinca v spoločnosti sú vzdelanie, zamestnanie a výška mzdy. Väčšina oslovených Slovákov mala stredoškolské alebo vysokoškolské vzdelanie a ich zamestnanie korelovalo s ich vzdelaním. Išlo najmä o intelektuálny typ zamestnania (úradníčka, pedagóg, projektant či štatistik), prípadne o kombináciu intelektuálne-manuálneho zamestnania (zdravotnícky pracovník, farmaceutka alebo zubný technik). Pracovná pozícia je závislá od dosiahnutého vzdelania a výška platu od typu zamestnania. Najlepšie hodnotili svoje zdravie respondenti, ktorí zastávali čiastočne sedavé zamestnanie (kombináciu intelektuálne-manuálneho zamestnania). Naopak najhoršie hodnotili svoje zdravie respondenti pracujúci vo fyzicky náročných profesiách.

Na posúdenie svojho sociálneho postavenia mohli respondenti využiť 10bodový sociálny rebríček. Umiestnenie respondentov sa pohybovalo v rozpätí hodnôt 6–8. Na základe tohto hodnotenia a aj na základe ďalších výpovedí respondentov by sme mohli Slovákov žijúcich v Českej republike zaradiť do stredných vrstiev. Podľa Kellera [33] sú do stredných vrstiev zaradení tí, ktorí musia pracovať, aby si zarobili na živobytie, ich príjmy im však umožňujú v takej či onakej miere šetriť. Klasická predstava príslušníka stredných tried považuje za samozrejmosť vlastný domček/byt, kvalitné vzdelanie detí. Za najvýraznejšiu tradičnú vlastnosť stredných vrstiev je považovaná ich schopnosť nežiť iba prítomným okamihom, schopnosť odkladať

odmenu v snahe do budúcnosti ju stále zvyšovať. Uvedenú predstavu príslušníka spĺňa aj väčšina respondentov. Slovinci žijúci v Českej republike majú v osobnom vlastníctve byt alebo rodinný domček, sú zárobkovo činní, prípadne poberajú starobný dôchodok, ich deti majú prevažne vysokoškolské vzdelanie, prípadne navštevujú základné školy. V rámci výskumu bol tiež skúmaný vzťah medzi subjektívnym vnímaním zdravia a subjektívnym hodnotením sociálneho postavenia. Respondenti vnímajú svoje zdravie ako dobré a uspokojivé. Takže podobne ako u sociálneho postavenia, tak aj vo vnímaní zdravia sa pohybovali odpovede respondentov okolo stredových hodnôt. Jednou z príčin môže byť, ako uvádza Keller [33], že ide o záležitosť psychologickú a ľudia prevažne volia stredové hodnoty. Je to podľa neho dané odporom respondentov zaradiť sa na krajné póly akejkolvek škály a snahou zaradiť sa skôr k jej stredu. Druhá možnosť vysvetľujúca, prečo respondenti hodnotili svoje zdravie ako dobré a uspokojivé, spočíva v tzv. efekte „zdravého imigranta“ – imigrant sa cíti zdravší než ostatní a nevyhľadáva lekársku starostlivosť [34]. Vzhľadom na tú skutočnosť, že slovenskí imigranti v Českej republike nemajú charakteristiky typického imigranta, prikláňame sa k prvej možnosti. Slovinci žijú buď na českom území dlhodobo (ešte z čias Československa), alebo prišli do Českej republiky po roku 2004, kedy sa oba štáty stali členmi Európskej únie. Takže vybavovanie pracovných a pobytových povolení nie je také náročné ako u iných imigrantov prichádzajúcich z krajín mimo Európskej únie. Keďže slovenský a český jazyk patria do skupiny západoslovenských jazykov a sú si veľmi podobné, nespôsobuje jazyková bariéra veľké problémy v každodennej komunikácii či v pracovnom styku.

Výpovede respondentov o sociálnom postavení v Českej republike a v Slovenskej republike boli podkladom pre komparáciu. Bolo zistené, že väčšina respondentov hodnotí svoje postavenie v oboch krajinách rovnako. Tí respondenti, ktorí uviedli rozdielne sociálne postavenie v Slovenskej a Českej republike, umiestnili seba samých na sociálnom rebríčku v Českej republike vyššie ako v Slovenskej republike. Rozdiely v sociálnom postavení vnímajú respondenti najmä v platovom ohodnotení. Uvedené rozdiely je možné doložiť aj štatisticky. Na základe informácií zo stránky Štatistického úradu Slovenskej republiky [35] bola priemerná mesačná hrubá mzda za rok 2013 v Slovenskej republike 824 eur (cca 22 630 Kč). Český štatistický úrad [36] uvádza, že priemerná mesačná hrubá mzda za rok 2013 bola v Českej republike 26 444 Kč.

Sociálna opora je úzko prepojená so zdravím. Ako uvádzajú Wilkinson a Marmot [9, s. 33]: „Priateľstvá, dobré sociálne vzťahy a pevné siete sociálnej opory zlepšujú zdravie doma, v zamestnaní i v komunite.“ Preto jedným z cieľom výskumu bolo zistiť vzťah medzi subjektívnym vnímaním zdravia a sociálnou oporou. Respondenti považujúce svoje zdravie za dobré, majú vo všeobecnosti dostatok sociálnej opory na všetkých úrovniach: makroúroveň (participácia na aktivitách komunity), mezoúroveň (podporné sociálne siete jednotlivca) a mikroúroveň (intímne vzťahy jednotlivca) [37]. Slovinci žijúci v Českej republike sa spolupodieľajú na aktivitách Klubu slovenských dotykov v Českých Budějoviciach, zapájajú sa a zaujímajú sa o spoločenské dianie, majú priateľov a známych medzi Čechmi a taktiež sa so

svojimi problémami môžu obrátiť na manžela/manželku či partnera/partnerku. Avšak aj tí respondenti, ktorí hodnotili svoje zdravie ako zlé, majú dostatok sociálnej opory. Na základe týchto skutočností možno konštatovať, že súvislosť medzi sociálnou oporou a subjektívnym vnímaním zdravia nebola preukázaná.

Prevažná časť respondentov komunikuje so svojou rodinou, blízkymi a priateľmi prostredníctvom telekomunikačných technológií. Podľa Petrúška a Balona [38] nás na jednej strane moderné technológie komunikačne približujú, množia sa frekvencie kontaktov (najmä internetových, facebookových a mobilne telefonných), ale na druhej strane môže vzniknúť falošný (akýsi „reverzibilný“) dojem či optický (alebo „fonetický“) klam, že sme v priateľských vzťahoch iba preto, že sme v neustálom verbálnom kontakte, ale je to v skutočnosti iba dojem. Avšak Slovinci žijúci v Českej republike nevyužívajú tieto technológie na vytvorenie priateľských vzťahov, ale skôr ide o udržanie už existujúcich vzťahov, ktoré boli vytvorené ešte pred odchodom do Českej republiky. Niektorí starší respondenti (viac ako 60 rokov) uvádzali, že kontakty so svojimi blízkymi na Slovensku udržiavajú aj prostredníctvom listovej komunikácii.

Výskum má niekoľko limitov, ktoré sa nám napriek našej snahe nepodarilo eliminovať. Za najväčší limit práce možno považovať úchytkové odpovede respondentov. Aj napriek snahe výskumníkov získať podrobnejšie výpovede odpovedali respondenti na otázky príliš všeobecne. Jedným z dôvodov môže byť, že sa Slovinci žijúci v Českej republike nepovažujú za cudzincov, a preto sa ich daná problematika príliš netýkala. Ďalší limit spočíva vo výbere výskumného súboru. Vzhľadom na tú skutočnosť, že Slovinci v Českej republike splývajú s majoritným obyvateľstvom a netvorí uzatvorenú komunitu, bolo pre výskumníkov náročné zabezpečiť stratifikovaný výber, v ktorom by bolo rovnomerné zastúpenie respondentov vo všetkých zvolených skupinách diferencovaných na základe vyššie uvedených stratifikačných kritérií.

Záver

V článku bola venovaná pozornosť vplyvu vybraných sociálnych podmienok na zdravie Slovákov žijúcich v Českej republike. Konkrétne išlo o tieto sociálne podmienky: sociálne postavenie, socioekonomický status, sociálna opora a jazyková znalosť. Súvislosť medzi sociálnym postavením a subjektívnym vnímaním zdravia nebola preukázaná. Respondenti, ktorí samých seba umiestnili na priečkach sociálneho rebríčka vyššie, hodnotili svoje zdravie rovnako (v kategóriách dobré a veľmi dobré) ako respondenti, ktorí si zvolili nižšiu priečku na sociálnom rebríčku. Respondenti hodnotiaci svoje zdravie ako zlé, umiestnili samých seba na vyšších priečkach rebríčku. Rovnako nebola preukázaná súvislosť medzi sociálnou oporou a subjektívnym vnímaním zdravia. Výskumný súbor tvorili najmä respondenti, ktorí majú dostatok sociálnej opory a zároveň subjektívne hodnotili svoje zdravie ako dobré. Na druhej strane tí respondenti, ktorí hodnotili svoje zdravie ako zlé, taktiež uviedli, že majú dostatok sociálnej opory. Vplyv znalosti českého jazyka na subjektívne hodnotenie zdravia nebol

preukázaný. Tak ako respondenti, ktorí dobre rozumejú i hovoria česky, tak respondenti, ktorých znalosť českého jazyka je horšia, hodnotili svoje zdravie ako dobré. Naopak vzdelanie a typ zamestnania respondentov mal vplyv na vnímanie zdravia. Respondenti s vyšším vzdelaním hodnotili svoje zdravie lepšie než respondenti s nižším vzdelaním. Najlepšie sa cítili osoby pracujúce na pracovných pozíciách, ktorých náplňou bola kombinácia intelektuálno-manuálnych činností. Na základe výsledkov výskumu možno konštatovať, že u zamestnania a vzdelania bola preukázaná súvislosť s o subjektívnym vnímaním zdravia, zatiaľ čo medzi sociálnou oporou, sociálnym postavením a znalosťou jazyka uvedená súvislosť preukázaná nebola.

V súvislosti s výsledkami výskumu by bolo vhodné v ďalšom výskume venovať pozornosť tomu, ako sa vnímajú Slováci žijúci v Českej republike, či sa považujú za cudzincov, alebo nie, a ako sú vnímaní českými občanmi. Z výpovedí respondentov vyplynulo, že znalosť slovenského jazyka sa v českej populácii znižuje, preto by mohlo byť zaujímavé zistiť, aká je znalosť a obľúbenosť slovenčiny u českých občanov. Výskum nepotvrdil vplyv znalosti českého jazyka na zdravie imigrantov. Bolo by prínosné túto oblasť znovu zmapovať. Ďalší výskum by bolo vhodné zamerať na potvrdenie korelácie medzi objektívnym hodnotením zdravia a vybranými sociálnymi podmienkami. V nadväznom výskume by bolo vhodné venovať pozornosť aj využívaniu primárne-preventívnej starostlivosti imigrantmi.

Konflikt záujmov

Autorky prehlasujú, že si nie sú vedomé žiadneho konfliktu záujmu týkajúceho sa uvedeného príspevku.

Pod'akovanie

Výskum bol podporený účelovo viazanými prostriedkami Zdravotne sociálnej fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicih pre rozvoj vedy a výskumu, číslo: SDZ2012_002.

„Tento článok vznikol v rámci projektu OPVK „Rozvoj postdoktorandských pozíc na JU“ (CZ.1.07/2.3.00/30.0049), spolufinancovaného Európskym sociálnym fondom a štátnym rozpočtom Českej republiky.“

LITERATÚRA

- [1] Schofield T. Health inequity and its social determinants: A sociological commentary. *Health Sociol Rev* 2007;16(2):105–14.
- [2] Boutayeb A. Social Determinants, Health Equity and Human Development. Beijing: Bentham Science Publishers; 2009.
- [3] Vacková J a kol. Zdravotne sociální aspekty života imigrantů v České republice. Praha: Triton; 2012. 301 s.
- [4] Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *The Lancet* 2012;380(9846):1011–29.
- [5] Krumeich A, Meershoek A. Health in global context: beyond the social determinants of health? *Glob Health Action* 2014;7:1–7.
- [6] Velemínský M, Tóthová V. Health condition of immigrants in the Czech republic. *J Nurs Social Stud Public Health Rehabil* 2013;5(1–2):47–56.
- [7] Macleod J, Davey Smith G, Metcalfe C, Hart C. Is subjective social status a more important determinant of health than objective social status? Evidence from a prospective observational study of Scottish men. *Social Sci Med* 2005;61:1916–29.
- [8] Marmot M, Wilkinson R. Social Determinants of Health. Oxford: Oxford University Press; 2005. 376 s.
- [9] Wilkinson R, Marmot M. Social determinants of health: The solid facts – 2nd ed. Copenhagen: World Health Organization; 2003. 32 s.
- [10] Wilkinson R, Marmot M. Sociální determinanty zdraví. Fakta a souvislosti. Kostelec nad Černými lesy: IZPE; 2005. 53 s.
- [11] Kluegel JR, Singleton R, Starnes ChE. Subjective class identification: A multiple indicator approach. *Am Sociol Rev* 42:599–611.
- [12] Singh-Manoux A, Adler EN, Marmot GM. Subjective social status: its determinants and its association with measures of ill-health in the Whitehall II study. *Social Sci Med* 2003;53:1321–33.
- [13] Shavers VL. Measurement of socioeconomic status in health disparities research. *J Natl Med Assoc* 2007;99(9):1013–23.
- [14] Gorman BK, Sivaganesan A. The role of social support and integration for understanding socioeconomic disparities in self-rated health and hypertension. *Social Sci Med* 2007;65(5):958–75.
- [15] Calixto JO, Anaya MJ. Socioeconomic status. The relationship with health and autoimmune diseases. *Autoimmun Rev* 2014;13:641–54.
- [16] Stewart JM. Chronic conditions and caregiving in Canada: Social support strategies. Toronto: University of Toronto Press; 2000.
- [17] Mareš J. Sociální opora u dětí a dospívajících I. Hradec Králové: Nucleus; 2001. 151 s.
- [18] Gottlieb HB, Bergen EA. Social support concepts and measures. *J Psychosom Res* 2010;69:511–20.
- [19] Krpoun Z. Sociální opora: Shrnutí výzkumné činnosti v české a slovenské oblasti a inspirace do budoucnosti – nadané děti. *E-psychologie* 2012;6(1):42–50.
- [20] Kebza V. Psychosociální determinanty zdraví. Praha: Academia; 2005. 263 s.
- [21] Simich L, Beiser M, Stewart M, Mwakarimba E. Providing Social Support for Immigrants and Refugees in Canada: Challenges and Directions. *J Immigr Health* 2005;7(4):259–67.
- [22] Isphording EI, Otten S. Linguistic Barriers in the Destination Language Acquisition of Immigrants. *J Econ Behav Organ* 2014;105:30–50.
- [23] Leontiyeva Y, Ezzeddine-Lukšíková P, Hirt T, Jakoubek M, Kocourek J, Pažejová L. Menšinová problematika v ČR: komunitní život a reprezentace kolektivních zájmů (Slováci, Ukrajinci, Vietnamci a Romové). Praha: Sociologický ústav Akademie věd České republiky; 2006. 96 s.
- [24] Srb J, Bacík R, Bardoňová H, Boušková P, Dušanková O, Husák T et al. Cizinci v České republice. Praha: Český statistický úřad; 2013.

- [25] Šrajerová O. Slováci v České republice. Historický pohled na Slováky v českých zemích v letech 1918–1995. In Gabal I. a kol. *Etnické menšiny ve střední Evropě. Konflikt nebo integrace*. Praha: G plus G; 1999. s. 139–53.
- [26] EUROSTAT – GDP per capita in PPS; 2014. [online] [cit. 2014-09-27]. Dostupné z: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=en&pcode=tec00114>
- [27] Kennedy SJ, McDonald T, Biddle N. 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>
- [28] Newbold BK. Self-rated health within the Canadian immigrant population: risk and the healthy immigrant effect. *Social Sci Med* 2005;60(6):1359–70.
- [29] Dunn J, Dyck I. Social determinants of health in Canada's immigrant population: Results from the national population health survey. *Social Sci Med* 2011;51(11): 1573–93.
- [30] Olišarová V, Tóthová V, Brabcová I. Determinants of the immigrants' mental health. *Kontakt* 2014;16(1):3–11.
- [31] Schachter A, Kimbro RT, Gorman BK. Language Proficiency and Health status: Are Bilingual Immigrants Healthier? *J Health Social Behav* 2012;53(1):124–45.
- [32] Brabcová I, Záleská V, Horská J. Bezpečnost práce a pracovní úrazy u cizinců v České republice. *Prevence úrazů a násilí* 2011;1(7):42–52.
- [33] Keller J. *Sociologie středních vrstev*. Praha: SLON; 2012. 212 s.
- [34] Rozumková P, Hradecká Burdová P. Výsledky výzkumu mezi neregulárními migranty; 2008. [online] [cit. 2014-06-02]. Dostupné z: http://aa.ecn.cz/img_upload/224c0704b7b7746e8a07df9a8b20c098/Sbornik_neregulerni_migrace.pdf
- [35] Štatistický úrad Slovenskej republiky. [online] [cit. 2014-05-31]. Dostupné z: <http://portal.statistics.sk/showdoc.do?docid=67073>
- [36] Český statistický úřad. [online] [cit. 2014-05-31]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2014edicniplan.nsf/t/E50025076C/\\$File/11002614A9.pdf](http://www.czso.cz/csu/2014edicniplan.nsf/t/E50025076C/$File/11002614A9.pdf)
- [37] Šolcová I, Kebza V. Sociální opora jako významný protektivní faktor. *Československá psychologie* 1999;43(1):19–38.
- [38] Petrusek M, Balon J. *Společnost naší doby*. Praha: Academia; 2011. 156 s.