



ELSEVIER

Available online at www.sciencedirect.com

ScienceDirect

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

Original research article

Imigranti z Mongolska – jejich zdraví a zkušenosti se zdravotní péčí v České republice

Immigrants from Mongolia – their health and experience with healthcare in the Czech RepublicLucie Rolantová ^{a *}, Jitka Vacková ^b^a Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, katedra ošetrovatelství a porodní asistence, České Budějovice, Česká republika^b Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, katedra sociální práce, České Budějovice, Česká republika

INFORMACE O ČLÁNKU

Received: 2015-02-24

Received in revised form:
2015-07-28

Accepted: 2015-10-12

Published online: 2015-11-20

Keywords:

Immigrants

Mongolians

Healthcare

Health

Working environment

ABSTRACT

At present, foreigners form over four percent of the Czech population. According to the Czech Statistical Office, nearly six thousand of them are immigrants from Mongolia. The reason for this migration is usually the possibility of getting a job and therefore improving their economic situation. The aim of the research, which is part of the project entitled “Social Determinants of Health in Selected Target Groups”, was to analyze the relationship between a set of selected social characteristics and characteristics of health. The paper refers to immigrants from Mongolia who are living in South Bohemia. The qualitative survey was performed by interviewing nineteen respondents. After the interviews and analysis of the data, major semantic categories and subcategories were identified. This paper focuses on the current health status of immigrants, the type of health insurance, experience with doctors, and their level of satisfaction with receiving healthcare. The results helped to reveal numerous problems concerning the health of immigrants, and the use of healthcare in our country. Respondents reported health problems such as chronic backache, headaches, fatigue and hearing impairments. These problems were all associated with an unsuitable work environment. While receiving healthcare, the respondents met with a negative attitude from medical staff. According to the respondents, the most common causes of this were language barriers, and doctors and nurses prejudice toward foreigners.

Klíčová slova:

imigranti

Mongolové

zdravotní péče

zdraví

pracovní prostředí

SOUHRN

V současné době tvoří cizinci přes čtyři procenta obyvatel České republiky. Podle Českého statistického úřadu pak téměř šest tisíc tvoří imigranti z Mongolska. Důvodem migrace je nejčastěji možnost získat práci a tím zlepšit svoji ekonomickou situaci. Cílem výzkumného šetření provedeného v rámci projektu s názvem „Sociální determinanty zdraví u vybraných cílových skupin“ bylo analyzovat vztah mezi

* **Korespondenční autor:** Mgr. Lucie Rolantová, Ph.D., Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, katedra ošetrovatelství a porodní asistence, U Výstaviště 26, 370 05 České Budějovice, Česká republika; e-mail: rolantova@zsf.jcu.cz; <http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2015.10.004>

vybranými sociálními charakteristikami a zvolenými charakteristikami zdravotního stavu. Příspěvek se vztahuje na imigranty z Mongolska žijící na území České republiky, v Jihočeském kraji. V rámci kvalitativního šetření byl proveden hloubkový rozhovor s devatenácti respondenty. Po provedení rozhovorů a následné analýze dat byly identifikovány hlavní významové kategorie a podkategorie. Příspěvek se zaměřuje na aktuální zdravotní stav imigrantů, na druh zdravotního pojištění, na zkušenosti s návštěvou lékaře a následnou spokojenost při čerpání zdravotní péče. Výsledky pomohly odhalit řadu problémů, které se týkají zdravotního stavu imigrantů a využívání zdravotní péče u nás. Jako zdravotní problémy uváděli respondenti chronické bolesti zad, bolesti hlavy, únavu a problémy se sluchem. Všechny tyto potíže pak měly souvislost s nevhodným pracovním prostředím. Při čerpání zdravotní péče se pak respondenti setkali s negativním přístupem ze strany zdravotnického personálu. Podle respondentů je nejčastěji příčinou jazyková bariéra a předsudky ze strany lékařů a sester vůči cizincům.

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

Úvod

Migrace a následná integrace imigrantů do majoritní společnosti představuje v současné době jeden z nejcitlivějších globálních problémů lidstva. Evropa stejně jako zbytek světa zažívá nárůst migračních toků jako nikdy předtím. Napomohlo k tomu především zvýšení dopravní infrastruktury, internet, sociální sítě a globalizační hnutí. Na jedné straně je cenná pro své pozitivní ekonomické a demografické aspekty, na straně druhé je zodpovědná za vytváření sociálního napětí mezi imigranty a majoritní společností. Pro budoucí soužití je proto klíčová schopnost interkulturního přijetí a vzájemné soužití různých národů, etnik a menšin [1].

Na přelomu 20. a 21. století se po období velkého přílivu žadatelů o mezinárodní ochranu a cizích státních příslušníků stala Česká republika ne pouze tranzitní zemí, ale cílovým místem pro příslušníky různých národností. Migrace, její situace a proudy v České republice jsou v zájmu mnoha organizací, institucí, společností, vědců i laické veřejnosti. Je tedy zřejmé, že problematika spolužití a integrace cizinců do společnosti jsou důležitým tématem celé Evropy. Multikulturní složení jednotlivých zemí výrazně ovlivňují migrační toky, společenské chování, interakce mezi skupinami i jednotlivci a promítají se do různých rovin a souvislostí v životě obyvatel té které země.

Podle ČSÚ pobývalo k 31. prosinci 2012 na území České republiky přes 438 tisíc cizinců s trvalým nebo dlouhodobým pobytem. Z toho pak 5 599 tvoří imigranti z Mongolska [2]. Nejčastějším důvodem migrací do České republiky je možnost získat práci a zlepšit tak ekonomickou situaci. Pokud překonají různé překážky a do České republiky se dostanou, v lepším případě nacházejí špatně placenou a nekvalifikovanou práci. Častým problémem pak bývá jazyková bariéra, uzavřenost komunity a pobyt na území České republiky bez povolení [3]. Dle Vackové a Brabcové [4] pracují Mongolové v České republice především v průmyslu, je zde možné předpokládat řízenou migraci na základě požadavků českých firem po mongolských pracovnících.

Je evidentní, že témata, jako jsou rozdíly v poskytování zdravotní péče nebo pracovní podmínky, v nichž migranti

pracují, nejsou dosud neznámá, ale jsou podceňována nebo často i ignorována. Je důležité, aby všechny evropské země přijaly zvláštní opatření v oblasti zdravotní politiky pro imigranty [5]. Dle výzkumné zprávy Marmot Review [6] existují velké rozdíly ve zdraví mezi různými zeměmi a lokalitami, které zcela zřejmě nejsou způsobeny biologickými příčinami, ale sociálními – např. střední délka života ženy v Botswaně je 43 roků v porovnání se střední délka života ženy v Japonsku – 86 let (statistiky WHO). Rozdíly však nejsou jen v takto mimořádně geograficky vzdálených lokalitách. Rozdíl ve střední délce života obyvatel rozdílných čtvrtí města Glasgow (vzdálených od sebe jen 12 kilometrů) je 25 let [6].

Zdraví již nelze vnímat jako dichotomii „zdraví versus ne-moc“ (dělením slova ne-moc poukazují Kapr a Müller [7] na sociální důsledky nemoci a de facto se tak blíží širší definici zdraví); zdraví již není plné tělesné, duševní, sociální a spirituální blaho, ale tzv. zdravotní potenciál – tedy schopnost jedince vést plnohodnotný život. Vývoj definice zdraví se v historii ubírá od jasného odlišení nemoci a zdraví, které se však ukázalo jako nedostatečné – kvůli multifaktoriální kauzalitě nemoci, k širším definicím – až k tzv. „blahu“ (bio-psycho-socio-spirituálnímu). Tento terminologický trend však postupně znemožňuje zkoumat zdraví jedince komplexně, protože „zdraví“ zahrnuje mnoho aspektů, jež není možné v rámci výzkumu postihnout. Z tohoto důvodu přistoupila WHO k užší definici – tedy zdraví jako zdravotní potenciál, tzn. schopnost vést plnohodnotný život.

Koncepce deseti sociálních determinantů zdraví publikovaná Wilkinsonem a Marmotem [8] v Kodani je jednou ze snah přistupovat komplexně k analýze zdravotního stavu jedince. Zaměřuje se na následující determinanty zdraví: sociální gradient, stres, dětství, sociální vyloučení, práce, nezaměstnanost, sociální opora, výživa, závislost a doprava. Významnost koncepce potvrdila i Světová zdravotnická organizace založením výboru zaměřeného na sociální determinanty zdraví (z anglického názvu Commission on Social Determinants of Health). Potřebnost tématu byla potvrzena i v Politické deklaraci sociálních determinantů zdraví, která byla přijata v Riu de Janeiru v říjnu 2011 (Rio Political Declaration on Social Determinants of Health) [9].

Sociální determinanty zdraví představují konceptuální rámec sloužící k propojení mnoha vědních disciplín, které zkoumají příčiny onemocnění, ale i k úvaze nad prevencí, včasným odhalením příčin a řešením následků pro různé profese. V této souvislosti lze hovořit o vzniku globálního hnutí, které se zabývá snížením nerovností ve zdraví a jež podnítilo vznik mezinárodních portálů – viz např.: www.health-inequalities.eu (mezinárodní projekt DETERMINE, Státní zdravotní ústav), www.mighealthnet.org (mezinárodní projekt MIGHEALTHNET), Evropské sítě organizací pro podporu zdraví EuroHealthNet či Mezinárodní unie pro podporu zdraví a vzdělání (z angl. orig. International Union for Health Promotion and Education [IUHPE] <http://www.iuhpe.org/>).

Metodika a charakteristika souboru

Príspevek vychází z výzkumného projektu s názvem „Sociální determinanty zdraví u vybraných cílových skupin“ a byl podpořen účelově vázanými prostředky Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích pro rozvoj vědy a výzkumu, číslo: SDZ2012_002. Cílem výzkumu bylo analyzovat vztah mezi vybranými sociálními charakteristikami a zvolenými charakteristikami zdravotního stavu.

Výzkum byl proveden pomocí kvalitativní výzkumné metody, která pracuje s malým souborem respondentů bez nároku na statistickou reprezentativnost. Pro sběr dat byla použita technika polostrukturovaného rozhovoru. Tato metoda byla zvolena z důvodu možnosti kreativně vytvářet doplňující otázky, což umožňuje maximální výtěžnost rozhovoru a rozpracování do hloubky vzhledem ke stanovenému cíli a výzkumným otázkám, jak také uvádí Mioviský [10].

Polostrukturovaný rozhovor byl rozdělen na několik částí. V tomto příspěvku jsme se zaměřily na subjektivní vnímání zdraví jednotlivých respondentů a jejich zkušenosti s využíváním zdravotní péče v České republice.

Data získaná od jednotlivých respondentů byla nejprve zaznamenána na audiozáznamu a následně analyzována. Audiozáznam byl přepsán do podoby textu, tzv. transkripce. Transkripce byla doslovná s tím, že text byl převeden do spisovného jazyka. V další fázi byly vypuštěny věty, které nenesly žádnou podstatnou a pro výzkum důležitou informaci. Další fází bylo kódování dat. Pro lepší orientaci v textu bylo k označení jednotlivých segmentů použito barvení textu [10]. Poté byly identifikovány hlavní významové kategorie a podkategorie. Při interpretaci dat byly použity citáty respondentů ze zaznamenaných výpovědí, které jsou v textu označeny kurzívou.

Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořili imigranti z Mongolska žijící na území České republiky, a to v Jihočeském kraji. Většina těchto imigrantů pocházela z města Benešov nad Černou. Pro výběr výzkumného souboru byla zvolena metoda záměrného výběru. Při této metodě dochází k cílenému vyhledávání respondentů s podobnými sociálními a zdra-

votními charakteristikami. Znamená to, že se na základě dopředu stanovených kritérií cíleně vyhledávají pouze ti respondenti, kteří toto kritérium splňují a mají zájem se do výzkumu zapojit [11]. Výzkumný soubor tvořilo 19 respondentů s ohledem na zastoupení ve třech věkových kategoriích (do 30 let, 31 až 50 let, 51 a více let), dále podle délky pobytu (do 5 let, nad 5 let, nad 10 let, nad 15 a více let) a dle pohlaví. Dalším kritériem byl legální pobyt na území České republiky, a to delší než 1 rok na základě udělení dlouhodobého víza nebo povolení k dlouhodobému pobytu, případně trvalý pobyt.

Ve výzkumném souboru bylo 12 žen a 7 mužů. Věkové rozmezí respondentů se pohybovalo od 22 do 52 let. Průměrná doba pobytu v České republice byla 8 let (tab. 1).

Tabulka 1 – Identifikační údaje respondentů

	Pohlaví	Věk	Délka pobytu (roky)	Účel pobytu
Respondent 1	žena	31	11	zaměstnání
Respondent 2	žena	31	7	zaměstnání
Respondent 3	muž	28	6	zaměstnání
Respondent 4	muž	42	7	zaměstnání
Respondent 5	žena	32	6	zaměstnání
Respondent 6	žena	42	6	zaměstnání
Respondent 7	žena	28	7	studium na VŠ
Respondent 8	muž	33	5	zaměstnání
Respondent 9	žena	34	5	zaměstnání
Respondent 10	muž	26	6	zaměstnání
Respondent 11	žena	52	14	zaměstnání
Respondent 12	muž	27	8	zaměstnání
Respondent 13	žena	40	9	rodina
Respondent 14	žena	30	7	zaměstnání
Respondent 15	žena	22	17	rodina
Respondent 16	žena	38	7	zaměstnání
Respondent 17	žena	37	10	zaměstnání
Respondent 18	muž	34	6	zaměstnání
Respondent 19	muž	52	12	zaměstnání

Výsledky

Na základě analýzy dat byly sestaveny kategorie a významné podkategorie. Respondenti se vyjadřovali k oblasti zdraví (kategorie 1), která je dále rozdělena na tři podkategorie (aktuální zdravotní stav, zdravotní potíže a léčba běžných onemocnění), a k oblasti využívání zdravotní péče (kategorie 2), která je rozdělena na tři podkategorie (druh pojištění, návštěva lékaře a spokojenost s lékařskou péčí).

Zdraví

Aktuální zdravotní stav

Téměř celá skupina respondentů se ve většině shodla, že se necítí být zcela zdráva. Svůj aktuální zdravotní stav pak

hodnotí jako uspokojivý: „Mé zdraví není zcela v pořádku“ (R14). „Nemůžu říct, že jsem vážně nemocný, ale ani zcela zdravý“ (R4). „Necítím se tak dobře, jak bych si přál“ (R10). Šest respondentů pak hodnotí svůj zdravotní stav jako velmi dobrý: „Jsem zdravá, žádné potíže nemám“ (R15). „V České republice jsem šestým rokem a dosud jsem nebyl vážně nemocný“ (R18).

Zdravotní potíže

Jednoznačně nejčastějším zdravotním problémem, který se u respondentů vyskytuje, je chronická bolest zad. Tento zdravotní problém je pak hodně limituje v běžném životě: „Na mé zdraví mají vliv především bolesti zad, které mi hodně vadí a už nevím, co mám dělat“ (R4). Příčinou bolestí zad jsou dle respondentů nevhodné pracovní podmínky: „V práci musím neustále sedět, proto trpím bolestmi zad“ (R13). „Pracuji dvanáct hodin denně vsedě a tím mě trápí bolesti zad“ (R10). Jedna respondentka má již za sebou operaci páteře. I přesto má stále problémy kvůli nevhodné práci: „V České republice jsem byla hospitalizována a musela jsem podstoupit operaci páteře. Bolesti zad se opět objevily, jelikož v práci dlouho sedím“ (R11).

Dalším často zmiňovaným problémem byly bolesti hlavy spojené s únavou. Také tyto problémy dávali respondenti do souvislosti se svým pracovním prostředím: „Z práce jsem velmi unavená a trpím bolestmi hlavy. Nevyhovují mi pracovní podmínky“ (R14). „Někdy pracuji 14 hodin denně. Jsem z toho opravdu velmi vyčerpaný“ (R19). „V práci pociťuji velký stres, bolí mě z toho často hlava a jsem unavená“ (R6). U některých respondentů je únava tak velká, že se ani nedokážou soustředit na práci: „Někdy jsem natolik unavený, že nedokážu pochopit, co po mně ostatní v práci vlastně chtějí“ (R4).

Dva respondenti mají také problémy s trávením a bolestmi břicha: „Trápí mě bolesti břicha. Možná to bude asi z jídla“ (R3). „Mám potíže s trávením. Zjistili mi, že mám *Helicobacter pylori*“ (R10). I přes opakující se potíže respondentovi žádnou příčinu bolestí nenašli: „Příčinu nevím. Již několikrát jsem byl u lékaře na vyšetření, ale nezjistil příčinu mých bolestí“ (R3). O problémech gastrointestinálního traktu hovoří i další respondentka, u které lékaři objevili onemocnění jater: „Ano, mám nemocná játra. Dříve jsem o tom nevěděla. Potíže nastaly až při prvním těhotenství. Testy ukázaly, že játra nefungují tak, jak by měla“ (R5).

U respondentů se také vyskytují problémy se sluchem, což jim ještě více zhoršuje nadměrný hluk v práci. Tyto problémy se pak odrážejí i na jejich psychice: „Mám problémy se sluchem. Myslím si, že mou nedoslýchavost způsobuje hluk, který je v práci. Jsem tím velmi limitována a deprimuje mě to“ (R17). „Poslední dobou mám bolesti ucha. Je to velmi nepříjemný pocit. Pracuji mnoho hodin v hlučném prostředí a z toho to nejspíše mám“ (R3).

Respondenti se zmínili i o problémech v oblasti kardiovaskulárního systému: „Občas mě trápí bolesti na hrudi, ale pak to rychle odezní“ (R4). „Někdy si naměřím vysoký tlak. Léky na to ale neberu“ (R6). Respondenti také uváděli potíže s dýcháním: „Mám astma. Když jsem dle v práci, hůře se mi dýchá“ (R14). „Špatně se mi dýchá, asi je to horší kvalitou vzduchu v práci“ (R13).

Ve výpovědích respondentek se též objevily dlouhodobé gynekologické problémy. Jelikož jedna respondentka ne-

umí česky, prohlídku u lékaře oddaluje kvůli jazykové bariéře: „Trápí mě ženské problémy. Téměř rok a půl nemám menstruaci. Chtěla bych navštívit gynekologa, ale neumím česky. Velmi mě to trápí. Bez tlumočnicka se nedomluví“ (R17). Jedna respondentka je v sedmém měsíci těhotenství: „Mám rizikové těhotenství a musím celý den ležet, takže na tom nejsem úplně dobře“ (R1).

U dvou respondentů se momentálně vyskytuje akutní respirační onemocnění (chřipka), jinak žádným vážnějším onemocněním netrpí. Své problémy dávají do spojitosti se špatným ovzduším na pracovišti: „Nyní mě trápí chřipka, protože jsem nasydla. Téměř všichni z naší skupiny v práci mají stejné problémy. V práci máme nevhodné ovzduší a klimatizaci“ (R16). „Jsem nachlazená. V práci máme velmi špatné ovzduší. Máme s tím problémy, neboť jsme z domova zvyklí na čerstvý vzduch. Cizinci, se kterými pracujeme, nechtějí otevírat okna. Nejvíce pracujeme s Ukrajinci a ti vyžadují zavřená okna, což je pro nás obtížné“ (R9).

V rozhovorech se u několika respondentů objevila i další možná příčina jejich dlouhodobých problémů, a to byl stres: „Myslím, že za všechno může stres, mívám ho často“ (R17).

Léčba běžných onemocnění

Třináct respondentů využívá na běžná onemocnění, jako jsou chřipka, nachlazení, bolesti hlavy atd., tradiční způsob léčby, kterým je tradiční mongolská medicína: „Pokud není nemoc vážná, léčím se tradičním způsobem“ (R1). „Běžná onemocnění doma léčím tradičním mongolským způsobem“ (R4). Jako nejčastější metoda se ukázala být bylinná terapie: „Často si vařím bylinné čaje. Jsem na ně zvyklá a pomáhají mi“ (R7). „Na chřipku piju hodně bylinné čaje a vodu“ (R12). „Bylinky využívám k léčbě bolestí zad, pomáhají mi a hlavně to není chemie“ (R4). V některých případech se do čaje přidává mléko nebo med: „Když mám potíže, udělám si náš tradiční čaj s mlékem“ (R19). „Na potíže je nejlepší naše horké mléko s medem“ (R11). Další způsob, na kterém se respondenti shodli, je léčba pomocí jídla. V našem případě se jedná o česnekovou polévku: „Nemoc nebo zdravotní obtíže řešíme jídlem. Silná česneková polévka mě vždy zachrání“ (R12). „Když jsem nemocný, uvařím si česnekovou polévku, pomáhá mi to“ (R3).

Zbýlých šest respondentů se léčí pomocí léků, které mají běžně dostupné, nebo si zajdou za lékařem: „Bylinky moc nevyužívám, vždy se obrátím na lékaře“ (R17). „Na běžné nemoci si vezmu léky doma nebo si zajdu do lékárny“ (R14).

Využití zdravotní péče

Druh pojištění

Všichni respondenti mají všeobecné zdravotní pojištění: „Platím si veřejné zdravotní pojištění“ (R15). Hlubší doptání však odhalilo, že nikdo neví, co je z tohoto pojištění hrazeno: „Mám všeobecnou zdravotní pojišťovnu. Nevím ale, v jakém rozsahu je hrazena zdravotní péče“ (R10). V odpovědích dále zaznělo, že vše ohledně zdravotního pojištění vyřizuje jejich zaměstnavatel: „Všechny tyto náležitosti ohledně pojištění zřizuje organizace, kde pracuji“ (R13). „Naše fabrika zařizuje tyto záležitosti velmi poctivě, tudíž se nemáme čeho bát“ (R4). Dva respondenti také zdůraznili, že mají pojištění v pořádku.

Návštěva lékaře

Kromě dvou respondentů navštěvují všichni v České republice lékaře. Nejčastěji se pak jedná o praktického lékaře a u většiny žen ještě o gynekologa: „Chodím k praktickému lékaři a každých 6 měsíců navštěvuji svého gynekologa“ (R16). „Navštěvuji gynekologa a praktického lékaře. Jednou za rok chodím na preventivní prohlídky. Svého praktického lékaře navštěvuji, když mám obtíže“ (R11). Jedna z respondentek gynekologa nenavštěvuje z důvodu jazykové bariéry: „Potřebovala bych gynekologa, jelikož jsem přestala menstruovat. Nemám ale k dispozici tlumočnicka. Dlouho jsem tam už nebyla a už mi nejspíš skončil cyklus“ (R17). Dva respondenti docházejí pravidelně k ušnímu lékaři: „Chodím na preventivní prohlídky k ušnímu lékaři“ (R3). Jeden respondent navštěvuje gastroenterologa: „Když mám bolesti žaludku, jedu do Prahy ke svému gastroenterologovi“ (R10). Mezi lékaři specialisty se také objevil pneumonolog, ke kterému dochází další respondent: „Navštěvuji plicního lékaře z důvodu onemocnění mé ženy, která má tuberkulózu“ (R4).

Respondenti uvedli, že nebylo obtížné takové lékaře najít: „Neměl jsem žádný problém najít lékaře, který by mě přijal“ (R12). „Nebylo to pro mě nikterak těžké“ (R14). Jeden z respondentů vzpomínal a zároveň se trápil tím, že lékaře v minulosti nevyhledal dříve: „Bylo snadné najít lékaře, ale ze začátku jsme udělali velkou chybu, protože jsme nevyhledali pomoc lékařů včas, když manželka onemocněla tuberkulózou. Mysleli jsme si, že jde o chřipku, a z toho důvodu byly následky o dost horší“ (R4).

Respondenti se dále shodli, že pokud potřebovali lékaře specialistu, vždy jim praktický lékař poradil. Také se nikdy nestalo, že by respondent potřeboval péči lékaře, ale nedostal ji. Jediným problémem při návštěvě lékaře je u většiny respondentů jazyková bariéra. Většinou umí říct pouze základní věty, ale odborným výrazům nerozumí a nedokážou lékaři přesně popsat své problémy: „Problémem je jazyková bariéra. Nerozumím odborným výrazům a nemohu vysvětlit své potíže“ (R17). „Mám špatnou češtinu. Nedokážu se s lékařem dorozumět. Nejsem schopný vysvětlit své potíže vlastními slovy“ (R12). V tomto případě potřebují pomoc tlumočnicka nebo blízké osoby: „Pokaždé využívám služeb tlumočnicka. S praktickým lékařem se nějak dorozumím, s jiným ne“ (R8). „V případě potřeby zavolám známému, aby si s lékařem promluvil za mě“ (R16).

Spokojenost s lékařskou péčí

Všichni respondenti jsou s lékařskou ambulantní péčí i péčí v nemocničním zařízení spokojeni. Podle nich je na vysoké úrovni: „Jsem velmi spokojený. Podle mě je v ČR kvalitnější péče než v Mongolsku“ (R19). „Vybavení v českých nemocnicích je lepší než u nás. Především porodnice je na velmi vysoké úrovni“ (R9). Méně jsou pak spokojeni s přístupem zdravotnického personálu, a to především lékařů. Příčinu pak spatřují většinou v jazykové bariéře: „Jednou jsem zažila, že mi bez tlumočnicka lékař nic nevysvětlil a poslal mě zpátky“ (R14). „Vadí mi jejich chování, když něčemu nerozumím, chovají se arogantně a mám pocit, že se na mě zlobí“ (R10). „Nebyli jsme schopni říct cokoli v českém jazyce, a proto byli lékaři a sestry rozčileni“ (R4). Pro některé respondenty je problémem už fakt, že jsou cizinci: „Občas se mi zdá, že někteří lékaři nemají prostě rádi cizince“ (R14). „Někteří lékaři se nechovají slušně asi proto, že jsem cizinka“ (R5).

Od lékařů by pak žádali více ohleduplnosti a trpělivosti: „Doporučila bych více trpělivosti a porozumění“ (R17). „Lékař by měl být více ohleduplný k pacientovi, který nerozumí česky“ (R8). „Chtěla bych, aby pochopili naši jazykovou bariéru. Nejtěžší pro nás je lékařům vysvětlit naše obtíže a porozumět tomu, co říkájí“ (R9). „Jestli lékař nerozumí tomu, co chce dotyčný říct, musí se zaměřit na jeho chování a neverbální komunikaci“ (R4).

Diskuse

Trvalé usídlení imigrantů z Mongolska je v České republice poměrně řídké oproti jiným přistěhovalcům, nicméně jejich počet stále roste. Z přehledu statistik můžeme vypočítat, že v počtu zastoupení dnes dominují ti, kteří přijeli do České republiky kvůli zaměstnaneckému poměru. Proto můžeme označit mongolskou migraci do České republiky za „pracovní“. Obyvatelé Mongolska v ČR se vyznačují několika specifiky, která jsou víceméně v rozporu s obvyklým vymezením pracovní migrace. Těmi jsou především vysoká porodnost v cílovém prostoru a skutečnost, že častěji než imigranti z ostatních zemí uvádějí i jiné motivy migrace než finanční výdělek. Těmito motivy jsou nejčastěji usazení a zajištění lepší budoucnosti pro jejich rodinu v ČR, nová zkušenost a poznávání Evropy [12]. Tato skutečnost se potvrdila také v našem výzkumném vzorku, kdy respondenti přicestovali do ČR kvůli zaměstnání. Přesto byli i respondenti, kteří tady jsou kvůli své rodině nebo vzdělání.

Zdraví je nejvyšší hodnota a bohatství snad pro každého člověka. Proto je důležité si toto bohatství chránit a pečovat o něho. Gushulak [13] poukazuje na tzv. efekt zdravého imigranta, kdy imigranti většinou po příjezdu do jiné země mají lepší zdravotní stav než populace z majoritní společnosti, v souvislosti s tím ale tuto výhodu časem ztrácejí a jejich zdravotní stav se s délkou pobytu zhoršuje. Dle Brabcové a Jůnové [14] zhoršení zdravotního stavu imigrantů během pobytu v hostitelské zemi může mít řadu příčin sociálně-ekonomického charakteru. Dle Newbold [15] se imigranti po příjezdu do hostitelské země dostávají do zátěžové životní situace. Nové pracovní podmínky, nedostatek sociálních kontaktů a jazyková bariéra vedou ke snížení sociálního statusu. Tyto faktory zvyšují stres v životě imigrantů a to se odrazí ve zhoršení jejich zdraví. Dle výzkumu Vackové et al. [16] hodnotí mongolští imigranti své sociální postavení v porovnání s Čechy jako horší a navíc statisticky významně častěji nemají sousedy z majoritního obyvatelstva. První otázka v oblasti zdraví směřovala na aktuální zdravotní stav respondentů. Zajímalo nás, jak se respondenti subjektivně cítí. Negativním zjištěním pro nás bylo, že se necítí být zcela zdraví. Tuto skutečnost nám pak potvrdili respondenti, kteří žijí v České republice déle než 5 let. Pouze šest respondentů se cítí velmi dobře. Příčina zhoršení zdraví imigrantů může spočívat v samotném akulturačním procesu, kdy imigranti začleněním se do majoritní populace přejímají často její nezdravý životní styl například v oblasti stravování nebo v konzumaci alkoholu či tabáku [17, 18].

Zdravotní záležitosti spojené s mezinárodní migrací a zdravím imigrantů jsou zejména rozhodující pro veřejné

zdraví, jimž čelí vlády jednotlivých států. Tato představa se stala základem pro usnesení o „zdraví migrantů“, které bylo schváleno na Světovém zdravotnickém shromáždění (Sixty-First World Health Assembly) v květnu roku 2008. Problémem ale zůstává, že informace o zdraví migrantů jsou jen zřídka k dispozici. Je tedy zřejmé, že je obtížné kontrolovat tuto problematiku a v důsledku toho zlepšovat zdraví imigrantů. V řadě případů jsou imigranti ve špatném fyzickém a duševním stavu a jsou často vyloučeni z právních rámců, které se zabývají ochranou zdraví a bezpečnosti při práci. Ochrana zdraví při práci imigrantů bývá mnohdy horší než u jedinců z majoritní společnosti [19].

Další otázky tedy směřovaly na jednotlivé zdravotní problémy, které se u respondentů vyskytují, a co jim tyto potíže způsobilo. Bohužel se u respondentů vyskytuje celé spektrum zdravotních potíží, které se objevily v důsledku nevhodného pracovního prostředí. Je třeba uvést, že respondenti zastávají manuálně náročné dělnické profese. Jednoznačně nejčastějším zdravotním problémem byla chronická bolest zad, která respondenty limituje při běžných denních aktivitách. Příčinou bolestí zad jsou dle respondentů nevhodné pracovní podmínky, a to především dlouhé sezení. Jeden respondent má již za sebou operaci páteře, ale problémy se mu vrátily. Dalším často zmiňovaným problémem byly bolesti hlavy spojené s únavou. I tyto problémy dávali respondenti do souvislosti se svým zaměstnáním. U některých respondentů je únava tak velká, že se ani nedokážou soustředit na práci. Dva respondenti mají také problémy s trávením a bolestmi břicha. U respondentů se také vyskytují problémy se sluchem, což jim ještě více zhoršuje nadměrný hluk v práci. Tyto problémy se pak odrážejí i na jejich psychice. Objevily se také problémy v oblasti kardiovaskulárního systému, jako jsou bolest na hrudi nebo vysoký krevní tlak. U dvou respondentů se momentálně vyskytuje akutní respirační onemocnění (chřipka), jinak žádným vážnějším onemocněním netrpí. Své problémy dávají do spojitosti se špatným ovzduším na pracovišti. Dle Wilkinsona a Marmota [20] pracovní podmínky významně ovlivňují zdraví. Dle Siqueira a Jansena [21] jsou imigranti vystaveni nepříznivým pracovním podmínkám. V České republice jsou imigranti především z tzv. třetích zemí (méně vyspělých zemí mimo EU) zdrojem levné pracovní síly pro sekundární a terciární trh práce. Jde o nekvalifikované dělnické profese ve stavebnictví, zemědělství a průmyslu [22, 23]. Ve výzkumu Brabcové et al. [24] vykonávali ukrajinští respondenti zejména dělnické profese ve stavebnictví. Vietnamští respondenti pracovali převážně ve službách a obchodu a mongolští imigranti v průmyslu. Ve srovnání s českou populací byly u cílové skupiny vietnamských, ukrajinských a mongolských imigrantů prokázány statisticky významné rozdíly především v oblasti nadměrného pracovního zatížení a diskriminace na pracovišti.

Další oblastí našeho výzkumu byla léčba běžných onemocnění. Při neakutních problémech je v Mongolsku možné využít tradiční mongolské medicíny. Mongolská medicína se vyvíjela v kontaktu s čínskou medicínou a obrovskou součástí toho, co se označuje pod pojmem tradiční mongolská medicína, tvoří systém buddhistické medicíny, který ale do sebe dokázal za staletí absorbovat další léčebné směry vzniklé nebo rozvíjené na území Mongolska už

dříve [25]. Jedná se o diagnostiku z tepu a z jazyka, léčbu mongolskými bylinami, akupunkturou či baňkováním nebo masážemi.

Překvapilo nás, že i po několika letech strávených v jiné zemi více než polovina respondentů využívá na běžná onemocnění, jako jsou chřipka, nachlazení, bolesti hlavy atd., tradiční způsob léčby, kterým je tradiční mongolská medicína. Jako nejčastější metoda se ukázala být bylinná terapie. Respondenti si nejčastěji vaří bylinné čaje. Dalším způsobem, na kterém se respondenti shodli, je léčba pomocí jídla. V našem výzkumném vzorku se jednalo o vaření silné česnekové polévky. Zbýlých šest respondentů se léčí pomocí léků, které si volně koupí v lékárně.

Vstup imigrantů do českého systému veřejného zdravotního pojištění je podmíněn imigračním a zaměstnaneckým statutem. Imigranti, kteří přicházejí z tzv. třetích zemí mimo Evropskou unii, nejsou zaměstnanci, nemají trvalý pobyt a nejsou žadateli o mezinárodní ochranu, nemohou vstoupit do solidárního systému veřejného zdravotního pojištění a jsou odkázáni na komerční zdravotní pojištění. Toto pojištění většinou nehradí imigrantům potřebnou zdravotní péči [26]. Z výsledků výzkumu Brabcové a Záleské [27] je čerpání zdravotní péče ukrajinskými, vietnamskými a mongolskými imigranty ovlivněno druhem zdravotního pojištění. Imigranti, kteří mohli vstoupit do systému veřejného zdravotního pojištění, čerpali zdravotní péči častěji než se smluvním zdravotním pojištěním.

V našem výzkumném souboru mají všichni respondenti všeobecné zdravotní pojištění, protože jsou zaměstnanci. Překvapující bylo, že nikdo z nich ale neví, co je z tohoto pojištění hrazeno. V odpovědích zaznělo, že vše ohledně pojištění vyřizuje jejich zaměstnavatel.

Poslední část výzkumu byla zaměřena na ambulantní péči, kdy jsme se dotazovaly na návštěvnost u jednotlivých lékařů specialistů a dále na zkušenosti s hospitalizací. Téměř všichni respondenti navštěvují v České republice lékaře, a to nejčastěji praktického lékaře, většina žen pak gynekologa. Z výzkumu je tedy zřejmé, že respondenti pravidelně docházejí na preventivní prohlídky a mají pozitivní přístup ke svému zdraví. Mezi lékaři specialisty se dále objevil otorinolaryngolog, gastroenterolog a pneumonolog. Na plicní oddělení pak dochází respondent z důvodu přítomnosti TBC v rodině. Negativním zjištěním bylo, že jedna z respondentek gynekologa nenavštěvuje z důvodu jazykové bariéry, i přesto, že by ošetření potřebovala.

Imigranti se po vstupu do nové země učí jazyk, orientovat se v systému zdravotní péče; následně s délkou pobytu více spotřebovávají zdravotní péči [1]. V našem výzkumu se tento fakt potvrdil pouze v souvislosti s využitím zdravotní péče. U většiny respondentů je jediným, ale velkým problémem jazyková bariéra. Většinou umí říct pouze základní věty, ale odborným výrazům nerozumějí a nedokážou se s lékařem domluvit. V tomto případě pak potřebují pomoc tlumočníka nebo blízké osoby.

Všichni respondenti jsou jinak s lékařskou ambulantní péčí i péčí v nemocničním zařízení velmi spokojeni. Podle nich je na vyšší úrovni než v Mongolsku. Je známo, že v Mongolsku je odborná i hygienická úroveň většiny zdravotnických zařízení velmi nízká, a to především mimo hlavní město [12]. Méně jsou pak spokojeni s přístupem

zdravotnického personálu – především lékařů. Příčinu pak spatřují většinou v jazykové bariéře. Od lékařů by pak žádali více ohleduplnosti a trpělivost.

Závěr

Imigranti po příjezdu do hostitelské země ztrácejí svůj socioekonomický status a sociální síť kontaktů. Také nemají dostatek zkušeností se zdravotním systémem v dané zemi. Velmi často se musí vypořádat s jazykovými a kulturními bariérami. To vše může negativně ovlivnit jejich zdravotní stav [28]. Všechny výše uvedené skutečnosti byly potvrzeny i v našem výzkumu. Téměř u celé skupiny našich respondentů se objevuje řada zdravotních problémů, mezi něž patří zejména chronické bolesti zad, bolesti hlavy, únava a problémy se sluchem. Z výzkumu je zřejmé, že všechny tyto potíže mají souvislost s nevhodným pracovním prostředím.

Největším problémem při čerpání zdravotní péče je u respondentů jazyková bariéra. I přesto, že dochází pravidelně k praktickému lékaři, nedokážou přesně popsat své potíže. Tento problém je pak patrný i při návštěvě zdravotnického zařízení. Respondenti se setkali s negativním přístupem ze strany zdravotnického personálu. Podle nich mají lékaři a sestry již při prvním kontaktu předsudky vůči cizincům a nemají pochopení pro jazykovou bariéru. Se zdravotní péčí jsou ale velmi spokojeni, jelikož je na daleko vyšší úrovni, než byli zvyklí.

Konflikt zájmů

Autorky prohlašují, že si nejsou vědomy žádného konfliktu zájmu týkajícího se uvedeného příspěvku.

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] MacDonald 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.
- [2] Český statistický úřad. Počet cizinců v ČR; 2012. [online] [cit. 2014-10-08]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/cizinci.nsf/tabulky>
- [3] Tóthová V. Mongolská minorita. In: Tóthová V a kol. Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin. Praha: Triton; 2012.
- [4] Vacková J, Brabcová I. Ukrajinci, Vietnamci a Mongolové žijící v České republice. In: Vacková J a kol. Zdravotně sociální aspekty života imigrantů v České republice. Praha: Triton; 2012.
- [5] Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, Mackenbach JP, McKee M. Migration and health in an increasingly diverse Europe. *The Lancet* 2013;381(9873):1235–45.
- [6] Marmot Review. Fair society, healthy lives: Strategic review of health inequalities in England post 2010. London: Marmot review; 2010. [online] [cit. 2010-10-09]. Dostupné z: <http://www.marmotreview.org>
- [7] Kapr J, Müller Č. Kniha o nemoci: eseje o nemoci, nemocném a lékaři. Praha: Avicenum; 1986.
- [8] Wilkinson R, Marmot M. Social determinants of health: The solid facts – 2nd ed. Copenhagen: World Health Organization; 2003.
- [9] World Health Organization. Rio de Janeiro (Brazil). Rio Political Declaration on Social Determinants of Health; 2011. [online] [cit. 2013 01 01]. Dostupné z: http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration.pdf?ua=1
- [10] Mioviský M. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada; 2006.
- [11] Patton MQ. Qualitative research & evaluation methods. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2001.
- [12] Ministerstvo zahraničních věcí České republiky. Mongolsko. [online] [cit. 2014-11-10]. Dostupné z: http://www.mzv.cz/jnp/cz/encyklopedie_statu/asie/mongolsko/
- [13] Gushulak B. Healthier on arrival? Further insight into the "healthy immigrant effect". *Canadian Medical Association Journal* 2007;176(10):1439–40.
- [14] Brabcová I, Jůnová P. Efekt zdravého imigranta „The healthy immigrant effect“. Ošetrovatelstvo a pôrodná asistencja. Bratislava: Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek X(5):10.
- [15] Newbold KB. Self-rated health within the Canadian immigrant population: risk and the healthy immigrant effect. *Social Science & Medicine* 2005;60(6):1359–70.
- [16] Vacková J, Velemínský M, Brabcová I, Záleská V. Social Status in select Ukrainians, Vietnamese, and Mongolians living in the Czech Republic. *Neuroendocrinol Lett* 2014;35(Suppl. 1):90–101.
- [17] Olišarová V, Tóthová V, Brabcová I. Determinants of the immigrants' mental health. *Kontakt* 2014;16(1):3–11.
- [18] Hyman I. Immigration and health. Ottawa (Canada): Government Services Health Canada. Health Policy Working Paper 01–05; 2001.
- [19] Agudelo-Suárez AA, Ronda-Pérez E, Gil-González D, Vives-Cases C, García AM, Ruiz-Frutos C et al. The effect of perceived discrimination on the health of immigrant workers in Spain. *BMC Public Health* 2011;11(652). Doi: 10.1186/1471-2458-11-652.
- [20] Wilkinson R, Marmot M. Sociální determinanty zdraví – Fakta a souvislosti. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky; 2005.
- [21] Siqueira E, Jansen T. Working conditions of Brazilian immigrants in Massachusetts. *Journal of Immigrant and Minority Health* 2012;14(3):481–8.
- [22] Jánská E. Ukrajinec – symbol levné pracovní síly v Česku, nebo zdroj investic na Ukrajině? *Geografické rozhledy* 2006;16(5):2–4.
- [23] Jelínková M. Vliv práce na zdraví migrantů – příslušníků mongolské menšiny v České republice. *Kontakt* 2011;13(2):187–96.

-
- [24] Brabcová I, Vacková J, Dvořáčková O. Working environment and its impact on the health of immigrants. *Kontakt* 2014;16(4):e228–e35.
- [25] Oberfalzerová A. Herder Aimagaa – a guide through popular wisdom. In: *Mongolica Pragensia '06, Ethnolinguistics and Sociolinguistics in Synchrony and Diachrony*. Edited by Jaroslav Vacek and Alena Oberfalzerová. Praha: Triton; 2006.
- [26] Hnilicová H, Dobiášová K. Zdravotní pojištění cizinců v ČR; 2009. [online] [cit. 2014-11-07]. Dostupné z: <http://www.migraceonline.cz/cz/e-knihovna/zdravotni-pojisteni-cizincu-v-cr>
- [27] Brabcová I, Záleská V. Nerovnosti ve využití zdravotní péče imigranty. *Zdravotnictví v České republice* 2013;1(XVI):8–12.
- [28] Derose KP, Escarce JJ, Lurie N. Immigrants and Health Care: Sources of Vulnerability. *Health Affairs* 2007;26(5):1258–68.