ELSEVIER

Available online at www.sciencedirect.com

ScienceDirect

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

Original research article

Duševní poruchy cizinců v České republice

Mental disorders of foreigners in the Czech Republic

Lubica Juríčková^a, Kateřina Ivanová^{a*}, Blanka Nechanská^b^a Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta, Ústav sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví, Olomouc, Česká republika^b Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, odbor správy dat, Praha, Česká republika

INFORMACE O ČLÁNKU

Received: 2017-09-01

Received in revised form:
2017-09-12

Accepted: 2017-09-29

Published online: 2017-11-21

Keywords:

Foreigners

Mental health

Hospitalization

Age cohorts

Index of masculinity

Psychiatrics diagnosis

ABSTRACT

The mental health of foreigners is crucial for successful integration into their new home country. Hospitalization caused by mental disorder is regarded as an indicator of the gravity of the mental illness. The aim of this paper is to describe and analyze the hospitalizations of foreigners diagnosed with F00-F99, according to ICD-10 in all psychiatric facilities in the Czech Republic. The foreigners' data were compared with the data of hospitalized Czech citizens. The methodology of choice included a retrospective study and secondary data analysis. The data were taken from the National Register of Hospitalized People, between 2007 and 2016 (10 years). The number of foreigners hospitalized for mental disorders in the Czech Republic is comparable to the Czech population. The index of masculinity of the hospitalized foreigners in all age cohorts is almost one third higher than in the Czech population. With respect to the patients hospitalized for mental disorder, the most frequent diagnosis for the Czech population is F102 (dependence syndrome) and for the foreigners F432 (adjustment disorder). 2014 was the year when the most Czech individuals were hospitalized with mental disorders; the number of hospitalized foreigners increased in 2016. The variations in the number of hospitalized people may be a result of the restructured psychiatric care and the rise of immigration from non-EU countries due to various reasons. The high level of masculinity index reveals that health-social care for foreigners needs to be adjusted with respect to gender. The social care for the foreigners should focus mainly on the reduction of risk factors, including unsuitable work conditions, discrimination, and insufficient social support.

S O U H R N

Pro úspěšnou integraci cizinců do nové země je zásadní jejich duševní zdraví. Ukazatelem závažnosti duševního onemocnění je hospitalizace pro duševní poruchu. Cílem příspěvku bylo popsat a analyzovat hospitalizace cizinců pro diagnózy F00-F99 podle MKN-10 ve všech psychiatrických zařízeních České republiky. Data o cizincích byla porovnána se stejnými daty o hospitalizovaných osobách české populace. Metodou byla retrospektivní studie a sekundární analýza dat, data byla převzata z Národní-

* **Korespondenční autor:** doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D., Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta, Lékařská fakulta, Ústav sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví, Hněvotínská 3, 775 15 Olomouc, Česká republika;
e-mail: katerina.ivanova@upol.cz; <http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2017.09.016>

KONTAKT XIX/4: 300–307 • ISSN 1212-4117 (Print) • ISSN 1804-7122 (Online)

Klíčová slova:

cizinci
duševní zdraví
hospitalizace
věkové kohorty
index maskulinity
psychiatrické diagnózy

ho registru hospitalizovaných v letech 2007–2016 (10 let). Hospitalizovanost cizinců pro duševní poruchy v ČR je procentuálně srovnatelná s českou populací. Index maskulinity hospitalizovaných cizinců je u všech věkových kategorií téměř o jednu třetinu vyšší než u české populace. U české populace je nejčastější hospitalizace pro diagnózu F102 (syndrom závislosti), u cizinců pro diagnózu F432 (poruchy přizpůsobení). Počet hospitalizovaných byl v české populaci nejvyšší v roce 2014, počet hospitalizovaných cizinců vzrostl mimo země EU významně v roce 2016. Proměny počtu hospitalizovaných mohou ukazovat konsekvence s restrukturalizací psychiatrické péče a nárůstem imigrace z různých důvodů ohrožených zemí mimo EU. Vysoký index maskulinity ukazuje, že je nutné genderově přizpůsobit i zdravotní péči o cizince. Cílená zdravotně sociální péče pro cizince by se měla zaměřovat zejména na omezování rizikových faktorů, jako jsou nevhodné pracovní podmínky, diskriminace a nedostatečná sociální opora.

© 2017 Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
Published by Elsevier Sp. z o. o. All rights reserved.

Úvod

Duševní zdraví lze definovat jako stav duševní pohody, v němž jedinec uskutečňuje své schopnosti, dokáže se v životě vyrovnat s běžnými stresy, dovede pracovat produktivně a užitečně a je schopen se podílet na životě své komunity [1]. Pro úspěšnou integraci cizinců do nové země je důležité jejich duševní zdraví. Lidé migrují, aby zlepšili životní šance pro sebe nebo své děti a očekávají, že budou mít dobré životní podmínky. Jak ale některé studie [2–4] ukazují, migrace je proces, který zahrnuje stresory s potenciálně negativními dopady na duševní zdraví. Duševní kapitál obyvatelstva má velkou ekonomickou hodnotu, ale je také zranitelný vůči nepříznivému dopadu duševních poruch [5]. Duševní poruchy a poruchy chování zahrnují celou škálu onemocnění v kapitole V. Mezinárodní statistické klasifikace a přidružených zdravotních problémů (MKN-10). Duševní poruchy a poruchy chování jsou diagnózy vymezené písmenem F (F00–F99) [6]. Nejrozšířenějšími duševními poruchami jsou v členských státech Evropské unie (EU) úzkostné poruchy a deprese. Depresivní porucha postihuje přibližně 33,4 milionu lidí v Evropě. Asi 60 % všech sebevražd spáchají lidé, u kterých byla diagnostikována depresivní porucha; také imigranti často páchají sebevraždy [5, 7]. Očekává se, že do roku 2020 se deprese stane nejvýznamnější příčinou nemoci ve světě [1, 8]. Uvedené závěry zdůrazňují význam zařazení duševních poruch jako prioritních opatření v oblasti veřejného zdraví a zavedení nákladově efektivních strategií s cílem snížit jejich zatížení [5].

Ve státech EU není vnímání lidí s duševní poruchou jednotné, neboť odráží rozlišnost členských států, např. jejich životní situaci, tradici a kulturu [1]. Řešení nerovností v oblasti duševního zdraví je proto jednou z klíčových činností strategie EU v oblasti zdraví [9]. Výsledkem změny přístupu k lidem s duševní poruchou v oblasti mezinárodního práva byla Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, která v ČR vstoupila v platnost v roce 2009. Úmluva představuje nejvyšší standard ochrany práv lidí s postižením [10]. Česká republika patří mezi menšinové země v EU, které neměly vládní program péče o duševní zdraví, proto Ministerstvo zdravotnictví v ČR v roce 2015

[11] vypracovalo akční plán o duševním zdraví, který koresponduje s národní strategií reformy psychiatrické péče. V ČR je základním nástrojem politiky integrace cizinců Koncepce integrace cizinců, která byla přijata usnesením vlády ČR v roce 2000 (č. 1266). Základní cílovou skupinou integrace cizinců jsou občané třetích zemí (tj. zemí mimo země EU) pobývající legálně na území ČR, kteří nejsou žadateli ani poživateli mezinárodní ochrany [12, 13]. WHO doporučuje, aby státy EU vypracovaly národní zdravotní politiku v péči o duševní zdraví v souladu s doporučeními Akčního plánu duševního zdraví pro Evropu. Jedním z cílů tohoto akčního plánu je potřeba realizace výzkumů zaměřených na duševní zdraví [14].

Většina členských států EU nemá k dispozici kvalitně sesbíraná data o zdraví cizinců, včetně uprchlíků a žadatelů o azyl [15]. Minimum výzkumů se komplexněji a systematicky zabývá zdravím cizinců [16–20]. Řadu prací na téma migrace a zdraví, a to i zdraví duševního, vydala WHO [5, 17]. V ČR jsou hlavním zdrojem informací o zdraví cizinců rutinní statistiky Českého statistického úřadu, který každoročně publikuje souhrnná data o cizincích v ČR [21]. Přínosem jsou také závěry z výzkumů o cizincích různých národností, které realizuje Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích [22–24]. V letech 2013–2017 byly v ČR nejčastěji realizovány výzkumy zaměřené na sociální determinanty zdraví u cizinců, jako jsou práce, sociální gradient, závislosti, sociální vyloučení a sociální opora [25–28].

Ze zprávy Ministerstva vnitra ČR o situaci v oblasti migrace a integrace cizinců na území ČR v roce 2016 [29] vyplývá, že ke dni 31. 12. 2016 pobývalo na území ČR legálně (po dobu delší než 90 dnů) celkem 496 413 cizinců (o 6,2 % více než na konci roku 2015). Cizinci tvořili zhruba 4,7 % populace ČR. Největší zastoupení měli státní příslušníci Ukrajiny, Slovenska a Vietnamu.

Duševní stav lidí určuje celá řada faktorů, včetně faktorů biologických, individuálních, rodinných a sociálních, ekonomických a environmentálních [1]. Duševní poruchy jsou téměř vždy multifaktoriální povahy, spíše chronického charakteru. U takových typů onemocnění nejčastěji dochází k hospitalizaci v případě, že se jedná o nově zjištěné onemocnění anebo o recidivu stávajícího onemocnění [30]. Hospitalizace pro duševní poruchu je vždy ukazatelem závažnosti duševního onemocnění, proto délka hospitalizace

a počet hospitalizovaných lidí je důležitým indikátorem kvality zdravotnické péče o duševní zdraví v ČR [31]. Analýza hospitalizovanosti pro diagnózy F00-F99 ukazuje závažnou psychiatrickou morbiditu dané populace a ukazuje, jaké je duševní zdraví této populace.

Hlavním cílem příspěvku bylo popsat a analyzovat hospitalizace cizinců ve všech psychiatrických zařízeních ČR pro diagnózy F00-F99 (Duševní poruchy a poruchy chování podle MKN-10, kap. V). Data o cizincích byla porovnána se stejnými daty o hospitalizovaných osobách, které mají (trvalé i přechodné) bydliště v ČR.

Metodika a charakteristika souboru

Byla provedena retrospektivní studie a sekundární analýza dat z Národního registru hospitalizovaných za 10 let (2007–2016). Registr spravuje Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR). Národní registr hospitalizovaných (NRHOSP) je celoplošným populačním registrem, kde jsou evidovány osoby, které byly hospitalizované na lůžkových odděleních a jejichž hospitalizace byla ve sledovaném období ukončena. Obsahuje základní informace o přijetí a propuštění, sociodemografické informace a zejména základní a čtyři vedlejší diagnózy hospitalizace. S jinými zeměmi není srovnání hospitalizací pro duševní poruchy možné, protože mají jiný systém psychiatrické péče.

Bylo provedeno srovnání rozdílů mezi počtem hospitalizací pro diagnózy F00-F99 podle příslušnosti k EU, pohlaví, nejčastějších diagnóz a věkových skupin osob starších 18 let v letech 2007–2016 mezi cizinci a majoritní českou populací. Jako občané ČR jsou evidováni také cizinci, kteří mají v ČR trvalý nebo dlouhodobý pobyt (na víza nad 90 dní, na zvláštní víza, s přiznaným statusem uprchlíka, se statusem žadatele o azyl). Jako cizinci jsou evidovány osoby s vízy do 90 dnů. Cizinci jsou v NRHOSP členění na občany ostatních zemí EU (Belgie, Bulharsko, Dánsko, Estonsko, Finsko, Francie, Chorvatsko, Irsko, Itálie, Kypr, Litva, Lotyšsko, Lucembursko, Maďarsko, Malta, Německo, Nizozemsko, Polsko, Portugalsko, Rakousko, Rumunsko, Řecko, Slovensko, Slovinsko, Spojené království, Španělsko, Švédsko) a na občany zemí mimo EU. Pod pojmem cizinci mimo EU rozumíme všechny země mimo EU.

Cizinci (ze zemí EU a ze zemí mimo EU) a majoritní česká populace byly analyzovány podle pohlaví, věkových skupin (18–19, 20–29, 30–39, 40–49, 50–59, 60–69, 70+) a nejčastějších psychiatrických diagnóz (F00-F99 podle MKN-10). Věkové skupiny jsou obecně demonstrovány v rozmezí 10 let, proto jsou v tabulkách osoby ve věku 18–19 let uvedeny v samostatné věkové kategorii. Prezentovaná data o hospitalizacích pro diagnózy F00-F99 byla zpracována za všechna psychiatrická zařízení (tj. psychiatrické nemocnice a psychiatrická oddělení ostatních lůžkových zařízení v ČR). V roce 2015 lůžkovou psychiatrickou péči zajišťovalo v ČR 33 psychiatrických oddělení nemocnic s 1 308 lůžky, 18 psychiatrických nemocnic pro dospělé s 8 583 lůžky [32].

Údaje byly získány z databáze ÚZIS ČR na základě individuální žádosti o tato data pro vědecké zpracování a pub-

likování. Data byla upravena do tabulek a následně vyhodnocena metodou deskriptivní statistiky; bylo provedeno jejich srovnání v čase, srovnání genderové a srovnání podle typu psychiatrických diagnóz. Období let 2007–2016 bylo vybráno z důvodu dostupnosti dat, která již byla uzavřena, nemohlo tedy již dojít k jejich doplnění a případné změně. Délka intervalu byla zvolena z důvodu možnosti sledování dynamiky případného vývoje a ověření statistické významnosti zjištěných skutečností. Je však nutno mít na zřeteli, že struktura hospitalizovanosti a důvody k hospitalizaci české populace a cizinců jsou odlišné, procentuální údaje jsou pojímány jako ukazatele zdravotní péče v oblasti duševních poruch.

Výsledky

Počet hospitalizací pro všechny diagnózy a pro diagnózy F00-F99 podle příslušnosti k EU, pohlaví a věkových skupin v letech 2007–2016 ukazuje tab. 1. Hospitalizovanost české populace pro duševní poruchy je ve srovnání s hospitalizovaností cizinců v ČR pro duševní poruchy procentuálně za deset let jen mírně nižší – rozdíl činí 0,11 %. Ve věkových kategoriích jsou cizinci méně hospitalizováni v mladším věku, největší rozdíly proti české populaci jsou ve věku 20–29 let a ve věku 40–49 let. Naopak ve věku 60–69 let jsou procentuálně cizinci pro duševní poruchy hospitalizováni více než česká populace. Cizinci z EU jsou procentuálně významně více hospitalizováni pro duševní poruchy proti cizincům mimo EU (cca o 10 %), nejvýraznější rozdíl je ve věkové skupině 30–39 let (15,42 %). Ve dvou věkových skupinách je poměr hospitalizovaných cizinců z EU a mimo EU opačný, jedná se o věkovou skupinu 18–19 let, ve které jsou cizinci mimo EU hospitalizováni pro duševní poruchy téměř o 15 % více (14,9 %), a o věkovou skupinu nad 70 let, kde jsou cizinci mimo EU hospitalizováni o 6 % více než cizinci z EU.

Index maskulinity hospitalizovaných z české populace je nejvyšší ve věku 30–39 let, nejnižší nad 70 let. Index maskulinity cizinců je nejvyšší ve věku 20–29 let a ve věku 30–39 let. Ve všech kategoriích je téměř o jednu třetinu index maskulinity vyšší než u české populace. Ještě výraznější je rozdíl v indexu maskulinity u cizinců ze zemí EU oproti cizincům mimo země EU, výjimkou je věková skupina 20–29 let, ve které index maskulinity u české populace činí 1,37; u cizinců ze zemí EU 1,76 a u cizinců mimo EU 1,92.

Počet hospitalizací pro diagnózy F00-F99 podle příslušnosti k EU, nejčastějších diagnóz a věkových skupin v letech 2007–2016 znázorňuje tab. 2. U české populace je nejčastější hospitalizace pro diagnózu F102 (syndrom závislosti), u cizinců pro diagnózu F432 (poruchy přizpůsobení), přičemž se nejčastější diagnóza hospitalizace neliší mezi cizinci ze zemí EU a cizinci ze zemí mimo EU.

Vývoj počtu hospitalizací podle příslušnosti k EU v letech 2007–2016 znázorňuje graf 1. Nejvyšší hospitalizovanost české populace byla v roce 2014, nejnižší v roce 2016. Hospitalizovanost cizinců pro duševní poruchy byla nejvyšší v roce 2016, kdy se zvýšil počet jak hospitalizovaných cizinců z EU, tak mimo EU.

Tabulka 1 – Počet hospitalizací pro všechny diagnózy a pro dg. F00-F99 podle věkových skupin (2007–2016), indexu maskulinity a příslušnosti cizinců k EU

	Věková skupina							Celkem
	18–19	20–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70+	
<i>Procentuální vyjádření hospitalizace občanů ČR pro dg. F00-F99 z celkové hospitalizace občanů ČR (všechny dg.)</i>	4,61	4,85	4,18	5,17	3,31	1,41	1,19	2,71
Index maskulinity (muži/ženy × 100)	115	137	156	119	99	85	48	111
<i>Procentuální vyjádření hospitalizace cizinců pro dg. F00-F99 z celkové hospitalizace cizinců (všechny dg.)</i>	4,07	3,41	3,18	4,09	2,74	1,53	0,91	2,82
Index maskulinity (muži/ženy × 100)	137	182	184	179	124	123	68	161
<i>Z toho cizinci ze zemí EU z celkové hospitalizace cizinců pro dg. F00-F99 (v procentech)</i>	42,55	55,60	57,71	55,89	54,79	53,43	46,96	55,35
Index maskulinity (muži/ženy × 100)	213	176	219	232	138	151	76	185
<i>Z toho cizinci ze zemí mimo EU z celkové hospitalizace cizinců pro dg. F00-F99 (v procentech)</i>	57,45	44,40	42,29	44,11	45,21	46,57	53,04	44,65
Index maskulinity (muži/ženy × 100)	101	192	148	133	110	97	62	136

Tabulka 2 – Počet hospitalizací pro dg. F00-F99 podle příslušnosti k EU, nejčastějších dg. a věkových skupin (2007–2016)

Kód diagnózy	Věková skupina							Celkem	
	18–19	20–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70+	abs.	%
<i>Hospitalizace občanů ČR</i>									
F102 ^a	177	5 108	16 669	20 367	16 379	5 842	716	65 258	12,1
F200 ^b	651	11 266	14 487	9 591	6 811	3 673	1 129	47 608	8,8
F432 ^c	1 762	8 651	10 098	9 295	7 079	3 041	2 229	42 155	7,8
<i>Hospitalizace cizinců celkem</i>									
F432	34	347	372	256	129	47	17	1 202	11,8
F102	3	92	381	355	224	58	10	1 123	11,0
F200	19	244	297	192	92	34	12	890	8,7
<i>Z toho cizinci ze zemí EU</i>									
F432	13	216	229	151	84	22	6	721	12,8
F102	1	51	237	209	109	32	5	644	11,4
F200	7	103	160	105	44	12	3	434	7,7
<i>Z toho cizinci ze zemí mimo EU</i>									
F432	21	131	143	105	45	25	11	481	10,6
F102	2	41	144	146	115	26	5	479	10,5
F200	12	141	137	87	48	22	9	456	10,0

Vysvětlivky: ^a poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu – syndrom závislosti; ^b paranoidní schizofrenie; ^c poruchy přizpůsobení.

Vývoj počtu hospitalizací cizinců ze zemí EU a mimo země EU v letech 2007–2016 znázorňuje graf 2. V roce 2016 počet hospitalizovaných cizinců pro duševní poruchy vzrostl, u cizinců mimo země EU významně a náhle oproti roku 2015.

Diskuse

Podle Českého statistického úřadu [33] v ČR vzrostl v roce 2015 počet případů hospitalizace cizinců oproti roku 2014

o 3,3 % (37 351 případů). Nejčastějším důvodem hospitalizace cizinců zůstává těhotenství, porod a šestinedělí. Druhým nejčastějším důvodem hospitalizace cizinců jsou prohlídky a vyšetření, které vyžadují hospitalizaci, pozorování po úrazu nebo při podezření na určitá onemocnění, poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin. Nejméně cizinců bylo hospitalizováno z důvodů nemoci krve, krvetvorných orgánů a některých poruch týkajících se mechanismu imunity. Časová řada počtu hospitalizací cizinců pro duševní poruchy (graf 2) v absolutních číslech ukazuje, že jejich hospitalizovanost stále narůstá. To může

Graf 1 – Vývoj počtu hospitalizací podle příslušnosti k EU (2007–2016)

Graf 2 – Vývoj počtu hospitalizací cizinců ze zemí EU a mimo země EU (2007–2016)

být způsobeno jak zvyšujícím se počtem cizinců v ČR, tak i jinými příčinami, jak bude dále rozebráno.

Počet cizinců podle jednotlivých kategorií pobytu ukazuje, že zatímco do roku 2012 převažovali cizinci s některým z typů přechodného pobytu, od roku 2013 se tento poměr obrátil a podíl cizinců s dlouhodobým pobytem se stále zvyšuje [21]. Povolení k trvalému pobytu je pro cizince významnou sociální oporou, která napomáhá vytváření sociálních sítí [28], které usnadňují hledání a vykonávání zaměstnání, což má za následek ekonomickou stabilitu a sociální dopad na duševní i fyzické zdraví. Subjektivní vnímání sociálního statusu ukazuje, že je národnostně podmíněno. Zatímco cizinci ukrajinské národnosti vnímají svůj sociální status jako stejný (i vyšší) než česká populace, cizinci mongolské národnosti jako výrazně horší [26].

Práce a zaměstnání jsou proto dominujícím účelem pobytu cizinců, na druhém místě jsou rodinné důvody, které nejčastěji uvádějí občané USA, Číny, Jižní Koreje a Japonska, avšak i u asijských států jen mírně převažují nad účelem pobytu „zaměstnání a podnikání“ [21]. Kvalifikaci v zaměstnání však využije pouze 20,1 % ekonomicky aktivních respondentů – cizinců, více cizinců ve srovnání s českou populací pracuje v dělnických profesích. Se způsobem zaměstnání (ale nejen s ním) souvisejí ztížené pracovní

podmínky včetně diskriminace, vyhrožování násilím, psychický nebo sexuální nátlak či nadměrné pracovní zatížení – jsou statisticky významně častější u cizinců než u české populace [25]. Rizikové faktory tohoto typu mají významný vliv na kvalitu duševního zdraví. Výzkumy ukazují, že diskriminaci v zaměstnání v ČR trpí 28,8 % ukrajinských mužů oproti 4 % českých a 38,1 % ukrajinských žen oproti 7,1 % českých žen [22]. Z uvedeného je možno usuzovat, že práce a zaměstnání mají významný vliv u cizinců na převažující typ duševní poruchy (tab. 2).

S ohledem na přibližně stejnou výši hospitalizovanosti české populace i cizinců (cca 2,8 %, tab. 1) je však nutno konstatovat, že duševní onemocnění je multifaktoriálního charakteru a příčinami jeho vzniku mohou být nejrůznější determinanty (včetně genetických). Čeští muži oproti ukrajinským trpí více časovou zátěží a pracovním přetížením (o 8,5 % více), české ženy o 3,6 % [22]. Tento fakt také podporuje odlišnosti převažujících diagnóz duševních poruch u české populace ve srovnání s nejčastější diagnózou duševní poruchy cizinců (viz tab. 2). Diagnóza vedoucí k nejčastější hospitalizaci u české populace byla podle MKN-10 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu – syndrom závislosti (F102), diagnóza nejčastější hospitalizace u cizinců byla Porucha přizpůsob-

bení (F432). Syndrom závislosti se však mezi zkoumanými skupinami procentuálně odlišuje pouze o 1,1 % (12,1 % u české populace, 11 % u cizinců). Společným znakem obou skupin je významné zastoupení Paranoidní schizofrenie (F200), u české populace na druhém, u cizinců na třetím místě, procentuálně jsou srovnatelných hodnot (8,8 % u české populace, 7,8 % u cizinců). Diagnostická rozdílnost je významnější jen u diagnózy F432 (7,8 % u české populace, 11,8 % u cizinců celkem, z toho 12,8 % u cizinců ze zemí EU, což činí rozdíl 5 % oproti české populaci).

Poškození zdraví související s alkoholem, včetně nehod způsobených pod jeho vlivem, tvoří závažný evropský problém. Syndromy závislosti jsou často spojovány se stresovou reakcí, u ekonomicky aktivní populace s pracovním stresem [34, 35]. Ve výzkumu ukrajinských imigrantů však nebylo statisticky prokázáno, že by celková spotřeba alkoholu korelovala s tím, zda je respondent zaměstnan, jaký má věk a vzdělání, ale ani s tím, jak se respondent cítí [27]. U dotazníků na konzumaci alkoholu je nutno vždy počítat s určitou nepravdivostí odpovědí a zkreslenými výsledky. Porucha přizpůsobení se projevuje subjektivní tísní, je řazena mezi diagnózy úzkostného spektra a projevuje se poruchami emocí, jejichž rozvoji předchází stresová událost (v MKN-10 je uveden i kulturní šok a reakce na hoře). Souvisí s adaptační kapacitou každého jedince. Tato porucha zahrnuje také obavy, že jedinec se není schopen vypořádat se současnou situací [36]. Významným stresorem pro cizince mohou být neočekávané události a pocit bezvýchodnosti v cizí zemi bez sociální opory, včetně již uvedené diskriminace v zaměstnání a pocitu ohrožení. Diagnóza Schizofrenie je označována jako chronické onemocnění, jehož základem může být genetické nastavení jedince, její incidence je v populaci poměrně stabilní, je uváděna v rozmezí 0,16–0,42 na tisíc osob v populaci. Jedné třetině nemocných se epizody vracejí a jedna třetina pacientů má nepříznivý průběh choroby [37]. Etiologie choroby může být v úzké souvislosti s předcházejícími dvěma diagnózami, avšak omezení rizikových faktorů a determinant nemusí mít zásadní výsledky.

Propojením výsledných informací z výzkumů [22, 23, 25, 27, 28] a naším výzkumem je pak možno konstatovat, že u české populace pracovní přetížení a pracovní stres mohou vyvolávat abúzus alkoholu a u cizinců mohou vyvolávat Poruchu přizpůsobení nevhodné pracovní podmínky, traumatické události spojené s diskriminací a násilím. Jiná je etiopatogeneze u Schizofrenie. Je ovlivněna genetickým základem jedince a její mechanismus vzniku je u všech populací přibližně stejný. Také je možno vyplývající předpoklady vlivu na diagnózy F102 a F432 (pracovní stres, diskriminace, genetický základ jedince) nalézt v navrženém Konceptuálním modelu základních determinant, které mají vliv na duševní zdraví imigrantů [23]. Podle stejných autorů mají vliv na celkové zdraví cizinců také etnická příslušnost, konzistence kulturního dědictví a společenská třída.

Cizinci jsou méně hospitalizováni zejména v mladším věku, což podporuje hypotézu, že za prací do cizí země odcházejí zdraví a silní jedinci produktivního věku. To je důvodem, proč je věková struktura cizinců odlišná od majoritní populace. S převažujícím migračním motivem (tj.

ekonomickým) přicházejí do ČR zejména muži, jak dokazují indexy maskulinity (tab. 1). Avšak i zde se situace postupně mění. Zastoupení žen mezi cizinci s povoleným pobytem dlouhodobě roste, i když muži mají stále většinu. Koncem roku 2015 tvořily ženy 43,6 % legálně žijících cizinců v ČR, v roce 2006 to bylo 40 % [21].

Nárůst počtu hospitalizovaných cizinců v roce 2016 ze zemí mimo EU je možno vysvětlovat dvěma způsoby: nárůstem celkového počtu cizinců ze zemí mimo EU [21] obecně, nebo důvody, pro které odešli z mateřských zemí. V roce 2015 vrcholila tzv. Evropská migrační krize, která je způsobena velkým počtem imigrantů jak ekonomických, tak uprchlíků. Podle údajů OSN tvoří největší část žadatelů o azyl lidé ze zemí Blízkého a Středního východu (zejména Syřané, Afghánci, Iráčané), subsaharské Afriky a západního Balkánu, tj. zemí, odkud jsou stále hlášeny válečné nepokoje [38]. Nárůst hospitalizací české populace pro duševní poruchu v roce 2014 může být způsoben tím, že tento rok byl prvním rokem reformy psychiatrické péče v ČR, celkový proces je naplánován v období 2014–2023 [39]. Uvedené hypotézy, více či méně ověřitelné, však jistě nejsou jedinými faktory, které podmiňují nárůst hospitalizací pro duševní poruchy, jedná se o jevy multifaktoriální [1]. Určení jediné příčiny by v těchto případech bylo výraznou redukcí sociální reality.

Závěr

Jednoznačně je pouze možno konstatovat, že počet hospitalizací cizinců v ČR narůstá, že převažují muži a že nejčastějším důvodem je duševní porucha, která odráží sníženou adaptační kapacitu cizinců v nových podmínkách. Znalost poměrů v oblasti hospitalizace cizinců v ČR pro duševní poruchy, ke které přispívá i uvedená analýza, může pomoci situaci zlepšit. Na základě relevantních informací je možno lépe naplňovat závěry Zelené knihy, stanovit strategie v oblasti duševního zdraví, vytvořit rámce pro výměnu a spolupráci mezi členskými zeměmi EU a zlepšit provázanost opatření v odvětvích zdravotní i nezdravotní politiky. Cíle ná genderově přizpůsobená zdravotně sociální péče o duševní zdraví cizinců by měla využívat zejména omezování sociálních rizikových faktorů, jako jsou: nezaměstnanost, špatné pracovní podmínky, diskriminace a násilí, odloučení od rodiny nebo nedostatečná sociální opora. Kumulativní efekt rizikových faktorů je nejsilnějším determinátorem a odstranění alespoň jednoho z rizikových faktorů se jeví jako významné.

Etické aspekty a limity studie

Etické aspekty citovanosti všech zdrojů byly dodrženy, ostatní údaje jsou anonymní. Průběžně se měnící kategorie pobytu cizinců, jejich etnická skladba i důvody opouštění mateřské země mohou částečně zkreslovat celkové výsledky hospitalizovanosti cizinců s duševními poruchami. Limitující pro přesnost výsledků je také skutečnost, že do kategorie „občané ČR“ jsou v NRHOSP zařazeni i cizinci, kteří mají v ČR trvalý nebo dlouhodobý pobyt.

Konflikt zájmů

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

Poděkování

Příspěvek byl podpořen specifickým vysokoškolským výzkumným projektem IGA Univerzity Palackého v Olomouci, č. IGA_LF_2014_033 (RVO 61989592).

LITERATURA

- [1] Komise evropských společenství. Zelená kniha – Zlepšení duševního zdraví obyvatelstva: Na cestě ke strategii duševního zdraví pro Evropskou unii. Brusel; 2005. [online] [cit. 2017-08-22]. Dostupné z: https://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_cs.pdf
- [2] Shuval JT. Migration and Stress. In: Goldberger L, Breznitz S (Eds). *Handbook of Stress*. New York: The Free Press; 1993, pp. 641–57.
- [3] Ho ES. Mental health of Asian Immigrants in New Zealand: A Review of Key Issues. *Asian and Pacific Migration Journal* 2004;13(1):39–60.
- [4] Spallek J, Reeske A, Norredam M, Nielsen SS, Lehnhardt J, Razum O. Suicide among immigrants in Europe – a systematic literature review. *European Journal of Public Health* 2014;25(1):63–71.
- [5] Smit F, Shields L, Petrea, I. Preventing depression in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016. [online] [cit. 2017-08-22]. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/325947/Preventing-depression-2016.pdf
- [6] ÚZIS ČR. MKN-10 online prezentace; © 2012. [online] [cit. 2017-08-22]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>
- [7] van Bergen D, Montesinos AH, Schouler-Ocak M (Eds). *Suicidal Behavior of Immigrants and Ethnic Minorities in Europe*. Göttingen (Germany): Hogrefe Publishing; 2015.
- [8] Dementia: a public health priority. Geneva: WHO; 2012. [online] [cit. 2017-08-22]. Dostupné z: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458_eng.pdf?ua=1
- [9] Komise evropských společenství. Snížení nerovnosti v oblasti zdraví v EU. Brusel; 2009. [online] [cit. 2017-08-22]. Dostupné z: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/PDF/?uri=CELEX:52009DC0567&from=CS>
- [10] Juričková L, Ivanová K, Filka J. *Opatrovnictví osob s duševní poruchou*. Praha: Grada Publishing; 2014.
- [11] Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. Akční plán č. 3: Duševní zdraví*; 2015. [online] [cit. 2017-08-22]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2003_dusevni%20zdravi_.pdf
- [12] Usnesení vlády České republiky ze dne 11. prosince 2000 č. 1266 o realizaci Zásad koncepce integrace cizinců na území České republiky a o návrhu Koncepce integrace cizinců na území České republiky; 2000. [online] [cit. 2017-08-22]. Dostupné z: https://kormoran.vlada.cz/usneseni/usneseni_webtest.nsf/0/92EBOC1957A6DAECC12571B600709317
- [13] Usnesení vlády České republiky ze dne 9. ledna 2017 č. 11 k Postupu při realizaci aktualizované Koncepce integrace cizinců – Ve vzájemném respektu v roce 2017; © 2017. [online] [cit. 2017-08-22]. Dostupné z: <http://www.mvcr.cz/clanek/integrace.aspx>
- [14] WHO. *Strategy and action plan for refugee and migrant health in the WHO European Region*. Copenhagen: WHO; 2016. [online] [cit. 2017-08-22]. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/314725/66wd08e_MigrantHealthStrategyActionPlan_160424.pdf
- [15] Špačková M, Nakládalová M, Ličeník R. *Medicína migrantů a uprchlíků, terminologie a doporučené postupy*. *Pracovní lékařství* 2015;67(3–4):121–6.
- [16] Priebe S, Domenico Giacco D, El-Nagib R. *Public health aspects of mental health among migrants and refugees: a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (Health Evidence Network, Synthesis Report 47).
- [17] Rechel B, Mladovsky P, Devillé W, Rijks B, Petrova-Benedict R, McKee M (Eds). *Migration and health in the European Union*. New York: Open University Press; 2011.
- [18] Cayuela A, Malmusi D, López-Jacob MJ, Gotsens M, Ronda E. The Impact of Education and Socioeconomic and Occupational Conditions on Self-Perceived and Mental Health Inequalities Among Immigrants and Native Workers in Spain. *Journal of Immigrant and Minority Health* 2015;17(6):1906–10.
- [19] Domnich A, Amicizia D, Panatto D, Signori A, Perelli V, Adamoli S, Riboli EB, Gasparini R. Use of different subjective health indicators to assess health inequalities in an urban immigrant population in north-western Italy: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2013;13:1006. Doi: 10.1186/1471-2458-13-1006.
- [20] Dunlavy AC, Rostila M. Health Inequalities among Workers with a Foreign Background in Sweden: Do Working Conditions Matter? *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2013;10:2871–87. Doi: 10.3390/ijerph10072871.
- [21] ČSÚ. *Cizinci v České republice 2016*. Praha: Český statistický úřad; 2016. [online] [cit. 2017-08-22]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/32912864/29002716.pdf/305b67a9-9dea-4b46-a1c5-bb7926d20a5f?version=1.0>; <https://www.czso.cz/csu/czso/cizinci-v-cr>
- [22] Džúrová D, Drbohlav D. Gender Inequalities in the Health of Immigrants and Workplace Discrimination in Czechia. *BioMed Research International*; 2014. Article ID 480425, 9 p., 2014. Doi: 10.1155/2014/480425.
- [23] Olišarová V, Tóthová V, Brabcová I. Determinants of immigrant's mental health. *Kontakt* 2014;16(1):e1–e8.
- [24] Rolantová L, Vacková J. Immigrants from Mongolia – their health and experience with healthcare in the Czech Republic. *Kontakt* 2015;17(4):e228–e34.

- [25] Brabcová I, Vacková J, Dvořáčková O. Working environment and its impact on the health of immigrants. *Kontakt* 2014;16(4):e228–e35.
- [26] Vacková J, Velemínský M, Brabcová I, Záleská V. Subjective Social Status in select Ukrainians, Vietnamese, and Mongolians living in the Czech Republic. *Neuroendocrinology Letters* 2014;35(Suppl. 1):90–101.
- [27] Urban D. Alcohol use, smoking and gambling in relation to immigrants of Ukrainian nationality in the Czech Republic. *Kontakt* 2015;17(4):e223–e7.
- [28] Záleská V, Brabcová I, Vacková J. Migration and its impact on mental and physical health: Social support and its main functions. *Kontakt* 2014;16(4):e236–e41.
- [29] Zpráva o situaci v oblasti migrace a integrace cizinců na území České republiky v roce 2016. Praha: Ministerstvo vnitra ČR; 2017. [online] [cit. 2017-08-22]. Dostupné z: <http://www.mvcr.cz/clanek/zpravy-o-situaci-v-oblasti-migrace-a-integrace-cizincu-v-ceske-republice-za-roky-2001-2012.aspx>
- [30] Chrastina J, Ivanová K, Ježorská Š, Bártlová S. Zkoumání limitů životního stylu osob s chronickým onemocněním (první zkušenosti se specifickou metodikou kvalitativního výzkumu v ošetrovatelství). *Kontakt* 2012;14(3):298–314.
- [31] Gladkij I a kol. Management ve zdravotnictví. Brno: Computer Press; 2003.
- [32] Nechanská B, Jann J, Slábová V, Kudrna K, Pasingerová R. Psychiatrická péče 2015. Praha: ÚZIS ČR; 2016.
- [33] Cizinci v České republice. Praha: Český statistický úřad; 2016 (kap. 6). [online] [cit. 2017-08-22]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/6-zdravotni-pece-o-cizince-4t7hqv1hax>
- [34] Juríčková L, Ivanová K, Dobiáš M, Andrášik R, Ondra P. Manner of death of older people with regard to blood-alcohol concentration. *Central European Journal of Public Health* (In Press).
- [35] Juríčková L, Dobiáš M, Ivanová K, Ondra P. Problematika abúzu alkoholu u zemřelých osob v Olomouckém a Zlínském kraji: pilotní studie. *Gnosis Medica* 2014;2(2):16–22.
- [36] Látalová K, Kamarádová D, Jelenová D, Osciková M, Praško JP. Poruchy přizpůsobení. *Med. praxi* 2015;12(4):184–88.
- [37] Pastorková R, Juríčková L, Nechanská B. Důvody hospitalizace u pacientů s diagnózou schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy. *Prakt. Lék.* 2017;97(2):61–6.
- [38] Policie České republiky – Služba cizinecké policie. Nelegální migrace v ČR za rok 2016; © 2017. [online] [cit. 2017-08-22]. Dostupné z: <http://www.policie.cz/clanek/nelegalni-migrace-v-cr-za-rok-2016.aspx>
- [39] Strategie reformy psychiatrické péče. Ministerstvo zdravotnictví ČR, verze 1.0, vydáno 8. října 2013. [online] [cit. 2017-08-22]. Dostupné z: <https://www.strukturalni-fondy.cz/getmedia/3cba95de-e355-4225-8838-625ee0cf153c/Strategie-reformy-psych-pece.pdf?ext=.pdf>