ZDRAVOTNÍ STAV IMIGRANTŮ VE VYBRANÉ LOKALITĚ ČESKÉ REPUBLIKY

I. – PSYCHOSOCIÁLNÍ DETERMINANTY ZDRAVÍ

Health condition of immigrants at a selected locality in the Czech Republic

I. – psychosocial determinants of the health

11: 358–367, 2009
ISSN 1212-4117

Iva Brabcová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, katedra ošetrovatelství

Summary

The article acquaints the reader with results of the project “Health condition of immigrants at a selected locality of the Czech Republic – a pilot study” which was implemented from May to December 2008. The main target of the research was mapping of the health condition of immigrants at a selected locality of the Czech Republic with the help of ten social determinants of health. The article presents results from the following thematic circuits of the research: social gradient, stress, social exclusion, childhood, social support, employment and unemployment.

The research was carried out by a qualitative method with the use of a structured interview technique with open questions. It was implemented in the South-Bohemian Region. Through the mediation of contact persons, 15 Ukrainian and Russian respondents were addressed, who dwelled in the Czech Republic based on legal long-term or permanent stay. The results of the research examination demonstrated a number of risk factors, which had their origin in the social situation of immigrants and can negatively affect their health condition. A considerable proportion of respondents (46.7%) have a lower social and economic status due to numerous language and cultural barriers. Most respondents (60%) exerted at last one sign associated with stress disorder. Obstacles in attainability of the health care were particularly perceived by them in the field of the financial situation (value of 2.5 – not satisfied). Immigrants noted a rather extensive network of social contacts (30 contacts in average). In spite of this, nine respondents (60%) mentioned need of further contacts and two respondents (13.2%) suffered from feelings of social isolation. Seven economically active respondents (46.7%) did not get jobs in the Czech Republic corresponding to their education and perform particularly worker professions, which exert requirements for high physical effort. They are also afraid of loss of job, unemployment and subsequent expulsion from the Czech Republic.

Key words: immigrants – social gradient – stress – social exclusion – childhood – employment

Souhrn

Článek seznamuje čtenáře s výsledky projektu „Zdravotní stav imigrantů ve vybrané lokalitě České republiky – pilotní studie“, který probíhal od května do prosince 2008. Hlavním cílem výzkumu bylo zmapovat zdravotní stav imigrantů ve vybrané lokalitě České republiky pomocí deseti sociálních determinant zdraví (Social Determinants of Health). Článek prezentuje výsledky z těchto tematických oblastí výzkumu: sociální gradient, stres, sociální vyloučení, dětství, sociální opora, zaměstnanost a nezaměstnanost.

Výzkum byl realizován kvalitativní metodou za použití techniky strukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami. Výzkum probíhal v Jihočeském kraji. Pomocí kontaktních osob bylo osloveno 15 respondentů ukrajinské a ruské národnosti, kteří pobývali v ČR na základě povolení k dlouhodobému pobytu nebo k trvalému pobytu. Výsledky výzkumného šetření prokázaly řadu rizikových faktorů, které mají kořeny v sociální situaci imigrantů a mohou negativně ovlivnit jejich zdravotní stav. Významná část respondentů (46,7 %) díky mnohým jazykovým a kulturním bariérám má nižší socioekonomický status. Většina respondentů (60 %) vykazovala alespoň jeden příznak

spojený se stresovou poruchou. Překážky v dostupnosti zdravotní péče vnímali především v oblasti finanční dostupnosti (hodnota 2,5 – nespokojen). Imigranti uvedli poměrně rozsáhlou síť sociálních kontaktů (v průměru 30 kontaktů). Přesto devět respondentů (60 %) udávalo potřebu dalších kontaktů a dva respondenti (13,2 %) měli pocit sociální izolace. Sedm ekonomicky aktivních respondentů (46,7 %) nezískalo v České republice zaměstnání odpovídající svému vzdělání a vykonávají zejména dělnické profese, které jsou vysoce fyzicky náročné. Zároveň mají strach ze ztráty práce, nezaměstnanosti a následného vyhoštění z České republiky.

Klíčová slova: imigranti – sociální gradient – stres – sociální vyloučení – dětství – zaměstnanost

ÚVOD

Zdravotní stav imigrantů je jedním z aktuálních námětů, které by se měly stát součástí strategických úvah při vytváření koncepce zdravotní péče a měly by být zahrnuty do integrační politiky státu. V České republice existuje celá řada projektů a výzkumných studií o zdravotním stavu imigrantů. V první řadě je zde mezinárodní projekt MIGHEALTHNET¹ a velký krok v problematice zdravotní péče poskytované cizincům na území ČR učinil Institut zdravotní politiky a ekonomiky (IZPE) v Kostelci nad Černými Lesy.² Hlavním záměrem výzkumného projektu „Zdravotní stav imigrantů ve vybrané lokalitě ČR – pilotní studie“ bylo zmapování zdravotního stavu imigrantů pomocí deseti sociálních determinant zdraví (Social Determinants of Health). Social Determinants of Health byly definovány Světovou zdravotnickou organizací v roce 2003 a jsou patrně nejkomplexnějším přístupem k analýze zdravotního stavu jedince. Zaměřují se na klíčové aspekty životních a pracovních podmínek, jakož i životního stylu lidí. Mezi deset sociálních determinant patří: sociální gradient, stres, sociální vyloučení, dětství, sociální opora, práce, nezaměstnanost, výživa, závislost a doprava.

Nyní si dovoluujeme prezentovat výsledky těchto oblastí výzkumu: sociální gradient, stres, sociální vyloučení, dětství a sociální opora. Tento projekt registrovaný pod číslem 901-05-08 vznikl na základě úplné finanční podpory ze strany Grantové agentury ZSF JU.

Cíle projektu

V návaznosti na jednotlivé sociální determinanty byly stanoveny tyto dílčí cíle:

1. Zjistit sociálně ekonomickou situaci imigrantů ve vybrané lokalitě ČR.

2. Zmapovat výskyt stresových poruch u imigrantů.
3. Zhodnotit dostupnost zdravotní péče pro dospělé imigranty ve vybrané lokalitě ČR.
4. Zhodnotit dostupnost zdravotní péče pro děti imigrantů ve vybrané lokalitě ČR.
5. Zmapovat sociální síť kontaktů imigrantů ve vybrané lokalitě ČR.
6. Zhodnotit typ práce a pracovní podmínky imigrantů ve vybrané lokalitě ČR.
7. Analyzovat míru nezaměstnanosti imigrantů v souvislosti s dosaženým vzděláním, věkem a pohlavím.

Metodika

Předmětem výzkumu bylo nalezení vztahu mezi sociální situací a zdravotním stavem imigrantů ve vybrané lokalitě ČR.

Výzkum byl realizován *kvalitativní metodou* za použití techniky strukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami.

Cílová skupina projektu (výzkumný soubor)

Objektem výzkumu byli dospělí imigranti.³ Výzkum byl zaměřen na občany zemí mimo Evropskou unii. K 31. 12. 2008 mělo na území České republiky povolení k pobytu 438 301 cizinců (4,2 % populace ČR), z toho trvalý pobyt mělo uděleno 172 927 cizinců (39 % všech migrantů) a dlouhodobý pobyt 265 374 cizinců (61 % všech migrantů). Nejpočetnější národnostní komunitu tvořili Ukrajinci (131 965; 30 % všech cizinců). Čtvrtou nejpočetnější minoritou byli Rusové (27 178; 6 % všech cizinců).

Výzkum probíhal v Jihočeském kraji jako pilotní studie k výzkumnému šetření většího rozsahu. V pilotní studii bylo osloveno 15 respondentů. Z celkového počtu 15 imigrantů bylo osloveno 10 žen a 5 mužů. Jedenáct respondentů pocházelo z Ukrajiny a 4 z Ruska.

Sedm respondentů přijelo do ČR za účelem podnikání, 5 z důvodu sloučení s rodinou a 3 za účelem zaměstnání. Deset cizinců má udělen trvalý pobyt, 5 cizinců pobývá v ČR na povolení k dlouhodobému pobytu. Průměrná délka pobytu respondentů v ČR byla 8 let, průměrný věk respondentů byl 40 let.

Pro výběr respondentů byla použita následující kritéria:⁴

- respondenti dovršili věk 18 let,
- respondenti pobývají v České republice legálně, déle než 1 rok,
- respondenti byli ukrajinské nebo ruské národnosti,
- respondenti neměli občanství České republiky.

VÝSLEDKY

Tab. č. 1 Sociální determinanta „Sociální gradient“

SES	Frequency	Percent
Nižší	7	46,7
Střední	3	20,0
Vyšší	3	20,0
Celkem hodnotících respondentů	13	86,7
Nehodnotili	2	13,3
Celkem respondentů	15	100

Z celkového počtu 15 respondentů bylo 7 (46,7 %) zařazeno do „nižšího socioekonomického statusu“. „Střední a vyšší socioekonomický

status“ získali 3 respondenti (20 %) a 2 respondenti (13,3 %) nebyli hodnoceni.

Tab. č. 2 Sociální determinanta „Stres“

Příznaky spojované se stresovou poruchou	Frequency	Percent
Ano (alespoň jeden příznak byl přítomen)	9	60,0
Ne	3	20,0
Celkem hodnotících respondentů	12	80,0
Nehodnotili	3	20,0
Celkem respondentů	15	100

Z celkového počtu 15 respondentů devět respondentů (60 %) vykazovalo alespoň jeden

příznak spojovaný se stresovou poruchou.

Tab. č. 3 Sociální determinanta „Sociální vyloučení“

Spokojenost s poskytnutou péčí u jednotlivých poskytovatelů péče					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Ambulantní specialisté	9	2	4	3,78	0,667
Lůžková ZZ	6	2	4	3,33	1,033
Stomatologové	10	2	4	3,10	0,876
Praktičtí lékaři	12	1	4	3,00	1,279
4 – velmi spokojen, 3 – spokojen, 2 – nespokojen, 1 – velmi nespokojen					
Dostupnost zdravotní péče					
Geografická dostupnost	13	1	4	3,38	1,193
Časová dostupnost	13	1	4	3,31	1,182
Organizační dostupnost	12	1	4	3,25	1,215
Sociokulturní dostupnost	13	1	4	3,00	1,155
Finanční dostupnost	14	1	4	2,50	1,225
4 – zcela dostupná, 3 – částečně dostupná, 2 – málo dostupná, 1 – zcela nedostupná					

Míru spokojenosti s poskytnutou péčí hodnotili respondenti na hodnotící škále, kde hodnota 4 znamenala velkou spokojenost a hodnota 1 velkou nespokojenost. Nejvíce byli respondenti spokojeni s ambulantními specialisty (3,78), nejnižší spokojenost vyjadřovali respondenti s praktickými lékaři (3,00). Dostupnost

zdravotní péče byla hodnocena na čtyřbodové hodnotící škále v pěti kategoriích. Nejlépe hodnotili respondenti zdravotní péči v oblasti geografické dostupnosti (3,38), nejhůře v oblasti finanční dostupnosti (2,5). V oblasti sociokulturních překážek vnímají respondenti zdravotní péči jako částečně dostupnou (3).

Tab. č. 4 Velikost sociální sítě

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Celkem soc. kontaktů	15	9	67	30,27	17,335
Počet Čechů	15	0	40	14,87	11,819
Počet krajanů v ČR	15	2	30	8,00	7,231
Počet kontaktů v zemi původu	15	0	20	7,40	5,327
Valid N	15				

Respondenti udávali v průměru 30 sociálních kontaktů. Průměrný počet Čechů, se kterými se respondenti stýkají, je 15. Respondenti udávali, že se stýkají v České republice

v průměru s 8 krajany. V průměru udržují respondenti 7 aktivních kontaktů s příbuznými a známými v zemi původu.

Tab. č. 5 Délka pracovní doby (počet dnů v týdnu, počet hodin denně, pohlaví)

Pohlaví	Počet odpracovaných dnů v týdnu	Počet hodin za 24 hod.
Žena Mean	5,25	8,12
Muž Mean	6,40	10,70
Mean	5,69	9,12

Průměrná pracovní doba žen ($n = 8$) byla 5,25 dnů v týdnu a 8,12 hodin denně. Průměrná pracovní doba mužů ($n = 5$) byla 6,4 dnů v týdnu a 10,7 hodin denně. Průměrná pracovní doba respondentů byla 5,69 dnů v týdnu 9,12 hodin denně.

DISKUZE

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo nalezení vztahu mezi sociální situací a zdravotním stavem imigrantů ve vybrané lokalitě ČR na základě deseti sociálních determinant zdraví (Social Determinants of Health, WHO, 2003). Výzkum probíhal v Jihočeském kraji jako pilotní studie k výzkumnému šetření většího rozsahu. V pilotní studii bylo osloveno 15 respondentů, kteří pobývají v ČR na základě povolení k dlouhodobému pobytu (5) nebo k trvalému pobytu (10).

Sociální determinanta „Sociální gradient“

Dle „National statistics Socio-economic Classification, England and Wales 2001–3“ lidé, kteří jsou níže na sociálním žebříčku, mají vyšší riziko závažného onemocnění a předčasného úmrtí než ti, kteří jsou na vrcholu sociální hierarchie (White, Edgar, Siegler, 2008).

Cílem této části výzkumu bylo zjistit sociálně ekonomické podmínky respondentů. Byl vyhodnocen „Socioekonomický status respondentů (SES)“. Mezi základní determinanty socioekonomického statusu patří zaměstnání a dosažené vzdělání. Protože sedm respondentů nezískalo v České republice zaměstnání odpovídající dosaženému vzdělání, zvolili jsme jednodušší vyhodnocení SES na základě profesního statusu respondentů. Žebříček profesí České republiky (KZAM) je určen Českým statistickým úřadem

a je rozčleněn do devíti hlavních tříd.⁵ Zařazením respondenta do určité profesní třídy bylo zjištěno skóre „Socioekonomického statusu“. Vyššího socioekonomického statusu dosáhli tři respondenti (1. až 3. zaměstnanecká třída). Tři respondenti byli zařazeni do středního socioekonomického statusu (4. až 6. zaměstnanecká třída). Sedm respondentů pracuje jako nekvalifikovaní dělníci, obsluha strojů či řemeslníci a mají nižší socioekonomický status (7. až 9. zaměstnanecká třída). Dva respondenti jsou v současnosti ekonomicky neaktivní, proto nebyli z hlediska socioekonomického statusu hodnoceni.

Potvrdilo se nám, že imigranti se díky mnohým bariérám (např. jazykové, kulturní) dostávají na nižší sociální úroveň, proto jsou ve srovnání s majoritní populací více ohroženi závažným onemocněním, případně předčasným úmrtím. Na základě získaných dat lze vyslovit hypotézu pro kvantitativní výzkum, že imigranti v České republice mají nižší socioekonomický status.

Sociální determinanta „Stres“

Sociální a psychologické podmínky mohou působit dlouhodobý stres. Trvajících pocity úzkosti, napětí, nízkého sebevědomí, sociální izolace a nedostatku kontroly nad vlastní prací a soukromým životem mají mimořádně silné účinky na tělesné i duševní zdraví. Taková psychosociální rizika se v průběhu života kumulují a zvyšují pravděpodobnost špatného duševního zdraví a předčasného úmrtí (Wilkinson, Marmot, 2003).

Právě imigranti představují jednu z nejrizikovějších skupin ohrožených stresem. Důvodem jsou časté pocity úzkosti a nejistoty vyplývající z neporozumění majoritní kultuře, zvykům

a tradicím nové země. Mezi další příčiny dlouhodobého stresu migrantů patří: jazyková bariéra, nedostatek sociálních kontaktů nebo rasismus a xenofobie hostitelské populace.

Cílem výzkumného šetření v této sociální determinantě zdraví bylo zmapovat výskyt stresových poruch u imigrantů ve vybrané lokalitě ČR. Z celkového počtu 15 respondentů určilo 7 respondentů za nejvíce stresující zážitek přirozenou smrt blízké osoby, 3 respondenti nejvíce stresující zážitek neurčili a vždy 1 respondent označil hlad, kriminální činnost blízké osoby, násilnou smrt, pokus o znásilnění a znásilnění za nejvíce stresující zážitek svého života. Většina respondentů (9) vykazovala alespoň jeden příznak spojovaný se stresovou poruchou (nejčastěji šlo o vtíravé myšlenky nebo obrazy spojené se stresovou situací). Lze tedy vyslovit předpoklad, že se jedná o poruchu spojenou se stresem. Sedm respondentů uvedlo alespoň jeden fyzický symptom spojený se stresem, nejčastěji šlo o bolest žaludku a hlavy. Pět respondentů uvedlo alespoň jeden psychický příznak stresu, nejčastěji šlo o nespavost a depresi. Léčnou depresi v rodinné anamnéze udávali dva respondenti a v osobní anamnéze také 2 respondenti.

Sociální determinanta „Sociální vyloučení“

„Sociální vyloučení (social exclusion) označuje obvykle komplexně podmíněnou nedostatečnou účast jednotlivce, skupiny nebo místního společenství na životě celé společnosti“ (Matoušek, 2003, str. 217). Imigranti mohou mít nedostatečný přístup k institucím, které zajišťují vzdělání, poskytují zdravotní péči, ochranu a základní blahobyt. Výsledky výzkumu IZPE⁶ poukázaly na rozdíly ve spotřebě zdravotní péče mezi Ukrajinci a Čechy. Ukrajinci méně často navštěvovali praktického lékaře (1 návštěva Ukrajince: 2,6 návštěv Čechů). U ambulantních gynekologů byl počet návštěv cizinek také nižší (1,5 návštěv českých žen : 1 návštěva cizinek). Zubního lékaře v posledním roce navštívilo 69 % Čechů: 29 % Ukrajinců (Mighealthnet).

Sociální vyloučení může být způsobeno jednáním členů majority, které nevykazuje dostatečnou interkulturní empatii – tedy dle Dvořákové (2006) schopnost vcítit se do pocitů a jednání osob pocházejících z jiného sociokulturního prostředí. S tím úzce souvisí i spokoje-

nost (či nespokojenost) imigrantů a azytantů s poskytovanou zdravotní péčí – tedy de facto s ne/respektováním sociokulturních specifíků ze strany lékaře a zdravotního personálu (tedy dle Dvořákové (2005) neschopnost zaujetí pravidel interkulturní komunikace), jež může vést k mnoha nedorozuměním.

V rámci této části výzkumu jsme zjišťovali míru čerpání zdravotní péče respondenty, dále míru spokojenosti s poskytovanou zdravotní péčí a subjektivní názor respondentů na dostupnost péče.

Z celkového počtu 15 respondentů v posledním roce navštívilo 12 respondentů praktického lékaře, 9 respondentů ambulantní specialisty, 10 respondentů stomatologa a 5 respondentů bylo hospitalizováno v nemocnici. Příčinou dostatečné spotřeby zdravotní péče respondenty je trvalý pobyt nebo zaměstnanecký status respondentů, který 13 respondentům umožnil vstup do veřejného zdravotního systému. Míru spokojenosti s poskytnutou péčí hodnotili respondenti na hodnotící škále, kde hodnota 4 znamenala velkou spokojenost a 1 velkou nespokojenost. Nejvíce byli respondenti spokojeni s ambulantními specialisty (3,78), nejnižší spokojenost vyjadřovali respondenti s praktickými lékaři (3,00). Dostupnost zdravotní péče byla hodnocena na škále v pěti kategoriích. Nejlépe hodnotili respondenti zdravotní péči v oblasti geografické dostupnosti (3,38). Nejhůře v oblasti finanční dostupnosti (2,50). V oblasti sociokulturních překážek vnímají respondenti zdravotní péči jako částečně dostupnou (3,0).

Respondenti, kteří měli uzavřené komerční zdravotní pojištění, hodnotili přístup ke zdravotní péči spíše negativně. Toto negativní hodnocení vyplývá z nastavení systému zdravotního pojištění. Dle zákona č. 48/1999, Sb., o veřejném zdravotním pojištění, cizinci, kteří nepocházejí ze zemí Evropské unie, nemají trvalý pobyt nebo nemají zaměstnanecký status a nejsou žadatelé o mezinárodní ochranu, nemohou vstoupit do systému veřejného zdravotního pojištění. Mají povinnost uzavřít komerční zdravotní pojištění. Z finančních důvodů často uzavírají zdravotní pojištění pouze na neodkladnou péči. Praxe ukázala, že zdravotní pojištění je pro ně nákladné a často nedostatečné. Na základě těchto výsledků lze vyslovit předpoklad, že dostupnost péče je závislá na typu zdravotního pojištění a nejvíce překážek v čerpání zdravotní

péče vnímají imigranti především v oblasti finanční a sociokulturní dostupnosti.

Sociální determinanta „Dětství“

Zdraví dětí imigrantů a azylantů jako biopsychosociální a spirituální jednoty může být ohroženo mnoha faktory, které bývají způsobeny procesem integrace – tedy dle Dvořákové (2005) procesem vrůstání do demokratické společnosti.

Je prokázáno, že základy zdraví v dospělosti se vytvářejí především v raném dětství. Špatné podmínky během těhotenství ohrožují optimální vývoj plodu a zvyšují zdravotní rizika, která se mohou projevit v pozdějším věku. Evropský hospodářský a sociální výbor v Bruselu ve svém stanovisku k tématu „Zdraví a migrace“ uvedl, že v mnoha zemích EU je nemocnost související s těhotenstvím vyšší mezi migrujícími ženami než mezi ženami majoritní populace. V Barceloně je 2x více žádostí o umělý potrat mezi migrujícími ženami než mezi Španělkami. Belgie a Německo eviduje vysokou perinatální a kojeneckou úmrtnost u migrujících žen z Maroka a Turecka (Mighealthnet).

Cílem výzkumu bylo zmapovat dostupnost zdravotní péče pro děti imigrantů.

Děti rodičů ze států mimo EU, kteří nemají udělen trvalý pobyt nebo zaměstnanecký status, nemohou ze zákona vstupovat do veřejného zdravotního pojištění. Platí to i v případě, že se narodily v České republice. Do těžké situace se dostávají matky, kterým se narodí dítě předčasně, s postižením nebo vrozenou vadou. Finanční podmínky komerčního pojištění jsou pro chronicky nemocné děti nastaveny tak, že nejsou ekonomicky únosné pro rodiče. Respondentky během rozhovoru uváděly, že cena zdravotnických služeb, kterou by v případě hospitalizace svých dětí musely zaplatit, je neúměrně vysoká. R7 během těhotenství nebyla pojištěna na komplexní péči. Hospitalizace na porodnici se z důvodu nezralosti dítěte prodloužila a musela nemocnici zaplatit 40 000 Kč.

Lze tedy vyslovit předpoklad, že největší překážkou čerpání zdravotní péče pro děti imigrantů jsou limity komerčního zdravotního pojištění.

Sociální determinanta „Sociální opora“

Sociální opora a dobré sociální vztahy významně přispívají ke zdraví. Sounáležitost se sociální sítí

tvořenou komunikací a vzájemnými závazky způsobuje, že lidé cítí, že o ně má někdo zájem, má je rád, váží si jich a uznává jejich hodnotu. Díky migraci do jiné země dochází dle Dvořákové (2005) ke ztrátě původních přátelství, známostí, jež jsou nezbytné pro neformální uspokojování potřeb každého člověka a pro další získávání formálních (i neformálních) kontaktů. To vše má mimořádný účinek na jejich zdravotní stav (Dvořáková, 2006).

Cílem této části výzkumného šetření bylo zmapovat sociální síť kontaktů imigrantů ve vybrané lokalitě ČR a kontakty s rodinou v zemi původu. Průměrný počet všech sociálních kontaktů výzkumného souboru byl 30.

Respondenti se stýkají v České republice v průměru s 8 krajany. Maximum uvedla R6 (30 kontaktů) a minimum (2 kontakty) uvedli R1 a R12.

V průměru udržují respondenti 7 aktivních kontaktů s příbuznými a známými v zemi původu. Průměrný počet Čechů, se kterými se respondenti stýkají, je 15. Respondenti pobývající v ČR do 5 let uvedli v průměru 8 přátel a známých Čechů. Respondenti žijící v ČR od 6 do 10 let uvedli 11 českých kontaktů a v intervalu od 11 do 15 let dokonce 21 kontaktů. Z těchto výsledků lze vyslovit hypotézu, že s délkou pobytu v ČR roste i počet sociálních kontaktů imigrantů s Čechy. Závěry z této části šetření nelze jednoznačně vyslovit. „V severní Evropě má každý průměrný jedinec 7–10 osob ve svém vnitřním intimním kruhu (rodina a přátelé) a zhruba 20–30 známých/přátel/kolegů. V jižní Evropě mají lidé více sociálních kontaktů s příbuznými“ (Dvořáková, 2008, str. 212). Imigranti uvedli poměrně rozsáhlou sociální síť (30 kontaktů), přesto z celkového počtu 15 respondentů by 9 respondentů uvítalo další sociální kontakty a 2 respondenti mají dokonce pocit sociální izolace. To svědčí o určité křehkosti a nestabilitě vztahů uvnitř sítě. S délkou pobytu ztrácejí imigranti kontakty v zemi původu a budování uspokojivé sociální v České republice je pro řadu z nich obtížné. Nejlépe to vystihuje výrok R11: „Z domova mi odjeli a do Čech nepřišli“.

Budování sociální sítě představuje dlouhodobý proces podmíněný znalostí kultury, zvyků a tradic dané země. V této oblasti jsou imigranti znevýhodněni.

Sociální determinanta „Práce“

Pracovní trh je charakteristický existencí zcela zásadních nerovností, narůstající intolerance vůči pracovním imigrantům hledajícím u nás lepší životní podmínky představuje dle Mouřčkové, H., Dvořákové, J. (2008) nebezpečí vzniku mezinárodního konfliktu navzdory tomu, že imigranti získávají práci, která je pro hostitelskou populaci neatraktivní. Tato práce často neodpovídá vzdělání, jež tito lidé nabyli ve své zemi původu. Jedná se zejména o dělnické profese, které jsou vysoce fyzicky náročné (Wilkinson, Marmot, 2003). Některá zaměstnání, například v hornictví, zemědělství nebo v chemickém průmyslu, zvyšují pravděpodobnost výskytu nemocí z povolání. Výzkumné studie prokázaly signifikantní vztah mezi působením pesticidů a jiných chemických látek v zemědělství s výskytem depresí, bolestí hlavy a u žen potratů (Mighealthnet). Zejména tedy ženy, mladí lidé a imigranti jsou velice zranitelní a dochází u nich ke kumulaci nevýhod.

Cílem výzkumu v této části šetření bylo zhodnotit typ práce a pracovní podmínky imigrantů ve vybrané lokalitě ČR v souvislosti s dosaženým vzděláním.

Český statistický úřad v přehledu hlavních profesních kategorií doporučuje odpovídající vzdělání pro pracovníky v jednotlivých zaměstnaneckých třídách. Sedm respondentů (46,7 %) nezískalo v České republice zaměstnání odpovídající svému vzdělání. Čtyři respondenti jsou zařazení v 9. pracovní třídě jako nekvalifikovaní pracovníci. Zaměstnání v této třídě vyžaduje dovednosti na úrovni základního vzdělání. Prakticky všichni respondenti z této skupiny mají vyšší vzdělání. Průměrná týdenní pracovní doba žen ($n = 8$) byla 5,25 dnů a 8,12 hodin denně. Průměrná pracovní doba mužů ($n = 5$) byla 6,4 dnů v týdnu a 10,7 hodin denně. Jeden respondent dokonce uvedl, že pracuje 7 dnů v týdnu 12 hodin denně. Tyto výsledky jsou v souladu se závěry studie IZPE7, kde polovina Ukrajinců udávala, že pracují 11–12 hodin denně. Téměř 7 % respondentů z celého vzorku nemělo ani jeden volný den v týdnu (Mighealthnet).

Náročnost a zátěž pracovních podmínek hodnotili respondenti naší studie na hodnotící škále, kde hodnota 4 znamenala vysokou zátěž a 1 nízkou zátěž pracovního prostředí. Respondenti nejlépe hodnotili toxicitu pracovního prostředí (1,54) a relativně nejhůře fyzickou zátěž

(2,38). Muži hodnotili fyzickou náročnost svého zaměstnání vyšší (3,60) než ženy (1,62). Stejně tak hlučnost a prašnost prostředí – muži (3,20), ženy (1,00). Vyšší fyzická zátěž pracovního prostředí u mužů spočívá v jiném typu vykonávané práce, která je u mužů více fyzicky náročná.

Na základě získaných dat můžeme vyslovit hypotézu, že imigranti v České republice získávají fyzicky náročná pracovní místa, která neodpovídají jejich vzdělání. Týdenní pracovní doba u cizinců přesahuje 5 dnů v týdnu a 8 hodin denně.

Sociální determinanta „Nezaměstnanost“

Významnými faktory zaměstnanosti jsou vzdělání, pohlaví, věk, národnost či sociální status. Nezaměstnanost totiž postihuje nejčastěji mladé lidi, ženy nebo imigranty. Dlouhodobě nezaměstnaní se ocitají mimo pracovní trh. Dostávají se do začarovaného kruhu, kde dlouhodobá nezaměstnanost zvyšuje riziko sociální exkluze, která dále snižuje pravděpodobnost nalezení pracovního místa. Cílem šetření bylo analyzovat míru nezaměstnanosti imigrantů v souvislosti s dosaženým vzděláním, věkem a pohlavím.

Z celkového počtu 15 respondentů byli tři respondenti v České republice nezaměstnaní. Z důvodu malého počtu respondentů se nepodařilo nalézt objektivní vztahy mezi nezaměstnaností respondentů a sociálními ukazateli, jako je věk, pohlaví a vzdělání.

Doporučením pro výzkum většího rozsahu je rozšířit výzkumný soubor, provést analýzu nezaměstnanosti a nalézt souvislost mezi nezaměstnaností respondentů a jejich věkem, vzděláním a pohlavím.

Imigranti získávají dlouhodobá víza, která jsou vázána získáním práce. Platnost víza končí, pokud imigrant ztratí práci. Strach ze ztráty zaměstnání a následné deportace přispívají k pocitu malé kontroly nad vlastní prací, který je mimořádně silně asociován s rizikem zhoršení zdravotního stavu imigrantů. Respondenti se názorově sjednotili v otázce týkající se pocitu jistoty zaměstnání. Z celkového počtu 15 respondentů nemá 10 respondentů (66,6 %) pocit jistoty zaměstnání, cítí strach z nezaměstnanosti plynoucí z finanční krize a ekonomické recese.

ZÁVĚR

V návaznosti na výzkumné cíle lze stanovit tyto závěry:

1. Imigranti díky mnohým jazykovým a kultur-

- ním bariérám mají nižší socioekonomický status.
2. Většina respondentů vykazovala alespoň jeden příznak spojený se stresovou poruchou.
 3. Respondenti negativně hodnotili přístup k čerpání zdravotní péče. Dostupnost péče je závislá na typu zdravotního pojištění. Do systému veřejného zdravotního pojištění mohou imigranti vstupovat v návaznosti na získání trvalého pobytu nebo zaměstnanec-kého poměru. Pokud nesplňují jednu z uvedených podmínek, musí využít možnost komerčního připojištění. Nejvíce překážek v čerpání zdravotní péče vnímají především v oblasti finanční a sociokulturní dostupnosti.
 4. Největší překážkou čerpání zdravotní péče pro děti imigrantů jsou limity komerčního zdravotního pojištění.
 5. Imigranti uvedli poměrně rozsáhlou síť sociálních kontaktů. Přesto mají potřebu dalších kontaktů a někteří se cítí v sociální izolaci.
 6. Díky jazykové bariéře často získávají pracovní místa, která neodpovídají jejich vzdělání a tím se dostávají na nižší úroveň společenského postavení v majoritní populaci. Vykonnávají zejména dělnické profese, které jsou vysoce fyzicky náročné.
 7. Současná ekonomická krize v nich vzbuzuje oprávněný strach ze ztráty práce, nezaměstnanosti a následného vyhoštění z České republiky.
- Na základě pilotní studie bylo navrženo konceptuální schéma pro výzkum většího rozsahu (viz příloha č. 1 – na další straně).

Vysvětlivky

1. Informační síť o dobré praxi ve zdravotní péči o migranty a etnické menšiny v Evropě.
2. IZPE se touto problematikou zabýval od roku 2001 do roku 2006.
3. Dle zákona č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území ČR se jedná o legálně usazené cizince, kteří žijí na území České republiky legálně nejméně po dobu 90 dnů a kterým bylo uděleno vízum nad 90 dnů, povolení k dlouhodobému nebo trvalému pobytu.
4. Výběr respondentů nebyl proveden formou náhodného výběru. Nicméně výběr výzkumného souboru metodou „snow ball“ efektu a využití ukrajinského zprostředkovatele pro kontaktování respondentů umožňuje získané výsledky smysluplně interpretovat.

5. Dle ČSÚ je klasifikace zaměstnání (KZAM) v ČR následující: 1. třída: vedoucí, řídící pracovníci, 2. třída: vědečtí a odborní duševní pracovníci, 3. třída: techničtí, zdravotničtí a pedagogičtí pracovníci, 4. třída: nižší administrativní pracovníci, 5. třída: provozní pracovníci ve službách a v obchodě, 6. třída: kvalifikovaní dělníci ve službách a v obchodě, 7. třída: řemeslníci a kvalifikovaní výrobci, zpracovatelé a opraváři, 8. třída: obsluha strojů a zařízení, 9. třída: pomocní a nekvalifikovaní pracovníci.
6. Komparativní studie čerpání zdravotní péče a stavu zdraví Ukrajinců a české populace, kterou v roce 2003 realizoval IZPE – Institut zdravotní politiky a ekonomiky v Kostelci nad Černými lesy.
7. Komparativní studie čerpání zdravotní péče a stavu zdraví Ukrajinců a české populace, kterou v roce 2003 realizoval IZPE – Institut zdravotní politiky a ekonomiky v Kostelci nad Černými lesy.

LITERATURA

- DVOŘÁKOVÁ, J.: I. Methods of social work with refugees, immigrants and their children. České Budějovice, 2005. 128 s. *Disertační práce na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích*. Vedoucí disertační práce: doc. PhDr. Jiří Kovařík, PhD.
- DVOŘÁKOVÁ, J.: II. Metody sociální práce s imigranty, uprchlíky a jejich dětmi. In: *Sborník z mezinárodní vědecké konference konané ve dnech 20. a 21. září 2005 ve Slezském ústavu Slezského zemského muzea v Opavě*. Opava: Slezské zemské muzeum, Slezský ústav, 2005.
- DVOŘÁKOVÁ, J.: Interkulturní empatie v sociální práci. In: *Sborník z webové konference ZSF JU s názvem: Afiliace 2006*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta JU v ČB, 2006.
- DVOŘÁKOVÁ, J., HERVERTOVÁ, V., HORSKÁ, J. et al.: *Metody sociální práce s imigranty, azylanty a jejich dětmi*. Praha: Triton, 2008. 365 s.
- MATOUŠEK, O.: *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. 285 s.
- MIGHEALTHNET (*Informační síť o dobré praxi ve zdravotní péči pro migranty a etnické menšiny v Evropě*), [online] [cit. 2009-09-09]. Dostupné z: <http://www.mighealth.net/cz/>.
- MOUREČKOVÁ, H., DVOŘÁKOVÁ, J.: Boj s diskriminací. In: Kolektiv autorů. *Metody sociální práce s imigranty, azylanty a jejich dětmi*. Praha: Triton, 2008.
- WHITE, CH., EDGAR, G., SIEGLER, V.: Social inequalities in male mortality for selected cause of death by the National statistics Socio-economic Classification, England and Wales 2001–3. *Office for National Statistics, Health Statistics Quarterly*. 2008, 38.
- WILKINSON, R., MARMOT, M.: *The Solid Facts Social Determinants of Health*. Copenhagen: WHO regional Office for Europe, 2003.
- Zákon č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky a o změně některých zákonů, v platném znění. Zdroj: ASPI.
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, v platném znění. Zdroj: ASPI.

Iva Brabcová
brabcova@zsf.jcu.cz

Příloha č. 1: Konceptuální rámec pro kvantitativní výzkum