ZDRAVOTNÍ STAV IMIGRANTŮ VE VYBRANÉ LOKALITĚ ČESKÉ REPUBLIKY: II. – ZÁVISLOST, VÝŽIVA, DOPRAVA

The health condition of immigrants at a selected locality of the Czech Republic:
II - dependence, nourishment, transport

12: 55–66, 2010
ISSN 1212-4117

Iva Brabcová¹, Alena Machová¹, Miluše Vítěčková²

¹Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, katedra ošetřovatelství
²Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Pedagogická fakulta, katedra pedagogiky a psychologie

Summary

The article acquaints the reader with results of the project “Health condition of immigrants at a selected locality in the Czech Republic – A Pilot Study” which was implemented from May to December 2008. The scope of the research was searching for a relationship between the social situation and health condition of immigrants at a selected locality in the Czech Republic with the help of ten Social Determinants of Health. The article presents results of three themes: dependence, nourishment and transport.

The project was implemented by a qualitative method, by using the technique of a structured interview with open questions. It was performed in the South-Bohemian Region. Through the mediation of contact persons, 15 respondents of Ukrainian and Russian nationality were addressed, who live in the Czech Republic based on authorized long-term or permanent stay. The results of the research demonstrated a number of risk factors, which are associated with the social situation of immigrants and can negatively affect their health condition. The immigrants included in the research group exerted a moderate consumption of alcohol (73.4%). The respondents were not at a risk of insufficient intake of food. Seven respondents (46.7%) took higher than recommended energy intake and none of them suffered from underweight. The most frequent infectious diseases in the respondents were type A viral hepatitis (3x) and gonococcal infection (2x). The transport and working mobility of respondents was sufficient.

Key words: immigrants – health condition – dependence – nourishment – transport

Souhrn

Článek seznamuje čtenáře s výsledky projektu „Zdravotní stav imigrantů ve vybrané lokalitě České republiky – pilotní studie“, který probíhal od května do prosince 2008. Předmětem výzkumu bylo nalezení vztahu mezi sociální situací a zdravotním stavem imigrantů ve vybrané lokalitě České republiky pomocí deseti sociálních determinant zdraví (Social Determinants of Health). Článek prezentuje výsledky ze tří témat: závislost, výživa a doprava.

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 výzkumu prokázaly řadu rizikových faktorů, které mají vazbu na sociální situaci imigrantů a mohou negativně ovlivnit jejich zdravotní stav. Imigranti výzkumného souboru vykazovali mírnou konzumaci alkoholu (73,4 %). Respondenti nebyli v riziku nedostatečného příjmu výživy. Sedm respondentů (46,7 %) přijalo větší energetický příjem než doporučený a žádný z nich netrpěl podváhou. Nejčastějším infekčním onemocněním respondentů výzkumného souboru byla virová hepatitida typu A (3x) a gonokoková infekce (2x). Dopravní a pracovní mobilita respondentů je dostačující.

Klíčová slova: imigranti – zdravotní stav – závislost – výživa – doprava

ÚVOD

Migrace je celosvětový jev, který je považován za jedno z hlavních témat 21. století. K 31. 12. 2008 mělo na území České republiky povolení k pobytu 438 301 cizinců. Toto číslo představuje 4,2 % celé populace ČR. V České republice se na problematiku zdravotního stavu migrantů zaměřuje řada výzkumných projektů a institucí¹. Hlavním záměrem našeho 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). Mezi deset sociálních determinant patří: sociální gradient, stres, dětství, sociální vyloučení, práce, nezaměstnanost, sociální opora, výživa, závislost a doprava. Nyní si dovoluujeme prezentovat výsledky tří sociálních determinant zdraví: závislost, výživa a doprava (Brabcová, 2009).

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:

- Zmapovat četnost výskytu užívání návykových látek.
- Zhodnotit rizikové chování imigrantů se zaměřením na výskyt infekčních onemocnění.
- Zhodnotit stav výživy imigrantů dle sběru nutriční anamnézy a antropometrických údajů.
- Zmapovat pracovní mobilitu imigrantů.

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.

Ve spolupráci s Centrem prevence civilizačních chorob ZSF JU byl zhodnocen stav výživy respondentů. Stav výživy byl vyhodnocen po-

mocí antropometrických ukazatelů, vybraných biochemických údajů a zhodnocením podílu nutrientů ve výživě. Nutriční příjem respondentů byl vyhodnocen pomocí programu „NutriDan“. Autory jsou MUDr. Dana Müllero-vá, Ph.D., a kolektiv z Ústavu hygieny Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Plzni. Program vznikl za přispění Institutu DANONE.

Pomocí programu „NUTRIFIA“ bylo vyhodnoceno množství užívání návykových látek respondenty. Autorem tohoto programu je doc. MUDr. Jindřich Fiala, CSc., z Ústavu preventivního lékařství Lékařské fakulty Masarykovy univerzity.

Cílová skupina projektu (výzkumný soubor)

Objektem výzkumu byli dospělí imigranti². Z právního hlediska 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 (zákon č. 326/1999, Sb., o pobytu cizinců na území České republiky a o změně některých zákonů, v platném znění).

Výzkum probíhal v Jihočeském kraji jako pilotní studie k výzkumnému šetření většího rozsahu. V pilotní studii bylo osloveno 15 respondentů. Výzkum se zaměřil na občany zemí mimo Evropskou unii. 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:³

- 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. 1 Sociální determinanta „Závislost“

Vyhodnocení konzumace alkoholu	Frequency	Percent
Mírná konzumace alkoholu (0–10 jednotek týdně)	11	73,4
Vyšší konzumace alkoholu (11–20 jednotek týdně)	4	26,6
Vysoká konzumace alkoholu (21–35 jednotek za týden)	0	0
Velmi vysoká konzumace alkoholu (36 a více jednotek týdně)	0	0
Celkem respondentů	15	100
jednotka alkoholu = 10 g čistého alkoholu		
Vyhodnocení kuřáctví	Frequency	Percent
Nekuřák	8	53,4
Slabý kuřák (1–9 cigaret denně)	3	20,0
Středně silný kuřák (10–19 cigaret denně)	2	13,3
Silný kuřák (20 a více cigaret denně)	2	13,3
Celkem respondentů	15	100

Z celkového počtu 15 respondentů byla vyhodnocena u 11 respondentů (73,4 %) mírná konzumace alkoholu (0–10 jednotek týdně) a u 4 respondentů (26,6 %) vyšší konzumace (11–20 jednotek týdně). Vysoká (21–35 jednotek za týden) a velmi vysoká (36 a více jednotek týdně) konzumace alkoholu nebyla zjištěna u žádného

respondenta. Z celkového počtu 15 respondentů je 8 respondentů (53,4 %) nekuřáků, 3 (20 %) slabí kuřáci (1–9 cigaret denně), 2 (13,3 %) středně silní kuřáci (10–19 cigaret denně) a 2 (13,3 %) silní kuřáci (20 a více cigaret denně). Viz tab. 1.

Tab. 2 Zdravotní anamnéza

Osobní anamnéza – neinfekční onemocnění	
Respirační onemocnění	8
GIT	4
Obezita 1. stupně	4
Deprese	2
Gynekologické onemocnění	2
Léčená hypertenze	1
Osobní anamnéza – infekční onemocnění	
Gonorea	2
Hepatitida A	3
HIV/AIDS	0
Parazitologické onemocnění jater	1
Syfilis	0
TBC	1

Nejčastějším neinfekčním onemocněním respondentů byla respirační onemocnění (8), onemocnění GIT (4) a obezita 1. stupně (4). Nejčastěj-

ším infekčním onemocněním respondentů byla virová hepatitida typu A (3) a gonorea (2). Viz tab. 2.

Tab. 3 Antropometrické údaje

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. deviation
Tělesná hmotnost [kg]	14	52	123	75,32	17,08
Tělesná výška [cm]	14	157	187	168	10,14
Obvod boků [cm]	12	90	115	102,92	8,67
Obvod pasu [cm]	13	60	103	85,23	12,73
Poměr pas/boky (WHR)*	12	0,60	0,90	0,813	,08327
BMI [kg/m ²]	14	20,80	33,80	26,26	4,132
Celkové množství tuků [%]	11	5,20	45	31,81	11,54

*WHR: Waist/Hip Ratio

Tabulka 3 sumarizuje antropometrické údaje jednotlivých respondentů. Průměrná tělesná hmotnost 15 respondentů je 75 kg. R1 váží nejméně (50 kg) a nejvíce R2 (123 kg). Průměrná výška respondentů je 168 cm, přičemž nejmenší je R10 (157 cm) a nejvyšší R2 (187 cm). Průměrný obvod boků je 103 cm. Minimum bylo naměřeno u R15 (90 cm) a maximum u R11 (115 cm). Průměrný obvod pasu je 85 cm, přičemž minimum bylo 60 cm (R7)

a maximum 103 cm (R2). Průměrný poměr pas/boky je 0,81 – minimum 0,6 (R7), maximum 0,9 (R13). Průměrný poměr pas/boky je 0,81 – minimum 0,6 (R7), maximum 0,9 (R13). Průměrný BMI u výzkumného souboru je 26, minima dosáhl R15 (21) a maxima R2 (33,8). Průměrné celkové množství tuku u respondentů je 32 %, z toho R15 má pouze 5,2 % a R10 45 %.

Tab. 4 Sociální determinanta „Výživa“

Celkový energetický příjem	Frequency	Percent
Větší než doporučená dávka PRI EU*	7	46,7
Menší než doporučená dávka PRI EU	6	40,0
Celkem respondentů	13	86,7
Nehodnotili	2	13,3
Klasifikace nadváhy a obezity podle BMI	Frequency	Percent
Podváha	0	0
Norma	5	33,3
Nadváha	5	33,3
Obezita 1. stupně	4	26,7
Obezita 2. stupně	0	0
Obezita 3. stupně	0	0
Celkem respondentů	14	93,3
Nehodnotil	1	6,7

*PRI EU „Population Reference Intake“ Evropské unie

Z celkového počtu 15 respondentů přijalo 7 respondentů (46,7 %) větší energetický příjem než doporučený a 6 respondentů (40 %) menší, 2 (13,3 %) neuvedli svůj běžný denní jídelníček. Pět respondentů (33,3 %) má normální váhu,

5 respondentů (33,3 %) má nadváhu, 4 respondenti (26,7 %) dosáhli obezity 1. stupně. Jeden respondent (6,7 %) nebyl hodnocen. Žádný z respondentů nemá podváhu. Viz tab. 4.

Tab. 5 Vybrané biochemické ukazatele

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. deviation
Hodnota glykemie [mmol/l]	14	3,10	6,40	4,79	0,8895
Hodnota cholesterolu [mmol/l]	13	3,00	6,20	4,68	0,7862

Průměrná hodnota náhodné glykemie z kapilární krve u respondentů byla naměřena 4,79 mmol/l (minimum – 3,1 mmol/l, maximum – 6,4 mmol/l). Průměrná hodnota cho-

lesterolu z kapilární krve u sledovaného souboru byla 4,68 mmol/l (minimum – 3 mmol/l, maximum – 6,2 mmol/l). Viz. tab. 5.

Tab. 6 Průměrné procentuální plnění doporučeného množství nutrientů

[%]	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. deviation
Doporučené množství energie	13	70 %	196 %	110 %	35,5254
Doporučené množství proteinů	13	89 %	255 %	157 %	45,5514
Doporučené množství lipidů	13	92 %	246 %	144 %	49,7524
Doporučené množství sacharidů	13	35 %	175 %	83,4 %	39,9239

Vyhodnoceno pomocí nutričního software NutriDan

Doporučené dávky odpovídají věku, pohlaví a fyzické námaze respondenta. Tyto dávky jsou specifikovány v referenčních dávkách Evropské unie ve formě PRI EU „Population Reference Intake“. Průměrné procentuální plnění doporučeného množství příjmu energie činilo u výzkumného vzorku 110 %. Minimum 70 % doporučené dávky přijal R2. Maximum 196 % doporučené dávky přijal R6.

Průměrné procentuální plnění doporučeného množství příjmu proteinů dosáhlo u vý-

zkumného vzorku 157 %. Minimum 89 % doporučené dávky přijal R13. Maximum 255 % doporučené dávky přijal R15.

Průměrné procentuální plnění doporučeného množství příjmu lipidů dosáhlo u výzkumného vzorku 144 %. Minimum 92 % přijal R2. Maximum 246 % R6.

Průměrné procentuální plnění doporučeného množství příjmu sacharidů dosáhlo u výzkumného vzorku 83,4 %. Minimum 35 % přijal R2. Maximum 175 % R6. Viz tab. 6.

Graf 1 Rozložení mastných kyselin (Boxplot)

Boxplot znázorňuje rozložení příjmu mastných kyselin (graf 1). Příjem cholesterolu u R3 byl klasifikován jako maximální extrém. Pokud provedeme srovnání jenom na základě mediánu, vychází příjem saturovaných mastných kyselin hůře (181 % doporučené denní dávky) než příjem cholesterolu (106 % doporučené denní dávky). Medián příjmu mononenasycených mast-

ných kyselin je 97,5 % doporučené dávky a polynenasycených mastných kyselin 66 %. U příjmu cholesterolu a polynenasycených mastných kyselin pozorujeme značnou variabilitu mezi respondenty, naopak příjem mononenasycených a saturovaných mastných kyselin je mezi respondenty velmi vyrovnaný.

Graf 2 Rozložení systolického a diastolického tlaku (Boxplot)

Z celkového počtu 14 respondentů, u kterých bylo provedeno měření krevního tlaku, dosáhla průměrná hodnota systolického tlaku 132 mmHg a hodnota diastolického tlaku 81 mmHg, což odpovídá zvýšenému systolickému tlaku a normálnímu diastolickému tlaku. Nejnížší systolický tlak byl naměřen u R7 – 107 mmHg (optimální tlak), nejvyšší u R10 – 179

mmHg (hypertenze). Nejnížší diastolický tlak byl naměřen u R7 – 67 mmHg (optimální) a nejvyšší u R6 – 93 mmHg (hypertenze). Pokud provedeme srovnání pouze na základě mediánu, vychází prostřední hodnota u systolického tlaku 129 mmHg (normální) a diastolického tlaku 84 mmHg (normální). Viz graf 2.

Tab. 7 Sociální determinanta „Doprava“

Způsob dopravy do zaměstnání	Frequency	Percent
Automobilem	7	46,7
Na kole	1	6,7
MHD	1	6,7
ČSAD	3	20,0
Chůze	1	6,6
Celkem respondentů	13	86,7
Nehodnotili	2	13,3
Průměrná hodnota		
Vzdálenost zaměstnání od bydliště	38 km	
Trvání cesty do zaměstnání	26 min.	

Respondenti mají zaměstnání od svého bydliště vzdálené průměrně 38 km a cesta jim trvá 26 minut. Z 13 ekonomicky aktivních respondentů (86, 7 %) jezdí 7 (46,7 %) do práce autem, 1 (6,7 %) na kole, 1 (6,7 %) využívá služeb MHD a 3 (20 %) jezdí ČSAD, pouze 1 (6,7 %) chodí do zaměstnání pěšky (tab. 7).

DISKUZE

Hlavním záměrem výzkumného šetření bylo zmapovat zdravotní stav imigrantů ve vybrané lokalitě České republiky 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 „Závislost“

Uprchlíci, imigranti a jejich děti se potýkají s mnoha problémy spojenými s adaptací na život v nové zemi (Dvořáková, 2005). Kumulace

negativních zkušeností spojených se ztrátou dřívějších kontaktů, zaměstnání a de facto prestiže může vést ke vzniku mnoha druhů závislostí. Též výskyt posttraumatické stresové poruchy může dle Dvořákové (2005) vést k výskytu závislosti jako reakce na prožití abnormálních situací.

Droga, která nabízí uživatelům falešnou vidinu útěku před nepřízní osudu a stresem, ve skutečnosti pouze zhoršuje jejich problémy. Závislost na alkoholu, užívání nelegálních drog a kouření cigaret jsou těsně spjaty s ukazateli sociálního a ekonomického znevýhodnění. Odchod ze země původu je stresujícím faktorem, který se významně podílí na vzniku závislosti. Jazykové, kulturní a sociální bariéry přispívají k tomuto negativnímu fenoménu.

Cílem této části výzkumného šetření bylo zmapovat četnost užívání návykových látek respondenty a zhodnotit rizikové chování imigrantů se zaměřením na výskyt infekčních onemocnění.

Mírná konzumace alkoholu je u zdravého člověka bez rizika. Vyšší konzumace alkoholu pro méně odolné jedince znamená již zvýšené

riziko. Z celkového počtu 15 respondentů byla vyhodnocena u 11 respondentů (73,4 %) mírná konzumace alkoholu (0–10 jednotek alkoholu týdně) a u 4 respondentů (26,6 %) vyšší konzumace (11–20 jednotek alkoholu týdně). Vysoká (21–35 jednotek alkoholu týdně) a velmi vysoká (36 a více jednotek týdně) konzumace alkoholu nebyla zjištěna u žádného respondenta (viz tab. 1). V rámci studie IZPE⁵ Ukrajinci udávali vyšší konzumaci alkoholu a preferovali pití destilátů. Češi udávali preferenci pití piva a vína (Mighealthnet).

Kouření je označováno jako nejsnáze ovlivnitelná příčina předčasného úmrtí. Při kouření je do organismu vdechován nikotin a oxid uhelnatý. Obě látky podporují vznik ICHS a ICHDK.⁶ Je prokázáno, že kouření multiplikuje (zesiluje) působení dalších rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění (KVO), jako jsou hypertenze, obezita, hypercholesterolemie nebo nízká pohybová aktivita. Neexistuje žádná bezpečná hranice spotřeby tabáku a tabákových výrobků. Jakékoliv i malé množství tabákových výrobků poškozuje zdraví konzumenta (Komárek, 1997).

Z celkového počtu 15 respondentů 8 respondentů (53,3 %) je nekuřáků a 7 respondentů (46,7 %) kuřáků. Z toho 3 slabí kuřáci (1–9 cigaret denně), 2 středně silní kuřáci (10–19 cigaret denně) a 2 silní kuřáci (20 a více cigaret denně) (viz tab. 1). Studie IZPE prokázala, že mezi Ukrajinci bylo více kuřáků 36 % než mezi Čechy 26 %. Ukrajinci také kouřili více cigaret denně a mezi Čechy bylo více těch, kteří přestali kouřit (2). Stejně jako aktivní kouření představuje pasivní inhalace cigaretového kouře významné zdravotní riziko. Z celkového počtu 15 respondentů 8 respondentů (53, 3 %) pobývá často v prostředí, kde je cigaretový kouř, a 7 respondentů (46,7 %) se vyskytuje v zakouřeném prostředí velmi zřídka (viz tab. 1).

Žádný z respondentů neuvedl užívání jiných návykových látek. Příčinou malé četnosti užívání návykových látek u vybraného souboru může být délka pobytu cizinců v České republice. V průměru pobývají respondenti na území České republiky 7 let, to svědčí o dobré asimilaci do společnosti.

Doporučením pro další výzkum je soustředit se na cizince, kteří pobývají v České republice kratší dobu a kterým hrozí vyšší riziko užívání návykových látek.

Migranti mohou být více vystaveni sexuálnímu zneužívání. V Jihočeském kraji bylo v roce 2008 hlášeno 38 případů pohlavních nemocí. Z toho 15 případů syfilidy a 23 případů gonokokové infekce. Cizinci se podíleli na těchto hlášeních 8 případy (5 – syfilis, 3 – gonokoková infekce).⁷

V rámci rozhovoru byli respondenti dotazováni na možné rizikové sexuální chování a infekční onemocnění, která prodělali během svého života. Nejčastějším infekčním onemocněním respondentů byla hepatitida typu A a gonokoková infekce (viz tab. 2). Respondenti nebyli ochotni hovořit o příčinách souvisejících s přenosem infekčních onemocnění, proto zůstala tato otázka v rozhovoru nezodpovězena.

Sociální determinanta „Výživa“

Nedostatek potravin a jejich nedostatečná pestrost způsobují podvýživu a nemoci podmíněné nutričními deficity. Naopak nadměrný příjem potravy a případná nutriční nevyváženost přispívají ke vzniku řady civilizačních chorob. Kardiovaskulární onemocnění mezi migranty může souviset s etnickými predispozicemi, stravou a stresem. Jak muži, tak ženy jihoasijského původu mají o 30–40 % vyšší úmrtnost na ICHS než ostatní. Údaje ze Spojeného království naznačují, že migranti z Karibiku mají dvakrát vyšší výskyt CMP než „bílé“ obyvatelstvo. Ze Švédska byla hlášena vysoká míra obezity a onemocnění věnicových tepen mezi finskými migranty související se stravou a konzumací alkoholu (Mighealthnet). V souvislosti se sledovanou problematikou byla sesbírána i zdravotní anamnéza respondentů. Nejčastějším onemocněním v rodině respondentů byl vysoký krevní tlak (14x), obezita (9x) a nádorová onemocnění (8x). Nejčastějším onemocněním respondentů jsou respirační onemocnění (8x) a onemocnění GIT (4x) (viz tab. 2).

Dalším cílem výzkumného šetření bylo zhodnotit stav výživy respondentů. Stav výživy byl vyhodnocen pomocí antropometrických ukazatelů vybraných biochemických údajů a zhodnocením podílu vybraných nutrientů ve výživě. Antropometrická měření nám poskytují informace o charakteru těla a tělesného složení. Mezi tyto ukazatele patří: tělesná hmotnost, výška a tělesné obvody. Průměrná tělesná hmotnost respondentů byla 75 kg. Průměrná výška respondentů byla 168 cm. Průměrný obvod

boků se rovnal 103 cm. Průměrný obvod pasu byl 85 cm. Průměrný poměr pas/boky byl 0,81 (viz tab. 3).

Z ukazatelů, které využíváme v hodnocení nadváhy nebo obezity, používáme stanovení BMI (Body Mass Index). Hodnoty BMI 25 a více představují zvýšené riziko morbidity a mortality pro řadu onemocnění. Průměrná hodnota BMI u výzkumného souboru byla 26 (nadváha). Bylo zjištěno, že tento index koreluje s nemocností a úmrtností nejvíce ze všech používaných indexů (Provazník, Komárek, 2004). V závislosti na hodnotě BMI mělo 5 respondentů (33,3 %) normální váhu a zároveň jsou v průměrném riziku vzniku některých onemocnění, 5 (33,3 %) mělo nadváhu a má lehce zvýšené riziko vzniku onemocnění, 4 respondenti (26,7 %) dosáhli obezity 1. stupně a mají zvýšené riziko vzniku některých onemocnění. Žádný z respondentů neměl podváhu (viz tab. 4).

Významnou determinantou rizika mortality není celkové množství tuku v těle, ale jeho rozložení. Pokud je Index poměru obvodu pas/boky (WHR – Waist/Hip Ratio) větší než 0,95 u mužů a 0,85 u žen, jde o centrální (androidní) rozložení tuku v těle. Toto rozložení tuku v těle zvyšuje riziko hypertenze, dislipidemie, onemocnění diabetu mellitu 2. typu a kardiovaskulárních onemocnění. Centrální typ rozložení tuku mají 2 respondenti (13,3 %), 3 respondenti (20 %) nebyli hodnoceni a 10 respondentů (66,7 %) nemá androidní typ rozložení tělesného tuku.

U výzkumného souboru byl proveden náhodný odběr kapilární krve na glykémii a celkový cholesterol.

Fyziologická hodnota glykémie je udávána v rozmezí 3,3–6,1 mmol/l. Náhodně zjištěná hodnota glykémie z kapilární krve nad 7 mmol/l je hodnocena jako suspektní pozitivita diabetu mellitu, které náleží další laboratorní diagnostika. Průměrná hodnota náhodné glykémie z kapilární krve u respondentů byla naměřena 4,79 mmol/l. Minima dosáhl R8 (3,1 mmol/l). Tato hodnota glykémie znamená hypoglykémii. Maxima dosáhl R12 (6,4 mmol/l). Tato hodnota byla naměřena po jídle a nedosahuje krajní hranice 7 mmol/l u náhodně zjištěné kapilární glykémie (viz tab. 5).

Celková hladina cholesterolu by neměla přesahovat 5,2 mmol/l. Pro zjednodušení lze akceptovat jednoduchou představu o dvou tvá-

řích cholesterolu: aterogenní LDL-C, který je transportován do periferie, kde dává vznik aterosklerotickým lézím, a HDL-C, který naopak putuje z periferie do jater, kde je odbouráván. Vyšší hladiny LDL zvyšují riziko KVO, naopak vyšší hladina HDL chrání před koronárním onemocněním. Poměr mezi LDL:HDL by neměl být vyšší než 3,5(až 4):1 (Müllerová, 2003). Průměrná hodnota cholesterolu z kapilární krve u sledovaného souboru byla naměřena 4,68 mmol/l. Minima dosáhl R8 (3 mmol/l), maxima R7 (6,2 mmol/l). Doporučenou maximální hranici 5 mmol/l překročili také R12 (5,77 mmol/l) a R15 (5,24 mmol/l) (viz tab. 5).

Pomocí nutričního softwaru „NutriDan“ bylo vyhodnoceno zastoupení jednotlivých potravinových skupin a nutričních složek ve stravě respondentů. Množství nutrientů bylo porovnáno s doporučeným příjmem (100 %). Doporučené dávky byly specifikovány v referenčních dávkách Evropské unie ve formě PRI EU (Population Reference Intake EU) a odpovídaly věku, pohlaví, BMI a fyzické námaze respondenta. Průměrné procentuální plnění doporučeného množství příjmu proteinů dosáhlo u výzkumného vzorku 157 %, příjem lipidů 144 % a příjem sacharidů překročil 83 % (viz tab. 6).

Cholesterol je sloučenina lipidové povahy řadící se ke steroidům. Tělo ho samo dokáže vytvořit a zároveň ho přijímáme v živočišné potravě (maso, játra, mozeček, mléčné výrobky). Není v potravě čistě rostlinného původu. Průměrné procentuální plnění doporučeného množství příjmu cholesterolu dosáhlo u výzkumného vzorku 160 %. Mastné kyseliny tvoří v organismu součást složitějších tuků (lipidů), zejména triacylglycerolů a fosfolipidů. *Nasyčené mastné kyseliny* se nacházejí v živočišných tucích, kokosovém oleji a palmojádrovém tuku. Zvyšují hladinu cholesterolu v krvi, riziko aterosklerózy a diabetu. Průměrné procentuální plnění doporučeného množství příjmu nasycených mastných kyselin dosáhlo u výzkumného vzorku 187 % (viz graf 1).

Mononenasyčené mastné kyseliny se nacházejí v olivovém a řepkovém oleji a jsou pro organismus nejvýhodnější. Snižují hladinu LDL-cholesterolu a zároveň zvyšují hladinu HDL-cholesterolu. Průměrné procentuální plnění doporučeného množství příjmu mononenasyčených mastných kyselin dosáhlo u výzkumného vzorku 101 % (viz graf 1).

Polynenasycené mastné kyseliny se dělí na dva typy. Polynenasycené mastné kyseliny (PUFA omega-6) se nacházejí ve slunečnicovém, sezamovém a sojovém oleji. Snižují hladinu LDL-C v krvi. Zároveň mají negativní účinky na organismus. Mají prozánětlivé, protrombotické a proaterogenní efekty. Polynenasycené mastné kyseliny (PUFA omega-3) se nacházejí ve lněném oleji, řepkovém oleji a rybích tucích. Výrazně snižují hladinu triacylglycerolů a LDL-C v krvi, mají protizánětlivé, protitrombotické a protiaterogenní efekty. Vliv polynenasycených mastných kyselin na organismus závisí na poměru PUFA omega-6 a PUFA omega-3 ve stravě. WHO, 2003 doporučila jako optimální poměr těchto dvou kyselin 5:1 (Müllerová, 2003).

Průměrné procentuální plnění doporučeného množství příjmu polynenasycených mastných kyselin dosáhlo u výzkumného vzorku 114 %. Protože neznáme poměr polynenasycených mastných kyselin v příjmu respondentů, nelze určit, zda jde o žádoucí množství (viz graf 1).

Z celkového počtu 13 hodnocených respondentů vykázalo 7 respondentů větší energetický příjem než doporučený a 6 respondentů menší. Žádný z nich netrpí podváhou.

Z těchto výsledků lze vyslovit závěr, že imigranti v ČR nejsou v riziku nedostatečného příjmu výživy.

„Arteriální hypertenze je onemocnění charakterizované zvýšeným tepenným tlakem ve velkém krevním oběhu“ (Vokurka, 2004, s. 357). Riziko vzniku kardiovaskulárních onemocnění vzrůstá se zvyšujícími se hodnotami systolického i diastolického tlaku. Jako normální krevní tlak je počítána hodnota do 120/80 mmHg, s hraniční hodnotou 139/89 mmHg. Tlak nad 140/90 mmHg považujeme za hypertenzi. Vysoký krevní tlak se nemusí zejména zpočátku projevovat zřetelnými příznaky. Při neléčení hypertenze může dojít k pozdním komplikacím, jako je srdeční selhání, urychlení aterosklerózy, výskyt ICHS, CMP nebo poškození ledvin. Vědecké studie dokazují, že správně léčená hypertenze podstatně snižuje rizika s ní spojená (Provažník, Komárek, 2004).

Čtrnácti respondentům byl během rozhovoru změřen krevní tlak. Průměrný systolický tlak dosáhl hodnoty 132 mmHg, což odpovídá zvýšené hodnotě. Hodnota průměrného diastolického tlaku byla 81 mmHg, tedy normotenze. Nejnižší systolický tlak byl naměřen u R7 –

107 mmHg (optimální tlak), nejvyšší u R10 – 179 mmHg (hypertenze). Nejnižší diastolický tlak byl naměřen u R7 – 67 mmHg (optimální) a nejvyšší u R6 – 93 mmHg (hypertenze). Pokud provedeme srovnání pouze na základě mediánu, vychází prostřední hodnota u systolického tlaku 129 mmHg (normální) a diastolického tlaku 84 mmHg (normální) (viz graf 2).

Sociální determinanta „Doprava“

Rozšíření automobilové dopravy výrazně zhoršilo životní prostředí a zároveň snížilo pohybovou aktivitu občanů. Zároveň však dopravní mobilita může zvyšovat pracovní mobilitu a dostupnost pracovního místa. Cílem této části rozhovoru bylo zjistit pracovní mobilitu respondentů, vzdálenost zaměstnání od bydliště, ochotu respondentů dojíždět za prací a fyzickou aktivitu respondentů mimo zaměstnání. V průměru mají respondenti zaměstnání vzdálené od svého bydliště 38 km a cesta jim trvá 26 minut. Z 13 ekonomicky aktivních respondentů 7 jezdí do práce autem, R9 na kole, R7 používá MHD a 3 dojíždí do zaměstnání autobusem, pouze R11 chodí do zaměstnání pěšky. Všichni respondenti vyjádřili ochotu dojíždět do zaměstnání z větší vzdálenosti. Pouze 4 respondenti z 15 oslovených ve volném čase pravidelně sportují. Příčinou je velká pracovní zátěž a dlouhá pracovní doba respondentů (viz tab. 7).

Polovina respondentů dojíždí do práce autem, to svědčí o dobré pracovní mobilitě a její významnosti pro získání zaměstnání. Doporučením pro další výzkum je rozšířit metodiku o otázku týkající se geografické a sociokulturní dostupnosti pracovního místa.

ZÁVĚR

Hlavním záměrem projektu bylo zmapovat zdravotní stav imigrantů ve vybrané lokalitě České republiky na základě deseti sociálních determinant zdraví. V návaznosti na výzkumné cíle lze stanovit tyto závěry:

1. Díky jazykové bariéře často získávají pracovní místa, která neodpovídají jejich vzdělání, a tím se dostávají na nižší úroveň společenského postavení v majoritní populaci. Vykánávají zejména dělnické profese, které jsou vysoce fyzicky náročné.
2. Současná ekonomická krize v nich vzbuzuje oprávněný strach ze ztráty práce, nezaměstnanosti a následného vyhoštění z České republiky.

3. Cílová skupina respondentů vykazovala malou četnost užívání návykových látek.
4. Nejčastějším infekčním onemocněním respondentů výzkumného souboru byla hepatitida typu A a gonokoková infekce.
5. Většina imigrantů měla větší energetický příjem než doporučený a žádný z nich netrpí podváhou.
6. Polovina respondentů dojíždí do zaměstnání autem, což svědčí o dobré dopravní i pracovní mobilitě respondentů.

Na základě pilotní studie bylo navrženo konceptuální schéma pro výzkum většího rozsahu (viz příloha 1).

Vysvětlivky

1. MIGHEALTHNET – Informační síť o dobré praxi ve zdravotní péči o migranty a etnické menšiny v Evropě, IZPE – Institut zdravotní politiky a ekonomiky v Kostelci nad Černými lesy, 1. lékařská fakulta UK Praha.
2. Základní soubor: 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).
3. Výběr respondentů nebyl proveden formou náhodného výběru. Nicméně výběr výzkumného souboru metodou „snow ball“ a využití ukrajinského zprostředkovatele pro kontaktování respondentů umožňuje získané výsledky smysluplně interpretovat.
4. Za jednotku alkoholu je považováno takové množství alkoholického nápoje, které obsahuje přibližně 10g čistého alkoholu. Orientačně 1 jednotka 10° piva = 230 ml, 12° piva = 250 ml. 1 jednotka vína = 100 ml a 1 jednotka lihoviny = 25 ml.
5. 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.
6. ICHS – ischemická choroba srdeční, ICHDK – ischemické onemocnění dolních končetin.

7. Zdroj: Krajská hygienická stanice v Českých Budějovicích, statistický program EPIDAT.

* Tento příspěvek vznikl na základě finanční podpory Grantové agentury ZSF JU č. 901-05-08

LITERATURA

- BRABCOVÁ I.: Zdravotní stav imigrantů ve vybrané lokalitě České Republiky: I. – psychosociální determinanty zdraví. *Kontakt*, České Budějovice: ZSF JU, 2009, vol. 11, no 2, p. 358–367.
- 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.
- KOMÁREK, L. et al.: *Podpora zdraví a prevence v primární péči*. Praha: Geoprint, 1997, 66 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/>.
- MÜLLEROVÁ, D.: *Zdravá výživa a prevence civilizačních nemocí ve schématech*. Praha: Triton, 2003, 97 s.
- PROVAZNÍK, K., KOMÁREK, L.: *Manuál prevence v lékařské praxi* (souborné vydání). Praha: Fortuna, 2004, 733 s.
- VOKURKA, M. a kol.: *Velký lékařský slovník*. 4. vyd. Praha: MAXDORF, 2004, 906 s.
- 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.

* *Příloha na další straně*

Iva Brabcová et al.
brabcova@zsf.jcu.cz

Příloha 1: Konceptuální rámec pro kvantitativní výzkum

Nezávislá proměnná		Závislá proměnná
Sociální vyčlenění	}	Nadváha (BMI)
SES		
Věk		
Odolnost vůči stresu		
Strava	}	Riziko KVO
Stres		
Etnické predispozice		
Odolnost vůči stresu	→	Hodnota TK
Příjem sacharidů	→	Hodnota glykemie
Příjem lipidů	→	Hodnota cholesterolu
Délka pracovní doby	→	Fyzická aktivita ve volném čase
Pohlaví	→	Délka pracovní doby
Druh zdravotního pojištění	→	Dostupnost zdravotní péče
Sociální síť kontaktů	→	Nutriční příjem
Věk	→	BMI
Dopravní mobilita	→	Získání pracovního místa