

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

DISERTAČNÍ PRÁCE

Mgr. Veronika Záleská

České Budějovice 2013

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Sociální situace imigrantů žijících ve zvolených
lokality České republiky z pohledu vybraných
determinant zdraví**

DISERTAČNÍ PRÁCE

**V oboru: Prevence, náprava a terapie zdravotní a sociální problematiky dětí,
dospělých a seniorů.**

Autor: Mgr. Veronika Záleská

Školitelka: doc. Mgr. et Mgr. Jitka Vacková, Ph.D.

České Budějovice 2013

ABSTRAKT – Sociální situace imigrantů žijících ve zvolených lokalitách České republiky z pohledu vybraných determinant zdraví

Dle Wilkinsona a Marmota (2003) je oblast deseti sociálních determinant zdraví patrně nejkompexnějším přístupem k analýze zdravotního stavu jedince. Jelikož imigranti patří mezi zranitelné sociální skupiny, je důležité zabývat se jejich sociální situací, která signifikantně ovlivňuje zdraví jedinců.

Cílem disertační práce bylo zhodnotit sociální determinanty zdraví v oblasti sociální opora, stres, dětství a doprava. Kvantitativní metoda zkoumání objektu výzkumu byla realizována pomocí dotazování. Pro potřeby výzkumu a sběru dat byl vytvořen nestandardizovaný dotazník. Získaná data byla testována v programu SPSS verze 16.0. Pro statistické testování byl zvolen Personův chí kvadrát test, Analýza adjustovaných reziduí zobrazená pomocí skriptu Znaménkové schéma. Výzkumný soubor tvořili legálně usazení imigranti pobývající v České republice déle než jeden rok, ve věkové kategorii 18 - 65 let, vietnamské, mongolské a ukrajinské národnosti. Respondenti pobývali ve vybraných lokalitách: hlavní město Praha, Jihočeský kraj a Kraj Vysočina. Osloveno bylo celkem 246 respondentů.

Z výsledků šetření je zřejmé, že Českou republiku jako domovský stát vnímají častěji Ukrajinci než Vietnamci a Mongolové. Přítomnost osoby ochotné jim pomoci a pocit dostatku přátel udávali opětovně respondenti z Ukrajiny. Pokud jde o počet těchto osob nejčastěji respondenti udávali 1 až 2 osoby. Byl prokázán vztah mezi vybranými charakteristikami sociální opory, subjektivním hodnocením zdraví, přítomností deprese a stresových symptomů psychického a fyzického původu. Jako velmi důležitá se v oblasti sociální opory ukázala schopnost komunikovat v českém jazyce.

Prožití mimořádné negativní situace po příjezdu do České republiky udávali statisticky významně častěji Vietnamci než Mongolové a Ukrajinci. Respondenti, kteří prožili negativní situaci, hodnotí své zdraví pouze jako průměrné a častěji udávají přítomnost chronické bolesti. Denně je působení stresu vystavena desetina respondentů. Nejčastěji vystavení stresovým situacím udávali Mongolové, nejméně pak Ukrajinci. Většina respondentů má přítomny známky deprese. Své zdraví hodnotili statisticky

významně častěji jako průměrné respondenti, kteří mají přítomnu středně silnou, těžkou až extrémně vyjádřenou depresi.

S prodlužující se délkou pobytu a růstem mzdy se zvyšuje využívání automobilu a klesá počet respondentů, kteří chodí do práce pěšky. Intenzivní chůzi se nejčastěji věnují respondenti z Ukrajiny, následují respondenti z Mongolska a Vietnamu. Náročnější pohybové aktivity statisticky významně častěji provádějí muži, vysokoškoláci a intelektuálně pracující respondenti. Imigranti, kteří uvedli, že se pravidelně věnují chůzi a pohybovým aktivitám, hodnotí své zdraví jako dobré a udávají nepřítomnost známek deprese.

Během těhotenství respondentky dodržovaly pravidelné prohlídky a průběh jejich těhotenství byl z většiny fyziologický. Více než čtvrtina respondentek musela v době těhotenství pobývat v zakouřeném prostředí, nejčastěji se jednalo o respondentky z Mongolska. Velké procento respondentek v těhotenství pracovalo 9 a více hodin. Zdravotní stav nejmladších dětí respondentů je dobrý, většina prodělala jen běžná dětská onemocnění. Ukrajinci statisticky významně častěji udávají, že jejich děti jsou vystaveny stresovým situacím. Více než desetina dětí respondentů není zdravotně pojištěna a proočkováána. Většina dětí dodržuje preventivní prohlídky u praktického lékaře pro děti a dorost, nižší účast je zaznamenána u preventivních prohlídek u stomatologa.

Imigranti se často ocitají v nepříznivé sociální situaci a je tedy důležité přijmout opatření, která budou eliminovat jejich dopady. Mezi stěžejní patří např. sociální programy zacílené na imigranty, preventivní programy zaměřené na děti cizinců a zvyšování jazykových znalostí imigrantů.

Klíčová slova: sociální determinanty zdraví; imigranti; sociální opora; stres; doprava; dětství

ABSTRACT - Social situation of immigrants living in selected localities of the Czech Republic from the perspective of selected health determinants

According to Wilkinson and Marmot (2003), the area of ten social health determinants constitutes probably the most comprehensive approach to analysis to the individual's health condition. As immigrants rank among vulnerable social groups, it is important to deal with their social situation that has significant impact on the individuals' health.

The goal of the dissertation consisted in assessing the social health determinants in the area of social support, stress, childhood and transportation. The quantitative investigation method of the research subject was implemented through questioning. A non-standardized questionnaire was created for the needs of research and data collection. The acquired data were tested in SPSS program, version 16.0. Pearson's chi-squared test and Analysis of adjusted residuals displayed with the help of Sign scheme script were selected for statistic testing. The research set consisted of legally settled immigrants, living in the Czech Republic for more than one year, in age category of 18-65 years, of Vietnamese, Mongolian and Ukrainian nationality. The respondents lived in selected localities: capital of Prague, South Bohemian Region and Vysočina Region. 246 respondents in total were questioned.

The investigation results show that Ukrainians perceive the Czech Republic as their home state more frequently than the Vietnamese and Mongolians. Respondents from Ukraine reported also the presence of a person ready to help them and the feeling of sufficient friends. As for the number of such persons, the respondents most frequently reported 1 to 2 persons. Relationship between selected characteristics of social support, subjective assessment of health, presence of depression and stress symptoms of psychic and physical origin was proved. The ability to communicate in Czech language was shown to be very important in the area of social support.

The Vietnamese reported with higher statistically significant frequency than the Mongolians and the Ukrainians to have experienced extraordinarily negative situation upon arrival to the Czech Republic. The respondents who have experienced negative situation evaluate their health only as mediocre, reporting more frequently the presence of chronic pain. One tenth of the respondents is daily exposed to effect of stress. The Mongolians reported most frequent exposure to stress situations, while the Ukrainians

reported least frequent exposure. The most respondents have signs of depression. The respondents who have medium, serious or extreme depression assessed their health with higher statistically significant frequency as mediocre.

With increasing duration of stay and growing wage, the use of a car rises, and the number of respondents walking to work decreases. Intensive walking is performed most frequently by the respondents from Ukraine, followed by the respondents from Mongolia and Vietnam. More exacting movement activities are performed with higher statistically significant frequency by men, university graduates and intellectually working respondents. The immigrants who have reported to perform regular walking and movement activities assess their health as good and report absence of signs of depression.

During pregnancy, the female respondents observed regular examinations and the course of their pregnancy was predominantly physiological. More than one quarter of the female respondents had to spend time in smoky atmosphere during pregnancy; that was most frequently the case of respondents from Mongolia. A high percentage of female respondents worked 9 and more hours during pregnancy. The health condition of the respondents' youngest children is good; most of them have suffered only common children's diseases. The Ukrainians report with higher statistically significant frequency that their children are exposed to stress situations. More than one tenth of the respondents' children have no health insurance and vaccination. The most children observe preventive examinations at the general practitioner's for children and youth; lower participation is recorded in preventive examinations at the dentist's.

The immigrants often find themselves in adverse social situation, and it is therefore important to adopt measures to eliminate its impacts. The crucial measures include for example social programs focused on immigrants, preventive programs focused on foreigners' children and increasing language knowledge of the immigrants.

Key words: social health determinants; immigrants; social support; stress; transportation; childhood

Prohlášení:

Prohlašuji, že svoji disertační práci na téma „Sociální situace imigrantů žijících ve zvolených lokalitách České republiky z pohledu vybraných determinant zdraví“ jsem vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění souhlasím se zveřejněním své disertační práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích, 27. 5. 2013

Mgr. Veronika Záleská

Poděkování

Děkuji tímto své školitelce paní doc. Mgr. et Mgr. Jitce Vackové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady, laskavý přístup, pomoc a velkou podporu během celého studia a psaní disertační práce.

OBSAH

ÚVOD.....	3
1. SOUČASNÝ STAV.....	5
1.1 Cizinci v České republice	5
1.1.1 Akulturační proces	7
1.2 Zdraví a zdravotní stav imigrantů	9
1.2.1 Výzkumy týkající se zdraví imigrantů v České republice.....	11
1.3 Koncepce zdraví.....	13
1.4 Nerovnosti ve zdraví	15
1.4.1 Etnická příslušnost a nerovnosti ve zdraví	17
1.5 Sociální determinanty zdraví	18
1.5.1 Sociální determinanty zdraví ve vztahu k imigrantům.....	21
1.6 Sociální determinanta zdraví - sociální opora.....	24
1.6.1 Sociální opora a sociální síť imigrantů	26
1.6.2 Sociální opora a její vliv na zdraví.....	28
1.6.3 Sociální opora a duševní zdraví imigrantů	30
1.7 Sociální determinanta zdraví - stres	31
1.7.1 Stres ve vztahu k imigrantům.....	32
1.8 Sociální determinanta zdraví - doprava	34
1.8.1 Pohybová aktivita	34
1.8.2 Doprava a aktivní transport.....	36
1.8.3 Doprava ve vztahu k imigrantům	37
1.9 Sociální determinanta zdraví - dětství.....	38
1.9.1 Dětství ve vztahu k imigrantům	40
2. PŘEDMĚT, CÍLE PRÁCE, HYPOTÉZY	42
2.1 Předmět výzkumného šetření	42
2.2 Cíle práce	42
2.3 Hypotézy	43
2.4 Opearacionalizace pojmů	44
3. METODIKA.....	47
3.1 Charakteristika výzkumného souboru.....	48
3.2 Způsob statistického zpracování dat	49
3.3 Metodologické a konceptuální omezení výzkumného záměru	50
4. VÝSLEDKY	51
4.1 Vyhodnocení sociální determinanty zdraví – sociální opora	51
4.2 Vyhodnocení sociální determinanty zdraví - stres	81
4.3 Vyhodnocení sociální determinanty zdraví - doprava	102
4.4 Vyhodnocení sociální determinanty zdraví - dětství.....	116

5. DISKUZE	140
5.1 Sociální opora a její vliv na zdraví cílové skupiny	140
5.2 Stres a jeho vliv na zdraví cílové skupiny.....	147
5.3 Doprava a její vliv na zdraví cílové skupiny.....	151
5.4 Dětství a jeho vliv na zdraví cílové skupiny	156
6. ZÁVĚR A DOPORUČENÍ PRO PRAXI	163
6.1 Stěžejní výsledky a doporučení pro praxi v oblasti sociální opora.....	163
6.2 Stěžejní výsledky a doporučení pro praxi v oblasti stres	165
6.3 Stěžejní výsledky a doporučení pro praxi v oblasti doprava	166
6.4 Stěžejní výsledky a doporučení pro praxi v oblasti dětství.....	168
7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	170
8. KLÍČOVÁ SLOVA	187
9. SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	188
10. PŘÍLOHY.....	189

ÚVOD

Žádný rozdíl mezi lidmi není tak velký jako rozdíl mezi zdravými a nemocnými.

F.S. Fitzgerald

Studie dokazují, že ve všech společnostech dochází k nerovné distribuci zdraví a nemocí. Ačkoli existují různá vysvětlení pro sociální nerovnosti ve zdraví, narůstá mezi odborníky konsensus, že jsou důsledkem sociálního a ekonomického uspořádání společnosti. Z tohoto zjištění vychází také koncept sociálních determinant zdraví. Zdraví je a vždy bylo jednou z nejvýznamnějších hodnot jak pro jednotlivce, jehož kvalita života a životní spokojenost je se zdravotním stavem těsně svázána, tak pro společnost, ve které působí zdraví jako komparační výhoda a faktor společenského a ekonomického rozvoje.

Koncepce sociálních determinant zdraví je v současné době vysoce aktuálním tématem sloužícím jak pro diskusi nad jejich konceptuálním vymezením, tak pro výzkumné zadání vedoucí ke stanovení priorit zdravotní politiky řady zemí světa. Dle Wilkinsona a Marmota (2003) je oblast deseti sociálních determinant zdraví patrně nejkompexnějším přístupem k analýze zdravotního stavu jedince. Zaměřuje se na následující aspekty zdraví: sociální gradient, stres, dětství, sociální vyloučení, práce, nezaměstnanost, sociální opora, výživa, závislost a doprava.

Sociální determinanty zdraví jsou významné při hledání příčin sociálních nerovností ve zdraví. Jedna z možných příčin těchto nerovností spočívá ve zranitelnosti určitých sociálních skupin populace. Imigranti jsou zranitelná sociální skupina se specifickými zdravotními potřebami. Na jejich zdravotní stav působí mnoho faktorů, jako jsou jazyková a kulturní bariéra, psychosociální dopady migrace, případná diskriminace, snížená finanční dostupnost zdravotní péče, odlišná povaha nemocnosti zapříčiněná zdravotními podmínkami v zemi původu a kulturně specifická prezentace projevů nemoci.

Výzkumným cílem této disertační práce bylo zhodnocení sociálních determinanty zdraví v oblasti sociální opora, stres, dětství a doprava. Výzkum probíhal jako součást projektu, který byl financován Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy České

republiky v rámci COST s názvem „Zdravotně sociální situace imigrantů a azylantů v České republice“ (doba řešení 2010/2011).

Práce je rozdělena do dvou částí. V teoretické části se věnuji, po základním vymezení problematiky zdraví a zdravotního stavu imigrantů v České republice, teoretickému vymezení koncepce sociálních determinant s důrazem na zdraví imigrantů a popisují jednotlivé vybrané sociální determinanty zdraví (sociální opora, stres, doprava a dětství). V empirické části prezentují výsledky, které jsou v diskuzi zasazeny do kontextu dostupných publikovaných poznatků o zkoumané problematice

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Cizinci v České republice

Současná migrace zasahující Evropu je především důsledkem ekonomické globalizace a válečných konfliktů (IOM, 2004). Převažující příčiny migrace lze dle Drbohlava (2001) v současném světě spatřovat zejména v nerovnoměrném rozložení bohatství mezi jednotlivými světadíly, v síle ekonomik jednotlivých zemí a úrovni ekonomického rozvoje a v životní úrovni jejich obyvatel. Od vzniku samostatné České republiky (ČR) prošla situace v oblasti migrace zásadním vývojem. Ze země zdrojové, na počátku 90. let minulého století, přes období velkého přílivu žadatelů o mezinárodní ochranu a tranzitujících cizinců na přelomu 20. a 21. století se Česká republika v posledních letech stala zemí, která je pro cizince migrující za prací a obchodem cílovou zemí pro dlouhodobé či trvalé usazení (Nosková, 2005).

Hübelová (2012) uvádí, že v roce 1990 bylo na našem území registrováno celkem 35 198 cizinců s povoleným pobytem, v roce 1999 zde žilo legálně již 228 862 cizinců. Dále poukazuje na fakt, že ve zprávě Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) o sociální a ekonomické situaci v členských zemích, publikované v roce 2006, se konstatuje, že ČR v letech 1992 – 2002 byla ze všech zemí OECD zemí s největším přírůstkem cizinců. Zatímco v roce 1990 představovali imigranti pouze 0,3 % populace v Československu, v roce 2010 dosáhl tento podíl v ČR 4 % (Drbohlav, 2011). I přesto, že nárůst imigrace je významný, v České republice zatím nedosahuje průměrné hodnoty imigrace ve vyspělých evropských zemích, která činí 8 - 10 % (IOM, 2004).

Dle Zprávy o situaci v oblasti migrace integrace cizinců na území České republiky v roce 2011 (2012) došlo v roce 2009 ke změně vývojových trendů v oblasti migrace, které byly zaznamenávány v předchozích letech. Celosvětová ekonomická krize, která na konci roku 2008 začala ovlivňovat rovněž ekonomický vývoj a situaci na trhu práce České republiky, se projevila i v oblasti imigrační. Zatímco v posledních letech se až do roku 2008 počet cizinců pobývajících v České republice každoročně výrazně zvyšoval, v průběhu roku 2009 byl poprvé zaznamenán pokles celkového počtu cizinců s povoleným pobytem. Tento pokles se týkal zejména občanů Evropské unie, u občanů třetích zemí pak byl v roce 2009 zaznamenán nárůst výrazně nižší než

v předchozích letech. Tento trend přetrvával i v letech 2010 a 2011. V pozastavení růstu počtu cizinců s povoleným pobytem se bezesporu projevila opatření přijatá vládou České republiky k omezení dopadů hospodářské krize na situaci v oblasti migrace. Jednalo se zejména o omezení příchodu nových zahraničních pracovníků. Dalším faktorem, který ovlivnil stagnaci počtu cizinců s povoleným pobytem v České republice, je rovněž úspěšná realizace projektu dobrovolných návratů. Cizincům v legálním postavení, kteří v České republice přišli o pracovní uplatnění, stát zajišťoval jejich návrat do země původu a poskytl jim tak možnost důstojného návratu (Zpráva o situaci..., 2012).

Dle ČSÚ (Cizinci podle typu pobytu..., 2011) pobývalo k 30. dubnu 2011 na území České republiky 422 225 cizinců (4,2 % populace), z toho mělo 192 028 trvalý pobyt (101 388 tvořili muži a 90 640 ženy) a 230 197 ostatní typy pobytů (z toho 142 072 muži a 88 125 ženy). Mezi příslušníky nejčastějších státních občanství patřili Ukrajinci (117 104), Slováci (78 617), Vietnamci (58 015), Rusové (30 618) a Poláci (18 877).

Ačkoliv dochází ke stagnaci v oblasti nově příchozích cizinců, otázka integrace cizinců již na území pobývajících stále nabývá na důležitosti. Základním dokumentem integrační politiky je Koncepce integrace cizinců na území České republiky. *Aktualizovaná Koncepce integrace cizinců - Společné soužití* (Zpráva o situaci..., 2012) definuje postup České republiky v oblasti integrace cizinců do budoucna a reaguje na vývoj, nové trendy a aktuální potřeby v souvislosti s integrací cizinců i cizineckou problematikou obecně.

Na změny v migrační situaci reagovala politika integrace, a to jak na úrovni státu, tak na úrovni regionální a lokální státní správy a samosprávy. Integrační politika se zaměřila na (Zpráva o situaci..., 2012):

- systematické monitorování a vyhodnocování situace a postavení cizinců v ČR,
- intenzivní integrační opatření v místech významného soustředění cizinců,
- spolupráci s regionální a lokální veřejnou správou,
- rozšíření spektra subjektů podporujících integraci, jejich vzájemnou spolupráci a sdílení zkušeností.

Imigrace vždy musí být bezprostředně následována integračními opatřeními, která cizincům napomohou začlenit se do společnosti. Cílem je efektivní řízená legální imigrace přímo podpořená integračními opatřeními.

1.1.1 Akulturační proces

Akulturační proces je psychosociální proces, který probíhá v situacích, kdy se dostávají do dlouhodobého kontaktu příslušníci dvou nebo více kulturních společností (Všetečka, Průcha, 2012). Podle Berryho (2005) proces akulturační postupuje v závislosti na tom, do jaké míry se jedinec účastní kulturního života v nové společnosti a zároveň si uchovává svou původní kulturní identitu. Chakraborty et al. (2010) uvádějí, že existuje souvislost mezi adaptací kulturní menšiny k většinové kultuře a zdravím. Mnohé studie přinášejí důkazy o vlivu akulturačního procesu na zdraví imigrantů a poukazují na pozitivní i negativní efekty, které se s akulturací pojí.

Míra ovlivnění jedné kultury druhou vychází z tzv. akulturační strategie. Ta může podle Berryho (2006) vyústit ve 4 základní typy soužití - integraci, asimilaci, separaci a marginalizaci:

Strategie asimilace se uplatňuje tehdy, kdy si jedinci nepřejí uchovávat svou kulturní identitu a vyhledávají každodenní kontakt s jinými kulturami. Imigranti tedy splynou s obyvatelstvem hostitelské země, kdežto svou původní kulturu nepovažují za podstatnou pro život v novém prostředí

Naopak, pokud je pro jedince významné setrvat se svou původní kulturou a zároveň se snaží co nejvíce se vyhýbat vzájemným kontaktům a působení jiných kultur, hovoříme o strategii separace. Cizinci si zachovávají odstup od dominantní kultury a žijí v izolaci od ní, pouze se svou původní kulturou. Často se separačně vymezí jenom první generace přistěhovalců a u jejich dětí dojde již k vědomé asimilaci anebo integraci (Berry, 2001). K separaci také častěji dochází pokud v nové zemi vládne všeobecně odmítavý postoj vůči kulturní identitě imigrantů, nedostatek otevřenosti a přátelskosti.

Setkáme-li se se zájmem v obou směrech, jak s udržováním své původní kultury, tak i s každodenními styky s ostatními etnickými skupinami, jedná se o integraci. V tomto případě je zachován určitý stupeň kulturní integrity a zároveň snaha participovat jako nedílná součást širší sociální sítě. Z dlouhodobého hlediska

se integrace osvědčila jako nejúspěšnější možnost akulturace (adaptace) (Dvořáková a kol., 2008, s. 46).

Marginalizace je používána těmi jedinci, kteří nemají možnost či zájem o uchování vlastní kultury a zároveň necítí ani potřebu kontaktu s dominantní kulturou (Berry, 2006).

Je důležité podotknout, že tyto strategie nejsou samy o sobě konečným výsledkem akulturace. Vzhledem k tomu, že se jedná o kontinuální proces, jedinec může čas od času a k vyrovnání se s různými životními otázkami uplatňovat odlišné strategie (Berry, 2001). Berry dále upozorňuje, že zmíněné strategie jsou pozorovány jak u jednotlivců, tak u jejich referenčních etnických či etnokulturních skupin, tzn. že v rámci skupiny procházející akulturací mohou někteří jedinci preferovat jinou strategii, než jakou uplatňuje většina této skupiny (Berry, 2001).

Berry (2005) upozorňuje i na významnost postoje k akulturačním strategiím ze strany dominantní společnosti, která může prosazovat jen určitý typ vztahů anebo omezovat výběr strategií minoritních skupin a jedinců. Určitá rozporuplnost v těchto postojích na obou stranách pak může být jedním z mnoha zdrojů obtíží pro akulturující se jedince. Podle Broučka (2004) je pro úspěšné uplatňování strategie integrace nezbytný vzájemný kompromis mezi dominantní společností a minoritními skupinami, který představuje přijetí práva pro všechny etnické či kulturní skupiny na život ve stejné společnosti. Pro menšinové skupiny vyžaduje tato strategie osvojení si základních hodnot majoritní společnosti. Majoritní společnost musí být zároveň připravena přizpůsobit svou institucionální síť (vzdělávací, zdravotnickou a pracovní) tak, aby lépe vyhovovala potřebám všech skupin žijících v pluralitní společnosti.

Dle Berryho (2006) u osob z minoritních společností dochází po styku s majoritní kulturou k určitým změnám v jejich chování, oblékání, způsobu stravování, vyjadřování a v nejhorších případech může dojít ke stavům nejistoty a deprese. Tento jev nazýváme akulturační stres. Jde o důsledek ztráty domova a známého prostředí, přerušování kontaktů s blízkými lidmi a přáteli, o důsledek vlivu nového prostředí a nutnosti navazovat vztahy s dosud neznámými lidmi, o důsledek nejasností týkajících se výkonu vlastních rolí, případně o důsledek neschopnosti tato očekávání naplnovat (Berry, 2006). Matoušek (2008) uvádí, že na vzniku kulturního šoku se podílí i jazyková bariéra. Dle Průchy (2004) existuje signifikantní vztah mezi stupněm etnické

identity imigrantů a jejich psychologickou tísní, neboť čím více imigranti trvají na své etnické identitě, čím více se cítí vázání ke kultuře své komunity, tím spíše u nich dochází k psychologické tísní v obklopující je kultuře majoritní společnosti.

1.2 Zdraví a zdravotní stav imigrantů

V současné době představuje migrace a s ní související integrace migrantů do majoritní společnosti jednu z nejpálčivějších a nejcitlivějších globálních výzev lidstva. Zdravotní stav imigrantů se tak stává 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. Problematika zdraví a migrace je tradičně spojována s řadou vědních oborů a jedná se tak o multioborovou problematiku, která se nedotýká pouze oblasti zdravotnictví a sociálních věcí, ale úzce souvisí i s migrační a imigrační politikou státu (Mladovsky 2007).

Imigranti jsou zranitelná sociální skupina se specifickými zdravotními potřebami. Jak uvádí Brabcová (2012), na jejich zdravotní stav působí mnoho faktorů, jako jsou jazyková a kulturní bariéra, psychosociální dopady migrace, případná diskriminace, snížená finanční dostupnost zdravotní péče, odlišná povaha nemocí zapříčiněná zdravotními podmínkami v zemi původu a kulturně specifická prezentace projevů nemoci. Dle Dobiášové a Hnilicové (2010) patří mezi závažná zdravotní rizika migrace pracovní úrazy, přenos infekčních onemocnění, zvýšený výskyt duševních poruch a zhoršení zdravotního stavu z důvodu efektu zdravého imigranta.

„Efekt zdravého migranta je vysvětlován jako samovýběrový proces, kdy se pro migraci častěji rozhodují mladší, zdravější a odolnější jedinci než většinová populace v zemi původu, ale i většinová populace v hostitelské zemi. Migranti tak ve srovnání s většinovou populací vykazují v průměru lepší zdravotní stav a nižší míru využívání zdravotnických služeb. Tato relativní výhoda se však nemusí týkat všech skupin migrantů a s délkou pobytu v cizí zemi se může díky psychologickému a sociálnímu stresu, který je s migrací spojen, postupně ztrácet (Dobiášová, 2009, s. 4-5)“. Dle Newbolda (2005) tvoří příjíždějící cizinci pouze vybranou část obyvatel jejich země původu, jsou to většinou lidé v produktivním věku a netrpící chronickým onemocněním. Pokles úrovně zdravotního stavu imigrantů bývá také vysvětlován zvýšeným výskytem nezdravého chování. V souvislosti s rostoucí akulturací se totiž u imigrantů objevují

i častější tendence ke kouření a pití alkoholu (Abraido-Lanza et al 2005; Acevedo-Garcia et al. 2005; Balcazar et al. 1996), zaznamenán byl i výskyt vyššího indexu tělesné hmotnosti (Abraido-Lanza et al 2005; Antecol a Bedard 2006).

Na vznik efektu zdravého migranta může mít vliv i selektivní migrační politika dané země, kdy jsou upřednostňováni mladší jedinci s vyšším vzděláním, odolní proti psychické zátěži. Newbold (2005) dále uvádí, že efekt zdravého migranta je nejvýraznější u migrantů z rozvojových zemí, oproti těm, kteří přicházejí z kulturně podobné země.

Ve vztahu ke zdraví a zdravotnímu stavu migrantů se často hovoří o všeobecném právu na zdraví, jako o jednom ze základních lidských práv, kterého může užívat každý, aniž by byl diskriminován z důvodu rasy, náboženství, politického přesvědčení, ekonomických a sociálních podmínek. Definice zdraví, kterou publikovala Světová zdravotnická organizace (WHO), definuje zdraví jako stav naprosté fyzické, psychické i sociální pohody. Není to jen nepřítomnost nemoci (Kebza, 2005). Dle Křihohlavého (2001) byla tato definice kritizována pro svoji nereálnost, nedosažitelnost a nedokonalost, přesto však jasně ukazuje na propojení psychické, somatické a sociální stránky člověka. Na celkový zdravotní stav migrantů má mnoho faktorů: životní styl a životní prostředí, genetická dispozice, etnická příslušnost, psychosociální stres, socioekonomické postavení a využívání zdravotní péče.

Informace o zdraví migrantů v ČR, které jsou k dispozici, neposkytují úplný obraz o zdraví narůstajícího počtu migrantů a o faktorech, které jejich zdravotní stav ovlivňují. Výsledné informace nejsou komplexní a netýkají se rovnoměrně všech skupin cizinců. Lze využít také údaje z rutinních statistik, ale ty se týkají jen určité části migrantů, což značně snižuje jejich využitelnost pro popis zdraví migrantů jako celku (Dobiášová, 2009, s. 7).

Zdravotní péče, které se cizincům v ČR dostává, se odvíjí od typu zdravotního pojištění. V oblasti zdravotního pojištění cizinců existují v České republice dva vzájemně se prakticky vylučující systémy, a to systém veřejného zdravotního pojištění a systém smluvního (komerčního, soukromého) zdravotního pojištění cizinců. Rozhodujícími činiteli, kteří určují, kterého systému se cizinec bude účastnit, tedy na jakou zdravotní péči bude mít nárok, je to, odkud cizinec přijel, a také, jaký je jeho pobytový status v ČR.

Cizinci, kteří v České republice pobývají dlouhodobě, mají povinnost zajistit si zdravotní pojištění na celou dobu pobytu (Hnilicová et al., 2009, s. 13). V České republice je zdravotní péče poskytována na základě veřejného zdravotního pojištění. „Toto pojištění vzniká ze zákona všem, kdo mají trvalý pobyt na území České republiky, těm, kteří jsou zaměstnanci zaměstnavatele, který má na území České republiky sídlo a těm, kteří žádají o mezinárodní ochranu (Ivanová, 2005, s. 131)“. U ostatních cizinců s dlouhodobým pobytem je rozdíl mezi občany Evropské unie (EU) a občany z tzv. třetích zemí. Občané ze zemí EU mají stejný přístup k veřejnému zdravotnímu pojištění jako čeští občané, včetně jejich rodinných příslušníků. Ostatní mohou uzavřít komerční zdravotní pojištění, popřípadě musí mít sjednané zahraniční zdravotní pojištění. Komerční zdravotní pojištění je finančně nákladnější, pokrývá užší rozsah zdravotní péče a nezajišťuje dostatečnou péči v případě závažného onemocnění a chronických nemocí vůbec. Zároveň zde existuje riziko, že cizinec s chronickým onemocněním nebude pojištěn vůbec. Hnilicová et al. (2009) také poukazují na fakt, že síť poskytovatelů pojištění je velmi omezená.

1.2.1 Výzkumy týkající se zdraví imigrantů v České republice

Dle Hnilicové a Dobiášové (2009) se zdravotní situaci imigrantů, kteří do ČR přišli v posledních dvou dekáдах, věnovala jenom omezená výzkumná pozornost. Většina výzkumných aktivit je zaměřena na problematiku migrace jako takové, na otázky související s integrací a působením cizinců na trhu práce v ČR. Počátky výzkumů zdraví cizinců sahají již do 80. let minulého století, kdy byla provedena studie zdravotního stavu Vietnamců a Kubánců, dlouhodobě pobývajících v ČR. Tyto výzkumy byly zaměřeny na legální migranty a většinou nebyly reprezentativní

Po roce 1989 se zdravotní a sociální aspekty migrace se staly předmětem několika výzkumných studií, které proběhly ve dvou etapách (Hnilicová a Dobiášová, 2009). První fázi výzkumů v devadesátých letech prováděli pracovníci katedry geografické medicíny 3. Lékařské fakulty Karlovy Univerzity pod vedením MUDr. Libuše Nesvadbové CSc. Dle Hnilicové a Dobiášové (2009) tyto výzkumy přinesly poznatky o zdraví a zdravotních problémech migrantů, ale ve větší míře se týkaly dostupnosti zdravotní péče. Výzkumy např. ukázaly, že dostupnost zdravotní péče je u části migrantů v ČR velmi problematická, pracovní úrazy byly častou příčinou

hospitalizace a na ohrožení duševního zdraví migrantů upozornil nárůst cizinců v psychiatrických léčebnách.

V letech 2001 - 2005 se výzkumem zdravotních důsledků migrace začal zabývat Institut zdravotní politiky a ekonomiky (IZPE). Výzkumy volně navazovaly na závěry a doporučení z devadesátých let a jejich cílem bylo jednak porozumět sociální situaci cizinců dlouhodobě pobývajících v ČR, jednak poznat zdravotní stav a dostupnost zdravotní péče u nejvíce ohrožených skupin (Hnilicová a Dobiášová, 2009). Realizovány byly komparativní výzkumy s českou populací i výzkum zaměřený na děti imigrantů.

V letech 2007 až 2010 probíhala realizace mezinárodního projektu Determine jehož se účastnilo 54 národních i mezinárodních organizací z celé Evropy. Hlavním koordinátorem projektu za Českou republiku byl Státní zdravotní ústav. Projekt byl zaměřen na existující i nové poznatky v oblasti sociálních a ekonomických determinant zdraví a nerovností ve zdraví v kontextu zdravotní politiky Evropské Unie a cílem bylo zajistit návaznost politik a vývoj konkrétních strategií k pozitivnímu ovlivnění zdraví. Mezi další mezinárodní projekty patří Mighealthnet – Informační síť o dobré praxi ve zdravotní péči o migranty a menšiny, jehož realizace začala v roce 2007. Projektu se účastnilo 17 zemí a za Českou republiku pak 1. Lékařská fakulta UK Praha, Ústav sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví. Mighealthnet byl evropský projekt zaměřený na vytvoření systematické databáze poznatků o zdraví migrantů a menšin v Evropské unii. Cílem tohoto projektu bylo poskytnout zdravotníkům, politikům, vědcům i představitelům cizineckých komunit a etnických menšin snadný přístup k průběžně aktualizovanému zdroji poznatků a zkušenostem se zdravím a zdravotní péčí.

Zdravotně sociální problematikou imigrantů se v České republice dlouhodobě zabývá i Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Řešeny byly tyto projekty: Zdravotně sociální situace imigrantů a azylantů v České republice (COST), Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu (IGA ČR) a Zajištění kulturně diferencované ošetrovatelské péče ve vybraných minoritách ČR (IGA ČR).

1.3 Koncepce zdraví

Dle Beharkové (2012) byla snaha o vymezení pojmu zdraví ovlivněna medicínským pokrokem, výzkumem, ale i celospolečenským děním. Ivanová (2005) uvádí východiska pro definování zdraví, kterými jsou:

- zdraví a nemoc jsou projevem života, procesem, který má svůj vývoj;
- jde o proces probíhající v nedílném systému člověka a prostředí, přičemž prostředí je chápáno v celé své složitosti, se všemi vztahy a vazbami.

Křivohlavý (2001) uvádí, že teorie zdraví mohou být podle D. Seedhouse rozděleny do čtyř různých skupin:

- teorie, které popisují ideální stav člověka, kterému je dobře (tzv. wellness);
- teorie, které chápou zdraví jako normální fungování v životě (tzv. fitness);
- teorie, které pojmají zdraví jako zboží, které se dá koupit ve formě určitého léku či zákroku;
- teorie, které vnímají zdraví jako určitý druh životní síly.

Zdraví je samo o sobě natolik složitý, multidimenzionální a dynamický jev, že jej někteří autoři považují za nedefinovatelný. Tomu dle Kaňové (2002) odpovídá i skutečnost, že ani jednoznačně nejznámější definice Světové zdravotnické organizace (SZO), podle níž „zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nejen nepřítomnost nemoci nebo vady“ není přijímána bez výhrad. Jejím kladem sice je, že vyjadřuje snahu o širší než pouze biologické pojetí zdraví, ale nevýhodou může být, že není zřejmé, co se myslí pohodou (well-being) a že nezachycuje dynamiku zdraví. Hlubší pohled do podstaty zdraví a nemoci totiž napovídá, že nejde jednoduše o dvě ostře odlišené kvality, které stojí proti sobě v opozici. Jsou to dynamické procesy, které v sobě mají také prvek kvantity. Zdraví a nemoc lze proto chápat jako dva krajní póly kontinuálního spektra, dva konce souvislé řady kvalitativně odlišných stavů přecházejících plynule jeden do druhého. Zdraví člověka tak může nabývat různé hodnoty, od optima až do extrémních stupňů nemoci (Kaňová, 2002).

Holčík (2009) uvádí, že definice zdraví SZO byla několikrát podrobena kritice, např. z důvodu opomenutí spirituální a etické dimenze zdraví, ale lze v ní ovšem

i po mnoha letech spatřit několik pozitivních aspektů, které oprávněnost užívání a četnost jejího citování podtrhují.

Definice zdraví SZO zahrnuje dle Holčíka (2009) tři základní aspekty zdraví:

- fyzické nebo tělesné zdraví - obvykle se dává do souvislosti s nepřítomností nemoci nebo vady, znamená udržení fyziologických funkcí orgánů, biologickou integritu jedince jako celku;
- psychické nebo duševní zdraví - zahrnuje i emocionální zdraví, vztahuje se k intelektuálním schopnostem a k subjektivnímu hodnocení vlastního stavu;
- sociální zdraví- se týká schopnosti navazovat sociální kontakty, rozvíjet uspokojivé vztahy a zvládat sociální role

Křivohlavý (2001) definuje zdraví jako celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí. Pozitivní náhled na zdraví zdůrazňující aspekty seberealizace a rozvoje individua se odrazil také v teoriích Antonovského a zrodu termínu salutogeneze (Scambler, 1997), která se zaměřuje na hledání a pěstování faktorů podporujících zdraví a je významovým opakem patogeneze. Scambler (1997) dále uvádí, že zatímco nemoc je spíše jednoduchým konceptem popisovaným v termínech patologie a medicíny, zdraví má daleko širší význam a kromě jiných vědních odvětví je mu věnována pozornost zejména v psychologii a sociologii. Zdraví je tedy obsáhlý a rozmanitý stav, na rozdíl od jednoznačné nemoci.

Vzhledem k tomu, že je někdy obtížné zachytit zdraví v jednoduché definici, setkáváme se v literatuře často s modely zdraví, které jsou vytvářeny pro konkrétní potřeby výkladu, studia či praxe. Jedná se například o model biomedicínský, ekologicko-sociální, holistický, behaviorální, modely založené na laickém chápání zdraví aj. Dle Brehovské (2012) se jednotlivé modely se vzájemně prolínají a doplňují, pohlížet na zdraví pouze z jednoho aspektu není správné ani žádoucí.

Z výše zmíněného vyplývá, že zdraví rozhodně není jednovýznamový a jednoznačně definovaný koncept, naopak definic a způsobů pojetí je celá řada. Můžeme ovšem sledovat posun od čistě medicínského pojetí chápajícího zdraví jako stav absence nemoci k širšímu pojetí zahrnujícímu psychologické a sociální

charakteristiky lidského života, což se dále postupně promítá i do aktivit spojených s rozvojem, udržováním a podporováním zdraví (Křivohlavý, 2001).

1.4 Nerovnosti ve zdraví

„Problematika nerovností ve zdraví je jako významný společenský i medicínský problém středem pozornosti zdravotní politiky Evropské unie i Světové zdravotnické organizace (Kebza, 2007, s. 18)“. Jak uvádí Kaňová (2007) jsou za nerovnosti ve zdraví označovány systematické rozdíly mezi sociálními skupinami, jež se liší svou socioekonomickou pozicí, místem, kde žijí, pohlavím či etnickou příslušností. Tyto nerovnosti poutají zájem zejména proto, že odrážejí nerovnou distribuci zdrojů ve společnosti. Rozdíly ve zdraví, které se odvíjí od nerovného postavení sociálních skupin, jsou vnímány jako důsledek nerovných šancí na zdraví (Kaňová, 2007). Dle Macinka et al. (2002) bývá ekvita ve zdraví bývá chápána a definována různými způsoby, které vycházejí z principů filosofie, etiky, ekonomie, lékařství, veřejného zdravotnictví a dalších. I přes řadu definic ekvity, všechny se shodují v základní myšlence, že rozdíly ve zdraví jsou nespravedlivé a neopodstatněné (Macinko et al. 2002).

Ekvita bývá také definována jako spravedlnost vyplývající z přirozeného práva. Nejde tudíž o spravedlnost před zákonem, ale o slušnost založenou na obecně uznávaných a sdílených hodnotách a preferencích (Holčík, 2004). Ekvita vnímaná jako spravedlnost bývá často spojována s rovností (equality), zde je však nutné odlišit význam obou pojmů, zejména s přihlédnutím k cílům, kterých má být dosaženo. Kaňová (2007) uvádí, že je-li za ideální stav považována rovnost ve zdraví, znamená to stejné zdraví pro všechny, což není reálné ani žádoucí. Whitehead (1994) poukazuje na ekvitu ve zdraví, jako na spravedlivou příležitost všech dosáhnout svého plného zdravotního potenciálu a nebýt znevýhodňován při jeho dosahování lze-li se ovšem takovému znevýhodnění vyhnout. Whitehead (1994) rovněž definoval inekvitu ve zdraví jako existenci nepřiměřeně velkých nerovností, které nejsou nevyhnutelné, lze je potenciálně odstranit a jsou vnímány jako nespravedlivé. Nerovnosti ve zdraví jsou podmíněny řadou faktorů, přičemž nejčastěji bývají spojovány se sociálním postavením, neméně důležitými indikátory nerovností jsou i pohlaví a etnikum (Judge 2006).

Světová zdravotnická organizace definuje v dokumentu Zdraví 21 – zdraví pro všechny do 21 století jako jeden z cílů (cíl. č. 2 – spravedlnost ve zdraví) nutnost snížení zdravotních rozdílů mezi socioekonomickými skupinami nejméně o jednu čtvrtinu zlepšením úrovně deprimovaných skupin. Dle tohoto dokumentu by standardní péče o zdraví měla být zajišťována rovnoprávně a rovnoměrně pro všechny sociální, etnické, národnostní, věkové a další deprimované skupiny obyvatelstva (Zdraví 21 – zdraví pro všechny do 21 století).

Dosud realizovaná šetření v oblasti nerovností ve zdraví dle Kaňové (2007) ukazují, že existují rozsáhlé nerovnosti ve zdraví nejenom v každé evropské zemi, ale i na celém světě. Pokud se budeme zabývat výzkumem inekvity ve zdraví, navrhl Mezinárodní společenost pro ekvitu ve zdraví (International Society for Equity in Health, USA) měřit inekvitu jako systematické rozdíly v jednom nebo více aspektech zdravotního stavu mezi sociálně, ekonomicky, demograficky či geograficky definovanými populacemi nebo populačními podskupinami (Regidor, 2004). Druhým přístupem je měření inter-individuálních nerovností, tedy zkoumání rozdílů ve zdraví mezi jednotlivci. Murray, Gakidou a Frenk (1999) použili k tomuto účelu koncept zdravé délky života, který vnímají jako právo všech jedinců narozených ve stejném roce mít stejnou zdravou délku života. Dle Asada a Hedemanna (2002) měření nerovností mezi jednotlivými lidmi zamlžuje existenci sociálních nerovností ve zdraví. Inter-individuální přístup se tak zaměřuje spíše na determinanty celkového populačního zdraví, zatímco skupinový přístup se zaměřuje na studium sociálních determinant nerovností ve zdraví (Asad a Hedemann, 2002).

Z výsledků studií Wilkinsona (1992) vychází, že v rámci vyspělých zemí nemají nejlepší zdraví občané absolutně nejbohatších států, nýbrž těch, ve kterých je nejmenší diference mezi příjmy nejchudších a nejbohatších. Z výsledků srovnání rovněž vyplynulo, že o očekávané délce života nerozhoduje absolutní výše státního příjmu, ale způsob jeho redistribuce mezi občany. Podle Wilkinsona má sociální koheze základní význam pro kvalitu společenského života jako jednu z nejmocnějších determinant zdraví (Šolcová, Kebza, 2002).

1.4.1 Etnická příslušnost a nerovnosti ve zdraví

Ve všech zemích se ukazuje, že lidé z etnických menšin jsou náchylnější k nerovnostem ve zdraví (Zdraví 21). Patří mezi ně imigranti a žadatelé o mezinárodní ochranu, jejichž přístup k základním službám je často omezen. Dle Kristiansen (2007) patří imigranti mezi skupiny s prokazatelně horším zdravotním stavem a přístupem k diagnostické a preventivní péči. Nazaroo (2001) uvádí, že i když je etnicita považována za jeden ze základních faktorů nerovností ve zdraví, není snadné zjistit její reálný vliv na zdravotní stav člověka, protože údaje o zdravotním stavu člověk aspoň s informací o národnosti či rase jsou dostupné pouze vyjimečně. Za nejlepší metodu zjišťování etnické příslušnosti je tedy považováno sebezaznění respondenta (Nazaroo, 2001). Dle Kaňové (2007) je většina výzkumů rozdílů ve zdraví mezi etnickými skupinami komparativních, kdy jsou srovnávány údaje o nemocnosti a úmrtnosti mezi jednotlivými etniky. Přestože řada studií prokázala výrazné rozdíly ve zdraví mezi příslušníky různých etnických skupin, jsou jejich výsledky značně různorodé, což zabraňuje tomu, aby byly vyvozovány nějaké obecnější závěry o vlivu etnické příslušnosti na zdraví (Nazaroo, Williams, 2006).

Dle Kaňové (2002) je etnicita multidimenzionální proměnná, která v sobě slučuje jak aspekty kulturní a sociokulturní, tak genetické hledisko. Vliv genetických rozdílů mezi etnickými skupinami nebyl dosud dostatečně prozkoumán a nepředpokládá se, že by se vyskytovaly tak podstatné biologické rozdíly, které by měly zásadní vliv na výskyt nemocí (Armstrong, 2003). Jako důležité se ukázaly socioekonomické nerovnosti mezi etnickými skupinami, které vysvětlují převážnou část nerovností ve zdraví. Ve výzkumech etnických nerovností je opakovaně potvrzováno, že když se údaje o nemocnosti či úmrtnosti standardizují podle socioekonomické pozice, rozdíly ve zdraví mezi etnickými skupinami výrazně poklesnou (Rogers, 1992).

Dle Kaňové (2007) je nižší socioekonomická pozice etnických menšin stále častěji vnímána jako výsledek jejich diskriminace. Kdy jsou například příslušníci etnických menšin znevýhodňováni již v přístupu ke vzdělání, což snižuje jejich šance uspět na pracovním trhu nebo jsou vytlačováni na sekundární trh práce, vykonávají zaměstnání spojená s vyšším rizikem úrazů nebo nemocí z povolání, a také mají častěji zkušenost z nezaměstnaností (Nazaroo, Williams, 2006). Dressler (1993) současně uvádí, že zkušenost s rasovou diskriminací může být zdrojem stresu, který ovlivňuje

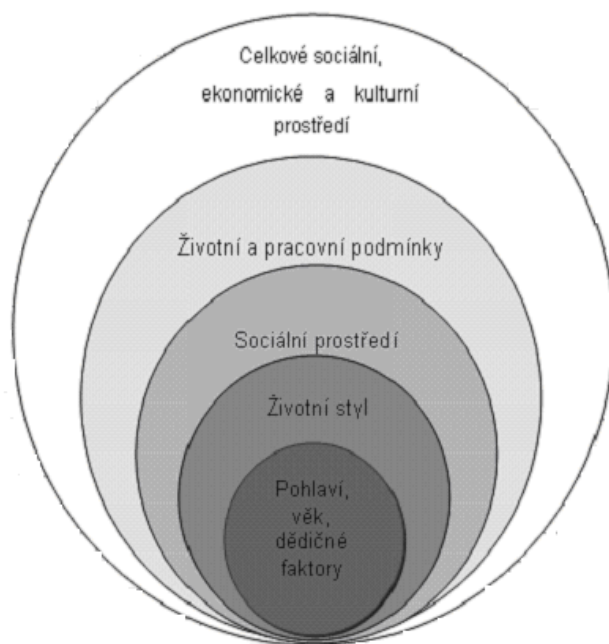
duševní i fyzické zdraví etnických menšin. Třetí cesta se vztahuje k prostorové segregaci etnických menšin. Jako podstatný se ukazuje i vliv místa koncentrace etnických menšin (Nazroo, 2004). Oblasti obývané etnickými menšinami mají většinou horší infrastrukturu a dostupnost služeb, kvalitu bydlení a životního prostředí a vykazují vyšší kriminalitu.

1.5 Sociální determinanty zdraví

Zdraví je vysoce ceněnou hodnotou jak na úrovni jedince, tak na úrovni společnosti. Je jedním z důležitých předpokladů plnohodnotného a kvalitního života jednotlivých lidí i ekonomického a sociálního rozvoje společnosti. Zvyšování zdraví populace je prioritou, kterou nacházíme v programech všech vyspělých zemí a všech vlád bez ohledu na jejich politickou orientaci.

Sociální a ekonomické prostředí signifikantně ovlivňuje zdraví jedinců, a to nejen krátkodobě, ale po celý jejich život (Kaňová, 2002). Sociální determinanty zdraví jsou dle Behárkové (2012) podmínky, ve kterých se lidé narodí, rostou v nich, žijí, pracují i stárnou. Tyto okolnosti jsou dále formovány distribucí peněz, moci a zdrojů na úrovních globálních, národních i regionálních, které jsou samy o sobě ovlivněny politickými rozhodnutími. Wilkinson a Marmot (2005) uvádějí, že oblast sociálních determinant zdraví je patrně nejkompexnějším přístupem k analýze faktorů ovlivňujících zdraví. Zaměřuje se na klíčové aspekty životních a pracovních podmínek, jakož i životního stylu lidí. Zabývá se zdravotními důsledky hospodářské a sociální politiky i prospěchem, který mohou přinést investice do zdravotní politiky (Wilkinson, Marmot, 2005).

Obrázek 1 Sociální determinanty zdraví



Zdroj: Kaňová, 2002

Obrázek 1 Sociální determinanty zdraví - znázorňuje působení různých sociálních determinant na zdraví. Toto schéma dle Kaňové (2002) v podstatě spojuje všechny existující hypotézy a teorie zabývající se nerovnostmi ve zdraví. V centru schématu jsou umístěni jednotliví lidé s určitou genetickou výbavou, která určuje například pohlaví či genetické predispozice k některým onemocněním. Do středu schématu vedle genomu lze zařadit také vnější vlivy, které působí při vývoji dítěte v těle matky a mohou determinovat vznik nemocí v jeho pozdějším životě. Druhou vrstvou schématu tvoří faktory souhrnně označované jako individuální životní styl. Jde o chování, o kterém můžeme říci, že nad ním má člověk do jisté míry kontrolu. Patří sem kouření, konzumace alkoholu, výživa, cvičení apod. Vlivem těchto jednotlivých faktorů se zabývá epidemiologie, z jejíhož pohledu jde o rizikové faktory. Třetí okruh determinant je označován jako sociální prostředí. Lidé nežijí ve vakuu, ale ve vzájemných vztazích s přáteli, příbuznými a lidmi z nejbližšího okolí. Studie (Thoits, 1995; Kebza, 2005) ukazují, že struktura a kvalita sociálních vztahů ovlivňuje zdraví a má největší vliv na sociální nerovnosti ve zdraví. Kaňová (2002) uvádí, že sociální integrace redukuje riziko úmrtnosti a vede k lepšímu duševnímu zdraví. Pracovní

a životní podmínky tvoří čtvrtou vrstvu. Jde o širší socioekonomický kontext, který ovlivňuje schopnost člověka udržet si zdraví a určuje dostupnost určitého zboží a služeb. Patří sem faktory jako bydlení, obytné a pracovní prostředí, ale také vzdělání, příjem či nezaměstnanost. Zcela vnější okruh determinant v modelu reprezentuje celkové ekonomické a kulturní prostředí společnosti jako celku. Jde o uznávané hodnoty, zaměření politiky i ekonomickou prosperitu (Kaňová, 2002).

Nejvlivnějšími výzkumníky v tématu sociálních determinant zdraví jsou Richard Wilkinson a Michael Marmot, kteří byli i jedněmi z hlavních představitelů Komise pro sociální determinanty zdraví (Commission on Social Determinants of Health – CSDH) vedené WHO v letech 2005-2008. Jejich společným úsilím vznikl dokument *Social Determinants of Health: Solid Facts*, který shrnuje hlavní poznatky o sociálních determinantách zdraví a slouží vládám k rozpoznání hlavních sociálně podmíněných rizik pro rozvoj a udržení zdraví.

Koncepce sociálních determinanty zdraví publikovaných Wilkinsonem a Marmotem v roce 2003 vychází z definice zdraví dle Světové zdravotnické organizace a dle Vackové (2012) je nesporné, že Světová zdravotnická organizace pohlíží na strategii zlepšení nerovnosti ve zdraví skrze koncepci sociálních determinant a de facto tak respektuje výzkumné závěry, jež potvrzují souvislosti mezi vybranými aspekty sociální situace a zdravím. Mezi oblast deseti sociálních determinant zdraví patří sociální gradient, stres, dětství, sociální vyloučení, sociální opora, práce, nezaměstnanost, výživa, závislost a doprava.

Dle Vackové (2012) je zřejmé, že výběr jednotlivých determinant, jež se výrazně podílejí na zdraví, byl záměrný, přesto je patrné, že zde chybí vývojové hledisko. Tedy jakým způsobem se biologické, psychologické a sociální faktory podílejí na vzniku nemocí podmíněných věkem, na úbytku funkcí a vzniku invalidity (Heikkinen, 2010). Tyto aspekty jsou zohledněny ve zprávě publikované Marmotem v roce 2010. Zpráva *Fair society, healthy lives: Strategic review of health inequalities in England post 2010* (tzv. Marmot Review) zkoumala sociální podmínky a jejich vliv na zdraví z pohledu celého životaběhu (od prenatálního vývoje až po důchodový věk) (Vacková, 2012).

Všechny tyto determinanty souvisí se socio-ekonomickými nerovnostmi, proti kterým by se mělo bojovat politikami zaměřenými na zaměstnanost, příjem a vzdělání,

aby byly redukovány všechny negativní a zdraví ohrožující nevýhody (Marmot, Wilkinson 1999, s. 267).

1.5.1 Sociální determinanty zdraví ve vztahu k imigrantům

Vliv etnicity na nerovnosti ve zdraví byl popsán již v kapitole 1.4.1. V následujících odstavcích jsou popsána konkrétní zjištění vztahující se k jednotlivým determinantám zdraví ve vztahu k imigrantům.

Sociální gradient

„Sociální gradient je působení socioekonomických faktorů a jeho změn na zdraví lidí. S poklesem na sociálním žebříčku v jakékoli společnosti se zkracuje střední délka života a častěji se také setkáváme s většinou nemocí. Chudé sociální a ekonomické podmínky ovlivňují zdraví po celý život (Wilkinson a Marmot, 2005, s. 11)“. Také samotná etnicita může být dle Sundquista (1995) rizikovým faktorem stejně důležitým jako samotné sociální postavení, věk či zakotvení ve velmi slabé sociální síti. Mezi různými skupinami obyvatelstva existují významné rozdíly v jejich zdravotním stavu a imigranti patří do skupiny s prokazatelně horším zdravím (Kristiansen, 2007).

Stres

Stres je reakcí organismu na mimořádnou zátěžovou situaci. Štikar et al., (2003) ho charakterizují jako porušení rovnováhy mezi vnitřním stavem jedince a podmínkami a vlivy jeho okolního prostředí. Stresové podmínky vyvolávající u lidí obavy, úzkost a pocity nezvládnutí situace, jsou škodlivé pro zdraví a mohou vést k předčasnému úmrtí. Sociální a psychologické okolnosti mohou způsobovat dlouhodobý stres a jsou škodlivé v kterémkoli životním období (Wilkinson a Marmot, 2005). Déle trávající úzkost, nejistota, snížené sebevědomí, sociální izolace a nedostatek kontroly nad prací a životem v domácnosti mají silný vliv na zdraví. Jak uvádí Šišková (2001), migranti, kteří se rozhodnou natrvalo usadit v určité zemi, čeká náročný proces adaptace na nové kulturní a sociální podmínky v majoritní společnosti dané země. Adaptace v cizí kultuře je dlouhodobý, komplexní proces, zatížený stresy a ztrátami, a proto do různé míry traumatický.

Dětství

Výzkumy a studie (Wilkinson a Marmot, 2005) ukazují, že základy zdraví v dospělosti se vytvářejí v raném dětství a před narozením. Pomalý růst a chudá emoční podpora zvyšují celoživotní riziko zhoršeného tělesného zdraví a oslabují tělesné, kognitivní a emoční funkce v dospělosti. Výzkumy dokazují (Migration, health and human rights 2002), že u imigrantek se v souvislosti s nepřiměřeným pracovním nasazením nebo nevyhovujícími životními podmínkami častěji objevují těhotenské poruchy včetně samovolných potratů. Zkušenosti z dětství jsou důležité k získání biologického a lidského kapitálu, který má vliv na celoživotní zdraví.

Sociální vyloučení

Chudoba, relativní deprivace a sociální vyloučení mají hlavní vliv na zdraví a pravděpodobnost, že lidé budou žít v chudobě, dopadá těžce zvláště na některé sociální skupiny (Wilkinson a Marmot, 2005). Rizikovou skupinou jsou v tomto případě i imigranti. Vyloučení ze života společnosti vede ke zhoršení zdraví a k většímu riziku předčasného úmrtí. Sociální vyloučení má dle Wilkinsona a Marmota (2005) počátek i v rasismu, diskriminaci, stigmatizaci, hostilitě a nezaměstnanosti. Kromě toho, že zdraví je chudobou ovlivňováno přímo, je zasaženo i nepřímo, životem v prostředí poznamenaném koncentrací deprivace, vysoké nezaměstnanosti, špatné kvality bydlení, omezenou dostupností služeb a špatnou kvalitou životního prostředí.

Práce

Jelikož lidé tráví podstatnou část svého života v práci, nemůžeme zapomenout zmínit vliv práce a pracovního prostředí na zdraví. Dle Wilkinsona a Marmota (2005) je skutečnost, že máme práci je pro naše zdraví lepší, než když práci nemáme. Současně však organizace práce, styly řízení a vztahy na pracovišti mají dopady na zdraví. Zaměstnání s vysokými nároky a současně nízkou mírou kontroly bývá často spojováno s bolestmi zad, častější absencí z důvodu nemoci a zvýšeným rizikem kardiovaskulárních chorob, což může být rizikem i při nedostatku adekvátní odměny za vykonanou práci, která může kromě peněz nabývat i formy sociálního statusu či sebevědomí (Wilkinson a Marmot, 2005, s. 25). Dle Dobiášové a Hnilicové (2009) dochází u cizinců ve všech vyspělých zemích k vyšší pracovní úrazovosti, než je tomu

u majoritních populací a pracovní úrazy tvoří nejčastější příčinu hospitalizace imigrantů.

Nezaměstnanost

Jak nezaměstnanost, tak nejistota pracovního místa mají na zdravotní stav zhoubný vliv. Bylo prokázáno, že některé charakteristiky práce jako např. nízký příjem, nízké vzdělání či nekvalifikované práce mají vliv na vyšší výskyt mortality a morbidity (Marmot et al., 1991). Vztah mezi zaměstnáním a zdravím je dle Bartleye et al. (2004) oboustranný, neboť nezaměstnanost způsobuje chabé zdraví a chabé zdraví může zvyšovat pravděpodobnost nezaměstnanosti. Dle Brabcové (2013) jsou významnými faktory zaměstnanosti vzdělání, pohlaví, věk, národnost či sociální status, a tak nezaměstnanost 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 a ta dále snižuje pravděpodobnost nalezení pracovního místa (Wilkinson a Marmot, 2003).

Sociální opora

Přátelství, dobré sociální vztahy a pevné sociální sítě zlepšují zdraví doma, v zaměstnání i komunitě. Sociální opora dodává lidem emocionální a praktické prostředky, které potřebují. 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. Toto vše má mimořádný projektivní účinek na jejich zdraví (Wilkinson a Marmot, 2003). Prostřednictvím sociální opory získává člověk zdroje ke zvládnutí stresových situací. Sociální opora je jedním z nejdůležitějších pozitivních faktorů, které výrazně ovlivňují nepříznivý vliv různých negativních životních situací na psychický a fyzický zdravotní stav člověka, na jeho pohodu a kvalitu jeho života (Křivohlavý, 2002). Pro imigranty je sociální opora klíčovým faktorem ovlivňujícím zdraví (Warner, 2007) a zároveň důležitým faktorem v procesu integrace.

Závislosti

Užívání drog je jak reakcí na sociální problém, tak důležitým faktorem zhoršování výsledné nerovnosti ve zdravotním stavu. Droga, která nabízí uživateli falešnou vidinu útěku před nepřízní osudu a stresem, ve skutečnosti pouze zhoršuje

jejich problémy (Wilkinson a Marmot, 2005, s. 37) Ačkoli je konzumace alkoholu, drog a tabáku samostatnou volbou jedince, je do značné míry ovlivněna sociální situací daného jedince. Závislost na alkoholu, ilegální užívání drog a kouření cigaret jsou úzce spojeny se známkami sociálního a ekonomického znevýhodnění. Dle výzkumů provedených Hassmiller et al. (2003) vyplývá, že minority ve srovnání s majoritou kouří více.

Výživa

Dobré stravovací návyky a adekvátní zásobování potravinami má zásadní význam pro podporu zdraví a životní pohodu. Nedostatek potravin a jejich nedostatečná pestrost způsobují podvýživu a nemoci podmíněné nutričními deficity (Wilkinson a Marmot, 2005, s. 41). Sociální a ekonomické poměry vytvářejí sociální gradient v kvalitě stravování, který přispívá k nerovnostem ve zdraví. Lidé s nízkými příjmy mají horší možnosti zdravého stravování. Dle Brabcové (2012 Aspekty, str. 165) děti imigrantů nedostatečně zahrnují do svého jídelníčku potraviny s vysokou výživovou hodnotou.

Doprava

Zdravá doprava znamená méně častější používání automobilu, více chůze a jízdy na kole a podporou lepší veřejné dopravy. Narozdíl od aut, které oddělují lidi od sebe, jízda na kole, chuze a veřejná doprava stimuluje společenskou interakci na ulici. (Wilkinson a Marmot, 2005). Podpora aktivního transportu by dle WHO (2002) měla být základním pilířem strategií zaměřených na podporu pohybové aktivity a tím hrát klíčovou roli v boji se sedavým způsobem života. Studie (Hosper et al, 2007) rovněž potvrzují, že imigranti jsou obecně méně fyzicky aktivní ve srovnání s hostitelskou populací.

1.6 Sociální determinanta zdraví - Sociální opora

Sociální opora byla jedním z prvních faktorů, jež byly identifikovány jako faktory moderující vliv nepříznivých životních událostí na psychickou pohodu a zdraví člověka (Kebza, 2005, s.151). Caplan (1974) popisuje sociální oporu jako systém formálních a neformálních vztahů, prostřednictvím kterých získává člověk zdroje ke zvládnutí

stresových situací. Důležitým rysem sociální opory je, že nám poskytuje určitou formu podpory (Whittemore et al, 2000).

Z pohledu sociologicko-psychologického můžeme rozlišit tři úrovně sociální opory (Šolcová, Kebza, 1999):

- a) makroúroveň – úroveň participace na aktivitách nejbližší komunity;
- b) mezoúroveň – rozsah a kvalita struktury a podpůrných funkcí sociální sítě jednotlivce;
- c) mikroúroveň – kvalita intimních vztahů jednotlivce.

Funkční obsah sociálních vztahů v oblasti sociální opory je koncipován jako čtyři druhy podpory (House, 1981):

- a) emocionální – poskytování důležitých emocí (např. lásky, víry, empatie);
- b) informační – zprostředkování informací nebo poskytnutí rad, jež pomáhají vyrovnat se s problémy;
- c) hodnotící – poskytování zpětné vazby;
- d) instrumentální – poskytující praktické druhy pomoci nebo hmotnou pomoc.

Zatímco emocionální opora je poskytována zejména v rámci primárních skupin (Laakso a Paunonen-Ilmonen, 2002), mezi jejichž členy se vytvářejí tzv. silná pouta, slabá sociální pouta se zdají být důležitější při poskytování rad a informací (Tardy, 1985). Slabá pouta zahrnují méně intimní a zejména formální vztahy plynoucí z členství v různých sdruženích, organizacích či z pracovního prostředí; jsou chápána spíše jako znak sociální integrace. Zajímavým zjištěním je, že slabá pouta nepůsobí jako ochranný faktor ve stresových situacích, ale přesto úzce souvisí se zdravím (Thoits, 1995). Struktura a rozmanitost sociálních pout, četnost kontaktů a soudržnost sociálních sítí může významně ovlivňovat skutečně obdrženou sociální oporu, která zase posiluje subjektivní pocit dostupnosti opory, a ta pak působí na zdraví (Thoits, 1995).

V důsledku zjištění, že silná pouta mají větší ochranný účinek, zaměřuje se většina současných studií zejména na emocionální oporu (House a Kahn, 1985). Vnímaná emocionální opora (tj. pocit člověka, že ho jeho blízcí mají rádi, že se o něj postarají, že jsou ochotni mu pomoci) podle současných poznatků souvisí s duševním i fyzickým zdravím více než opora skutečně obdržená (Thoits, 1995). Studie Coffmana

a Raye (2002) poukazuje na fakt, že není důležitá fyzická přítomnost podporující osoby, stačí vědět, že v případě potřeby je tato osoba k dispozici, příp. že se za nás modlí (Hupcey, 2001). Emocionální opora zahrnuje také sdílení nápadů a zkušeností, možnost bezpečného vyjádření svých obav a zklidnění situace díky odklonu pozornosti od svých problémů (Finfgeld, 2004). Alternativní způsob, jak poskytovat sociální oporu, je také prostřednictvím internetu nebo telefonicky (Tichon a Shapiro, 2003)). Domácí mazlíčci (Gilliland & Bush, 2001) byli rovněž zahrnuti do sociálních podpůrných sítí. Dle některých studií může být sociální opora vyjádřena pouhou přítomností podporující osoby (Makabe a Hull, 2000).

Instrumentální podpora zahrnuje poskytování konkrétního zboží, služeb, fyzické péče, finančních prostředků nebo přístřeší (Gilliland a Bush, 2001).

První ucelená koncepce sociální opory pochází od Weisse (1974), další pohled na sociální oporu přináší „model konvoje“ (convoy model), jako metafora doprovázení. Dle tohoto modelu je každý jedinec obklopen sítí druhých lidí, jejíž složení a kvalita jsou tvarovány jeho osobními faktory, jako jsou věk, pohlaví a osobnostní charakteristiky, a situačními faktory, jako jsou role, očekávání, zdroje apod. V několika studiích (Schwarzer, Leppin, 1991) se ukázalo, že menší sítě se silnými vazbami, vysokou hustotou a vysokou homogenitou jsou výhodné pro udržení identity jedince a - nepřímo - též pro jeho psychickou pohodu a zdraví. Avšak ani hustota struktury, ani její velikost nemají pravděpodobné přímý vztah k úrovni sociální opory. Rozhodující okolností je zde zřejmé kvalita struktury sociálních vztahu a vazeb, jejich reciprocita, intenzita a bohatost (Kebza 2005). Dle Fioriho je optimální úroveň sociální opory individuálně velmi variabilní, obzvláště v heterogenní populaci (Fiori et al., 2006).

1.6.1 Sociální opora a sociální sítě imigrantů

Sociální sítě hrají významnou roli v adaptaci přistěhovalců na nové prostředí (Berry, 2001). Sociální sítě imigrantů mohou být po příchodu do hostitelské země nedostatečné a v souvislosti s migrací může také dojít k narušení sociálních vztahů imigrantů (McMichael a Manderson, 2004). Na přístup imigrantů k sociální opoře mohou mít vliv pohlaví, věk migranta a načasování migrace (Fazel a Stein, 2003).

Sítě představují pro migranty určitou formu sociálního kapitálu usnadňující celý proces migrace (McMichael a Manderson, 2004). Výzkumníci se shodují,

že nedostatečná podpůrná síť vede k sociální izolaci (Kelaher et al., 2001), což může mít vliv na zintenzivnění problémů s integrací.

Sociální sítě bývají obvykle vymezeny jako rodina, přátelé, komunitní organizace, zprostředkovatelé práce a migrace (Koser, Pinkerton, 2002) a propojují dřívější, stávající a potenciální migranty i emigranty, jak v zemi původu, tak v zemi cílové. Sociální sítě umožňují přístup k informacím, službám a zboží v hostitelské společnosti a zároveň pomáhají udržovat spojení s vlastí (McMichael a Manderson, 2004). Kontakty v cílové zemi jsou pro migranty často důležitějším zdrojem informací než formální instituce, jako např. cizinecká policie či úřady práce (Field, 2003). Výzkumy rovněž ukazují, že znalosti imigrantů o využívání formální podpory jsou většinou velmi nízké (Hernández-Plaza, 2004). Mezi překážky ve využívání formální podpory jsou nejčastěji řazeny: jazykové a kulturní rozdíly, nedostatek důvěry u nelegálních přistěhovalců, neslučitelnost s pracovní dobou a problémy s místní dostupností služeb. Jednání s přáteli, rodinou nebo známými je pro imigranty mnohem méně stresující než jednání s úřady a obvykle funguje rychleji a přináší jim lepší výsledky (Field, 2003).

Nové výzkumy (Light, Gold 2000) prokázaly, že etnické sociální sítě, působí kromě jiného jako zdroje pracovních příležitostí v rámci legální i nelegální ekonomiky. Krissman (2005) zdůrazňuje, že při studiu sítí migrantů je nutné brát v úvahu jak symetrické vztahy reciprocity, tak vztahy nesymetrické, ve kterých se migranti mohou stát obětmi vykořisťování a jiných mocenských praktik. Právní postavení imigrantů může hrát významnou roli v povaze vztahů vznikajících v rámci sociální sítě (Hernández-Plaza, 2004). Zejména u nelegálních migrantů může docházet ke vzniku závislosti na klientském systému.

Demografické faktory, jako je rasa a status imigranta jsou důležité predikátory typu a množství sociální opory, kterou mají jednotlivci k dispozici (Turney, Kao 2007). Výzkumy prokázaly, že běloši získávají emocionální a instrumentální oporu ve větší míře než černoši (Cooney, Uhlenberga, 1990; Eggebeen, 1992). Při zkoumání sociální opory u menšinových skupin došlo k zjištění, že tyto skupiny ve srovnání s bělochy, mají vyšší úroveň kontaktu se svými rodiči, ale nižší úroveň kontaktu se sourozenci nebo jinými příbuznými (Kim a McHenry, 1998). Rodiny přistěhovalců mají méně členů ochotných a schopných pomoci (Hao, 2003), např. asijské přistěhovalci

nespoléhají na oporu poskytovanou příbuznými – a to jednak z důvodu kulturního imperativu být soběstačný, ale také z důvodu nedostatečně rozsáhlé rodiny v hostitelské zemi. V populaci mladých imigrantů jsou nejdůležitějším zdrojem opory rodinní příslušníci a vrstevníci (Wong, 2008). Pro arabské imigrantky je při získávání sociální opory nejdůležitější manžel, následovaný rodinou a přáteli (Aroian, 2010). Tyto výsledky jsou v souladu se studii (Carolan et al., 2000) popisujícími ústřední význam manželství a rodiny arabské kultury. Riziko nedostatku sociální opory se tak může projevit u imigrantek z tradičních kultur, které nepracují mimo domov a jejichž sociální sítě jsou ochuzeny o pracovní vztahy.

Dle Turney (2007) má země původu imigranta a s ní spojené kultura vliv na získávání sociální opory v hostitelské zemi. Pojetí a významy sociální opory jsou považovány za kulturně specifické. Zatímco typy, zdroje a hodnocení sociální opory se mohou lišit cross-kulturně (Abraido- Lanza et al., 2005).

1.6.2 Sociální opora a její vliv na zdraví

Základní premisa spojující v literatuře migraci a zdraví migrantů vychází ze zjištění, že migrace má negativní vliv na zdraví, zvláště pak na duševní pohodu (Shuval, 1993). Další výzkumníci (Wong, 2008) zjistili, že integrační proces indukuje napětí, které rovněž vede k zhoršování duševního zdraví. Traumatické zkušenosti spojené s migrací, odloučením od rodiny či komunity a jazyková bariéra byly identifikovány jako faktory související se zvýšeným rizikem duševních poruch (Ho, 2004). Mezi tyto faktory rovněž patří nezaměstnanost a zkušenost s diskriminací (Gee et al., 2007). Faktorem, který má vliv na vztah mezi migrací, sociální oporou a duševním zdravím je rovněž fyzické zdraví. Několik studií uznalo blízký vztah mezi duševním a fyzickým zdravím (Ortega et al., 2006; Sareen et al. 2005). Špatný zdravotní stav může ve svém důsledku zmenšit dostupnost opory a ta se ukázala jako významná při prevenci depresivní symptomů (Stewart et al., 2010).

Sociální opora, která je jedinci poskytována druhými osobami, skupinami, ale také širší společností, může ovlivnit způsob, jakým se vyrovnává s náročnými situacemi, a tím i jeho duševní pohodu a zdraví (Kebza, 2005, Caplan, 1974). Sociální opora je jedním z nejdůležitějších pozitivních faktorů, které výrazně ovlivňují nepříznivý vliv různých negativních životních situací na psychický a fyzický zdravotní

stav člověka, na jeho pohodu a kvalitu jeho života (Křivohlavý, 2002). Systém sociální opory může být chápán tedy jako nárazníkový či tlumící, chránící člověka proti potenciálnímu škodlivému vlivu stresových událostí (Kebza, 2007). Ti, kteří disponují silným systémem sociální opory, jsou lépe vybaveni ke zvládnání závažných životních změn i každodenních těžkostí (Šolcová, Kebza, 1999).

Pozitivní účinek sociální opory má vliv na zlepšení duševního zdraví a do značné míry souvisí se zvýšením pocitu osobní kompetentnosti (de Jonge, 2001). Příjemci sociální opory mohou zažít zplnomocnění, protože se u nich sníží pocit strachu a dojde ke zvýšení pocitu klidu (Whittemore et al., 2000). Tyto faktory vedou k omezování úzkosti a celkovému vnímání pohody (Simich et al, 2003).

Po dlouhou dobu byla sociální opora zkoumána jako výlučně kladný faktor při zvládnání obtížných životních situací. Studie však prokazují, že poskytovaná sociální opora může mít i negativní účinky a sama působit jako významný stresor (Lepore 1992). Nepříznivý vliv poskytnuté sociální opory je patrný především u lidí, kteří upřednostňují vyrovnávat se se stresem vlastními silami. Sociální opora jim pak zvyšuje pocity vlastního selhání, nízké samoobslužnosti a samostatnosti, čímž se devaluje jejich pojetí vlastní hodnoty. Za nedostatek projevu poskytnutí opory je možné též považovat její neadekvátnost, která může být způsobena jak její nadměrností nebo nedostatečností, tak její nevhodností za daných okolností (Krause, 1997). Za nekvalitní lze považovat také oporu poskytovanou rizikovými skupinami, například teroristickými organizacemi, extrémními náboženskými skupinami, komunitami drogově či jinak závislých osob, komunitami z vlastní vůle nezaměstnaných, partami, mafiemi, apod.

Při zkoumání podstaty působení procesu sociální opory nelze pominout širší sociální kontext, ve kterém se tento proces děje. Proměnou, kterou je v souvislosti se sociální oporou potřeba zvažovat, a na kterou se ve výzkumech týkajících se zdraví nezdědka zapomíná je socioekonomický status (Wilkinson, Marmot, 2005). Tedy úroveň dosaženého vzdělání, příjmu a společenského postavení má podle Kebzy (2005) vliv na možnosti využívání sociální opory. Nižší vzdělání totiž může omezit vědomosti osob o zdrojích sociální opory a nedostatek finančních prostředků ovlivnit dostupnost některých služeb a péče. Ukazuje se také, že socioekonomický status souvisí s vyšší distribucí chronického stresu v nižších sociálních třídách (Thoits, 1995), do kterých imigranti nejčastěji spadají. Pro nižší třídy je příznačná i vysoká hustota bydlení, která

může vést k znehodnocení sociálních vztahů a následně k znehodnocení sociální opory (Lepore, 1992).

Sociální podpora se zdá být nejvíce efektivní v okamžiku, kdy všechny zúčastněné strany mají společný kontext, ve kterém lze předvídat, interpretovat a reagovat na potřeby druhých (Makabe a Hull, 2000).

1.6.3 Sociální opora a duševní zdraví imigrantů

Sociální opora je důležitým faktorem v procesu přizpůsobení imigrantů a současně také významnou determinantou jejich zdraví. Imigranti jsou zranitelná sociální skupina se specifickými zdravotními potřebami a na jejich zdravotní stav působí řada faktorů. V souvislosti s migrací do jiné země dochází dle Dvořakové (2005) ke ztrátě původních přátelství, známostí, jež jsou nezbytné pro neformální uspokojování potřeb každého člověka a pro další získávání formálních (i neformálních) kontaktů. Menší množina sociálních sítí, která neposkytuje dostatečnou emociální oporu jako v zemi původu, je spojována se zvýšením zdravotních rizik mezi přistěhovalci (Ho, 2004;. Takeuchi et al 2007, Dvořakova, 2006). Sociální sítě vyrovnávají nepříznivé společenské a ekonomické podmínky spojené s přistěhovalectvím (Lendale a Oropesa, 2001).

Narušení rodinných a kulturních vazeb, které je spojené s migrací přispívá k větší potřebě podpory imigrantů a uprchlíků (Hernandez-Plaza et al, 2004). Nově příchozí čelí velkým překážkám při získávání sociální opory v hostitelských zemích, což ve svém důsledku zintenzivňuje problémy s integrací (Wu a Schimmele, 2004.). Rozvíjet nové sociální sítě a nahradit ty, které ztratili, je pro imigranty obtížné a zdlouhavé (Yeh, et al., 2008).

Pro imigranty je sociální opora klíčovým faktorem ovlivňujícím zdraví a využívání zdravotních služeb (Warner, 2007; Nicdao et al, 2008). Sociální opora má pozitivní vliv na duševní zdraví, pocit užitečnosti a sounáležitosti (Taylor, 2007). Podpora poskytovaná členy komunity podobného etnického původu je spojená s pozitivními výsledky v oblasti zdraví (Nicdao et al, 2008). Některé studie poukazují na vztah mezi sociální oporou, akulturačním stresem a duševním zdravím imigrantů. Výzkumy (Newbold, 2005) např. odhalily vyšší výskyt psychiatrické morbidity ve vztahu k nízké úrovni sociální opory, dále pak ochranný účinek sociální opory (pufrovací efekt) a její vliv na snižování stresu spojeného s akulturací. Důležitý

ochranný faktor sociální opory na duševní zdraví byl prokázán i u mladistvých imigrantů (Meadows et al., 2006). Podle Oppedala et al., (2005), etnická identita a vnímaná diskriminace byly dva faktory ovlivňující duševní zdraví mladých imigrantů v Norsku. Slavin a Rainer (1990) identifikovali negativní asociace mezi sociální oporou a depresivními symptomy, které byly výrazně silnější u dívek než u chlapců z městské minoritní mládeže. Bhugra (2004) poukazuje na význam sociální opory v prevenci depresivních příznaků.

Dřívější výzkumy (Sowell, 1981) poukazují na fakt, že negativní účinky přistěhovalectví na duševní zdraví ubývají v závislosti na zvyšování asimilace. Novější studie tuto domněnku vyvrací a ukazují, že asimilace vede ke zhoršení psychického stavu u dětí (Harker 2001). Dle dalších výzkumů (Bhugra 2004) je výskyt psychiatrických poruch nižší u migrantů v zemích, kde přistěhovalci tvoří větší podíl z celkového počtu obyvatel.

Stewart et al. (2010) uvádějí, že sami imigranti jsou přesvědčeni o negativním vlivu nedostatečné sociální opory na jejich zdraví a na využívání souvisejících zdravotních služeb. Současně také, že špatný zdravotní stav má nežádoucí vliv na schopnost vyhledávat či nabízet sociální oporu.

1.7 Sociální determinanta zdraví - stres

Stres můžeme charakterizovat jako porušení rovnováhy mezi vnitřním stavem jedince a podmínkami a vlivy jeho okolního prostředí (Štikar et al., 2003). Dle Charváta (1973, s. 76) se stres projevuje jako zpravidla nepříjemně zabarvený pocit duševního napětí až předrážděnosti, duševního rozladění, úzkosti, nepohody, zlosti i pocitem ochablosti a únavy. Tyto úkazy zahrnujeme pod název „citově záporné napětí“, které se promítne do celkového chování subjektu. Cílem chování je buď zajištění útěku před stresující situací, nebo útok na subjekt, který stresující situaci způsobil. Stresovaná osoba může vykazovat projevy zvýšené vzrušivosti, nebo naopak tlumenosti až apatie, křečovitost, nesoustředěnost, neschopnost uvolnit se psychicky ani fyzicky, svalový třes nebo ochablost, přeskakující či přiškrcený hlas, projevy zkratkovitého jednání, narušená soudnost, narušená myšlenková plynulost, zhoršená koordinace, fyziologické projevy jako nutkání ke zvracení, průjem, potřeba častého močení a tak podobně (Charvát, 1973).

Podněty, které mohou vyvolat stresovou reakci, nazýváme stresory. Tyto stresory na každého člověka působí různě, a to podle míry jeho individuální vnímavosti a emocionálního působení, které je danému stresoru připisováno konkrétním jedincem. Stresorem může být dle Štikara (2003) jakákoliv změna uskutečňující se v našem vnitřním či blízkém vnějším okolním prostředí, která vyvolává určitou reakci našeho organismu, za účelem adaptace na novou situaci. Popisovaná reakce organismu se následně projevuje viditelnými fyziologickými ale i jinými změnami. Trvá-li stresová situace delší dobu, dochází v organismu vlivem dlouhodobě nepříznivého stavu k fázi vyčerpání a pocitům únavy (Kebza, Šolcová, 2004). V důsledku toho, že se nepodařilo stresovou situaci zvládnout, dochází až ke zhroucení organismu. I když nelze přesně stanovit, jak konkrétní životní situace na daného člověka působí, lze stanovit všeobecně přijímanou tendenci vlivu stresových faktorů na naše vnímání.

Řada studií prokázala, že stresové situace mají pro náš zdravotní stav značný význam, a že mezi jednotlivými lidmi existují značné rozdíly ve schopnosti zvládat určitou stresovou situaci (Křivohlavý, 2002). Např. Model stresové zranitelnosti, který se týká důsledků působení stresu na zdraví člověka, je založen na osobnostních charakteristikách lidí, přičemž analyzuje příčinnou souvislost mezi lidským chováním a sklonem k srdečním chorobám (Mikuláščík, 2007), dále pak Teorie životních událostí pracující se stupnicí působnosti jednotlivých stresorů, tedy stupnicí sociální přizpůsobivosti (Šnýdrová, 2006).

Rostoucí počet studií přináší důkazy o přímém vlivu stresu na fyzické zdraví. Holčík (2001) popisuje důsledky dlouhodobého vlivu působení stresu na zdraví, kterými jsou nemoci imunitního a oběhového systému, deprese, vyšší vnímavost k infekčním nemocem, vyšší riziko onemocnění cukrovkou, snížení obranyschopnosti organismu, vyšší hladina lipidů v krvi, vysoký krevní tlak a následné vyšší riziko infarktu a mozkové mrtvice.

1.7.1 Stres ve vztahu k imigrantům

Weis a Berger (2008) popisují specifickou imigrantskou zkušenost jako komplexní stresující událost, která probíhá v úseku delšího časového období. Výzkumníci klasifikují tyto specifické fáze jako odchod, tranzit a usazení v nové zemi (McCarthy,

Marks 2010; O'Shea et al., 2000; Carswell et al., 2009). Dle Weise a Bergerera (2008) je každá z těchto fází svým způsobem stresující, i když míra traumatizace v jednotlivých fázích bývá do velké míry individuální. V první fázi jsou stresory spojeny převážně se strachem z neznámého a odloučením od rodiny, přátel, míst a majetku. Stresory v tranzitní fázi se týkají komplikované logistiky, nebezpečí při přepravě a na hranicích, a v některých případech i různě dlouhých period strávených v zařízeních pro imigranty. Stresory ve fázi usazení v nové zemi představuje zejména nová neznámá kultura, pravidla, jazyk, normy a v neposlední řadě i problémy se zařazením do nového sociálního systému.

Trvající 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, 2005). Právě imigranti a azylanti představují vzhledem k neutěšeným sociálním a psychologickým podmínkám jednu z nejrizikovějších skupin ohrožených stresem. Důvodem jsou časté pocity úzkosti a nejistoty vyplývající z neporozumění majoritní kultuře, zvykům a tradicím nové země. K dalším příčinám dlouhodobého stresu migrantů patří také jazyková bariéra, nedostatek sociálních kontaktů nebo rasismus a xenofobie hostitelské populace (Brabcová, 2009). Jak uvádí Šišková (2001), migranti, kteří se rozhodnou natrvalo usadit v určité zemi, čeká náročný proces adaptace na nové kulturní a sociální podmínky v majoritní společnosti dané země. Adaptace v cizí kultuře je dlouhodobý, komplexní proces, zatížený stresy a ztrátami, a proto do různé míry traumatický.

Dle Kaňové (2007) rozdíl ve zdraví mezi socioekonomickými skupinami nespočívají ani tak v rozdílné četnosti stresových situací jako spíše v různém typu a v době, po kterou jsou jim lidé vystaveni. Například stěhování, rozvod, ztráta zaměstnání a hlavně pak působení chronických stresorů, jako jsou dlouhodobé finanční problémy či život v deprivovaných oblastech, je častější u nižších sociálních vrstev. Zvládnutí podobné stresové situace trvá lidem v nižších sociálních pozicích déle, a proto také déle stres prožívají. Stejná situace pro ně tedy může mít horší následky než pro lidi z vyšších vrstev.

Při zvládání stresu jsou důležité dva aspekty, a to subjektivní vnímání stresových situací a dostupnost ochranných faktorů. Studie (Kebza, 2007) dokládají, že asociace mezi stresem a zdravím může být modifikována řadou ochranných faktorů jako jsou sociální pouta, sociální opora, či postoje jako je pocit člověka, že má život pod kontrolou. Výzkumy, které se zvládáním stresu zabývají, se proto zaměřují na analýzu sociálních sítí

1.8 Sociální determinanta zdraví - doprava

Každodenními cestami lidí a způsoby, jak je mapovat, se zabývá sociologie dopravy. Ta dále zkoumá i utvářející vlivy osobní dopravy na společnost (reciproční vztah doprava – společnost) a způsoby proměny náhledů a návyků lidí ve svém každodenním cestování. Je zřejmé, že účast dopravy na společenském životě je tak významná, že studium sociálních otázek bez zřetele k dopravě by nemohlo být úplné (Mleziva, 1967, s. 133).

Zdravá doprava se dle Wilkinsona a Marmota (2005) vyznačuje zvýšeným používáním chůze či jízdy na kole nad používáním automobilů či prostředků veřejné, popř. hromadné dopravy. Tito výzkumníci dále upozorňují na fakt, že postupný vývoj mechanizace snižuje stupeň tělesné námahy v pracovním uplatnění. Dále upozorňují, že důsledkem automobilové přepravy je kromě znečištěného ovzduší i snížení počtu sociálních kontaktů, které by lidé uskutečnili, pokud by použili hromadnou dopravu nebo využívali chůzi (Wilkinson, Marmot, 2005).

1.8.1 Pohybová aktivita

Sportování a pohybové aktivity jsou z pohledu sociologie životního stylu jedním ze způsobů trávení volného času (Špaček, 2008). Výzkumy konzistentně ukazují, že vzdělanější lidé s lepším sociálním postavením častěji aktivně sportují než lidé z nižších vrstev (Scheerder, Vanreusel, Taks, Renson 2002; Scheerder, Vanreusel, Taks 2005; Skille 2005; Warde, 2006). Význam zde přitom mají jak ekonomické nerovnosti, tak kulturní odlišnosti lidí s různým postavením ve společnosti (Colins, 2004). Vývojové trendy aktivního sportování ukazují na stoupající popularitu a šíření aktivního sportu jako způsobu trávení volného času, byť je patrné, že se stále zachovávají podstatné rozdíly mezi různými skupinami obyvatelstva. Protože aktivní zdravý životní

styl může mít výrazný vliv na zdravotní stav člověka, tak i odlišnosti v trávení volného času mohou přispívat ke zdravotním nerovnostem různých vrstev společnosti (Špaček, 2008).

Sport vznikal a rozvíjel se v souladu s historií společnosti a jejím sociálním, politickým a ekonomickým charakterem. Je, historicky vzato, nedílnou součástí kulturního vývoje a – v daném případě i rozvoje – lidstva (Sekot, 2006). Sportem se rozumí všechny formy tělesné činnosti, které ať již prostřednictvím organizované účasti, či nikoliv, si kladou za cíl projevení nebo zdokonalení tělesné a psychické kondice, rozvoj společenských vztahů nebo dosažení výsledků v soutěžích na všech úrovních (Slepičková, 2005).

WHO (2003) definuje pohybovou aktivitu jako jakoukoliv aktivitu produkovanou kosterním svalstvem způsobující zvýšení tepové a dechové frekvence. Pohybovou aktivitu je tedy nutné chápat jako celé spektrum činností v řadě oblastí lidského konání. Může být součástí sportu, školních aktivit, chůze do zaměstnání či školy a aktivní domácí práce (Brettschneider, Naul, 2004). V odborné zahraniční literatuře se rovněž setkáváme s pojmem zdraví zlepšující pohybová aktivita (health-enhancing physical activity), která vyjadřuje pohybovou aktivitu, zlepšující zdraví bez zbytečného rizika poranění či úrazu (WHO, 2007; US Department of Health, 2008). Hošek (2000) uvádí, že pohybová aktivita je podpůrný a ochranný prostředek zkvalitňující život, přičemž tento proces pojmenovává kinezioprotekce.

Epidemiologické výzkumy potvrdily, že pohybová aktivita hraje významnou úlohu při ontogenezi člověka, je významným prostředkem v boji proti hromadným neinfekčním onemocněním (ischemická choroba srdeční, centrální mozková příhoda, hypertenze, obezita, osteoporóza, atd.) a určujícím faktorem zdraví člověka i celé populace (Hodaň 1997; Slepička a Slepičková 2002; Stejskal 2004). Pravidelná adekvátní pohybová aktivita přináší z hlediska preventivního působení na lidské zdraví mnoho výhod (Vondruška, Barták, 1999; WHO 2007): stimuluje produkci endorfinů, zvyšuje duševní potenciál, uvolňuje svalové napětí, mění metabolismus tuků, podporuje krevní oběh, zlepšuje činnost srdce, normalizuje krevní tlak, atd. Z hlediska preventivního působení na zdraví člověka je u pohybové aktivity podstatná její frekvence, délka trvání, intenzita a druh vykonávané pohybové aktivity (Participation, 2004). V nejlepším případě by pohybová aktivita měla být vykonávána pravidelně,

se střední intenzitou, minimálně 30 minut ve většině dní v týdnu. Při nízké úrovni pohybové aktivity dochází k nevýznamným zdravotním efektům, naopak při nadměrné intenzitě ke zranění pohybového aparátu a akutním kardiovaskulárním příhodám, při nadměrné délce vykonávané aktivity hrozí přetížení organismu (Stejskal, 2004).

1.8.2 Doprava a aktivní transport

Významnou úlohu z hlediska podpory pohybové aktivity hraje sektor dopravy, zejména pak tzv. aktivní transport - chůze a jízda na kole (Základy podpory..., 2011). Chůzi lze vnímat jako prostředek vlastní mobility k uspokojení potřeb každodenního života, stejně tak jako odpočinkovou formu trávení volného času a v neposlední řadě jako sport. Chůze je rytmická, dynamická aerobní aktivita vykonávaná velkými kosterními svaly, má mnoho zdravotních pozitivních efektů a minimum vedlejších negativních účinků (WHO 2006). Jednou z neoddiskutovatelných předností chůze je její význam zdravotní – zvyšuje kondici a zlepšuje celkový zdravotní stav. Navzdory tomu, že si přínos chůze našemu zdraví většinou uvědomujeme, omezili jsme tento druh pohybu na minimum. Lékařské studie praví, že pro zlepšení fyzické a psychické kondice je optimální ujít alespoň sedm kilometrů denně (Špaček, 2008). Jízda na kole má ve srovnání s chůzí poněkud vyšší zdravotní účinky, protože intenzita úsilí je větší (Základy podpory..., 2011). Na základě sledování hodnot krevního tlaku, hladiny cholesterolu a body mass indexu bylo zjištěno, že u lidí, kteří nejzdili na kole je mortalita o 39 % vyšší než u těch, kteří na kole jezdili (Andersen 2000).

Podpora aktivního transportu by dle WHO (2002) měla být základním pilířem strategií zaměřených na podporu pohybové aktivity. WHO (2002) zároveň dodává, že současné dopravní podmínky v evropských městech nepodporují obyvatelstvo k rozhodnutí upřednostnit chůzi či jízdu na kole před dopravou automobilem. Vysoká úroveň motorizované dopravy pak přímo i nepřímo ovlivňuje zdraví celé populace (snižováním úrovně pohybové aktivity, respiračními problémy způsobenými znečištěným vzduchem, dopravními nehodami), (Základy podpory..., 2011). Světová zdravotnická organizace spolu s Evropskou sítí zdraví podporující pohybové aktivity (HEPA) na základě těchto zjištění vypracovala intervenci „*Physical active Life through Everyday Transport*“ zaměřenou na zvýšení podílu chůze a jízdy na kole v dopravě. Základním cílem této intervence je přimět politiky a občany evropských států uvědomit

si rizika spojená s nedostatkem pohybové aktivity v životě a ukázat, že strategie aktivního transportu je ekonomicky efektivní a zdravotně účinná metoda (Základy podpory..., 2011).

Schmeidler (2004) uvádí, že od poloviny devadesátých let dvacátého století vznikla řada empirických studií, které se zaměřily na postoje k využívání městské hromadné dopravy, jízdních kol a pěší dopravy ve vztahu k životnímu prostředí. Výzkumná šetření ukázala zvláštní postavení dopravy v myšlenkách a chování jedinců. Studie potvrdily skrytý předpoklad, že vztah k životnímu prostředí není nejsilnějším faktorem při výběru dopravního prostředku. Svou roli však hraje v případech, kdy nebylo jejich rozhodování ovlivněno časovým faktorem. Pokud však byly nabídnuty alternativní způsoby dopravy, zvažovali respondenti faktor životního prostředí ve větší míře a byli více nakloněni využívat ke svým cestám prostředků šetrných k přírodě (Schmeidler, 2004).

Dopravní jednání je utvářeno také určitými aspekty socioekonomického statusu. Příkladem může být automobil coby nositel jistého sociálního statusu a identity, kterou je nutné v dnešní individualizované společnosti utvářet. Výsledky také ukázaly (Schmeidler, 2004), že postoje obyvatel měst k pěší docházce jsou velmi pozitivní v případě, že podmínky navržené urbanisty jsou vstřícné jejich každodenním potřebám. Jako důležitý faktor byla uvedena také vzdálenost. Je-li docházková vzdálenost optimální, počet každodenních pěších cest za nákupy, do práce či za zábavou se zvyšuje. K dalším nezanedbatelným činitelům patří kvalita prostředí v okolí pěší trasy, městská estetika či vědomí bezpečnosti (Schmeidler, 2004). Technologický pokrok a vzrůstající blahobyt některých společností přinesl široké možnosti přepravy a dopravy. To, co zprvu přinášelo svobodu stále narůstajícímu množství lidí, se však postupem času přeměnilo v překážky volného pohybu všech. Osobní preference v dopravě tak mimo jiné spoluutvářejí i ráz dnešních měst. Jak píše Keller (1998), naše dnešní kultura míjení proměnila okolí v pouhý prostředek pro úsporu času a z veřejného prostoru vytvořila místo určené mlčenlivému míjení.

1.8.3 Doprava ve vztahu k imigrantům

Světová zdravotnická organizace (2004, 2007) i Evropská komise (2007) apeluje na své členské státy, aby vytvořily a implementovaly národní strategie podpory pohybové

aktivity. V České republice prozatím nebyla žádná celonárodní strategie vytvořena (Základy podpory..., 2011). Podpora pohybové aktivity má být zaměřena na všechny věkové a sociální skupiny v populaci, avšak existují skupiny, které jsou nedostatečnou úrovní pohybové aktivity více ohroženy a je jim třeba věnovat zvláštní pozornost (Základy podpory..., 2011). Mezi tyto skupiny patří také osoby ze sociálně znevýhodněného prostřední a osoby z etnických menšin. V souladu s tímto zjištěním je i postup kanadských úřadů, které se při osvětových kampaních soustřeďují převážně na skupiny, které jsou nejvíce ohroženy hypokinezi a chorobami spojenými s tímto stavem. Mezi tyto skupiny patří imigranti, lidé s nízkým příjmem a národnostní menšiny (Základy podpory..., 2011).

Dle Brabcové et al. (2010), která se zabývala pohybovou aktivitou imigrantů, ve volném čase sportují pouze čtyři respondenti z patnácti oslovených. Důvodem neúčasti na pohybových aktivitách jsou dle respondentů vysoká pracovní zátěž a dlouhá pracovní doba respondentů. Polovina respondentů dojíždí do zaměstnání automobilem, zbytek využívá autobusovou dopravu a chůzi.

V současnosti narůstá význam sportu i v rovině socializace, a to zejména v souvislosti s chápáním sportování jako smysluplné náplně volného času i za práh oblasti navazování a upevňování život obohacujících společenských vztahů. Slepíčka et al. (2002) v tomto kontextu litují, že na rozdíl od zakladatelských zemí Evropské unie je u nás využívání aktivního sportování při prevenci sociální izolace spíše nahodilé. Zdůrazňují tak i vhodnost využívat této sociální dimenze sportu na půdě integračního úsilí v případě imigrantů.

1.9 Sociální determinanta zdraví - dětství

Vliv sociálních determinant zdraví hraje největší roli v nejranějších fázích lidského života, je dokázáno, že základy zdraví se vytvářejí především v raném dětství (Wilkinson a Marmot, 2005). Zdravotní situace jedince v raném vývoji se odráží v průběhu celého jeho života a má dlouhodobý účinek na zdraví, který nezávisí na socioekonomické pozici v dospělosti. Wilkinson a Marmot (2003) se zabývají také vlivem těhotenství matky na budoucí zdravotní stav jedince. Poukazují např. na závislost mezi porodní váhou u mužů a rizikem rozvoje diabetu. Porodní hmotnost vykazuje zřetelný sociální gradient, přičemž děti s nízkou porodní hmotností mají,

i ve srovnání s vrstevníky ze stejné třídy, vyšší riziko socioekonomického znevýhodnění v průběhu dětství a adolescence a zvýšené riziko chronických nemocí ve středním věku. Také Vaďurová (2008) udává, že vývoj dítěte je nejvíce ovlivněn v prenatálním životě a raném dětství. Nenarozené dítě je ohroženo během těhotenství vlivy, jako jsou kuřáctví matky, alkohol, zneužívání drog a špatná výživa matky. Tyto vlivy se mohou projevit v pozdějším věku a mohou mít následky na celý život (Vaďurová, 2008).

Také nedostatečné sociální zázemí matky, nedostatek materiálních prostředků a citové podpory během dětství mohou mít vliv na sníženou kapacitu tělesných, kognitivních a emocionálních funkcí v dospělosti, problémové chování či sociální vyloučení. Dle Bergmana et al. (2000) se stávají intimní pouta vytvořená v dětství prototypem pro interpersonální vztahy v dospělosti, v rámci nichž se utváří pocit bezpečí či sebehodnocení, ale které jsou také významným zdrojem zdraví chránících zdrojů.

Model nepřímého působení socioekonomických podmínek v dětství příkládá význam podmínkám v rané fázi života, avšak jejich účinek na zdraví v dospělosti pokládá spíše za nepřímý (Kaňová, 2007). Podle něj například sama nízká porodní váha není natolik určující pro zdraví v dospělosti jako skutečnost, že socioekonomické podmínky v dětství ovlivňují životní šance člověka. Spoluurčují je kupříkladu stupeň vzdělání, který má vliv jak na socioekonomický status, tak na životní styl v dospělosti. V raných fázích života jsou přitom nepříznivým socioekonomickým podmínkám vystaveny děti z nižších socioekonomických skupin (Wadsworth, 1997). Dle Kaňové (2007) je základním procesem, který spojuje sociální podmínky v dětství se zdravím v dospělosti je zvyšování zranitelnosti v průběhu života. Podmínky v dětství jsou jen počátkem procesu akumulace rizik. Například když rodiče dítěte kouří, zvyšují riziko respiračních onemocnění u dětí. Navíc je pravděpodobnější, že tyto děti budou kouřit v dospělosti, což způsobuje další zvýšení náchylnosti k respiračním nemocem v dospělosti. Kouření i respirační nemoci přitom vykazují silný sociální gradient.

Znevýhodnění v různých fázích a v různých oblastech života se nejen sčítají, ale také vzájemně podporují a působí společně na zdraví. Wadsworth (1997) uvádí, že děti vyrůstající v příznivých socioekonomických podmínkách získávají sociální a kulturní kapitál, který je tím vyšší, čím je vyšší vzdělání rodičů a jejich zájem a podpora

vzdělání dítěte. Takové rodinné podmínky vedou k tomu, že dítě dosáhne vysoké úrovně vzdělání, která souvisí s lepším zdravím.

1.9.1 Dětsví ve vztahu k imigrantům

Pro celkový přehled jsou důležitá i data o počtu dětí cizinců. Podrobné údaje jsou shromažďovány a statisticky zpracovávány Českým statistickým úřadem. Dle publikovaných údajů (Cizinci podle věku,..., 2011) bylo k 31. 12. 2011 v České republice evidováno 55 855 dětí cizinců, z toho 27 298 žen.

První a druhá generace dětí migrantů, tj. dětí, které doprovázejí rodiče do nové země, nebo se zde již narodily, se nezdá potýkat s problémem začlenění do hostitelské společnosti. Dle Tychtla (1999) jsou tyto děti poměrně velmi rychle schopné osvojit si nový jazyk, vytvořit si kontakty a nalézt přátele. Marxtová (2006) ovšem upozorňuje, že děti imigrantů jsou velmi zranitelnou skupinou a případné negativní zkušenosti spojené s integrací se mohou projevit v dospělosti.

Děti imigrantů označují za rizikovou skupinu i Hnilicová et al. (2009b) a to zejména s ohledem na problematickou dostupnost zdravotní péče a kulturní odlišnosti v komunikaci s rodiči. Děti cizinců ze třetích zemí mají často z finančních důvodů zdravotní pojištění na neodkladnou péči, ze kterého není hrazeno očkování, a není zde ani předpoklad registrace u praktického lékaře. Pojištění prenatální péče, porodní a poporodní péče, včetně péče o novorozence, není zahrnuto v běžném komerčním zdravotním pojištění na neodkladnou péči.

Těhotné cizinky musí mít zdravotní pojištění cizinců na komplexní péči, kde je zahrnuta prenatální péče a porod, a mít navíc sjednáno pojištění typu novorozence. Těhotné cizinky ze třetích zemí, které mají uzavřené pouze standardní komerční zdravotní pojištění, nemají zajištěnou potřebnou péči. Na základě výzkumů (Migration, health and human rights, 2002) bylo rovněž prokázáno, že u zahraničních pracovních migrantek se v souvislosti s nepřiměřeným pracovním nasazením nebo nevyhovujícími pracovními podmínkami objevují ve vyšší míře těhotenské poruchy, včetně samovolných potratů.

V souvislosti se zdravím dětí poukazují Wilkinson a Marmot (2003) zejména na vzdělávání rodičů a budování zdravého vztahu mezi dětmi a rodiči. Matky jako primární socializační činitelé mají v tomto případě velmi důležité postavení. Zkušenost

migrace a život v cizí zemi přináší řadu problémů, znevýhodnění a bariér, kterým musí imigrantky čelit (Analýza přístupu žen..., 2007). Ženy, které migrují se svými dětmi nebo kterým se děti v imigraci narodily, se potýkají s nedostatečnou podporou a pomocí jak ze zdrojů soukromých, tak veřejných. Pro pracující matky-cizinky jsou možnosti a strategie skloubení rodinných a pracovních povinností značně omezené (Analýza přístupu žen..., 2007). Dle Analýzy přístupu žen imigrantek a mužů imigrantů ke vzdělávání a na trh práce v ČR (2007) představují ženy významnou a početnou skupinu mezi lidmi, kteří z různých důvodů přicházejí z jiných zemí do České republiky. Avšak až v posledních letech se začalo i v českém prostředí uvažovat o genderových aspektech migrace a integrace. Stále však je tato problematika vnímána jako marginální.

Dle Víznerové (2008) pak dopadají migrace a pobyt v životních podmínkách v jiné zemi na rodinný život a rodičovství žen-migrantek. Vzhledem k ekonomickému tlaku na zaměstnanost žen-matek dochází k omezení možností pro realizaci jejich mateřství. Komplikovaná je také nutnost kombinace pracovních povinností s péčí o děti při absenci tradičních sociálních sítí a zdrojů pomoci (prarodiče, sourozenci a jiné blízké osoby žijící v zemi původu) (Víznerová, 2008). Rodičovství, resp. mateřství žen a závazky s tím spojené ovlivňuje dle Víznerové (2008) do velké míry migrační, pobytové a životní plány a strategie žen, a to, jakým způsobem svůj život organizují.

Z výzkumů rovněž vyplývá, že ženy-migrantky jsou celkově méně než muži informovány o podmínkách v cílové zemi (Analýza přístupu žen..., 2007). Vedle praktických informací nezbytných pro každodenní jednání a kontakt s úřady, zaměstnavateli apod. ženám chybí obecná orientace ve společenském a kulturním systému zahrnující normy, způsoby chování, komunikaci či vztahy mezi lidmi. Absence nezbytných informací ztěžuje přístup ke službám i komunikaci v každodenním životě.

2. PŘEDMĚT, CÍLE PRÁCE, HYPOTÉZY

2.1 Předmět výzkumného šetření

Výzkumné šetření bylo realizováno v rámci projektu COST (Cooperation on Scientific and Technical Research) s názvem „Zdravotně sociální situace imigrantů a azylantů v České republice“. Projekt byl řešen na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Projekt byl realizován od ledna 2010 do května 2011. V rámci projektu došlo ke zkoumání vztahu mezi sociálními determinantami a zdravím imigrantů a azylantů, koncept sociálních determinant zdraví byl převzat od Wilkinsona a Marmota (2005). Jeho základní myšlenkou je, že vybrané charakteristiky sociální situace mají vliv na vybrané charakteristiky zdraví. Vybrané sociální charakteristiky byly voleny s ohledem na 10 sociálních determinant – publikovaných právě Wilkinsonem a Marmotem (2005). Jedná se: o sociální gradient, stres, dětství, sociální vyloučení, práci a nezaměstnanost, sociální oporu, závislosti, výživu a dopravu. Projekt byl úspěšně obhájen a statisticky zpracovaná data byla publikována v monografii a člancích.

Hlavní záměr výzkumu tedy vycházel z předpokladu vzájemné determinace zdravotního stavu imigrantů a jejich sociální situace. Předmětem výzkumného šetření bylo nalezení vztahu mezi vybranými charakteristikami zdravotního stavu objektu výzkumu a vybranými charakteristikami sociální situace, v níž se objekt (tedy vybraní imigranti) výzkumu nachází.

Výběr jednotlivých sociálních determinant byl ovlivněn tím, že byly rozděleny mezi jednotlivé členy realizačního týmu, to je důvodem, proč je tato disertace zaměřena na sociální oporu, stres, dětství a dopravu. Některé výsledky této disertace již byly publikovány v monografii Zdravotně sociální aspekty života imigrantů v České republice (Vacková et al., 2012a). V této publikaci je komplexní pohled na sociální determinanty zdraví u imigrantů.

2.2 Cíle práce

Cílem disertační práce je zhodnotit sociální determinanty zdraví v oblasti sociální opora, stres, dětství a doprava.

2.3 Hypotézy

Statisticky významné souvislosti mezi vybranými jevy byly testovány na základě dílčích hypotéz dedukovaných z obecné hypotézy, jež vyplývá ze záměru a předmětu výzkumu. Tato obecná hypotéza tvrdí: *Mezi vybranými charakteristikami zdravotního stavu imigrantů a jejich sociální situací existuje souvislost.* Výběr jednotlivých sociálních determinant byl ovlivněn tím, že byly rozděleny mezi jednotlivé členy realizačního týmu, to je důvodem, proč je tato disertace zaměřena na sociální oporu, stres, dětství a dopravu. Vztahy, které byly statisticky testovány, jsou vyjádřeny následujícími dílčími hypotézami.

Sociální opora:

H1 Imigranti, kteří se cítí v ČR jako doma, hodnotí své zdraví jako dobré.

H2 Subjektivní hodnocení zdraví se mění v závislosti na přítomnosti osoby ochotné respondentovi pomoci.

H3 Se zvyšující se znalostí českého jazyka se zlepšuje pocit spokojenosti mezi Čechy.

H4 Přítomnost osoby ochotné imigrantovi pomoci se mění v závislosti na jeho národnosti.

Stres:

H5 Subjektivní hodnocení zdraví se mění v závislosti na prožití negativní situace po příjezdu do ČR.

H6 Častost vystavení stresovým situacím se mění v závislosti na národnosti respondenta.

H7 Přítomnost známek deprese se mění v závislosti na národnosti respondenta.

Doprava:

H8 Způsob cestování do zaměstnání má vliv subjektivní hodnocení zdraví.

H9 Imigranti, kteří vykonávají pravidelné pohybové aktivity, hodnotí své zdraví jako dobré.

H10 Imigranti, kteří se věnují pravidelné chůzi, hodnotí své zdraví jako dobré.

H11 Vzdálenost bydliště od místa zaměstnání se zvětšuje v závislosti na délce pobytu imigranta.

H12 Pravidelná chůze jako využívaná pohybová aktivita se mění v závislosti na národnosti respondenta.

Dětství:

H13 Dodržování preventivních prohlídek u praktického lékaře pro děti a dorost se mění v závislosti na typu zdravotního pojištění dítěte.

H14 Vystavení dítěte stresovým situacím se mění v závislosti na národnosti.

2.4 Opearacionalizace pojmů

Sociální opora umožňuje jedinci sociální fungování. Je to systém sociálních vztahů a vazeb, které člověk vytváří ve svém sociálním okolí. Kvalita sociální opory je vnímána každým jednotlivcem zvlášť (Šolcová, Kebza, 1999). Dle Hartla a Hartlové (2010, s. 367) je sociální opora „vztahová opora v okolí člověka, tvořena partnerem, rodinou, přáteli, případně členy komunity, svépomocné skupiny, terapeutické skupiny, zvyšuje odolnost vůči stresu a chuť přežít i životní prohry a krize považované za pilíř duševního zdraví“. Předmětem výzkumu bylo zmapování struktury sociální opory respondentů a systému sociálních vztahů, které mohou respondenti využívat. Výzkumné otázky byly zaměřeny na kontakty v zemi původu, zvláště pak na jejich důležitost a frekvenci, dále pak na přítomnost osob, jejichž pomoci mohou respondenti využívat, pocit dostatku přátel a stav sousedských vztahů. Speciální pozornost byla věnována pocitům uznání a spokojenosti mezi Čechy (Příloha č. 1 Dotazník).

Stres můžeme charakterizovat jako porušení rovnováhy mezi vnitřním stavem jedince a podmínkami a vlivy jeho okolního prostředí (Štikar et al., 2003). Je reakcí organismu na mimořádnou zátěžovou situaci. V rámci výzkumu došlo k zmapování výskytu mimořádných událostí, které mají vliv na zdravotní či psychický stav imigrantů a azylantů. Mezi tyto události patří například smrt blízké osoby, sociální izolace v České republice, přesídlení do České republiky, ztráta zaměstnání, hrozba vysídlení, atd. Dále pak zmapování přítomnosti stresových symptomů psychického a fyzického původu, míry deprese a nejčastějších způsobů řešení stresových situací. K hodnocení míry deprese byla využita Zungova sebesposuzovací stupnice deprese, jejímž výsledkem je tzv. SDS index vyjadřující stupeň depresivity (Příloha č. 1 Dotazník). 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, 2005).

Stresory jsou podněty, které mohou vyvolat stresovou reakci. Stresorem může být jakákoliv změna uskutečňující se v našem vnitřním či blízkém vnějším okolním prostředí, která vyvolává určitou reakci našeho organismu, za účelem adaptace na novou situaci. Popisovaná reakce organismu se následně projevuje viditelnými fyziologickými, ale i jinými změnami (Šnýdrová, 2006).

Zdravá *doprava* dle Wilkinsona a Marmota (2005) se vyznačuje zvýšeným používáním chůze či jízdy na kole nad používáním automobilů či prostředků veřejné, popř. hromadné dopravy. Každodenními cestami lidí a způsoby, jak je mapovat, se zabývá sociologie dopravy. Ta dále zkoumá i utvářející vlivy osobní dopravy na společnost (reciproční vztah doprava – společnost) a způsoby proměny náhledů a návyků lidí ve svém každodenním cestování. Je zřejmé, že účast dopravy na společenském životě je tak významná, že studium sociálních otázek bez zřetele k dopravě by nemohlo být úplné. Předmětem výzkumu bylo zmapování způsobu dopravy, kterou respondenti využívají zejména při cestování do zaměstnání. Sledováno bylo jak využití automobilu, tak alternativních způsobů dopravy. Výzkum byl dále zaměřen na pohyb a pohybově náročnější aktivity respondentů (Příloha č. 1 Dotazník).

Průcha et al. (2003) definují *dětství* jako počáteční období životní dráhy každého jedince, začínající narozením a končící změnou dítěte v adolescenta (tj. ve věku 14–15 let). Jde o období intenzivního vývoje tělesného, intelektuálního, jazykového, emocionálního a sociálního, v jehož průběhu se formují rozhodující rysy osobnosti člověka. Wilkinson a Marmot (2005) dokazují, že základy zdraví se vytvářejí především v raném dětství. Zdravotní situace jedince v raném vývoji se odráží v průběhu celého jeho života. Wilkinson a Marmot (2005) se zabývají také vlivem těhotenství matky na budoucí zdravotní stav jedince. V rámci reprodukčního zdraví došlo k mapování vlivů působících na respondentky během těhotenství a po porodu. Dětství bylo hodnoceno z pohledu dospělých respondentů v následujících oblastech (zdravotní stav, preventivní péče a zdravotní pojištění, stres a problémové chování dětí, zázemí dětí), (Příloha č. 1 Dotazník).

Dle Koncepce integrace (2006) se *imigrantem* rozumí „dlouhodobě legálně usazený cizinec, který žije na území České republiky legálně nejméně po dobu jednoho roku. To znamená, že jde o cizince, který pobývá na území ČR na základě udělení dlouhodobého víza nebo povolení k dlouhodobému pobytu, popřípadě trvalého pobytu. Tento způsob vymezení termínu „imigrant“ vylučuje ty cizince, kteří přijíždějí do ČR na turistická víza.

Respondenti byli dle věku rozřazeni do jednotlivých *generací*: mladá generace (18 - 29 let), střední generace (30 - 50 let) a starší generace (51 let a více). Vzhledem k nízkému počtu respondentů ve starší generaci (17 respondentů) muselo dojít k re-kategorizaci na mladou generaci, střední a starší generaci.

WHO v roce 1948 definovalo *zdraví* jako stav úplné duševní, psychické a sociální pohody, nejenom nepřítomnost nemoci nebo slabosti. Světové zdravotnické shromáždění ve své rezoluci z roku 1977 (Zdraví pro všechny do roku 2000) definovalo zdraví jako schopnost vést sociálně a ekonomicky produktivní život. Dle Zdraví 21 (2001) je zdraví pojímáno jako snížení úmrtnosti, nemocnosti a postižení v důsledku zjištěných nemocí a nárůst pocíťované úrovně zdraví na nejvyšší možný stupeň – tzv. zdravotní potenciál (Zdraví 21 – zdraví pro všechny do 21. století, 2001).

V rámci této disertační práce je zdraví zkoumáno na základě subjektivního vnímání zdraví respondentem. Respondenti jej hodnotili na pětistupňové škále od velmi dobrého, dobrého, průměrného, špatného až po velmi špatné.

Dle Vackové (2012b) má subjektivní hodnocení zdraví ve vztahu k hodnocení zdravotního stavu specifickou pozici. Vychází z vnitřního, vysoce individuálního hodnocení vlastního zdraví respondentem, které je podmíněno nejenom objektivním zdravotním stavem, ale i životním stylem, emočním naladěním respondentů nebo sociálně – ekonomickými podmínkami. Podle Šolcové a Kebzy (2006) je subjektivní hodnocení zdraví široce využívaným ukazatelem zdravotního stavu člověka. Při posuzování svého zdraví lidé neposuzují jen svůj fyzický stav, jako tomu bývá při hodnocení objektivního zdraví, ale zahrnují do hodnocení emoční, sociální a spirituální osobní pohodu.

3. METODIKA

Pro strategii výzkumu založenou na hledání možných vztahů mezi sociální oporou, stresem, dětstvím a dopravou na straně jedné a zdravotním stavem imigrantů na straně druhé bylo použito kvantitativních metod. Zvolená metodika výzkumného šetření byla podmíněna nejen *cílem* výzkumu, jímž je „*nalezení vztahů mezi zdravotním stavem a sociální situací imigrantů*“, ale též charakterem *objektu a předmětu* výzkumu.

Metoda výzkumu vycházela z konceptu deseti sociálních determinant zdraví, který publikoval Wilkinson a Marmot (2003). Kvantitativní metoda zkoumání objektu výzkumu byla realizována pomocí dotazování. Pro potřeby výzkumu a sběru dat byl vytvořen nestandardizovaný dotazník (příloha 1). Dotazník mapoval oblast všech deseti sociálních determinant zdraví a byl doplněn o otázky, týkající se zdravotního stavu respondentů. Dotazník obsahoval 270 otázek, z toho 107 otázek zaměřených na oblast sociální opory, stresu, dětství a dopravy a byl přeložen do čtyř jazyků (vietnamštiny, mongolštiny, ukrajinštiny a ruštiny) pro potřeby cílových skupin.

Výzkumné šetření bylo realizováno za finanční podpory Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR v rámci projektu COST (Cooperation on Scientific and Technical Research) s názvem „Zdravotně sociální situace imigrantů a azylantů v České republice“. Kvantitativní výzkumné šetření probíhalo mezi lednem 2010 až květnem 2011.

Pro srovnání výsledků výzkumného šetření s českou populací byla využita studie Evropského výběrového šetření o zdraví v České republice EHIS, 2008 publikovaná v roce 2011. Výsledky byly porovnávány pouze u vybraných otázek z oblasti sociální opora a doprava respondentů.

Předmětem výzkumného šetření bylo nalezení vztahu mezi vybranými charakteristikami zdravotního stavu objektu výzkumu a vybranými charakteristikami sociální situace, v níž se objekt (tedy vybraní imigranti) výzkumu nachází. Vybranou charakteristikou zdravotního stavu bylo subjektivní hodnocení zdraví. Vybranými charakteristikami sociální situace bylo:

- a) v oblasti sociální opory: důležitost a udržování kontaktů v zemi původu, přítomnost osoby ochotné pomoci, pocit dostatku přátel, sousedé respondenta, pocit spokojenosti mezi Čechy, pocit uznání od Čechů, vnímání ČR jako domovského státu, hodnocení vztahu mezi národnostní skupinou

- respondenta a Čechy, jednání se státními institucemi (instrumentální a informační opora), schopnost komunikovat v českém jazyce
- b) v oblasti stresu: prožití negativní situace a po příjezdu do ČR, častost vystavení stresovým situacím, přítomnost stresových symptomů psychického a fyzického původu, řešení strsových situací, výskyt známek deprese
 - c) v oblasti dopravy: vzdálenost bydliště od zaměstnání, způsob cestování do zaměstnání, vlastnictví automobilu a častost jízdy automobilem, pravidelné pohybové aktivity a chůze
 - d) v oblasti dětství: preventivní gynekologické prohlídky a prohlídky v těhotenství, podmínky v těhotenství (pracovní podmínky, rizikovost těhotenství, závislosti), zdravotní pojištění dětí a preventivní péče, onemocnění dítěte, stres a problémové chování dětí

3.1 Charakteristika výzkumného souboru

Výběr respondentů probíhal formou záměrného výběru, při němž rozhodnutí o zahrnutí respondentů do výzkumu nebylo provedeno pomocí pravděpodobnostního mechanismu, ale bylo vedeno záměrem výzkumného šetření (Brabcová, 2013). Většina oslovených respondentů byla uživateli služeb vybraných neziskových organizací. V Praze a v Českých Budějovicích realizovaly výzkumné šetření kontaktní osoby ze Střediska migrace Arcidiecézní charity, v Jihlavě bylo osloveno Centrum multikulturního vzdělávání. V rámci výzkumného šetření bylo osloveno 246 respondentů. Výzkumné šetření probíhalo od ledna 2010 do května 2011.

Pro výběr respondentů byla použita následující kritéria:

- respondenti byli ve věku 18-65 let
- respondenti pobývali v České republice legálně, déle než 1 rok
- respondenti pobývali ve vybraných lokalitách: hlavní město Praha, Jihočeský kraj a Kraj Vysočina
- respondenti jsou občany Ukrajiny, Vietnamu a Mongolska

Výzkumný soubor respondentů byl tvořen imigranty, kteří pobývali na území ČR v letech 2010 a 2011. Dle ČSÚ pobývalo k 31. prosinci 2009 na území ČR 432 503

cizinců (4,3 % populace). Z tohoto počtu bylo 131 932 cizinců z Ukrajiny, 61 115 z Vietnamu a 5 745 z Mongolska. K 31. prosinci 2010 pobývalo v České republice 422 225 cizinců (4,2 % populace). Z tohoto počtu bylo 124 281 cizinců z Ukrajiny, 60 289 z Vietnamu a 5 578 z Mongolska (Cizinci ..., 2010, 2011).

Základní charakteristiky výzkumného souboru je následující:

Národnost respondentů: z Vietnamu pocházelo 68 respondentů (27,7 %), 94 respondentů z Ukrajiny (38,2 %) a 84 z Mongolska (34,1 %).

Délka pobytu respondentů: 100 respondentů pobývalo v České republice 1-4 roky (47,8 %), 5-10 let 64 respondentů (30,7 %) a 11 a více let 45 respondentů (21,5 %).

Typ pobytu respondentů: 29 respondentů mělo vízum nad 90 dnů (13,5 %), 107 respondentů povolení k dlouhodobému pobytu (49,5 %) a 80 respondentů trvalý pobyt (37,0 %).

Pohlaví respondentů: 148 žen (60,2 %) a 98 mužů (39,8 %).

Kraj, ve kterém respondenti žijí: v Jihočeském kraji žilo 122 respondentů (49,5 %), v hlavním městě Praha 65 respondentů (26,5 %) a v Kraji Vysočina 59 (24 %).

Generace respondentů: 146 respondentů střední generace, tedy ve věkové hranici od 30 do 50 let (60,8 %), dále 77 respondentů (32,1 %) mladé generace (18-29 let) a 17 respondentů ve věku od 51 let výše (7,1 %).

3.2 Způsob statistického zpracování dat

Získaná data byla testována v programu SPSS verze 16.0. Pro testování závislosti kategoriálních proměnných byl zvolen Personův chí kvadrát test. Ve všech prezentovaných tabulkách byla dodržena podmínka, kdy žádná buňka neměla očekávanou četnost menší než 1 a ne více než 20 % buněk mělo očekávanou četnost menší než 5.

Analýza adjustovaných reziduí (zobrazená pomocí skriptu Znaménkové schéma) umožnila sledovat signifikantní vztahy v kontingenčních tabulkách. Skript porovnává adjustovaná residua na 95%, 99% a 99,9% hladině spolehlivosti. V každé buňce je znaménko rezidua uvedeno tolikrát, kolik z uvedených mezí bylo překročeno. Pro hladinu významnosti $\alpha = 0,05$ je určeno znaménko +/-, pro hladinu významnosti $\alpha = 0,01$ znaménko ++/-- a pro hladinu významnosti $\alpha = 0,001$ znaménko +++/-- --.

Síla asociace mezi zvolenými proměnnými byla také zobrazena pomocí vícerozměrné korespondenční analýzy.

U všech testů byla hranice pro zamítnutí nulové hypotézy stanovena jako hladina významnosti 5 % ($\alpha = 0,05$).

3.3 Metodologické a konceptuální omezení výzkumného záměru

Metodologickým omezením je nereprezentativnost a nestratifikace výzkumného souboru, přesto výsledky potvrzují některé významné skutečnosti (publikované v mnoha zahraničních zdrojích), které by bylo vhodné dále ověřit na reprezentativním souboru. Na zjištěné výsledky a závěry je tedy nutné pohlížet s tímto vědomím a brát je jako inspiraci pro další zkoumání či jako základní materiál pro diskusi o dílčích opatřeních v této oblasti.

Konceptuálním rizikem je samotné pojetí sociálních determinant zdraví (tzn. vybrané sociální charakteristiky mají vliv na zdraví), jež velmi přesně definuje teorii sociálního driftu dle níž naopak zvolené aspekty zdraví mají vliv na vybrané sociální charakteristiky (Vacková, 2012b).

4. VÝSLEDKY

V kapitole 4.1 až 4.4. jsou uvedeny výsledky z výzkumného šetření, které bylo zaměřeno na vyhodnocení vybraných charakteristik sociální situace - v tomto případě vybraných sociálních determinant zdraví, kterými jsou sociální opora, stres, dětství, doprava a nalezení vztahů mezi vybranými charakteristikami sociální situace a zdravotním stavem respondentů.

Pro testování závislosti kategoriálních proměnných byl zvolen Personův chí kvadrát test a Analýza adjustovaných reziduí zobrazená pomocí skriptu Znaménkové schéma. Ve všech prezentovaných tabulkách byla dodržena podmínka, kdy žádná buňka neměla očekávanou četnost menší než 1 a ne více než 20 % buněk mělo očekávanou četnost menší než 5.

Signifikantní vztahy v kontingenčních tabulkách byly zobrazeny pomocí znaménkových schémat. Síla vztahu na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ je vyjádřena znaménkem +/-, na hladině významnosti $\alpha = 0,01$ znaménkem ++/- - a na hladině významnosti $\alpha = 0,001$ znaménkem +++/- - -.

4.1 Vyhodnocení sociální determinanty zdraví – sociální opora

Sociální opora ve vztahu ke kontaktům s lidmi v zemi původu

Tabulka 1 Závislost mezi udržováním kontaktů s lidmi v zemi původu respondenta a vybranými ukazateli

	Dosažená hladina významnosti			
	Národnost	Délka pobytu	Generace	Pohlaví
Udržování kontaktů s lidmi v zemi původu	0,130	0,815	0,241	0,954

Z celkového počtu odpovídajících respondentů ($N = 228$) jich celých 89% udržuje kontakty s lidmi ze země původu a průměrný počet kontaktů v zemi původu na jednoho respondenta činí 25 kontaktů. Při statistickém testování bylo zjištěno, že udržování kontaktů s lidmi v zemi původu není závislé na národnosti respondenta. Přesto lze srovnáním relativních četností odpovědí učinit závěr, že nejčastěji udržují kontakty Ukrajinci, následně Mongolové a Vietnamci. Jestliže se na tuto problematiku podíváme z pohledu pohlaví respondentů, je preference těchto kontaktů u mužů a žen shodná

(ženy – 89,1%, muži – 88,9%). Rovněž nebyla prokázána závislost ve vztahu k délce pobytu a generaci respondentů. Přesto se ukazuje, že kontakty udržují nejvíce respondenti s délkou pobytu do čtyř let (81%) a respondenti ze středí generace (30 až 50 let), (61%).

Tabulka 2 Udržování kontaktů s lidmi ze země původu versus prožití mimořádné situace - nedostatek peněz (kontingenční tabulka)

Prožití mimořádné situace - nedostatek peněz		Udržování kontaktů s lidmi ze země původu		
		Ne	Ano	Celkem
Četnosti	Ano	17	86	103
	Ne	6	91	97
	Celkem	23	177	200
Řádková procenta	Ano	16,5%	83,5%	100,0%
	Ne	6,2%	93,8%	100,0%
	Celkem	11,5%	88,5%	100,0%
Znaménkové schéma	Ano	+	-	
	Ne	-	+	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že při prožití mimořádné situace nedostatek peněz nejsou statisticky významně častěji udržovány kontakty v zemi původu. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 5,227$, $df = 1$, $p = 0,022$).

Tabulka 3 Udržování kontaktů s lidmi ze země původu versus důležitost kontaktů s lidmi ze země původu (kontingenční tabulka)

Důležitost kontaktů s lidmi ze země původu		Udržování kontaktů s lidmi ze země původu		
		Ne	Ano	Celkem
Četnosti	Důležité	5	150	155
	Ani důležité, ani nedůležité	5	39	44
	Nedůležité	5	7	12
	Celkem	15	196	211
Řádková procenta	Důležité	3,2%	96,8%	100,0%
	Ani důležité, ani nedůležité	11,4%	88,6%	100,0%
	Nedůležité	41,7%	58,3%	100,0%
	Celkem	7,1%	92,9%	100,0%
Znaménkové schéma	Důležité	---	+++	
	Ani důležité, ani nedůležité	0	0	
	Nedůležité	+++	---	

Otázka „Jsou pro Vás tyto kontakty důležité?“ byla rekatégorizována z 5 na 3 kategorie: 1) důležité, 2) ani důležité, ani nedůležité, 3) nedůležité

Respondenti, kteří označili kontakty v zemi původu za důležité, je také mnohem častěji udržovali. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (*chi kvadrát* / $\chi^2 = 26,447$ *df* = 2, *p* = 0,000).

Tabulka 4 Závislost mezi častostí návštěv v zemi původu respondenta a vybranými ukazateli

	Dosažená hladina významnosti			
	Národnost	Délka pobytu	Generace	Pohlaví
Častost návštěv v zemi původu	0,000	0,001	0,106	0,397

Statisticky významný vztah byl prokázán mezi častostí návštěv země původu a národností (*p* = 0,000) a délkou pobytu respondentů (*p* = 0,001).

Tabulka 5 Častost návštěv v zemi původu versus národnost (kontingenční tabulka)

Národnost		Častost návštěv v zemi původu			
		Několikrát ročně	1x ročně, méně než 1x ročně	Nenavštěvuji	Celkem
Četnosti	Vietnamská	38	8	2	48
	Ukrajinská	24	58	2	84
	Mongolská	15	14	34	63
	Celkem	77	80	38	195
Řádková procenta	Vietnamská	79,2%	16,7%	4,2%	100,0%
	Ukrajinská	28,6%	69,0%	2,4%	100,0%
	Mongolská	23,8%	22,2%	54,0%	100,0%
	Celkem	39,5%	41,0%	19,5%	100,0%
Znaménkové schéma	Vietnamská	+++	---	--	
	Ukrajinská	--	+++	---	
	Mongolská	--	---	+++	

Otázka „*Jak často navštěvujete příbuzné a zámé v zemi původu?*“ byla rekatégorizována z 5 na 3 kategorie: 1) *Několikrát ročně*, 2) *1x ročně, méně než 1x ročně*, 3) *Nenavštěvuji*

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že Vietnamci navštěvuji příbuzné a známé v zemi původu několikrát ročně, Ukrajinci pak v průměru jedenkrát ročně či méně než jedenkrát ročně a Mongolové je nenavštěvuji. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (*chi kvadrát* / $\chi^2 = 1,109$ *df* = 4, *p* = 0,000).

Tabulka 6 Častost návštěv v zemi původu versus délka pobytu (kontingenční tabulka)

Délka pobytu		Častost návštěv v zemi původu			
		Několikrát ročně	1x ročně, méně než 1x ročně	Nenavštěvuji	Celkem
Četnosti	1 až 4 roky včetně	34	21	24	79
	5 až 10 let	16	26	7	49
	11 let a více	18	21	2	41
	Celkem	68	68	33	169
Řádková procenta	1 až 4 roky včetně	43,0%	26,6%	30,4%	100,0%
	5 až 10 let	32,7%	53,1%	14,3%	100,0%
	11 let a více	43,9%	51,2%	4,9%	100,0%
	Celkem	40,2%	40,2%	19,5%	100,0%
Znaménkové schéma	1 až 4 roky včetně	o	---	+++	
	5 až 10 let	o	+	o	
	11 let a více	o	o	--	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že respondenti s délkou pobytu do čtyř let nenavštěvuji příbuzné a známé v zemi původu statisticky významně častěji než respondenti s delší dobou pobytu. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 17,844$ $df = 4$, $p = 0,001$).

Tabulka 7 Častost návštěv v zemi původu versus dostatečnost výše měsíčního příjmu (kontingenční tabulka)

Dostatečnost výše měsíčního příjmu		Častost návštěv v zemi původu			
		Několikrát ročně	1x ročně, méně než 1x ročně	Nenavštěvuji	Celkem
Četnosti	Ne	24	22	24	70
	Ano, ale nic neušetřím	43	36	14	93
	Ano, z příjmu ještě ušetřím	8	15	1	24
	Celkem	75	73	39	187
Řádková procenta	Ne	34,3%	31,4%	34,3%	100,0%
	Ano, ale nic neušetřím	46,2%	38,7%	15,1%	100,0%
	Ano, z příjmu ještě ušetřím	33,3%	62,5%	4,2%	100,0%
	Celkem	40,1%	39,0%	20,9%	100,0%
Znaménkové schéma	Ne	o	o	+++	
	Ano, ale nic neušetřím	o	o	o	
	Ano, z příjmu ještě ušetřím	o	+	-	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že respondenti s nedostatečnou výší příjmů nenavštěvuji příbuzné a známé v zemi původu statisticky významně častěji než respondenti s dostatečnými příjmy. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 16,922$ $df = 4$, $p = 0,002$).

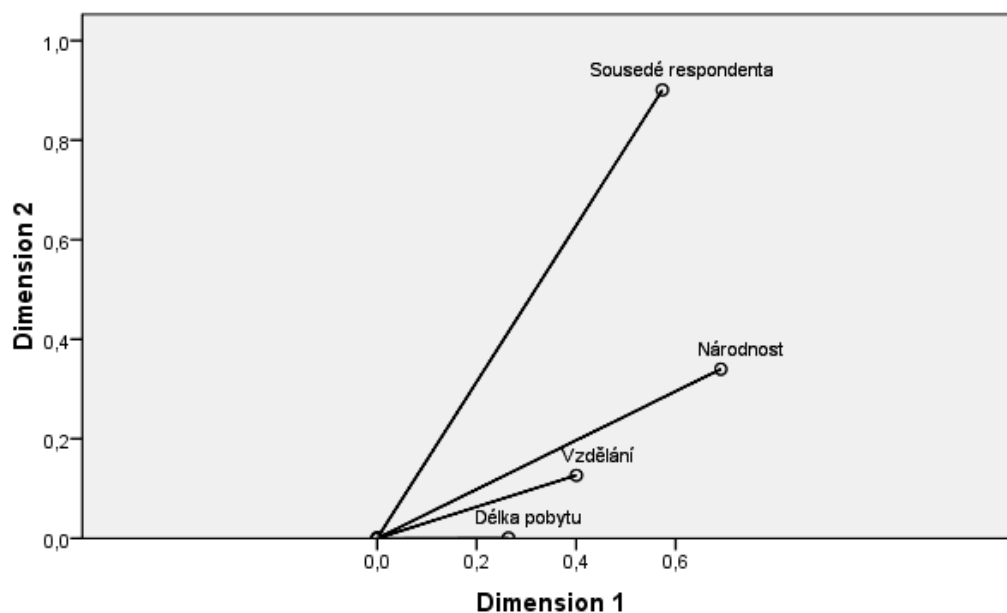
Tabulka 8 Signifikantní vztahy a subjektivní vnímání zdraví versus kontakty v zemi původu

	Dosažená hladina významnosti		
	Kontakty s lidmi v zemi původu	Důležitost kontaktů v zemi původu	Častost kotaktů v zemi původu
Subjektivní vnímání zdraví	0,948	0,412	-

Nepodařilo se prokázat statisticky významný vztah mezi subjektivním vnímáním zdraví a udržováním kontaktů v zemi původu.

Sociální opora ve vztahu k bydlišti a sousedům respondentů

Graf 1 Sousedé respondentů versus národnost, nejvyšší dosažené vzdělání a délka pobytu



Z grafu je zřejmé, že na to, jaké mají respondenti sousedy, má v sestupném pořadí největší vliv jejich národnost, nejvyšší dosažené vzdělání a délka pobytu. Toto tvrzení potvrzují i prokázané signifikantní vztahy: národnost ($p = 0,000$), nejvyšší dosažené vzdělání ($p = 0,007$) a délka pobytu ($p = 0,000$).

Tabulka 9 Sousedé respondentů versus generace (kontingenční tabulka)

Generace		Sousedé respondenti			
		Země původu+různé národnosti	Země původu+Češi	Češi	Celkem
Četnosti	Mladší generace (18 - 29 let)	34	9	23	66
	Střední a starší generace (30 - 65 let)	52	47	52	151
	Celkem	86	56	75	217
Řádková procenta	Mladší generace (18 - 29 let)	51,5%	13,6%	34,8%	100,0%
	Střední a starší generace (30 - 65 let)	34,4%	31,1%	34,4%	100,0%
	Celkem	39,6%	25,8%	34,6%	100,0%
Znaménkové schéma	Mladší generace (18 - 29 let)	+	--	o	
	Střední a starší generace (30 - 65 let)	-	++	o	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že mladá generace respondentů má statisticky významně častěji než respondenti střední a starší generace za sousedy lidi různých národností a lidi ze země původu. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 8,826$, $df = 2$, $p = 0,012$).

Tabulka 10 Signifikantní vztahy a sousedé respondentů versus pocit uznání od Čechů, pocit spokojenosti mezi Čechy a vnímání ČR jako domovského státu

	Dosažená hladina významnosti		
	Pocit uznání od Čechů	Pocit spokojenosti mezi Čechy	Vnímání Č jako domovského státu
Sousedé respondenti	0,032	0,048	0,000

Statisticky významný vztah byl prokázán mezi sousedy respondentů a pocitem uznání od Čechů ($p = 0,032$), pocitem spokojenosti mezi Čechy ($p = 0,048$) a vnímáním ČR jako domovského státu ($p = 0,000$). Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že pocit uznání od Čechů, pocit spokojenosti mezi Čechy a vnímání ČR jako domovského státu statisticky významně častěji udávají respondenti, kteří mají za své sousedy Čechy, oproti respondentům, kteří mají za sousedy lidi ze země původu a lidi různých národností.

Sociální opora ve vztahu k přítomnosti osoby ochotné pomoci respondentovi a pocitu dostatku přátel

Z celkového počtu 221 odpovídajících respondentů většina (53,4 %) udává přítomnost osoby, na kterou se může obrátit s žádostí o pomoc. Nepřítomnost této osoby udává 5,4 % respondentů.

Tabulka 11 Signifikantní vztahy – přítomnost osoby ochotné pomoci

	Dosažená hladina významnosti			
	Národnost	Délka pobytu	Generace	Pohlaví
Přítomnost osoby ochotné pomoci	0,000	-	0,382	0,375

Statisticky významný vztah byl prokázán mezi přítomností osoby, na kterou se respondent může obrátit s žádostí o pomoc a národností ($p = 0,000$).

Tabulka 12 Přítomnost osoby ochotné pomoci versus národnost (kontingenční tabulka)

Národnost		Přítomnost osoby ochotné pomoci			
		Ano	Nevím	Ne	Celkem
Četnosti	Vietnamská	45	8	6	59
	Ukrajinská	71	5	7	83
	Mongolská	43	6	27	76
	Celkem	159	19	40	218
Řádková procenta	Vietnamská	76,3%	13,6%	10,2%	100,0%
	Ukrajinská	85,5%	6,0%	8,4%	100,0%
	Mongolská	56,6%	7,9%	35,5%	100,0%
	Celkem	72,9%	8,7%	18,3%	100,0%
Znaménkové schéma	Vietnamská	o	o	o	
	Ukrajinská	+++	o	--	
	Mongolská	---	o	+++	

Otázka „Máte ve svém okolí někoho, na koho se můžete obrátit s žádostí o pomoc?“ byla rekatégorizována z 5 na 3 kategorie: 1) ano, 2)nevím, 3) ne.

Ze znaménkového schématu je zřejmé, že ukrajinští respondenti (85,5 %) statisticky významně častěji udávají přítomnost osoby, na kterou se mohou obrátit s žádostí o pomoc než vietnamští (76,3 %) mongolští (56,6 %). Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 25,843$, $df = 4$, $p < 0,000$).

Tabulka 13 Počet osob ochotných pomoci

		Četnost	Procenta	Validní procenta
Validní	0 osob	5	2,0	3,6
	1-2 osoby	54	22,0	38,8
	3-5 osob	48	19,5	34,5
	6 a více osob	32	13,0	23,0
	Celkem	139	56,5	100,0
Vyřazeno		107	43,5	
Celkem		246	100,0	

Z celkového počtu 139 odpovídajících respondentů jich 23 % uvádí, že má ve svém okolí 6 a více osob ochotných mu pomoci, 34,5 % pak uvádí 3 - 5 osob, nejvíce respondentů (38,8 %) pak 1 - 2 osoby. Nepřítomnost osoby ochotné pomoci udává 3,6 % respondentů.

Tabulka 14 Signifikantní vztahy – Počet osob ochotných pomoci

	Dosažená hladina významnosti			
	Národnost	Délka pobytu	Generace	Pohlaví
Počet osob ochotných pomoci	0,008	0,197	0,163	0,293

Statisticky významný vztah byl prokázán mezi počtem osob ochotných pomoci a národností ($p = 0,000$).

Tabulka 15 Počet osob ochotných pomoci versus národnost (kontingenční tabulka)

Národnost		Počet osob ochotných pomoci			
		0 - 3	4 - 8	9 a více	Celkem
Četnosti	Vietnamská	17	7	5	29
	Ukrajinská	24	17	19	60
	Mongolská	34	11	3	48
	Celkem	75	35	27	137
Řádková procenta	Vietnamská	58,6%	24,1%	17,2%	100,0%
	Ukrajinská	40,0%	28,3%	31,7%	100,0%
	Mongolská	70,8%	22,9%	6,2%	100,0%
	Celkem	54,7%	25,5%	19,7%	100,0%
Znaménkové schéma	Vietnamská	o	o	o	
	Ukrajinská	--	o	++	
	Mongolská	++	o	--	

Ze znaménkového schématu je zřejmé, že ukrajinští respondenti (70,4 %) statisticky významně častěji udávají devět a více osob, které jsou jim ochotny pomoci. Oproti tomu mongolští respondenti udávají devět a více osob ochotných pomoci pouze v 11,1 %.

Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 13,921$, $df = 4$, $p < 0,008$).

Tabulka 16 Počet osob ochotných pomoci versus schopnost komunikovat v českém jazyce (kontingenční tabulka)

Schopnost komunikovat v českém jazyce		Počet osob ochotných pomoci			
		0 - 3	4 - 8	9 a více	Celkem
Četnosti	Velmi dobrá, dobrá	35	27	18	80
	Špatná	34	9	8	51
	Celkem	69	36	26	131
Řádková procenta	velmi dobrá, dobrá	43,8%	33,8%	22,5%	100,0%
	Špatná	66,7%	17,6%	15,7%	100,0%
	Celkem	52,7%	27,5%	19,8%	100,0%
Znaménkové schéma	Velmi dobrá, dobrá	--	+	o	
	Špatná	++	-	o	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že respondenti s velmi dobrou či dobrou schopností komunikace v českém jazyce statisticky významně častěji uvádějí čtyři až osm osob ochotných jim pomoci. Oproti tomu respondenti se špatnou schopností komunikovat v českém jazyce statisticky významně častěji uvádějí, že by jim byly ochotny pomoci maximálně tři osoby. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 6,773$, $df = 2$, $p = 0,034$).

Tabulka 17 Signifikantní vztahy – Počet osob z ČR ochotných pomoci

	Dosažená hladina významnosti			
	Národnost	Délka pobytu	Generace	Pohlaví
Počet osob z ČR ochotných pomoci	0,123	0,417	0,381	0,679

Nebyl prokázán statisticky významný vztah mezi počtem osob z ČR ochotných pomoci a národností, délkou pobytu, generací a pohlavím.

Tabulka 18 Počet osob z ČR ochotných pomoci versus místo bydliště (kontingenční tabulka)

Místo bydliště		Počet osob z ČR ochotných pomoci			
		0	1 - 3	4 a více	Celkem
Četnosti	Vesnice, malé město	17	33	17	67
	Středně velké město	6	9	6	21
	Velkoměsto	17	6	7	30
	Celkem	40	48	30	118
Řádková procenta	Vesnice, malé město	25,4%	49,3%	25,4%	100,0%
	Středně velké město	28,6%	42,9%	28,6%	100,0%
	Velkoměsto	56,7%	20,0%	23,3%	100,0%
	Celkem	33,9%	40,7%	25,4%	100,0%
Znaménkové schéma	Vesnice, malé město	-	+	0	
	Středně velké město	0	0	0	
	Velkoměsto	++	--	0	

Ze znaménkového schématu je zřejmé, že respondenti žijící na vesnici či malém městě (68,8 %) udávají jednu až tři osoby z ČR ochotné jim pomoci statisticky významně častěji než respondenti žijící ve velkoměstě (12,5 %). Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 10,723$, $df = 4$, $p < 0,030$).

Tabulka 19 Počet osob z ČR ochotných pomoci versus schopnost porozumět mluvenému českému slovu (kontingenční tabulka)

Schopnost porozumět mluvenému českému slovu		Počet osob z ČR ochotných pomoci			
		0	1 - 3	4 a více	Celkem
Četnosti	Velmi dobrá	6	24	11	41
	Průměrná	16	16	13	45
	Špatná	15	7	5	27
	Celkem	37	47	29	113
Řádková procenta	Velmi dobrá	14,6%	58,5%	26,8%	100,0%
	Průměrná	35,6%	35,6%	28,9%	100,0%
	Špatná	55,6%	25,9%	18,5%	100,0%
	Celkem	32,7%	41,6%	25,7%	100,0%
Znaménkové schéma	Velmi dobrá	--	++	0	
	Průměrná	0	0	0	
	Špatná	++	0	0	

Ze znaménkového schématu je zřejmé, že respondenti s velmi dobrou schopností porozumět mluvenému českému slovu statisticky významně častěji udávají jednu až tři osoby z ČR ochoté jim pomoci. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 14,065$, $df = 4$, $p < 0,007$).

Tabulka 20 Signifikantní vztahy a subjektivní vnímání zdraví versus přítomnost osoby ochotné pomoci

	Dosažená hladina významnosti		
	Přítomnost osoby ochotné pomoci	Počet osob ochotných pomoci	Počet osob z ČR ochotných pomoci
Subjektivní vnímání zdraví	0,423	0,517	0,051

Nepodařilo se prokázat statisticky významný vztah mezi subjektivním vnímáním zdraví a přítomností osoby, na kterou se může respondent obrátit s žádostí o pomoc. Blízko svému potvrzení byla závislost ve vztahu k počtu osob z ČR ochotných pomoci.

Tabulka 21 Signifikantní vztahy – Pocit dostatku přátel

	Dosažená hladina významnosti			
	Národnost	Délka pobytu	Generace	Pohlaví
Pocit dostatku přátel	0,000	0,332	0,165	0,644

Statisticky významný vztah byl prokázán mezi pocitem dostatku přátel a národností ($p = 0,000$).

Tabulka 22 Pocit dostatku přátel versus národnost (kontingenční tabulka)

Národnost		Pocit dostatku přátel			
		Ano	Ani ano, ani ne	Ne	Celkem
Četnosti	Vietnamská	20	15	27	62
	Ukrajinská	55	17	14	86
	Mongolská	27	13	38	78
	Celkem	102	45	79	226
Řádková procenta	Vietnamská	32,3%	24,2%	43,5%	100,0%
	Ukrajinská	64,0%	19,8%	16,3%	100,0%
	Mongolská	34,6%	16,7%	48,7%	100,0%
	Celkem	45,1%	19,9%	35,0%	100,0%
Znaménkové schéma	Vietnamská	-	o	o	
	Ukrajinská	+++	o	---	
	Mongolská	-	o	++	

Otázka „Myslíte si, že máte dostatek přátel?“ byla rekatégorizována z 5 na 3 kategorie: 1) ano, 2) ani ano, ani ne, 3) ne.

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že pocit dostatku přátel statisticky významně častěji udávají Ukrajinci, oproti Mongolům a Vietnamcům.

Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 26,040$, $df = 4$, $p = 0,000$).

Tabulka 23 Pocit dostatku přátel versus schopnost porozumět mluvenému českému slovu (kontingenční tabulka)

Schopnost porozumět mluvenému českému slovu		Pocit dostatku přátel			
		Ano	Ani ano, ani ne	Ne	Celkem
Četnosti	Velmi dobrá	34	11	8	53
	Průměrná	41	17	36	94
	Špatná	23	16	29	68
	Celkem	98	44	73	215
Řádková procenta	Velmi dobrá	64,2%	20,8%	15,1%	100,0%
	Průměrná	43,6%	18,1%	38,3%	100,0%
	Špatná	33,8%	23,5%	42,6%	100,0%
	Celkem	45,6%	20,5%	34,0%	100,0%
Znaménkové schéma	velmi dobrá	++	0	---	
	Průměrná	0	0	0	
	Špatná	-	0	0	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že pocit dostatku přátel statisticky významně častěji udávají respondenti, kteří udávají velmi dobrou schopnost porozumět mluvenému českému slovu. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 14,314$, $df = 4$, $p = 0,006$).

Tabulka 24 Pocit dostatku přátel versus častost návštěv v zemi původu (kontingenční tabulka)

Častost návštěv v zemi původu		Pocit dostatku přátel			
		Ano	Ani ano, ani ne	Ne	Celkem
Četnosti	Několikrát ročně	31	16	30	77
	1x ročně, méně než 1x ročně	44	16	20	80
	Nenavštěvuji	10	8	22	40
	Celkem	85	40	72	197
Řádková procenta	Několikrát ročně	40,3%	20,8%	39,0%	100,0%
	1x ročně, méně než 1x ročně	55,0%	20,0%	25,0%	100,0%
	Nenavštěvuji	25,0%	20,0%	55,0%	100,0%
	Celkem	43,1%	20,3%	36,5%	100,0%
Znaménkové schéma	Několikrát ročně	0	0	0	
	1x ročně, méně než 1x ročně	++	0	--	
	Nenavštěvuji	--	0	++	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že pocit nedostatku přátel statisticky významně častěji udávají respondenti, kteří nenavštěvuji

svou zemi původu. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (*chi kvadrát* / $\chi^2 = 12,589$, $df = 4$, $p = 0,013$).

Tabulka 25 Pocit dostatku přátel versus přítomnost stresových symptomů psychického původu (kontingenční tabulka)

Přítomnost stresových symptomů (psychického původu)		Pocit dostatku přátel					
		Ano	Spíše ano	Ani ano, ani ne	Spíše ne	Ne	Celkem
Četnosti	Ne	27	19	18	8	15	87
	Ano	24	20	24	33	15	116
	Celkem	51	39	42	41	30	203
Řádková procenta	Ne	31,0%	21,8%	20,7%	9,2%	17,2%	100,0%
	Ano	20,7%	17,2%	20,7%	28,4%	12,9%	100,0%
	Celkem	25,1%	19,2%	20,7%	20,2%	14,8%	100,0%
Znaménkové schéma	Ne	0	0	0	---	0	
	Ano	0	0	0	+++	0	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že pocit nedostatku přátel statisticky významně častěji mají respondenti, kteří udávají přítomnost stresových symptomů psychického původu. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (*chi kvadrát* / $\chi^2 = 12,414$, $df = 4$, $p = 0,015$).

Tabulka 26 Pocit dostatku přátel versus přítomnost stresových symptomů fyzického původu (kontingenční tabulka)

Přítomnost stresových symptomů (fyzického původu)		Pocit dostatku přátel					
		Ano	Spíše ano	Ani ano, ani ne	Spíše ne	Ne	Celkem
Četnosti	Ne	30	20	13	8	14	85
	Ano	21	24	32	33	19	129
	Celkem	51	44	45	41	33	214
Řádková procenta	Ne	35,3%	23,5%	15,3%	9,4%	16,5%	100,0%
	Ano	16,3%	18,6%	24,8%	25,6%	14,7%	100,0%
	Celkem	23,8%	20,6%	21,0%	19,2%	15,4%	100,0%
Znaménkové schéma	Ne	++	0	0	--	0	
	Ano	--	0	0	++	0	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že pocit nedostatku přátel statisticky významně častěji mají respondenti, kteří udávají přítomnost stresových symptomů fyzického původu. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (*chi kvadrát* / $\chi^2 = 17,676$, $df = 4$, $p = 0,001$).

Sociální opora ve vztahu k pocitu uznání od Čechů a spokojenosti mezi Čechy

Tabulka 27 Signifikantní vztahy – pocit uznání od Čechů

	Dosažená hladina významnosti			
	Národnost	Délka pobytu	Generace	Pohlaví
Pocit uznání od Čechů	0,201	0,022	0,005	0,989

Statisticky významné vztahy byly prokázány mezi pocitem uznání od Čechů a délkou pobytu ($p = 0,022$) a generací ($p = 0,005$).

Tabulka 28 Pocit uznání od Čechů versus délka pobytu (kontingenční tabulka)

Délka pobytu		Pocit uznání od Čechů			
		ano	nevím	ne	Celkem
Četnosti	1 až 4 roky včetně	22	37	30	89
	5 až 10 let	26	24	10	60
	11 let a více	21	15	8	44
	Celkem	69	76	48	193
Řádková procenta	1 až 4 roky včetně	24,7%	41,6%	33,7%	100,0%
	5 až 10 let	43,3%	40,0%	16,7%	100,0%
	11 let a více	47,7%	34,1%	18,2%	100,0%
	Celkem	35,8%	39,4%	24,9%	100,0%
Znaménkové schéma	1 až 4 roky včetně	--	o	++	
	5 až 10 let	o	o	o	
	11 let a více	o	o	o	

Otázka „Cítíte, že Vás Češi uznávají?“ byla rekatégorizována z 5 na 3 kategorie: 1) ano, 2)nevím, 3) ne.

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že pocit uznání od Čechů statisticky významně méně udávají respondenti s dobou pobytu do čtyř let. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 11,397$, $df = 4$, $p = 0,022$).

Tabulka 29 Pocit uznání od Čechů versus generace (kontingenční tabulka)

Generace		Pocit uznání od Čechů			
		Ano	Nevím	Ne	Celkem
Četnosti	Mladší generace (18 - 29 let)	15	30	26	71
	Střední a starší generace (30 - 65 let)	64	54	33	151
	Celkem	79	84	59	222
Řádková procenta	Mladší generace (18 - 29 let)	21,1%	42,3%	36,6%	100,0%
	Střední a starší generace (30 - 65 let)	42,4%	35,8%	21,9%	100,0%
	Celkem	35,6%	37,8%	26,6%	100,0%
Znaménkové schéma	Mladší generace (18 - 29 let)	--	o	+	
	Střední a starší generace (30 - 65 let)	++	o	-	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že pocit uznání od Čechů statisticky významně častěji udávají respondenti ze střední a starší generace. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 10,632$, $df = 2$, $p = 0,005$).

Tabulka 30 Pocit uznání od Čechů versus čistá měsíční mzda (kontingenční tabulka)

Čistá měsíční mzda		Pocit uznání od Čechů			
		Ano	Nevím	Ne	Celkem
Četnosti	0 - 10 000 Kč	33	42	31	106
	10 100 - 15 000 Kč	26	34	21	81
	15 100 Kč a více	18	6	5	29
	Celkem	77	82	57	216
Řádková procenta	0 - 10 000 Kč	31,1%	39,6%	29,2%	100,0%
	10 100 - 15 000 Kč	32,1%	42,0%	25,9%	100,0%
	15 100 Kč a více	62,1%	20,7%	17,2%	100,0%
	Celkem	35,6%	38,0%	26,4%	100,0%
Znaménkové schéma	0 - 10 000 Kč	o	o	o	
	10 100 - 15 000 Kč	o	o	o	
	15 100 Kč a více	++	-	o	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že pocit uznání od Čechů statisticky významně častěji udávají respondenti s čistou měsíční mzdou 15 100 Kč a výše. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 15,525$, $df = 4$, $p = 0,032$).

Tabulka 31 Pocit uznání od Čechů versus pocit dostatku přátel (kontingenční tabulka)

Pocit dostatku přátel		Pocit uznání od Čechů			
		Ano	Nevím	Ne	Celkem
Četnosti	Ano	49	30	23	102
	Ani ano, ani ne	11	24	11	46
	Ne	21	32	25	78
	Celkem	81	86	59	226
Řádková procenta	Ano	48,0%	29,4%	22,5%	100,0%
	Ani ano, ani ne	23,9%	52,2%	23,9%	100,0%
	Ne	26,9%	41,0%	32,1%	100,0%
	Celkem	35,8%	38,1%	26,1%	100,0%
Znaménkové schéma	Ano	+++	-	o	
	Ani ano, ani ne	o	+	o	
	ne	-	o	o	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že pocit uznání od Čechů statisticky významně častěji udávají respondenti, kteří mají pocit dostatku přátel. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 14,020$, $df = 2$, $p = 0,007$).

Tabulka 32 Signifikantní vztahy – pocit spokojenosti mezi Čechy

	Dosažená hladina významnosti			
	Národnost	Délka pobytu	Generace	Pohlaví
Pocit spokojenosti mezi Čechy	0,000	0,128	0,004	0,410

Statisticky významný vztah byl prokázán mezi pocitem spokojenosti mezi Čechy a národností ($p = 0,000$) a generací ($p = 0,004$).

Tabulka 33 Pocit spokojenosti mezi Čechy versus národnost (kontingenční tabulka)

Národnost		Pocit spokojenosti mezi Čechy			
		Ano	Nevím	Ne	Celkem
Četnosti	Vietnamská	23	24	13	60
	Ukrajinská	55	21	8	84
	Mongolská	24	34	20	78
	Celkem	102	79	41	222
Řádková procenta	Vietnamská	38,3%	40,0%	21,7%	100,0%
	Ukrajinská	65,5%	25,0%	9,5%	100,0%
	Mongolská	30,8%	43,6%	25,6%	100,0%
	Celkem	45,9%	35,6%	18,5%	100,0%
Znaménkové schéma	Vietnamská	o	o	o	
	Ukrajinská	+++	--	--	
	Mongolská	---	o	+	

Otázka „Cítíte se spokojeně mezi Čechy?“ byla rekatégorizována z 5 na 3 kategorie: 1) ano, 2)nevím, 3) ne.

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že pocit spokojenosti mezi Čechy statisticky významně častěji udávají Ukrajinci. Naopak Mongolové statisticky významně častěji uvádějí nespokojenost mezi Čechy. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 22,162$, $df = 4$, $p = 0,000$).

Tabulka 34 Pocit spokojenosti mezi Čechy versus generace (kontingenční tabulka)

Generace		Pocit spokojenosti mezi Čechy			
		Ano	Nevím	Ne	Celkem
Četnosti	Mladší generace (18 - 29 let)	21	28	21	70
	Střední a starší generace (30 - 65 let)	81	52	18	151
	Celkem	102	80	39	221
Řádková procenta	Mladší generace (18 - 29 let)	30,0%	40,0%	30,0%	100,0%
	Střední a starší generace (30 - 65 let)	53,6%	34,4%	11,9%	100,0%
	Celkem	46,2%	36,2%	17,6%	100,0%
Znaménkové schéma	Mladší generace (18 - 29 let)	---	o	+++	
	Střední a starší generace (30 - 65 let)	+++	o	---	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že pocit spokojenosti mezi Čechy statisticky významně častěji udávají respondenti ze střední

a starší generace. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (*chi kvadrát* / $\chi^2 = 15,060$, $df = 2$, $p = 0,001$).

Tabulka 35 Pocit spokojenosti mezi Čechy versus hodnocení vztahu mezi národnostní skupinou respondenta a Čechy (kontingenční tabulka)

Hodnocení vztahu mezi národnostní skupinou respondenta a Čechy		Pocit spokojenosti mezi Čechy			
		Ano	Nevím	Ne	Celkem
Četnosti	Velmi dobré, dobré	53	5	5	63
	Neutrální	41	59	24	124
	Špatné, velmi špatné	6	12	11	29
	Celkem	100	76	40	216
Řádková procenta	Velmi dobré, dobré	84,1%	7,9%	7,9%	100,0%
	Neutrální	33,1%	47,6%	19,4%	100,0%
	Špatné, velmi špatné	20,7%	41,4%	37,9%	100,0%
	Celkem	46,3%	35,2%	18,5%	100,0%
Znaménkové schéma	Velmi dobré, dobré	+++	---	--	
	Neutrální	---	+++	0	
	Špatné, velmi špatné	--	0	++	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že pocit spokojenosti mezi Čechy statisticky významně častěji udávají respondenti, kteří hodnotí vztah mezi svou národnostní skupinou a Čechy jako velmi dobrý. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (*chi kvadrát* / $\chi^2 = 57,055$, $df = 4$, $p = 0,000$).

Tabulka 36 Pocit spokojenosti mezi Čechy versus pocit dostatku přátel (kontingenční tabulka)

Pocit dostatku přátel		Pocit spokojenosti mezi Čechy			
		Ano	Nevím	Ne	Celkem
Četnosti	Ano	61	28	13	102
	Ani ano, ani ne	18	18	9	45
	Ne	25	34	19	78
	Celkem	104	80	41	225
Řádková procenta	Ano	59,8%	27,5%	12,7%	100,0%
	Ani ano, ani ne	40,0%	40,0%	20,0%	100,0%
	Ne	32,1%	43,6%	24,4%	100,0%
	Celkem	46,2%	35,6%	18,2%	100,0%
Znaménkové schéma	Ano	+++	-	0	
	Ani ano, ani ne	0	0	0	
	Ne	--	0	0	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že pocit spokojenosti mezi Čechy statisticky významně častěji udávají respondenti, kteří mají

pocit dostatku přátel. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (*chi kvadrát* / $\chi^2 = 14,756$, $df = 4$, $p = 0,005$).

Sociální opora ve vztahu k vnímání České republiky jako domovského státu

Tabulka 37 Signifikantní vztahy – vnímání České republiky jako domovského státu

	Dosažená hladina významnosti			
	Národnost	Délka pobytu	Generace	Pohlaví
Vnímání ČR jako domovského státu	0,000	0,042	0,001	0,702

Statisticky významný vztah byl prokázán mezi vnímáním České republiky jako domovského státu a národností ($p = 0,000$), délkou pobytu ($p = 0,042$), generací ($p = 0,001$).

Tabulka 38 Vnímání ČR jako domovského státu versus národnost (kontingenční tabulka)

Národnost		Vnímání ČR jako domovského státu			
		Ano	Nevím	Ne	Celkem
Četnosti	Vietnamská	13	11	38	62
	Ukrajinská	43	13	30	86
	Mongolská	14	6	59	79
	Celkem	70	30	127	227
Řádková procenta	Vietnamská	21,0%	17,7%	61,3%	100,0%
	Ukrajinská	50,0%	15,1%	34,9%	100,0%
	Mongolská	17,7%	7,6%	74,7%	100,0%
	Celkem	30,8%	13,2%	55,9%	100,0%
Znaménkové schéma	Vietnamská	-	o	o	
	Ukrajinská	+++	o	---	
	Mongolská	--	o	+++	

Otázka „Cítíte se v České republice jako doma?“ byla rekatégorizována z 5 na 3 kategorie: 1) ano, 2)nevím, 3) ne.

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že Ukrajinci vnímají ČR jako domovský stát statisticky významně častěji než Mongolové a Vietnamci. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (*chi kvadrát* / $\chi^2 = 31,784$, $df = 4$, $p = 0,000$).

Tabulka 39 Vnímání ČR jako domovského státu versus délka pobytu (kontingenční tabulka)

Délka pobytu		Vnímání ČR jako domovského státu			
		Ano	Nevím	Ne	Celkem
Četnosti	1 až 4 roky včetně	19	14	57	90
	5 až 10 let	21	7	33	61
	11 let a více	20	7	17	44
	Celkem	60	28	107	195
Řádková procenta	1 až 4 roky včetně	21,1%	15,6%	63,3%	100,0%
	5 až 10 let	34,4%	11,5%	54,1%	100,0%
	11 let a více	45,5%	15,9%	38,6%	100,0%
	Celkem	30,8%	14,4%	54,9%	100,0%
Znaménkové schéma	1 až 4 roky včetně	--	o	+	
	5 až 10 let	o	o	o	
	11 let a více	+	o	-	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že respondenti s délkou pobytu 11 let a více vnímají ČR jako domovský stát statisticky významně častěji než s délkou pobytu 1 až 4 roky včetně. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 9,889$, $df = 4$, $p = 0,042$).

Tabulka 40 Vnímání ČR jako domovského státu versus generace (kontingenční tabulka)

Generace		Vnímání ČR jako domovského státu			
		Ano	Nevím	Ne	Celkem
Četnosti	Mladší generace (18 - 29 let)	10	10	51	71
	Střední a starší generace (30 - 65 let)	61	21	73	155
	Celkem	71	31	124	226
Řádková procenta	Mladší generace (18 - 29 let)	14,1%	14,1%	71,8%	100,0%
	Střední a starší generace (30 - 65 let)	39,4%	13,5%	47,1%	100,0%
	Celkem	31,4%	13,7%	54,9%	100,0%
Znaménkové schéma	Mladší generace (18 - 29 let)	---	o	+++	
	Střední a starší generace (30 - 65 let)	+++	o	---	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že ČR jako domovský stát vnímají statisticky významně častěji respondenti ze střední a starší generace. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 15,338$, $df = 2$, $p = 0,000$).

Tabulka 41 Vnímání ČR jako domovského státu versus spokojenost s životní úrovní (kontingenční tabulka)

Spokojenost se životní úrovní		Vnímání ČR jako domovského státu			
		Ano	Nevím	Ne	Celkem
Četnosti	Spokojen	21	6	17	44
	Průměrně spokojen	36	16	59	111
	Nespokojen	15	8	49	72
	Celkem	72	30	125	227
Řádková procenta	Spokojen	47,7%	13,6%	38,6%	100,0%
	Průměrně spokojen	32,4%	14,4%	53,2%	100,0%
	Nespokojen	20,8%	11,1%	68,1%	100,0%
	Celkem	31,7%	13,2%	55,1%	100,0%
Znaménkové schéma	Spokojen	+	o	-	
	Průměrně spokojen	o	o	o	
	Nespokojen	-	o	++	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že ČR jako domovský stát vnímají statisticky významně častěji respondenti, kteří jsou spokojeni se svou životní úrovní, oproti respondentům nespokojeným s životní úrovní. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 11,067$, $df = 4$, $p = 0,026$).

Tabulka 42 Vnímání ČR jako domovského státu versus pocit dostatku přátel (kontingenční tabulka)

Pocit dostatku přátel		Vnímání ČR jako domovského státu			
		Ano	Nevím	Ne	Celkem
Četnosti	Ano	48	14	42	104
	Ani ano, ani ne	10	11	25	46
	Ne	14	6	59	79
	Celkem	72	31	126	229
Řádková procenta	Ano	46,2%	13,5%	40,4%	100,0%
	Ani ano, ani ne	21,7%	23,9%	54,3%	100,0%
	Ne	17,7%	7,6%	74,7%	100,0%
	Celkem	31,4%	13,5%	55,0%	100,0%
Znaménkové schéma	Ano	+++	o	---	
	Ani ano, ani ne	o	+	o	
	Ne	--	o	+++	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že ČR jako domovský stát vnímají statisticky významně častěji respondenti, kteří mají pocit dostatku přátel. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 28,590$, $df = 4$, $p = 0,000$).

Tabulka 43 Vnímání ČR jako domovského státu versus pocit jistoty zaměstnání (kontingenční tabulka)

Pocit jistoty zaměstnání		Vnímání ČR jako domovského státu			
		Ano	Nevím	Ne	Celkem
Četnosti	Ano	40	11	43	94
	Někdy ano, někdy ne	13	7	38	58
	Ne	5	10	25	40
	Celkem	58	28	106	192
Řádková procenta	Ano	42,6%	11,7%	45,7%	100,0%
	Někdy ano, někdy ne	22,4%	12,1%	65,5%	100,0%
	Ne	12,5%	25,0%	62,5%	100,0%
	Celkem	30,2%	14,6%	55,2%	100,0%
Znaménkové schéma	Ano	+++	o	--	
	Někdy ano, někdy ne	o	o	o	
	Ne	--	+	o	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že ČR jako domovský stát vnímají statisticky významně častěji respondenti, kteří mají pocit jistoty zaměstnání. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (*chi kvadrát* / $\chi^2 = 16,850$, $df = 4$, $p = 0,002$).

Sociální opora ve vztahu k hodnocení vztahu mezi národnostní skupinou respondenta a Čechy

Tabulka 44 Signifikantní vztahy – hodnocení vztahu mezi národnostní skupinou respondenta a Čechy

	Dosažená hladina významnosti			
	Národnost	Délka pobytu	Generace	Pohlaví
Hodnocení vztahu mezi národnostní skupinou a Čechy	0,803	0,317	0,011	0,926

Statisticky významný vztah byl prokázán mezi hodnocením vztahu mezi národnostní skupinou respondenta a Čechy a generací ($p = 0,011$).

Tabulka 45 Hodnocení vztahu mezi národnostní skupinou respondenta a Čechy versus generace (kontingenční tabulka)

Generace		Hodnocení vztahu mezi národnostní skupinou respondenta a Čechy			
		Velmi dobré, dobré	Neutrální	Špatné, velmi špatné	Celkem
Četnosti	Mladší generace (18 - 29 let)	11	48	10	69
	Střední a starší generace (30 - 65 let)	52	75	20	147
	Celkem	63	123	30	216
Řádková procenta	Mladší generace (18 - 29 let)	15,9%	69,6%	14,5%	100,0%
	Střední a starší generace (30 - 65 let)	35,4%	51,0%	13,6%	100,0%
	Celkem	29,2%	56,9%	13,9%	100,0%
Znaménkové schéma	Mladší generace (18 - 29 let)	--	++	o	
	Střední a starší generace (30 - 65 let)	++	--	o	

Otázka „*Jak byste hodnotil/a vztahy mezi Vaší národnostní skupinou a Čechy?*“ byla rekatégorizována z 5 na 3 kategorie: 1) velmi dobré, dobré, 2) neutrální, 3) špatné, velmi špatné

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že velmi dobré a dobré hodnocení vztahu mezi národnostní skupinou respondenta a Čechy statisticky významně častěji udávají respondenti ze střední a starší generace. Mladší generace pak statisticky významněji častěji hodnotí tyto vztahy jako neutrální. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 8,942$, $df = 2$, $p = 0,011$).

Tabulka 46 Hodnocení vztahu mezi národnostní skupinou respondenta a Čechy versus pocit spokojenosti mezi Čechy (kontingenční tabulka)

Pocit spokojenosti mezi Čechy		Hodnocení vztahu mezi národnostní skupinou respondenta a Čechy			
		Velmi dobré, dobré	Neutrální	Špatné, velmi špatné	Celkem
Četnosti	Ano	53	41	6	100
	Nevím	5	59	12	76
	Ne	5	24	11	40
	Celkem	63	124	29	216
Řádková procenta	Ano	53,0%	41,0%	6,0%	100,0%
	Nevím	6,6%	77,6%	15,8%	100,0%
	Ne	12,5%	60,0%	27,5%	100,0%
	Celkem	29,2%	57,4%	13,4%	100,0%
Znaménkové schéma	Ano	+++	---	--	
	Nevím	---	+++	o	
	Ne	--	o	++	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že velmi dobré a dobré hodnocení vztahu mezi národnostní skupinou respondenta a Čechy statisticky významně častěji udávají respondenti, kteří jsou mezi Čechy spokojeni. Jako neutrální hodnotí tyto vztahy respondenti, kteří se nedokážou rozhodnout, zda jsou mezi Čechy spokojeni. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 57,055$, $df = 4$, $p = 0,000$).

Tabulka 47 Signifikantní vztahy – jednání s policií a úřady

	Dosažená hladina významnosti	
	Národnost	Délka pobytu
Zkušenosti s jednáním s cizineckou policií	0,000	0,203
Zkušenosti s jednáním s úřady	0,000	0,004

Statisticky významný vztah byl prokázán mezi zkušenostmi s jednáním s cizineckou policií a národností (0,000), zkušenostmi s jednáním s úřady a národností (0,000) a délkou pobytu (0,004).

Tabulka 48 Zkušenosti s jednáním s cizineckou policií versus národnost (kontingenční tabulka)

Národnost		Zkušenosti s jednáním s Cizineckou policií			
		Dobré	Neutrální	Špatné	Celkem
Četnosti	Vietnamská	7	24	18	49
	Ukrajinská	50	19	11	80
	Mongolská	42	26	10	78
	Celkem	99	69	39	207
Řádková procenta	Vietnamská	14,3%	49,0%	36,7%	100,0%
	Ukrajinská	62,5%	23,8%	13,8%	100,0%
	Mongolská	53,8%	33,3%	12,8%	100,0%
	Celkem	47,8%	33,3%	18,8%	100,0%
Znaménkové schéma	Vietnamská	---	++	+++	
	Ukrajinská	+++	-	o	
	Mongolská	o	o	o	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že dobré zkušenosti s jednáním s cizineckou policií udávají statisticky významně častěji Ukrajinci, oproti Vietnamcům. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 32,450$, $df = 4$, $p = 0,000$).

Tabulka 49 Zkušenosti s jednáním s úřady versus národnost (kontingenční tabulka)

Národnost		Zkušenosti s jednáním se státními úřady a úřady místní správy ČR			
		Dobré	Neutrální	Špatné	Celkem
Četnosti	Vietnamská	4	29	12	45
	Ukrajinská	38	28	10	76
	Mongolská	38	33	6	77
	Celkem	80	90	28	198
Řádková procenta	Vietnamská	8,9%	64,4%	26,7%	100,0%
	Ukrajinská	50,0%	36,8%	13,2%	100,0%
	Mongolská	49,4%	42,9%	7,8%	100,0%
	Celkem	40,4%	45,5%	14,1%	100,0%
Znaménkové schéma	Vietnamská	---	++	++	
	Ukrajinská	+	o	o	
	Mongolská	+	o	-	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že dobré zkušenosti s jednáním s ostatními úřady udávají statisticky významně častěji Ukrajinci

a Mongolové, oproti Vietnamcům. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (*chi kvadrát* / $\chi^2 = 26,483$, $df = 4$, $p = 0,000$).

Tabulka 50 Zkušenosti s jednáním s úřady versus délka pobytu (kontingenční tabulka)

Délka pobytu		Zkušenosti s jednáním se státními úřady a úřady místní správy ČR			
		Dobré	Neutrální	Špatné	Celkem
Četnosti	1 až 4 roky včetně	29	29	16	74
	5 až 10 let	28	20	5	53
	11 let a více	14	27	1	42
	Celkem	71	76	22	169
Řádková procenta	1 až 4 roky včetně	39,2%	39,2%	21,6%	100,0%
	5 až 10 let	52,8%	37,7%	9,4%	100,0%
	11 let a více	33,3%	64,3%	2,4%	100,0%
	Celkem	42,0%	45,0%	13,0%	100,0%
Znaménkové schéma	1 až 4 roky včetně	o	o	++	
	5 až 10 let	o	o	o	
	11 let a více	o	++	-	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že špatné zkušenosti s jednáním s ostatními úřady udávají statisticky významně častěji respondenti s dobou pobytu od 1 do 4 let včetně. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (*chi kvadrát* / $\chi^2 = 15,402$, $df = 4$, $p = 0,004$).

Tabulka 51 Signifikantní vztahy – Zungova sebesuzovací stupnice deprese a vybrané charakteristiky v oblasti sociální opory

	Chi kvadrát	Počet stupňů volnosti	Dosažená hladina významnosti
Pocit uznání od Čechů	21,492	2	0,000
Pocit spokojenosti mezi Čechy	17,460	2	0,000
Vnímání ČR jako domovského státu	10,273	2	0,006
Hodnocení vztahu mezi národnostní skupinou respondenta a Čechy	11,508	2	0,003

Statisticky významný vztah byl prokázán mezi vyhodnocením dotazníku Zungova sebesuzovací stupnice deprese a pocitem uznání od Čechů ($p = 0,000$), pocitem

spokojenosti mezi Čechy (0,000), vnímáním ČR jako domovského státu (0,006) a hodnocením vztahu mezi národnostní skupinou respondenta a Čechy (0,003). Pocity uznání od Čechů, spokojenosti mezi Čechy, vnímání ČR jako domovského státu a hodnocení vztahu mezi národnostní skupinou respondenta a Čechy statisticky významně častěji udávají respondenti, kteří nemají přítomny známky deprese.

Tabulka 52 Signifikantní vztahy – přítomnost stresových symptomů psychického původu a vybrané charakteristiky v oblasti sociální opory

	Chí kvadrát	Počet stupňů volnosti	Dosažená hladina významnosti
Pocit uznání od Čechů	16,444	2	0,000
Pocit spokojenosti mezi Čechy	15,524	2	0,000
Vnímání ČR jako domovského státu	12,772	2	0,002
Hodnocení vztahu mezi národnostní skupinou respondenta a Čechy	8,210	2	0,016

Statisticky významný vztah byl prokázán mezi přítomností stresových symptomů psychického původu a pocitem uznání od Čechů ($p = 0,000$), pocitem spokojenosti mezi Čechy (0,000), vnímáním ČR jako domovského státu (0,002) a hodnocením vztahu mezi národnostní skupinou respondenta a Čechy (0,016). Pocity uznání od Čechů, spokojenosti mezi Čechy, vnímání ČR jako domovského státu a hodnocení vztahu mezi národnostní skupinou respondenta a Čechy statisticky významně častěji udávají respondenti, kteří nemají přítomny stresové symptomy psychického původu.

Tabulka 53 Pocit uznání od Čechů versus přítomnost stresových symptomů fyzického původu (kontingenční tabulka)

Přítomnost stresových symptomů (fyzického původu)		Pocit uznání od Čechů			
		Ano	Nevím	Ne	Celkem
Četnosti	Ne	42	30	11	83
	Ano	36	48	44	128
	Celkem	78	78	55	211
Řádková procenta	Ne	50,6%	36,1%	13,3%	100,0%
	Ano	28,1%	37,5%	34,4%	100,0%
	Celkem	37,0%	37,0%	26,1%	100,0%
Znaménkové schéma	Ne	+++	o	---	
	Ano	---	o	+++	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že pocit uznání od Čechů statisticky významně častěji udávají respondenti, kteří netrpí přítomností stresových poruch fyzického původu. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 15,524$, $df = 2$, $p = 0,000$).

Tabulka 54 Signifikantní vztahy – subjektivní hodnocení zdraví a vybrané charakteristiky v oblasti sociální opory

	Chí kvadrát	Počet stupňů volnosti	Dosažená hladina významnosti
Přítomnost osoby, na kterou se respondent může obrátit s žádostí o pomoc	1,720	2	0,423
Počet osob z ČR ochotných pomoci	5,968	2	0,051
Pocit dostatku přátel	0,117	2	0,943
Pocit uznání od Čechů	10,332	4	0,035
Pocit spokojenosti mezi Čechy	1,589	2	0,452
Vnímání ČR jako domovského státu	11,176	4	0,025
Zkušenosti s jednáním s cizineckou policií	3,036	2	0,219
Zkušenosti s jednáním s ostatními úřady	7,885	2	0,019
Chování zaměstnavatele	9,359	2	0,009

Statisticky významný vztah byl prokázán mezi subjektivním hodnocením zdraví a pocitem uznání od Čechů ($p = 0,035$), vnímáním ČR jako domovského státu (0,025), zkušenostmi s jednáním s úřady (0,019) a chováním zaměstnavatele (0,009). Blízko prokázání byl i vztah s počtem osob z ČR ochotných pomoci (0,051). Respondenti, kteří se cítí velmi dobře až dobře: se v ČR cítí jako doma, udávají pocit uznání od Čechů a velmi dobré chování od zaměstnavatele. Respondenti, kteří se subjektivně cítí průměrně (ani dobře ani špatně), mají špatné až velmi špatné zkušenosti s jednáním s úřady.

Tabulka 55 Schopnost komunikovat v českém jazyce versus národnost (kontingenční tabulka)

Národnost		Schopnost komunikovat v českém jazyce			
		Velmi dobrá	Průměrná	Špatná	Celkem
Četnosti	Vietnamská	4	17	39	60
	Ukrajinská	17	40	26	83
	Mongolská	6	37	37	80
	Celkem	27	94	102	223
Řádková procenta	Vietnamská	6,7%	28,3%	65,0%	100,0%
	Ukrajinská	20,5%	48,2%	31,3%	100,0%
	Mongolská	7,5%	46,2%	46,2%	100,0%
	Celkem	12,1%	42,2%	45,7%	100,0%
Znaménkové schéma	Vietnamská	o	-	+++	
	Ukrajinská	++	o	---	
	Mongolská	o	o	o	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že velmi dobrou schopnost komunikovat v českém jazyce udávají statisticky významně častěji Ukrajinci, oproti Vietnamcům. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 20,074$, $df = 4$, $p = 0,000$).

Tabulka 56 Signifikantní vztahy – schopnost porozumět mluvenému českému slovu versus vybrané charakteristiky v oblasti sociální opory

	Chí kvadrát	Počet stupňů volnosti	Dosažená hladina významnosti
Pocit uznání od Čechů	11,884	4	0,018
Pocit spokojenosti mezi Čechy	11,182	4	0,025
Vnímání ČR jako domovského státu	34,301	4	0,000
Hodnocení vztahu mezi národnostní skupinou respondenta a Čechy	7,306	2	0,026

Statisticky významný vztah byl prokázán mezi schopností porozumět mluvenému českému slovu a pocitem uznání od Čechů ($p = 0,018$), pocitem spokojenosti mezi Čechy (0,025), vnímáním ČR jako domovského státu (0,000) a hodnocením vztahu mezi národnostní skupinou respondenta a Čechy (0,026). Pocity uznání od Čechů, spokojenosti mezi Čechy, vnímání ČR jako domovského státu a hodnocení vztahu mezi národnostní skupinou respondenta a Čechy statisticky významně častěji udávají

respondenti, jejichž schopnost porozumět mluvenému českému slovu je na velmi dobré úrovni.

Tabulka 57 Signifikantní vztahy – znalost českého jazyka versus subjektivní vnímání zdraví

	Chí kvadrát	Počet stupňů volnosti	Dosažená hladina významnosti
Schopnost komunikovat v českém jazyce	16,930	2	0,000
Schopnost porozumět mluvenému českému slovu	10,284	2	0,006
Spokojenost respondenta se svou znalostí českého jazyka	9,159	2	0,010
Schopnost psát v českém jazyce	13,689	4	0,008
Schopnost číst v českém jazyce	14,888	4	0,005

Statisticky významný vztah byl prokázán mez subjektivním vnímáním zdraví a schopností komunikovat v českém jazyce ($p = 0,000$), schopností porozumět mluvenému českému slovu ($0,006$), spokojeností respondenta se svou znalostí českého jazyka ($0,010$), schopností psát v českém jazyce ($0,008$) a schopností číst v českém jazyce ($0,005$). Dobré subjektivní hodnocení svého zdraví udávají statisticky významně častěji respondenti, kteří jsou schopni komunikovat v českém jazyce, porozumět mluvenému českému slovu, psát v českém jazyce, číst v českém jazyce a jsou spokojeni se svou znalostí českého jazyka.

4.2 Vyhodnocení sociální determinanty zdraví - stres

Tabulka 58 Signifikantní vztahy – Prožití negativní situace, která respondentovi výrazně změnila život (po příjezdu do ČR)

	Dosažená hladina významnosti			
	Národnost	Pohlaví	Subjektivní vnímání zdraví	Chronická bolest
Prožití negativní situace, která výrazně změnila život	0,002	0,037	0,021	0,005

Tabulka 59 Prožití negativní situace, která výrazně změnila život versus národnost (kontingenční tabulka)

Národnost		Prožití negativní situace, která výrazně změnila život		
		Ano	Ne	Celkem
Četnosti	Vietnamská	34	30	64
	Ukrajinská	35	53	88
	Mongolská	20	60	80
	Celkem	89	143	232
Řádková procenta	Vietnamská	53,1%	46,9%	100,0%
	Ukrajinská	39,8%	60,2%	100,0%
	Mongolská	25,0%	75,0%	100,0%
	Celkem	38,4%	61,6%	100,0%
Znaménkové schéma	Vietnamská	++	--	
	Ukrajinská	o	o	
	Mongolská	--	++	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že statisticky významně častěji udávají prožití negativní situace Vietnamci. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 12,014$, $df = 2$, $p = 0,002$).

Tabulka 60 Prožití negativní situace, která výrazně změnila život versus pohlaví (kontingenční tabulka)

Pohlaví		Prožití negativní situace, která výrazně změnila život		
		Ano	Ne	Celkem
Četnosti	Žena	47	97	144
	Muž	42	49	91
	Celkem	89	146	235
Řádková procenta	Žena	32,6%	67,4%	100,0%
	Muž	46,2%	53,8%	100,0%
	Celkem	37,9%	62,1%	100,0%
Znaménkové schéma	Žena	-	+	
	Muž	+	-	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že statisticky významně častěji udávají prožití negativní situace muži. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 4,329$, $df = 1$, $p = 0,037$).

Tabulka 61 Prožití negativní situace, která výrazně změnila život versus subjektivní hodnocení zdraví (kontingenční tabulka)

Prožití negativní situace, která výrazně změnila život		Subjektivní hodnocení zdraví		
		dobré	průměrné	Celkem
Četnosti	Ano	20	56	76
	Ne	55	75	130
	Celkem	75	131	206
Řádková procenta	Ano	26,3%	73,7%	100,0%
	Ne	42,3%	57,7%	100,0%
	Celkem	36,4%	63,6%	100,0%
Znaménkové schéma	Ano	-	+	
	Ne	+	-	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že statisticky významně častěji udávají prožití negativní respondenti, kteří hodnotí své zdraví jako průměrné. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 5,298$, $df = 1$, $p = 0,021$).

Tabulka 62 Prožití negativní situace, která výrazně změnila život versus chronická bolest (kontingenční tabulka)

Chronická bolest		Prožití negativní situace, která výrazně změnila život		
		Ano	Ne	Celkem
Četnosti	Ano	22	14	36
	Ne	60	108	168
	Celkem	82	122	204
Řádková procenta	Ano	61,1%	38,9%	100,0%
	Ne	35,7%	64,3%	100,0%
	Celkem	40,2%	59,8%	100,0%
Znaménkové schéma	Ano	++	--	
	Ne	--	++	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že respondenti, kteří prožili negativní situaci statisticky významně častěji udávají přítomnost chronické bolesti. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 7,955$, $df = 1$, $p = 0,005$).

Tabulka 63 Signifikantní vztahy – Typ prožité negativní situace

	Dosažená hladina významnosti			
	Národnost	Pohlaví	Generace	Délka pobytu
Smrt dítěte	-	-	-	0,118
Smrt blízké osoby	0,000	0,895	0,010	0,258
Znásilnění	0,234	-	-	-
Válečné trauma	-	-	-	-
Napadení, přepadení	0,248	-	-	-
Přesídlení do ČR	0,000	0,011	0,082	0,778
Sociální izolace v ČR	0,444	0,284	0,656	0,230
Vězení	-	-	-	-
Zranění/nemoc	0,624	0,656	0,866	-
Hrozba ztráty zaměstnání	0,187	0,383	0,478	0,653
Ztráta zaměstnání	0,141	0,131	0,817	0,039
Hrozba vysídlení	-	0,434	-	-
Manželské problémy	0,017	0,633	0,115	0,622
Rozvod	-	0,827	-	-
Těhotenství	0,588	0,000	0,448	-
Nedostatek peněz	0,158	0,349	0,889	0,003

Statisticky významný vztah byl prokázán mezi smrtí blízké osoby a národností ($p = 0,000$), generací ($p = 0,010$); mezi přesídlením do ČR a národností ($p = 0,000$), pohlavím ($p = 0,011$); ztrátou zaměstnání a délkou pobytu ($p = 0,039$); manželskými problémy a národností ($p = 0,017$); nedostatkem peněz a délkou pobytu ($p = 0,003$).

Dále pak mezi těhotenstvím a pohlavím ($p = 0,000$), tento vztah je předpokládán, a proto nebude dále popisován.

Uvedeny jsou pouze výsledky, které splňují podmínku dostatečně vysokých očekávaných četností: ne více než 20 % buněk v kontingenční tabulce má očekávanou četnost menší než 5.

Tabulka 64 Prožití mimořádné situace - smrt blízké osoby versus národnost (kontingenční tabulka)

Národnost		Prožití mimořádné situace - smrt blízké osoby		
		Ano	Ne	Celkem
Četnosti	Vietnamská	1	47	48
	Ukrajinská	27	58	85
	Mongolská	11	60	71
	Celkem	39	165	204
Řádková procenta	Vietnamská	2,1%	97,9%	100,0%
	Ukrajinská	31,8%	68,2%	100,0%
	Mongolská	15,5%	84,5%	100,0%
	Celkem	19,1%	80,9%	100,0%
Znaménkové schéma	Vietnamská	---	+++	
	Ukrajinská	+++	---	
	Mongolská	o	o	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že prožití mimořádné situace smrt blízké osoby udávají statisticky významně častěji Ukrajinci oproti Vietnamcům. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (*chi kvadrát* / $\chi^2 = 18,403$, $df = 2$, $p = 0,000$).

Tabulka 65 Prožití mimořádné situace - smrt blízké osoby versus generace (kontingenční tabulka)

Generace		Prožití mimořádné situace - smrt blízké osoby		
		Ano	Ne	Celkem
Četnosti	Mladší generace (18 - 29 let)	5	57	62
	Střední a starší generace (30 - 65 let)	33	108	141
	Celkem	38	165	203
Řádková procenta	Mladší generace (18 - 29 let)	8,1%	91,9%	100,0%
	Střední a starší generace (30 - 65 let)	23,4%	76,6%	100,0%
	Celkem	18,7%	81,3%	100,0%
Znaménkové schéma	Mladší generace (18 - 29 let)	--	++	
	Střední a starší generace (30 - 65 let)	++	--	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že prožití mimořádné situace smrt blízké osoby udávají statisticky významně častěji respondenti střední a starší generace. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (*chi kvadrát* / $\chi^2 = 6,660$, $df = 1$, $p = 0,010$).

Tabulka 66 Prožití mimořádné situace - přesídlení do ČR versus národnost (kontingenční tabulka)

Národnost		Prožití mimořádné situace - přesídlení do ČR		
		Ano	Ne	Celkem
Četnosti	Vietnamská	2	46	48
	Ukrajinská	35	50	85
	Mongolská	7	64	71
	Celkem	44	160	204
Řádková procenta	Vietnamská	4,2%	95,8%	100,0%
	Ukrajinská	41,2%	58,8%	100,0%
	Mongolská	9,9%	90,1%	100,0%
	Celkem	21,6%	78,4%	100,0%
Znaménkové schéma	Vietnamská	---	+++	
	Ukrajinská	+++	---	
	Mongolská	--	++	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že prožití mimořádné situace přesídlení do ČR udávají statisticky významně častěji Ukrajinci. Naopak Vietnamci a Mongolové statisticky významně častěji neudávají přesídlení do ČR jako mimořádnou událost. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (*chi kvadrát* / $\chi^2 = 33,665$, $df = 2$, $p = 0,000$).

Tabulka 67 Prožití mimořádné situace - přesídlení do ČR versus pohlaví (kontingenční tabulka)

Pohlaví		Prožití mimořádné situace - přesídlení do ČR		
		Ano	Ne	Celkem
Četnosti	Žena	35	89	124
	Muž	11	72	83
	Celkem	46	161	207
Řádková procenta	Žena	28,2%	71,8%	100,0%
	Muž	13,3%	86,7%	100,0%
	Celkem	22,2%	77,8%	100,0%
Znaménkové schéma	Žena	+	-	
	Muž	-	+	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že prožití mimořádné situace přesídlení do ČR udávají statisticky významně častěji ženy. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (*chi kvadrát* / $\chi^2 = 6,449$, $df = 1$, $p = 0,011$).

Tabulka 68 Prožití mimořádné situace - manželské problémy versus národnost (kontingenční tabulka)

Národnost		Prožití mimořádné situace - manželské problémy		
		Ano	Ne	Celkem
Četnosti	Vietnamská	6	42	48
	Ukrajinská	21	64	85
	Mongolská	6	65	71
	Celkem	33	171	204
Řádková procenta	Vietnamská	12,5%	87,5%	100,0%
	Ukrajinská	24,7%	75,3%	100,0%
	Mongolská	8,5%	91,5%	100,0%
	Celkem	16,2%	83,8%	100,0%
Znaménkové schéma	Vietnamská	o	o	
	Ukrajinská	++	--	
	Mongolská	-	+	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že prožití mimořádné situace manželské problémy udávají statisticky významně častěji Ukrajinci oproti Mongolům. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (*chi kvadrát* / $\chi^2 = 8,164$, $df = 2$, $p = 0,017$).

Tabulka 69 Prožití mimořádné situace - ztráta zaměstnání versus délka pobytu (kontingenční tabulka)

Délka pobytu		Prožití mimořádné situace - ztráta zaměstnání		
		Ano	Ne	Celkem
Četnosti	1 až 4 roky včetně	23	58	81
	5 až 10 let	6	49	55
	11 let a více	11	28	39
	Celkem	40	135	175
Řádková procenta	1 až 4 roky včetně	28,4%	71,6%	100,0%
	5 až 10 let	10,9%	89,1%	100,0%
	11 let a více	28,2%	71,8%	100,0%
	Celkem	22,9%	77,1%	100,0%
Znaménkové schéma	1 až 4 roky včetně	o	o	
	5 až 10 let	-	+	
	11 let a více	o	o	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že prožití mimořádné situace ztráta zaměstnání udávají statisticky významně méně respondenti s délkou pobytu v rozmezí 5 až 10 let. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (*chi kvadrát* / $\chi^2 = 6,494$, $df = 2$, $p = 0,039$).

Tabulka 70 Prožití mimořádné situace - nedostatek peněz versus délka pobytu (kontingenční tabulka)

Délka pobytu		Prožití mimořádné situace - nedostatek peněz		
		Ano	Ne	Celkem
Četnosti	1 až 4 roky včetně	52	29	81
	5 až 10 let	21	34	55
	11 let a více	15	24	39
	Celkem	88	87	175
Řádková procenta	1 až 4 roky včetně	64,2%	35,8%	100,0%
	5 až 10 let	38,2%	61,8%	100,0%
	11 let a více	38,5%	61,5%	100,0%
	Celkem	50,3%	49,7%	100,0%
Znaménkové schéma	1 až 4 roky včetně	+++	---	
	5 až 10 let	-	+	
	11 let a více	o	o	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že prožití mimořádné situace nedostatek peněz udávají statisticky významně častěji respondenti s dobou pobytu do čtyř let. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (*chi kvadrát* / $\chi^2 = 11,675$, $df = 2$, $p = 0,003$).

Tabulka 71 Signifikantní vztahy – Typ prožité negativní situace versus chronická bolest

	Dosažená hladina významnosti
	Chronická bolest
Smrt blízké osoby	0,016
Zranění/nemoc	0,001
Manželské problémy	0,001
Nedostatek peněz	0,005

Statisticky významný vztah byl prokázán mezi chronickou bolestí a smrtí blízké osoby ($p = 0,016$), zraněním/nemocí ($p = 0,001$), manželskými problémy ($p = 0,001$) a nedostatkem peněz ($p = 0,005$). Respondenti, kteří udávají prožití těchto negativních situací, statisticky významně častěji uvádějí přítomnost chronické bolesti.

Tabulka 72 Signifikantní vztahy – Častost vystavení stresovým situacím

	Dosažená hladina významnosti			
	Národnost	Pohlaví	Subjektivní vnímání zdraví	Chronická bolest
Častost vystavení stresovým situacím	0,000	0,191	-	0,948

Statisticky významný vztah byl prokázán mezi častostí vystavení stresovým situacím a národností ($p = 0,000$).

Tabulka 73 Častost vystavení stresovým situacím

		Četnost	Procenta	Validní procenta
Validní	Nikdy	31	12,6	14,2
	Denně	23	9,3	10,6
	Týdně	29	11,8	13,3
	Měsíčně	26	10,6	11,9
	Několikrát do roka	56	22,8	25,7
	Velmi nepravidelně	49	19,9	22,5
	Jiné	4	1,6	1,8
	Celkem	218	88,6	100,0
Vyřazeno		28	11,4	
Celkem		246	100,0	

Z celkového počtu 218 odpovídajících respondentů je vystaveno stresu denně 10,6 % z nich, týdně 13,3 %, měsíčně 11,9 %, několikrát do roka 25,7 %, velmi nepravidelně 22,5 % a nikdy 14,2 %.

Tabulka 74 Častost vystavení stresovým situacím versus národnost (kontingenční tabulka)

Národnost		Častost vystavení stresovým situacím			
		Nikdy, nepravidelně	Denně, týdně	Měsíčně, několikrát ročně	Celkem
Četnosti	Vietnamská	22	13	22	57
	Ukrajinská	44	19	19	82
	Mongolská	13	20	41	74
	Celkem	79	52	82	213
Řádková procenta	Vietnamská	38,6%	22,8%	38,6%	100,0%
	Ukrajinská	53,7%	23,2%	23,2%	100,0%
	Mongolská	17,6%	27,0%	55,4%	100,0%
	Celkem	37,1%	24,4%	38,5%	100,0%
Znaménkové schéma	Vietnamská	o	o	o	
	Ukrajinská	+++	o	---	
	Mongolská	---	o	+++	

Otázka „Jak často jste vystaven/a stresovým situacím?“ byla rekatégorizována ze 7 na 3 kategorie: 1) Nikdy, nepravidelně, 2) Denně, týdně, 3) Měsíčně, několikrát ročně.

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že statisticky významně častěji jsou vystaveni stresovým situacím Mongolové (měsíčně, několikrát ročně). Ukrajinci pak statisticky významně častěji udávají vystavení stresovým situacím nepravidelně nebo nikdy. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 24,526$, $df = 4$, $p = 0,000$).

Tabulka 75 Signifikantní vztahy – Typ psychického dopadu stresové situace

	Dosažená hladina významnosti			
	Národnost	Pohlaví	Generace	Délka pobytu
Pocit úzkosti	0,000	0,034	0,121	0,079
Napětí	0,000	0,557	0,723	0,084
Poruchy paměti	-	0,645	0,494	0,896
Podrážděnost	0,759	0,284	0,153	0,180
Nervozita	0,000	0,259	0,928	0,591
Nerozhodnost	0,720	0,458	0,875	0,343
Tendence k izolaci	0,109	0,160	0,334	-
Pláč	0,020	0,000	0,547	0,343
Deprese	0,514	0,477	0,047	0,752

Statisticky významné vztahy byly prokázány mezi pocitem úzkosti a národností ($p = 0,000$) a pohlavím ($p = 0,034$); napětím a národností ($p = 0,000$); nervozitou a národností ($p = 0,000$); pláčem a národností ($p = 0,020$) a pohlavím ($p = 0,000$); depresí a generací ($p = 0,047$). Blízko prokázání pak byly vztahy mezi délkou pobytu a pocitem úzkosti ($p = 0,079$) a napětím ($p = 0,084$).

Tabulka 76 Pocit úzkosti versus národnost (kontingenční tabulka)

Národnost		Pocit úzkosti		
		Ano	Ne	Celkem
Četnosti	Vietnamská	6	42	48
	Ukrajinská	16	26	42
	Mongolská	36	30	66
	Celkem	58	98	156
Řádková procenta	Vietnamská	12,5%	87,5%	100,0%
	Ukrajinská	38,1%	61,9%	100,0%
	Mongolská	54,5%	45,5%	100,0%
	Celkem	37,2%	62,8%	100,0%
Znaménkové schéma	Vietnamská	---	+++	
	Ukrajinská	o	o	
	Mongolská	+++	---	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že pocitem úzkosti trpí statisticky významně častěji Mongolové oproti Vietnamcům. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 21,054$, $df = 2$, $p = 0,000$).

Tabulka 77 Pocit úzkosti versus pohlaví (kontingenční tabulka)

Pohlaví		Pocit úzkosti		
		Ano	Ne	Celkem
Četnosti	Žena	44	58	102
	Muž	14	40	54
	Celkem	58	98	156
Řádková procenta	Žena	43,1%	56,9%	100,0%
	Muž	25,9%	74,1%	100,0%
	Celkem	37,2%	62,8%	100,0%
Znaménkové schéma	Žena	+	-	
	Muž	-	+	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že pocitem úzkosti trpí statisticky významně častěji ženy. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 4,478$, $df = 1$, $p = 0,034$).

Tabulka 78 Napětí versus národnost (kontingenční tabulka)

Národnost		Napětí		
		Ano	Ne	Celkem
Četnosti	Vietnamská	22	26	48
	Ukrajinská	25	17	42
	Mongolská	6	60	66
	Celkem	53	103	156
Řádková procenta	Vietnamská	45,8%	54,2%	100,0%
	Ukrajinská	59,5%	40,5%	100,0%
	Mongolská	9,1%	90,9%	100,0%
	Celkem	34,0%	66,0%	100,0%
Znaménkové schéma	Vietnamská	+	-	
	Ukrajinská	+++	---	
	Mongolská	---	+++	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že pocitem napětí trpí statisticky významně častěji Ukrajinci a Vietnamci. Naopak Mongolové statisticky významně častěji pocitem napětí netrpí. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (*chi kvadrát* / $\chi^2 = 33,450$, *df* = 2, *p* = 0,000).

Tabulka 79 Nervozita versus národnost (kontingenční tabulka)

Národnost		Nervozita		
		Ano	Ne	Celkem
Četnosti	Vietnamská	8	40	48
	Ukrajinská	21	21	42
	Mongolská	5	61	66
	Celkem	34	122	156
Řádková procenta	Vietnamská	16,7%	83,3%	100,0%
	Ukrajinská	50,0%	50,0%	100,0%
	Mongolská	7,6%	92,4%	100,0%
	Celkem	21,8%	78,2%	100,0%
Znaménkové schéma	Vietnamská	o	o	
	Ukrajinská	+++	---	
	Mongolská	---	+++	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že pocitem nervozity trpí statisticky významně častěji Ukrajinci oproti Mongolům. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (*chi kvadrát* / $\chi^2 = 28,172$, *df* = 2, *p* = 0,000).

Tabulka 80 Pláč versus národnost (kontingenční tabulka)

Národnost		Pláč		
		Ano	Ne	Celkem
Četnosti	Vietnamská	3	45	48
	Ukrajinská	12	30	42
	Mongolská	12	54	66
	Celkem	27	129	156
Řádková procenta	Vietnamská	6,2%	93,8%	100,0%
	Ukrajinská	28,6%	71,4%	100,0%
	Mongolská	18,2%	81,8%	100,0%
	Celkem	17,3%	82,7%	100,0%
Znaménkové schéma	Vietnamská	-	+	
	Ukrajinská	+	-	
	Mongolská	o	o	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že pláč statisticky významně častěji udávají Ukrajinci oproti Vietnamcům. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 7,859$, $df=2$, $p = 0,020$).

Tabulka 81 Pláč versus pohlaví (kontingenční tabulka)

Pohlaví		Pláč		
		Ano	Ne	Celkem
Četnosti	Žena	26	76	102
	Muž	1	53	54
	Celkem	27	129	156
Řádková procenta	Žena	25,5%	74,5%	100,0%
	Muž	1,9%	98,1%	100,0%
	Celkem	17,3%	82,7%	100,0%
Znaménkové schéma	Žena	+++	---	
	Muž	---	+++	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že pláč statisticky významně častěji udávají ženy. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 13,785$, $df=1$, $p = 0,000$).

Tabulka 82 Deprese versus generace (kontingenční tabulka)

Generace		Deprese		
		Ano	Ne	Celkem
Četnosti	Mladší generace (18 - 29 let)	19	34	53
	Střední a starší generace (30 - 65 let)	21	79	100
	Celkem	40	113	153
Řádková procenta	Mladší generace (18 - 29 let)	35,8%	64,2%	100,0%
	Střední a starší generace (30 - 65 let)	21,0%	79,0%	100,0%
	Celkem	26,1%	73,9%	100,0%
Znaménkové schéma	Mladší generace (18 - 29 let)	+	-	
	Střední a starší generace (30 - 65 let)	-	+	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že deprese statisticky významně častěji udávají respondenti z mladší generace. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (*chi kvadrát* / $\chi^2 = 3,956$, $df = 1$, $p = 0,047$).

Tabulka 83 Signifikantní vztahy – Typ psychického dopadu stresové situace versus chronická bolest

	Dosažená hladina významnosti
	Chronická bolest
Nervozita	0,020
Pláč	0,015

Statisticky významné vztahy byly prokázány mezi chronickou bolestí a nervozitou ($p = 0,020$) a pláčem ($p = 0,015$). Respondenti, kteří udávají jako typ psychického dopadu stresové situace nervozitu a pláč, také statisticky významně častěji uvádějí přítomnost chronické bolesti.

Tabulka 84 Projevují se stresové situace na psychice respondenta (dle vyjádření respondenta) versus národnost (kontingenční tabulka)

Národnost		Projevují se stresové situace na psychice respondenta		
		Ne	Ano	Celkem
Četnosti	Vietnamská	17	36	53
	Ukrajinská	43	41	84
	Mongolská	27	48	75
	Celkem	87	125	212
Řádková procenta	Vietnamská	32,1%	67,9%	100,0%
	Ukrajinská	51,2%	48,8%	100,0%
	Mongolská	36,0%	64,0%	100,0%
	Celkem	41,0%	59,0%	100,0%
Znaménkové schéma	Vietnamská	o	o	
	Ukrajinská	+	-	
	Mongolská	o	o	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že respondenti z Ukrajiny statisticky významně častěji neudávají, že by se stresové situace projevovaly na jejich psychice. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (*chi kvadrát* / $\chi^2 = 6,124$, $df = 2$, $p = 0,047$).

Tabulka 85 Projevují se stresové situace na psychice respondenta (dle vyjádření respondenta) versus subjektivní hodnocení zdraví (kontingenční tabulka)

Projevují se stresové situace na psychice respondenta		Subjektivní hodnocení zdraví		
		dobré	průměrné	Celkem
Četnosti	Ne	39	40	79
	Ano	29	82	111
	Celkem	68	122	190
Řádková procenta	Ne	49,4%	50,6%	100,0%
	Ano	26,1%	73,9%	100,0%
	Celkem	35,8%	64,2%	100,0%
Znaménkové schéma	Ne	+++	---	
	Ano	---	+++	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že respondenti s dobrým subjektivním hodnocením zdraví statisticky významně častěji neudávají, že by se stresové situace projevovaly na jejich psychice. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (*chi kvadrát* / $\chi^2 = 10,848$, $df = 1$, $p = 0,001$).

Tabulka 86 Projevují se stresové situace na tělesném zdraví respondenta (dle vyjádření respondenta) versus pohlaví (kontingenční tabulka)

Pohlaví		Projevují se stresové situace na tělesném zdraví		
		Ne	Ano	Celkem
Četnosti	Žena	49	91	140
	Muž	42	44	86
	Celkem	91	135	226
Řádková procenta	Žena	35,0%	65,0%	100,0%
	Muž	48,8%	51,2%	100,0%
	Celkem	40,3%	59,7%	100,0%
Znaménkové schéma	Žena	-	+	
	Muž	+	-	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že muži statisticky významně častěji neudávají, že by se stresové situace projevovaly na jejich tělesném zdraví. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (*chi kvadrát* / $\chi^2 = 4,241$, *df* = 1, *p* = 0,039).

Tabulka 87 Projevují se stresové situace na tělesném zdraví respondenta (dle vyjádření respondenta) versus subjektivní hodnocení zdraví (kontingenční tabulka)

Projevují se stresové situace na tělesném zdraví		Subjektivní hodnocení zdraví		
		Dobré	Průměrné	Celkem
Četnosti	Ne	43	37	80
	Ano	31	89	120
	Celkem	74	126	200
Řádková procenta	Ne	53,8%	46,2%	100,0%
	Ano	25,8%	74,2%	100,0%
	Celkem	37,0%	63,0%	100,0%
Znaménkové schéma	Ne	+++	---	
	Ano	---	+++	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že respondenti s dobrým hodnocením zdraví statisticky významně častěji neudávají, že by se stresové situace projevovaly na jejich tělesném zdraví. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (*chi kvadrát* / $\chi^2 = 4,241$, *df* = 1, *p* = 0,039).

Tabulka 88 Projevují se stresové situace na tělesném zdraví respondenta (dle vyjádření respondenta) versus chronická bolest (kontingenční tabulka)

Chronická bolest		Projevují se stresové situace na tělesném zdraví		
		Ne	Ano	Celkem
Četnosti	Ano	7	26	33
	Ne	70	97	167
	Celkem	77	123	200
Řádková procenta	Ano	21,2%	78,8%	100,0%
	Ne	41,9%	58,1%	100,0%
	Celkem	38,5%	61,5%	100,0%
Znaménkové schéma	Ano	-	+	
	Ne	+	-	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že respondenti trpící chronickou bolestí statisticky významně častěji udávají, že se stresové situace projevují na jejich tělesném zdraví. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 4,989$, $df = 1$, $p = 0,026$).

Tabulka 89 Signifikantní vztahy – Typ fyzického dopadu stresové situace

	Dosažená hladina významnosti	
	Národnost	Pohlaví
Únava	0,145	0,609
Závratě	0,052	0,006
Bolesti hlavy	0,681	0,120
Bolesti ramenou a zad	0,151	0,862
Nespavost	0,017	0,377
Bolest žaludku (břicha)	-	-
Zácpa	-	-
Zvýšené pocení	-	-
Třes rukou	-	-
Snížená sexuální chuť	-	-
Nechutenství nebo přejídání	0,003	0,313

Statisticky významné vztahy byly prokázány mezi závratěmi a pohlavím ($p = 0,006$); nespavostí a národností ($p = 0,017$); nechutenstvím nebo přejídáním a národností ($p = 0,003$). Blízko prokázání pak byl vztah mezi závratí a národností ($p = 0,052$).

Tabulka 90 Závratě versus pohlaví(kontingenční tabulka)

Pohlaví		Závratě		
		Ano	Ne	Celkem
Četnosti	Žena	18	85	103
	Muž	1	50	51
	Čelkem	19	135	154
Řádková procenta	Žena	17,5%	82,5%	100,0%
	Muž	2,0%	98,0%	100,0%
	Celkem	12,3%	87,7%	100,0%
Znaménkové schéma	Žena	++	--	
	Muž	--	++	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že závratě statisticky významně častěji udávají ženy. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 7,592$, $df = 1$, $p = 0,006$).

Tabulka 91 Nespavost versus národnost (kontingenční tabulka)

Národnost		Nespavost		
		Ano	Ne	Celkem
Četnosti	Vietnamská	22	24	46
	Ukrajinská	26	26	52
	Mongolská	14	41	55
	Celkem	62	91	153
Řádková procenta	Vietnamská	47,8%	52,2%	100,0%
	Ukrajinská	50,0%	50,0%	100,0%
	Mongolská	25,5%	74,5%	100,0%
	Celkem	40,5%	59,5%	100,0%
Znaménkové schéma	Vietnamská	o	o	
	Ukrajinská	o	o	
	Mongolská	--	++	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že nespavostí statisticky významně častěji netrpí Mongolové. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 8,137$, $df = 2$, $p = 0,017$).

Tabulka 92 Nechutenství nebo přejídání versus národnost (kontingenční tabulka)

Národnost		Nechutenství nebo přejídání se		
		Ano	Ne	Celkem
Četnosti	Vietnamská	2	44	46
	Ukrajinská	16	36	52
	Mongolská	10	45	55
	Celkem	28	125	153
Řádková procenta	Vietnamská	4,3%	95,7%	100,0%
	Ukrajinská	30,8%	69,2%	100,0%
	Mongolská	18,2%	81,8%	100,0%
	Celkem	18,3%	81,7%	100,0%
Znaménkové schéma	Vietnamská	--	++	
	Ukrajinská	++	--	
	Mongolská	o	o	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že nechutenství nebo přejídání statisticky významně častěji udávají Ukrajinci oproti Vietnamcům. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 11,397$, $df = 2$, $p = 0,003$).

Tabulka 93 Nejčastější způsob řešení stresových situací

	Četnost	Procenta	Validní procenta	
Validní	Rozhovor s blízkou osobou (přítel)	61	24,8	28,1
	Rozhovor s rodinným příslušníkem	48	19,5	22,1
	Poslechem hudby	21	8,5	9,7
	Modlitbou	21	8,5	9,7
	Kouřením	16	6,5	7,4
	Neřeším to	13	5,3	6,0
	Farmakoterapií	9	3,7	4,1
	Návštěvou lékaře	6	2,4	2,8
	Volnočasovou aktivitou	5	2,0	2,3
	Konzumací alkoholu	5	2,0	2,3
	Modlitbou	5	2,0	2,3
	Alternativní medicínou	2	0,8	0,9
	Sledováním televize	2	0,8	0,9
	Rozhovorem s duchovním	1	0,4	0,5
	Přejídáním	1	0,4	0,5
	Jiné	1	0,4	0,5
	Celkem	217	88,2	100,0
	Vyřazeno	29	11,8	
Celkem	246	100,0		

Z celkového počtu 217 odpovídajících respondentů jich jako nejčastější způsob řešení stresových situací označilo rozhovor s blízkou osobou 61 respondentů (28,1 %), rozhovor s rodinným příslušníkem 48 respondentů (22,1 %), poslech hudby 21 respondentů (9,7 %), modlitbu 21 respondentů (9,7 %), kouřením 16 respondentů (7,4 %) a neřešení situace 13 respondentů (6 %).

Tabulka 94 Vyhodnocení dotazníku "Zungova sebesuzovací stupnice deprese"

		Četnost	Procenta	Validní procenta
Validní	Normální, nejeví známky deprese	56	22,8	40,6
	Přítomny známky minimální nebo lehké deprese	48	19,5	34,8
	Přítomna středně silná, těžká až extrémně vyjádřená deprese	34	13,8	24,6
	Celkem	138	56,1	100,0
Vyřazeno		108	43,9	
Celkem		246	100,0	

Z celkového počtu 138 odpovídajících respondentů jich 56 nejeví známky deprese (40,6 %), 48 respondentů má přítomny známky minimální nebo lehké deprese (34,8 %) a 34 respondentů má přítomnu středně silnou, těžkou až extrémně vyjádřenou depresi (24,6 %).

Tabulka 95 Vyhodnocení dotazníku „Zungova sebeposuzovací stupnice deprese“ versus generace (kontingenční tabulka)

Generace		Vyhodnocení dotazníku "Zungova sebeposuzovací stupnice deprese"			
		Normální, nejví známky deprese	Přítomny známky minimální nebo lehké deprese	Přítomna středě silná, těžká až extrémně vyjádřená deprese	Celkem
Četnosti	Mladší generace (18 - 29 let)	12	22	12	46
	Střední a starší generace (30 - 65 let)	44	25	22	91
	Celkem	56	47	34	137
Řádková procenta	Mladší generace (18 - 29 let)	26,1%	47,8%	26,1%	100,0%
	Střední a starší generace (30 - 65 let)	48,4%	27,5%	24,2%	100,0%
	Celkem	40,9%	34,3%	24,8%	100,0%
Znaménkové schéma	Mladší generace (18 - 29 let)	-	+	o	
	Střední a starší generace (30 - 65 let)	+	-	o	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že střední a starší generace statisticky významně častěji netrpí příznaky deprese. Naopak mladší generace má statisticky významně častěji přítomny známky minimální nebo lehké deprese. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($chi\ kvadrát / \chi^2 = 7,440$, $df = 2$, $p = 0,024$).

Tabulka 96 Zungova sebesuzovací stupnice deprese versus národnost (kontingenční tabulka)

Národnost		Zungova sebesuzovací stupnice deprese		
		Bez známek deprese	Přítomny známky deprese	Celkem
Vietnamská	Četnosti	9	21	30
	Řádková procenta	30,0%	70,0%	100,0%
	Adjustovaná rezidua	-1,3	1,3	
Ukrajinská	Četnosti	30	32	62
	Řádková procenta	48,4%	51,6%	100,0%
	Adjustovaná rezidua	1,8	-1,8	
Mongolská	Četnosti	15	28	43
	Řádková procenta	34,9%	65,1%	100,0%
	Adjustovaná rezidua	-0,8	0,8	
Celkem	Četnosti	54	81	135
	Řádková procenta	40,0%	60,0%	100,0%

Srovnáním relativních četností je zřejmé, že přítomnost známek deprese mají nejčastěji respondenti z Vietnamu (70 %), avšak tento vztah není statisticky signifikantní ($p = 0,171$).

Tabulka 97 Vyhodnocení dotazníku „Zungova sebesuzovací stupnice deprese“ versus subjektivní hodnocení zdraví (kontingenční tabulka)

Vyhodnocení dotazníku "Zungova sebesuzovací stupnice deprese"		Subjektivní hodnocení zdraví		
		Dobré	Průměrné	Celkem
Četnosti	Normální, nejeví známky deprese	29	22	51
	Přítomny známky minimální nebo lehké deprese	16	28	44
	Přítomna středě silná, těžká až extrémně vyjádřená deprese	5	21	26
	Celkem	50	71	121
Řádková procenta	Normální, nejeví známky deprese	56,9%	43,1%	100,0%
	Přítomny známky minimální nebo lehké deprese	36,4%	63,6%	100,0%
	Přítomna středě silná, těžká až extrémně vyjádřená deprese	19,2%	80,8%	100,0%
	Celkem	41,3%	58,7%	100,0%
Znaménkové schéma	Normální, nejeví známky deprese	++	--	
	Přítomny známky minimální nebo lehké deprese	o	o	
	Přítomna středě silná, těžká až extrémně vyjádřená deprese	--	++	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že dobré hodnocení zdraví udávají statisticky významně častěji respondenti, kteří netrpí příznaky deprese. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (*chi kvadrát* / $\chi^2 = 10,759$, $df = 2$, $p = 0,005$).

4.3 Vyhodnocení sociální determinanty zdraví - doprava

Tabulka 98 Vzdálenost bydliště od místa zaměstnání versus generace (kontingenční tabulka)

Generace		Vzdálenost bydliště od místa zaměstnání		
		0 - 5 km	6 km a více	Celkem
Četnosti	Mladší generace (18 - 29 let)	48	7	55
	Střední a starší generace (30 - 65 let)	71	42	113
	Celkem	119	49	168
Řádková procenta	Mladší generace (18 - 29 let)	87,3%	12,7%	100,0%
	Střední a starší generace (30 - 65 let)	62,8%	37,2%	100,0%
	Celkem	70,8%	29,2%	100,0%
Znaménkové schéma	Mladší generace (18 - 29 let)	+++	---	
	Střední a starší generace (30 - 65 let)	---	+++	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že bydliště do pěti kilometrů od zaměstnání statisticky významně častěji udávají respondenti z mladší generace. Respondenti střední a starší generace statisticky významně častěji udávají místo zaměstnání ve vzdálenosti šest a více kilometrů. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (*chi kvadrát* / $\chi^2 = 10,696$, $df = 1$, $p = 0,001$).

Tabulka 99 Vzdálenost bydliště od místa zaměstnání versus délka pobytu (kontingenční tabulka)

Délka pobytu		Vzdálenost bydliště od místa zaměstnání		
		0 - 5 km	6 km a více	Celkem
Četnosti	1 až 4 roky včetně	57	13	70
	5 až 10 let	29	13	42
	11 let a více	18	17	35
	Celkem	104	43	147
Řádková procenta	1 až 4 roky včetně	81,4%	18,6%	100,0%
	5 až 10 let	69,0%	31,0%	100,0%
	11 let a více	51,4%	48,6%	100,0%
	Celkem	70,7%	29,3%	100,0%
Znaménkové schéma	1 až 4 roky včetně	++	--	
	5 až 10 let	o	o	
	11 let a více	--	++	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že bydliště do pěti kilometrů od zaměstnání statisticky významně častěji udávají respondenti s dobou pobytu do čtyř let. Respondenti s délkou pobytu jedenáct a více let bydlí od místa zaměstnání nejčastěji ve vzdálenosti šest a více kilometrů. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 10,230$, $df = 2$, $p = 0,006$).

Tabulka 100 Vzdálenost bydliště od místa zaměstnání versus charakter bydlení (kontingenční tabulka)

Charakter bydlení		Vzdálenost bydliště od místa zaměstnání		
		0 - 5 km	6 km a více	Celkem
Četnosti	Byt v panelovém sídlišti	31	22	53
	Bytový dům	19	5	24
	Rodinný dům	16	10	26
	Ubytovna	50	10	60
	Celkem	116	47	163
Řádková procenta	Byt v panelovém sídlišti	58,5%	41,5%	100,0%
	Bytový dům	79,2%	20,8%	100,0%
	Rodinný dům	61,5%	38,5%	100,0%
	Ubytovna	83,3%	16,7%	100,0%
	Celkem	71,2%	28,8%	100,0%
Znaménkové schéma	Byt v panelovém sídlišti	-	+	
	Bytový dům	o	o	
	Rodinný dům	o	o	
	Ubytovna	++	--	

Otázka „Jaký je charakter Vašeho bydlení?“ byla rekatégorizována z 6 na 4 kategorie:

1) Byt v panelovém sídlišti, 2) Bytový dům, 3) Rodinný dům, 4) Ubytovna.

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že bydliště do pěti kilometrů od zaměstnání statisticky významně častěji udávají respondenti bydlící na ubytovně. Respondenti bydlící v bytě na panelovém sídlišti statisticky významně častěji udávají místo zaměstnání ve vzdálenosti šest a více kilometrů. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 10,402$, $df = 3$, $p = 0,015$).

Tabulka 101 Trvání cesty do práce

		Četnost	Procenta	Validní procenta
Validní	0-10 min.	98	39,8	55,7
	11-25 min.	56	22,8	31,8
	26 a více min.	22	8,9	12,5
	Celkem	176	71,5	100,0
Vyřazeno		70	28,5	
Celkem		246	100,0	

Z celkového počtu 176 odpovídajících respondentů jich nejvíce (55,7 %) uvedlo, že cesta do zaměstnání jim trvá do 10 minut. Rozmezí 11 – 25 minut uvedlo 31,8 % respondentů a 26 a více minut pak 12,5% respondentů. Průměrná doba trvání cesty do práce je u všech respondentů 19, 2 minut, maximální doba pak 60 minut.

Tabulka 102 Trvání cesty do práce versus národnost (kontingenční tabulka)

Národnost		Trvání cesty do práce			
		0-10 min.	11-25 min.	26 a více min.	Celkem
Četnosti	Vietnamská	33	7	8	48
	Ukrajinská	34	23	6	63
	Mongolská	30	26	8	64
	Celkem	97	56	22	175
Řádková procenta	Vietnamská	68,8%	14,6%	16,7%	100,0%
	Ukrajinská	54,0%	36,5%	9,5%	100,0%
	Mongolská	46,9%	40,6%	12,5%	100,0%
	Celkem	55,4%	32,0%	12,6%	100,0%
Znaménkové schéma	Vietnamská	+	--	o	
	Ukrajinská	o	o	o	
	Mongolská	o	o	o	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že trvání cesty do práce v délce do deseti minut statisticky významně častěji udávají Vietnamci. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 9,950$, $df = 4$, $p = 0,041$).

Tabulka 103 Způsob cestování do práce

		Četnost	Procenta	Validní procenta
Validní	Automobilem	39	15,9	18,8
	Na kole	12	4,9	5,8
	MHD	54	22,0	26,1
	Chůze	99	40,2	47,8
	Jiné	3	1,2	1,4
	Celkem	207	84,1	100,0
Vyřazeno		39	15,9	
Celkem		246	100,0	

Z celkového počtu 207 odpovídajících respondentů jich 47,8% dochází do zaměstnání pěšky, 26,1 % využívá městskou hromadnou dopravu a 18,8 % jezdí automobilem. Jízdu na kole zvolilo 5,8 % respondentů

Tabulka 104 Způsob cestování do práce versus národnost (kontingenční tabulka)

Národnost		Způsob cestování do práce			
		Automobil	Chůze či na kole	MHD	Celkem
Četnosti	Vietnamská	11	33	13	57
	Ukrajinská	18	31	25	74
	Mongolská	8	47	15	70
	Celkem	37	111	53	201
Řádková procenta	Vietnamská	19,3%	57,9%	22,8%	100,0%
	Ukrajinská	24,3%	41,9%	33,8%	100,0%
	Mongolská	11,4%	67,1%	21,4%	100,0%
	Celkem	18,4%	55,2%	26,4%	100,0%
Znaménkové schéma	Vietnamská	o	o	o	
	Ukrajinská	o	--	o	
	Mongolská	o	+	o	

Otázka „Jakým způsobem cestujete do zaměstnání?“ byla rekatégorizována z 5 na 3 kategorie: 1) Automobil, 2) Chůze či na kole, 3) MHD.

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že chůzi či kolo statisticky významně častěji udávají Mongolové. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 10,005$, $df = 4$, $p = 0,040$).

Tabulka 105 Způsob cestování do práce versus pohlaví (kontingenční tabulka)

Pohlaví		Způsob cestování do práce			
		Automobil	Chůze či na kole	MHD	Celkem
Četnosti	Žena	15	71	38	124
	Muž	24	40	16	80
	Celkem	39	111	54	204
Řádková procenta	Žena	12,1%	57,3%	30,6%	100,0%
	Muž	30,0%	50,0%	20,0%	100,0%
	Celkem	19,1%	54,4%	26,5%	100,0%
Znaménkové schéma	Žena	--	o	o	
	Muž	++	o	o	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že automobil jako dopravní prostředek při cestě do zaměstnání statisticky významně častěji udávají muži. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (*chi kvadrát* / $\chi^2 = 10,705$, $df = 2$, $p = 0,005$).

Tabulka 106 Způsob cestování do práce versus délka pobytu (kontingenční tabulka)

Délka pobytu		Způsob cestování do práce			
		Automobil	Chůze či na kole	MHD	Celkem
Četnosti	1 až 4 roky včetně	7	53	21	81
	5 až 10 let	12	28	12	52
	11 let a více	16	10	12	38
	Celkem	35	91	45	171
Řádková procenta	1 až 4 roky včetně	8,6%	65,4%	25,9%	100,0%
	5 až 10 let	23,1%	53,8%	23,1%	100,0%
	11 let a více	42,1%	26,3%	31,6%	100,0%
	Celkem	20,5%	53,2%	26,3%	100,0%
Znaménkové schéma	1 až 4 roky včetně	---	++	o	
	5 až 10 let	o	o	o	
	11 let a více	+++	---	o	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že automobil jako dopravní prostředek při cestě do zaměstnání statisticky významně častěji udávají respondenti s délkou pobytu jedenáct a více let. Chůzi či jízdu na kole pak statisticky významně častěji udávají respondenti s délkou pobytu do čtyř let. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (*chi kvadrát* / $\chi^2 = 22,454$, $df = 4$, $p = 0,000$).

Tabulka 107 Způsob cestování do práce versus čistá měsíční mzda (kontingenční tabulka)

Čistá měsíční mzda		Způsob cestování do práce			
		Automobil	Chůze či na kole	MHD	Celkem
Četnosti	0 - 10 000 Kč	12	52	25	89
	10 100 - 15 000 Kč	11	51	18	80
	15 100 Kč a více	12	7	8	27
	Celkem	35	110	51	196
Řádková procenta	0 - 10 000 Kč	13,5%	58,4%	28,1%	100,0%
	10 100 - 15 000 Kč	13,8%	63,8%	22,5%	100,0%
	15 100 Kč a více	44,4%	25,9%	29,6%	100,0%
	Celkem	17,9%	56,1%	26,0%	100,0%
Znaménkové schéma	0 - 10 000 Kč	o	o	o	
	10 100 - 15 000 Kč	o	o	o	
	15 100 Kč a více	+++	---	o	

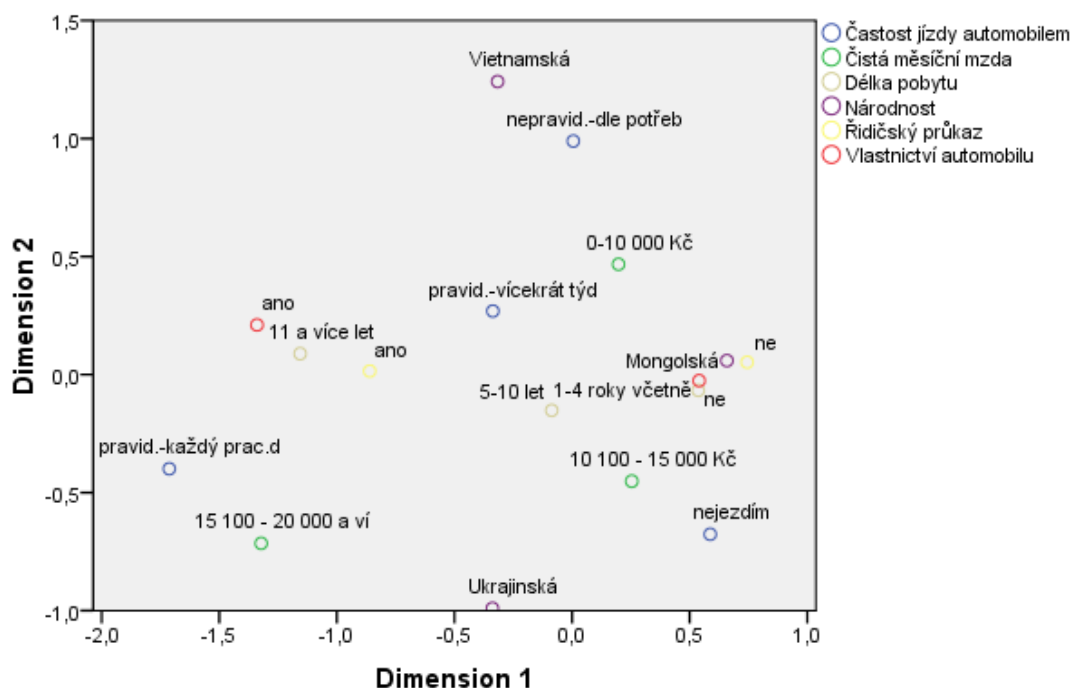
Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že respondenti s čistou měsíční mzdou statisticky významně častěji cestují do práce automobilem. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 18,360$, $df = 4$, $p = 0,001$).

Tabulka 108 Způsob cestování do práce versus subjektivní hodnocení zdraví (kontingenční tabulka)

Subjektivní hodnocení zdraví			Způsob cestování do práce			
			Automobil	Chůze či na kole	MHD	Celkem
Dobré	Četnosti		18	34	16	68
	Řádková procenta		26,5%	50,0%	23,5%	100,0%
	Adjustovaná rezidua		2,1	-1,3	-0,4	
Průměrné	Četnosti		17	72	31	120
	Řádková procenta		14,2%	60,0%	25,8%	100,0%
	Adjustovaná rezidua		-2,1	1,3	0,4	
Celkem	Četnosti		35	106	47	188
	Řádková procenta		18,6%	56,4%	25,0%	100,0%

Srovnáním relativních četností je zřejmé, že dobré subjektivní hodnocení zdraví udávají častěji respondenti, kteří využívají chůzi či jízdu na kole. Vztah srovnávaných proměnných však není signifikantní ($p = 0,111$).

Graf 2 Vlastnictví řidičského průkazu, vlastnictví automobilu, častost jízdy automobilem versus národnost, délka pobytu a čistá měsíční mzda



Vysvětlivky zkratk: nepravid. - dle potřeb = nepravidelně dle potřeby, pravid. - vícekrát týd. = pravidelně, vícekrát týdně, pravid. - každý prac. d. = pravidelně každý pracovní den.

Z grafu je patrné, že na vlastnictví automobilu a řidičského průkazu a na častost jízdy má největší vliv národnost, délka pobytu a čistá měsíční mzda respondenta. Toto tvrzení potvrzují i prokázané signifikantní vztahy. Vlastnictví řidičského průkazu: národnost ($p = 0,047$), délka pobytu ($p = 0,000$), čistá měsíční mzda ($p = 0,004$). Vlastnictví automobilu: národnost ($p = 0,011$), délka pobytu ($p = 0,000$), čistá měsíční mzda ($p = 0,011$). Častost jízdy automobilem: národnost ($p = 0,000$), čistá měsíční mzda ($p = 0,050$). Vlastnictví automobilu a řidičského průkazu udávají statisticky významně častěji respondenti s délkou pobytu 11 a více let a respondenti s čistou měsíční mzdou 15 100 Kč a více. Mongolové statisticky významně častěji nevlastní automobil ani řidičský průkaz (v rámci našeho výzkumu jsou Mongolové respondenty, kteří pobývají v ČR nejkratší dobu). Pravidelně jezdí automobilem respondenti s délkou pobytu

11 a více let a respondenti s čistou měsíční mzdou 15 100 Kč a více. Nepravidelně a dle potřeby jezdí automobilem Vietnamci.

Pohybové aktivity

Tabulka 109 Chůze - srovnání imigranti a majoritní populace

		Validní procenta imigranti	Validní procenta majorita
Validní	Ano	60,9	93,5
	Ne	39,1	6,5
	Celkem	100,0	100,0

Pravidelné chůzi se věnuje 60,9 % imigrantů a 93,5 % respondentů z majority.

Tabulka 110 Chůze 30 minut denně nebo 3 hodiny za týden versus národnost (kontingenční tabulka)

Národnost		Chůze 30 minut denně nebo 3 hodiny za týden		
		Ano	Ne	Celkem
Četnosti	Vietnamská	18	44	62
	Ukrajinská	67	16	83
	Mongolská	50	27	77
	Celkem	135	87	222
Řádková procenta	Vietnamská	29,0%	71,0%	100,0%
	Ukrajinská	80,7%	19,3%	100,0%
	Mongolská	64,9%	35,1%	100,0%
	Celkem	60,8%	39,2%	100,0%
Znaménkové schéma	Vietnamská	---	+++	
	Ukrajinská	+++	---	
	Mongolská	o	o	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že chůzi 30 minut denně nebo 3 hodiny za týden statisticky významně častěji udávají Ukrajinci. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 40,632$, $df = 2$, $p = 0,000$).

Tabulka 111 Chůze 30 minut denně nebo 3 hodiny za týden versus generace (kontingenční tabulka)

Generace		Chůze 30 minut denně nebo 3 hodiny za týden		
		Ano	Ne	Celkem
Četnosti	Mladá (18-29 let)	35	36	71
	Střední (30-50 let)	89	47	136
	Nejstarší (51 a více)	11	3	14
	Celkem	135	86	221
Řádková procenta	Mladá (18-29 let)	49,3%	50,7%	100,0%
	Střední (30-50 let)	65,4%	34,6%	100,0%
	Nejstarší (51 a více)	78,6%	21,4%	100,0%
	Celkem	61,1%	38,9%	100,0%
Znaménkové schéma	Mladá (18-29 let)	-	+	
	Střední (30-50 let)	o	o	
	Nejstarší (51 a více)	o	o	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že chůzi 30 minut denně nebo 3 hodiny za týden statisticky významně méně udávají respondenti z mladé generace. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 7,038$, $df = 2$, $p = 0,030$).

Tabulka 112 Chůze 30 minut denně nebo 3 hodiny za týden versus typ práce (kontingenční tabulka)

Typ práce		Chůze 30 minut denně nebo 3 hodiny za týden		
		Ano	Ne	Celkem
Četnosti	Intelektuální	14	21	35
	Kombinace intelektuální a manuální	30	28	58
	Manuální	82	36	118
	Celkem	126	85	211
Řádková procenta	Intelektuální	40,0%	60,0%	100,0%
	Kombinace intelektuální a manuální	51,7%	48,3%	100,0%
	Manuální	69,5%	30,5%	100,0%
	Celkem	59,7%	40,3%	100,0%
Znaménkové schéma	Intelektuální	--	++	
	Kombinace intelektuální a manuální	o	o	
	Manuální	+++	---	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že chůzi 30 minut denně nebo 3 hodiny za týden statisticky významně častěji udávají respondenti

vykonávající manuální práci. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (*chi kvadrát* / $\chi^2 = 11,883$, $df = 2$, $p = 0,003$).

Tabulka 113 Častost intenzivní chůze versus pohlaví (kontingenční tabulka)

Pohlaví		Častost intenzivní chůze				
		Méně než 1x	1-4x	5-7x	Více než 7x	Celkem
Četnosti	Žena	18	53	32	14	117
	Muž	17	22	16	18	73
	Celkem	35	75	48	32	190
Řádková procenta	Žena	15,4%	45,3%	27,4%	12,0%	100,0%
	Muž	23,3%	30,1%	21,9%	24,7%	100,0%
	Celkem	18,4%	39,5%	25,3%	16,8%	100,0%
Znaménkové schéma	Žena	0	+	0	-	
	Muž	0	-	0	+	

Otázka „Kolikrát týdně se intenzivní chůzi věnujete?“ byla rekatégorizována ze 6 na 4 kategorie: 1) Méně než 1x, 2) 1-4x, 3) 5-7x, 4) Více než 7x..

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že chůzi více než 7 x týdně se statisticky významně častěji věnují muži, ženy se statisticky významně častěji věnují chůzi 1 – 4 x týdně. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (*chi kvadrát* / $\chi^2 = 8,967$, $df = 3$, $p = 0,030$).

Tabulka 114 Frekvence intenzivní chůze versus národnost (kontingenční tabulka)

Národnost		Frekvence intenzivní chůze		
		Nízká	Žádoucí	Celkem
Četnosti	Vietnamská	35	8	43
	Ukrajinská	37	44	81
	Mongolská	60	16	76
	Celkem	132	68	200
Řádková procenta	Vietnamská	81,4%	18,6%	100,0%
	Ukrajinská	45,7%	54,3%	100,0%
	Mongolská	78,9%	21,1%	100,0%
	Celkem	66,0%	34,0%	100,0%
Znaménkové schéma	Vietnamská	+	-	
	Ukrajinská	---	+++	
	Mongolská	++	--	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že žádoucí frekvenci chůze statisticky významně častěji dodržují Ukrajinci. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (*chi kvadrát* / $\chi^2 = 25,125$, $df = 2$, $p = 0,000$).

Tabulka 115 Frekvence intenzivní chůze versus typ práce (kontingenční tabulka)

Typ práce		Frekvence intenzivní chůze		
		Nízká	Žádoucí	Celkem
Četnosti	Intelektuální	25	4	29
	Kombinace intelektuální a manuální	29	15	44
	Manuální	75	43	118
	Celkem	129	62	191
Řádková procenta	Intelektuální	86,2%	13,8%	100,0%
	Kombinace intelektuální a manuální	65,9%	34,1%	100,0%
	Manuální	63,6%	36,4%	100,0%
	Celkem	67,5%	32,5%	100,0%
Znaménkové schéma	Intelektuální	+	-	
	Kombinace intelektuální a manuální	o	o	
	Manuální	o	o	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že nízkou frekvenci chůze statisticky významně častěji intelektuálně pracující respondenti. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (*chi kvadrát* / $\chi^2 = 5,515$, $df = 2$, $p = 0,063$).

Tabulka 116 Pohybově náročnější sportovní aktivity - srovnání imigranti a majoritní populace

		Validní procenta imigranti	Validní procenta majorita
Validní	Ano	31	77
	Ne	69	33
	Celkem	100,0	100,0

Pohybově náročnějším sportovním aktivitám se věnuje 31 % imigrantů a 77 % respondentů z majority.

Tabulka 117 Pohybově náročnější sportovně pohybové aktivity versus pohlaví (kontingenční tabulka)

Pohlaví		Pohybově náročnější sportovně pohybové aktivity		
		ne	ano	Celkem
Četnosti	Žena	96	29	125
	Muž	44	34	78
	Celkem	140	63	203
Řádková procenta	Žena	76,8%	23,2%	100,0%
	Muž	56,4%	43,6%	100,0%
	Celkem	69,0%	31,0%	100,0%
Znaménkové schéma	Žena	++	--	
	Muž	--	++	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že pohybově náročnější sportovně pohybové aktivity statisticky významně častěji vykonávají muži. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($chi\ kvadrát / \chi^2 = 9,329$, $df = 1$, $p = 0,002$).

Tabulka 118 Pohybově náročnější sportovně pohybové aktivity versus typ práce (kontingenční tabulka)

Typ práce		Pohybově náročnější sportovně pohybové aktivity		
		Ne	Ano	Celkem
Četnosti	Intelektuální	16	13	29
	Kombinace intelektuální a manuální	26	19	45
	Manuální	91	27	118
	Celkem	133	59	192
Řádková procenta	Intelektuální	55,2%	44,8%	100,0%
	Kombinace intelektuální a manuální	57,8%	42,2%	100,0%
	Manuální	77,1%	22,9%	100,0%
	Celkem	69,3%	30,7%	100,0%
Znaménkové schéma	Intelektuální	0	0	
	Kombinace intelektuální a manuální	0	0	
	Manuální	++	--	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že pohybově náročnější sportovně pohybové aktivity statisticky významně méně vykonávají manuálně pracující respondenti. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($chi\ kvadrát / \chi^2 = 8,914$, $df = 2$, $p = 0,012$).

Tabulka 119 Pohybově náročnější sportovně pohybové aktivity versus nejvyšší dosažené vzdělání (kontingenční tabulka)

Nejvyšší dosažené vzdělání		Pohybově náročnější sportovně pohybové aktivity		
		Ne	Ano	Celkem
Četnosti	Základní nebo odborné bez maturity	85	22	107
	Středoškolské	25	16	41
	Vysokoškolské	29	21	50
	Celkem	139	59	198
Řádková procenta	Základní nebo odborné bez maturity	79,4%	20,6%	100,0%
	Středoškolské	61,0%	39,0%	100,0%
	Vysokoškolské	58,0%	42,0%	100,0%
	Celkem	70,2%	29,8%	100,0%
Znaménkové schéma	Základní nebo odborné bez maturity	++	--	
	Středoškolské	o	o	
	Vysokoškolské	-	+	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že pohybově náročnější sportovně pohybové aktivity statisticky významně častěji vykonávají vysokoškolsky vzdělaní respondenti. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 9,592$, $df = 2$, $p = 0,008$).

Tabulka 120 Pohybově náročnější sportovně pohybové aktivity versus vyhodnocení dotazníku „Zungova sebeposuzovací stupnice deprese“ (kontingenční tabulka)

Zungova sebeposuzovací stupnice deprese		Pohybově náročnější sportovně pohybové aktivity		
		Ne	Ano	Celkem
Četnosti	Bez známek deprese	30	22	52
	Přítomy známky deprese	57	19	76
	Celkem	87	41	128
Řádková procenta	Bez známek deprese	57,7%	42,3%	100,0%
	Přítomy známky deprese	75,0%	25,0%	100,0%
	Celkem	68,0%	32,0%	100,0%
Znaménkové schéma	Bez známek deprese	-	+	
	Přítomy známky deprese	+	-	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že pohybově náročnější sportovně pohybové aktivity statisticky významně častěji vykonávají respondenti bez známek deprese. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 4,248$, $df = 1$, $p = 0,039$).

Tabulka 121 Sport index versus pohlaví (kontingenční tabulka)

Pohlaví		Sport Index		
		Nízký	Dostačující až vysoký	Celkem
Četnosti	Žena	85	7	92
	Muž	44	10	54
	Celkem	129	17	146
Řádková procenta	Žena	92,4%	7,6%	100,0%
	Muž	81,5%	18,5%	100,0%
	Celkem	88,4%	11,6%	100,0%
Znaménkové schéma	Žena	+	-	
	Muž	-	+	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že nízký sport index mají statisticky významně častěji ženy. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 3,937$, $df = 1$, $p = 0,047$).

Tabulka 122 Chůze, pohybově náročnější aktivity versus subjektivní hodnocení zdraví

Vybrané ukazatele	Dosažená hladina významnosti	
	Chůze	Pohybově náročnější aktivity
Subjektivní hodnocení zdraví	0,012	0,029

Statisticky významný vztah byl prokázán mezi chůzí a rizikem morbidity dle BMI ($p = 0,010$) a hodnocením tělesné hmotnosti dle BMI ($p = 0,024$). Dále byl prokázán vztah mezi pohybově náročnějšími sportovně pohybovými aktivitami a úrazem prodělaným v posledních dvou letech ($p = 0,009$).

Tabulka 123 Chůze 30 minut denně nebo 3 hodiny za týden versus subjektivní hodnocení zdraví (kontingenční tabulka)

Chůze 30 minut denně nebo 3 hodiny za týden		Subjektivní hodnocení zdraví		
		Dobré	Průměrné	Celkem
Četnosti	Ano	54	71	125
	Ne	21	60	81
	Celkem	75	131	206
Řádková procenta	Ano	43,2%	56,8%	100,0%
	Ne	25,9%	74,1%	100,0%
	Celkem	36,4%	63,6%	100,0%
Znaménkové schéma	Ano	+	-	
	Ne	-	+	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že respondenti, kteří hodnotí své zdraví jako dobré, se statisticky významně častěji věnují chůzi. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (*chi kvadrát* / $\chi^2 = 6,335$ *df* = 3, $p = 0,012$).

Tabulka 124 Pohybově náročnější sportovně pohybové aktivity versus subjektivní hodnocení zdraví (kontingenční tabulka)

Pohybově náročnější sportovně pohybové aktivity		Subjektivní hodnocení zdraví		
		Dobré	Průměrné	Celkem
Četnosti	Ne	44	85	129
	Ano	30	29	59
	Celkem	74	114	188
Řádková procenta	Ne	34,1%	65,9%	100,0%
	Ano	50,8%	49,2%	100,0%
	Celkem	39,4%	60,6%	100,0%
Znaménkové schéma	Ne	-	+	
	Ano	+	-	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že respondenti, kteří se věnují náročnějším pohybovým aktivitám sttisticky významně častěji označují své zdraví jako dobré. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (*chi kvadrát* / $\chi^2 = 4,752$, *df* = 1, $p = 0,029$).

4.4 Vyhodnocení sociální determinanty zdraví - dětství

Tabulka 125 Pravidelná návštěva gynekologie

		Četnost	Procenta	Validní procenta
Validní	Ano	75	30,5	56,0
	Ne	59	24,0	44,0
	Celkem	134	54,5	100,0
Vyřazeno		112	45,5	
Celkem		246	100,0	

Z celkového počtu 134 odpovídajících respondentek jich 75 chodí na pravidelné preventivní prohlídky (56 %), 59 respondentek (44 %) na tyto prohlídky nechodí.

Tabulka 126 Pravidelná návštěva preventivních gynekologických prohlídek versus délka pobytu (kontingenční tabulka)

Délka pobytu		Pravidelná návštěva preventivních gynekologických prohlídek		
		Ano	Ne	Celkem
Četnosti	1 až 4 roky včetně	20	30	50
	5 až 10 let	28	13	41
	11 let a více	17	5	22
	Celkem	65	48	113
Řádková procenta	1 až 4 roky včetně	40,0%	60,0%	100,0%
	5 až 10 let	68,3%	31,7%	100,0%
	11 let a více	77,3%	22,7%	100,0%
	Celkem	57,5%	42,5%	100,0%
Znaménkové schéma	1 až 4 roky včetně	---	+++	
	5 až 10 let	o	o	
	11 let a více	+	-	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že respondenty s dobou pobytu 1 až 4 roky statisticky významně častěji uvádějí, že pravidelné preventivní gynekologické prohlídky nenavštěvují. Naopak respondentky s dobou pobytu 11 a více let tyto prohlídky absolvují statisticky významně pravidelněji. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 11,741$, $df = 2$, $p = 0,003$).

Tabulka 127 Důvod neúčasti na preventivních gynekologických prohlídkách

		Četnost	Procenta	Validní procenta
Validní	Nedostatek času	28	11,4	41,2
	Nepojištění na ZP	11	4,5	16,2
	Finanční náročnost	10	4,1	14,7
	Neochota navštívit lékaře	10	4,1	14,7
	Jiné	9	3,7	13,2
	Celkem	68	27,6	100,0
Vyřazeno		178	72,4	
Celkem		246	100,0	

Z celkového počtu 68 odpovídajících respondentek jako důvod neúčasti na preventivních prohlídkách uvádí nedostatek času 28 (41,2 %), neuzavření pojistky 11 (16,2 %), finanční náročnost 10 (14,7 %) a neochotu navštívit lékaře 10 (14,7 %).

Tabulka 128 Spokojenost s poskytnutou gynekologickou péčí

		Četnost	Procenta	Validní procenta
Validní	Velmi spokojen	25	10,2	21,6
	Spíše spokojen	49	19,9	42,2
	Průměrně spokojen	35	14,2	30,2
	Spíše nespokojen	5	2,0	4,3
	Velmi nespokojen	2	0,8	1,7
	Celkem	116	47,2	100,0
Vyřazeno		130	52,8	
Celkem		246	100,0	

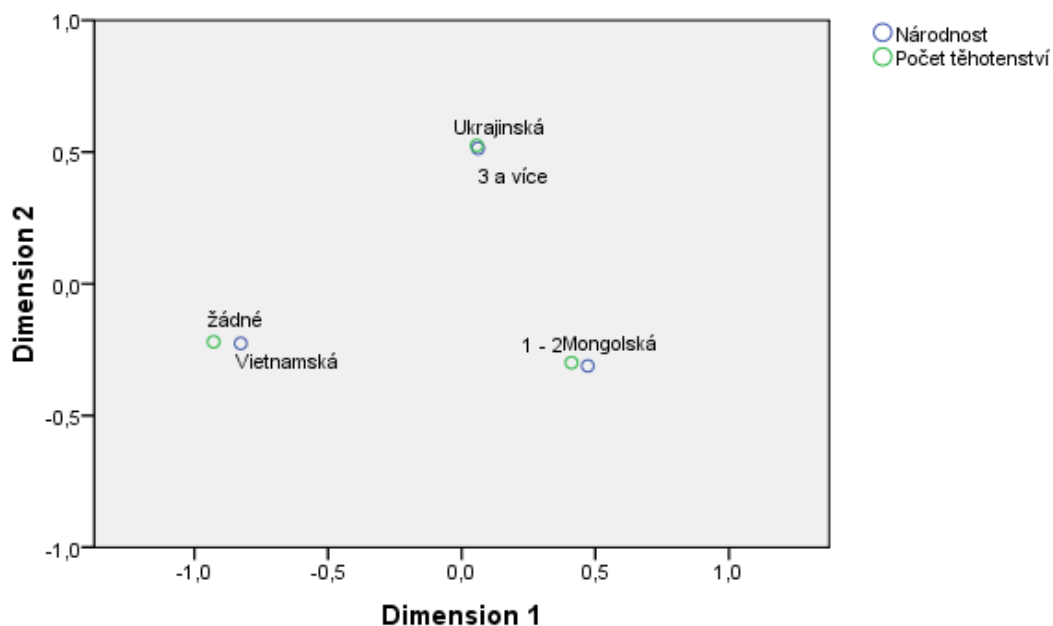
Z celkového počtu 116 odpovídajících respondentek je s poskytovanou gynekologickou péčí spokojeno velmi 25 respondentek (21,6 %), spíše spokojeno pak 49 respondentek (42,2 %), průměrně spokojeno 35 respondentek (30,2 %), spíše nespokojeno 5 respondentek (4,3 %) a velmi nespokojeny 2 respondentky (1,7 %).

Tabulka 129 Počet těhotenství - kategorie

		Četnost	Procenta	Validní procenta
Validní	Žádné těhotenství	26	10,6	23,0
	1 - 2 těhotenství	49	19,9	43,4
	3 a více těhotenství	38	15,4	33,6
	Celkem	113	45,9	100,0
Vyřazeno		133	54,1	
Celkem		246	100,0	

Z celkového počtu 113 odpovídajících respondentek 26 nebylo nikdy těhotných (23 %), 49 bylo těhotných 1 – 2x (43,4 %) a 38 respondentek bylo těhotných 3x a vícekrát (33,6 %). Nejvíce byla respondentka těhotná devětkrát (0,9 %). Průměrný počet na jednu respondentku je 1,9 těhotenství.

Graf 3 Vztah národnosti respondentek a počtu těhotenství



Z grafu je patrné, že tři a více těhotenství prodělaly nejčastěji respondentky z Ukrajiny, jedno až dvě těhotenství pak Mongolky. Respondentky z Vietnamu většinou těhotné nebyly. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($p = 0,042$).

Tabulka 130 Dodržování pravidelných prohlídek v těhotenství

		Četnost	Procenta	Validní procenta
Validní	Ano	83	33,7	87,4
	Ne	12	4,9	12,6
	Celkem	95	38,6	100,0
Vyřazeno		151	61,4	
Celkem		246	100,0	

Z celkového počtu 95 odpovídajících respondentek jich 83 dodržuje pravidelné prohlídky v těhotenství (87,4 %), 12 respondentek tyto prohlídky nedodržuje (12,6%).

Tabulka 131 Průběh těhotenství (rizikovost)

		Četnost	Procenta	Validní procenta
Validní	Fyziologické	67	27,2	75,3
	Rizikové	16	6,5	18,0
	Nedokázu posoudit	6	2,4	6,7
	Celkem	89	36,2	100,0
Vyřazeno		157	63,8	
Celkem		246	100,0	

Z celkového počtu 89 odpovídajících respondentek 67 respondentek mělo fyziologické těhotenství (75,3 %), 16 respondentek pak těhotenství rizikové (18,0 %), 6 respondentek nedokázalo situaci posoudit (6,7 %).

Tabulka 132 Pocit během těhotenství

		Četnost	Procenta	Validní procenta
Validní	Výborný	8	3,3	9,8
	Velmi dobrý	29	11,8	35,4
	Dobrá	38	15,4	46,3
	Špatný	6	2,4	7,3
	Velmi špatný	1	0,4	1,2
	Celkem	82	33,3	100,0
Vyřazeno		164	66,7	
Celkem		246	100,0	

Z celkového počtu 82 odpovídajících respondentek jich 38 hodnotilo své pocity během těhotenství jako dobré (46,3 %), 29 jako velmi dobré (35,4 %) a 8 jako výborné (9,8 %).

Tabulka 133 Konzumace alkoholu během těhotenství

		Četnost	Procenta	Validní procenta
Validní	Ne	74	30,1	86,0
	Ano	12	4,9	14,0
	Celkem	86	35,0	100,0
Vyřazeno		160	65,0	
Celkem		246	100,0	

Z celkového počtu 160 odpovídajících respondentek jich 74 nekonzumovalo alkohol během těhotenství (86 %), 12 respondentek alkohol konzumovalo (14 %).

Tabulka 134 Užívání léků během těhotenství

		Četnost	Procenta	Validní procenta
Validní	Ne	67	27,2	81,7
	Ano	15	6,1	18,3
	Celkem	82	33,3	100,0
Vyřazeno		164	66,7	
Celkem		246	100,0	

Z celkového počtu 82 odpovídajících respondentek jich 67 neužívalo během těhotenství žádné léky (81,7 %), 15 respondentek léky užívalo (18,3 %).

Tabulka 135 Užívání návykových, omamných látek v době těhotenství

		Četnost	Procenta	Validní procenta
Validní	Ne	87	35,4	97,8
	Ano	2	0,8	2,2
	Celkem	89	36,2	100,0
Vyřazeno		157	63,8	
Celkem		246	100,0	

Z celkového počtu 157 odpovídajících respondentek jich 87 neužívalo omamné látky během těhotenství (97,8 %), 2 respondentky tyto látky užívaly (2,2 %).

Tabulka 136 Kouření v těhotenství

		Četnosti	Procenta	Validní procenta
Validní	Ne	86	35,0	89,6
	Ano	10	4,1	10,4
	Celkem	96	39,0	100,0
Vyřazeno		150	61,0	
Celkem		246	100,0	

Z celkového počtu 96 odpovídajících respondentek jich 96 v těhotenství nekouřilo (89,6 %), 10 respondentek kouřilo (10,4 %)

Tabulka 137 Pobyt ženy v zakouřeném prostředí během těhotenství

		Četnost	Procenta	Validní procenta
Validní	Ne	54	22,0	62,1
	Ano	33	13,4	37,9
	Celkem	87	35,4	100,0
Vyřazeno		159	64,6	
Celkem		246	100,0	

Z celkového počtu 87 odpovídajících respondentek jich 33 (37,9 %) během těhotenství pobývalo v zakouřeném prostředí.

Tabulka 138 Pobyt ženy v zakouřeném prostředí během těhotenství versus národnost (kontingenční tabulka)

Národnost		Pobyt ženy v zakouřeném prostředí během těhotenství		
		Ne	Ano	Celkem
Četnosti	Vietnamská	18	2	20
	Ukrajinská	21	15	36
	Mongolská	15	16	31
	Celkem	54	33	87
Řádková procenta	Vietnamská	90,0%	10,0%	100,0%
	Ukrajinská	58,3%	41,7%	100,0%
	Mongolská	48,4%	51,6%	100,0%
	Celkem	62,1%	37,9%	100,0%
Znaménkové schéma	Vietnamská	++	--	
	Ukrajinská	o	o	
	Mongolská	-	+	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že Mongolky statisticky významně častěji pobývaly v zakouřeném prostředí. Naopak Vietnamky statisticky významně častěji uvádějí, že v zakouřeném prostředí během těhotenství nepobývaly. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 9,305$, $df = 2$, $p = 0,010$).

Tabulka 139 Doba zaměstnanosti ženy během těhotenství

		Četnost	Procenta	Validní procenta
Validní	1. až 6. měsíc	34	13,8	48,6
	Až do 9. měsíce	36	14,6	51,4
	Celkem	70	28,5	100,0
Vyřazeno		176	71,5	
Celkem		246	100,0	

Z celkového počtu 70 odpovídajících respondentek jich 34 pracovalo od prvního do šestého měsíce těhotenství (48,6 %) a 36 respondentek pracovalo pak až do 9 měsíce (51,4 %).

Tabulka 140 Délka pracovní doby ženy během těhotenství

		Četnost	Procenta	Validní procenta
Validní	1 - 8 hodin	43	17,5	58,9
	9 hodin a více	30	12,2	41,1
	Celkem	73	29,7	100,0
Vyřazeno		173	70,3	
Celkem		246	100,0	

Z celkového počtu 73 odpovídajících respondentek jich 43 pracovalo během těhotenství 1 – 8 hodin denně (58,9 %), 30 respondentek pracovalo 9 a více hodin denně (41,1 %).

Tabulka 141 Náročnost práce v těhotenství

		Četnost	Procenta	Validní procenta
Validní	Velmi náročná	4	1,6	4,9
	Spíše náročná	18	7,3	22,2
	Střed	33	13,4	40,7
	Spíše nenáročná	18	7,3	22,2
	Velmi nenáročná	8	3,3	9,9
	Celkem	81	32,9	100,0
Vyřazeno		165	67,1	
Celkem		246	100,0	

Z celkového počtu 89 odpovídajících respondentek hodnotily práci v těhotenství jako velmi náročnou 4 respondentky (4,9 %), 18 respondentek jako spíše náročnou (22,2 %), 33 respondentek jako středně náročnou (40,7 %), 18 respondentek jako spíše nenáročnou (22,2 %) a 8 respondentek jako velmi náročnou (9,9 %).

Tabulka 142 Přítomnost stresu během těhotenství

		Četnost	Procenta	Validní procenta
Validní	Ano	36	14,6	43,9
	Ne	46	18,7	56,1
	Celkem	82	33,3	100,0
Vyřazeno		164	66,7	
Celkem		246	100,0	

Z celkového počtu 82 odpovídajících respondentek jich 36 udalo přítomnost stresu během těhotenství (43,9 %). Jako příčinu tohoto stresu označilo 22 respondentek nedostatek financí, 5 strach ze ztráty zaměstnání, 5 obavu ze ztráty bydlení, 17 obavu

o zdraví dítěte, 15 problémy se zaplacením nákladů spojených s porodem a 4 samotu a nepřítomnost pomoci.

Tabulka 143 Počet potratů

		Četnost	Procenta	Validní procenta
Validní	0	55	22,4	56,7
	1	22	8,9	22,7
	2	18	7,3	18,6
	4	1	0,4	1,0
	8	1	0,4	1,0
	Celkem	97	39,4	100,0
Vyřazeno		149	60,6	
Celkem		246	100,0	

Z celkového počtu 97 odpovídajících respondentek jich 55 potrat neprodělalo (56,7 %). Jedenkrát potrat prodělalo 22 respondentek (22,7 %) a dvakrát pak 18 respondentek (18,6 %).

Tabulka 144 Národnost versus počet potratů (kontingenční tabulka)

Národnost		Počet potratů			
		Žádný potrat	1potrat	2 a více potratů	Celkem
Četnosti	Vietnamská	17	4	3	24
	Ukrajinská	22	4	11	37
	Mongolská	14	14	6	34
	Celkem	53	22	20	95
Řádková procenta	Vietnamská	70,8%	16,7%	12,5%	100,0%
	Ukrajinská	59,5%	10,8%	29,7%	100,0%
	Mongolská	41,2%	41,2%	17,6%	100,0%
	Celkem	55,8%	23,2%	21,1%	100,0%
Znaménkové schéma	Vietnamská	o	o	o	
	Ukrajinská	o	-	o	
	Mongolská	-	++	o	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že Mongolky statisticky významně častěji uvádějí prodělání jednoho potratu. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 12,348$, $df = 4$, $p = 0,015$).

Tabulka 145 Ukončení těhotenství

		Četnost	Procenta	Validní procenta
Validní	Předčasné ukončení těhotenství	12	4,9	15,4
	V termínu (donošené)	66	26,8	84,6
	Celkem	78	31,7	100,0
Vyřazeno		168	68,3	
Celkem		246	100,0	

Z celkového počtu 78 odpovídajících respondentek ukončilo těhotenství v termínu 66 respondentek (84,6 %), 12 respondentek pak předčasně (15,4 %).

Tabulka 146 Porodní váha dítěte (g)

	Počet	Minimum	Maximum	Průměr	Sm. odchylka
Porodní váha dítěte (g)	71	1500,0	4270,0	3243,746	544,3339
Validní	71				

Průměrná porodní váha dítěte činila 3243,746 g, minimum bylo 1500 g a maximum 4270 g.

Tabulka 147 Zdravotní stav dítěte po porodu

		Četnost	Procenta	Validní procenta
Validní	Dítě bylo zdravé	72	29,3	87,8
	Dítě mělo krátkodobé zdravotní potíže	8	3,3	9,8
	Dítě mělo zdravotní potíže	2	0,8	2,4
	Celkem	82	33,3	100,0
Vyřazeno		164	66,7	
Celkem		246	100,0	

Z celkového počtu 82 odpovídajících respondentek jich 72 uvedlo, že dítě bylo po porodu zdravé (87,8 %).

Tabulka 148 Kojení

		Četnost	Procenta	Validní procenta
Validní	Ne	5	2,0	6,0
	Ano	79	32,1	94
	Celkem	84	34,1	100,0
Vyřazeno		162	65,9	
Celkem		246	100,0	

Z celkového počtu 84 odpovídajících respondentek jich 79 kojilo (94 %). Průměrná doba kojení respondentek je 4 měsíce. Z celkového počtu 47 odpovídajících respondentek jich 34 kojilo do pátého měsíce (72,3 %), 13 pak kojilo dvanáct měsíců (27,7 %).

Tabulka 149 Spokojenost s přístupem lékařů během porodu

		Četnost	Procenta	Validní procenta
Validní	Velmi spokojena	12	4,9	14,8
	Spíše spokojena	44	17,9	54,3
	Průměrně spokojena	24	9,8	29,6
	Spíše nespokojena	1	0,4	1,2
	Celkem	81	32,9	100,0
Vyřazeno		165	67,1	
Celkem		246	100,0	

Z celkového počtu 81 odpovídajících respondentek bylo 12 velmi spokojeno s přístupem lékařů během porodu (14,8 %), 44 respondentek bylo spokojeno spíše (54,3 %), 24 respondentek bylo spokojeno průměrně (29,6 %) a jedna respondentka byla spíše nespokojena (1,2 %).

Tabulka 150 Spokojenost s přístupem sester/porodních asistentek během porodu

		Četnost	Procenta	Validní procenta
Validní	Velmi spokojena	8	3,3	9,8
	Spíše spokojena	42	17,1	51,2
	Průměrně spokojena	29	11,8	35,4
	Spíše nespokojena	3	1,2	3,7
	Celkem	82	33,3	100,0
Vyřazeno		164	66,7	
Celkem		246	100,0	

Z celkového počtu 82 odpovídajících respondentek bylo 8 velmi spokojeno s přístupem sester během porodu (9,8 %), 42 respondentek bylo spokojeno spíše (51,2 %), 29 respondentek bylo spokojeno průměrně (35,4 %) a 3 respondentky byly spíše nespokojeny (3,7 %).

Tabulka 151 Hodnocení kvality zdravotní péče na gynekologicko-porodnickém oddělení

		Četnost	Procenta	Validní procenta
Validní	Velmi vysoká kvalita	10	4,1	12,2
	Vysoká kvalita	32	13,0	39,0
	Kvalita na střední úrovni	36	14,6	43,9
	Nízká kvalita	4	1,6	4,9
	Celkem	82	33,3	100,0
Vyřazeno		164	66,7	
Celkem		246	100,0	

Z celkového počtu 82 odpovídajících respondentek hodnotilo 10 respondentek kvalitu péče jako velmi vysokou (12,2 %), 32 respondentek jako vysokou (39,0 %), 36 respondentek na střední úrovni (43,9 %) a 4 respondentky uvedly, že kvalita byla nízká (4,9 %).

Tabulka 152 Způsoby úhrady za poskytnuté služby na gynekologicko-porodnickém oddělení

		Četnost	Procenta	Validní procenta
Validní	Veřejné zdravotní pojištění	44	17,9	56,4
	Smluvní zdravotní pojištění	6	2,4	7,7
	Smluvní zdravotní pojištění +přímá úhrada	11	4,5	14,1
	Přímá úhrada	17	6,9	21,8
	Celkem	78	31,7	100,0
Vyřazeno		168	68,3	
Celkem		246	100,0	

Z celkového počtu 78 odpovídajících respondentek hradilo 44 respondentek poskytnuté služby na gynekologicko-porodnickém oddělení z veřejného zdravotního pojištění (56,4 %), 6 respondentek ze smluvního zdravotního pojištění (7,7 %), 11 respondentek kombinací smluvního zdravotního pojištění a přímé úhrady (14,1 %), a 17 respondentek přímou úhradou (21,8 %).

Tabulka 153 Rok narození nejmladšího dítěte (věk nejmladšího dítěte)

		Četnost	Procenta	Validní procenta
Validní	1 - 9 let (2001 - 2010)	68	27,6	54,0
	10 - 18 let (1992 - 2000)	35	14,2	27,8
	19 let a více (1991 a méně)	23	9,3	18,3
	Celkem	126	51,2	100,0
Vyřazeno		120	48,8	
Celkem		246	100,0	

Z celkového počtu 126 odpovídajících respondentů jich má 68 nejmladší dítě ve věku od 1 do 9let (54 %), 35 pak ve věku 10 až 18 let (27,8 %) a 23 ve věku 19 a více let (18,3 %).

Tabulka 154 Chronická onemocnění dítěte

		Četnost	Procenta	Validní procenta
Validní	Ne	115	46,7	91,3
	Ano	11	4,5	8,7
	Celkem	126	51,2	100,0
Vyřazeno		120	48,8	
Celkem		246	100,0	

Z celkového počtu 126 odpovídajících respondentů jich 115 uvedlo, že dítě netrpí žádným chronickým onemocněním (91,3 %).

Tabulka 155 Zdravotní postižení dítěte

		Četnost	Procenta	Validní procenta
Validní	Ne	123	50,0	96,9
	Ano	4	1,6	3,1
	Celkem	127	51,6	100,0
Vyřazeno		119	48,4	
Celkem		246	100,0	

Z celkového počtu 127 odpovídajících respondentů jich 123 uvedlo, že dítě nemá zdravotní postižení (96,9 %).

Tabulka 156 Nemocnost dítěte

		Četnost	Procenta	Validní procenta
Validní	Velmi často	5	2,0	3,8
	Občas	76	30,9	57,1
	Výjimečně	44	17,9	33,1
	Vůbec ne	8	3,3	6,0
	Celkem	133	54,1	100,0
Vyřazeno		113	45,9	
Celkem		246	100,0	

Z celkového počtu 133 odpovídajících respondentů jich 76 uvedlo, že dítě bývá nemocné občas (57,1 %), 44 výjimečně (33,1 %), 5 velmi často (3,8 %) a 8 vůbec ne (6 %).

Tabulka 157 Běžná dětská onemocnění, která proběhla u dítěte

		Četnost	Procenta	Validní procenta
Validní	Ano	106	43,1	92,2
	Ne	9	3,7	7,8
	Celkem	115	46,7	100,0
Vařazeno		131	53,3	
Celkem		246	100,0	

Z celkového počtu 115 odpovídajících respondentů jich 92,2 % uvedlo, že dítě prodělalo běžná dětská onemocnění.

Tabulka 158 Dětská onemocnění, která proběhla u dítěte – závažný úraz

		Četnost	Procenta	Validní procenta
Validní	Ne	112	45,5	100,0
Vyřazeno		134	54,5	
Celkem		246	100,0	

Z celkového počtu 112 odpovídajících respondentů jich 100 % uvedlo, že dítě neutrpělo vážný úraz.

Tabulka 159 Dětská onemocnění, která proběhla u dítěte – infekční onemocnění

		Četnost	Procenta	Validní procenta
Validní	Ano	4	1,6	3,6
	Ne	108	43,9	96,4
	Celkem	112	45,5	100,0
Vyřazeno		134	54,5	
Celkem		246	100,0	

Z celkového počtu 112 odpovídajících respondentů jich 96,4 % uvedlo, že dítě neprodělalo infekční onemocnění.

Tabulka 160 Vystavení dítěte stresovým situacím versus národnost (kontingenční tabulka)

Národnost		Vystavení dítěte stresovým situacím		
		Ne	Ano	Celkem
Četnost	Vietnamská	25	4	29
	Ukrajinská	37	19	56
	Mongolská	43	3	46
	Celkem	105	26	131
Řádková procenta	Vietnamská	86,2%	13,8%	100,0%
	Ukrajinská	66,1%	33,9%	100,0%
	Mongolská	93,5%	6,5%	100,0%
	Celkem	80,2%	19,8%	100,0%
Znaménkové schéma	Vietnamská	o	o	
	Ukrajinská	---	+++	
	Mongolská	++	--	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že Ukrajinci statisticky významně častěji udávají, že jejich děti jsou vystaveny stresovým situacím. Naopak děti Mongolů statisticky významně častěji nejsou těmto stresům vystaveny. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 12,783$, $df = 2$, $p = 0,002$).

Tabulka 161 Typ stresových situací, kterým dítě bylo vystaveno

		Četnost	Procenta	Validní procenta
Validní	Usídlení v nové zemi	7	2,8	21,9
	Ztráta kamarádů	2	0,8	6,2
	Rodinné konflikty	11	4,5	34,4
	Problémy ve škole	3	1,2	9,4
	Jiné	9	3,7	28,1
	Celkem	32	13,0	100,0
Vyřazeno		214	87,0	
Celkem		246	100,0	

Z celkového počtu 32 odpovídajících respondentů uvedlo, že dítě bylo vystaveno stresové situaci: 7 usídlení v nové zemi (21,9 %), 2 ztráta kamarádů (28,1 %), 11 rodinné konflikty (34,4 %) a 3 problémy ve škole (9,4 %).

Tabulka 162 Výskyt problémového chování dítěte

		Četnost	Procenta	Validní procenta
Validní	Ne	97	39,4	86,6
	Ano	15	6,1	13,4
	Celkem	112	45,5	100,0
Vyřazeno		134	54,5	
Celkem		246	100,0	

Z celkového počtu 112 odpovídajících respondentů 97 uvedlo, že se u dítěte nevyskytuje problémové chování (86,6 %), 15 respondentů udalo výskyt problémového chování (13,4 %).

Tabulka 163 Typ problémového chování dítěte

		Četnost	Procenta	Validní procenta
Validní	Deprese	2	0,8	8,3
	Dokonaná sebevražda	1	0,4	4,2
	Kouření	6	2,4	25,0
	Hyperaktivita	6	2,4	25,0
	Anorexie	5	2,0	20,8
	Bulimie	1	0,4	4,2
	Jiné	3	1,2	12,5
	Celkem	24	9,8	100,0
Vyřazeno		222	90,2	
Celkem		246	100,0	

Z celkového počtu 24 odpovídajících respondentů 6 uvedlo, že jeho dítě kouří (25 %), 7 je hyperaktivních (25 %), 5 trpí anorexií (20,8 %) a 2 depresemi (8,3 %).

Tabulka 164 Typ zdravotního pojištění nejmladšího dítěte

		Četnost	Procenta	Validní procenta
Validní	Žádné	18	7,3	13,8
	Smluvní ZP na komplexní péči	25	10,2	19,2
	Smluvní ZP na akutní péči	9	3,7	6,9
	Veřejné zdravotní pojištění	66	26,8	50,8
	Zdravotní pojištění uzavřené mimo ČR	12	4,9	9,2
	Celkem	130	52,8	100,0
Vyřazeno		116	47,2	
Celkem		246	100,0	

Z celkového počtu 130 odpovídajících respondentů jich 18 uvedlo, že dítě není zdravotně pojištěno (13,8 %). 25 má smluvní zdravotní pojištění na komplexní péči (19,2 %), 9 má smluvní zdravotní pojištění na akutní péči (6,9%), 66 má veřejné zdravotní pojištění (50,8 %) a 12 pak zdravotní pojištění uzavřené mimo ČR (9,2 %).

Tabulka 165 Dodržování pravidelných preventivních prohlídek u praktického lékaře pro děti a dorost

		Četnost	Procenta	Validní procenta
Validní	Ano	112	45,5	84,8
	Ne	16	6,5	12,1
	Nevím	4	1,6	3,0
	Celkem	132	53,7	100,0
Vyřazeno		114	46,3	
Celkem		246	100,0	

Z celkového počtu 132 odpovídajících respondentů jich 112 uvedlo, že dodržují preventivní prohlídky u praktického lékaře pro děti a dorost (84,8 %).

Tabulka 166 Důvod nedodržování pravidelných preventivních prohlídek u praktického lékaře pro děti a dorost

		Četnost	Procenta	Validní procenta
Validní	Nezaregistrování se u dětského lékaře	2	0,8	10,5
	Odmítnutí dětským lékařem	1	0,4	5,3
	Neznalost	4	1,6	21,1
	Nedostatek času	5	2,0	26,3
	Nedostatek peněz	2	0,8	10,5
	Komunikační problémy z důvodu neznalosti jazyka	1	0,4	5,3
	Jiné	4	1,6	21,1
	Celkem	19	7,7	100,0
Vyřazeno		227	92,3	
Celkem		246	100,0	

Z celkového počtu 19 odpovídajících respondentů uvedlo 5 respondentů jako důvod nedodržování preventivních prohlídek u praktického lékaře pro děti a dorost nedostatek času (26,3 %), 4 neznalost (21,1 %), 2 nedostatek peněz (10,5 %), 2 nezaregistrování se u dětského lékaře (10,5 %), 1 odmítnutí dětským lékařem (5,3 %) a 1 komunikační problémy z důvodu neznalosti jazyka (5,3 %).

Tabulka 167 Dodržování pravidelných preventivních prohlídek u praktického lékaře pro děti a dorost versus typ pojištění

Typ zdravotního pojištění nejmladšího dítěte		Dodržování pravidelných preventivních prohlídek u praktického lékaře pro děti a dorost		
		Ano	Ne	Celkem
Žádné	Četnosti	11	4	15
	Řádková procenta	73,3%	26,7%	100,0%
	Adjustovaná rezidua	-1,7	1,7	
Smluvní ZP na komplexní péči	Četnosti	21	4	25
	Řádková procenta	84,0%	16,0%	100,0%
	Adjustovaná rezidua	-0,5	0,5	
Smluvní ZP na akutní péči	Četnosti	6	3	9
	Řádková procenta	66,7%	33,3%	100,0%
	Adjustovaná rezidua	-1,9	1,9	
Veřejné zdravotní pojištění	Četnosti	57	5	62
	Řádková procenta	91,9%	8,1%	100,0%
	Adjustovaná rezidua	1,7	-1,7	
Zdravotní pojištění uzavřené mimo ČR	Četnosti	11	0	11
	Řádková procenta	100,0%	0,0%	100,0%
	Adjustovaná rezidua	1,4	-1,4	
Celkem	Četnosti	106	16	122
	Řádková procenta	86,9%	13,1%	100,0%

Srovnáním relativních četností je zřejmé, že častěji nedodržují preventivní prohlídky u praktického lékaře děti respondentů, kteří uvedli jako typ pojištění - smluvní pojištění na akutní péči a bez pojištění. Z důvodu nedostatečného zastoupení v jednotlivých buňkách nelze této vztah statisticky tetovat.

Tabulka 168 Dodržování pravidelných preventivních prohlídek dítěte u stomatologa

		Četnost	Procenta	Validní procenta
Validní	Ano	71	28,9	56,3
	Ne	51	20,7	40,5
	Nevím	4	1,6	3,2
	Celkem	126	51,2	100,0
Vyřazeno		120	48,8	
Celkem		246	100,0	

Z celkového počtu 126 odpovídajících respondentů jich 71 uvedlo, že dodržují preventivní prohlídky u dítěte u stomatologa (56,3 %).

Tabulka 169 Důvod nedodržování pravidelných preventivních prohlídek dítěte u stomatologa

		Četnost	Procenta	Validní procenta
Validní	Nezaregistrování se stomatologa	11	4,5	20,4
	Odmítnutí stomatologem	10	4,1	18,5
	Neznalost	6	2,4	11,1
	Nedostatek času	11	4,5	20,4
	Nedostatek peněz	8	3,3	14,8
	Komunikační problémy z důvodu neznalosti jazyka	3	1,2	5,6
	Jiné	5	2	9,3
	Celkem	54	22,0	100,0
Vyřazené		192	78,0	
Celkem		246	100,0	

Z celkového počtu 54 odpovídajících respondentů uvedlo 11 respondentů jako důvod nedodržování preventivních prohlídek u praktického lékaře pro děti a dorost nedostatek času (20,4 %), 6 neznalost (11,1 %), 8 nedostatek peněz (14,8 %), 11 nezaregistrování se stomatologa (20,4 %), 10 odmítnutí stomatologem (18,5 %) a 3 komunikační problémy z důvodu neznalosti jazyka (5,6 %).

Tabulka 170 Dodržování pravidelných preventivních prohlídek dítěte u stomatologa versus národnost (kontingenční tabulka)

Národnost		Dodržování pravidelných preventivních prohlídek dítěte u stomatologa		
		ano	ne	Celkem
Četnosti	Vietnamská	18	10	28
	Ukrajinská	37	13	50
	Mongolská	16	27	43
	Celkem	71	50	121
Řádková procenta	Vietnamská	64,3%	35,7%	100,0%
	Ukrajinská	74,0%	26,0%	100,0%
	Mongolská	37,2%	62,8%	100,0%
	Celkem	58,7%	41,3%	100,0%
Znaménkové schéma	Vietnamská	o	o	
	Ukrajinská	++	--	
	Mongolská	---	+++	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že Mongolové statisticky významně častěji nedodržují preventivní prohlídky dětí u stomatologa. Ukrajinci naopak statisticky významně častěji tyto preventivní prohlídky dodržují.

Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 13,378$, $df = 2$, $p = 0,001$).

Tabulka 171 Dodržování pravidelných preventivních prohlídek dítěte u stomatologa versus generace (kontingenční tabulka)

Generace		Dodržování pravidelných preventivních prohlídek dítěte u stomatologa		
		Ano	Ne	Celkem
Četnosti	Mladší generace (18 - 29 let)	4	11	15
	Střední a starší generace (30 - 65 let)	66	39	105
	Celkem	70	50	120
Řádková procenta	Mladší generace (18 - 29 let)	26,7%	73,3%	100,0%
	Střední a starší generace (30 - 65 let)	62,9%	37,1%	100,0%
	Celkem	58,3%	41,7%	100,0%
Znaménkové schéma	Mladší generace (18 - 29 let)	--	++	
	Střední a starší generace (30 - 65 let)	++	--	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že střední a starší generace statisticky významně častěji dodržuje preventivní prohlídky dětí u stomatologa. Mladší generace naopak statisticky významně častěji tyto preventivní prohlídky nedodržuje. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 7,037$, $df = 1$, $p = 0,008$).

Tabulka 172 Dodržování očkovacího kalendáře

		Četnost	Procenta	Validní procenta
Validní	Ano	114	46,3	89,8
	Ne	13	5,3	10,2
	Celkem	127	51,6	100,0
Vyřazeno		119	48,4	
Celkem		246	100,0	

Z celkového počtu 127 odpovídajících respondentů jich 114 uvedlo, že dodržují očkování dítěte stanovená očkovacím kalendářem (89,8 %), 13 respondentů očkování dle kalendáře nedodržuje (10,2 %).

Tabulka 173 Dětský pokoj pro nejmladší dítě

		Četnost	Procenta	Validní procenta
Validní	Ano	53	21,5	42,4
	Ne	72	29,3	57,6
	Celkem	125	50,8	100,0
Vyřazeno		121	49,2	
Celkem		246	100,0	

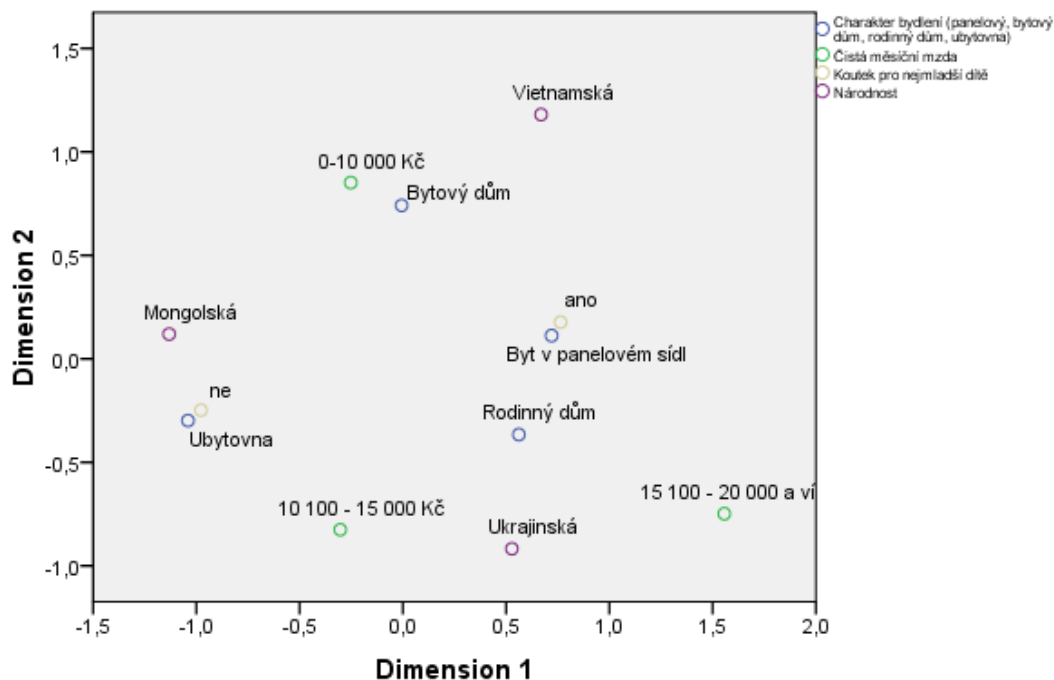
Z celkového počtu 125 odpovídajících respondentů 53 uvedlo, že jeho nejmladší dítě má dětský pokoj (42,4 %).

Tabulka 174 Koutek pro nejmladší dítě

		Četnost	Procenta	Validní procenta
Validní	Ano	78	31,7	64,5
	Ne	43	17,5	35,5
	Celkem	121	49,2	100,0
Vyřazeno		125	50,8	
Celkem		246	100,0	

Z celkového počtu 121 odpovídajících respondentů 78 uvedlo, že jeho nejmladší dítě má vlastní koutek se stolem a židlí (64,5 %).

Graf 4 Koutek pro nejmladší dítě versus národnost, charakter bydlení a čistá měsíční mzda



Z grafu je patrné, že na zřízení koutku pro nejmenší dítě má největší vliv charakter bydlení, národnost a čistá měsíční mzda respondenta. Toto tvrzení potvrzují i prokázané signifikantní vztahy: charakter bydlení ($p = 0,000$), národnost ($p = 0,000$) a čistá měsíční mzda respondenta ($p = 0,007$).

Výše uvedený graf ukazuje zcela názorně na rozdíl mezi národnostmi a charakterem bydlení. Je zřejmé, že námi vybraní Mongolové žijí převážně v ubytovnách, kde je velmi obtížné zajistit koutek pro dítě (toto zjištění nelze zobecnit na všechny Mongoly žijící v ČR – je patrné, že se na území naší republiky budou vyskytovat Mongolové, kteří zde mají trvalý pobyt a již na ubytovnách nebydlí). Ukrajinci žijí v rodinných domech či v bytech v panelových sídlištích, kde mohou dětem zajistit dětský koutek. Vietnamci upřednostňují bytové domy. Čistá měsíční mzda jen dokresluje možnosti bydlení.

Tabulka 175 Koutek pro nejmladší dítě versus délka pobytu (kontingenční tabulka)

Délka pobytu		Koutek pro nejmladší dítě		
		Ano	Ne	Celkem
Četnosti	1 až 4 roky včetně	20	19	39
	5 až 10 let	21	13	34
	11 let a více	27	5	32
	Celkem	68	37	105
Řádková procenta	1 až 4 roky včetně	51,3%	48,7%	100,0%
	5 až 10 let	61,8%	38,2%	100,0%
	11 let a více	84,4%	15,6%	100,0%
	Celkem	64,8%	35,2%	100,0%
Znaménkové schéma	1 až 4 roky včetně	-	+	
	5 až 10 let	o	o	
	11 let a více	++	--	

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že děti respondentů s délkou pobytu 11 a více let statisticky významně častěji mají svůj vlastní koutek oproti dětem respondentů s délkou pobytu do čtyř let. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 8,633$, $df = 2$, $p = 0,013$).

Tabulka 176 Měl respondent svůj koutek v dětství

		Četnost	Procenta	Validní procenta
Validní	Ano	60	24,4	36,6
	Ne	92	37,4	56,1
	Pokoj jen pro sebe	12	4,9	7,3
	Celkem	164	66,7	100,0
Vyřazeno		82	33,3	
Celkem		246	100,0	

Z celkového počtu 164 odpovídajících respondentů 92 uvedlo, že nemělo vlastní koutek se stolem a židlí (56,1 %).

5. DISKUZE

V této části budou shrnuty a interpretovány získané výsledky. Předmětem výzkumného šetření bylo nalezení vztahu mezi vybranými charakteristikami zdravotního stavu objektu výzkumu a vybranými charakteristikami sociální situace, v níž se objekt (tedy vybraní imigranti) výzkumu nachází.

5.1 Sociální opora a její vliv na zdraví cílové skupiny

Sociální opora byla jedním z prvních faktorů, jež byly identifikovány jako faktory moderující vliv nepříznivých životních událostí na psychickou pohodu a zdraví člověka (Kebza, 2005, s.151). Dle Warnera (2007) je sociální opora je rovněž důležitým faktorem v procesu přizpůsobení imigrantů a současně také významnou determinantou jejich zdraví.

Řada studií a výzkumů prokázala, že osoby mající pozitivní a úzké vazby na ostatní lidi lépe odolávají různým stresorům v životě i práci (Kebza, 2005; Schwarzer, Leppin, 1991; Simich et al, 2003). Dle našich zjištění udržuje většina respondentů (89 %) kontakty s lidmi ze země původu a průměrný počet těchto kontaktů na jednoho respondenta činí 25 kontaktů. Při statistickém testování bylo zjištěno, že udržování kontaktů s lidmi v zemi původu je více ovlivňováno ekonomickou situací respondentů (tab. 2) (konkrétně tedy prožitím situace - nedostatek peněz) a důležitostí jednotlivých kontaktů (tab. 3), než národností a pohlavím respondentů. Nebyl tedy prokázán statisticky významný vztah mezi udržováním kontaktů v zemi původu a národností respondentů, přestože srovnáním relativních četností odpovědí lze učinit závěr, že udržování kontaktů je nejpočetnější u obyvatel Ukrajiny, následují obyvatelé Mongolska a Vietnamu.

Častost návštěv příbuzných v zemi původu je závislá na národnosti (tab. 5), délce pobytu (tab. 6) a dostatečnosti výše měsíčního příjmu (tab. 7). Vietnamská minorita (79,2 %) statisticky významněji více navštěvuje příbuzné v zemi původu než mongolská (23,8 %) a ukrajinská minorita (28,6 %). Toto rozdělení jistě souvisí i s dostatkem finančních prostředků u respondentů z jednotlivých minorit, kdy Vietnamci si cesty do země původu mohou dovolit častěji. Svou roli by zde mohly hrát i podnikatelské aktivity Vietnamců a s nimi spojená nutnost udržovat obchodní kontakty

v zemi původu. Statisticky významně častěji nenavštěvují zemi původu respondenti s dobou pobytu do čtyř let a respondenti s nedostatečným příjmem.

Topinka et al. (2010) potvrzují, že výjezdy do země původu jsou jednoznačně limitovány dobou uvolnění ze zaměstnání a financemi. Studie (Tichon, Shapiro, 2003; Topinka et al., 2010) poukazují na významnou roli internetu při udržování kontaktu s příbuznými a známými v zemi původu. Využití internetu při komunikaci s blízkými tak může saturovat potřebu kontaktu i pro imigranty s nedostatečným příjmem, kteří se nemohou dovolit častější návštěvy v zemi původu. Díky migraci dochází k narušení rodinných vazeb a ke ztrátě původních přátelství (Dvořáková, 2005; Hernandez-Plaza et al., 2004), výzkumy dokládají, že rozvíjení nových a náhrada ztracených sítí je pro imigranty obtížný a zdlouhavý proces (Yeh et al., 2008b).

V souvislosti se sociální oporou imigrantů je tedy vhodné zabývat se i vztahy v rámci nejbližšího sousedství (graf 1). Pokud se podíváme na to, zda se původ sousedů respondentů mění v závislosti na národnosti respondentů, pak zjistíme, že respondenti z Vietnamu mají za své sousedy nejčastěji lidi ze země původu a české občany. Mongolové mají nejčastěji za své sousedy lidi různých národností a lidi ze země původu. V tomto rozdělení jistě sehrává významnou roli typ ubytování respondentů, kdy zejména Mongolové z našeho výzkumného souboru bydlí na ubytovnách, kdežto Vietnamci volí raději ubytování v soukromí. S tímto se pojí i další fakt, a sice že mladá generace respondentů (51,5 %) má statisticky významně více za sousedy lidi různých národností a lidi ze země původu než respondenti ze střední a starší generace (34,4 %). Mladí lidé zde upřednostňují levnější bydlení na ubytovnách a tím je do značné míry předurčen původ jejich sousedů. Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že pocit uznání od Čechů, pocit spokojenosti mezi Čechy a vnímání ČR jako domovského státu statisticky významně častěji udávají respondenti, kteří mají za své sousedy Čechy, oproti respondentům, kteří mají za sousedy lidi ze země původu a lidi různých národností.

Přítomnost osoby, na kterou se imigrant může obrátit s žádostí o pomoc, počet osob ochotných pomoci a pocit dostatku přátel tvoří tzv. vnímanou sociální oporu. Tu Kebza (1997) definuje jako reflexi sociálního prostředí, které reprezentuje všeobecný pocit jednotlivce, že je ostatními akceptovaný, že se o něj zajímají a že jsou ochotni mu pomoci, když to bude potřebovat. Statisticky významný vztah pak byl

prokázán v souvislosti s národností respondentů (tab. 12), kdy nejčastěji přítomnost této osoby potvrzují respondenti z Ukrajiny (85,5 %), oproti respondentům z Vietnamu (76,3 %) a Mongolska (56,6 %). **Z výše uvedených dat lze učinit závěr, že H 4: Přítomnost osoby ochotné imigrantovi pomoci se mění v závislosti na jeho národnosti, byla potvrzena.**

Statisticky významný vztah se nepotvrdil přítomností osoby ochotné pomoci a subjektivním hodnocením zdraví ($p = 0,423$), (tab. 20). **Nelze tedy potvrdit hypotézu H2, že subjektivní hodnocení zdraví se mění v závislosti na přítomnosti osoby ochotné respondentovi pomoci.**

Pokud se budeme zabývat počtem osob ochotných respondentovi pomoci (tab. 13), zjistíme, že 23 % respondentů uvádí, že má ve svém okolí 6 a více osob ochotných mu pomoci, 34,5 % pak uvádí 3 - 5 osob, nejvíce respondentů (38,8 %) pak 1 - 2 osoby. Nepřítomnost osoby ochotné pomoci udává 3,6 % respondentů. Porovnáním s českou populací (Evropské výběrové šetření..., 2011) lze konstatovat, že 5 osob ochotných pomoci udává 26,3 % českých občanů, 3 až 5 osob 45,7 %, 1 až 2 osoby 26,9 % a žádnou osobu 1,1 % českých občanů.

Byl prokázán statisticky významný vztah mezi počtem osob ochotných pomoci a národností respondentů (tab. 15). Ukrajinci nejčastěji potvrzují 9 a více osob, Mongolové pak maximálně 3 osoby. Topinka et al. (2010) ve výsledcích své studie poukazuje na skutečnost, že u Ukrajinců jsou sociální sítě poskytující pomoc a podporu především rodinné. Mongolové upozorňují na vysokou solidaritu svých sítí, ale nezakrývají, že za zprostředkování většiny služeb platí. Dle Dvořákové (2008) má každý průměrný jedinec v severní Evropě 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. Hao (2003) uvádí, že rodiny přistěhovalců mají méně členů ochotných a schopných pomoci. Počet osob ochotných pomoci se v rámci našeho šetření mění i v závislosti na schopnosti komunikovat v českém jazyce (tab. 16). Respondenti, kteří svou schopnost označili jako špatnou, udávají maximálně tři osoby ochotné jim pomoci. S dobrou a velmi dobrou schopností komunikovat v českém jazyce se tento počet zvyšuje na 4 až 8 osob.

Počet občanů České republiky ochotných respondentovi pomoci se mění v závislosti na místu bydliště respondenta (tab. 18) a na jeho schopnosti porozumět

mluvenému českému slovu (tab. 19). Respondenti, kteří bydlí na vesnici či malém městě a mají velmi dobrou schopnost porozumět mluvenému českému slovu, udávají jednu až tři osoby z ČR ochotné jim pomoci. Respondenti se špatnou schopností porozumět mluvenému českému slovu žijící ve velkoměstě statisticky významně častěji uvádějí, že nemají žádnou osobu z ČR ochotnou jim pomoci. Dle studie Krchové et al. (2008) existuje ve větších městech široká nabídka služeb pro cizince, život je tam však anonymní a přátelé se získávají jen velmi těžko. V menších městech nemají imigranti možnost využívat služby ve stejném rozsahu jako ve větších městech, denně ale přicházejí do kontaktu se stejnými lidmi a rychleji tak navazují sociální kontakty.

Pocit dostatku přátel statisticky významně ovlivňuje národnost respondentů (tab. 22). Dostatek přátel udávali nejčastěji respondenti z Ukrajiny, oproti respondentům z Mongolska. Statisticky významný vztah byl dále prokázán mezi pocitem dostatku přátel a četností návštěv v zemi původu (tab. 24), kdy s vyšší frekvencí těchto návštěv rostl i pocit dostatku přátel. Zároveň nedošlo k potvrzení vztahu mezi pocitem dostatku přátel a délkou pobytu respondentů. Tento fakt by mohl souviset s tím, že imigranti ve většině případů plánují v České republice pobývat pouze dočasně a proto je pro ně důležitější pěstovat přátelské vztahy spíše v zemi původu. Dle předpokladu došlo i k potvrzení závislosti mezi pocitem dostatku přátel a schopností porozumět mluvenému českému slovu, kdy pocit dostatku přátel je vyšší u respondentů, kteří hodnotí svoji schopnost porozumění jako velmi dobrou.

Všichni lidé mají potřebu nebo touhu po stabilním, opodstatněném hodnocení sebe sama a po uznání ostatních. Potřeba uznání je pak jednou z potřeb, kterou definoval Abraham Maslow ve své pyramidě potřeb (Křivohlavý, 2001). Pocit uznání od Čechů, tak jak ho vnímají imigranti a pocit spokojenosti mezi Čechy, jsou popsány v následujících odstavcích.

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že pocit uznání od Čechů statisticky významně méně udávají respondenti s dobou pobytu do čtyř let (tab. 28) a příslušníci mladší generace (18 - 29 let), (tab. 29). Pocit uznání od Čechů častěji udávali respondenti s čistou měsíční mzdou 15 100 Kč (tab. 30) a více a respondenti, kteří mají pocit dostatku přátel (tab. 31).

Jedním z faktorů, který má souvislost s integrací do společnosti je spokojenost migrantů s životem v hostitelské zemi. Srovnáním relativních četností a znaménkového

schématu je zřejmé, že pocit spokojenosti mezi Čechy statisticky významně častěji udávají Ukrajinci (tab. 33) a respondenti ze starší generace (tab. 34), oproti Mongolům a respondentům z mladší generace. Pocit spokojenosti mezi Čechy také závisí na hodnocení vztahu mezi národnostní skupinou respondenta a Čechy (tab. 35). Se zlepšujícím hodnocením roste i pocit spokojenosti respondentů mezi Čechy. Statisticky významný vztah byl zaznamenán i v souvislosti s pocitem dostatku přátel, kdy respondenti, kteří mají pocit dostatku přátel, jsou mezi Čechy spokojeni (tab. 36).

Statisticky významný vztah byl prokázán mezi vnímáním České republiky jako domovského státu a národností (tab. 38), délkou pobytu (tab. 39) a generací (tab. 40). Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že Ukrajinci (50 %) vnímají ČR jako domovský stát statisticky významně častěji než Mongolové (17,7 %) a Vietnamci (21 %). Českou republiku jako domovský stát vnímají častěji respondenti s délkou pobytu 11 a více let a respondenti střední a starší generace. Signifikantní vztah byl prokázán i v souvislosti s pocitem jistoty zaměstnání a spokojeností s životní úrovní. Hodnocení vztahu mezi národnostní skupinou respondenta a Čechy je velmi dobré u respondentů ze střední a starší generace (tab. 45) a respondentů spokojených mezi Čechy (tab. 46).

Při zkoumání instrumentální a informační sociální opory (Gilliland & Bush, 2001) byly hodnoceny vztahy s úřady a cizineckou policií. Důraz na efektivní komunikaci s úřady, zejména s cizineckou policií, je pro imigranty usilující o získání trvalého pobytu, vnímán jako klíčový (Topinka et al., 2010). Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že dobré zkušenosti s jednáním s cizineckou policií udávají statisticky významně častěji Ukrajinci. Vietnamci pak tyto vztahy hodnotí jako špatné či neutrální (tab. 48). Dobré zkušenosti s jednáním s ostatními úřady udávají statisticky významně častěji Ukrajinci a Mongolové (tab. 49). Vietnamci opět hodnotí tyto vztahy jako špatné či neutrální. Tyto závěry potvrzuje i zjištění Topinky et al. (2010), kdy Ukrajinci hodnotí jednání s cizineckou policií pozitivně, kdežto u Mongolů jsou ostatní úřady ve srovnání s cizineckou policií hodnoceny mnohem kladněji. Špatné zkušenosti s jednáním s ostatními úřady udávají statisticky významně častěji respondenti s dobou pobytu od 1 do 4 let včetně (tab. 50). Dle studie McCarthyho a Markse (2010) označovali imigranti ministerstvo vnitra (tím potažmo i cizineckou policii) jako zdroj svých problémů a příčinu frustrace z nejasné

budoucnosti. S tímto zjištěním koreluje tvrzení Fielda (2003), že jednání s přáteli, rodinou nebo známými je pro imigranty mnohem méně stresující než jednání s úřady a obvykle funguje rychleji a přináší jim lepší výsledky. Často je také důležitějším zdrojem informací než formální instituce.

Vliv sociální opory na zdravotní stav respondentů byl v rámci provedeného výzkumu zkoumán pomocí subjektivního hodnocení zdraví respondenty, vyhodnocením dotazníku Zungova sebesuzovací stupnice deprese a prostřednictvím prokázané přítomnosti stresových symptomů psychického a fyzického původu. Mnoho odborníků ve svých výzkumech (Shuval 1993, Vega et al. 1987; Wong, 2008; Taylor, 2007) poukazuje na fakt, že migrace má negativní vliv na zdraví, zvláště pak na duševní zdraví a pohodu imigrantů. Dle dalších studií pak špatný zdravotní stav může ve svém důsledku zmenšit dostupnost sociální opory (Stewart et al. 2010; Ho 2004), která je pro imigranty klíčovým faktorem ovlivňujícím zdraví (Warner, 2007; Nicdao et al, 2008).

V rámci výzkumného šetření se nepodařilo prokázat statisticky významný vztah mezi subjektivním vnímáním zdraví a udržováním kontaktů v zemi původu (tab. 8). Statisticky významný vztah byl prokázán mezi subjektivním hodnocením zdraví a pocitem uznání od Čechů a zkušenostmi s jednáním s úřady a chováním zaměstnavatele. Statisticky významný vztah byl rovněž potvrzen mezi subjektivním hodnocením zdraví a vnímáním ČR jako domovského státu (tab. 54). ***Potvrzena tedy byla H 1 Imigranti, kteří se cítí v ČR jako doma, hodnotí své zdraví jako dobré.***

Blízko prokázání byl i vztah s počtem osob z ČR ochotných pomoci ($p = 0,051$), (tab. 20). Respondenti, kteří se cítí v ČR jako doma, udávají pocit uznání od Čechů a velmi dobré chování od zaměstnavatele hodnotí své zdraví statisticky významně častěji jako velmi dobré až dobré. Respondenti, kteří mají špatné až velmi špatné zkušenosti s jednáním s úřady, se subjektivně cítí průměrně (ani dobře ani špatně). Odborníci (Kebza 2005, Caplan, 1974) poukazují na fakt, že opora poskytovaná druhými osobami, skupinami, ale také širší společností, může ovlivnit způsob, jakým se jedinec vyrovnává s náročnými situacemi, a tím i jeho duševní pohodu a zdraví .

Výzkumy (Cohen et al, 2000; Taylor, 2007) dokazují, že sociální opora má pozitivní vliv na duševní zdraví, pocit užitečnosti a sounáležitosti. Statisticky významný vztah byl prokázán mezi vyhodnocením dotazníku Zungova sebesuzovací stupnice deprese a pocitem uznání od Čechů, pocitem spokojenosti mezi Čechy, vnímáním ČR

jako domovského státu a hodnocením vztahu mezi národnostní skupinou respondenta a Čechy. Pocity uznání od Čechů, spokojenosti mezi Čechy, vnímání ČR jako domovského státu a hodnocení vztahu mezi národnostní skupinou respondenta a Čechy statisticky významně častěji udávají respondenti, kteří nemají přítomny známky deprese (tab.51). Statisticky významný vztah byl prokázán také mezi přítomností stresových symptomů psychického původu a pocitem uznání od Čechů, pocitem spokojenosti mezi Čechy, vnímáním ČR jako domovského státu a hodnocením vztahu mezi národnostní skupinou respondenta a Čechy (tab. 52). Pocity uznání od Čechů, spokojenosti mezi Čechy, vnímání ČR jako domovského státu a hodnocení vztahu mezi národnostní skupinou respondenta a Čechy statisticky významně častěji udávají respondenti, kteří nemají přítomny stresové symptomy psychického původu. Stresové symptomy fyzického původu mají vliv na pocit uznání od Čechů, kdy pocit uznání od Čechů statisticky významně častěji udávají respondenti, kteří netrpí přítomností stresových poruch fyzického původu (tab. 53). Pociť nedostatku přátel statisticky významně častěji mají respondenti, kteří udávají přítomnost stresových symptomů psychického a fyzického původu.

Schopnost komunikovat v českém jazyce se ukázala jako velmi důležitá v oblasti sociální opory a začleňování imigrantů do společnosti. Velmi dobrou schopnost komunikovat v českém jazyce udávají statisticky významně častěji Ukrajinci (20,5 %), oproti Mongolům (7,5 %) a Vietnamcům (6,7 %), (tab. 55). Dle výzkumu Topinky et al. (2010) jsou u Mongolů bariérou v osvojení si českého jazyka omezený styk s rodilými mluvčími a zejména pracovní režim a náročnost práce, která je největší překážkou k účasti na jazykových kurzech. V souvislosti se sociální oporou udávají respondenti pocity uznání od Čechů, spokojenosti mezi Čechy, vnímání ČR jako domovského státu a hodnocení vztahu mezi národnostní skupinou respondenta a Čechy statisticky významně častěji, pokud je jejich schopnost porozumět mluvenému českému slovu je na velmi dobré úrovni (tab. 54). ***Potvrzena tedy byla hypotéza H 3: Se zvyšující se znalostí českého jazyka se zlepšuje pocit spokojenosti mezi Čechy***

Znalost českého jazyka se ukázala jako signifikantní i při subjektivním hodnocením zdraví (tab. 57). Dobré subjektivní hodnocení svého zdraví udávají statisticky významně častěji respondenti, kteří jsou schopni komunikovat v českém

jazyce, porozumět mluvenému českému slovu, psát v českém jazyce, číst v českém jazyce a jsou spokojeni se svou znalostí českého jazyka.

Z výše uvedených výsledků je patrné, že došlo k potvrzení hypotéz: H1 Imigranti, kteří se cítí v ČR jako doma, hodnotí své zdraví jako dobré; H3 Se zvyšující se znalostí českého jazyka se zlepšuje pocit spokojenosti mezi Čechy; H4 Přítomnost osoby ochotné imigrantovi pomoci se mění v závislosti na jeho národnosti. Nepodařilo se potvrdit hypotézu H2 Subjektivní hodnocení zdraví se mění v závislosti na přítomnosti osoby ochotné respondentovi pomoci.

5.2 Stres a jeho vliv na zdraví cílové skupiny

Cílem výzkumu bylo zmapování výskytu mimořádných událostí, které mají vliv na zdravotní či psychický stav imigrantů. Dále pak zmapování přítomnosti stresových symptomů psychického a fyzického původu, míry deprese a nejčastějších způsobů řešení stresových situací. K hodnocení míry deprese byla využita Zungova sebesupozovací stupnice deprese, jejímž výsledkem je tzv. SDS index vyjadřující stupeň depresivity.

Migrace představuje stresovou zátěž a pokud je spojena s neadekvátní sociální oporou představuje pro zdraví migranta rizikový faktor (Dobiášová et al., 2004). Stres způsobený migrací je mnohdy přirovnáván k situacím, kterým člověk musí čelit například při úmrtí někoho blízkého nebo při velkém osobním zadlužení (Drbohlav, 2001). Stres je reakcí organismu na mimořádnou zátěžovou situaci, a proto je důležité zabývat se při zkoumání stresu analýzou těchto situací. V rámci šetření byla prokázána závislost mezi prožitím negativní situace a pohlavím respondentů (tab. 60), kdy muži udávali prožití negativní události překvapivě častěji. Statisticky významný byl i vliv národnosti na prožití mimořádné situace. Zaznamenán byl rozdíl v prožití negativní situace mezi Vietnamci na jedné straně a Mongoly na straně druhé. Vietnamci (53,1 %) udávali prožití mimořádné situace ve více než polovině případů, kdežto Mongolové (25 %) pouze ve čtvrtině případů (tab. 59). Signifikantní vztah se potvrdil i v souvislosti se subjektivním vnímáním zdraví, kdy respondenti, kteří prožili negativní situaci, hodnotí své zdraví pouze jako průměrné (tab. 61). ***Na základě výše uvedených výsledků se prokázala H 5: Subjektivní hodnocení zdraví se mění v závislosti na prožití negativní situace po příjezdu do ČR***

První epidemiologické studie zkoumající duševní zdraví imigrantů se datují do roku 1932, kdy Ödegard poukázal na dvakrát vyšší riziko výskytu psychóz u norských imigrantů ve Spojených státech ve srovnání s hostitelskou populací a Nory žijícími v Norsku (Lindert et al., 2008). Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že respondenti, kteří prožili negativní situaci statisticky významně častěji udávají přítomnost chronické bolesti (tab. 62). Tento vztah se prokázal i při hodnocení jednotlivých typů prožitých negativních událostí. Kdy přítomnost chronické bolesti statisticky významně častěji uváděli respondenti, kteří prožili smrt blízké osoby, zranění/nemoc, manželské problémy a nedostatek peněz (tab. 71).

Vyrovnání se se stresovými a zátěžovými situacemi, které imigrant prožil, případně je ještě prožívá, je důležitým prvkem, který ovlivňuje jeho adaptaci na nové kulturní prostředí (McCarthy, Marks, 2010). Prožití mimořádné situace - smrt blízké osoby udávají statisticky významně častěji Ukrajinci (31,8 %) oproti Vietnamcům (2,1 %), (tab. 64). Signifikantní vztah byl prokázán i v souvislosti s generací respondenta (tab. 65), kdy tuto událost označili statisticky významně častěji respondenti střední a starší generace. Tento fakt není nijak překvapující, neboť Ukrajinci tvořili většinu respondentů ze střední a starší generace. Velká část migrantů se nachází ve stresu spojeném s neurčitostí svého pobytového statusu a absencí jakýchkoliv právních nároků na setrvání v České republice. Dle Buchtové (2007) patří imigranti do skupiny s větším rizikem ztráty zaměstnání a s tím souvisejícím nedostatkem peněz. Z výsledků šetření vyplývá, že ztrátu zaměstnání (tab. 69) a nedostatek peněz (tab. 79) statisticky významně méně udávají respondenti s dobou pobytu v rozmezí 5 až 10 let. A naopak prožití mimořádné situace nedostatek peněz udávají statisticky významně častěji respondenti s dobou pobytu do čtyř let. Mnoho imigrantů je zvláště v prvních letech pobytu nuceno splácet dluhy spojené s cestou do ČR, se zprostředkováním zaměstnání a jsou vystaveni protiprávnímu jednání ze strany zaměstnavatelů. Dle Pumariega et al. (2005) souvisí dlouhodobá chudoba se stresem a zvýšenou mírou psychických problémů

Přesídlení do České republiky, které lze brát jako významný životní krok pro většinu imigrantů, vnímá jako mimořádnou negativní událost čtvrtina respondentů, častěji pak ženy než muži (tab. 67). Statisticky významný vztah byl prokázán u národnosti, kdy 41,2 % ukrajinských respondentů přesídlení označilo jako mimořádné

oproti vietnamským (4,2 %) a mongolským (9,9 %) respondentům (tab. 66). S příchodem do nového prostředí a kultury prodělává člověk kulturní šok: zažívá něco diametrálně odlišného od toho, co zažíval doposud, má strach, zda bude přijat či odmítnut, ztrácí sebedůvěru, i zdánlivé maličkosti ho uvádějí do nejasných situací, protože neví, jak se chovat v novém prostředí (Šišková, 2001). Dle Matouška (2008) tak u disponovaných lidí někdy vzniká zmatenost, objevují se stavy úzkosti a deprese. Jde o důsledek ztráty domova a známého prostředí, přerušení kontaktů s blízkými lidmi, přáteli a spolupracovníky, o důsledek vlivu nového prostředí a nutnosti navazovat vztahy s dosud neznámými lidmi, o důsledek nejasnosti týkajících se výkonu vlastních rolí, případně o důsledek neschopnosti tato očekávání naplňovat. V souvislosti s manželskými problémy byl prokázán statisticky významný vztah s národností respondentů. Výskyt manželských problémů nejčastěji udávali respondenti ukrajinské národnosti (24,7 %) oproti mongolské (8,5 %) a vietnamské (12,5 %), (tab. 68). V souvislosti s tímto zjištěním je nutné zaobírat se i rodinným stavem respondentů, kdy respondenti z Ukrajiny jsou v ČR většinou se svými manželkami/manželky, kdežto Mongolové přijíždějí většinou samostatně.

Psychický dopad stresové situace byl v souvislosti s národností prokázán ve vztahu k pocitu úzkosti, napětí, nervozitě a pláči. Pocit úzkosti (tab. 76) udávali nejčastěji Mongolové, Ukrajinci pak napětí (tab. 78), nervozitu a pláč (tab. 79, 80). Prokázán byl i statisticky významný vztah v souvislosti s nervozitou, pláčem a chronickou bolestí. Respondenti, kteří udávali jako typ psychického dopadu stresové situace nervozitu a pláč, také statisticky významně častěji uváděli přítomnost chronické bolesti (tab. 83). Pokud jde o fyzické dopady stresové situace byl v souvislosti s národností prokázán vztah u nespavosti a nechutenství či přejídání. Dle provedených výzkumu (Hladký, 1993) bylo zjištěno, že změny stravovacích návyků, zejména přejídání, jsou reakce, pozorované často během období intenzivního stresu. Výskyt fyzického dopadu stresové situace – nechutenství/prejídání byl nejčastěji udáván respondenty z Ukrajiny (tab. 92).

Studie dokazují, že akutní, krátkodobě působící, třeba i velmi intenzivní stresor obvykle nepředstavuje samostatné riziko, zatímco chronicky působící a dlouhodobě nezvládaný stres je takovým rizikem vždy (Kebza, Šolcová, 2004, s.12). Imigrace se sestává ze série stresujících událostí probíhajících v průběhu delšího období, což ji

odlišuje od jiných stresujících událostí jako třeba živelná pohroma nebo přeapadení. (Berger, Weiss, 2008). Denně je působení stresu vystaveno 10,6 % respondentů a průměrná doba vystavení stresu jsou 4 měsíce. Nejčastěji vystavení stresovým situacím udávali Mongolové (měsíčně, několikrát ročně), nejméně pak Ukrajinci (nikdy, nepravidelně), (tab. 74). ***Toto zjištění potvrzuje H 6 Častost vystavení stresovým situacím se mění v závislosti na národnosti respondenta***

U respondentů byl zjišťován jejich názor na vliv stresových situací na jejich psychiku a tělesné zdraví. Statisticky významný vztah se projevil v souvislosti se subjektivním hodnocením zdraví. Respondenti s průměrným subjektivním hodnocením zdraví statisticky významně častěji udávají, že se stresové situace projevují na jejich psychice a tělesném zdraví (tab. 85). Ve vztahu k národnosti pak respondenti z Ukrajiny statisticky významně častěji neudávali, že by se stresové situace projevovaly na jejich psychice (tab. 84).

Nejčastějším způsobem řešení stresových situací (tab. 93) je dle očekávání rozhovor s blízkou osobou či rodinným příslušníkem. Jako další možnost řešení byl označen poslech hudby, kouření a neřešení situace. Vysokou příčku obsadila i modlitba (9,7 %). Toto zjištění dokresluje i tvrzení Drbohlava et al (1999), že důležitou charakteristikou ukrajinské komunity je poměrně vysoká religiozita a náboženství se tak stává jednou z konsolidačních sil Ukrajinců v zahraničí. Způsoby řešení stresových situací, které by se daly označit za rizikové (konzumace alkoholu, braní léků, přejídání se) zvolilo jen minimum respondentů (tab.).

S výskytem deprese je spojen zvýšený výskyt různých negativních životních událostí, jako jsou např. ztráta blízkého člověka, ztráta zaměstnání nebo závažné změny v sociálním statusu (Raboch, Pavlovský 1999). Ke zjišťování výskytu depresivních příznaků byla použita Zungova sebesuzovací stupnice deprese, jež je autoevaluačním dotazníkem, ve kterém respondenti hodnotí častost výskytu sledovaných jevů. Vzhledem k rozsahu dotazníku a tedy k jeho značné časové náročnosti, se kompletně vyplněné dotazníky podařilo získat jen od malého počtu respondentů (138 respondentů). Tento fakt měl následně zásadní význam při statistickém testování a nabádá k ověření zjištění na větším počtu respondentů. Vyhodnocením Zungovy sebesuzovací stupnice deprese je zjištění, že 40,6 % respondentů nejeví známky deprese, 34,8 % má přítomny známky minimální nebo lehké deprese, 24,6 % má přítomnu středně silnou, těžkou až

extrémně vyjádřenou depresi (tab. 94). V rámci našeho výzkumu se nepodařilo prokázat souvislost mezi výskytem deprese a národností respondentů (tab. 96). *Nelze tedy potvrdit H 7: Přítomnost známek deprese se mění v závislosti na národnosti respondenta.*

Někteří autoři (Höschl, 2002) upozorňují na fakt, že současná diagnostická kritéria deprese mohou být kulturně ovlivněna a způsob prožívání depresivní symptomatologie může být také ovlivněn sociálními a kulturními vlivy. Např. Bailey et al (2009) uvádějí, že deprese je u afroameričanů významně více stigmatizovaná a vnímaná jako osobní slabost, což ve svém důsledku ztěžuje její diagnostiku. Jak uvádí Křivohlavý (1997), deprese byla dříve považována za onemocnění starých lidí, v současné době však postihuje nejčastěji osoby v produktivním věku. Ve vztahu k věku je nejvíce mužů i žen postiženo v rozmezí věku 25 - 44 let, podstatně nižší procento depresí vzniká ve věku nad 65 let (Smolík, 2002). Tato tvrzení odpovídají i našim zjištěním, kdy se potvrdil signifikantní vztah ve výskytu deprese u mladší generace respondentů (18 - 29 let), (tab. 95). Prokázán byl i vztah v souvislosti se subjektivním vnímáním zdraví, kdy průměrné hodnocení svého zdraví udávají statisticky významně častěji respondenti, kteří mají přítomnu středně silnou, těžkou až extrémně vyjádřenou depresi (tab. 97).

Z výše uvedených výsledků je patrné, že došlo k potvrzení hypotéz: H5 Subjektivní hodnocení zdraví se mění v závislosti na prožití negativní situace po příjezdu do ČR; H6 Častost vystavení stresovým situacím se mění v závislosti na národnosti respondenta. Nepodařilo se potvrdit hypotézu H7 Přítomnost známek deprese se mění v závislosti na národnosti respondenta.

5.3 Doprava a její vliv na zdraví cílové skupiny

Doprava patří mezi základní potřeby lidstva, lidé nenacházejí ve svém okolí všechno to, co potřebují k životu, a jsou tedy nuceni se přemisťovat (Sekot, 2008). S rozvojem postmoderní společnosti tak dle Sekota (2008) význam dopravy neustále roste. S dopravou úzce souvisí i pracovní mobilita, potažmo dosažitelnost pracovního místa. Při statistickém testování došlo k prokázání vztahu mezi vzdáleností bydliště a délkou pobytu respondentů (tab. 99), přičemž se potvrdilo, že čím je kratší délka pobytu, tím je kratší vzdálenost místa bydliště od zaměstnání. Respondenti, kteří pobývají v České

republiky v rozmezí 11 – 30 let, tak mnohem častěji dojíždějí do vzdálenějších míst. ***Prokázána tedy byla H 11: Vzdálenost bydliště od místa zaměstnání se zvětšuje v závislosti na délce pobytu imigranta.***

Stejná tendence se potvrdila i u vztahu ke generaci respondentů (tab. 98), kdy respondenti z mladé generace bydlí k místu zaměstnání blíže než respondenti z nejstarší generace. Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že bydliště do pěti kilometrů od zaměstnání statisticky významně častěji udávají respondenti bydlící na ubytovně. Tyto závěry souvisí se stávající situací v oblasti zaměstnávání a bydlení imigrantů, kdy mladí lidé po příjezdu do České republiky bydlí nejčastěji na ubytovnách, které jsou v blízkosti továren či výrobních podniků. Se zvyšujícím se věkem nebo délkou pobytu mají možnost získat klidnější ubytování v soukromí, které je zpravidla ve větší vzdálenosti od průmyslových zón. Tyto závěry souvisí i s integrací imigrantů, která je závislá na délce pobytu. Je zřejmé, imigranti jsou po příjezdu do ČR nejvíce vystaveni sociální izolaci. Doba trvání cesty do práce (tab. 101) je u nadpoloviční většiny respondentů v rozmezí do 10 minut, následuje doba v rozmezí 11 – 25 minut a jen minimum respondentů musí cestovat déle než 26 minut. Objevilo se však i několik respondentů, kteří cestují do zaměstnání déle než hodinu. Statisticky významným se ukázal vztah doby trvání cesty do práce a národnosti respondentů, kdy je tato doba nejkratší pro respondenty z Vietnamu.

Studie Boseho (2013) uvádí jako nejčastější formu cestování imigrantů autobusovou dopravu (57,3 %), automobil (23,8 %), chůzi (16,4 %) a jízdu na kole (2,5 %). Dle Blumenberga (2009) jsou imigranti a lidé s nízkými příjmy neúměrně závislí na veřejné dopravě. Další výzkumníci (Sanchez et al, 2004) poukazují na fakt, že nedostatečná znalost jazyka hostitelské země má značný vliv na orientaci v přepravním systému a u imigrantů zvyšuje jejich celkovou úroveň nejistoty. Z našeho výzkumu vyplývá, že respondenti využívají nejčastěji chůzi (47,8 %), městskou hromadnou dopravu (26,1 %), jízdu automobilem (18,8 %) a jízdu na kole (5,8 %), (tab. 103). Co se týče způsobu cestování do zaměstnání ve vztahu k národnosti, tak chůzi a kolo jako způsob dopravy využívají nejčastěji Mongolové. Při cestě do práce muži statisticky významně více než ženy využívají automobil. Při statistickém testování se rovněž potvrdilo, že s prodlužující se délkou pobytu a růstem mzdy se zvyšuje využívání automobilu a klesá počet respondentů, kteří chodí do práce pěšky. Nepodařilo se

prokázat vztah mezi způsobem cestování do zaměstnání a subjektivním hodnocením zdraví (tab. 108). ***Hypotéza H 8: Způsob cestování do zaměstnání má vliv subjektivní hodnocení zdraví, nebyla prokázána.***

Dle výpovědí respondentů většina z nich automobil nevlastní (71,9 %), v souladu s tím je i zjištění, že respondenti ve většině případů nevlastní ani řidičské oprávnění (54,2 %). Vlastnictví řidičského průkazu se potvrdilo jako statisticky významné ve vztahu k národnosti a délce pobytu respondentů. Řidičský průkaz statisticky významně častěji nevlastní respondenti z Mongolska. Při statistickém testování se rovněž potvrdilo, že s prodlužující se délkou pobytu a růstem mzdy se zvyšuje počet respondentů, kteří vlastní řidičský průkaz. Vlastnictví automobilu bylo prokázáno jako statisticky významné ve vztahu k národnosti a délce pobytu respondentů. Automobil vlastní nejčastěji respondenti z Ukrajiny, méně často pak respondenti z Mongolska. Dále pak respondenti pobývající v České Republice v rozmezí 11 – 30 let. Byl potvrzen statisticky významný vztah mezi vlastnictvím automobilu a výší čisté měsíční mzdy. Respondenti mající čistou měsíční mzdu v rozmezí 15 100 Kč a více vlastní automobil statisticky častěji (graf 2).

Vzhledem k tomu, že mechanizace snížila tělesnou námahu v zaměstnání, v domácnosti a přispěla tak k vzrůstající epidemii obezity, lidé potřebují nalézt nové cesty, jak zabudovat fyzický pohyb do svého životního režimu. Dopravní politika může hrát klíčovou roli v potírání sedavého způsobu života omezováním závislosti na automobilech, podporou chůze a cyklistiky a rozšířením veřejné dopravy (Wilkinson a Marmot, 2005). K zemím tradičně vysoké úrovně aktivních forem dopravy a příznivou infrastrukturou a materiálním prostředím vhodným pro aktivní životní styl patří Slovinsko, které přijalo doporučení evropské agentury HEPA (Health Enhancing Physical Activity) a implementovalo je do národních dokumentů týkajících se sportu, zdraví, dopravy a životního prostředí (Juričan, 2010, s. 103).

Dle Špačka (2008) jsou sportování a pohybové aktivity z pohledu sociologie životního stylu jedním ze způsobů trávení volného času, v současné době také patří k často diskutovaným jevům společnosti. Jejich význam je umocňován nesporným dopadem v rovině zdravotní, sociální, ekonomické i kulturní. Vzhledem k faktu, že aktivní zdravý životní styl má výrazný vliv na zdravotní stav člověka, tak i odlišnosti v trávení volného času mohou přispívat ke zdravotním nerovnostem různých vrstev

společnosti. Vývojové trendy aktivního sportování ukazují na stoupající popularitu a šíření aktivního sportu jako způsobu trávení volného času, byť je patrné, že se stále zachovávají podstatné rozdíly mezi různými skupinami obyvatelstva.

V rámci výzkumu došlo k hodnocení využívání chůze a pohybových aktivit respondenty. Vyhodnocení bylo provedeno pomocí softwaru Nutrifia, jehož autorem je doc. MUDr. Jindřich Fiala, Csc., který působí v Ústavu preventivního lékařství na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně. Software hodnotí parametry zdravého životního stylu a v oblasti pohybu se jedná o chůzi a pohybově náročnější sportovně-rekreační aktivity (Fiala, 2006). U chůze je hodnocena její frekvence (30 minut denně, 1 - 7x týdně), u pohybových aktivit pak frekvence, délka cvičení a intenzita (komplexně vyjádřeno Sport indexem).

Chůze je přirozená a běžně dosažitelná forma fyzického pohybu, který při dostatečné úrovni pravidelnosti a intenzity přináší zlepšení fyzické kondice a snížení nadváhy či obezity. V rámci výzkumného šetření byl prokázán statisticky významný vztah mezi intenzivní chůzí a národností respondentů. Intenzivní chůze je nejčastější u respondentů z Ukrajiny (81,7 %), následují respondenti z Mongolska (63,6 %) a Vietnamu (31,6 %), (tab. 110). ***Z výše uvedených výsledků je zřejmé, že se potvrdila hypotéza H 12: Pravidelná chůze jako využívaná pohybová aktivita se mění v závislosti na národnosti respondenta***

Dále byl prokázán vztah v souvislosti s typem práce, kdy intenzivní chůzi udávali respondenti pracující manuálně. U respondentů z ukrajinské minority byla také v souvislosti s chůzí prokázána žádoucí frekvence chůze. Pokud jde o žádoucí frekvenci chůze, byl prokázán statisticky významný vztah v souvislosti s pohlavím respondentů. Ženy se věnovaly chůzi 1 - 4x týdně, muži pak více než 7x týdně (tab. 113).

Při komparaci využívání chůze a pohybových aktivit mezi imigranty a majoritní populací (Evropské výběrové šetření..., 2011). bylo srovnáním četností zjištěno, že chůzi se více věnuje majoritní populace (93,5 %), oproti imigrantům (60,9 %), (tab. 116). Jestliže se však podíváme na pohybově náročnější sportovní aktivity, zjistíme, že se jim věnuje jen třetina imigrantů (31 %) a 77 % majoritní populace. Důvodem zde může být náročnost vykonávané profese (většinou manuální profese). Zahraniční studie potvrzují, že imigranti jsou obecně méně fyzicky aktivní ve srovnání s hostitelskou populací (Hosper et al, 2007, Kandula a Lauderdale, 2005, Kurian

a Cardarelli, 2006). Nicméně s rostoucí akulturací se úroveň fyzické aktivity blíží úrovni zjištěné v hostitelské populaci (Abraido-Lanza et al, 2005; Berrigan et al, 2006;). Toto je patrné zejména u žen imigrantek (Evensovi et al, 2004).

Genderové rozdíly mezi sportováním mužů a žen potvrzují, že aktivní sport je nadále převážně mužskou doménou (Crespo et al., 2000). Dle našich zjištění pohybově náročnější sportovní aktivity statisticky významně častěji provádějí muži imigranti (tab. 117) a dosahují při těchto aktivitách i žádoucí až vysoké hladiny Sport indexu (tab. 121). Přestože největší vliv na aktivní provozování sportů mají demografické charakteristiky (věk a pohlaví), lze nezanedbatelný význam připsat i sociálnímu postavení (Špaček, 2007). Výzkumy konzistentně ukazují (Scheerder, Vanreusel, Taks, Renson 2002; Scheerder, Vanreusel, Taks 2005; Skille 2005; Warde 2006), že vzdělanější lidé s lepším sociálním postavením častěji aktivně sportují než lidé z nižších vrstev. Tento jev je patrný i u imigrantů, kde byl prokázán statisticky významný vztah v souvislosti s nejvyšším dosaženým vzděláním a výkonem intelektuálně zaměřeného zaměstnání. Pohybově náročnější sportovní aktivity provádějí nejčastěji respondenti vysokoškoláci (42 %), (tab. 119) oproti respondentům se základním vzděláním či odborným bez maturity (24,2 %). Dle Špačka (2008) je vzdělání nejpodstatnější determinantou sportovní participace.

Pravidelné cvičení chrání před nemocemi srdce a snižováním obezity zmenšuje výskyt diabetu, podporuje pocit pohody a ochraňuje před depresi (Wilkinson a Marmot, 2005). Jedním z nejvážnějších dopadů masové fyzické inaktivity a obezity je výskyt nemocí, kterými by bylo možno preventivně zdravým pohybem až v 70% případů zabránit (Sekot, 2008). Výzkumné šetření prokázalo signifikantní vztah mezi pohybovými aktivitami a subjektivním hodnocením zdraví. Respondenti, kteří uvedli, že se pravidelně věnují chůzi a pohybovým aktivitám, hodnotí své zdraví jako dobré (tab. 123, 124). ***Potvrzeny tedy byly hypotézy H 9: Imigranti, kteří vykonávají pravidelné pohybové aktivity, hodnotí své zdraví jako dobré a H 10: Imigranti, kteří se věnují pravidelné chůzi, hodnotí své zdraví jako dobré.***

Statisticky významný vztah byl prokázán i v souvislosti s přítomností deprese u imigrantů, kdy respondenti vykonávající pohybové aktivity, udávali nepřítomnost známek deprese.

Z výše uvedených výsledků je patrné, že došlo k potvrzení hypotéz: H9 Imigranti, kteří vykonávají pravidelné pohybové aktivity, hodnotí své zdraví jako dobré; H10 Imigranti, kteří se věnují pravidelné chůzi, hodnotí své zdraví jako dobré.; H11 Vzdálenost bydliště od místa zaměstnání se zvětšuje v závislosti na délce pobytu imigranta; H12 Pravidelná chůze jako využívaná pohybová aktivita se mění v závislosti na národnosti respondenta. Nepodařilo se potvrdit hypotézu H8 Způsob cestování do zaměstnání má vliv subjektivní hodnocení zdraví.

5.4 Dětství a jeho vliv na zdraví cílové skupiny

Studie (Wikinson, Marmot, 2005) ukazují, že základy zdraví v dospělosti se vytvářejí v raném dětství a před narozením. Špatné podmínky během těhotenství mohou ohrožovat optimální vývoj plodu a zvyšují zdravotní rizika, která se mohou projevit v pozdějším věku. Dle Brabcové (2009) uvedl Evropský hospodářský a sociální výbor v Bruselu ve svém stanovisku k tématu „Zdraví a migrace“, 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 umělé přerušování těhotenství mezi migrujícími ženami než mezi Španělkami. Belgie a Německo eviduje vysokou perinatální a kojeneckou úmrtnost u migrujících žen z Maroka a Turecka.

Vzhledem k nízkému počtu respondentů s dětmi se nepodařilo získat dostatečné množství dat, která by mohla být statisticky testována. Předložené výsledky jsou tedy spíše popisem stávající situace bez určení signifikantní vztahů a závislostí.

Většina respondentek (56 %) navštěvuje pravidelné preventivní gynekologické prohlídky (tab. 125). Přestože by se mohlo zdát, že je toto procento nízké, plně koresponduje dle Skřivánka (2009) se situací u českých žen. S poskytovanou gynekologickou péčí je spokojeno 63,8 % respondentek, průměrně spokojeno 30,2 % a nespokojeno 6 % respondentek. Respondentky, které se preventivních prohlídek neúčastní, uvádějí jako důvod nejčastěji nedostatek času (41,2 %), neuzavření pojistky (16,2 %), finanční náročnost (14,7 %) a neochotu navštívit lékaře (14,7 %), (tab. 129). Byl prokázán statisticky významný vztah mezi pravidelnými návštěvami gynekologických prohlídek a délkou pobytu respondentek, kdy s rostoucí délkou pobytu přibývá respondentek, které prohlídky navštěvují (při délce pobytu 1 až 4 roky – 40 %, oproti délce pobytu v rozmezí 11 a více let – 77,3 %), (tab. 126).

Z celkového počtu odpovídajících respondentek (N - 113) jich 23 % nebylo nikdy těhotných, 43,4 % bylo těhotných 1 – 2x a 38 % respondentek bylo těhotných 3x a vícekrát (tab. 129). Nejvíce byla respondentka těhotná devětkrát. Průměrný počet na jednu respondentku je 1,9 těhotenství. Prokázal se statisticky významný vztah mezi počtem těhotenství a národností respondentky (graf 3). Tři a více těhotenství byly nejčastěji u respondentek z Ukrajiny, jedno až dvě těhotenství pak u Mongolek. Respondentky z Vietnamu většinou těhotné nebyly. Během těhotenství respondentky dodržovaly pravidelné prohlídky (87,4 %), (tab. 130). Toto zjištění je v rozporu se zjištěním Stronkse et al. (2001), kteří uvádějí, že těhotné imigrantky v Holandsku se ve velké většině těchto prohlídek neúčastní. Průběh jejich těhotenství byl z většiny fyziologický (75,3 %) a respondentky hodnotily své pocity během těhotenství převážně jako dobré, velmi dobré a výborné.

Předmětem výzkumu bylo i užívání návykových látek během těhotenství. Konzumace alkoholu, léků a omamných látek byla zjištěna u velmi malého počtu respondentek. Ve výzkumném souboru tak bylo zachyceno 10,4 % kuřáček, 14 % konzumentek alkoholu, 2,2 % konzumentek omamných látek a 18,3 % respondentek užívajících pravidelně léky. Alarmující je zjištění, že 37,9 % respondentek muselo v době těhotenství pobývat v zakouřeném prostředí (tab. 137). Statisticky významný vztah byl prokázán mezi pobytem ženy v zakouřeném prostředí a národností respondentek. Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že Mongolky (51,6 %) statisticky významně častěji pobývaly v zakouřeném prostředí. Naopak Vietnamky statisticky významně častěji uvádějí, že v zakouřeném prostředí během těhotenství nepobývaly (tab. 138).

Z celkového počtu 70 odpovídajících respondentek jich 48,6 % pracovalo do šestého měsíce těhotenství a 51,4 % pak až do 9 měsíce. Respondentky pracovaly nejčastěji v rozmezí 1 – 8 hodin denně, objevilo se ale i velké procento respondentek pracujících 9 a více hodin (41,1 %), (tab. 140). Z hlediska náročnosti hodnotily respondentky práci v těhotenství jako středně či spíše náročnou (62,9 %), velmi náročná pak byla pro 4,9 % respondentek. Respondentky, které udávaly během těhotenství přítomnost stresu (43,9 %), uváděly jako jeho příčinu nedostatek financí (26,8 %), strach ze ztráty zaměstnání (6,1 %), obavu ze ztráty bydlení (6,1 %), obavu o zdraví dítěte (20,7 %), problémy se zaplacením nákladů spojených s porodem (18,3 %),

samotu a nepřítomnost pomoci (4,9 %). Potrat prodělalo 43,3 % respondentek. Statisticky významný vztah byl prokázán mezi počtem potratů a národností respondentek. Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že Mongolky statisticky významně častěji uvádějí prodělání jednoho potratu (tab. 144). Výzkumy dokazují (Migration, health and human rights 2002), že u imigrantek se v souvislosti s nepřiměřeným pracovním nasazením nebo nevyhovujícími životními podmínkami častěji objevují těhotenské poruchy včetně samovolných potratů

Respondentky ve většině případů rodily v termínu, 15,4 % jich porodilo předčasně. 87,8 % respondentek uvedlo, že dítě bylo po porodu zdravé. Průměrná porodní váha dítěte činila 3243,746 g, minimum bylo 1500 g a maximum 4270 g. Většina respondentek své dítě kojila, průměrná doba kojení pak byla 4 měsíce. Zdravotní stav dítěte po porodu byl v 87,8 % případů dobrý. Pokud jde o hodnocení spokojenosti s poskytnutou péčí (shodně jak lékařů, tak zdravotních sester), udávaly respondentky, že byly spokojeny spíše či průměrně. Kvalita péče byla hodnocena jako střední (43,9 %) až vysoká (39 %), (tab. 151). Poskytnuté služby na gynekologicko-porodnickém oddělení hradily respondentky z veřejného zdravotního pojištění (56,4 %), ze smluvního zdravotního pojištění (7,7 %), kombinaci smluvního zdravotního pojištění a přímé úhrady (14,1 %), přímou úhradou (21,8 %), (tab. 152).

V rámci výzkumného šetření byl zjišťován i zdravotní stav dětí respondentů. V české republice proběhlo pouze několik studií (Dobiášová et al., 2006), které se zabývají zdravotním stavem dětí imigrantů. Tato problematika je ovšem zkoumána v řadě zemí, které mají s imigrací zkušenost (Zeyer et al. 2002; Goodman et al. 2008). Z celkového počtu odpovídajících respondentů (N 126) jich má 54 % nejmladší dítě ve věku od 1 do 9 let, 27,8 % pak ve věku 10 až 18 let a 18,3 % ve věku 19 a více let. Zdravotní stav nejmladších dětí respondentů je dobrý, většina prodělala jen běžná dětská onemocnění. Hodnocení zdravotního stavu dětí na základě výpovědí respondentů je následující:

- dítě netrpí žádným chronickým onemocněním (91,3 %)
- dítě nemá zdravotní postižení (96,9 %)
- dítě neutrpělo vážný úraz (100 %)
- dítě prodělalo jen běžná dětská onemocnění (92,2 %)
- dítě neprodělalo infekční onemocnění (96,4 %)

- dítě bývá nemocné občas (57,1 %) či výjimečně (33,1 %)

Migraci a následné období adaptace na nové životní podmínky je nutno považovat za hluboký a stresující zásah do života jednotlivců i celých rodin. Změna životní situace působí i na děti imigrantů. Dle hodnocení respondentů však jejich děti nebývají ve většině případů vystaveny stresujícím situacím (80,2 %). Pokud jsou nějakými stresovými situacemi ovlivňovány, jedná se zejména o rodinné konflikty (34,4 %). Jak uvádí Matoušek (1993), rodina poskytuje přistěhovalcům zázemí, je zdrojem vzájemné podpory a solidarity. Integrace však může být dle MPSV (2005) zdrojem konfliktů. Změny kompetencí v rodině zatěžují zvláště ty rodiny, které přicházejí ze zemí s odlišnou tradicí rodinných vztahů. Také problémy spojené s úpravou pobytu a zajištěním rodiny, nedostatečná znalost poměrů v nové zemi, případně nevstřícný postoj majoritní společnosti mohou vyvolat tak silný tlak na rodinu, že se naruší integrita rodinného zázemí. Studie (McCarthy, Marks 2010) poukazují na důležitou roli rodiny při tlumení důsledků těžkých zkušeností dítěte a podpora rodiny nebo komunity jsou důležitými aspekty zvládnání stresových situací dětí. Mezi další stresové situace respondenti řadili usídlení v nové zemi (21,9 %), ztrátu kamarádů (28,1 %) a problémy ve škole (9,4 %), (tab. 161). Statisticky významný vztah byl prokázán mezi vystavením dítěte stresovým situacím a národností. Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že Ukrajinci statisticky významně častěji udávají, že jejich děti jsou vystaveny stresovým situacím. Naopak děti Mongolů statisticky významně častěji nejsou těmto stresům vystaveny (tab. 160). ***Výše uvedené výsledky potvrzují hypotézu H 14: Vystavení dítěte stresovým situacím se mění v závislosti na národnosti***

V souvislosti s působením stresových situací je důležité věnovat se i problémovému chování dětí imigrantů, jehož příčinou může být právě stres. Respondenti v 88,6 % případu ovšem uvedli, že se u jejich dětí toto chování nevyskytuje. Výskyt potvrdilo pouze 24 respondentů, jejichž děti kouří, trpí hyperaktivitou nebo poruchami příjmu potravy.

Zdravotní pojištění je v České republice jedním z mála případů, kdy stát ukládá zákonem povinnost být pojištěn. Ačkoliv cizinci mají v ČR povinnost být pojištěni, v oblasti smluvního zdravotního pojištění cizinců neexistuje téměř žádná regulace pojistných podmínek. Oproti veřejnému zdravotnímu pojištění jsou pro všechny druhy

komerčního pojištění charakteristické četné výluky z pojištění a limity pojistného plnění. Z praxe je známo, že uzavření smlouvy o komerčním zdravotním pojištění totiž cizinci nikterak negarantuje, že mu příslušná pojišťovna zdravotní péči skutečně proplatí (Hnilicová et al., 2009a). Tento stav se odráží i ve zjištěných výsledcích výzkumu, kdy 13,8 % respondentů uvedlo, že jejich dítě není zdravotně pojištěno (tab. 164). Smluvní zdravotní pojištění na komplexní péči má 19,2 % dětí, veřejné zdravotní pojištění má 50,8 % dětí, smluvní zdravotní pojištění na akutní péči má 6,9% dětí a zdravotní pojištění uzavřené mimo Českou republiku pak 9,2 % dětí. Dle Dobiášové et al. (2006) je pro některé rodiny s dětmi komerční zdravotní pojištění příliš nákladné a zároveň nedostatečné v případě závažných zdravotních potíží. Do obtížné situace se tak dostávají rodiny, kterým se narodí dítě předčasně a/nebo s postižením či vrozenou vadou, takovéto dítě komerční pojišťovny nepojistí.

S výše uvedeným souvisí i dodržování pravidelných prohlídek u praktického lékaře pro děti a dorost a u stomatologa. Většina respondentů (84,8 %) uvedla, že tyto prohlídky u svých dětí dodržují. Nepodařilo se prokázat závislost mezi dodržováním preventivních prohlídek a typem zdravotního pojištění (tab. 167). ***Hypotéza H 13: Dodržování preventivních prohlídek u praktického lékaře pro děti a dorost se mění v závislosti na typu zdravotního pojištění, nebyla potvrzena***

Zbylá část respondentů uvedla jako důvod nedodržování preventivních prohlídek nedostatek času, neznalost, nedostatek peněz, nezaregistrování se u dětského lékaře, odmítnutí dětským lékařem a komunikační problémy z důvodu neznalosti jazyka. Preventivní prohlídky dítěte u stomatologa dodržuje 56,3 % respondentů (tab. 168). Jako důvod nedodržování těchto prohlídek byly nejčastěji uvedeny stejné varianty opovědí jako u nedodržovaných prohlídek u praktického lékaře. Tato zjištění potvrzují i Dobiášová et al. (2006) a uvádějí, že co se týká pravidelnosti návštěv lékaře není mezi dětmi cizinců a českými dětmi výraznější rozdíl. Velkým problémem je ale zajistit pro své dítě stomatologickou péči. V rámci výzkumného šetření se prokázal i statisticky významný vztah mezi dodržováním preventivních prohlídek u stomatologa a národností respondentů (tab. 170). Prohlídky statisticky významně častěji dodržují respondenti z Ukrajiny, nedodržují je naopak respondenti z Mongolska. Statisticky významný vztah se prokázal i v souvislosti s generací respondentů, kdy střední a starší generace respondentů statisticky významně častěji dodržuje preventivní prohlídky dětí

u stomatologa. V souvislosti s nedodržíváním stomatologických prohlídek je zajímavým zjištěním (Edelstein, 2006), že incidence zubního kazu u dětí se pojí s etnickými a sociálně ekonomickými rozdíly a tyto děti mají mnohem častější výskyt zubního kazu.

Předepsaná očkování dítěte stanovená očkovacím kalendářem dodrívuje většina respondentů (89,9 %), (tab. 172). Stejně však mezi dětmi imigrantů ve výzkumném souboru zůstává přibližně 10 procent dětí, které nejsou proočkovány. Vzhledem k nízkému počtu odpovědí respondentů na tuto otázku nelze statisticky testovat případné vztahy v souvislosti s dodrívováním stanovených očkování dětí. A proto nelze odhalit, zda očkovány nejsou děti, které ani nedocházejí na preventivní prohlídky k praktickému lékaři, nebo zda zde působí např. kulturní tradice či víra respondentů. Podíváme-li se celkově na proočkovanosť v České republice, zjistíme, že se provádějí cyklická sledování. Česká republika se řadí mezi přední státy, kde se dosahuje vysokého stupně proočkovanosť dětí (vyšší než 95%) ve všech očkováních, která patří mezi pravidelná. Ve výzkumu Dobiášové et al. (2006) se v souvislosti s očkováním vyprofilovaly tři skupiny cizinců. První skupina absolvuje se svými dětmi očkování ve stejném režimu jako občané ČR, druhá skupina o očkování neví a třetí se při očkování svých dětí řídí očkovacím systémem země původu.

Zkoumáno bylo také zázemí vytvořené pro dítě, tedy to, zda má k dispozici svůj vlastní pokoj nebo alespoň vlastní koutek se stolem a židli. Z celkového počtu 125 odpovídajících respondentů 42,4 % uvedlo, že jejich nejmladší dítě má dětský pokoj (tab. 173) a ze 121 odpovídajících respondentů 64,5 % uvedlo, že jejich nejmladší dítě má vlastní koutek se stolem a židli (tab. 174). Jako určující se v souvislosti se zázemím pro dítě ukázal charakter bydlení, národnosť a čistá měsíční mzda (graf 4). Dětský koutek udávají nejčastěji Ukrajinci, kteří žijí v rodinných domech či v bytech v panelových sídlištích, kde mohou dětem koutek zajistit. Mongolové z našeho výzkumného souboru žijí převážně na ubytovnách, kde je velmi obtížné tento koutek zajistit. Statisticky významně více respondentů s délkou pobytu v rozmezí 11 a více let uvedlo, že jejich dítě má svůj vlastní koutek. Současně ještě 36,6 % respondentů potvrdilo vlastnictví koutku se stolem a židli během svého dětství v zemi původu.

Z výše uvedených výsledků je patrné, že došlo k potvrzení hypotéz: H14 Vystavení dítěte stresovým situacím se mění v závislosti na národnosti. Nepodařilo se

potvrdit hypotézu H13 Dodržování preventivních prohlídek u praktického lékaře pro děti a dorost se mění v závislosti na typu zdravotního pojištění dítěte

6. ZÁVĚR A DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Cílem výzkumného šetření bylo zhodnotit sociální determinanty zdraví v oblasti sociální opora, stres, dětství a doprava. Hlavní záměr výzkumu vycházel z předpokladu vzájemné determinace zdravotního stavu imigrantů a jejich sociální situace. Výzkum vycházel z konceptu deseti sociálních determinant zdraví dle Wilkinsona a Marmota (2003). Výzkumné šetření bylo realizováno za finanční podpory Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR v rámci projektu COST (Cooperation on Scientific and Technical Research) s názvem „Zdravotně sociální situace imigrantů a azylantů v České republice. Výběr jednotlivých sociálních determinant byl ovlivněn tím, že byly rozděleny mezi jednotlivé členy realizačního týmu, to je důvodem, proč je tato disertace zaměřena na sociální oporu, stres, dětství a dopravu. Výzkumný soubor tvořili legálně usazení imigranti pobývající v České republice déle než jeden rok, ve věkové kategorii 18 - 65 let, vietnamské, mongolské a ukrajinské národnosti. Respondenti pobývali ve vybraných lokalitách: hlavní město Praha, Jihočeský kraj a Kraj Vysočina. Osloveno bylo celkem 246 respondentů.

6.1 Stěžejní výsledky a doporučení pro praxi v oblasti sociální opora

Sociální opora a dobré sociální vztahy významně přispívají ke zdraví, zároveň sociální opora dodává lidem emocionální a praktické prostředky, které potřebují (Wilkinson, Marmot, 2005). Cílem této části šetření bylo testování vztahu mezi zvolenými charakteristikami v oblasti sociální opory a subjektivním vnímáním zdraví. Dalšími cíli šetření bylo analyzovat sociální oporu respondentů a systém sociálních vztahů, které mohou využívat. Výzkumné otázky byly zaměřeny na kontakty v zemi původu, zvláště pak na jejich udržování a důležitost, dále pak na přítomnost osob, jejichž pomoci mohou respondenti využívat, pocit dostatku přátel a stav sousedských vztahů. Pozornost byla věnována také pocitům uznání, spokojenosti mezi Čechy, vnímáním České republiky jako domovského státu, hodnocením vztahu mezi národnostní skupinou respondenta a Čechy, zkušenostmi s jednáním s úřady a schopností komunikovat v českém jazyce. Všechny tyto vybrané charakteristiky sociální opory byly testovány ve vztahu k subjektivnímu vnímání zdraví.

Kontakty v zemi původu udržuje většina respondentů. Nejčastěji zemi svého původu navštěvují Vietnamci, významně méně pak Ukrajinci a Mongolové. Statisticky významně častěji nenavštěvují zemi původu respondenti s dobou pobytu do čtyř let a respondenti s nedostatečným příjmem. Přítomnost osoby ochotné pomoci udávají nejčastěji respondenti z Ukrajiny. Pokud jde o počet těchto osob nejčastěji respondenti udávají 1 až 2 osoby. Občané České republiky udávají nejčastěji přítomnost 3 - 5 osob ochotných jim pomoci. Pocit dostatku přátel udávali nejčastěji respondenti z Ukrajiny. Pocit uznání a spokojenosti mezi Čechy udávali nejčastěji respondenti ze straší generace.

Českou republiku jako domovský stát vnímají častěji Ukrajinci než Vietnamci a Mongolové, dále pak respondenti s pocitem jistoty zaměstnání a spokojenosti s životní úrovní. Zkoumána byla i sociální opora v souvislosti s jednáním s úřady a cizineckou policií. Jako špatné či neutrální hodnotí zkušenosti z těchto jednání převážně respondenti z Vietnamu a respondenti s dobou pobytu v rozmezí od 1 do 4 let.

V rámci výzkumného šetření se nepodařilo prokázat statisticky významný vztah mezi subjektivním vnímáním zdraví a udržováním kontaktů v zemi původu a přítomností osoby, na kterou se může respondent obrátit s žádostí o pomoc. Prokázán byl ovšem vztah mezi ostatními charakteristikami sociální opory, subjektivním hodnocením zdraví, přítomností deprese a stresových symptomů psychického a fyzického původu. Respondenti, kteří se cítí v ČR jako doma, udávají pocit uznání od Čechů a velmi dobré chování od zaměstnavatele hodnotí své zdraví statisticky významně častěji jako velmi dobré až dobré.

Respondenti, kteří mají špatné až velmi špatné zkušenosti s jednáním s úřady, se subjektivně cítí průměrně (ani dobře ani špatně). Pocity uznání od Čechů, spokojenosti mezi Čechy, vnímání ČR jako domovského státu a hodnocení vztahu mezi národnostní skupinou respondenta a Čechy statisticky významně častěji udávají respondenti, kteří nemají přítomny známky deprese. Pocity uznání od Čechů, spokojenosti mezi Čechy, vnímání ČR jako domovského státu a hodnocení vztahu mezi národnostní skupinou respondenta a Čechy statisticky významně častěji udávají respondenti, kteří nemají přítomny stresové symptomy psychického původu. Pocit uznání od Čechů statisticky významně častěji udávají respondenti, kteří netrpí přítomností stresových poruch fyzického původu. Pocit nedostatku přátel statisticky významně častěji mají

respondenti, kteří udávají přítomnost stresových symptomů psychického a fyzického původu.

Jako velmi důležitá se v oblasti sociální opory ukázala schopnost komunikovat v českém jazyce, kde se potvrdily i signifikantní vztahy v souvislosti se subjektivním hodnocením zdraví.

Mezi opatření, která by zlepšila stav v oblasti sociální opory u imigrantů lze navrhnout především realizaci aktivit zaměřených na zlepšování jejich jazykových dovedností. Důležitá je zde podpora nestátních neziskových organizací a ostatních institucí, které organizují jazykové kurzy pro cizince (pořádání jazykových kurzů i v odlehlejších oblastech a vzhledem k pracovnímu vytížení imigrantů i o víkendech). Vhodné jsou také kurzy sociokulturního minima a komunitní projekty zaměřené na sbližování minorit s většinovou populací (multikulturní večery, akce pro rodiny s dětmi, festivaly a happeningy). Dalším doporučením je věnovat se zefektivnění komunikace mezi imigranty a institucemi jako je např. cizinecká policie a úřady státní správy (např. celoživotní vzdělávání zaměstnanců, přítomnost tlumočnicků, osvětové akce).

6.2 Stěžejní výsledky a doporučení pro praxi v oblasti stres

Trvající pocity úzkosti, nejistoty, nízkého sebevědomí, sociální izolace a nedostatku kontroly nad vlastní prací a soukromým životem mají mimořádně silné účinky na zdraví (Wilkinson, Marmot, 2005). Na duševní zdraví, pocit užitečnosti a sounáležitosti má pozitivní vliv sociální opora (Taylor, 2007). Menší množina sociálních sítí, která neposkytuje dostatečnou emociální oporu jako v zemi původu, je spojována se zvýšením zdravotních rizik mezi přistěhovalci (Ho 2004)

Cílem této části šetření bylo testování vztahu mezi zvolenými charakteristikami stresu a subjektivním vnímáním zdraví. Dalšími cíli šetření bylo zhodnocení výskytu mimořádných událostí, které mají vliv na zdravotní či psychický stav imigrantů. Dále pak zmapování přítomnosti stresových symptomů psychického a fyzického původu, míry deprese a nejčastějších způsobů řešení stresových situací.

Prožití mimořádné negativní situace po příjezdu do České republiky udávali statisticky významně častěji muži. Z národností pak Vietnamci ve více než polovině případů, kdežto Mongolové pouze ve čtvrtině případů. Signifikantní vztah se potvrdil i v souvislosti se subjektivním vnímáním zdraví a chronickou bolestí, kdy respondenti,

kteří prožili negativní situaci, hodnotí své zdraví pouze jako průměrné a častěji udávají přítomnost chronické bolesti. Denně je působení stresu vystavena desetina respondentů a průměrná doba vystavení stresu jsou čtyři měsíce. Nejčastěji vystavení stresovým situacím udávali Mongolové (měsíčně, několikrát ročně), nejméně pak Ukrajinci (nikdy, nepravidelně).

Nejčastějšími způsoby řešení stresových situací je rozhovor s blízkou osobou či rodinným příslušníkem, poslech hudby, kouření, neřešení situace a modlitba. Většina respondentů má přítomny známky lehké, středně silné až extrémně vyjádřené deprese. Častější výskyt deprese se prokázal u mladší generace respondentů a nebyl prokázán u jednotlivých minorit. Prokázán byl i vztah v souvislosti se subjektivním vnímáním zdraví, kdy průměrné hodnocení svého zdraví udávají statisticky významně častěji respondenti, kteří mají přítomnu středně silnou, těžkou až extrémně vyjádřenou depresi.

Z výsledků výzkumného šetření je zřejmé, že se imigranti s dobou pobytu do čtyř let statisticky častěji potýkají s nedostatkem peněz. Tato situace většinou souvisí s nutností splácet dluhy a platit zprostředkovateli zaměstnání. Imigranti, kteří pracují pod zprostředkovatelem, se také často potýkají s protiprávním jednáním ze strany zaměstnavatelů (např. nevyplacení mzdy, srážky ze mzdy, atd.). Všechny tyto okolnosti pak mají velký dopad na duševní zdraví imigrantů. Vhodným opatřením je tedy zlepšení podmínek zaměstnávání imigrantů v ČR a boj proti klientelismu.

V souvislosti se zjištěním Taylora (2007), že na duševní zdraví, pocit užitečnosti a sounáležitosti má pozitivní vliv sociální opora, je vhodné zaměřit opatření v oblasti stresu na zlepšování dostupné sociální opory pro imigranty. Neboť i dle tvrzení Kebzy (2007) může být systém sociální opory chápán jako nárazníkový či tlumící, chránící člověka proti potenciálnímu škodlivému vlivu stresových událostí.

6.3 Stěžejní výsledky a doporučení pro praxi v oblasti doprava

Zdravá doprava se dle Wilkinsona a Marmota (2005) vyznačuje zvýšeným používáním chůze či jízdy na kole nad používáním automobilů či prostředků veřejné dopravy. Postupný vývoj mechanizace snižuje stupeň tělesné námahy a důsledkem automobilové přepravy je kromě znečištěného ovzduší i snížení počtu sociálních kontaktů, které by lidé uskutečnili, pokud by použili hromadnou dopravu nebo využívali chůzi (Wilkinson,

Marmot, 2005). Cílem této části šetření bylo testování vztahu mezi zvolenými charakteristikami v oblasti dopravy a subjektivním vnímáním zdraví. Dalšími cíli šetření bylo zmapování způsobu dopravy, kterou respondenti využívají zejména při cestování do zaměstnání. Sledováno bylo jak využití automobilu, tak alternativních způsobů dopravy. Výzkum byl dále zaměřen na pohyb a pohybově náročnější aktivity respondentů.

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že respondenti využívají k přepravě nejčastěji chůzi, dále pak městskou hromadnou dopravu, jízdu automobilem a jízdu na kole. S prodlužující se délkou pobytu a růstem mzdy se zvyšuje využívání automobilu a klesá počet respondentů, kteří chodí do práce pěšky. Intenzivní chůzi se nejčastěji věnují respondenti z Ukrajiny, následují respondenti z Mongolska a Vietnamu. Náročnější pohybové aktivity statisticky významně častěji provádějí muži, vysokoškoláci a intelektuálně pracující respondenti. Při komparaci využívání chůze a pohybových aktivit mezi imigranty a majoritní populací bylo zjištěno, že chůzi a náročnějším pohybovým aktivitám se více věnuje majoritní populace.

Výzkumné šetření prokázalo signifikantní vztah mezi pohybovými aktivitami, subjektivním hodnocením zdraví a výskytem deprese. Imigranti, kteří uvedli, že se pravidelně věnují chůzi a pohybovým aktivitám, hodnotí své zdraví jako dobré a udávají nepřítomnost známek deprese. Nepodařilo se prokázat vztah mezi způsobem cestování do zaměstnání a subjektivním hodnocením zdraví.

Stěžejní příčinou nedostatku pohybových aktivit je u imigrantů vysoké pracovní vytížení. Imigranti jezdí do ČR právě kvůli práci a pro výdělek a nezbývá jim tedy moc času na volnočasové aktivity, kam pohybové aktivity nesporně patří. Vliv na tuto situaci bude mít délka pobytu imigrantů.

Mezi opatření, která by vedla ke zvýšení pohybové aktivity a využívání aktivních forem transportu patří zejména cílené preventivní programy přizpůsobené specifickým potřebám cílových skupin, organizování pohybových programů v komunitě, dále pak zvyšování celkového povědomí o důležitosti pohybové aktivity jako součásti zdravého životního stylu. Zlepšování infrastruktury pro volnočasovou pohybovou aktivitu v místních podmínkách, budování veřejně přístupných sportovišť, parků a otevřených prostor, turistických a cyklistických stezek, chodníků.

6.4 Stěžejní výsledky a doporučení pro praxi v oblasti dětství

Cílem této části šetření bylo zmapování vlivů působících na respondentky během těhotenství a po porodu. Zároveň byl výzkum zaměřen na zdraví dětí respondentů a dostupnost zdravotní péče pro děti imigrantů. Většina respondentek navštěvuje preventivní gynekologické prohlídky, pokud je nenavštěvují, pak jako důvod uvádějí nedostatek času, neuzavření pojistky, finanční náročnost a neochotu navštívit lékaře. S rostoucí délkou pobytu přibývá respondentek, které prohlídky navštěvují. Během těhotenství respondentky dodržovaly pravidelné prohlídky a průběh jejich těhotenství byl z většiny fyziologický. Více než čtvrtina respondentek musela v době těhotenství pobývat v zakouřeném prostředí, nejčastěji se jednalo o Mongolky. Velké procento respondentek v těhotenství pracovalo 9 a více hodin, náročnost práce hodnotily jako středně či spíše náročnou. Pokud respondentky uváděly přítomnost stresu v těhotenství, byl jeho příčinou nejčastěji nedostatek financí, strach ze ztráty zaměstnání, obava ze ztráty bydlení, obava o zdraví dítěte, problém se zaplacením nákladů spojených s porodem, samota a nepřítomnost pomoci.

Zdravotní stav nejmladších dětí dle výpovědi respondentů - rodičů je dobrý, většina prodělala jen běžná dětská onemocnění. Ukrajinci statisticky významně častěji udávají, že jejich děti jsou vystaveny stresovým situacím. Pokud jsou děti vystaveny stresujícím situacím, jedná se zejména o rodinné konflikty, usídlení v nové zemi, ztrátu kamarádů a problémy ve škole. Nejčastěji mají děti uzavřeno veřejné zdravotní pojištění, následuje smluvní zdravotní pojištění, pojištění uzavřené mimo Českou republiku a pojištění neodkladné péče. Více než desetina dětí respondentů není zdravotně pojištěna. Většina dětí dodržuje preventivní prohlídky u praktického lékaře pro děti a dorost, nižší účast je zaznamenána u preventivních prohlídek u stomatologa. Stomatologa navštěvují významně častěji děti respondentů z Ukrajiny, oproti respondentům z Mongolska. Předepsaná očkování nejsou dodržena u 10 procent dětí. Zkoumáno bylo také zázemí vytvořené pro dítě, které nejčastěji udávají Ukrajinci a respondenti s délkou pobytu v rozmezí 11 a více let.

Vzhledem k nízkému počtu respondentů s dětmi se nepodařilo získat dostatečné množství dat, která by mohla být statisticky testována. Předložené výsledky jsou tedy spíše popisem stávající situace bez určení signifikantní vztahů a závislostí.

Mezi opatření vedoucí k zlepšení situace v oblasti dětství patří hlavně umožnění účasti na veřejném zdravotním pojištění všem legálně usazeným imigrantům, neboť přístup dětí imigrantů ke zdravotní péči je zdravotním pojištěním značně limitován.

7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ABRAIDO-LANZA, A. F., M. T. CHAO a K.R. FLOREZ, 2005. Do healthy behaviors decline with greater acculturation? Implications for the Latino mortality paradox. *Social Science & Medicine*. 61 (6), 1243–1255. ISSN 0037-7856.
- Analýza přístupu žen imigrantek a mužů imigrantů ke vzdělávání a na trh práce v ČR* (2007). Praha: Cizinci v České republice. [online]. [cit. 2011-07-20]. Dostupné z: http://www.cizinci.cz/files/clanky/484/Analyza_imigranti.pdf
- ANDERSEN, B., 2000. ALL-cause mortality associated with physical activity during leisure time, work, sport and cycling to work. *Archives of internal medicine*. 160, 1621-1628. ISSN 0003-9926.
- ARMSTRONG, D., 2003. *Outline of Sociology as applied to Medicine*. London: Arnold, ISBN 0-7236-0565-3.
- AROIAN, K., (2010). Adaptation and Psychometric Evaluation of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support for Arab Immigrant Women. *Health Care for Women International*. 31, 153–169. ISSN 1096-4665.
- ASADA, Y. a T. HEDEMANN., 2002. A problem with the individual approach in the WHO health inequality measurement. [online]. [cit. 2012-03-02]. Dostupné z: <http://www.equityhealthj.com/content/1/1/2>
- BAILEY, R. K., H. L. BLACKMON a F. L. STEVENS., 2009. Major depressive disorder in the African American population: Meeting the challenges of stigma, misdiagnosis and treatment disparities. *Journal of The National Medical Association*. 101 (11), 1084-1089. ISSN 0027-9684.
- BARTLEY, M., A. SACKER, a P. CLARKE., (2004). Employment status, employment conditions, and limiting illness: prospective evidence from the British household panel survey 1991–2001. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 58. 501–506. ISSN 1470-2738.
- BEHARKOVÁ, N., 2012. Komparace postojů české a slovenské populace k ochraně zdraví. Disertační práce. Brno: Masarykova univerzita.
- BERKMAN, L. F., T. GLASS, I. BRISSETTE a T. E. SEEMAN., 2000. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science and Medicine*. 51. 843-857. ISSN 0037-7856.

- BERRIGAN, D., K. DODD, R. P. TROIANO, B. B. REEVE a BALLARD-BARBASH, R., 2006. Physical activity and acculturation among adult Hispanics in the United States. *Research Quarterly for Exercise & Sport*. 77 (2), 147–157. ISSN 0270-1367.
- BERRY, J. W., 2006. Contexts of acculturation. In D. L. Sam & J. W. Berry, *The Cambridge handbook of acculturation psychology*. New York: Cambridge University Press. ISBN 978-0521614061.
- BERRY, J. W., 2001. A Psychology of Immigration. *Journal of Social Issues*. 57(3), 615–631. ISSN 1540-4560.
- BERRY, J. W., 2005. Acculturation: Living successfully in two cultures. *International Journal of Intercultural Relations*. 29(6), 697–712. ISSN 0147-1767.
- BHUGRA D., 2004. Migration and mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 109. 243–258. ISSN 1600-0447.
- BLUMENBERG, E., 2009. Moving in and moving around: immigrants, travel behavior, and implications for transport policy. *Transportation Letters: The International Journal of Transportation Research*. 1, 169–180. ISSN 1942-7867.
- BOSE, P. S., 2013. Building sustainable communities: Immigrants and mobility in Vermont. *Research in Transportation Business & Management*, 7, 81–90. ISSN 2210-5395.
- BRABCOVÁ, I., 2009. Zdravotní stav imigrantů ve vybrané lokalitě České republiky I. – psychosociální determinanty zdraví. *Kontakt*. 11 (2). 358–370. ISSN 1212-4117.
- BRABCOVÁ, I., A. MACHOVÁ a M. VÍTEČKOVÁ, 2010. Zdravotní stav imigrantů ve vybrané lokalitě České republiky II. - závislost, výživa, doprava. *Kontakt*, 12, 55-56. ISSN 1212-4117.
- BRETTSCHEIDER, W. a R. NAUL. 2004. *Study on zouny people's lifestyles and sedentariness and the role of sport in the kontext of education and as a means of restoring the balance*. Germany: Paderborn. ISBN 3-631-56469-4.
- BUCKSCH, J., 2010. Demographic, psychological, social and environmental correlates to meeting HEPA recommendation in German youth. *Gymnica*, 40 (30), ISSN 1212-1185.
- BUCHTOVÁ, B., 2007. *Nezaměstnanost – technologické a sociální proměny práce*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-4422-7.

- CAPLAN, G., 1974. *Support systems and community mental health*. New York: Behavioural Publications. ISBN 0-19-512670-X.
- CARSWELL, K., P. BLACKBURN a C. BARKER., 2009. The relationship between Trauma, Post-migration Problems and the psychological well-being of refugees and asylum seekers. *International Journal of Social Psychiatry*. 2. ISSN 1741-2854
- Cizinci podle věku a pohlaví 2011*, 2011. Praha: Český statistický úřad. [online]. [cit. 2012-05-28]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/CB00458008/\\$File/141412_t1-08.xls](http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/CB00458008/$File/141412_t1-08.xls)
- COHEN, S., L. G. UNDERWOOD a B. H. GOTTLIEB., 2000. *Social relationships and health*. In S. Cohen, L. G. Underwood, B. H. Gottlieb, (Eds.), Social support, measurement and intervention. Oxford: Oxford University Press. ISBN 019512670X.
- COLLINS, M. 2004. Sport, physical activity and social exclusion. *Journal of Sports Science*. 22, 727-740. ISSN 0264-0414.
- CRESPO, C. J., E. SMIT a O. CARTER-POKRAS, 2001. Acculturation and leisure-time physical inactivity in Mexican American Adults: results from NHANES III, 1988-1994. *American Journal of Public Health*, 91. 1254-7. ISSN 0090-0036.
- CRESPO, C. J., E. SMIT, R. E. ANDERSEN, O. CARTER-POKRAS a B. E. AINSWORTH, 2000. Race/ethnicity, social class and their relation to physical inactivity during leisure time: results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988–1994. *American Journal of Preventive Medicine*. 18 (1), 46–53. ISSN 0749-3797.
- DOBIÁŠOVÁ, K. a H. HNILICOVÁ, 2009. *Zpráva o stavu zdraví a zdravotní péči pro migranty v ČR – výzkumná zpráva* [online]. [cit. 2011-28-12]. Dostupné z: http://www.eifzvip.cz/dokumenty/Zprava_o_stavu_zdravi_migrantu_v_CR.pdf
- DOBIÁŠOVÁ, K., N. KŘEČKOVÁ TŮMOVÁ a O. ANGELOVSKÁ, 2006. *Zdravotní péče o děti cizinců v ČR*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky. ISBN 80-86626-53-2.
- DOBIÁŠOVÁ, K., O. VYSKOČILOVÁ, B. ČABANOVÁ, P. ŠEBEK a N. TŮMOVÁ-KŘEČKOVÁ, 2004. *Zdravotní stav a péče o zdraví občanů bývalého SSSR pobývajících dlouhodobě v ČR a občanů ČR. Závěrečná zpráva z výzkumu z roku 2003*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky. ISSN 1213-8096.

- DRBOHLAV, D., 2001. Mezinárodní migrace obyvatelstva – pohyb i pobyt (Alenky v kraji divů). In: Šišková, T. *Menšiny a migranti v České republice: my a oni v multikulturní společnosti 21. století*. Praha: Portál, s 17–30. ISBN 80-7178- 648-9.
- DRBOHLAV, D. 2011. Imigrace a integrace cizinců v Česku: Několik zastavení na cestě země v její migrační proměně z Davida na téměř Goliáše. *Geografie*. 116 (4). 401-421. ISSN 1212-0014
- DRBOHLAV, D., M. LUPTÁK, E. JANSKÁ a P. ŠELEPOVÁ, 2001. Ukrajinská komunita v České republice. In: Šišková, T. *Menšiny a migranti v České republice: my a oni v multikulturní společnosti 21. století*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-648-9.
- DRBOHLAV, D., M. LUPTÁK, E. JANSKÁ, a P. ŠELEPOVÁ, 1999. *Ukrajinská komunita v České republice*. Výzkumná zpráva projektu pro MV ČR. Praha: Přírodovědecká fakulta UK v Praze. ISBN neuvedeno
- DRESSLER, W. W., 1993. Health in African American community: accounting for health inequalities. *Medical Anthropology Quarterly*. 7, 324-45. ISSN 1548-1387.
- DVOŘÁKOVÁ, J. et al., 2005. Metody sociální práce s imigranty a uprchlíky. 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. ISBN 8086224-51-1.
- DVOŘÁKOVÁ, J. et al., 2008. *Metody sociální práce s imigranty, azylanty a jejich dětmi*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-097-3.
- EDELSTEIN, B. L. (2006). The dental caries pandemic and disparities problem. *BMC Oral Health*, 6(Suppl 1), S2. ISSN 1472-6831.
- EGGEBEEN, D. J. 1992. Family Structure and Intergenerational Exchanges. *Research on Aging*. 14, 427-447. ISSN 0164-0275.
- EVENSON, K. R., O. L. SARMIENTO a G. X. AYALA, 2004. Acculturation and physical activity among North Carolina Latina immigrants. *Social Science & Medicine*. 59 (12), 2509–2522. ISSN 1243–1255.
- Evropské výběrové šetření o zdraví v České republice EHIS 2008*, 2011. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. ISBN 978-80-7280-916-5.
- FAZEL, M. a A. STEIN., 2003. Mental health of refugee children: comparative study, *British Medical Journal*, 327(7407), 134. ISSN 0267-0623.

- FIALA, J., 2006. *NUTRIFIA, nutriční software pro rychlé hodnocení*. Brno: Ústav preventivního lékařství, Lékařská fakulta Masarykovy univerzity. ISBN neuvedeno.
- FIELD, J., 2003. *Social capital*. London: Routledge. ISBN 1-874418-46-2.
- FIORI, K. L., T. C. ANTONUCCI a K. S. CORTINA., 2006. Social network typologies and mental health among older adults. *The Journals of Gerontology*. 61(1), 25-32. ISSN 1758-535X.
- GEE, G. C., S. S. MICHAEL, J. CHEN a D. TAKEUCHI, 2007. A nationwide study of discrimination and chronic health conditions among Asian Americans. *American Journal of Public Health*. 97, 1275–1282. ISSN 1741-3850.
- GILLILAND, M. P. a H. A. BUSH, 2001. Social support for family caregivers: Toward a situation-specific theory. *The Journal of Theory Construction & Testing*. 5, 53-62. ISSN 1086-4431.
- GOODMAN, A., P. VIKRAM a D. A. LEON, 2008. Child mental health differences amongst ethnic groups in Britain: a systematic review. *BMC Public Health*. 8, ISSN 1471-2458.
- HAO, L., 2003. Private Support and Public Assistance for Immigrant Families. *Journal of Marriage and Family*. 65, 36-51. ISSN 1741-3737.
- HARKER, K., 2001. Imigrant gencratioti, assimilation and adolescent psychological wellbeing. *Social Forces*. 79, 969-1004. ISSN 1534-7605
- HARTL, P. a H. HARTLOVÁ, 2010. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 978-80-73-67-686-5.
- HASSMILLER, K. M., K. E. WARNER, D. MENDEZ, D. T. LEVY a E. ROMANO, 2003. Nondaily smokers: who are they? *American Journal of Public Health*. 93, 1321–1327. ISSN 00900036.
- HEIKKINEN, E., 2010. *A life course approach: research orientations and future challenges*. *European Group for Research into Elderly and Physical Activity (EGREPA)*. *European Review of Aging and Physical Activity*. 8, 7–12. ISSN 1861-6909.
- HERNÁNDEZ- PLAZA, S., C. POZO a E. ALONSO-MORILLEJO., 2004. The Role of Informal Social Support in Needs Assessment: Proposal and Application of a Model to Assess Immigrants' Needs in the South of Spain. *Journal of Community & Applied Social Psychology*. 14, 284–298. ISSN 1052-9284

- HLADKÝ, A., 1993. *Zdravotní aspekty zátěže a stresu*. Praha: Katedra psychologie Filosofické fakulty Univerzity Karlovy. ISBN 80-7066-784-2.
- HNILICOVÁ, H, a K. DOBIÁŠOVÁ, 2009a. *Zdravotní pojištění cizinců v ČR*. Praha: Středisko vzdělávání ve zdravotní péči o občany z třetích zemí. [online]. [cit. 2012-07-04]. Dostupné z: <http://eifzvip.cz/e-knihovna.html>
- HNILICOVÁ, H. a K. DOBIÁŠOVÁ, 2009b. *Zpráva o stavu zdraví a zdravotní péče pro imigranty v ČR*. Praha: Mighealth.net/cz. [online]. [cit. 2012-07-04]. Dostupné z: http://mighealth.net/cz/images/d/dc/Zpr%C3%A1va_o_stavu_zdrav%C3%AD_migrant%C5%AF_v_%C4%8CR_na_web.pdf
- HO, E., 2004. Mental health of Asian immigrants in New Zealand: A review of key issues. *Asian and Pacific Migration Journal*. 13, 39–60. ISSN 0117-1968.
- HODAŇ, B., 1997. *Úvod do teorie tělesné kultury*. Olomouc: Vydavatelství univerzity Palackého. ISBN 80-7184-580-9.
- HOLČÍK, J., 2001. Sociální determinanty zdraví. Základní fakta a doporučení pro praxi v kontextu programu Zdravá města. *Časopis lékařů českých*. 140 (1), 3-7. ISSN 1803-6597.
- HOLČÍK, J., 2004. *Zdraví 21. Výklad základních pojmů. Úvod do evropské zdravotní strategie. Zdraví pro všechny ve 21. století*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR. ISBN 80-85047- 33-0.
- HOLČÍK, J., 2009. *Zdravotní gramotnost a její role v péči o zdraví*. Brno: MSD, spol. s r.o., Škola a zdraví pro 21. století. ISBN 978-80-7392-089-0.
- HÖSCHL, C., 2002. *Poruchy nálady*. In: Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J. *Psychiatrie*. Praha: Trigis. ISBN 82-900130-1-5.
- HOSPER, K., V. NIERKENS, M. NICOLAOU a K. STRONKS, 2007. Behavioural risk factors in two generations of non-Western migrants: do trends converge towards the host population? *European Journal of Epidemiology*. 22 (3), 163–172. ISSN 0393-2990
- HOŠEK, V., 2000. Kinezioprotekce kvality života. *Studia Kinanthropologica I*, 11 - 15. ISSN 1213-2101.
- HŮBELOVÁ, D., 2012. *Cizinci na území České republiky*. [online]. [cit. 2012-11-12]. Dostupné z www.mvpraha.cz

http://www.prihlaskanavysokou.cz/respo/2012/pdf/Hubelova_Dana_RESPO2012_Ci_zinci_na_uzemi_Ceske_republiky.pdf

- HUPCEY, J. E., 2001. The meaning of social support for the critically ill patient. *Intensive and Critical Care Nursing*. 17, 206-212. ISBN 1532-4036.
- CHARVÁT, J., 1973. *Život, adaptace a stres*. Praha: Avicenum, ISBN neuvedeno
- INTERNATIONAL ORGANIZATIONS FOR MIGRATION. 2004. *Migrations Trends in Selected EU Applicant Countries*, IOM. ISBN 92-9068-182-9.
- IVANOVÁ, K., 2005. *Systém zdravotní a zdravotnické péče o cizince*, Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1212-1.
- JUDGE, K., S. PLATT, C. COSTONGS, a K. JURCZAK, 2006. *Health Inequalities: a Challenge for Europe*. An independent, expert report commissioned by the UK Presidency of the EU. [online]. [cit. 2012-04-02]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_060302_r_05_en.pdf
- JURIČAN, A. B., 2010. Health-enhancing physical activity: Case study in Slovenia. *Gymnica*. 40 (30), ISSN 1212-1185.
- KANDULA, N. R. a D. S. LAUDERDALE, 2005. Leisure time, non-leisure time, and occupational physical activity in Asian Americans. *Annals of Epidemiology*. 15 (4), 257–265. ISSN 1047-2797.
- KAŇOVÁ, P., 2002. *Sociální determinanty zdraví*. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita
- KAŇOVÁ, P., 2007. *Sociální determinanty nerovností ve zdraví*. Disertační práce. Brno: Masarykova univerzita
- KEBZA V. a I. ŠOLCOVÁ, 2004. *Komunikace a stres*. Praha: Státní zdravotní ústav, ISBN 80-7071-246-5.
- KEBZA, V., 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia. ISBN 80-200-1307-5.
- KEBZA, V., 2007. *Sociální opora jako významný protektivní faktor*. Multimediální podpora výuky klinických a zdravotnických oborů. Praha: 1. lékařská fakulta Karlovy Univerzity v Praze. [online]. [cit. 2011-07-19] Dostupný z: <http://portal.lf1.cuni.cz/clanek-764-socialni-opora-jako-vyznamny-protektivni-faktor>

- KELAHER, M., 2001. Health issues among Filipino women in remote Queensland, *Australian Journal of Rural Health*. 9, 150–157. ISSN 1038-5282.
- KELLER, J., 1998. *Naše cesta do prvohor*. Praha: Slon, ISBN 80-85850- 64-8.
- KIM, H. K. a P. C. MCKENRY, 1998. Social Networks and Support: A Comparison of African Americans, Asians, Caucasians, and Hispanics. *Journal of Comparative Family Studies*. 29(2), 313-334. ISSN 0047-2328.
- Komise Evropských společenství. 2007. *Bílá kniha o sportu*. Brusel. [online]. [cit. 2013-07-01] Dostupné z: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0279:FIN:CS:PDF>
- Koncepce integrace cizinců v roce 2005 a její další rozvoj*, 2006. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. [online]. [cit. 2011-04-08]. Dostupné z: http://www.cizinci.cz/files/články/324/KIC_aktualizovaná.pdf
- KRAUSE, N., 1997. Anticipated support, received support, and economic stress among older adults. *Journal of Gerontology*. 52, 284-293. ISSN 1758-5368.
- KRCHOVÁ, A., M. VÍZNEROVÁ a P. KUTÁLKOVÁ, 2008. Ženy migrantky v České republice. Uvedení do problematiky. Praha: Evropská kontaktní skupina. [online]. [cit. 2011-07-05]. Dostupné z: <http://www.ekscr.cz/content/files/5-Migrantky-cz.pdf>
- KRISSMAN, F., 2005. Sin Coyote Ni Patrón: Why the “Migrant Network” Fails to Explain International Migratio, *International Migration Review*. 39(1), 4-44. ISSN 0197-9183.
- KRISTIANSEN, K, A. MYGIND, a A. KRÁŠNIK, 2007. Health effects of migration. *Dan Med Bull*. 54, 46-7. ISSN 0907-8916.
- KŘIVOHLAVÝ, J., 1997. *Jak zvládat depresi*. Praha: Galen. ISBN 80-247-0575-3.
- KŘIVOHLAVÝ, J., 2001. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-568-4.
- KŘIVOHLAVÝ, J., 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. ISBN 8024701790.
- KURIAN, A. K. a K. M. CARDARELLI, 2006. Racial and ethnic differences in cardiovascular disease risk factors: a systematic review. *Ethnicity & disease*. 17 (1), 143–152. ISSN 1049-510X.
- LANDALE, N. S. a R. S. OROPESA. 2001. Migration, social support and perinatal health: An origindestination analysis of Puerto Rican women. *Journal of Health and Social Behavior*. 42, 166–183. ISSN 0022-1465.

- LEPORE, S. 1992. Social conflicts, social support, and psychological distress: evidence of cross-domain buffering effects. *Journal of Personality Social Psychology*. 63, 857 - 867. ISSN 0022-3514.
- LIGHT, I a S. J. GOLD, 2000. *Ethnic Economies*. San Diego: Academic Press. ISBN 10: 0122871553.
- LINDERT, J., M. SCHOULER-OCAK, A. HEINZ a S. PRIEBE, 2008. Mental health, health care utilisation of migrants in Europe. *European Psychiatry*. 23, 14 - 20, ISSN 0924-9338.
- LYNAM, M. J. 1987. The parent network in pediatric oncology. *Cancer Nursing*, 10, 207-216. ISSN 1538-9804.
- MACINKO, J. a B. STARFIELD, 2002. Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980-2001. *International Journal for Equity in Health*. [online]. [cit. 2012-06-03]. Dostupné z: <http://www.equityhealthj.com/content/1/1/1>
- MAGWAZA, A. S a K. BHANA, 1991. Stress, locus of control, and psychological status in Black South African migrants, *The Journal of Social Psychology*, 13 (2), 157–164. ISSN 1099-0992.
- MARMOT, M. a R. WILKINSON, 1999. *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press. ISBN 0-19-263069-5.
- MARMOT, M. G., G. D. SMITH, S. STANSFELD, C. PATEL, F. NORTH, a J. HEAD, 1991. Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II Study. *Lancet*. 337, 1387–1393. ISSN 0140-6736.
- MATOUŠEK, O., 1993. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Sociologické nakladatelství, ISBN 80-901424-7-8.
- MATOUŠEK, O., 2008. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-368-0.
- McCARTHY, C. a D. F. MARKS, 2010. Exploring the Health and Well-being of Refugee and Asylum Seeking Children. *Journal of Health Psychology*. 15 (4), 586-595. ISSN 1359-1053.
- MEADOWS, S. O., J. S. BROWN, a G. H. ELDER, 2006. Depressive symptoms, stress, and support: Gendered trajectories from adolescence to young adulthood, *Journal of Youth and Adolescence*. 35 (1), 89-99. ISSN 1573-6601.

- Migration, health and human rights*. Migration and Health Newsletter 2002. [online]. Ženeva. No 2. [cit. 2011-07-20]. Dostupné z: http://www.who.int/hhr/activities/en/intl_migration_hhr.pdf
- MIKULÁŠTÍK, M., 2007. *Manažerská psychologie*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-1349-6.
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, *Národní zpráva o rodině*. 2005. [online]. [cit. 20. 7. 2011]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/clanek.php?lg=1&id=898>
- MLADOVSKY, P., 2007. *Migration and health in the EU. Research note for EC Directorate-General Employment, Social Affairs and Equal Opportunities. Unit E1 - Social and Demographic Analysis*. [online]. [cit. 2012-11-02]. Dostupné z [www z: http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_situation/rn_migration_health.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_situation/rn_migration_health.pdf).
- MLEZIVA, E., 1967. Sociologie dopravy. *Doprava*, 2. ISSN 0012-5520.
- MURRAY, C. J. L., E. GAKIDOU a J. FRENK, 1999. Health inequalities and social group differences: what should we measure? *Bulletin of the World Health Organization*. 77, 537-543. ISSN 0042-9686.
- NAZAROO, J. Y., a D. R. WILLIAMS, 2006. The social determination of ethnic/racial inequalities in health. In Marmot, M., Wilkinson, R. G. (ed.): *Social Determinants of Health*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press 2006. ISBN 92 890 1371 0.
- NAZROO, J. Y., 2004. Genetic, cultural or socioeconomic vulnerability? Explaining ethnic inequalities in health. In: Bury, M., Gabe, J. *The Sociology of Health and Illness*. A Leader. London/New York: Routledge, ISBN 0745628273.
- NAZROO, J. Y. 2001. South Asian people and heart disease: an assessment of the importance of socioeconomic position. *Ethnicity and Disease*. 11, 401-411. ISSN 1049-510X.
- NEWBOLD, B. K., 2005. Self-rated health within the Canadian immigrant population: risk and the healthy immigrant effect. *Social Science & Medicine*. 60(6), 1359–1370. ISSN 0277- 9536.
- NICDAO, E. G, S. HONG a D. T. TAKEUCHI. 2008. Social support and the use of mental health services among Asian Americans: results from the national Latino and

- Asian American study. *Research in Sociology of Health Care*. 26, 167–84. ISSN 0275-4959.
- NOSKOVÁ, H., 2005. Migrace ve 20. a 21. století. In *Migrace, tolerance, integrace: Sborník z mezinárodní vědecké konference konané ve dnech 21. a 21. září 2005 ve Slezském ústavu slezského zemského muzea v Opavě II*. Opava: Slezský ústav Slezského zemského muzea. ISBN 80–86224-51–1 .
- O'SHEA, B., M. HODES, G. DOWN a J. BRAMLEY, 2000. A school-based Mental Health Service for Refugee Children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 5, 189 – 201. ISSN 1461-7021.
- OPPEDAL, B., E. ROYSAMB a S. HEYERDAHL. 2005. Ethnic group, acculturation, and psychiatric problems in young immigrants, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 46 (6), 646–660. ISSN 1469-7610.
- ORTEGA, A. N., J. M. FELDMAN, G. CANINO, K. STEINMAN a M. ALEGRÍA, 2006. Co-occurrence of mental and physical illness in US Latinos. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 41, 927–934. ISSN 1433-9285.
- Participaction*. 2004. The Mouse That Roared: A Marketing and Health Communications Success Story. *Canadian Journal of Public Health*, ISSN 00084263.
- PRŮCHA, J., 2004. *Interkulturní psychologie - sociopsychologické zkoumání kultur, etnik, ras a národů*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-709-1.
- PUMARIEGA, A.J., E. ROTHE a J. B. PUMARIEGA, 2005. Mental health on immigrants and refugees. *Community Mental Health Journal*. 41 (5), ISSN 0010-3853.
- RABOCH, J. a P. PAVLOVSKÝ. 1999. *Psychiatrie - minimum pro praxi*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-423-3.
- REGIDOR, E., 2004. Measures of health inequalities: part 1. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 58, 858-861. ISSN 1470-2738.
- ROGERS, R. G., 1992. Living and dying in the U.S.A.: sociodemographic determinants of death among black and whites. *Demography*. 29, 287-303. ISSN 0070-3370.
- SANCHEZ, T. W., R. STOLZ a J. S. MA, 2004. Inequitable effects of transportation policies on minorities. *Transportation Research Record* 1885, 104–110. ISSN. 0361-1981.

- SAREEN, J., B. J. COX, I. CLARA a G. J. ASMUNDSON, 2005. The relationship between anxiety disorders and physical disorders in the U.S. National Co-morbidity Survey. *Depression and Anxiety*. 21, 193–202. ISSN 1520-6394.
- SCAMBLER, G., 1997. *Sociology as applied to medicine*. London: W. B. Saunders. ISBN 0-7020-2275-6.
- SEKOT, A., 2006. *Sociologie sportu*. Brno: Paido, ISBN 80-210-4201-X.
- SEKOT, A., 2008. Sociologické problémy sportu. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2562-8.
- SHUVAL, J. T., 1993. *Migration and stress*. In L. Goldberger, S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress*. New York: Free Press. ISBN 978-0-387-32516-3.
- SCHEERDER, J., B. VANREUSEL a M. TAKS, 2005. Stratification Patterns of Active Sport Involvement Among Adults: Social Change and Persistence. *International Review for the Sociology of Sport*. 40, (2), 139-162. ISSN 1461-7218.
- SCHEERDER, J., B. VANREUSEL, M. TAKS, a R. RENSON. 2002. Social Sports Stratification in Flanders 1969-1999: Intergenerational Reproduction of Social Inequalities? *International Review for the Sociology of Sport*. 37 (2), 219-245. ISSN 1012-6902
- SCHMEIDLER, K., 2004. Mobility management – příspěvek k řešení ekologické problematiky dopravy ve městech. *EKO – ekologie a společnost*. 15 (5), 26–29. ISSN 1210-4728.
- SCHWARZER, R., a A. LEPPIN, 1991. Social support and health: A theoretical and empirical overview. *Journal of Social Personal Relationship*. 8, 99 - 1. ISSN 0265-4075.
- SIMICH, L., M. BEISER a F. N. MAWAI, 2003. Social support and the significance of shared experience in refugee migration and resettlement. *Western Journal of Nursing Research*. 25, 872-891. ISSN 0193-9459.
- SKILLE, E. A., 2005. Individuality or Cultural Reproduction? Adolescents' Sport Participation in Norway: Alternative versus Conventional Sports. *International Review of Sociology of Sport*. 40 (3), 307-320. ISSN 1461-7218.
- SKŘIVÁNEK, A., 2009. *Prevence by měla být na prvním místě*. Gynekologické minimum. [online]. [cit. 2011-07-20]. Dostupné z: <http://www.gasset.cz/userdata/suplementy/gynekologie-200x270-leden-tisknahled.pdf>

- SLAVIN, L., A. a K. L. RAINER, 1990. Gender differences in emotional support and depressive symptoms among adolescents: A prospective analysis. *American Journal of Community Psychology*. 18, 407–421. ISSN 1573-2770.
- SLEPIČKA, P. a I. SLEPIČKOVÁ, 2002. Sport z pohledu české společnosti I. Praha: *Česká kinantropologická společnost*. 6 (1), ISSN 1211-9261.
- SLEPIČKOVÁ, I., 2005. *Sport a volný čas*. Praha: Univerzita Karlova v Praze. ISBN 80-246-1039-6.
- SMOLÍK, P., 2002. *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85812-18-X.
- STEJSKAL, P., 2004. *Proč a jak se správně hýbat*. Břeclav: Presstempus. ISBN 80-903350-2-0.
- STEWART, M., E. MAKWARIMBA, B. MORTON, A. NEUFELD, L. SIMICH a D. SPITZER, 2010. Social support and health: immigrants' and refugees' perspectives. *Diversity in Health and Care*. 7, 91–103. ISSN 01171968.
- STRONKS, K., A. C. RAVELLI a S. A. REIJNEVELD, 2001. Immigrants in the Netherlands: equal access for equal needs? *Journal of Epidemiology and Community Health*. 55(10), 701–7. ISSN 1470-2738.
- SUNDQUIST, J., 1995. Ethnicity, social class and health. A population-based study on the influence of social factors on self-reported illness in 223 Latin American refugees, 333 Finnish and 126 south European labour migrants and 841 Swedish controls. *Social Science & Medicine*. 40(6), 777–787. ISSN 0277-9536.
- ŠIŠKOVÁ, T., 2001. *Menšiny a migranti v České republice: my a oni v multikulturní společnosti 21. století*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-648-9.
- ŠNÝDROVÁ, I., 2006. *Manažerka a stres*. Praha: Grada, ISBN 80-247-1272-5.
- ŠOLCOVÁ, I., a V. KEBZA, 2002. Sociálně založené nerovnosti ve zdraví: současný vývoj ve světě a stav u nás. *Československá psychologie*. 46(3), 219–24. ISSN 0009-062X.
- ŠOLCOVÁ, I. a V. KEBZA, 1999. Sociální opora jako významný projektivní faktor. *Československá psychologie*. 43(1), 19–38. ISSN 0009-062X.
- ŠOLCOVA, I. a V. KEBZA, 2006. Subjektivní zdraví: současný stav poznatků a výsledky dvou českých studií. *Československá psychologie*. 50 (1), s. 115. ISSN 0009-062X.

- ŠPAČEK, O., 2008. *Sociální diferenciacce aktivní sportovní participace v České republice. Projekt Sdílení hodnot*. Praha: Sociologický ústav AV ČR. [online]. [cit. 2011-07-01] Dostupné z: <http://sdilenihodnot.soc.cas.cz/getfile.php?file=13667965&filename=SocDifSport.pdf>.
- ŠPAČEK, O., 2007. Sport jako statusový symbol. In: *Aktuální otázky sociologie sportu*. Praha: FTVS UK. ISBN 978-80-86317-55-7.
- ŠTIKAR, J., M. RYMEŠ, K. RIEGEL a J. HOSKOVEC, 2003. *Psychologie ve světě práce* (Psychology in the world of work). Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0448-5.
- TAKEUCHI, D. T., M. ALEGRIA, J. S. JACKSON a D. R. WILLIAMS, 2007. Immigration and mental health: Diverse findings in Asian, Black, and Latino populations. *American Journal of Public Health*. 97, 10–12. ISSN 0090-0036.
- TARDY, C. H., 1985. Social support measurement. *American Journal of Community Psychology*. 13, 187–202. ISSN 1573-2770.
- TAYLOR, S. E., 2007. *Social support*. In H. S. Friedman & R. C. Silver (Eds.), *Foundations of health psychology*. New York: Oxford University Press. ISBN 0195139593.
- THOITS, P. A., 1995. Stress, coping, and social support processes: where are we? What next? *Journal of Health Social Behavior*. Extra Issue, 53 -79. ISSN 0022-1465.
- TICHON, J.G. a M. SHAPIRO, 2003. With a little help from my friends: Children, the Internet and social support. *Journal of Technology in Human Services*. 21, 73-92. ISSN 1522-8835.
- TOPINKA, D., K. JANOUŠKOVÁ a P. KLIMENT, 2010. Strategie zvládání obtížných situací cizinci z Ukrajiny a Mongolska. [online]. [cit. 2012-11-12]. Dostupné z www: <http://www.cizinci.cz/files/clanky/940/strategie.pdf>
- TURNEY, K. a G. KAO, 2007 Perceptions of Social Support among Minority Immigrant Parents and Its Association with Elementary School Test Scores ” Paper presented at the 2007 Meeting of the American Sociological Association (ASA). August 2007 (New York, NY). [online]. [cit. 2012-11-12]. Dostupné z www: <http://www.migrationpolicy.org/pubs/COI-EarlyAcademicSuccess.pdf>
- TYCHTL, P., 1999. Děti uprchlíci. In: Dunovský, J., et al. *Sociální pediatrie*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-254-9.

- U.S. Department of Health and Human Services. 2008. *Physical Activity Guidelines for Americans: Be Active, Healthy and Happy!* Washington, D.C. [online]. [cit. 2012-07-01] Dostupné z: <http://www.health.gov/paguidelines/pdf/paguide.pdf>
- VACKOVÁ, J., 2012. Teoretické vymezení koncepce sociálních determinant zdraví. In VACKOVÁ, J. a kol. *Zdravotně sociální aspekty života imigrantů v České republice*. Praha: Triton., s. 46–47. ISBN 978-80-7387-514-5.
- VAĎUROVÁ, H., 2008. Quality of life of cancer children caregivers. In: Řehulková, O., Řehulka, E. a kol. *The quality of life in the contexts [of] health and illness*. Brno: MSD, p. 8. ISBN 978-80-7392-073-9.
- VEGA, W. A., B. KOLODY a J. R. VALLE, 1987. Migration and mental health: An empirical test of risk factors among immigrant Mexican women. *International Migration Review*. 21, 512–530. ISSN 1747-7379.
- VÍZNEROVÁ, H., 2008. Rodičovství a práce v životě migrujících žen. In: Dudová, R. (ed.). *Nové šance a rizika: Flexibilita práce, marginalizace a soukromý život u vybraných povolání a sociálních skupin*. Praha: SOÚ AV ČR. ISBN 978-80-7330-138-5.
- VONDRUŠKA, V., a K. BARTÁK, 1999. *Pohybová aktivita ve zdraví a nemoci*. Hradec Králové: Klinika tělovýchovného lékařství FN a LFUK. ISBN 80-238-4536-5.
- VŠETEČKA, J. a J. PRŮCHA, 2012. *Andragogický slovník*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3960-1.
- WADSWORTH, M. E. J., 1997. Health inequalities in the life course perspective. *Social Science and Medicine*. 44, 859-869. ISSN 0037-7856.
- WARDE, A., 2006. Cultural Capital and the Place of Sport. *Cultural Trends*, 15(2/3), 107-122. ISSN 0954-8963.
- WARNER, F. R., 2007. Social support and distress among Q'eqchi' refugee women in Maya Tecun, Mexico. *Medical Anthropology Quarterly*. 21, 193–217. ISSN 1548-1387.

- WEISS, R. S, 1974. The provision of social relationships, In Z. Rubin (Ed.), *Doing unto others* (s. 77-86), New Jersey: Prentice-Hall. ISBN 978-0-03-083003-7.
- WEISS, T. a R. BERGER, 2008. Posttraumatic Growth and Immigration: Theory, Research and Practice Implications. In Joseph, Stephen – Linley, P. A. eds.: *Trauma, Recovery and Growth. Positive Psychological Perspective on Posttraumatic Stress*. New Jersey: John Wiley and sons. ISBN 9781118269718.
- WHITEHEAD, M., 1994. *The concepts and principles of equity and health*. [online]. [cit. 2012-06-01] Dostupné z: <http://heapro.oxfordjournals.org/content/6/3/217.short>
- WHITTEMORE, R., S. H. RANKIN, C. D. CALLAHAN, M. C. LEDER a D. L. CARROLL, 2000. The peer advisor experience providing social support. *Qualitative Health Research*. 10, 260-276. ISSN 1049-7323.
- WILKINSON, R. a M. MARMOT, 2005. *Sociální determinanty zdraví – Fakta a souvislosti*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky. ISBN 80-86625-46-X.
- WILKINSON, R. G., 1992. Income distribution and life expectancy. *British medical journal*. 304(6820), 165–8. ISSN 1468-5833.
- WONG D. F. K., 2008. Differential Impacts of Stressful Life Events and Social Support on the Mental Health of Mainland Chinese Immigrant and Local Youth in Hong Kong: A Resilience Perspective, *British Journal of Social Work*. 38, 236–252. ISSN 1468-263X.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2002. *A physically Active Life through Everyday transport: whit speciál focus on children and older people and examples and approaches from Europe*. Copenhagen. [online]. [cit. 2012-07-01] Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/87572/E75662.pdf
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2003. *Global strategy on diet, physical activity and health: European regional consultation meeting report*. Copenhagen. [online]. [cit. 2012-07-01] Dostupné z: http://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gskon_cs_report_euro.pdf
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2006. *Promoting Physical Activity and Active Libiny in Urban Environments*. Copenhagen. [online]. [cit. 2012-07-01] Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/98424/E89498.pdf

- WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2007. *Steps to Health: A European Framework to Promote Physical Activity for Health*. Copenhagen. [online]. [cit. 2012-07-01] Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/101684/E90191.pdf
- YEH, G. J., A. B. KIM, S. T. PITUC a M. ATKINS, 2008. Poverty, loss, and resilience: The story of Asian immigrant youth. *Journal of Counseling Psychology*. 55, 34-48. ISSN 0022- 0167
- Základy podpory pohybové aktivity*. 2011. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta tělesné kultury. [online]. [cit. 2012-05-05] Dostupné z: <http://vipa.upol.cz/publikace/kap01.pdf>
- Zdraví 21 – zdraví pro všechny do 21. století*, 2001. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky. ISBN 80-85047-15-2.
- ZEYER, S., P. PETER a J. SIEGRIST, 2002. Socioeconomic differences in children's and adolescents hospital admissions in Germany: a report based on health insurance data on selected diagnostic categories. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 56, ISSN 14702738.
- Zpráva o situaci v oblasti migrace a integrace cizinců na území České republiky v roce 2011*. 2012. Praha: MVČR. [online]. [cit. 2012-11-02]. Dostupné z [www: http://www.mvcr.cz/clanek/integrace.aspx](http://www.mvcr.cz/clanek/integrace.aspx)

8. KLÍČOVÁ SLOVA

imigranti;

sociální determinanty zdraví;

sociální opora;

stres;

doprava;

dětství

9. SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BMI	Body Mass Index
COST	Cooperation on Scientific and Technical Research
CSDH	WHO's Commission on Social Determinants of Health
ČR	Česká republika
ČSÚ	Český statistický úřad
df	degrees of freedom/stupně volnosti, tj. charakteristika provedeného testu z pohledu počtu porovnávaných kategorií
EHP	Evropský hospodářský prostor
EU	Evropská unie
IGA ČR	Interní grantová agentura České republiky
IZPE	Institut zdravotní politiky a ekonomiky
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví ČR
NHS	National Health Service – Národní zdravotní služba Velké Británie
NUTRIFIA	nutriční software
PTSD	post-traumatická stresová porucha
SES	socioekonomický status
SPSS	Statistical Package for Social Sciences (statistický software)
SZÚ	Státní zdravotnický ústav
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
WHO	World Health Organization, Světová zdravotnická organizace
HEPA	Evropská síť zdraví podporující pohybové aktivity

10. PŘÍLOHY

Příloha 1 Dotazník 1 – český jazyk

Vážená paní, vážený pane,

obracíme se na Vás s prosbou o spolupráci na výzkumném projektu s názvem „Zdravotně sociální situace imigrantů a azylantů“, který je financován agenturou COST („European Cooperation in Science and Technology“).

Již název projektu naznačuje, že jeho cílem je nalezení souvislostí mezi zdravotním stavem a sociální situací. Dle WHO je zřejmé, že zdraví jedince nelze pojímat pouze jako absenci či přítomnost nemoci, ale jako plné tělesné, duševní, sociální a duchovní blaho člověka (tzn. s respektem ke všem čtyřem základním potřebám člověka). Předmětem tohoto projektu je nalezení vztahů mezi zdravotním stavem a sociální situací imigrantů a azylantů žijících v České republice.

Dovolujeme si Vás proto požádat o účast ve výzkumu a odpověď na otázky v tomto dotazníku.

VÝZKUM JE ZCELA ANONYMNÍ, NIKDE NEUVÁDĚJTE SVÉ JMÉNO!

Se všemi získanými informacemi budeme nakládat v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění. Výsledky výzkumného šetření budou vyhodnoceny souhrnně a publikovány v odborné literatuře.

Děkujeme za laskavou spolupráci.

Řešitelé výzkumného projektu.

Prosím, přečtěte si následující otázky, a pokud není uvedeno jinak, zakroužkujte číslo odpovědi, které jste si vybral/a. (viz příklad: 2)

DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE

1. **Rok narození** (uved'te, prosím, číslem):
2. **Věk** (uved'te, prosím, číslem):
3. **Pohlaví:**
 1. žena
 2. muž

4. **Země původu:**
 1. Vietnam
 2. Ukrajina
 3. Mongolsko
 4. Jiné

5. **Národnost:**
 1. Vietnamská
 2. Ukrajinská
 3. Mongolská
 4. Jiné

6. **Státní příslušnost:**
 1. Vietnamská socialistická republika
 2. Ukrajina
 3. Stát Mongolsko
 4. Ruská federace
 5. Česká republika
 6. Jiné

7. **Jaký je Váš důvod pobytu v ČR?**
 1. studium a praxe
 2. podnikání na živnostenský list
 3. zaměstnání
 4. ostatní ekonomické aktivity (účast v právnické osobě, družstvu, apod.)
 5. sloučení rodiny
 6. azyl
 7. jiný:

8. **Jak dlouho žijete v ČR (délka pobytu)?** (uved'te, prosím, číslem):

9. **Jaký typ pobytu na území ČR užíváte?**
 1. pobyt s vízem nad 90 dnů (povolení k dlouhodobému pobytu)
 2. přechodný pobyt (uzavření manželství s občanem ČR)
 3. získal/a jsem azyl
 4. trvalý pobyt
 5. jiné

Část B – Stres

35. Zažil jste nějakou negativní situaci od příjezdu do ČR, která Vám výrazně změnila život?

1. ano
2. ne

36. Pokud jste na otázku 34 odpověděl (a) ano, napište o jakou krizovou situaci šlo:

.....
.....

37. Zaškrtněte, jaké z následujících situací/událostí jste ve svém životě prožil/a?

(Můžete zaškrtnout více možností)

1. smrt dítěte
2. smrt blízké osoby
3. znásilnění
4. válečné trauma
5. napadení, přepadení
6. přesídlení do České republiky
7. sociální izolace v ČR (nedostatek přátel)
8. vězení
9. zranění/nemoc
10. hrozba ztráty zaměstnání
11. ztráta zaměstnání
12. hrozba vysídlení
13. manželské problémy
14. rozvod
15. těhotenství
16. nedostatek peněz
17. jiné (uveďte, prosím)

38. Jaká z uvedených situací vedla ke zhoršení Vašeho zdraví?

1.
2. zdraví se mi nezhoršilo

39. V čem konkrétně se Vaše zdraví zhoršilo?

.....

40. Jaká z uvedených situací vedla ke zhoršení psychiky?

1.
2. zdraví se mi nezhoršilo

41. V čem konkrétně se Vaše psychika zhoršila?

.....

42. Jak často jste vystaven/a stresovým situacím?

1. nikdy
2. denně
3. týdně
4. měsíčně
5. několikrát do roka
6. velmi nepravidelně
7. Jiné

43. Jak dlouho prožíváte současný stres (napětí)? (Uveďte prosím číslem)

44. Trpíte nějakým psychickým symptomy související se stresem?

1. ne
2. ano

45. Pokud jste na otázku č. 44 odpověděl/a ano, pak se jedná o:

(Můžete zaškrtnout více možností)

1. pocit úzkosti
2. napětí
3. porucha paměti
4. podrážděnost
5. nervozita
6. nerozhodnost
7. tendence k izolaci
8. pláč
9. deprese
10. jiné

46. Trpíte nějakými fyzickými symptomy související se stresem?

1. ne
2. ano

47. Pokud jste na otázku č. 46 odpověděl/a ano, pak se jedná o:

1. únava
2. závratě
3. bolesti hlavy
4. bolesti ramenou a zad
5. nespavost
6. bolest žaludku (břicha)
7. zácpa
8. zvýšené pocení
9. třes rukou
10. snížená sexuální chuť
11. nechutenství nebo přejídání se
12. jiné

48. Jak řešíte stresující situaci:

(Pokud jste zaškrtnli více možností, uveďte prosím jejich pořadí číslem od první (1.) po poslední)

1. rozhovorem s blízkou osobou (přítel)
2. rozhovor s rodinným příslušníkem
3. poslechem hudby
4. volnočasovou aktivitou (koníčkem – např. tancem, sportem apod.)
5. v nejbližší době navštívím lékaře
6. vezmu si lék (na zmírnění úzkosti, deprese, zklidnění)
7. zakouřím si
8. napiji se alkoholu
9. navštívím kostel (modlitebnu)
10. sám/a se modlím (medituji)
11. rozhovor s duchovním
12. vezmu si nějakou drogu
13. využiji prvky alternativní medicíny (přírodní léčiva, akupunktura, masáže)
14. přejím se
15. nakupuji
16. zapnu si televizi
17. neřeším to
18. jiné.....

49. Zakroužkujte v následující tabulce číslo, které odpovídá Vámi vybrané odpovědi:

Zaznamenejte, prosím, odpověď na každou z dvaceti položek.	Nikdy nebo zřídka	Někdy	Dostí často	Velmi často nebo stále
Jsem smutný(a), skleslý(á) a zkroušený(á).	1	2	3	4
Ráno se cítím nejlépe.	4	3	2	1
Jsou chvíle, kdy je mi do pláče.	1	2	3	4
V noci mám potíže se spaním.	1	2	3	4
Jím stejné množství jídla jako dříve.	4	3	2	1
Sexuální život a myšlenky na něj mi stále činí potěšení.	4	3	2	1
Všiml(a) jsem si, že ubývám na váze.	1	2	3	4
Mám potíže ze zácpou.	1	2	3	4
Srdce mi buší rychleji než obvykle.	1	2	3	4
Unavím se i bez příčiny.	1	2	3	4
Mám v hlavě jasno jako obvykle.	4	3	2	1

Snadno zvládnou totéž co dříve.	4	3	2	1
Cítím nepokoj a nevydržím v klidu.	1	2	3	4
Jsem plný(á) naděje do budoucna.	4	3	2	1
Jsem více podrážděný(á) než obvykle.	1	2	3	4
Snadno se rozhoduji.	4	3	2	1
Cítím, že jsem užitečný(á) a potřebný (á)	4	3	2	1
Žiji plným životem.	4	3	2	1
Cítím, že by pro ostatní bylo lépe, kdybych zemřel(a)	1	2	3	4
Těší mne stejné věci jako dříve	4	3	2	1

Otázky číslo 50 až 87 vyplňují pouze ženy.

50. Jakou máte menstruaci?

1. pravidelnou
2. nepravidelnou

51. Užíváte antikoncepci?

1. ne
2. ano

52. Uveďte, prosím, počet těhotenství:

53. Uveďte, prosím, počet potratů:

54. Uveďte prosím, počet porodů:

55. Prodlala jste nějaké pohlavně přenosné infekční onemocnění?

- 1 syfilis ne ano → kolikrát
- 2 gonorea (kapavka) ne ano → kolikrát
- 3 HIV pozitivita, AIDS ne ano
- 4 jiné

56. Navštěvujete gynekologa?

1. ano
2. ne

57. Pokud jej nenavštěvujete, z jakého důvodu?

1. odmítl mne vyšetřit
2. nemohu si ho finančně dovolit
3. nemám zdravotní pojištění
4. nemám čas
5. nechci k němu chodit
6. jiné (uveďte důvod).....

58. Jak jste spokojena s lékařskou péčí poskytnutou gynekologem?

1. velmi spokojen/a
2. spíše spokojen/a

3. průměrně spokojen/a
4. spíše nespokojen/a
5. velmi nespokojen/a

Těhotenství, porod, perinatální období

(Vyplňujte, pouze pokud jste byla těhotná a porod probíhal v ČR. V případě, že jste byla těhotná a rodila jste v České republice vícekrát, popisujte poslední porod)

59. Kolik máte dětí? (Uveďte, prosím, číslem)

60. Dodržovala jste pravidelné preventivní prohlídky v těhotenství?

1. ano
2. ne

61. Kouřila jste v těhotenství?

1. ne
2. ano

62. Pokud jste na otázku č. 61 uvedla ano, uveďte prosím, jak:

1. příležitostně (méně než 1 cigaretu denně)
2. pravidelně → uveďte prosím číslem, kolik cigaret denně.....

63. Do kolikátého měsíce těhotenství jste pracovala? (Uveďte, prosím, číslem):

64. V jakém zaměstnání jste během těhotenství pracovala?

65. Kolik hodin denně jste pracovala? (Uveďte, prosím, číslem):

66. Bylo těhotenství rizikové?

1. ano
2. ne
3. nevím

67. Byla pro Vás práce v těhotenství náročná?

1. velmi náročná
2. spíše náročná
3. ani náročná ani nenáročná (střed)
4. spíše nenáročná
5. velmi nenáročná

68. Pobývala jste v těhotenství v prostředí, kde byl cigaretový kouř?

1. ne
2. ano

69. Brala jste v těhotenství nějaké omamné látky (drogy)?

1. ne
2. ano

70. Pokud jste na otázku 69 odpověděla ano, brala jste je:

1. pravidelně
2. nepravidelně

71. Pila jste v těhotenství alkohol?

1. ne
2. ano

72. Pokud jste na otázku 71 odpověděla ano, pila jste alkohol:

1. pravidelně,
2. nepravidelně

73. Užívala jste v těhotenství nějaké léky?

1. ne
2. ano

74. Pokud jste na otázku 73 odpověděla ano, brala jste je:

1. pravidelně
2. nepravidelně

75. Pokud jste prožívala během těhotenství velký stres, čím byl způsoben?

(Můžete zaškrtnout více možností)

1. nebyla jsem ve stresu
2. nedostatek financí
3. strach ze ztráty zaměstnání
4. obava, kde budu bydlet
5. obava o zdraví dítěte
6. problémy se zaplacením nákladů spojených s porodem
7. byla jsem na to sama
8. jiné.

76. Jak se cítila během těhotenství?

1. výborně
2. velmi dobře
3. dobře
4. špatně
5. velmi špatně

77. Kdy jste porodila?

1. předčasně – uveďte, prosím, v kolikátém měsíci.....
2. v termínu (či po termínu)

78. Kde probíhal porod:

1. v porodnici

2. doma
3. jinde

79. Jaká byla porodní váha vašeho dítěte?

80. Zdravotní stav Vašeho dítěte po porodu byl:

1. dítě bylo zdravé
2. dítě mělo zdravotní postižení
3. dítě mělo krátkodobé zdravotní potíže

81. Kojila jste své dítě?

1. ne
2. ano - jak dlouho

82. Byla jste spokojena s přístupem lékařů během porodu?

1. velmi spokojen/a
2. spíše spokojen/a
3. průměrně spokojen/a
4. spíše nespokojen/a
5. velmi nespokojen/a

83. Pokud jste nebyla spokojena s přístupem lékařů k Vaší osobě, prosím napište důvod nespokojenosti:

.....

84. Byla jste spokojená s přístupem zdravotních sester během porodu?

1. velmi spokojen/a
2. spíše spokojen/a
3. průměrně spokojen/a
4. spíše nespokojen/a
5. velmi nespokojen/a

85. Pokud jste nebyla spokojena s přístupem lékařů k Vaší osobě, prosím napište důvod nespokojenosti

86. Jak byste hodnotila kvalitu poskytnuté péče na porodnicko-gynekologickém oddělení?

1. velmi vysoká kvalita
2. vysoká kvalita
3. kvalita na střední úrovni
4. nízká kvalita
5. nekvalitní

87. Jak jste platila za poskytnutou péči?

1. byla plně hrazena z veřejného zdravotního pojištění
2. byla plně hrazena ze smluvního zdravotního pojištění
3. byla částečně hrazena ze smluvního zdravotního pojištění + částečně jsem hradila ze svých prostředků

4. plně jsem hradila ze svých prostředků

U otázek č. 88 až 109 uvádějte odpovědi týkající se Vašeho nejmladšího dítěte!

88. Rok narození vašeho nejmladšího dítěte

89. Má Vaše dítě zdravotní pojištění?

1. není pojištěno
2. má smluvní zdravotní pojištění na komplexní péči
3. má smluvní zdravotní pojištění na akutní péči
4. má veřejné zdravotní pojištění uzavřené v ČR
5. má zdravotní pojištění uzavřené mimo ČR

90. Chodí (vozíte) Vaše děti pravidelně na preventivní prohlídky k praktickému lékaři pro děti a dorost?

1. ano
2. ne
3. nevím

91. Pokud jste v otázce č. 90 uvedl/a ne, pak je to z důvodu:

1. nemá/m dětského lékaře
2. u dětského lékaře jsme byli odmítnuti
3. nevím, že mám chodit
4. nemám čas
5. nemám peníze
6. nedomluví se česky
7. jiné.....

92. Chodíte pravidelně se svým dítětem na preventivní prohlídky k zubnímu lékaři?

1. ano
2. ne
3. nevím

93. Pokud jste v otázce č. 92 uvedl/a ne, pak je to z důvodu:

1. nemá/m zubního lékaře
2. u zubního lékaře jsme byli odmítnuti
3. nevím, že mám chodit
4. nemám čas
5. nemám peníze
6. nedomluví se česky
7. jiné.....

94. Necháváte své dítě pravidelně očkovat?

1. ano
2. ne

95. Trpí dítě nějakým chronickým onemocněním?

1. ne

2. ano

96. Pokud jste v otázce č. 95 uvedl/a ano, napište jakým:.....

97. Je dítě zdravotně postižené?

1. ne
2. ano

98. Pokud jste v otázce č. 97 uvedl/a ano, napište jakým:.....

99. Jaká onemocnění dítě prodělalo?

1. alergie
2. závažný úraz, který vedl k trvalému poškození
3. jiné

100. Jak často je dítě nemocné?

1. ano, velmi často
2. ano, ale jen občas
3. ne, jen výjimečně
4. ne – vůbec ne

101. Je Vaše dítě vystaveno stresovým zátěžovým situacím?

1. ne
2. ano

102. Pokud jste na otázku č. 101 odpověděl/a ano, jednalo se o:

1. usídlení v nové zemi
2. ztrátu kamarádů
3. rodinné konflikty
4. problémy ve škole
5. jiné

103. Jakou školu navštěvuje Vaše nejmladší dítě?

1. základní školu,
2. střední odborné,
3. učiliště bez maturity,
4. střední škola s maturitou,
5. vyšší odborná škola,
6. vysoká škola
7. jiné

104. Pokud navštěvuje ZŠ, do jaké třídy chodí Vaše dítě? (Uveďte prosím číslem):

105. Zaznamenal/a jste u svého dítěte určité mimořádné/problémové chování:

1. ne
2. ano

106. Pokud jste na otázku č. 105 odpověděl/a ano, jednalo se o:

1. deprese
2. pokus o sebevraždu
3. dokonaná sebevražda
4. zneužívání drog
5. kouření
6. pití alkoholu
7. hyperaktivita
8. anorexie
9. bulimie
10. jiné

107. Má Vaše poslední dítě dětský pokoj (jen pro sebe)?

1. ano
2. ne

108. Má dítě svůj koutek, kde je jen jeho stůl a židle?

1. ano
2. ne

109. Měl/a Vy jste v dětství svůj koutek, kde byl jen Váš stůl a židle?

1. ano
2. ne
3. měl/a jsem pokoj pro sebe

Část G – Sociální opora

164. Máte nějaké kontakty s lidmi z Vaší mateřské země?

1. ne
2. ano

165. Pokud jste na otázku 164 odpověděl/a ano, uveďte prosím číslem kolik:

166. Jsou pro Vás tyto kontakty důležité?

1. velmi důležité
2. spíše důležité
3. ani důležité, ani nedůležité (průměrně)
4. spíše nedůležité
5. velmi nedůležité

167. Jak často navštěvujete příbuzné a známé v zemi původu?

1. několikrát za rok
2. jednou ročně
3. méně než jednou ročně
4. nenavštěvuji je
5. jiné

168. Kdo jsou Vaši sousedé

1. jsou to jen lidé ze země původu
2. jsou to lidé ze země původu i čeští občané
3. jsou to jen čeští občané

4. jsou to lidé různých národností
5. jiné

169. Máte ve svém okolí někoho, na koho se můžete obrátit s žádostí o pomoc?

1. ano
2. spíše ano
3. nevím
4. spíše ne
5. ne

170. Kdybyste tyto lidi měl/a spočítat - kolik by jich bylo?

171. Kolik z nich tvoří lidé občané z České republiky?

172. Cítíte se příjemně (dobře) mezi Čechy?

1. ano
2. spíše ano
3. nevím
4. spíše ne
5. ne

173. Cítíte se v České republice jako doma?

1. ano
2. spíše ano
3. nevím
4. spíše ne
5. ne

174. Cítíte, že Vás Češi uznávají?

1. ano
2. spíše ano
3. nevím
4. spíše ne
5. ne

175. Jak byste hodnotil/a vztahy mezi Vaší národnostní skupinou a Čechy?

1. velmi dobré
2. dobré
3. neutrální
4. špatné
5. velmi špatné

176. Myslíte si, že máte dostatek přátel?

1. ano
2. spíše ano
3. ani ano, ani ne
4. spíše ne

5. ne

Část I - Doprava

211. Jak je vzdálené Vaše bydliště od Vašeho zaměstnání? (km)

212. Jak dlouho Vám trvá cesta do zaměstnání?

213. Jakým způsobem cestujete do zaměstnání?

1. automobilem
2. na kole
3. MHD
4. chůze
5. Jinak

214. Máte řidičský průkaz?

1. ano
2. ne

215. Vlastníte automobil?

1. ano
2. ne

216. Jak často jezdíte automobilem?

1. pravidelně – Každý pracovní den
2. pravidelně - Vícekrát za týden
3. nepravidelně – dle potřeby
4. nejzdím

217. Jak často jezdíte MHD?

1. pravidelně – Každý pracovní den
2. pravidelně - Vícekrát za týden
3. nepravidelně – dle potřeby
4. nejzdím

218. Věnujete se chůzi nejméně 30 minut za den po většinu dní v týdnu, nebo alespoň 3 hodiny za celý týden

1. ano
2. ne

219. Kolikrát týdně se intenzivní chůzi (v kuse nejméně 10 minut) věnujete?

1. <1x
2. 1-2x
3. 3-4x
4. 5-6x

- 5. 7x (tj. jednou denně)
- 6. >7x (tj. více než 1x denně)

220. Věnujete se pravidelně i nějakým pohybově náročnějším sportovně-rekreačním pohybovým aktivitám, kromě chůze?

- 1. ne
- 2. ano

221. Pokud jste na otázku č. 220 odpověděl/a ano, napište kolikrát týdně se věnujete sportovním aktivitám.

- 1. <1x
- 2. 1-2x
- 3. 3-4x
- 4. 5-6x
- 5. 7x (tj. jednou denně)
- 6. >7x (tj. více než 1x denně)

222. Kolik minut obvykle trvá jedno takové cvičení?

223. Jaká je obvykle intenzita namáhavost takového cvičení

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
klid – velmi mírná – mírná – střední - vysoká - velmi vysoká

Děkujeme za Vaše odpovědi