



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

**Současná úroveň výzkumů determinant zdraví u  
imigrantů v České republice a v Evropě**

## **DIPLOMOVÁ PRÁCE**

Studijní program: **REHABILITACE**

**Autor:** Bc. Dagmar Povolná

**Vedoucí práce:** prof. MUDr. Miloš Velemínský, CSc., dr. h. c

České Budějovice 2017

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „Současná úroveň výzkumů determinant zdraví u imigrantů v České republice a v Evropě“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové 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 diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 15. 5. 2017

.....

*podpis*

### **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat panu prof. MUDr. Miloši Velemínskému, CSc., dr. h. c. za odborné vedení mé diplomové práce, dále bych chtěla poděkovat Mgr. Ingrid Baloun za cenné rady při psaní diplomové práce. Další poděkování patří mé skvělé rodině za podporu při celém studiu.

# Současná úroveň výzkumů determinant zdraví u imigrantů v České republice a v Evropě

## Abstrakt

Téma této práce jsem si vybrala z důvodu zajímavosti, aktuálnosti, ale také z důvodu špatných názorů mého okolí na migraci, jako problému.

Hlavním cílem práce je zjistit, jaké oblasti v rámci determinantů zdraví u imigrantů nebyly za posledních pět let zkoumány - a to na území České republiky a v Evropě. Tento cíl je důležitý pro možnosti dalších výzkumů determinantů zdraví u imigrantů. Může napomoci výzkumníkům s tématem, které v posledních letech nebylo zkoumáno a je možnost ho více vyzkoumat.

Ve výzkumné části diplomové práce byla zvolena kvantitativní metodika, kde se technikou stala komparativní metaanalýza. Analýza bude provedena z dostupných databázovaných časopisů (Scopus, Pub-med) a dostupných českých časopisů (i nedatabázovaných). Časové omezení práce je 5 let.

V databázích Scopus a Pub-med bylo hledáno dle následujících kritérií: sociální determinanty zdraví, imigranti, Evropa, Česká republika (social determinants of health, immigrants, Europe, Czech Republic) s časovým omezením těchto článků 5 let.

Přínosem práce je zjištění, které sociální determinanty zdraví nebyly zkoumány vůbec, a tím je doprava a stres v Evropě, dále v České republice nebyly žádné výzkumy provedeny na stres, dětství, nezaměstnanost, výživu a dopravu. Má diplomová práce přináší další možnosti zkoumání pro budoucí výzkumníky ve výzkumech, které ještě nebyly provedeny.

## Klíčová slova

Sociální determinanty zdraví; Česká republika; Evropa; imigranti; výzkumy

# **The current level of research determinants of health by immigrants in the Czech Republic and in Europe**

## **Abstract**

I chose the topic of this thesis because of but also because of bad opinions of the people around me about migration as a problem.

The main target of this work is to find out what areas within health determinants among immigrants haven't been investigated for past 5 years in the Czech Republic and Europe. This target is important for possibilities of further researches of health determinants among immigrants. It may help to researchers with the topic which hasn't been investigated in past years and there is the opportunity to do so.

In the research part of this diploma thesis was selected quantitative method where the technique was comparative metaanalysis. Analysis will be done from available databased journals (Scopus, Pub-med) and available Czech journals (non-databased). The time limit was set on 5 years.

In the databases Scopus and Pub-med was searched according to following criterions social determinants of health, immigrants, Europe, Czech Republic with the time limit 5 years of those articles.

Contribution of this work is finding out which social determinants of health weren't investigated at all, which is transport and stress in Europe. In the Czech Republic weren't any researches executed on stress, childhood, unemployment, nutrition and transport. My diploma thesis contributes further possibilities of investigating for future researchers in investigations which haven't been done yet.

## **Key words**

Social determinants of health; Czech Republic; Europe; immigrants; researchs

## Obsah

Úvod.....	8
1. Současný stav.....	10
1.1 Teoretické vymezení imigrace.....	10
1.1.1 Důvody migrace.....	11
1.1.2 Země původu .....	13
1.1.3 Migrační vlny a současná migrační krize .....	13
1.1.4 Migrační práva.....	17
1.1.5 Postavení cizinců v ČR.....	18
1.1.6 Integrovační politika.....	18
1.1.7 Zdravotní pojištění imigrantů .....	20
1.1.8 Přístup ke zdravotní péči.....	21
1.1.9 Počty cizinců v ČR a v Evropě .....	22
1.2 Teoretické vymezení sociálních determinantů zdraví.....	24
1.2.1 Sociální gradient .....	27
1.2.2 Stres .....	28
1.2.3 Dětství.....	29
1.2.4 Sociální vyloučení.....	30
1.2.5 Práce.....	31
1.2.6 Nezaměstnanost .....	32
1.2.7 Sociální opora .....	33
1.2.8 Výživa.....	35
1.2.9 Závislost.....	36
1.2.10 Doprava.....	37
2. Cíle práce .....	38
2.1 Hlavní cíl práce .....	38
2.2 Dílčí cíle práce .....	38
3. Metodika .....	39
3.1 Použitá metodika a technika sběru dat.....	39
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	41
3.3 Sběr dat .....	41
4. Výsledky .....	43
4.1 Rozpracování výsledků.....	43

4.2 Shrnutí výsledků .....	62
5. Diskuze .....	68
6. Závěr .....	74
Seznam literatury: .....	76

## Úvod

V současné době je migrace velmi spekulativním a aktuálním tématem v široké společnosti. Cizinci většinou nemají jako svou cílovou destinaci Českou republiku, ale pouze přes ní procházejí a míří do jiné z Evropských zemí, jako je například Německo. Počet imigrantů, kteří přicházejí do Evropy, se neustále zvyšuje a předpoklad je, že se stále zvyšovat bude.

Velký počet imigrantů do Evropy přináší díky různým informacím ze světa převážně Islámského státu, velkou negativitu mezi obyvateli daných zemí. Tito obyvatelé se obávají příchodu jiných národností a všechny řadí do jedné skupiny. Většina obav vzniká především z důvodu neznalosti jiných kultur a nedostatečnou informovaností a orientací v migrační politice.

Má práce se věnuje sociálním determinantům zdraví u imigrantů, u kterých zjišťuji, které byly a nebyly zkoumány na území České republiky a Evropy v posledních 5 letech. Dalším cílem zjištění je zjistit, kde se tyto výzkumy shodují a překrývají a jakými metodami je výzkumníci zkoumali.

Diplomová práce je rozdělena do dvou částí, teoretické a praktické. V teoretické části práce se věnuji tomu, kdo imigranti jsou, důvodům migrace, jejich počtům, zdravotnímu pojištění a přístupu ke zdravotní péči, ale také jejich postavení v nové zemi. Věnuji se zde všem deseti sociálním determinantům (sociální gradient, stres, dětství, sociální vyloučení, práce, nezaměstnanost, sociální opora, výživa, závislosti a doprava) a zjišťuji jejich souvislosti se zdravím.

Druhou částí je část praktická, kde zjišťuji, jaké sociální determinanty zdraví byly v posledních 5 letech v České republice a v Evropě zkoumány. Zjišťuji, kde se tyto výzkumy doplňují nebo překrývají a jakými metodami byly zkoumány.

U praktické části byla použita jiná metodologie, než byla původně stanovena. Původně byla chybně stanovena kvalitativní a kvantitativní metodologie s využitím diskurzivní analýzy, analýzy dokumentů a rešerší. Po podrobném zkoumání výzkumů bylo zjištěno, že tato metodologie není vhodná pro můj výzkum. Pro můj výzkum v diplomové práci jsem použila kvantitativní metodologii, kdy jsem využila komparativní metaanalýzu, u které jsem do tabulek zaznamenala názvy výzkumů, které byli provedeny, sociální determinant zdraví, metodu zkoumání a místo, kde byl výzkum proveden. Tyto výzkumy jsem poté rozepsala s výsledky a vyhodnotila, které sociální



determinanty zdraví byly nejčastěji zkoumány, a které zkoumány naopak vůbec nebyly. Bohužel tato změna výzkumné strategie již není zaznamenána v podkladu k mé diplomové práci z důvodu nestihnutí zpracování.

# 1. Současný stav

## 1.1 Teoretické vymezení imigrace

V současné době je situace migrace velmi aktuální a mnoha lidmi spekulovaná. K tomu, abychom mohli mluvit o imigraci je důležité si vysvětlit, co znamená slovo migrace. Dle Matouška (2003) je migrace přesídlování obyvatel z jednoho regionu nebo státu, tato definice vyjadřuje, že migrace může být vnitrostátní i mezinárodní. Dalším důležitým pojmem je imigrace. Imigrace značí usazování obyvatel, kteří přicházejí ze zahraničí (Matoušek, 2013). Lidská evoluce je spojena s přesouváním se z místa na místo a následně s adaptací na toto nové místo (Matoušek, 2013).

Dle terminologického slovníku Ministerstva vnitra České republiky, je imigrantem „*cizinec, přicházející do země za účelem pobytu dlouhodobějšího charakteru*“ (Ministerstvo vnitra České republiky, 2016).

Dle profesora Rabušice a doktora Burjanka (2003) dělíme migranty do sedmi základních skupin, kdy rozlišujeme důvod migrace a délku pobytu:

- dočasní pracovní migranti – lidé, kteří se stěhují do určité země za prací, pobývají v ní dočasně a poté se stěhují zpět do své původní země,
- vysoce kvalifikovaní migranti – pobývají v cílové zemi za účelem práce, jsou to například manažeři, technici a další,
- ilegální migranti – vstupují do země za účelem práce, ale nemají k tomu žádné povolení ani doklady,
- uprchlíci, které definuje Ženevská konvence z roku 1951, jako lidi, kteří jsou mimo svou původní zemi a nemohou se nebo nechtějí vrátit z důvodu strachu z pronásledování kvůli rase, národnosti nebo jiným,
- žadatelé o azyl, kteří vstupují do cizí země za účelem ochrany před pronásledováním, ale pravděpodobně nesplňují kritéria Ženevské konvence,
- rodinní příslušníci – migranti, kteří následují své blízké, kteří se usadili v cizí zemi
- navrátilci – lidé vracějící se do své země původu po pobytu v cizí zemi.

Imigranti nezískávají automaticky povolení k trvalému pobytu v dané zemi (Zákon č. 379/2007 Sb.). Cizinci v rámci trvalého pobytu mohou na území pobývat na základě povolení k trvalému pobytu nebo rozhodnutím příslušného orgánu o svěření cizince do náhradní výchovy, pokud splňují podmínky (Zákon č. 379/2007 Sb). Za určitých podmínek, které stanovuje Zákon č. 379/2007 Sb., o pobytu cizinců na území České

republiky, § 66 se vydává povolení k trvalému pobytu bez nepřetržitého pobytu na území. Po 4 letech nepřetržitého pobytu na území dané země se vydává povolení k trvalému pobytu na žádost cizinci, který na území daného státu žije v rámci přechodného pobytu, po ukončení řízení o udělení mezinárodní ochrany za podmínky, že nejméně v posledních dvou letech probíhalo poslední řízení o udělení mezinárodní ochrany, nebo případné řízení o žalobě či kasační stížnosti, pokud byly podány v zákonné lhůtě (Zákon č. 379/2007 Sb.). Do této doby se započítává doba, kdy měl cizinec pobyt na území dané země na základě dlouhodobého víza, povolení k dlouhodobému nebo trvalému pobytu a doba, kdy byl cizinec žadatelem o udělení mezinárodní ochrany nebo cizincem, který byl strpěn na území podle zákona o azylu (Zákon č. 379/2007 Sb.).

### 1.1.1 Důvody migrace

Migrace je důsledkem prostorových změn v organizaci společnosti, kdy se jedná o fenomén, proces, příběh, výstrahu, východisko, problém, výhodu a jiné (Vojtková, 2005). Dle této autorky je důležitý pohled jedince i skupiny z hlediska sociálního, kulturního, ekonomického, ale i politického (Vojtková, 2005). V současné době se vyskytuje několik teorií vzniku migrace, kdy každá z nich osvětluje konkrétní pohled mezinárodní migrace v souvislosti s obdobím, ve kterém vznikala, které migrační vlny a příčiny studovaly a mnohdy i vzhledem k tomu, z jakého oboru pocházely (Vojtková, 2005). Migrace je složitý fenomén, kdy se prolínají komponenty mikro, mezo a makro úrovně (Rabušic, Burjanek, 2003). Analýza migrace ukazuje, že je to velmi komplikovaný proces, kdy žádná z teorií migrace nevysvětluje přesné důvody migrace, ale každá k tomuto vysvětlení přispívá (Rabušic, Burjanek, 2003).

Teorie push-pull efektů vychází z neoklasické teorie (Uherek, 2004). Zmíněná teorie rozděluje faktory způsobující pohyb obyvatelstva do dvou skupin „push“ a „pull“, které se stanovují jako faktory tlaku a tahu (Uherek, 2004). Push faktory jsou ty faktory, které nutí občana odejít ze své země a pull faktory jsou faktory, které ovlivňují jeho rozhodnutí, do které země půjde (Uherek, 2004). K push faktorům řadíme špatnou životní úroveň, demografický vzestup, politický útlak, nedostatek pracovních a ekonomických možností a k pull faktorům patří příhodné ekonomické možnosti, politická svoboda, dostupnost pozemků a poptávka po práci (Vojtková, 2005). Důležité je si stanovit klady a zápory přesunu do jiné země, kdy je potřeba si stanovit své preference (Vojtková, 2005).

Makro teorie zpočátku měla objasnit migraci při ekonomickém vývoji (Vojtková, 2005). V současnosti zjišťuje důvody migrace z pohledu makroekonomických

indikátorů, například to jsou eventualita zaměstnání, odlišnosti v nabídce a poptávce na pracovním trhu a rozdílnosti příjmů (Vojtková, 2005). Díky tomu osoby z oblastí s nižšími příjmy migrují do oblastí s vyššími příjmy (Vojtková, 2005). Důsledkem této migrace je snížení nabídky pracovníků a zvyšování příjmů v chudší oblastech a opačný postup v bohatších oblastech (Vojtková, 2005). Díky těmto skutečnostem nastává hospodářská rovnováha a pozdržení migračního toku (Vojtková, 2005).

Mikro teorie se zaměřuje na jednotlivce a součet jeho útraty a užitku v určitém období s cílem v budoucnosti maximalizovat své výnosy (Vojtková, 2005). K nákladům patří například výdaje na cestu, čas než najde zaměstnání, naučení se jazyka a kultuře, nebo vytváření nových vztahů (Vojtková, 2005). Pro výběr jsou důležité podmínky na trhu práce, získání práce, využití jeho dovedností, výše očekávaného příjmu, ale také nebezpečí deportace pro ilegální přistěhovalce (Vojtková, 2005).

Nové ekonomické teorie říkají, že rozhodnutí pro migraci nevzniká u jednotlivců ale u celků či rodin s cílem maximalizovat své příjmy a minimalizaci rizik a omezení (Palát, 2014). Příčinou migrace se stává nejistota, riziko a relativní chudoba (Palát, 2014). Tato teorie sedí například na venkovské rodiny, které nemají dostatek finančních prostředků k modernizaci a není zde dostatečně rozvinutá možnost úvěrů (Palát, 2014). Rodina vysílá nejvzdělanějšího člověka vydělávat do města, který poté zasílá své rodině část vydělaných peněz a tím zvyšuje příjem rodiny (Palát, 2014).

Teorie dvojího pracovního trhu se zaměřuje na poptávkovou stranu migrace v cílových destinacích a zaměstnávání pracovníků z rozvojových zemí (Massey, 1993). V této teorii migrace vzniká ze strukturálního nedostatku pracovníků v určitých druzích práce a je důsledkem náborových politik (Massey, 1993). Lidé v rozvinutých zemích mají u nižších pracovních pozic motivační problém, protože tato místa jim umožňují nízký sociální status a většinou nenabízejí kariérní postup (Massey, 1993). Tyto volná pracovní místa vytvářejí poptávku na zahraničním trhu práce (Massey, 1993). Migrace ve vyspělých zemích bývá iniciována zaměstnavateli nebo vládou, která zaměstnavatele zastupuje (Massey, 1993). Jev velkého množství pracovních míst se může objevovat díky velkému hospodářskému růstu v daných zemích (Henig, 2007). Pro obyvatele daného státu se díky velkému množství nabízené práce nízké pracovní pozice stávají neatraktivní a proto jsou nabízeny imigrantům (Henig, 2007). Imigranti příliš neřeší svůj sociální status a předpokládají, že si později najdou práci v jiném sektoru (Henig, 2007).

Teorie světového systému se snaží hledat příčiny migrace v historickém uspořádání tržních vztahů ve světovém systému (Palát, 2014). Tato teorie stanovuje, že migrace

souvisí s objevujícími se nerovnostmi mezi rozvinutými oblastmi a zaostalými oblastmi periferie (Palát, 2014). Venkované v důsledku změn ztrácejí svou soběstačnost a jejich dělníci odcházejí za výdělkem do měst, nebo do jiných států (Palát, 2014). Tato teorie stanovuje pravděpodobnost mezinárodní migrace především mezi minulými koloniálními mocnostmi a bývalými koloniemi hlavně z důvodu kulturní, jazykové, investiční, dopravní a komunikační vazby (Massey, 1998).

Teorie sítí byla původně vytvořena ve Velké Británii, kdy se výzkum zabýval migrací z venkova do Afriky a později migrace ve vyspělých zemích Evropy a ve Spojených státech (Palát, 2014). Zdůrazňuje se zde role sociálních vazeb, kdy se jedná o vazby národnostní, příbuzenské a kontakty s přáteli (Palát, 2014). Rozšiřují se migrační sítě, kdy se setkávají noví imigranti s imigranty, kteří migrovali již v minulosti (Massey, 1998). Tito imigranti se již adaptovali na nové podmínky a předávají znalosti a zkušenosti svým známým (Massey, 1998). Sítě díky migraci vznikají, ale také především migraci posilují (Palát, 2014). Kontakty mohou imigrantům pomoci při hledání zaměstnání, ubytování, administraci, orientaci v kultuře a zvyklostech dané země (Palát, 2014).

### 1.1.2 Země původu

Zemí původu imigrantů, kteří přicházejí do České republiky jsou ve většině případů tzv. třetí země, kterými jsou méně vyspělé země mimo Evropskou unii (Guth, 2008). Český statistický úřad stanovuje, že ke dni 31. 12. 2015, jsou mezi 10 nejčastějších státních občanství cizinců občané Evropské unie a třetích zemí (ČSÚ, 2015). K těmto 10 zemím patří – Ukrajina, Slovensko, Vietnam, Rusko, Německo, Polsko, Bulharsko, Rumunsko, Spojené státy a Mongolsko (ČSÚ, 2015).

### 1.1.3 Migrační vlny a současná migrační krize

Během historie máme již mnoho migračních vln, Uherek (2016) stanovuje 9 migračních období, které jsou v Evropě:

1. Vnitřní kolonizace
2. Exodus a exil
3. Válka s Osmanskou říší
4. Násilná migrace, Evropské diaspory
5. Vystěhovalectví do mimoevropských destinací
6. Industrializace
7. Ekonomické migrace 1945 – 1975

8. Ekonomické migrace 1975 – 1990

9. 90. léta – 2016.

Prvním migračním obdobím byla „Vnitřní kolonizace“, kdy evropské země v mnoha případech migraci iniciovala za účelem kolonizace (Goffart, 2006). Tyto přesuny byly nejdříve na území vlastní země, a až postupem času se přesouvaly na území ostatních zemí (Goffart, 2006). Díky těmto migračním přesunům začali vznikat nové národy, jako jsou Germáni, Slované nebo Hunové (Goffart, 2006). V době středověku a novověku můžeme sledovat různé typy řízených i neřízených migrací, které měnily etnické i náboženské složení obyvatelstva (Goffart, 2006). Díky těmto vlnám začalo docházet k zalidňování horských a lesnatých oblastí, začala zde těžba surovin a opevňování důležitých míst (Žemlička, 2014). K osidlování českého pohraničí začalo docházet ve 13. století (Žemlička, 2014). V tomto období se začal měnit vzhled celé Evropy (Žemlička, 2014). Další migrační vlny souvisely se vzrůstem těžby rudy a rozvojem různých řemesel (Žemlička, 2014).

Období „Exodus a exil“ zasahuje do období třicetileté války, která probíhala v letech 1618 – 1648 (Klíma, 1996). Boje třicetileté války probíhaly na území dnešního Nizozemska, Francie, Rakouska, Německa, Dánska a českých zemí (Klíma, 1996). Toto období vedlo k velkému poklesu obyvatelstva a vystěhovalectví (Klíma, 1996). V tomto období lidé odcházeli z důvodu obav změn v oblasti moci a rekatolizace (Klíma, 1996). V počátku této migrační situace nejdříve odcházeli kněží a šlechta, měšťanstvo, ale později také zemědělci (Brouček, 2010). Tehdejší migrace ukazuje problémy pro venkovany a zemědělce, kterým doprava povozy a po řekách bránila přestěhovat celé své hospodářství (Uherek, 2016). Byla pro ně důležitá pomoc panovníka a šlechty, na jejichž panství se chtěli usadit (Uherek, 2016).

„Válka s Osmanskou říší“ probíhala za vlády Murada I., kdy se Osmani snažili dobýt Balkánský poloostrov a během několika století se jim podařilo proniknout až do střední Evropy (Weithmann, 1996). Snažili se dobýt hlavní město Rakouské říše, což se jim nepodařilo a začali se stahovat zpět do Turecka (Weithmann, 1996). Postup osmanských armád vedl k islamizaci Balkánu, pozdější dobývání Balkánu křesťany vedlo k usazování obyvatel, kteří měli původ v jiné zemi (Rychlík, 2009). Národnostní složení obyvatel na Balkánu dodnes vede ke vleklým územním sporům (Rychlík, 2009).

Dalším obdobím je „Násilná migrace, Evropské diaspory“. Toto období se nejvíce vyznačuje násilným vyháněním židů ze západních států, což mělo za následek jejich usazování ve střední a východní Evropě (Roth, 2013). V tomto období došlo

k holocaustu, který proběhl za druhé světové války, kdy došlo k deportaci a vyvraždění šesti milionů židů (DellaPergola, 2005). Během druhé světové války došlo k vyvraždění jedné třetiny populace židů (DellaPergola, 2005). K těmto násilným migracím řadíme též útky Čechů ze Sudet po jejich přičlenění k Německu nebo vysídlení Němců z Polska a Československa po roce 1945 (Uherek, 2016). V tomto období se odhaduje, že došlo zhruba k emigraci 200 tisíc osob z Československa (Jeřábek, 2005).

Páté období nazýváme „Vystěhovalectví do mimoevropských destinací“ (Uherek, 2016). Pro Evropu bylo zásadní objevení Ameriky, kdy se velké množství obyvatel začalo přesunovat z industrializovaných oblastí (Uherek, 2016). Díky tomuto přestěhování v Evropě nedošlo k přelidnění, jako v jiných oblastech (Uherek, 2016). V tomto období do těchto kolonií odcházeli převážně otroci a obyvatelé evropských zemích jako pracovní síla (Castles, Miller, 2013). V současné době evropské země tvoří v Americe největší menšinu obyvatel (Krupička, 2014). Odhaduje se, že zhruba 1 703 000 lidí žijících v USA, tvoří Češi a 120 000 Čechů žije v Kanadě (Krupička, 2014).

Dalším obdobím je období „Industrializace“, které se vztahuje na 18. – 20. století (Goody, 2006). Pro venkovany se staly města zajímavější z toho důvodu, že průmyslové podniky vyplácely mzdu v penězích, a ne v naturáliích (Goody, 2006). Ve většině případu podniky poskytovaly v okolí pracoviště ubytování, kde vznikaly dělnické kolonie (Goody, 2006). V tomto období se lidé stěhovali do technologicky vyspělých a urbanizovaných center (Uherek, 2016). K městům, která nejvíce přitahovala dělníky, patřila v tuto dobu rozvíjející se Vídeň (Uherek, 2016). Na konci 19. století ve Vídni žilo půl milionu lidí původem z českých zemí a říkalo se, že je Vídeň hned po Praze druhým největším českým městem (Koudelková, 2013).

„Ekonomická migrace 1945 – 1975“ probíhala po válce (Uherek, 2016). V tuto dobu byla Evropa zdeformovaná a snažila se vrátit mezi vyspělé evropské regiony (Uherek, 2016). Z počátku byla migrace do Evropy motivována především nedostatkem pracovních sil v nekvalifikovaných profesích, kdy umožňovala prostor zahraničním dělníkům s nízkým vzděláním (Uherek, 2016). Ropná krize ukončila představy o možnosti nábory levných pracovních sil (Castles, 2000). Po této krizi se začalo prostředí stabilizovat a pracovníci začali na místě své práce slučovat své rodiny (Castles, 2000).

Období po překonání této krize nazýváme „Ekonomická migrace 1975 – 1990“, kdy se vývoj zemí soustřeďuje na informační technologii (Uherek, 2016). Růst ekonomik se přestává soustřeďovat na území daného státu (Uherek, 2016). Migrační skupiny obyvatel začínají mít problémy s integrací do společnosti a tyto problémy přetrvávají i do druhé

generace (Uherek, 2016). Přibývá zde integrační politika států a mnoho nevládních a neziskových organizací, které se zabývají migrací (Uherek, 2016). V tomto období se upevňují vazby mezi západními státy a přibývá počet imigrantů a smíšených sňatků (Castles, Miller, 2013). Pracující imigranti většinou nacházejí uplatnění v pomocných silách v domácnosti, zdravotnictví nebo v sociálních službách (Castles, Miller, 2013).

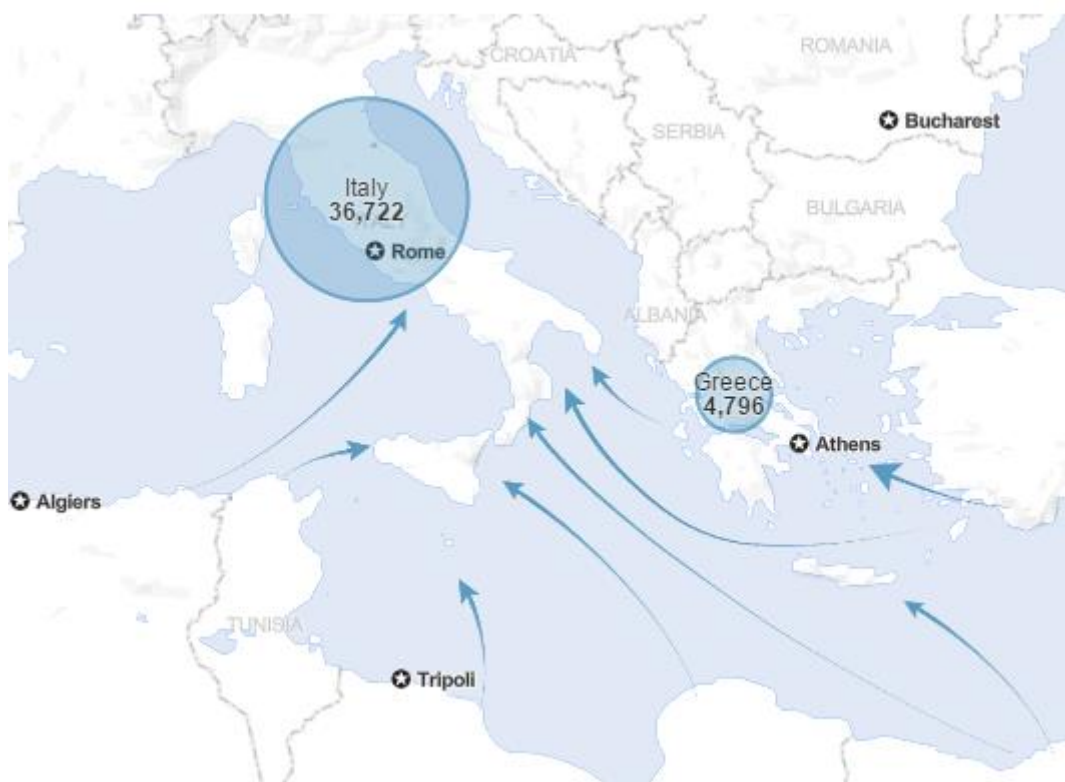
Poslední období, které Uherek stanovuje je „Ekonomická migrace 90. léta – 2013“, v tomto období výrazně stoupl počet cizinců v západních státech Evropy a dále i počet žadatelů o azyl (Heleniak, 2001). V tomto období se velmi těžko určuje důvod příchodu, tyto důvody nelze jednoznačně klasifikovat, jako ekonomickou migraci ani jako uprchlickou (Heleniak, 2001). V 90. letech 20. století byl v České republice velký nárůst imigrantů, další velkou imigrační vlnou byl vstup České republiky do Evropské unie (Drbohlav, 2011). V České republice i okolních zemích se migrační situace uklidnila v roce 2008 s nástupem hospodářské krize (Drbohlav, 2011).

V současné době se stále zabýváme migrační krizí, která je velmi aktuálním tématem od roku 2015. Při této migrační krizi vedou hlavní cesty do Evropy přes tzv. centrální středomořskou trasu a východní středomořskou trasu, na které dále navazuje západobalkánská cesta (Hrbková, 2016). Po uzavření západobalkánské cesty a fungující spolupráce Evropské Unie s Tureckem na Východní středomořské trase vznikly obavy z obnovení tzv. centrální středomořské trasy a ze vzniku nových tras pro vznik nových migračních vln (Hrbková, 2016). Hrbková (2016) uvádí, že tyto cesty do Evropy využívají uprchlíci, ale také ekonomičtí imigranti. Pro většinu ekonomických imigrantů je cílovou zemí Spolková republika Německo, kde sehrává klíčovou roli kancléřka Angela Merkelová, která zastává politiku „společného evropského řešení“ (Hrbková, 2016). Toto řešení zahrnuje i relokační mechanismy a vstřícný přístup směrem k běžencům, a to i navzdory svým klesajícím politickým preferencím (Hrbková, 2016).

Z databáze Mediterranean (2017) vyplývá, že těmito dvěma cestami přes moře přišlo necelých 356 tisíc osob, imigrantů, uprchlíků. Od 1. ledna do 18. dubna 2017 přišlo celkem přes 41 tisíc lidí do Itálie a Řecka (Mediterranean 2017). K 19. dubnu 2017 po cestě přes moře zemřelo necelých tisíc osob (Mediterranean 2017).



Obr. č. 1 Situace ve Středomoří (CST a VST)



Zdroj: Mediterranean Situations. 2017

#### 1.1.4 Migrační práva

V současné době je pohyb osob přes hranice státu fenomén, kdy je složitá právní úprava, jak národní, tak i mezinárodní (Pítková, 2016). Migrační politika Evropské unie upravuje legální vstup na území členských států, postavení přistěhovalců a opatření nelegálního vstupu na území států a pobyt na jejich územích (Pítrová, 2016). Migrační právo upravuje především zajištění bezpečnostních a ekonomických zájmů státu, demografický vývoj státu a budování vztahů s ostatními zeměmi (Pítrová, 2016) . Každý členský stát Evropské unie si upravuje svou migrační politiku (Pítrová, 2016). Evropská úmluva lidských práv stanovuje jako jeden z nejdůležitějších institutů, institut sloučení rodiny (Malíř, Doležal, 2016). Právo na sloučení rodiny náleží příslušníkům zemí, kteří na území státu pobývají oprávněně, tzn. imigrantům a uprchlíkům (Malíř, 2016). Ke každému, kdo přichází na naše území musíme přistupovat jako k lidské bytosti (Pítrová, 2016). V současné době migrační a uprchlické krize je nedostatečná ochrana hranic a imigranti a uprchlíci mohou proudit mezi hranicemi schengenského prostoru (Pítrová, 2016).

### 1.1.5 Postavení cizinců v ČR

Příchod imigrantů může u většinové společnosti vyvolávat obavy, lidé je berou jako ty, kteří „lidem berou práci“, že se kvůli nim snižují mzdy a že jsou přítěžem pro sociální systém daného státu (Integrational Organization for Migration, 2017). Odmítavý postoj k příchodu imigrantů, například z Ukrajiny pravděpodobně pramení z obav o nedostatek pracovních příležitostí, ale také z ohrožení bezpečnosti (Vágnerová, 2014). „*K posílení negativ postoje přispívají problémy evropských zemí s muslimskou komunitou, jejíž členové nejednají v souladu s normami dané společnosti. Pokud přistěhovalci nejsou ochotni respektovat ani základní principy nové společnosti, zákonitě vyvolávají odmítavé reakce*“ (Vágnerová, 2014).

Někteří cizinci se chtějí vyhnout předsudkům a diskriminaci při hledání pracovního místa tím, že si upravují životopis například počesťováním svého jména a zamlčováním údajů, které souvisejí se zemí původu (Sokačová, 2014). Velká řada imigrantů stojí o české občanství z důvodu rovného přístupu na trh práce (Sokačová, 2014). Cizinci se setkávají se znevýhodněním například při povyšování a profesním růstu, kdy si myslí, že čeští zaměstnanci jsou povyšováni na jejich úkor (Sokačová, 2014).

### 1.1.6 Integrační politika

V posledních 20 letech vznikají v České republice integrační politiky a strategie, o které se nejčastěji starají neziskové organizace, ale také centra na podporu integrace cizinců (Migrační manifest, 2015). V tomto Manifestu se též stanovuje, že strategie migrační politiky v České republice má za svůj cíl zajistit občanům většinové společnosti klidné soužití s imigranty a zabránit negativním jevům společnosti (Migrační manifest, 2015).

Integrace imigrantů do většinové společnosti dané země je do určité míry jejich povinností, avšak měla by být spíše jejich právem (Migrační manifest, 2015). Integrace se úzce spojuje s dalšími oblastmi, jako jsou ochrana lidských práv, rovné příležitosti, politika zaměstnanosti, národní bezpečnost, sociální stabilita, veřejné zdraví, vzdělávání, občanství a rozvoj (Integrational Organization for Migration, 2017). Trvalá migrace do jiné země je významná, ale v současné době převažuje dočasná, krátkodobá, cirkulární, která poudí do různých destinací (Integrational Organization for Migration, 2017).

Z důvodu předcházení vytváření uzavřených komunit imigrantů, společenské izolaci a sociálnímu vyloučení, stanovila vláda integrační priority (Vláda České republiky, 2013). „*Ty představují opatření zacílená do čtyř klíčových oblastí:*

### *1. Znalost českého jazyka cizinci:*

- o zajištění výuky českého jazyka nad rámec běžné výuky ve školách pro žáky cizince,*
- o využití pedagogických asistentů,*
- o vzdělávání učitelů českého jazyka jako cizího jazyka,*
- o podpora nabídky kurzů českého jazyka na úřadech práce,*
- o rozšíření nabídky kurzů českého jazyka pro dospělé cizince na úroveň požadovanou pro trvalý pobyt,*
- o podpora alternativních možností výuky, zejména internetových stránek k samostudiu, e-learningové kurzy.*

### *2. Ekonomická a sociální soběstačnost:*

- o podpora projektů poradenství a terénní sociální práce (streetwork) a sociálních pracovníků v této oblasti,*
- o monitorování postavení cizinců v regionech a lokalitách s cílem řešit vznikající problémy,*
- o sledování efektivity výuky českého jazyka v rámci rekvalifikačních kurzů a realizace opatření k optimalizaci jejich využívání,*
- o zvyšování informovanosti zaměstnavatelů a cizinců o podmínkách zaměstnávání,*
- o podpora poskytování informací úřady práce.*

### *3. Orientace cizince ve společnosti – informovanost cizinců:*

- o poskytování poradenství cizincům a informací o zemi původu,*
- o ověření systému přípravy a vzdělávání lektorů a tlumočnicků,*
- o zajištění asistence cizincům při vyřizování pobytových náležitostí prostřednictvím nestátních neziskových organizací,*
- o poskytování kurzů socio-kulturní orientace, distribuce informačních publikací,*
- o zveřejňování zpracovaných informačních materiálů na internetových stránkách.*

### *4. Vzájemné vztahy cizinců a majoritní společnosti:*

- o podpora pořádání společných aktivit cizinců a majority,*
- o podpora účasti cizinců na veřejném životě, jejich zapojení do činnosti poradních orgánů, podpora vlastní iniciativy cizinců,*

- *zapojení žen a dětí cizinců do aktivit rodinných center, informačních seminářů zaměřených na osvětu žen a hlídáním dětí zajistit účasti žen/rodičů malých dětí,*
- *zaměření se na výzkum postavení cizinců v ČR, bariér integrace a situaci jednotlivých komunit,*
- *podpora realistické a vyvážené mediální prezentace postavení cizinců v ČR“ (Vláda České republiky, 2013).*

### 1.1.7 Zdravotní pojištění imigrantů

Stát ukládá povinnost účastnit se zdravotního pojištění cizincům, kteří chtějí pobývat na území České republiky (Hnilicová, Dobiášová, 2009). Zákon o pobytu cizinců na území České republiky ukládá dvě povinnosti, které se týkají zdravotního pojištění:

- při žádosti o povolení k pobytu předložit doklad o cestovním zdravotním pojištění na tu dobu, kdy bude pobývat na území České republiky;
- při pobytové kontrole prokázat, že je zajištěna úhrada nákladů zdravotní péče, dle zákona o pobytu cizinců (Zákon č. 379/2007 Sb.).

Tato zákonná úprava má za smysl zajištění potřebné zdravotní péče pro všechny, kteří tuto péče mohou na území České republiky potřebovat, slouží na uhrazení nákladů, které vzniknou lékařům a zdravotnickým zařízením (Hnilicová, Dobiášová, 2009).

Výše uvedené podmínky splňují cizinci, kteří jsou účastníky českého veřejného zdravotního pojištění. Dle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění v aktuálním znění, podmínky splňují tyto skupiny:

- cizinci s trvalým pobytem;
- cizinci, kteří jsou zaměstnání na území České republiky;
- občané Evropské unie a další cizinci ze třetích zemí, na které se vztahuje příslušná legislativa Evropských společenství;
- další skupiny (žadatelé o azyl, cizinci s azylem či s doplňkovou ochranou, cizinci, jimž úhradu nákladů zdravotní péče zaručují mezinárodní smlouvy).

Z uvedených skupin vyplývá, že občané pocházející ze třetích zemí (mimo azylantů a žadatelů o azyl nebo dalších spíše okrajových skupin) se účastní veřejného zdravotního pojištění tehdy, pokud pracují jako zaměstnanci zaměstnavatele, který má sídlo v ČR (Hnilicová, Dobiášová, 2009). Další cizinci ze zemí mimo EU s dlouhodobým pobytem v ČR si musí zdravotní pojištění obstarat jiným způsobem (Hnilicová, Dobiášová, 2009). Dále říkají, že se toto jiné pojištění týká:

- živnostníků či podnikatelů (OSVČ), kteří nemají trvalý pobyt na území České republiky;
- rodinných příslušníků (dětí, i těch zde narozených, manželů, starších rodičů) všech cizinců ze třetích zemí, tzn. i cizinců s trvalým pobytem; spadají sem i rodinní příslušníci českých občanů, pokud nemají trvalý pobyt (do dvou let po sňatku) a nejsou v ČR zaměstnáni;
- studentů;
- těch, co pobývají v ČR neoprávněně (Hnilicová, Dobiášová, 2009).

Toto jiné pojištění se nabízí formou komerčního pojištění, které máme v České republice ve dvou formách, základní zdravotní pojištění a zdravotní pojištění cizinců, kdy obě tyto formy splňují podmínky, které stanovuje zákon (Hnilicová, Dobiášová, 2009).

Veřejný ochránce lidských práv považuje systém veřejného zdravotního pojištění za deficitní a nevyvážený pro určité kategorie cizinců (Veřejný ochránce práv Ombudsman, 2009). Mezi ty, o kterých si myslí, že jsou neoprávněně znevýhodněni patří rodinní příslušníci občanů ČR, kteří jsou původem ze třetích zemí po dobu přechodného pobytu na území ČR a také cizinci ze třetích zemí, kteří nejsou rodinnými příslušníky občanů EU/ČR po dobu prvních 5 lety pobytu na území ČR (Veřejný ochránce práv Ombudsman, 2009).

#### 1.1.8 Přístup ke zdravotní péči

S aktuálním růstem mezinárodní politiky a zvyšující se politickou, a především mediální pozorností, která se zaměřuje na současnou problematiku migrace a zdraví, kdy je toto téma nejaktuálnější ve vyspělých zemích a stává se uznávanou otázkou na tvorbu zdravotní politiky (Mladenovsky, 2007).

Z celkové situace v oblasti zdravotního pojištění a dostupnosti zdravotní péče pro cizince v České republice je současný stav charakterizován nerovností a diskriminací imigrantů, kteří pocházejí ze třetích zemí oproti domácímu obyvatelstvu i imigrantům z Evropské Unie (Hnilicová, Dobiášová, Čížinský, 2010).

Problematika zdraví a migrace se tradičně spojuje s celou řadou vědních oborů, jako jsou tropická medicína, etnomedicína, psychiatrie, etnopsychiatrie, ošetrovatelství, veřejné zdravotnictví a sociální medicína (Mladenovsky, 2007). Zdravotní politika se v oblasti zdraví a migrace zaměřuje na:

- ochranu zdraví země, ve které imigranti aktuálně pobývají;
- zajištění zdravotní péče pro imigranty (McKinley, 2005).

*„V současné době jsou ve vyspělých zemích identifikovány tři nejdůležitější problémové oblasti zdravotní a integrační politiky ve vztahu ke zdraví a migraci:*

- *zdravotní stav migrantů, faktory, které jej ovlivňují a způsoby, jak jej sledovat*
- *práva migrantů a přístup ke zdravotní péči*
- *poskytování služeb – příklady dobré praxe v této oblasti, opatření přijímána ke zlepšení kvality zdravotní péče pro migranty“ (Dobiášová, 2009).*

Dle Inglebyho (2005) lze na přístup ke zdravotní péči nahlížet z hlediska třech dílčích úrovní:

1. zda imigranti mají na zdravotní péči zákonný nárok (právní úprava přístupu imigrantů ke zdravotní péči i se zajištěním financování této zdravotní péče),
2. dostupnost zdravotních služeb (z možnosti času, vzdálenosti, dostatečného množství informací o zdravotnickém systému, a dalších);
3. z poskytnutí efektivní péče (zda dostupná zdravotní péče odpovídá specifickým potřebám imigrantů – jazykovým, kulturním).

V případě, že zdravotnický systém nebo konkrétní zdravotnické služby ve vztahu k imigrantům selžou, můžeme hovořit o „bariérách v přístupu ke zdravotní péči“ (Mladenovsky, 2007). Mimo zákonných bariér v přístupu ke zdravotní péči, která pramení z pobytového statusu imigranta na území země, kde imigrant pobývá, existují i další bariéry, jako jsou jazykové, kulturní či nedostatek informací (Dobiášová, 2009). Velmi specifickou roli také sehrává nedůvěra a strach (Dobiášová, 2009).

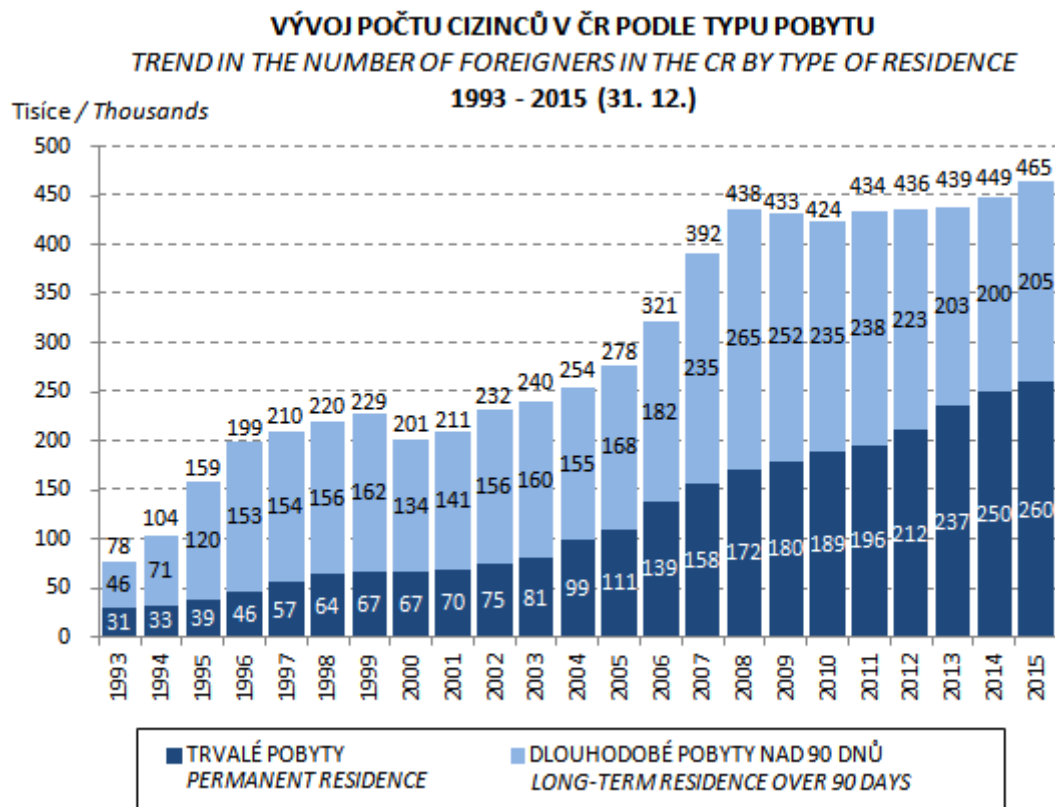
V současné době, kdy se ve zdravotnictví prosazuje přístup založený na důkazech, neexistují téměř žádná data, která by mapovala efektivitu zdravotní péče, která je imigrantům poskytována (Ingleby, 2005). U většiny imigrantů je největším problémem jazyková bariéra, díky které vzniká neznalost práv a nemožnost použití prostředků obrany proti jejich porušování v oblasti zdravotnictví, také brání dostatečnému vyjádření a pochopení zdravotních potřeb (Ingleby, 2005). Komunikaci též komplikuje neexistence podobných jazykových výrazů pro lékařské termíny (Ingleby, 2005). S oblastí komunikace též souvisí vzdělávání zdravotnického personálu v oblasti kulturních odlišností a specifických problémů imigrantů (Špirudová, Tomanová, Kudlová, Halmo, 2005).

#### 1.1.9 Počty cizinců v ČR a v Evropě

Dle grafického znázornění počet cizinců, kteří mají trvalé pobyty od roku 1993 do roku 2015 stoupá. Dlouhodobé pobyty nad 90 dnů také stoupají, ale vidíme zde pár

výkyvů, které byly v roce 2000, 2001, 2009 a 2010, kdy počet cizinců v České republice klesl.

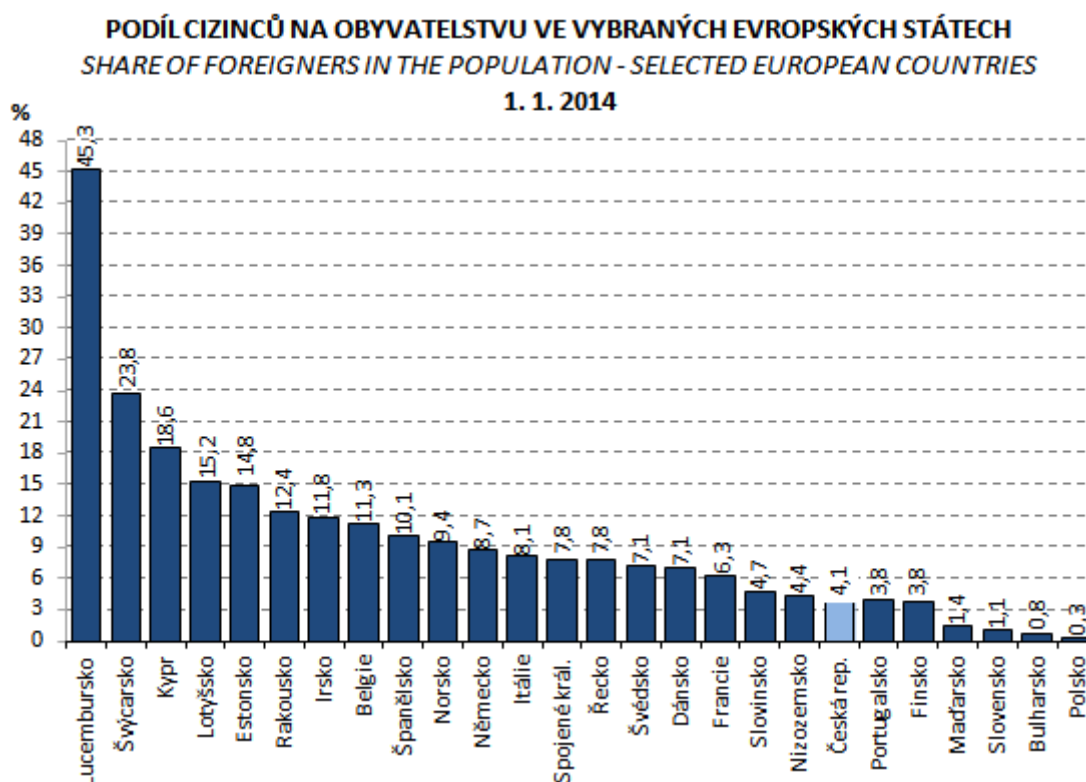
Graf č. 1: Vývoj počtu cizinců v ČR podle typu pobytu



Zdroj: Ředitelství služby cizinecké policie MV ČR (Český statistický úřad, 2016).

Na tomto grafickém znázornění podílu cizinců na obyvatelstvu ve vybraných evropských státech vidíme, že největší podíl cizinců je v Lucembursku a ve Švýcarsku, kde je skoro 2x menší než v Lucembursku, které zaujímá první místo. Naopak nejmenší počet cizinců na obyvatelstvu vidíme v Polsku, Bulharsku a Slovensku. Česká republika má podíl cizinců na obyvatelstvu k 1. 1. 2014 pouze 4,1% a patří k zemím s nejmenším podílem cizinců na obyvatelstvu.

Graf č. 2: Podíl cizinců na obyvatelstvu ve vybraných Evropských státech



Zdroj: Eurostat (Český statistický úřad, 2016).

## 1.2 Teoretické vymezení sociálních determinantů zdraví

Většina lidí staví své zdraví na nejvyšší hranici svého hodnotového žebříčku (Kebza, 2005). Vliv determinantů na zdraví jedince je prokázán a dokazuje souvislost s biomedicínským modelem zdraví a se sociálně-ekologickým modelem (Kebza, 2005). Zdraví je důležitou součástí lidského života, které lidé potřebují ke své realizaci a díky němu si lidé mohou plnit svá přání, tužby, dosahovat cílů, protože opačný jev jako je nemoc brání člověku v dosahování jeho cílů (Křivohlavý, 2003). Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) je zdraví vnímáno jako stav úplné tělesné, psychické a sociální pohody – nikoliv však pouze nepřítomnost nemoci nebo tělesné chyby (Vokurka, Hugo, 2000). Wilkinson a Marmot (2005) stanovují, že zdraví je výsledkem působení mnoha faktorů, které se souhrně popisují jako sociální determinanty zdraví.

Kebza říká, že vnímání a hodnocení zdraví je odlišné v různých skupinách obyvatelstva a že závisí na různých okolnostech, jako je věk, pohlaví, vzdělání či socioekonomický status daných lidí (Kebza, 2005). Každý člověk může zdraví vnímat jinak, někdo jako přirozenou součást svého života a někdo jako „dar“ (Čeledová, Čevela, 2010). Vliv determinantů na zdraví je prokázán a působí na zdraví komplexně, dělíme



je na vnitřní a vnější faktory, které jsou vzájemně propojeny a působí na sebe (Čeledová, Čevela, 2010). Každý člověk může působit na své zdraví svým chováním, hlavně přístupem k životnímu stylu, který se ovlivňuje jeho aktivitami a zvyky (Čeledová, Čevela, 2010). Při péči o zdraví se klade důraz na podporu zdraví, prevenci, vedení zdravého životního stylu, snížení rizikových faktorů a podporu rozvoje zdravotnických služeb (Holčík, 2015).

V současné době je koncepce sociálních determinantů zdraví velmi aktuálním tématem. Wilkinson a Marmot stanovují oblast koncepce deseti sociálních determinantů zdraví asi nejkomplexnějším přístupem k analýze zdravotního stavu jedince (Wilkinson, Marmot, 2003). Tento koncept je důležitý z důvodu komplexnosti, kdy nestanovuje pouze ekonomické vlivy, ale rovněž zahrnuje i bio-psycho-socio-spirituální pojetí zdraví (Davidová, 2010). Zaměřují se na těchto deset sociálních determinantů zdraví – sociální gradient, stres, dětství, sociální vyloučení, práce, nezaměstnanost, sociální opora, výživa, závislost a doprava (Wilkinson, Marmot, 2003).

Rozdělení determinantů, které mají vliv na zdraví vytvořil Hegyi následujícím způsobem:

- genetické vybavení populace – ovlivňuje zdraví člověka, předpoklad pro vznik nemoci můžeme zjistit genetickým vyšetřením, ovlivnitelnost zdraví je kolem 10 – 15 %,
- zdravotní péče – kvalita zdravotní péče hraje velkou roli v prevenci a léčbě nemocí v 15 – 20 %,
- životní prostředí – zahrnuje se do něj přírodní i sociální prostředí a ovlivňuje zdraví z 20 – 30 %,
- životní styl – zdraví člověka ovlivňuje nejvíce z 50 – 60 % a zahrnuje se do něj kouření, pití alkoholu nebo fyzická aktivita člověka (Hegyi, 2012).

Světová zdravotnická organizace (WHO), která založením své Komise pro sociální determinanty zdraví (WHO's Commission on Social Determinants of Health) potvrzuje aktuálnost tématu, kdy sociální determinanty zdraví jsou důležité při hledání příčin rozdílností ve zdraví (WHO, 2010). Důležitost tohoto tématu potvrzuje i Politická deklarace sociálních determinantů zdraví, která byla přijata v Riu de Janeiru v roce 2011 (WHO, 2011).

V současné době v České republice i v Evropě existuje mnoho projektů, které se zabývají sociálními determinanty zdraví. K nejznámějšímu mezinárodnímu projektu zabývající se determinanty zdraví je projekt „Determine“, který měl za úkol se zaměřit

na existující i nové poznatky v oblasti sociálních a ekonomických determinantů zdraví a rozdílů ve zdraví ve zdravotní politice Evropské unie a jehož cílem bylo zajistit provázanost politik a vývoj konkrétních přístupů k pozitivnímu ovlivnění zdraví (Janatová, Uličná, 2011). V České republice se zdravotně sociální problematikou imigrantů velmi zabývá Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, na jejíž „půdě“ byly v minulosti řešeny projekty „Zdravotně sociální aspekty imigrantů v České republice“ (Vacková, 2012) a například také „Kvalita života, střední a zdravá délka života z aspektu determinantů zdraví u romského obyvatelstva v České a Slovenské republice“ (Davidová, 2010).

Odborníci, kteří zkoumají sociální determinanty zdraví se snaží popsat mechanismy na základě kterého sociálního faktoru vedou ke zdraví, přesněji řečeno k nemocem lidské populace (Lynch, 2010). Těchto faktorů je více a každý odborník přikládá větší význam jinému z nich. Lynch et al. tvrdí, že k hlavním příčinám nemocí jsou faktory materiální povahy, jako jsou kvalita bydlení, zdravotní péče nebo přístup ke vzdělání (Lynch, 2000). O důležitosti psychosociálních faktorů na zdraví lidí mluví Wilkinson, který říká, že při vzniku nemoci hraje velkou roli jak daná osoba hodnotí své socioekonomické postavení ve společnosti (Wilkinson, 2002). K dalším teoriím se přidává Aronowitz, který příčiny nemocí nazývá „rámování-framing“ (Aronowitz, 2008). „Rámování-framing“ vychází z dřívější teorie labelingu – etiketizační teorie (Kunitz, 2008). Tímto způsobem společnost rozpozná, definuje a kategorizuje nemoc a hledá její příčinu (Kunitz, 2008). U nemoci je možné najít sociální i zdravotní příčiny nemoci a tato teorie má velký vliv na chování laické i odborné veřejnosti (Kunitz, 2008).

Sociální determinanty zdraví ukazují, že o zdraví lidí rozhoduje především prostředí, ve kterém se narodili, žijí a pracují (Vacková, 2013). Prostor každého člověka se utváří sociálními a ekonomickými podmínkami (Vacková, 2013). Ukazuje se, že špatné sociální podmínky mají vliv na předčasná úmrtí a nemoci (Vacková, 2013). Sociální a ekonomické rozdíly ve společnosti vždy byly a také vždy budou, jsou v zemích i mezi nimi (Vacková, 2013). Avšak tyto rozdíly by neměly způsobovat nemoci, bídu, chudobu a utrpení v takovéto míře (Vacková, 2013).

Dle Vackové je patrné, že vliv sociálního prostředí na zdraví je také politickou otázkou (Vacková, 2013). V současné době není v České republice koncepce sociálních determinantů zdraví prioritou vlády a tím pádem není součástí zdravotní legislativy (Vacková, 2013). Pro zlepšení zdravotního stavu populace by bylo potřeba odstranit příčiny nerovnosti ve zdraví, které spočívají v nepříznivé sociální situaci (Vacková,

2013). „*V současnosti je kladen důraz na motivaci jedince k vysoce vyspělému chování, týkající se vztahu k prostředí i lidskému organismu, což znamená výchovu k schopnosti „kontroly nad sebou samým“, aktivnímu prosazování každého člověka v oblasti prevence a podpory svého zdraví“* (Kuzníková, 2013).

Imigranti tvoří zranitelnou skupinu osob, která má omezený přístup ke zdravotní péči (Wilkinson, 2005). Nerovné podmínky zdravotní péče jsou dány socioekonomickým statusem, imigračním statusem, jazykovými bariérami, marginalizací a stigmatizací etnických menšin obyvatelstva (Wilkinson, 2005). Je zde také zmiňován tzv. efekt zdravého imigranta, kdy imigrant má lepší zdravotní stav než většinová společnost dané země (Dvořáková, 2008). Tento jev však ztrácí s ohledem na délku pobytu, kdy se jejich zdravotní stav rapidně mění (Dvořáková, 2008). Pravděpodobným důvodem zhoršení zdravotního stavu imigranta je asimilační proces (Hyman, 2001). Při začleňování imigranta do majoritní společnosti dochází k přejímání nezdravých návyků této společnosti, například v oblasti stravování (Hyman, 2001).

### 1.2.1 Sociální gradient

Sociální gradient můžeme také nazvat sociálním postavením ve společnosti (Wilkinson, Marmot, 2005). Stejní autoři dále uvádějí, že chudé ekonomické podmínky a nižší postavení na sociální žebříčku mají negativní vliv na zdravotní stav jedinců. Wilkinson a Marmot (2005) říkají, že lidé, kteří mají nižší postavení na společenském žebříčku mají větší předpoklad onemocnění závažnou chorobou, dožijí se nižšího věku než lidé, kteří jsou ve společenském žebříčku postaveni vysoko. Sociální postavení se měří různými způsoby, základními jsou objektivní a subjektivní způsoby (Vacková, 2012). Objektivní způsob si vybírá měřitelné parametry, dává je do vztahu a zkoumá, jestli se ve společnosti v těchto kritériích vyskytuje rozdíl, který vede k sociálním rozdílům, příjem, vzdělání bydlení či zaměstnání (Vacková, 2012). Subjektivním hodnocením se definuje přesvědčení člověka o jeho místě na společenském žebříčku (Mckanebach, 1997). Vyjadřuje se přesvědčením jednotlivce, na jakém místě se ve společenském žebříčku nachází (Mckanebach, 1997).

Život každého jedince ovlivňuje sociální a ekonomické prostředí, může to být krátkodobé, ale také po celý život (Wilkinson, Marmot, 2005). Toto prostředí ovlivňuje zdraví lidí celý život, přispívá k materiálním a psychosociálním rozdílům a jeho příčiny ovlivňují celou společnost (Wilkinson, Marmot, 2005). Tyto rozdíly se mohou týkat nevyhovujícího bydlení, situace dané rodiny, nedostatečného finančního zajištění,

chudoby, nízkého vzdělání, nezaměstnanosti, sociálního vyloučení, tyto rozdíly mohou souviset i se zdravotním stavem (Čeledová, Čevela, 2010). Nedostatečné materiální zajištění rodiny může ovlivnit výši dosaženého vzdělání jejich dětí, tím pádem pozdějšího uplatnění na pracovním trhu a finančním zajištění daného jedince (Čeledová, Čevela, 2010).

Socioekonomickým statusem se určuje prestiž zaměstnání, požadované nebo aktuální vzdělání, finanční ohodnocení jedince, přičemž socioekonomický status je metodou určování sociálního postavení (Šanderová, 2004). Prestiž definujeme jako společenskou důstojnost (Weber, 1997). Šanderová (2004) definuje prestiž jako váženost, již se lidé těší. Váženost můžeme rozlišovat na individuální, kterou jedinec získá díky svým vlastnostem a sociální, která je spojená se sociální statusem, kdy prestiž symbolizuje životní styl daného jedince (Šanderová, 2004).

### 1.2.2 Stres

*„Stres lze chápat jako psychický a somatický stav, který znamená v určitém okamžiku nebo časovém úseku deletrující nebo silnější odchylku od obvyklé úrovně excitace“* (Bartošíková, 2006). Dle Kebzy (2005) stres představuje kombinaci tělesných, duševních a emocionálních projevů na zátěžovou situaci organismu. Charakteristickým rysem pro stres je porušení rovnováhy mezi vnitřním stavem jedince, podmínkami a vlivy okolního prostředí (Štikar, 2003). Stresem se značí reakce organismu na zátěžovou situaci (Vacková, 2016). Dle Wilkinsona a Marmota (2005) k nejohroženější skupině lidí, kteří jsou stresu vystaveni, jsou lidé nezaměstnaní a osoby, které se nacházejí ve špatné finanční situaci.

Důvodům, které vyvolávají stresovou reakci říkáme stresory (Šnýdrová, 2006). Může to být jakákoli změna ve vnímání vnitřního nebo vnějšího okolí, která vyvolá určitou reakci organismu, který se na nově vzniklou situaci musí adaptovat (Šnýdrová, 2006). Tato reakce se projevuje různými fyziologickými nebo jinými změnami (Šnýdrová, 2006). Stresory životních událostí mohou být i každodenní mrzutosti, především v dlouhodobém životním horizontu (Kebza, 2005).

Za stresové situace lidé vnímají a hodnotí situace a události, při kterých jsou ohroženy nadměrnými požadavky, a nebo neovlivnitelností či nepředvídatelností výsledků (Lazarus, Folkman, 1984). Vnímání a hodnocení těchto situací jsou u různých lidí rozdílné a ukazují, zda lidé situaci vnímají jako stresovou (Lazarus, Folkman, 1984).

Každý člověka může na stresovou situaci reagovat jiným způsobem, vždy se ale jedná o kombinaci psychických a fyzických reakcí, které připravují organismus na zvládnutí krizové situace (Donhrend, 2000). K nejčastější psychické reakci patří úzkost, agrese, apatie a tyto dlouhodobé reakce mohou způsobit vznik deprese (Davidová, 2010).

Důležitou součástí stresu je jeho zvládnání tzv. coping (Somerfield, McCrae, 2000). V posledních několika desetiletích se zvládnání stresu stalo důležitou výzkumnou součástí studia psychologie (Somerfield, McCrae, 2000). Obecně můžeme rozlišovat několik způsobů, kterými se vyrovnáváme stresovým situacím a to:

- uzpůsobení životních podmínek, prostředí a proveditelnost úkolů možnostem lidí,
- pro plnění určitých úkolů správně vybírat jejich plnitele,
- zvyšování odolnosti vůči stresu pomocí různých technik (Nitsch, 1981).

Muži i ženy zvládají stresové situace odlišně, muži převážně reagují agresí, kdežto ženy spíše depresí (Bateson, 2000). Pro zvládnání stresu jsou nejčastěji využívány relaxační techniky, jako jsou relaxace, meditace, tělesné cvičení nebo změny chování (Kebza, 2005).

Mezi nejčastěji uváděné důsledky stresu jsou problémy se zažívacím systémem, změny hodnot krevního tlaku, ischemická choroba srdeční, astma, migréna, poruchy imunitního systému nebo menstruačního cyklu (Kebza, 2005).

### 1.2.3 Dětství

Dětstvím se stanovuje jako počáteční období životní dráhy člověka, které začíná narozením končí adolescencí (mezi 14 - 15 rokem života) (Průcha, 2003). Jedná se o období, kdy dochází k intenzivnímu vývoji tělesného, intelektuálního, jazykového, emocionálního a sociálního (Průcha, 2003). V tomto období se formují jednotlivé rysy osobnosti (Průcha, 2003).

V tomto období, před narozením a v raném dětství, se utvářejí pevné základy pro zdraví, důležitými faktory jsou emoční podpora, kvalita výživy, závislosti rodičů (hlavně matky během těhotenství) a správná životospráva (Wilkinson, Marmot, 2005). Dětství je důležité pro získávání biologického a lidského kapitálu, který má vliv na zdraví jedince (Wilkinson, Marmot, 2005). Zdravotní stav v dětství se v jedinci odráží po celý život a má dlouhodobý účinek na zdraví (Wilkinson, Marmot, 2005).

Vývoj dítěte je nejvíce ovlivněn v prenatálním období života a v raném dětství (Vaďurová, 2008). Pro nenarozené dítě je velmi důležité chování jeho matky během

těhotenství, je pro něj rizikové její kuřáctví, alkohol, drogová závislost či špatná výživa (Vaďurová, 2008). Toto její chování se může projevit v životě dítěte později a může mít pro něj následky na celý život (Vaďurová, 2008). Vývoj dítěte také ovlivňuje špatné zázemí matky, nedostatek finančních prostředků a citové podpory, může to mít vliv na sníženou kapacitu tělesných, kognitivních nebo emocionálních funkcí či problémové chování v dospělosti (Berkman, 2000). Intimní pouta, která jsou vytvořena během dětství se stávají prototypem pro interpersonální vztahy v dospělosti, při kterých si vytvářejí pocit bezpečí a sebehodnocení (Berkman, 2000).

Olšovská (2006) stanovuje, že socioekonomické podmínky bývají v současné době spojovány se sociálním vyloučením, kdy se poukazuje na to, že rodiny, které žijí ve vyloučených lokalitách, nedokáží dětem zabezpečit základní potřeby, jako je pravidelná strava či hygiena. Kulturní faktory se projevují ve stylu výchovy a požadavcích na navštěvování mateřských či jiných škol (Davidová, 2004).

#### 1.2.4 Sociální vyloučení

*„Sociální vyloučení (social exclusion) označuje obvykle komplexně podmíněnou nedostatečnou účast jednotlivce, skupiny nebo místního společenství na životě celé společnosti“* (Matoušek, 2003). Sociální vyloučení můžeme označit jako nedobrovolné vyloučení jednotlivců nebo skupin z politického, sociálního či ekonomického podílení na společenském životě (Marlier, Atkinson, 2010). Pokud jsou osoby sociálně vyloučené mají omezený přístup ke zdrojům, díky tomu nemohou dosáhnout přiměřené životní úrovně, která je pro společnost přijatelná (Krebs, 2007). Lidé, které ohrožuje sociální exkluze žijí většinou v oblastech, kde je vysoká nezaměstnanost, nevyhovující bydlení, špatná infrastruktura a dopravní obslužnost (Krebs, 2007).

V současné době je sociální vyloučení velmi spekulovaným tématem, které se týká osob, které v ní žijí, ale také celé společnosti (Davidová, 2010). Sociální vyloučení můžeme rozdělit dle různých složek, ekonomické, prostorové, sociální a symbolické (Littlewood, 2000). Ekonomická složka zahrnuje především lokalitu bydlení, v ní také míru nezaměstnanosti a participace na šedé ekonomice (Davidová, 2010). Sociální složka zahrnuje především vztahy v rodině a příbuzenském okruhu, sociální síť těchto lidí se stává monolitní a nezaručuje pevnost (Granovetter, 1995). Kulturní vyloučení se většinou spojuje s nízkým vzděláním daného jedince a můžeme o něm mluvit jako o kultuře chudoby (Jakoubek, 2004). Symbolickou složku vyloučení můžeme chápat jako vytváření předsudků, marginalizaci či diskriminaci (Kajanová, 2009).

Mezi rizikové skupiny obyvatelstva, které jsou ohrožené sociálním vyloučením, patří dlouhodobě nezaměstnaní, nekvalifikovaní, zdravotně postižení, staří lidé, jedinci ohrožení bezdomovectvím, děti, které žijí v nefunkčních rodinách, etnické skupiny a přistěhovalci (Krebs, 2007). Sociální vyloučení a bydlení v místech, kde je horší kvalita prostředí má vliv na zdravotní stav jedinců (Dzúrová, 2015). Tito lidé ve větší míře podléhají rizikovému chování, jako je konzumace alkoholu, užívání drog či kriminalita (Dzúrová, 2015).

Kajanová rozděluje sociální vyloučení na prostorové, ekonomické, symbolické nebo politické (Kajanová, 2009). Příčiny sociálního vyloučení rozdělujeme na vnější a vnitřní (Toušek, 2007). Vnější jsou strukturální jako například selhání demokratického systému, pracovního trhu nebo bytové politiky, vnitřní příčiny jsou ztráta zaměstnání, pracovních návyků nebo neschopnost hospodaření s penězi (Toušek, 2007).

Sociální vyloučení je velmi důležité i ve vztahu k přístupu zdravotní péče (Vacková, 2016). Přístup ke zdravotní péči se řídí typem zdravotního pojištění, které si cizinec uzavírá (Vacková, 2016). Pokud cizinec v ČR dlouhodobě pobývá, tak může využívat veřejné nebo komerční pojištění (Vacková, 2016). Pokud má cizinec povolení k trvalému pobytu, a nebo je zaměstnaný, tak se řadí do veřejného zdravotního pojištění. OSVČ a děti si uzavírají komerční zdravotní pojištění, které má hodně nedostatků (Vacková, 2016). Například léčba onemocnění, které mají příčinu v minulosti nejsou hrazené (Vacková, 2016). Celkové zdravotní péče je omezená a nemusí být hrazená v plné výši (Vacková, 2016). Tyto nedostatky, které nabízejí komerční pojišťovny jsou dlouhodobě kritizovány (Hnilicová, Dobiášová, 2010).

Pro osoby, které se nacházejí ve stavu nouze a nemají finanční prostředky pro zajištění základních životních potřeb je zajištěno poskytnutí sociální pomoci (Kahoun 2013). Základní pomocí je sociální poradenství, sociální služby a dávky pomoci v hmotné nouzi (Kahoun, 2013).

### 1.2.5 Práce

Práce je nejčastějším důvodem migrace do České republiky, díky tomu se snaží získat lépe placené zaměstnání a zlepšení ekonomické situace (Vacková, 2016). Brabcová říká, že socioekonomický status jedince je dán jeho vzděláním, zaměstnáním, příjmem a zároveň ovlivňuje jeho zdravotní stav (Brabcová, 2011).

Imigranti většinou obsazují pracovní místa v tzv. třetím sektoru, ve kterém naši zaměstnanci práci odmítají z důvodu náročnosti práce (Massey, 2005). Imigranti

představují levnou a flexibilní pracovní sílu na našem trhu práce (Maseey, 2005). Nejčastěji se jedná o nekvalifikované dělnické profese ve stavebnictví, dělnictví nebo v průmyslu (Jelínková, 2011). Většinou imigranti pracují v noci nebo ve výrobních halách, kde jsou vyloučeni ze společnosti (Jelínková, 2011). Toto vyčleňování zaměstnanců může vést k nelegálnímu zneužívání nebo vykořisťování pracovníků ze strany zaměstnavatele (Marfleet, Blustein, 2011). Tito pracovníci mají tendenci si hledat zaměstnání, kde mají malou příležitost využívat své odborné dovednosti, většinou pracují na místech, kde není potřeba vzdělání nebo stačí pouze nízké vzdělání (Fischbacher, 2005). Ve velkém množství případů, imigranti vykonávají fyzicky náročnou práci, která neodpovídá jejich vzdělání a je špatně finančně ohodnocena (Vacková, 2016).

Při hledání práce v zahraničí je pro cizince důležité zajistit si pracovní vízum, dobrá znalost jazyka a schopnost zajistit si všechny záležitosti sám nebo mít nějakého pomocníka (Vacková, 2016).

Wilkinson a Marmot říkají, že podmínky v práci velmi ovlivňují zdravotní stav jedince (Wilkinson, Marmot, 2005). Ve vztahu ke zdravotnímu stavu se práce může objevovat ve dvou rovinách, v pozitivní a negativní (Davidová, 2010). Pozitivní rovina práce představuje faktor, který působí na harmonii lidské psychiky a zlepšení sociálních vztahů (Davidová, 2010). Negativní rovina práce vymezuje špatné pracovní podmínky a stres z práce, který ovlivňuje zdravotní stav ale také diskriminaci (Davidová, 2010).

#### 1.2.6 Nezaměstnanost

Dle Velkého sociologického slovníku II, je nezaměstnanost výskyt lidí, kteří nemají placené zaměstnání (Velký sociologický slovník, 1996). Nezaměstnanost se může stát problémem v případě, že je dlouhodobá či masová (Velký sociologický slovník, 1996). Dlouhodobá nezaměstnanost lze špatně stanovit, ale dle Kodymové a Koláčkové ve většině případů trvá déle než 6 měsíců (Kodymová, Koláčková, 2005). Nezaměstnanost můžeme dělit na frikční (zaměstnanec pouští práci za účelem hledání jiné práce), sezonní, strukturální (způsobuje ji nerovnováha mezi nabídkou a poptávkou) a cyklickou, kterou způsobují makroekonomické změny (Kodymová, Koláčková, 2005).

Nezaměstnanost velkým způsobem ovlivňuje zejména vzdělání, věk, pohlaví, zdravotní stav a sociální skupina, ve které se osoba pohybuje (Vágnerová, 2004). Dlouhodobé nezaměstnání a vyčlenění z pracovního trhu zvyšuje riziko sociálního vyloučení, které později zmenšuje možnost získání nového pracovního místa a zařazení



na pracovní trh (Brabcová, 2009). Sociální vyloučení by jedinci s největší pravděpodobností snižovalo získání nového pracovního místa (Brabcová, 2009).

Nezaměstnanost může způsobovat zdravotní rizika, kdy nejistota v zaměstnání může mít vliv na duševní zdraví, zdravotní stav, onemocnění srdce a riziko kardiovaskulárních chorob (Wilkinson, Marmot, 2005). U některých jedinců může ztráta zaměstnání vyvolat stres, který může ohrožovat zdraví jednotlivce v oblasti psychiky i psychosomatiky (Vágnerová, 2004). Ztráta zaměstnání může působit jako existenciální stres, který může ohrožovat zdravotní stav daného jednotlivce, a to v oblasti psychicky nebo psychosomatiky (př. bolesti hlavy, poruchy spánku, zažívací problémy a jiné) (Vágnerová, 2004). Carls Smith zjistil, že pokud člověk ztratí zaměstnání ve vyšším věku, konkrétně kolem 51 – 75 let, zvyšuje se riziko infarktu, přičemž to nemusí přímo souviset se ztrátou zaměstnání, ale celkově i s odchodem do starobního důchodu (Carls Smith, 2015).

Dle Vágnerové (2004) může ztráta zaměstnání představovat zátěžovou situaci pro celou rodinu. Při ztrátě zaměstnání může dojít k těmto změnám: ztráta původního postavení, narušení rodinného stereotypu, nedostatek finančních prostředků, izolace a omezení kontaktů mimo rodinu a dále také změna životního stylu (Vágnerová, 2004). V případě více nezaměstnaných v jedné rodině představuje větší riziko, ohrožení patologickými jevy, změna bydlení, ale také problémy s hledáním zaměstnání (Davidová, 2010).

### 1.2.7 Sociální opora

Sociální opora zprostředkovává jedinci fungování ve společnosti (Šolcová, Kebza, 1999). Sociální opora pomáhá člověku si vytvořit systém sociálních vztahů a vazeb, které si vytváří ve svém okolí (Šolcová, Kebza, 1999). Stejní autoři dále uvádějí, že kvalitu této opory vnímá každý jedinec individuálně. Hartl a Hartlová (2010) říkají, že sociální opora je „*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.*“

Sociální oporou můžeme rozumět pomoc, kterou osobě v tíživé situaci poskytuje jiná osoba (Křivohlavý, 2003). Dobré sociální vztahy a sociální opora přispívají ke zdraví lidí (Wilkinson, Marmot, 2003). Lidé potřebují cítit, že o ně někdo má zájem, má je rád, váží si jich a uznává jejich lidskou hodnotu (Wilkinson, Marmot, 2003). Lidé s nižší sociální oporou mají častější výskyt stresových poruch než lidé s vyšší sociální oporou

(Wilkinson, Marmot, 2003). Každý člověk by měl mít dostatečně velkou sociální síť (Dvořáková, 2008). Současné studie ukázaly, že lidé v severní Evropě mají ve svém vnitřním intimním kruhu (rodiny a nejbližších přátel) kolem 7 - 10 lidí a kolem 20 – 30 známých, přátel či kolegů (Dvořáková, 2008). Lidé, kteří žijí v jižní Evropě mají celkově více sociálních kontaktů s příbuznými (Dvořáková, 2008).

House (1988) stanovuje sociální oporu v těchto oblastech, kdy všechny mají vliv na životní styl jedince a podílejí se na spoluvytváření:

- a) emocionální (stanovují se důležité citové potřeby jako jsou láska, empatie či víra);
- b) hodnotící (důležitost zpětné vazby po uskutečnění určitých událostí či některých činů jedince);
- c) informační (zprostředkovávání určitých informací a rad, které pomáhají s vyrovnáváním se s problémy života);
- d) instrumentální (poskytují finanční a materiální pomoc).

V oblasti sociální opory hraje pravděpodobně nejdůležitější roli rodina a to především v oblasti emocionální a hodnotové (Davidová, 2010).

Rozlišujeme dva přístupy k výzkumu sociální opory, kdy první z nich vychází ze sociologického paradigmatu sociální změny a zakládá se na vlastním procesu sociální integrace a studiu o výklad podstaty, která ovlivňuje pozitivní a negativní zdraví (Šolcová, Kebza, 1999). Druhý přístup je zaměřený na kontext psychologicko-medicínského modelu zvládání stresu nebo tlumení jeho negativních důsledků pro zdraví (Šolcová, Kebza, 1999).

Sociální opora se nejvíce zaměřuje na poskytování a přijímání pomoci, kdy se musí jedinec nebo skupina osob vyrovnat s různými životními okolnostmi nebo každodenními problémy (Bierhoff, 2006). K těmto životním okolnostem můžeme řadit odchod imigranta ze země svého původu, tato životní změna může být pro jeho zdraví riziková (Simich, 2005). V tuto dobu hraje sociální opora důležitou roli při zvládání, zmírnění vlivu stresu a podporuje jeho zdraví v období této velké změny příchodu do nové země (Simich, 2005).

Dříve byla koncepce sociální opory vnímána jako pozitivní prvek sociálních vztahů (Šolcová, Kebza, 1999; Křivohlavý, 2009). V současné době se stanovuje, že sociální opora může být jak pozitivní, tak i negativní (Šolcová, Kebza, 1999; Křivohlavý, 2009). Může vyvolat pocity méněcennosti, které jsou vyvolány přijímáním sociální opory, možné snižování sebeúcty nebo problémy ve vztazích (Šolcová, Kebza, 1999;

Křivohlavý, 2009). Sociální opora se úzce spojuje se zdravím, přátelstvím, dobrými sociální vztahy a pevné sítě sociální opory zlepšují zdraví (Wilkinson, Marmot, 2005).

Sociální oporu je možné členit z několika hledisek, například z hlediska dynamiky lidského jednání na:

- oporu, která pomáhá vytvářet podmínky pro jednání jedince;
- oporu, která dává jednotlivci zpětnou vazbu;
- oporu, která se snaží napomáhat tvořit vizi pro další jednání jednotlivce (Davidová, 2010).

### 1.2.8 Výživa

Oblast výživy a životního stylu ovlivňuje zdraví každého jedince (Loef, Walach, 2012). Řada výzkumů poukazuje na vliv životního stylu, jako je kouření, alkohol, fyzická aktivita, strava nebo úmrtnost (Loef, Walach, 2012). Složení stravy, úprava a její pravidelnost představují významné faktory, které ovlivňují zdravotní stav jedince formováním tělesné konstrukce, hlavně v případě obezity a nadváhy, které se spojují se zdravotními riziky, ale také vlivem nedostatku některých látek (Wilkinson, Marmot, 2005).

Dříve byli stravovací návyky hodně ovlivněny kulturou, tradicemi nebo produkcí potravin (Beblavá, 2003). V současné době se díky rostoucí globalizaci otevírají trhy jednotlivých států, sjednocují se technické postupy zpracování a zvyšuje se mobilita (Beblavá, 2003). Dříve bylo typické velmi nevhodné složení potravy, kdy byl vysoký podíl tuků, cukrů a alkoholu (Beblavá, 2003). Díky ekonomické transformaci, změně nabídky i cen se zlepšil spotřební koš (Beblavá, 2003).

Základním výživovým doporučením v současné době je výživová pyramida, kde je prezentována vyvážená a pestrá strava, u které jsou důležité živiny, vitamíny a minerály (Webster-Gandy, 2006). Při stravování je též důležitý energetický výdej jedince a je potřeba ji uzpůsobit věku daného jedince (Webster-Gandy, 2006).

U každého jedince je důležitá životospráva, kdy člověk musí přistupovat k potravinám jako ke zdroji energie (Driskell, 2006). Pro některé lidi je jídlo zdrojem radosti a spokojenosti a pro jiné důležitou životní substancí (Driskell, 2006). Pro fyzické zdraví je nejdůležitější množství a pestrost složení stravy (Gropper, 2004).

Špatné stravovací návyky mohou způsobovat obezitu, a jsou rizikovými faktory pro vznik diabetu a kardiovaskulárních nemocí (Roger, 2011). Swiburn říká, že se v posledních třech desetiletích na celém světě zvýšila míra obezity až dvojnásobně

(Swiburn, 2011). Nadváha a obezita se stanovují dle výšky a hmotnosti člověka, kdy se vypočítává index tělesné hmotnosti, tzv. BMI (Pařízková, Lisá, 2007). Vypočítává se poměrem tělesné výšky a hmotnosti, vyhodnocuje se hmotností v kilogramech a mocninou výšky v metrech (Pařízková, Lisá, 2007). Tato klasifikace BMI je určena pro hodnocení hmotnosti dospělé osoby, kdy je rozděluje na kategorie:

- méně než 18,5 kg/m<sup>2</sup> podváha
- 18,5 - 24,9 kg/m<sup>2</sup> normální váha
- 25 - 30 kg/m<sup>2</sup> nadváha
- nad 30 kg/m<sup>2</sup> obezita (WHO, 2006).

Index tělesné hmotnosti, BMI je mezinárodně uznávaná klasifikace (WHO, 2006).

### 1.2.9 Závislost

V současné době k nejčastějším závislostem patří kouření tabáku, pití alkoholu a požívání drog (Čeledová, Čevela, 2010). K dalším druhům závislostí patří hraní počítačových her a v dnešní moderní společnosti začíná i internet (Čeledová, Čevela, 2010). Závislosti mají souvislost převážně se sociálním prostředím, kdy značí reakci na určitý problém (Čeledová, Čevela, 2010). K důvodům závislosti na návykových látkách patří především fyziologické, psychologické a sociální faktory (Čeledová, Čevela, 2010). Závislosti mohou způsobovat zdravotní problémy a vést k sociálnímu a finančnímu znevýhodnění (Čeledová, Čevela, 2010).

Nikotinismus patří k nejrozšířenější závislosti ve společnosti, v České republice v roce 2008 pravidelně kouřilo 29% lidí (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2008). Důvodem proč mladí lidé začnou kouřit, bývá vliv ostatních lidí, především kamarádů či rodiny (Čeledová, Čevela, 2010). Kouřením se snaží řešit psychické problémy, jako jsou různé složité situace nebo stres (Čeledová, Čevela, 2010). Kouření má špatný vliv na organismus člověka, kdy hrozí nemoci dýchacích cest, chronické bronchitidy, vznik žaludečních vředů, riziko kardiovaskulárních chorob, nádorových onemocnění či možnost špatného vývoje plodu během těhotenství (Křivohlavý, 2003). U některých kouřících jedinců dochází ke vzniku rizikového chování a kouření bývá často spojeno se špatnými stravovacími návyky (Hrubá, Žaloudíková, 2010).

V našem sociokulturním prostředí má Česká republika pouze 7% abstinujících mužů a zhruba 20% žen a řadí se mezi státy s nejvyšší konzumací alkoholu (Společný svět, 2004). Nadměrná konzumace alkoholu má vliv na zdravotní stav jedince, kdy může

vznikat závislost (Křivohlavý, 2003). U člověka, který pravidelně pije alkohol dochází k toleranci, a proto lidé pijí více alkoholu, aby měli stejný zážitek (Křivohlavý, 2003).

Gambling se nejčastěji vyskytuje u skupin ohrožených nezaměstnaností, kteří vyplňují svůj volný čas hrou a u mládeže (Nešpor, 2006).

Droga může být přírodní nebo syntetická látka, která ovlivňuje prožívání situací a může způsobit závislost (Vokurka, 2004). Drogovou závislost můžeme charakterizovat jako chorobný stav, který se spojuje s nezvladatelnou touhou po častém užívání drog a psychickou i fyzickou závislostí na nich (Vokurka, 2004). U drogově závislých je důležité nejprve řešit důvod této závislosti (Čevela, 2014). Je velmi důležité hledat příčiny v sociálním prostředí jedince a podporovat správné aktivity ve společenském i pracovním životě (Čevela, 2014).

#### 1.2.10 Doprava

Doprava je velmi důležitá pro pohyb osob z jednoho místa na druhé, z důvodu sociální potřeby, dopravování do práce nebo z rekreačních důvodů (Gillernová, 2011). V moderní společnosti je doprava jedním z nejdůležitějších sociálních determinantů zdraví a má vliv na zdraví (Wilkinson, Marmot, 2005). Ve veřejné dopravě má velký význam tzv. zdravá doprava, kde se upřednostňuje chůze, jízda na kole, cestování veřejnými dopravními prostředky oproti cestování auty (Wilkinson, Marmot, 2005).

Díky současnému životnímu stylu lidí dochází ke snižování fyzické aktivity a vzniku obezity, kdy může doprava hrát velkou roli v podpoře zdravého životního stylu z důvodu, že je součástí každodenního života všech lidí (Wilkinson, Marmot, 2005). Automobilová doprava má špatný vliv na zdraví jedince také z důvodu znečištění životního prostředí výfukovými plyny (Wilkinson, Marmot, 2005). Může způsobovat nemoci ze znečištěného ovzduší a nadměrný hluk (Wilkinson, Marmot, 2005). V současné době jsou dopravní nehody jedním z nejčastějších příčin úmrtí dospívajících a mladých lidí (Křivohlavý, 2003).

Zdravá doprava podporuje sociální interakci v ulicích, kdy se lidé mohou navzájem potkávat a navazovat mezi sebou vztahy (Wilkinson, Marmot, 2005). Automobilová doprava přispívá k vyčlenění lidí ze společnosti (Wilkinson, Marmot, 2005). V současné době se začíná využívat ekologických dopravních prostředků, jako je chůze, kolo, koloběžky, elektrokola, elektromobily a jiné, pro cyklisty vznikají cyklostezky a začínají se budovat ekologicky zdravá města (Horáková, 2016).

## **2. Cíle práce**

### ***2.1 Hlavní cíl práce***

Hlavním cílem práce je zjistit, jaké oblasti v rámci determinantů zdraví u imigrantů nebyly za posledních pět let zkoumány - a to na území České republiky a v Evropě. Tento cíl je důležitý pro možnosti dalších výzkumů determinantů zdraví u imigrantů. Může napomoci výzkumníkům s tématem, které v posledních letech nebylo zkoumáno a je možnost ho více vyzkoumat.

### ***2.2 Dílčí cíle práce***

1. Zjistit, jaké výzkumy proběhly v České republice a v Evropě u determinantů zdraví u imigrantů (v posledních pěti letech) a byly publikovány ve vědeckých či rešeršních článcích.
2. Zjistit, co bylo cílem těchto výzkumů, kde se navzájem překrývají, kde se doplňují.
3. Popsat, jaké metody a techniky byly výzkumníky použity pro zkoumání vybraných témat.

### 3. Metodika

#### 3.1 Použitá metodika a technika sběru dat

Ve výzkumné části diplomové práce byla zvolena kvantitativní metodika, kde se technikou stala komparativní metaanalýza. Analýza bude provedena z dostupných databázovaných časopisů (Scopus, Pub-med) a dostupných českých časopisů (i nedatabázovaných). Časové omezení práce je 5 let.

V databázích Scopus a Pub-med bylo hledáno dle následujících kritérií: sociální determinanty zdraví, imigranti, Evropa, Česká republika (social determinants of health, immigrants, Europe, Czech Republic) s časovým omezením těchto článků 5 let.

Kvantitativní výzkum spočívá ve zkoumání vztahů mezi proměnnými, kdy má přinést numerická data, která se získají měřením (Punch, 2008). V tomto výzkumu se využívají náhodné výběry, experimenty a strukturované sbírání dat pomocí testů, dotazníků či pozorování (Hendl, 2016). Nejdříve se zjišťují koncepty pomocí měření, pak se analyzují statistickými metodami, kdy cílem je explorace, popisují se a ověřuje se pravdivost vztahu mezi proměnnými (Hendl, 2016).

Stanovují se základní charakteristické rysy kvantitativního výzkumu:

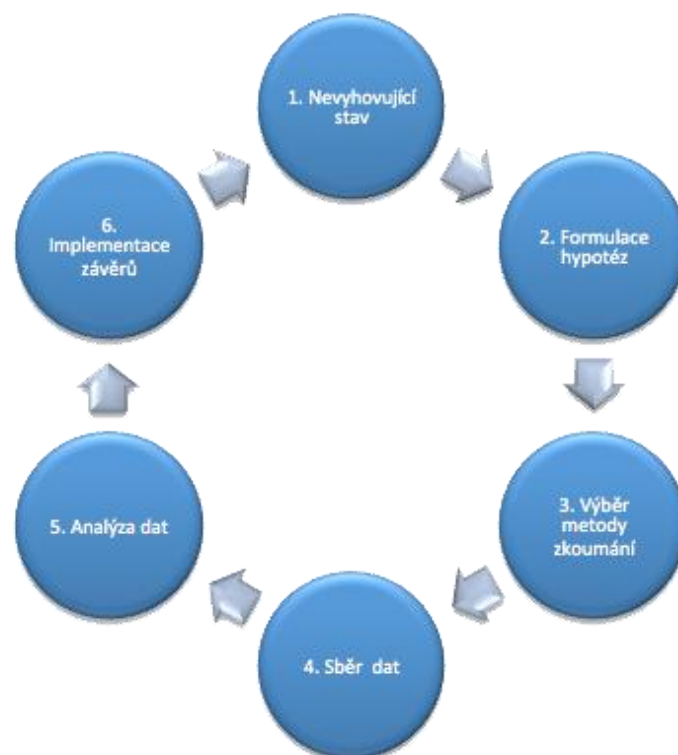
- nezávislost – nezávislost výzkumníka na zkoumaných jevech;
- hodnotová svoboda a autonomie vědy – objektivními kritérii se stanovuje výběr toho, co se bude zkoumat a jakým způsobem;
- kauzalita – cílem je identifikovat vztahy a zákonitosti, které značí pravidelnost různých jevů;
- hypoteticko-deduktivní přístup – rozvoj prostřednictvím formulování a testováním hypotéz;
- operacionalizace – vědecké pojmy se převádějí do konkrétních faktů, aby se mohli měřit konkrétní skutečnosti;
- redukcionismus – snaha porozumět problémům, které jsou zredukované na minimum;
- generalizace – zobecnění lidského a sociálního chování, kdy je potřeba mít dostatek respondentů;
- průřezová analýza – srovnávání obecných pravidel a zákonitostí (Olecká, Ivanová, 2010).

„Kvantitativní výzkum bývá spojován s hypoteticko-deduktivním modelem vědy, který se sestává z těchto základních komponentů:

1. Formálně se vyjádří určité obecné tvrzení, které má potenciál vysvětlit vztahy v reálném světě – **teorie**.
2. Provede se dedukce. Za předpokladu, že teorie platí, budeme očekávat, že nalezneme vztah mezi minimálně dvěma proměnnými  $X$  a  $Y$  – **hypotéza**.
3. Uvažujeme definici, co potřebujeme zjistit, abychom pozorovali  $X$  a  $Y$  – **operační (operacionalizovaná) definice**.
4. Provedeme porovnání – **měření**.
5. Provedeme závěry o platnosti hypotézy – **testování hypotézy**.
6. Vztáhneme výsledek testování zpět k teorii – **verifikace**“ (Hendl, 2016).

Kvantitativní metoda sbírání dat se vyznačuje velkým množstvím respondentů, kdy respondenti nejčastěji odpovídají formou dotazníků, které se pak vyhodnocují (Survio, 2017).

Schéma č. 1 - Schéma výzkumného procesu:



Zdroj: Survio, 2017



Toto schéma vyznačuje typický proces výzkumu, který začíná nevyhovujícím stavem a končí formulací závěrů. Nevyhovující stav značí problém, který chceme řešit, poté si stanovujeme hypotézy, které vytvářejí předpoklad nápravy problému (Survio, 2016). Metody zkoumání vybíráme dle cíle, sběrem dat získáme informace od respondentů, tyto data se poté zpracují a nakonec se vytvoří závěry, které značí nové poznatky z procesu zkoumání (Survio, 2016).

V této práci byla u kvantitativního výzkumu využita metaanalýza, která je statistickou metodou zaměřující se na zevšeobecnění výsledků klinických studií (Velký lékařský slovník, 2017). Tato metoda bude použita v rámci komparace. Výzkumné údaje budou zaznamenány do tabulky dle místa výzkumu (země Evropy nebo Česká republika) a rozděleny dle toho, jaký sociální determinant zdraví byl zkoumán a jaké metody zkoumání byly využity, ze kterých se poté vypočítají četnosti výskytu. Dále bude krátká charakteristika každého článku, abychom zde uvádím, co přesně v daném determinantu bylo zkoumáno, budou zjištěny i výsledky těchto výzkumů a případně doporučení, které výzkumníci dávají pro budoucí výzkumy, kde stanovují, co by bylo možné zkoumat a případně by doplnilo jejich výzkum.

### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumným souborem se staly databázované časopisy (výzkumy, články), z databází Scopus a Pub-med a dostupné české časopisy (výzkumy, články), které nejsou databázované. Celkový počet výzkumných článků je 41, z toho tvoří databáze Pub-med 16 článků, kdy je 13 článků zkoumaných v Evropě a 3 zkoumané v České republice, v databázi Scopus je celkem 20 článků, kdy jich je 16 zkoumaných v Evropě a 4 zkoumané v České republice a dále 5 článků, které nejsou databázované. V případě, že jsou články nalezeny v obou databázích (Scopus, Pub-med) nebo i mezi nedatabázovanými výzkumy, články, jsou tyto výzkumy či články pro můj výzkum použity pouze jednou.

### **3.3 Sběr dat**

Sběr dat byl uskutečněn z databází Scopus a Pub-med, kde jsou články shromážděny jak v plné verzi, tak v rešeršních člancích. Dále byly shromážděny články nedatabázované, které byly zveřejněny v České republice a zároveň zveřejněny na kterýchkoli internetových stránkách. Celkem bylo nalezeno 41 článků, které byly zpracovány formou komparativní metaanalýzy, která byla zpracována do tabulek a rozdělena na články dle databází a dle místa zkoumání, Česká republika a Evropa.

K těmto tabulkám bylo přidáno krátké shrnutí každého ze článků, výzkumů. Tyto články byly omezeny na vznik nejdéle 5 let zpětně a byly v rámci mého výzkumu použity pouze jednou.

## 4. Výsledky

### 4.1 Rozpracování výsledků

Tabulka č. 1 Články z databáze Pub-med, které byly zkoumány a publikovány v Evropě

Název článku	Sociální determinant zdraví	Metoda zkoumání	Země zkoumání
Determinants of intention to get tested for STI/HIV among the Surinamese and Antilleans in the Netherlands: results of an online survey (Westmaas, Kok, Vriens, Götz, Richardus, Voeten, 2012)	Závislost	Dotazníky	Holandsko
Use of different subjective health indicators to assess health inequalities in an urban immigrant population in north-western Italy: a cross-sectional study (Domnich, Amicizia, Panatto, Signori, Perelli, Adamoli, Riboli, Gasparini, 2013)	Práce	Dotazníky	Itálie
Social-Cognitive and Socio-Cultural Predictors of Hepatitis B Virus-Screening in Turkish Migrants, the Netherlands (van der Veen, van Empelen, Looman, Richardus, 2013)	Sociální gradient	Screening	Holandsko
DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD EN POBLACIONES INMIGRADAS EN ESPAÑA. REVISIÓN DE LA LITERATURA (Malmusi, Ortiz-Barreda, 2014)	Sociální gradient	Analýza informačních zdrojů	Španělsko

CONDICIONES DE TRABAJO Y SALUD DE LOS TRABAJADORES INMIGRANTES EN ESPAÑA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA (Ronda-Pérez, Agudelo-Suárez, López-Jacob, García, Benavides, 2014)	Práce	Analýza informačních zdrojů	Španělsko
Inmigración y salud: desigualdades entre la población autóctona e inmigrante en el País Vasco (Rodríguez Álvarez, González-Rábago, Bacigalupe, Martín, Lanborena Elordui, 2014)	Práce, sociální opora	Analýza nerovností, průřezová studie	Španělsko
Reflexiones sobre el impacto de la crisis en la salud y la atención sanitaria de la población inmigrante. Informe SESPAS 2014 (Vázquez, Vargas, Aller, 2014)	Práce	Neuvedeno	Španělsko
Calidad de vida de trabajadoras inmigrantes latinoamericanas como cuidadoras en España (Bover, Taltavull, Gastaldo, Luengo, Izquierdo, Juando-Prats, de Ormijana, Robledo, 2014)	Práce	Neuvedeno	Španělsko
Risk of fatal unintentional injuries in children by migration status: a nationwide cohort study with 46 years' follow-up (Karimi, Beiki, Mohammadi, 2015)	Dětství	Kohortová studie	Švédsko
New perspectives on occupational health and safety in immigrant populations: studying the intersection between immigrant background and	Práce	Analýza informačních zdrojů	Evropa

gender (Mousaid, De Moortel, Malmusi, Vanroelen, 2014)			
Vulnerable populations in healthcare (Waisel, 2013)	Sociální vyloučení	Analýza informačních zdrojů	Evropa
Social determinants of self-perceived discrimination in Spain (Gonzales, 2013)	Sociální vyloučení	Analýza informačních zdrojů	Španělsko
The Impact of Education and Socioeconomic and Occupational Conditions on Self-Perceived and Mental Health Inequalities Among Immigrants and Native Workers in Spain (Cayuela, Malmusi, José López-Jacob, Gotsens, Ronda, 2015)	Práce	Analýza informačních zdrojů	Španělsko

**Determinants of intention to get tested for STI/HIV among the Surinamese and Antilleans in the Netherlands: results of an online survey** se zabývá zdravotní motivací, rizikovým chováním, otevřenou komunikací o sexualitě, který má mít za výsledek předcházení STI/HIV onemocnění (Westmaas, Kok, Vriens, Götz, Richardus, Voeten, 2012). Tento výzkum měl za účel provést vyšetření na STI/HIV onemocnění. Dále měl sloužit jako prevence pro změnu současného vnímání a postoje k testování. Měl zpropagovat program zdraví, který měl být zaměřen na podporu otevřené komunikace o sexualitě a testování STI/HIV. Také měl za úkol, zjistit, jaké onemocnění a problémy mohou mít lidé s drogovou, sexuální a jinou závislostí a zajistit jim informace o včasném testování a diagnostice.

**Use of different subjective health indicators to assess health inequalities in an urban immigrant population in north-western Italy: a cross-sectional study** se zabývá kvalitou života, sebehodnocením zdraví a úmrtností mezi imigranty (Domnich, Amicizia, Panatto, Signori, Perelli, Adamoli, Riboli, Gasparini, 2013). Bylo zjištěno, že navzdory růstu počtu imigrantů v Itálii jsou nedostatečná data o jejich zdravotním stavu. Subjekty zkoumání ukázaly relativně stabilní úroveň HRQoL, pouze zhruba 15% těchto lidí hodnotilo zdraví jako nic moc. Nižší skóre ve fyzické části bylo spojené především s úmrtností a ekonomickou imigrací a imigrací z náboženských důvodů. Ti, co migrovali

z náboženských nebo rodinných důvodů vykázali nižší skóre v psychologické části HRQol. Z tohoto výzkumu tedy vyplývá, že pracující imigranti mají větší problémy při fyzických aktivitách.

**Social-Cognitive and Socio-Cultural Predictors of Hepatitis B Virus-Screening in Turkish Migrants, the Netherlands** značí, že Virus hepatitidy B (HBV) je důležitým zdravotním problémem u tureckých holanďanů (van der Veen, van Empelen, Looman, Richardus, 2013). Screening je nezbytný pro detekci a prevenci HBV, cílem tohoto výzkumu bylo určit screeningem sociálně-kognitivní a socio-kulturní determinanty HBV. Ukázala se důležitost socio-kulturní víry a stigma, lidé s nižšími screeningovými úmysly, měli nižší skóre k určování polohy, vnímání kontroly svého chování, sociální podpory a subjektivní normy. Tato studie ukazuje, jak kulturní hodnoty, tak i sociálně-kognitivní faktory související HBV screeningem.

**DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD EN POBLACIONES INMIGRADAS EN ESPAÑA. REVISIÓN DE LA LITERATURA** se zabývá zdravotními odlišnostmi mezi imigranty a rodilými obyvateli kvůli socioekonomické nerovnosti mezi nimi (Malmusi, Ortiz-Barreda, 2014). Tento výzkum zjistil, že imigranti jsou více ohroženi nízkým socioekonomickým statutem oproti většinové společnosti. Díky špatnému sociálnímu postavení se ukazuje, že své zdraví hodnotí hůře, zvláště ženy, které zde žijí delší dobu.

**CONDICIONES DE TRABAJO Y SALUD DE LOS TRABAJADORES INMIGRANTES EN ESPAÑA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA** se zabývá vztahem mezi imigrací, prací, a zdravím jako jedním z nejdůležitějších úkolů v ochraně zdraví při práci, zejména ve Španělsku, kde je výrazné zvýšení migrujících pracovníků na trhu práce (Ronda-Pérez, Agudelo-Suárez, López-Jacob, García, Benavides, 2014). Tento výzkum má za cíl znát pracovní podmínky a jejich vliv na migrující pracovníky. Řešení specifických zdravotních problémů souvisejících s prací (zejména počet pracovních úrazů), zdravotního postižení, a s rozdíly v pracovních podmínkách a zaměstnanosti. Výsledky těchto studií ukazují vyšší výskyt počtu zranění, nižší míru postižení, vystavení psychosociálních faktorů a nejistotě.

**Inmigración y salud: desigualdades entre la población autóctona e inmigrante en el País Vasco** má za úkol nalyzovat nerovnosti v oblasti zdraví mezi rodilými a přistěhovaleckými skupinami ve Španělsku a vysvětlit role několika zprostředkujících determinantů (Rodríguez Álvarez, González-Rábago, Bacigalupe, Martín, Lanborena Elordui, 2014). Byly zjištěny rozdíly v nerovnosti v oblasti zdraví při špatném vnímání

zdraví mezi původním obyvatelstvem a přistěhovaleckými skupinami z různých oblastí. Měřit asociaci mezi špatným vnímáním zdraví a místem původu, a upravit toto sdružení několika zprostředkujícími proměnnými, které byly vypočteny pomocí logistického regresního modelu. Imigranti měli chudší vnímání zdraví než domorodci v Baskicku, bez ohledu na věk. Tyto rozdíly lze vysvětlit nižší úrovní vzdělání, horším postavením v zaměstnání, nižší sociální podporou a vnímáním diskriminace mezi přistěhovanci, a to jak u mužů, tak i u žen. Tyto výsledky ukazují, že je třeba i nadále sledovat sociální a zdravotní nerovnosti mezi původním obyvatelstvem a přistěhovanci, stejně jako k podpoře politik, které zlepšují socioekonomické podmínky imigrantů.

**Reflexiones sobre el impacto de la crisis en la salud y la atención sanitaria de la población inmigrante. Informe SESPAS 2014** zjistil, že navzdory ekonomické krizi, populace přistěhovalců do Španělska je i nadále vysoká, přičemž zhruba 5,7 milionů osob (Vázquez, Vargas, Aller, 2014). Tato populace, jejíž zdravotní potřeby jsou podobné těm ve většinové populaci, je více zranitelná, kvůli jejímu vystavení horším sociálním determinantům (obývací a pracovní podmínky spolu s vyšším rizikem vyloučení ze sociálních služeb). V tomto výzkumu se analyzuje jak hospodářská krize ovlivňuje nebo může ovlivnit zdraví obyvatelstva přistěhovalců ve Španělsku tím, že zkoumá odlišné populační specifika nebo institucionální faktory, které ovlivňují dopady krize. Dostupné důkazy jsou omezené, ale mohou být identifikovány několika účinky, některé sociální determinanty, jako je například vyšší nezaměstnanost a horší pracovní podmínky, se zhoršily, což lze očekávat, že může vést ke zhoršení zdravotního stavu. Tyto důsledky již byly popsány pro duševní zdraví nebo byly odhadnuty na infekční choroby. Dále politická rozhodnutí mají přímý dopad, s výjimkou, nezdokumentovaných imigrantů na práva na zdravotní péči. A dále nižší prioritou přizpůsobení zdravotnických služeb do specifických vlastností přistěhovalců, spolu se zavedením nových překážek, se brání nebo se bude bránit v přístupu ke zdravotní péči. Výsledkem je, že důsledky hospodářské krize mají větší dopad na populaci přistěhovalců.

**Calidad de vida de trabajadoras inmigrantes latinoamericanas como cuidadoras en España** má za cíl popsat vnímání kvality života u latinskoamerických pečovatelů pracujících ve Španělsku a jak se mění v závislosti na určitých proměnných sdílených této skupiny (Bover, Taltavull, Gastaldo, Luengo, Izquierdo, Juando-Prats, de Ormijana, Robledo, 2014). Účastníci výzkumu zaznamenali velmi nízké fyzické a emocionální role, tato skupina pracovala jako pečovatelé, která měla špatnou pracovní smlouvu, nepravdělné postavení a mladší věk. Zranitelnost především těchto žen lze

vysvětlit tím, že mají špatné pracovní podmínky a jiné faktory, které souvisejí s migračním procesem.

**Risk of fatal unintentional injuries in children by migration status: a nationwide cohort study with years follow-up** měl za cíl studovat efekt země narození rodičů na riziko neúmyslných zranění (Karimi, Beiki, Mohammadi, 2013). Tato studie byla provedena ve Švédsku z národního registru skrze rodné číslo od počátku této studie nebo data narození do konce studie či smrti, dle toho, co nastalo dříve. Tito výzkumníci zjistili, že je větší riziko fatálního neúmyslného úmrtí dětí se zahraničním původem než dětí narozených ve Švédsku. Bylo zjištěno větší riziko zranění, utonutí, popálenin a pádů.

**New perspectives on occupational health and safety in immigrant populations: studying the intersection between immigrant background and gender** se snaží vyzkoumat nerovnosti v oblasti, kdy je třeba brát ohled na sociální determinanty zdraví (Mousaid, De Moortel, Malmusi, Vanroelen, 2014). Účelem tohoto výzkumu je prozkoumat vztah mezi vnímáním bezpečnosti a ochrany zdraví, rizika spojená s prací, přistěhovaleckým původem a pohlavím v zemích EU. Účinky jsou ovládané pro vzdělání, kvalitu práce a povolání. Přistěhovalci bývají nejčastěji zaměstnáváni na nižších pracovních místech, zatímco vnitřní přistěhovalci se neliší od domorodců. Migrující pracující ženy mají větší vnímání bezpečnosti a zdraví při práci než pracující ženy většinové společnosti. Takovéto zjištění zdůrazňuje důležitost intersekcionalních přístupů při studiu nerovností v oblasti zdraví souvisejících s prací.

**Vulnerable populations in healthcare** bylo vytvořeno za účelem informovanosti čtenářů na současné diskuzi a výzkum ohledně zranitelnosti populace v medicíně, která zahrnuje pacienty, kteří jsou socioekonomicky znevýhodnění, homosexuály, vězně, postižené, imigranty nebo rodiny s nemocnými členy (Waisel, 2013). Bylo zjištěno, že doporučení WHO o sociálních determinantech může ovlivňovat sociální politiku a užívání veřejných zdrojů v Evropě. Lékaři nejsou dostatečně vzdělaní o životě a obavách těchto zranitelných skupin. Tyto zranitelné skupiny jsou v nebezpečí kvůli nesourodému přístupu ke zdravotní péči, z důvodů ekonomického, kulturního, etnického nebo zdravotního charakteru. Členové zranitelné populace mají často horší zdravotní stav, který se jim horší z důvodu neadekvátní zdravotní péče, kterou poskytují lékaři většinou z důvodu neznalosti problémů této skupiny a tím tyto pacienty neúmyslně vylučují ze společnosti.

**Social determinants of self-perceived discrimination in Spain**, tento výzkum měl za cíl, analyzovat souvislost mezi vlastním vnímáním diskriminace a sociálními



determinanty (společenskou třídu, pohlaví, země původu) ve Španělsku, a dále popisuje související faktory, které přispívají k vnímání diskriminace. (Gonzales, 2013). Prevalence vnímání diskriminace byla 4,2% u mužů a 6,3% u žen, vnímaná diskriminace byla vyšší u lidí, kteří pocházejí ze zemí s nízkými příjmy. Ženy se častěji hlásí k vlastnímu vnímání diskriminace podle svého partnera doma než muži podle své partnerky. Pravděpodobnost vnímání diskriminace při hledání práce byla vyšší u lidí, kteří pocházejí ze zemí s nízkými příjmy než jejich španělští protějšky. Ve srovnání se Španěly muži pracující v administrativě, kteří pocházejí ze zemí s nízkým příjmem a ženské dělnice, které pocházejí ze zemí s nízkým příjmem, popsali vyšší úroveň vnímání diskriminace. Vnímání diskriminace je nerovnoměrné ve Španělsku a spolupracuje se sociálními nerovnostmi. To se týká zejména žen a přistěhovalců.

**The Impact of Education and Socioeconomic and Occupational Conditions on Self-Perceived and Mental Health Inequalities Among Immigrants and Native Workers in Spain**, cílem této studie bylo posoudit rozdíly mezi pracovníky v souvislosti s migrujícím postavením, vnímání duševního zdraví, a posoudit jejich vztah k pracovnímu prostředí, dosažené vzdělání a profesní společenskou třídu dle rozdělení podle pohlaví (Cayuela, Malmusi, José López-Jacob, Gotsens, Ronda, 2015). S využitím dat ze španělského státního zdravotního průzkumu byl počítán výskyt, poměry kurzu a vysvětlující frakce. Mentální a vlastní vnímání zdraví bylo chudší u přistěhovalkyň ve srovnání s domorodci. Společenská třída přispívá 25 % k vnímání zdraví u imigrantek a přistěhovalci jsou zranitelnou skupinou ve Španělsku s ohledem na pracovníh trhu.

Tabulka č. 2 Články z databáze Pub-med, které byly zkoumány a publikovány v České republice

Název článku	Sociální determinant zdraví	Metoda zkoumání	Země zkoumání
Subjective Social Status in select Ukrainians, Vietnamese, and Mongolians living in the Czech Republic (Vacková, Velemínský, Brabcová, Záleská, 2014)	Sociální gradient	Rozhovory, dotazníky	Česká republika

Gender Inequalities in the Health of Immigrants and Workplace Discrimination in Czechia (Dzúrová, Drbohlav, 2014)	Práce	Dotazníky	Česká republika
Selected parameters of social exclusion among immigrants in the Czech Republic (Kajanová, Vacková, 2015)	Sociální vyloučení	Rozhovory, dotazníky	Česká republika

**Subjective Social Status in select Ukrainians, Vietnamese, and Mongolians living in the Czech Republic** se zabývá subjektivním vnímáním sociálního statusu, kdy jednou z měřítka byla znalost a porozumění českému jazyku (Vacková, Velemínský, Brabcová, Záleská, 2014). Tento výzkum ukázal, že státní příslušnost je statisticky významná při subjektivním vnímání sociálního statusu. Dále ukázal, že například Ukrajinci vnímají své sociální postavení stejně nebo dokonce výše než Češi, na rozdíl třeba Mongolové hodnotí své sociální postavení v žebříčku níže než Češi. Respondenti mají velmi podobnou odpověď na otázku, co je důvodem poklesu jejich sociálního postavení a tím je především jazyková bariéra, kvalita bydlení, neodpovídající pracovní zařazení jejich vzdělání ze země původu a nedostatečná sociální opora od nejbližší rodiny.

**Gender Inequalities in the Health of Immigrants and Workplace Discrimination in Czechia** stanovuje pracovní diskriminaci u Ukrajinských přistěhovalců (Dzúrová, Drbohlav, 2014). Tito autoři zkoumají pracovní diskriminaci Ukrajinců a našich zaměstnanců, kde brali v potaz jejich věk, vzdělání a rodinný stav. Tento výzkum prokázal, že diskriminace na pracovišti má souvislost se špatným zdravotním stavem především u Ukrajinských pracujících žen v České republice. Dále byla zjištěna větší diskriminace u ukrajinských pracovníků než českých zaměstnanců, kdy jsou ženy diskriminovány více než muži.

**Selected parameters of social exclusion among immigrants in the Czech Republic** říká, že imigranti bývají nejvíce vylučováni z trhu práce, bydlení a komunikace s různými institucemi (Kajanová, Vacková, 2015). Tyto autorky uvádějí, že imigranti jsou především ovlivněni znalostí české jazyka, délkou pobytu a druhem zaměstnání. Autorky zde zkoumaly skupinu imigrantů složenou z Vietnamců, Slováků, Rusů, Ukrajinců a Poláků, kteří žijí na území České republiky. Výsledky této studie ukazují rozdíly mezi skupinami imigrantů, kdy například Vietnamci jsou nejméně spokojeni s podmínkami v bydlení, kdy bývají diskriminováni ze strany bytných.

Tabulka č. 3 Články z databáze Scopus, které byly zkoumány a publikovány v Evropě

<b>Název článku</b>	<b>Sociální determinant zdraví</b>	<b>Metoda zkoumání</b>	<b>Země zkoumání</b>
Access and utilisation of social and health services as a social determinant of health: the case of undocumented Latin American immigrant women working in Lleida (Catalonia, Spain) (Gea-Sánchez, Gastaldo, Molina-Luque, Otero-García, 2017)	Práce	Rozhovory	Španělsko
A social network analysis of substance use among immigrant adolescents in six European cities (Lorant, Soto Rojas, Bécares, Kinnunen, Kuipers, Moor, Roscillo, Alves, Grard, Rimpelä, Federico, Richter, Perelman, Kunst, 2016)	Sociální opora, závislost	Rozhovory	Belgie, Finsko, Německo, Itálie, Nizozemsko, Portugalsko
Systematic mapping review of the factors influencing dietary behaviour in ethnic minority groups living in Europe: A DEDIPAC study (Osei-Kwasi, Nicolaou, Powell, Terragni, Maes, Stronks, Lien, Holdsworth, 2016)	Výživa	Analýza informačních zdrojů	Evropa
Socio-Economic determinants of the need for dental care in adults (Trohel, Bertaud-Gounot, Soler, Chauvin, Grimaud, 2016)	Sociální gradient	Průřezová analýza	Francie
New perspectives on occupational health and safety in immigrant populations: Studying the intersection	Práce	Popisná statistika	Evropa

between immigrant background and gender (Mousaid, De Moortel, Malmusi, Vanroelen, 2016)			
Determinants of Subjective Social Status and Health Among Latin American Women Immigrants in Spain: A Qualitative Approach (Sanchón-Macias, Bover-Bover, Prieto-Salceda, Paz-Zulueta, Torres, Gastaldo, 2016)	Sociální gradient	Rozhovory	Španělsko
Social determinants of the sick building syndrome: Exploring the interrelated effects of social position and psychosocial situation (Barmark, 2015)	Sociální gradient	Rozhovory	Švédsko
The Impact of Education and Socioeconomic and Occupational Conditions on Self-Perceived and Mental Health Inequalities Among Immigrants and Native Workers in Spain (Cavuela, Malmusi, López-Jacob, Gotsens, Ronda, 2015)	Práce	Analýza informačních zdrojů	Španělsko
Multidimensional measurement of precarious employment: Social distribution and its association with health in Catalonia (Spain) (Benach, Julià, Tarafa, Mir, Molinero, Vives, 2015)	Práce	Průřezová studie	Španělsko
Determinants of height and biological inequality in Mediterranean Spain, 1859-1967 (Avuda, Puche-Gil, 2014)	Sociální gradient	Analýza informačních zdrojů	Španělsko

The social determinants of health of the child-adolescent immigration and its influence on the nutritional status: Systematic review (Moussa, Sanz-Valero, Wanden-Berghe, 2014)	Dětství	Analýza informačních zdrojů	Neuvedeno
The impact of the economic crisis on the health and healthcare of the immigrant population. SESPAS report 2014 (Vázquez, Vargas, Aller, 2014)	Sociální vyloučení, nezaměstnanost	Neuvedeno	Španělsko
The study of social inequalities in child and adolescent health in Spain (Font-Ribera, García-Continente, Davó-Blanes, Ariza, Díez, García Calvente, Maroto, Suárez, Rajmil, 2014)	Dětství, sociální gradient	Systematický přehled	Španělsko
Racism, other discriminations and effects on health (Gil-González, Vives-Cases, Borrell, Agudelo-Suárez, Davó-Blanes, Miralles, Álvarez-Dardet, 2014)	Sociální vyloučení	Neuvedeno	Španělsko
Health inequalities among workers with a foreign background in Sweden: Do working conditions matter? (Dunlavy, Rostila, 2013)	Práce	Neuvedeno	Švédsko
Educational mismatch and health status among foreign-born workers in Sweden (Dunlavy, Garcy, Rostila, 2016)	Práce	Neuvedeno	Švédsko

**Access and utilisation of social and health services as a social determinant of health: the case of undocumented Latin American immigrant women working in Lleida** (Catalonia, Spain) se zabývá zastoupením žen v neformálním trhu práce (Gea-Sánchez, Gastaldo, Molina-Luque, Otero-García, 2017). Tento výzkum popisuje ženské

pracovní role pečovatelek a uklízeček v soukromém sektoru. Studie popisuje přístup a využívání sociálních a zdravotnických služeb od neregulérních latinskoamerické žen, které pracují a žijí ve venkovských a městských oblastech a stanovuje překážky v práci, kterým jsou vystavovány. Důstojné pracovní podmínky jsou klíčem k zajištění práva přistěhovalkyň na sociální a zdravotní péči.

**A social network analysis of substance use among immigrant adolescents in six European cities** zkoumá sociální integraci a zdraví mladistvých imigrantů v 6 vybraných zemích – Belgie, Finsko, Německo, Itálie, Portugalsko a Nizozemsko (Lorant, Soto Rojas, Bécares, Kinnunen, Kuipers, Moor, Roscillo, Alves, Grard, Rimpelä, Federico, Richter, Perelman, Kunst, 2016). Tato studie se snaží popsat složení sociálních sítí dospívajících v souvislosti s migrací a propojenosti s užíváním návykových látek. Tito mladiství většinou mluví jiným jazykem (původním) doma než ve škole a mezi přáteli. Migrující mladiství, kteří mají dostatek sociálních vazeb byli méně vystaveni riziku kouření, požívání alkoholu a konopných látek než nemigrující mladiství. Migrující mladiství se snaží mít stejné sociální kontakty s vrstevníky jako nemigrující mladiství a snižuje se jejich rizikové chování v oblasti zdraví, především v požívání konopných drog a alkoholu.

**Systematic mapping review of the factors influencing dietary behaviour in ethnic minority groups living in Europe: A DEDIPAC study** se snaží upozornit na rostoucí počet imigrantů do Evropy a propagovat zdravější přístup ke stravování (Osei-Kwasi, Nicolaou, Powell, Terragni, Maes, Stronks, Lien, Holdsworth, 2016). Tento výzkum zmapoval celou řadu faktorů, které ovlivňují stravování imigrantů, a snažil se zjistit výzkumné mezery v těchto faktorech. Většina studií, které byly při tomto výzkumu nalezeny, byly vytvořeny v Severní Evropě a byly omezeny pouze na určité země a zaměřeny pouze na některé etnické skupiny obyvatelstva, především jihoasijského původu. Tento výzkum zjistil faktory, které ovlivňují stravování – sociální a kulturní prostředí, potravinové přesvědčení, psychosociální faktory, sociální a materiální zdroje, dostupnost potravin, kontext migrace a zdravotní stav. Tito výzkumníci dále zjistili, že většina studií zkoumala rozdíly mezi stravováním migrujících osob a většinové populace v dané zemi, kde by bylo potřeba rozdíly prozkoumat hlouběji.

**Socio-Economic determinants of the need for dental care in adults** mělo za cíl změřit prevalenci potřeb stomatologické péče v dospělé populaci a identifikovat demografické, sociálně-ekonomické a behaviorální proměnné, které mohou vysvětlit tyto rozdíly (Trohel, Bertaud-Gounot, Soler, Chauvin, Grimaud, 2016). Při častých

stomatologických problémech se socio-ekonomický status imigrantů snižuje. Prevalence potřeb stomatologické péče je vyšší u dospělých s nízkým socioekonomickým statusem, úroveň vzdělání, úroveň příjmů a také národnostní původ byl silněji spojen s potřebou péče o chrup, než úrovně pojistného krytí.

**New perspectives on occupational health and safety in immigrant populations: Studying the intersection between immigrant background and gender** se zabývá nerovností v oblasti zdraví ve vztahu k zaměstnání mezi imigranty a většinovou společností (Mousaid, De Moortel, Malmusi, Vanroelen, 2016). U přistěhovalých mužů i žen bylo zjištěn, že často pracují na nekvalifikovaných a méně finančně ohodnocených pracovních místech. Vnitřní přistěhovalci v dané zemi se v pracovních místech a finančních ohodnoceních neliší od těch, kteří v daném městě žijí odjakživa.

**Determinants of Subjective Social Status and Health Among Latin American Women Immigrants in Spain: A Qualitative Approach** se snaží pochopit faktory, které určují sociální postavení latinských Američanů žijících ve Španělsku (Sanchón-Macias, Bover-Bover, Prieto-Salceda, Paz-Zulueta, Torres, Gastaldo, 2016). Výsledky studie ukazují, že sociálně-ekonomické aspekty krize a přijatých politik utvářely životní podmínky přistěhovalců ve Španělsku. Díky těmto výsledkům se ukazuje současná zdravotní politika, která naznačuje potřebu věnovat se sociálním determinantům zdraví, především v oblasti subjektivního vnímání sociálního statutu ke snížení nerovnosti ve zdraví.

**Social determinants of the sick building syndrome: exploring the interrelated effects of social position and psychosocial situation** zkoumá různorodé sociální faktory výskytu „sick building syndromu“ v obytných budovách (Barkmark, 2015). Výzkum se prováděl ve Švédsku, kde zahrnoval celkem 1131 obyvatel. Byla zde zkoumána sociální strukturální pozice na individuálních a psychosociálních aspektech bytové situace. Tento výzkum ukázal, že země narození, vzdělání ale také zaměstnanecký stav má vliv na SBS. Spokojenost s bytovým systémem je důležitým psychosociálním prediktorem SBS.

**The Impact of Education and Socioeconomic and Occupational Conditions on Self-Perceived and Mental Health Inequalities Among Immigrants and Native Workers in Spain** se snaží zajistit důkazy o vlivu sociální determinantů zdraví na vnímání vlastního zdraví (Cavuela, Malmusi, López-Jacob, Gotsens, Ronda, 2015). Cílem této studie bylo posoudit rozdíly mezi pracovníky v souvislosti s migrujícího postavením, vnímání duševního zdraví, a posoudit jejich vztah k pracovnímu prostředí,

dosaženému vzdělání a společenské třídě, dle rozdělení podle pohlaví. Bylo zjištěno, že pracující ženy imigrantky ve Španělsku jsou ohroženy špatným vnímáním svého zdraví.

**Multidimensional measurement of precarious employment: Social distribution and its association with health in Catalonia (Spain)** se zabývá nejistým zaměstnáním ve Španělsku a jeho vztahem k hodnocení vlastního zdraví (Benach, Julià, Tarafa, Mir, Molinero, Vives, 2015). Prevalence nejistého zaměstnání v Katalánsku je vysoká, vyšší nejistoty se zjistily u žen, mládeže, přistěhovalců a méně vzdělaných pracovníků. Byla nalezena souvislost mezi špatnými pracovními podmínkami a špatným zdravotním stavem.

**Determinants of height and biological inequality in Mediterranean Spain, 1859-1967** analyzuje mužskou populaci, kdy značí vliv sociálních nerovností na zdravotní stav jedinců (Avuda, Puche-Gil, 2014). Bylo zjištěno, že socio-ekonomický status úzce souvisí se vzděláním, zaměstnáním a příjmy. Pracovníci v zemědělství mají menší příjmy a ekonomický status než pracovníci v kvalifikovanějších zaměstnáních.

**The social determinants of health of the child-adolescent immigration and its influence on the nutritional status: Systematic review** zkoumá sociální determinanty zdraví v období dětství a dospívání přistěhovalců (Moussa, Sanz-Valero, Wandenberghe, 2014). Tento výzkum ovlivňovala doba pobytu v nové zemi rodičů, kultura, znalost jazyka většinové společnosti a etnický původ. Všechny tyto faktory měli vliv na stravovací návyky v období dospívání, sklony k obezitě či nadváze, mladiství stravovací návyky odkoukávají od svých nejbližších, ale také například od vrstevnických skupin obyvatel.

**The impact of the economic crisis on the health and healthcare of the immigrant population. SESPAS report 2014** zjistil, že i přes hospodářskou krizi ve Španělsku je velké množství imigrantů do této země (Vázquez, Vargas, Aller, 2014). Imigranti mají podobnou potřebu zdravotní péče jako běžná populace, avšak jsou více ohroženi sociálním vyloučením a hrozí jim nezaměstnanost. Bylo zjištěno, že horší pracovní podmínky a nezaměstnanost mají za následek zhoršení zdravotního stavu.

**The study of social inequalities in child and adolescent health in Spain** se zabývá sociálními nerovnostmi v dětském věku a v dospívání (Font-Ribera, García-Contente, Davó-Blanes, Ariza, Díez, García Calvente, Maroto, Suárez, Rajmil, 2014). Sociální nerovnosti byly nalezeny v zubní péči se všemi determinanty a ve všech věkových skupinách. Sociální nerovnosti byly rovněž zjištěny při obezitě, fyzické aktivitě a



duševním zdravím s některými determinanty. Sociální nerovnosti byly nalezeny při využívání zdravotnických služeb, kromě zubní péče.

**Racism, other discriminations and effects on health** studuje pravděpodobnost vnímání rasismu a dalších forem diskriminace na přistěhovalce ve španělské populaci v rámci různých veřejných sfér a ukazuje jejich vliv na zdraví imigrantů pomocí konstrukce průřezu (Gil-González, Vives-Cases, Borrell, Agudelo-Suárez, Davó-Blanes, Miralles, Álvarez-Dardet, 2014). Přistěhovalci vnímají více rasismus na pracovišti než rodilí Španělé. Rasismus a jiné formy diskriminace bývají často spojeny se špatným duševním a fyzickým zdravím, s pracovními poraněními a dále také s užíváním psychotropních a jiných látek.

**Health Inequalities among Workers with a Foreign Background in Sweden: Do Working Conditions Matter?** Studie se zabývá zaměstnaností a pracovními podmínkami jako sociálními determinanty zdraví, kde chybí aktuální informace, pokud jde o vztahy mezi zahraničním stavem pracovních podmínek a ochrany zdraví mezi pracovníky ve Švédsku (Dunlavy, Rostila, 2013). Tato studie používá průřezové údaje z roku 2010 z Swedish Level of Living Survey a Level of Living Survey for Foreign Born Persons and their Children a snaží se posoudit, zda neexistují nerovnosti v oblasti zdraví mezi nativním švédským obyvatelstvem a pracovníky cizího původu a dále nepříznivé psychosociální a fyzické pracovní podmínky, které přispívají k riziku špatného zdravotního stavu u zahraničních pracovníků. Pracovníci z Východní Evropy, Latinské Ameriky a jiných zemí měli zvýšené riziko špatného hodnocení vlastního zdraví a duševního strádání ve srovnání s nativními švédskými pracovníky. Expozice nepříznivých pracovních podmínek jen minimálně ovlivňuje riziko špatného zdraví. Další výzkum by měl zkoumat pracovníky, kteří jsou méně integrovaní nebo, kteří mají méně bezpečné připoutání na trhu práce a také zkoumat, jaké dodatečné pracovní podmínky mohou mít vliv na vztahy mezi zdravím a zahraničním postavením na pozadí.

**Educational mismatch and health status among foreign-born workers in Sweden** se zabývá zkušenostmi přistěhovaleckých pracovníků s horšími pracovními podmínkami, než mají rodilí obyvatelé (Dunlavy, Garcy, Rostila, 2016). Tato studie využívá objektivní, a jimi uváděná opatření, která značí nesoulad mezi nativními a zahraničními zaměstnanci, kteří pracující ve Švédsku, snaží se posoudit vztahy mezi vzdělávacími neshodami a špatným sebe-hodnocením zdraví. Tyto výzkumy naznačují, že vzdělávací nesoulad může být důležitým s prací souvisejícím sociálním determinantem zdraví u pracovníků narozených v zahraničí. Budoucí studie jsou potřebné pro zkoumání

účinků dlouhodobých nesouladů proti krátkodobým stavům vzdělávacího charakteru, je důležité studovat tyto vztahy v průběhu času.

Tabulka č. 4 Články z databáze Scopus, které byly zkoumány a publikovány v České republice

Název článku	Sociální determinant zdraví	Metoda zkoumání	Země zkoumání
Alcohol use, smoking and gambling in relation to immigrants of Ukrainian nationality in the Czech Republic (Urban, 2015)	Závislost	Dotazníky	Česká republika
Socioeconomic status and health of immigrants (Vacková, Brabcová, 2015)	Sociální gradient, práce	Statistická analýza	Česká republika
Determinants of immigrant's mental health (Olišarová, Tóthová, Brabcová, 2014)	Sociální gradient, práce	Sekundární analýza informačních zdrojů	Česká republika
Immigrants from Mongolia – Their health and experience with healthcare in the Czech Republic (Rolantová, Vacková, 2015)	Práce	Rozhovory	Česká republika

**Alcohol use, smoking and gambling in relation to immigrants of Ukrainian nationality in the Czech Republic** se zabývá Ukrajinskými imigranty, kteří žijí na území České republiky (Urban, 2015). Tento výzkum se v oblasti závislostí zaměřuje na kouření, konzumaci alkoholu, požívání nelegálních drog a hraní na výherních automatech, kdy je sledování uživatelů věk, pohlaví, nejvyšší dosažené vzdělání a jejich subjektivní vnímání zdravotního stavu. Při zkoumání kouření účastníků výzkumu bylo prokázáno, že více než dvě třetiny respondentů nekouří vůbec, v konzumaci alkoholu odpověděla pouze malá část respondentů, že alkohol pije hodně. U otázky požívání nelegálních drog pouze 2 osoby odpověděly jednorázově a 3 osoby pravidelně

z celkového počtu respondentů 237. U hraní na výherních automatech byla prokázána významná závislost mezi pohlavím a hraním na výherních automatech.

**Socioeconomic status and health of immigrants** má za cíl seznámit širokou veřejnost se socioekonomickým statusem (druhem práce, dosaženým vzděláním, výší příjmu u vybraných národností, které pobývají v České republice (Vacková, Brabcová, 2015). Tento výzkum je součástí projektu „Sociální determinanty a jejich vliv na zdraví imigrantů žijících v České republice“. Tato studie nenalezla žádné důkazy o zdravém přistěhovaleckém efektu, díky tomu se nedalo potvrdit, že se zdravotní stav zhoršuje s délkou pobytu. Pokud by došlo ke zvýšení vzdělání imigrantů a tím získání kvalifikované práce vzrostlo by jejich sociální postavení.

**Determinants of immigrant's mental health** je výzkum, který mapuje vliv několika základních faktorů, jako jsou etnicita, stupeň akulturace, imigrační status a socioprofesionální pozice imigranta (Olišarová, Tóthová, Brabcová, 2014). Mapování proběhlo z databátovaných zdrojů, Scopus, PubMed, ProQuest, EBSCO a další. Z analýzy vyplývá, že vztah zdraví a úspěšné integrace imigrantů je provázán. Dále bylo prokázáno, že sociální postavení má vliv na zdraví daných jedinců a že většina imigrantů získá pracovní příležitost spíše na nekvalifikovaných a pomocných pracovních místech, kde často bývají diskriminováni.

**Immigrants from Mongolia – Their health and experience with healthcare in the Czech Republic** říká, že v současné době imigranti tvoří 4% obyvatelstva v České republice (Rolantová, Vacková, 2015). Téměř šest tisíc imigrantů jsou přistěhovalci z Mongolska, kteří jako důvod migrace uvádějí získání zaměstnání a větší finanční výdělek, a tedy zlepšení jejich ekonomické situace. Cílem výzkumu, který je součástí projektu nazvaného „Social Determinants of Health in Selected Target Groups“, bylo analyzovat vztah mezi souborem vybraných sociálních charakteristik a charakteristik zdraví. Příspěvek se týká přistěhovalců z Mongolska, kteří žijí v jižních Čechách. Tento článek se zaměřuje na aktuální zdravotní stav imigrantů, typ zdravotního pojištění, zkušenosti s lékaři a jejich spokojenost s poskytováním zdravotní péče v České republice. Respondenti mají zdravotní problémy, jako jsou chronické bolesti zad, bolesti hlavy, únava a sluchové postižení. Tyto problémy byly všechny spojeny s nevhodným pracovním prostředím. Zatímco u poskytování zdravotní péče se respondenti setkali s negativním postojem od zdravotnického personálu. Podle respondentů jsou nejčastějšími příčinami těchto problémů jazykové bariéry, a lékaři a sestry nevědí, jak přistupovat k cizincům.

Tabulka č. 5 Články nedatabázované, které byly zkoumány a publikovány v České republice

Název článku	Sociální determinant zdraví	Metoda zkoumání	Země zkoumání
Sociální opora jako sociální determinanty zdraví u imigrantů (Urban, Kajanová, 2014)	Sociální opora	Analýza inforamčcích zdrojů	Česká republika
Vietnamci, Mongolové a Ukrajinci v ČR pracovní migrace, životní podmínky, kulturní specifika (Martínková, Pechová, Feistingerová, Leontiyeva, Hirt, rok neuveden)	Práce	Statistická analýza	Česká republika
Užívání drog ve skupinách s obtížným přístupem k drogovým službám (Nepustil, Pančocha, Frišaufová, Kalivodová, Bártová, 2012)	Závislost	Analýza informačních zdrojů	Česká republika
Faktory bránící využití kvalifikace imigrantů na trhu práce v ČR (Leontiyeva, Pokorná, 2014)	Práce	Polostrukturované rozhovory, analýza vlastního výzkumu	Česká republika
Migrační krize a vztahy většinového obyvatelstva a menšin v současné Evropě (Pána, Rataj, 2016)	Sociální vyloučení	Recenze monografie	Česká republika

**Sociální opora jako sociální determinanty zdraví u imigrantů** se zabývá prezentováním dosavadních výsledků, které jsou o sociální opoře u imigrantů známy (Urban, Kajanová, 2014). Tento souhrn byl realizován prostřednictvím databáze MetaLib, kde byla vyhledána literatura týkající se imigrantů a sociální opory, kdy celkem bylo zkoumáno 21 zdrojů. Tyto studie prokazují pozitivní vliv sociální opory na duševní zdraví v různých lokalitách. Dále bylo zjištěno, že sociální opora má pozitivní

vliv na eliminaci nepříznivých důsledků chudoby, kdy je nejčastěji sociální opora poskytována přirozenými sociálními kontakty.

**Vietnamci, Mongolové a Ukrajinci v ČR pracovní migrace, životní podmínky, kulturní specifika** stanovuje důvody a možnosti zaměstnávání v České republice, které jsou rozdílné mezi těmito skupinami (Martínková, Pechová, Feistingerová, Leontiyeva, Hirt, rok neuveden). Tento výzkum ukázal, že v roce 2005 95 % Vietnamců podnikalo dle živnostenského oprávnění, v tuto dobu Vietnamci byli největší menšinou podnikající v České republice. Pro tyto živnostníky je nejčastější podnikání v prodeji spotřebního zboží a největší část Vietnamců v současné době přichází za svými rodinami. Největší příliv Mongolů do České republiky nastal po roce 2005, kdy se objevilo hodně zprostředkovatelských prací, které byly v Mongolsku inzerovány prostřednictvím inzerátů v novinách nebo upoutávek v televizi. V současné době nejvíce Mongolů přichází za prací, někteří pouze na určitou dobu, někteří i za lepší budoucností. V České republice máme velmi mnoho periodik, které obsahují inzeráty pro Ukrajince, kdy komerční agentury nabízejí zařízení pobytu a práce v ČR. Ukrajinci v České republice nejčastěji pracují na sekundárním trhu práce, kde jsou to nejčastěji náročné a těžké práce, které nejsou příliš dobře placené a pro domácí obyvatele příliš nepřítažlivé.

**Užívání drog ve skupinách s obtížným přístupem k drogovým službám** se zabýval užíváním drog mezi imigranty v Evropě mezi lety 2003 – 2004 (Nepustil, Pančocha, Frišaufová, Kalivodová, Bártová, 2012). Spojení migrace a užívání drog v současné době velmi souvisí také s přenosem infekčních onemocnění, kdy je velmi důležitý přístup ke zdravotní péči, kde však jsou někteří imigranti především ze třetích zemí diskriminováni. Pro drogově závislé je především z důvodu předcházení infekčních onemocnění důležitý přístup ke sterilnímu vybavení a dále je také důležité podávání informací v jazycích, kterým rozumějí.

**Faktory bránící využití kvalifikace imigrantů na trhu práce v ČR** stanovuje, že většina imigrantů, kteří přicházejí do České republiky, přicházejí z důvodu zlepšení ekonomické a sociální situace (Leontiyeva, Pokorná, 2014). Imigranti, kteří se zúčastnili tohoto výzkumu odcházeli za prací za hranice svého státu z důvodu zhoršující se ekonomické a politické situace, nedostatku pracovních příležitostí, nízkých výdělků a potřeby uživení rodiny či zajištění studia svých potomků. Několik lidí jako odchod ze své země také uvedlo nemožnost osobního či kariérního růstu nebo nekvalitní a nedostupné vzdělání. Často špatná nebo žádná znalost českého jazyka limituje imigranty k sehnání kvalifikované práce, a proto přijímají nízko kvalifikované zaměstnání. Často se

zaměstnavatelé neohlížejí na ambice jejich osobního či profesního rozvoje a těží z jejich pracovních návyků.

**Migrační krize a vztahy většinového obyvatelstva a menšin v současné Evropě** se snaží srovnat vybrané země a zjistit odlišné příčiny integrace imigrantů (Pána, Rataj, 2016). Ve všech těchto zemích hraje velkou roli kulturní odlišnosti minorit, vyznáváné náboženství, ale také imigrační a integrační politika dané země. Kultury imigrantů i většinové společnosti se vzájemně ovlivňují a díky koncepci multikulturalismu by měla majorita respektovat jinakost. Často mohou imigranti pociťovat oslabení vazeb na svou kulturu a díky tomu se mohou cítit odcizeni od společnosti. Často nedostatek kulturních a sociálních vazeb či neznalost své vlastní budoucnosti, může vést až k extrémním politickým názorům.

#### **4.2 Shrnutí výsledků**

S postupným ohledem, když se dívám na výzkumy, články je jasné, že skoro žádný z nich není přímo vyhraněný na jeden sociální determinant. Tyto determinanty jsou v těchto výzkumech provázány a spíše řešeny společně.

U výzkumů sociálních determinantů zdraví u imigrantů, které jsem našla a poté zpracovala, bylo z kvantitativních a kvalitativních metod nejčastěji použito – analýza informačních zdrojů, dále rozhovory a dotazníky. K dalším metodám, které byly v těchto výzkumech, článcích využity, patří průřezová studie, screening, kohortová studie, popisná statistika, systematický přehled, statistická analýza a recenze. Jiné metody jsem u těchto studií nenašla, u některých výzkumů nebylo uvedeno, jaké metody výzkumy byly využity.

#### Česká republika

Sociální determinanty zkoumané v České republice byly sociální gradient, práce, sociální vyloučení, závislost a sociální opora. Nejčastějším sociálním determinantem zdraví, který byl zkoumaný je práce, poté následuje sociální gradient. K dalším determinantům patří závislosti, sociální vyloučení a nejméně ze zkoumaných byla zkoumána sociální opora. V České republice jsem nenašla žádné známky o tom, že byl zkoumaný stres, dětství, nezaměstnanost, výživa a doprava. Tyto determinanty je možné zkoumat při příštím zkoumání sociálních determinantů zdraví u imigrantů v České republice. Myslím si, že se klidně mohou zkoumat i determinanty, které již zkoumané byly, protože těchto výzkumů je v České republice celkem malý počet. Více než polovina

těchto výzkumů byla zkoumána pod záštitou Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulty některým z vyučujících učících na této fakultě, dokonce i paní děkankou.

Práce je v České republice nejčastěji zkoumaným sociálním determinantem zdraví a výzkumníci se většinou shodují. Dzúrová a Drbohlav zkoumali pracovní diskriminaci u Ukrajinců, kde byl brán v potaz jejich věk, vzdělání a rodinný stav. Vacková s Brabcovou zkoumaly socioekonomické postavení u vybraných národností pobývajících v České republice. Též Olišarová, Tóthová a Brabcová zkoumaly socioprofesi pozici imigranta, kdy bylo prokázáno, že stav zdraví má vliv na sociální postavení a shodují se s Dzúrovou a Drbohlavem, že imigranti bývají na pracovním trhu diskriminováni. Rolantová a Vacková se zabývají pouze Mongoly pobývajících v České republice, kteří přišli za prací a jsou ovlivněni nevhodnými pracovními podmínkami. U tohoto determinantu by bylo vhodné prozkoumat další menšiny žijící a pracující na území České republiky, dále se mohou zjišťovat důvody diskriminace a důvody nekvalifikovaných prací.

Sociální gradient je druhým nejčastěji zkoumaným sociálním determinantem v České republice. Výzkum Vackové, Velemínského, Kajanové a Zálezkové se zabývá konkrétními menšinovými skupinami obyvatel v České republice. Respondenti jako nejčastější důvod poklesu sociálního postavení uvedli jazykovou bariéru, kvalitu bydlení, neodpovídající pracovní zařazení a nedostatečnou sociální oporu. Výzkum Vackové a Brabcové má za cíl seznámit veřejnost o socioekonomickém statusu vybraných národností pobývajících v České republice. Výzkum nenalezl žádné důkazy o efektu zdravého imigranta a ukázal, že pokud by došlo ke zvýšení vzdělání imigrantů, tím by získali kvalifikovanější práce a jejich sociální postavení ve společnosti by se zvýšilo. Poslední výzkum Olišarové, Tóthové a Brabcové mapuje vliv několika faktorů na sociální postavení imigranta. Bylo prokázáno, že vztah zdraví a úspěšné integrace je provázán a, že sociální postavení má vliv na zdraví jedinců.

Závislost byla zkoumána v České republice dvakrát. Docent Urban ve svém výzkumu zjistil, že více než dvě třetiny respondentů nekouří vůbec, alkohol konzumuje velmi malá část respondentů. Dle tohoto výzkumu pouze 3 osoby požívají nelegální drogy pravidelně a hraní na výherních automatech prokázalo závislost mezi pohlavním a výherními automaty. Z toho výzkumu vyplývá, že velmi malá část imigrantů požívá látky, na kterých může vznikat závislost. Druhý výzkum provedli Nepustil, Pančocha, Frišaufová, Kalivodová a Bártová, kteří zjistili, že spojení migrace a užívání drog velmi souvisí s přenosem infekčních onemocněních. Dále bylo zjištěno, že není stejný přístup

ve zdravotnictví k imigrantům a většinové společnosti a snaží se vytvořit osvětu a přístup ke sterilnímu vybavení a podávat informace, letáčky v jazycích, kterým daní imigranti rozumí. Tyto dva výzkumy se žádným způsobem nepřekrývají, ale zároveň se doplňují, kdy jeden mapuje aktuální situaci u imigrantů v České republice a druhý se snaží zajistit dostupnost informací.

Sociální vyloučení bylo v České republice zkoumáno pouze jednou na půdě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích na Zdravotně sociální fakultě. Docentky Kajanová a Vacková zjistily, že imigranti bývají nejčastěji vylučováni z trhu práce, bydlení a komunikace s různými institucemi. Toto vyloučení je velmi ovlivněno znalostí české jazyka, délkou pobytu a druhem zaměstnání.

Sociální opora byla v České republice zkoumána pouze jednou a též na půdě Jihočeské Univerzity v Českých Budějovicích na Zdravotně sociální fakultě. Výzkum byl proveden docentkou Kajanovou a Urban a měl za cíl vytvořit souhrn výsledků výzkumů sociální opory u imigrantů. Prokázal se pozitivní vliv sociální opory na duševní zdraví a snižování nepříznivých důsledků chudoby.

## Evropa

Sociální determinanty, které byly zkoumané v Evropě jsou sociální gradient, práce, závislost, výživa, sociální opora, nezaměstnanost, sociální vyloučení, dětství. Nejčastěji byla zkoumaná práce, sociální gradient, sociální vyloučení, dětství, sociální opora a závislosti. Nejméně z těch, které byly zkoumané jsou výživa a nezaměstnanost. V Evropě vůbec nebyly realizovány výzkumy, které by se zabývaly stresem a dopravou a tím přinášejí možnost dalšího zkoumání.

Z tabulek č. 1 a 3 vyplývá, že výzkumy, které byly prováděny v Evropě jsou především prováděny ve Španělsku, poté ve Švédsku. U některých výzkumů nebylo přesně definováno, v jaké Evropské zemi se prováděly. Další výzkumy proběhly v Holandsku, Itálii, Belgii, Finsku, Nizozemsku, Německu, Portugalsku a Francii. V ostatních Evropských zemích nebyly žádné výzkumy provedeny, nebo nebyly databázované, a proto jsem je nenalezla.

Práce jako sociální determinant byla v Evropě zkoumána nejčastěji, a proto je těchto výzkumů větší množství. Výzkumníci se shodují nejvíce na tom, že se imigranti stěhují do jiných zemí především za prací a za lepšími ekonomickými podmínkami. Většina výzkumníků se shoduje, že existují rozdíly při druhu práce mezi většinovým obyvatelstvem dané země a imigranty. Dále se shodují, že imigranti bývají při hledání



zaměstnání často vystaveni diskriminaci. Imigranti bývají zaměstnáváni na horších a těžkých pracovních místech, které jsou méně finančně ohodnoceny než obyvatelé většinové společnosti a mívají horší pracovní podmínky, díky kterým trpí častěji nemocemi a častěji jim vznikají pracovní úrazy.

Druhým nejčastěji zkoumaným sociálním determinantem zdraví je sociální gradient. Většina výzkumů, která byla provedena na sociální postavení se spojuje též s prací, díky socioekonomickému postavení. Většina výzkumníků zjistila, že imigranti cítí své sociální postavení na nižší úrovni než většinová společnost. Pouze ve výzkumu Vackové, Velemínského, Brabcové a Záleské, 2014 bylo zjištěno, že ukrajinští imigranti vnímají své postavení v České republice na stejné úrovni jako Češi. Imigranti se cítí ve svém postavení omezení především z důvodu jazykové bariéry oproti většinové společnosti, kvalitou bydlení, neodpovídajícím pracovním zařazením a také sociální oporou. Ve výzkumu Font-Ribera, García-Continent, Davó-Blanes, Ariza, García Calvente, Maroto, Suárez, Rajmil, 2014 a Trohel, Bertaud-Gounot, Soler, Chauvin, Grimaud, 2016 bylo zjištěno, že své nízké sociální postavení vnímají z důvodu špatného přístupu ke zdravotním službám, především ke stomatologické péči, kdy častá potřeba této péče je u dospělých s nízkým socioekonomickým statusem. Tento špatný přístup vnímají nejčastěji z důvodu úrovně pojistného krytí, neznalosti zdravotníků národnostních, kulturních a jiných odlišností, ale především z důvodu jazykové bariéry a špatné komunikace.

Výzkumníci, kteří zkoumali sociální determinanty sociální vyloučení, se shodují, že nejčastější diskriminace a vyloučení ze společnosti probíhá především při přijímání do zaměstnání a v něm, ale také v přístupu ke zdravotní péči. Waisel stanovuje několik skupin, které jsou ohroženy sociální vyloučením a jsou to socioekonomicky znevýhodnění, homosexuálové, vězni, imigranti, postižení a rodiny s nemocnými členy.

Sociální determinantem dětství se zabývali Karimi, Beiky, Mohammadi a zjistili, že je větší riziko fatálního neúmyslného zranění dětí se zahraničním původem než dětí narozených ve Švédsku a Moussa, Sanz-Valero, Wanden-Berghe zkoumali sociální determinanty v období dětství a dospívání. Tito výzkumníci se shodují, že největší vliv na tyto zranění a determinanty má vliv země narození rodičů, délka pobytu v dané zemi. Poslední z výzkumů, které byli napsány na dětství, napsali Font-Ribera, García-Continente, Davó-Blanes, Ariza, Díez, García Calvente, Maroto, Suárez a Rajmil, kteří se zabývali sociálními nerovnostmi v období dětství. Nerovnosti našli především v zubní péči, při obezitě a fyzické aktivitě a duševním zdraví. Tyto výzkumy ukazují, že je velmi důležitá země původu, délka pobytu ale také znalost jazyka většinové společnosti. Dalším

zajímavým tématem pro zkoumání období dětství by mohlo být získávání přátelských vztahů mezi většinovou společností a mezi též přistěhovaleckými dětmi.

Sociální oporu zkoumali Rodríguez Álvarez, González-Rábago, Bacigalupe, Martín, Lanborena a Elordui, kteří zjistili, že imigranti mají chudší vnímání zdraví než domorodci, kdy tyto rozdíly lze vysvětlit nižší úrovní vzdělání, horším postavením v zaměstnání, nižší sociální podporou a vnímáním diskriminace. Dalším výzkumem se zabývali Lorant, Soto Rojas, Bécares, Kinnunen, Kuipers, Moor, Roscillo, Alves, Grard, Rimpelä, Federico, Richter, Perelman a Kunst, kteří svůj výzkum provedli v šesti zemích. V tomto výzkumu bylo zjištěno, že migrující mladiství, kteří mají dostatek sociální opory jsou méně vystaveni návykovému chování. První z výzkumů ukazuje, že dostatečná sociální podpora má dobrý vliv na zdraví jedinců a druhý výzkum ukazuje pozitivní vliv na sociální determinanty zdraví.

Závislost byla též zkoumána v Evropě dvakrát, kdy první výzkum byl vytvořen výzkumníky Westmaas, Kok, Vriens, Götz, Richardus, Voeten, kteří se zabývali zdravotní motivací, rizikovým chováním, otevřenou komunikací o sexualitě, kdy výsledkem má být předcházení STI/HIV onemocnění. Tento výzkum má sloužit jako prevence vyšetření STI/HIV onemocnění, ale také zpropagovat program zdraví a zjistit, jaké onemocnění a problémy mohou mít lidé s drogovou, sexuální a jinou závislostí a zajistit jim informace o včasném testování a diagnostice. Dalším výzkumem se zabývali Lorant, Soto Rojas, Bécares, Kinnunen, Kuipers, Moor, Roscillo, Alves, Grard, Rimpelä, Federico, Richter, Perelman, Kunst, kteří se snažili zjistit složení sociálních sítí dospívajících v souvislosti s migrací a užíváním návykových látek. V tomto výzkumu bylo zjištěno, že migrující mladiství, kteří mají dostatek sociálních kontaktů, byli méně vystaveni riziku kouření, požívání alkoholu a konopných látek. Tyto výzkumy se navzájem doplňují tím, že jeden popisuje prevenci a včasnou diagnostiku nemocí, které mohou vzniknout návykovým chováním a druhý hledá souvislosti návykových látek s migrací a mladistvými a zjišťuje počet migrujících mladistvých, kteří jsou ohroženi návykovým chováním. Při výzkumech závislostí by bylo vhodné dát do jednoho výzkumu prevenci a předcházení nemocí, ale také zjistit důvody návykového chování a počet lidí, kteří jsou ohroženi nebo požívají návykové látky.

Výživa byla v Evropě zkoumána pouze jednou, a to výzkumníky Osei-Kwasi, Nicolaou, Powell, Terragni, Maes, Stronks, Lien a Holdsworth v roce 2016. Tito výzkumníci se snažili zmapovat celou řadu faktorů, které ovlivňují stravování, především sociální a kulturní prostředí, potravinové přesvědčení, psychosociální faktory, sociální a

materiální zdroje, dostupnost potravin, kontext migrace a zdravotní stav. Dále zjistili, že většina studií byla provedena na rozdíly stravování mezi migrující populací a většinovou společností v dané zemi, avšak tyto rozdíly by bylo potřeba prozkoumat hlouběji. Můžeme prozkoumat důvody těchto rozdílů ve stravování, jestli jsou spojené s kulturními odlišnostmi a zvyky, s kvalitou stravy, zdravými životním stylem a jinými.

Nezaměstnanost patří též k výzkumu, který byl řešen pouze jednou, a to ve Španělsku výzkumníky Vázquez, Vargas a Aller, kteří zjistili, že je ve Španělsku i přes hospodářskou krizi velké množství imigrantů. Zjistili, že horší pracovní podmínky a nezaměstnanost mají za následek zhoršení zdravotního stavu. U tohoto determinantu si myslím, že je důležité také zkoumat důvody nezaměstnanosti imigrantů a jejich počty.

Tab. 6 Celková četnost zkoumání sociálních determinant zdraví

<b>Sociální determinant zdraví</b>	<b>Četnost zkoumání</b>
Sociální gradient	10
Stres	0
Dětství	3
Sociální vyloučení	6
Práce	19
Nezaměstnanost	1
Sociální opora	3
Výživa	1
Závislost	4
Doprava	0

Z této tabulky vyplývá, že v celé Evropě, které je součástí i Česká republika, bylo ze sociálních determinantů zdraví u imigrantů nejčastěji zkoumána práce, kterou poté následoval sociální gradient. K dalším sociálním determinantům zdraví u imigrantů, které byly zkoumané vícekrát, patří sociální vyloučení, závislost, sociální opora a dětství. K těm, které byly zkoumané v celé Evropě pouze jednou patří výživa a nezaměstnanost. Dále z této tabulky vyplývá, že žádný výzkum nebyl realizován na stres a dopravu.

## 5. Diskuze

Terminologický slovník Ministerstva vnitra České republiky stanovuje, že imigrantem je „*cizinec, přicházející do země za účelem pobytu dlouhodobějšího charakteru*“ (Ministerstvo vnitra České republiky, 2016). Integrational Organization for Migration (2017) říká, že trvalá migrace do jiné země je významná, ale v současné době převažuje dočasná, krátkodobá, cirkulární, která pouhdy do různých destinací. Velká řada imigrantů stojí o české občanství z důvodu rovného přístupu na trh práce (Sokačová, 2014). Myslím si, že z pohledu médií v současné době imigranti přicházejí za účelem dlouhodobého pobytu, i když přesun většinou bývá nedobrovolný a to především z válek a změn v politickém režimu v zemi původu.

Zemí původu imigrantů, kteří přicházejí do České republiky, jsou ve většině případů tzv. třetí země, kterými jsou méně vyspělé země mimo Evropskou unii (Guth, 2008). Většina naší populace si neuvědomuje, že nemůže všechny imigranty tzv. házet do jednoho pytle a že se rozlišují imigranti, ale také uprchlíci či azylanti. Lidé si neuvědomují to, že když se přestěhují z jednoho města v České republice do druhého, například za studiem vysoké či jiné školy, za přítelem, za prací nebo z jiných důvodů, tak i oni jsou v rámci této země imigranti, a proto by měli rozlišovat tyto skupiny nebo na toto téma nediskutovat.

Migrační manifest (2016) stanovuje, že strategie migrační politiky v České republice má za svůj cíl zajistit občanům většinové společnosti klidné soužití s imigranty a zabránit negativním jevům společnosti. Integrational Organization for Migration (2017) stanovuje, že příchod imigrantů může u většinové společnosti vyvolávat obavy, lidé je berou jako ty, kteří „lidem berou práci“, že se kvůli nim snižují mzdy a že jsou přítěžem pro sociální systém daného státu. Odmítavý postoj k příchodu imigrantů, například z Ukrajiny pravděpodobně pramení z obav o nedostatek pracovních příležitostí ale také z ohrožení bezpečnosti (Vágnerová, 2014). „*K posílení negativ postoje přispívají problémy evropských zemí s muslimskou komunitou, jejíž členové nejednají v souladu s normami dané společnosti. Pokud přistěhovalci nejsou ochotni respektovat ani základní principy nové společnosti, zákonitě vyvolávají odmítavé reakce*“ (Vágnerová, 2014). Dle mého názoru může být příchod imigrantů do České republiky pozitivní i negativní dopad. Pozitivní vliv příchodu imigrantů vidím v tom, že nepřicházejí pouze „obyčejní“ lidé, ale také vědci, znalci a experti z různých oborů, kteří mohou naši medicínu, či vědu rozšířit o jejich poznatky a principy. Negativní dopad, kterého se obávám, dle situací mimo naši

republiku, je když přicházejí příznivci Islámského státu a jiných radikalistických skupin, kteří ohrožují a ničí životy „nevinných“ lidí.

Integrace imigrantů do většinové společnosti země je do určité míry jejich povinností, avšak měla by být spíše jejich právem (Migrační manifest, 2015). Vláda České republiky (2013) z důvodu předcházení vytváření uzavřených komunit imigrantů, společenské izolaci a sociálnímu vyloučení, stanovila integrační priority.

Velké množství lidí si myslí, že imigranti mají mnoho výhod, které jím přináší Český stát a mají proti těmto lidem předsudky a diskriminují je. Díky postojům většinové společnosti chápou, že někteří cizinci se těmto předsudkům a diskriminaci snaží vyhnout a při hledání pracovního místa si upravují životopis například počesťováním svého jména nebo zamlčováním údajů, které souvisejí se zemí původu (Sokačová, 2014). Cizinci se setkávají se znevýhodněním například při povyšování a profesním růstu, kdy si myslí, že čeští zaměstnanci jsou povyšováni na jejich úkor (Sokačová, 2014). U většiny imigrantů je největším problémem jazyková bariéra, díky které vzniká neznalost práv a nemožnost použití prostředků obrany proti jejich porušování v oblasti zdravotnictví, také brání dostatečnému vyjádření a pochopení zdravotních potřeb (Ingleby, 2005). Komunikaci též komplikuje neexistence podobných jazykových výrazů pro lékařské termíny (Ingleby, 2005). S oblastí komunikace též souvisí vzdělávání zdravotnického personálu v oblasti kulturních odlišností a specifických problémů imigrantů (Špirudová, Tomanová, Kudlová, Halmo, 2005).

Z uvedených skupin vyplývá, že občané pocházející ze třetích zemí (mimo azylantů a žadatelů o azyl nebo dalších spíše okrajových skupin) se účastní veřejného zdravotního pojištění tehdy, pokud pracují jako zaměstnanci zaměstnavatele, který má sídlo v ČR (Hnilicová, Dobiášová, 2009). Další cizinci ze zemí mimo EU s dlouhodobým pobytem v ČR si musí zdravotní pojištění obstarat jiným způsobem (Hnilicová, Dobiášová, 2009). Lidé, kteří mají toto jiné, komerční, pojištění platí pojistné několikanásobně více než lidé, kteří mají veřejné zdravotní pojištění (Hnilicová, Dobiášová, Čížinský, 2010) Veřejný ochránce lidských práv považuje systém veřejného zdravotního pojištění za deficitní a nevyvážené pro určité kategorie cizinců (Veřejný ochránce práv Ombudsman, 2009). Mezi ty, o kterých si myslí, že jsou neoprávněně znevýhodněni patří rodinní příslušníci občanů ČR, kteří jsou původem ze třetích zemí po dobu přechodného pobytu na území ČR a také cizinci ze třetích zemí, kteří nejsou rodinnými příslušníky občanů EU/ČR po dobu prvních 5 let pobytu na území ČR (Veřejný ochránce práv Ombudsman, 2009). Ženy, které se účastnily výzkumu z roku 2015, který provedli Velemínský ml. a

Velemínský st., z Mongolska se vyjadřují na komerční zdravotní pojištění velmi negativně (Velemínský, Velemínský, 2015). Myslím si, že tyto rozdíly mezi pojištěním pro imigranty jsou rapidní a bylo by třeba, aby pojišťovny nepojišťovaly imigranty výhradně pro svůj zisk, ale pro jejich blaho. Dále si myslím, že by Česká republika mohla být mírnější například pro děti, studenty, kteří žádným způsobem nemohou svým rodičům na pojištění přispívat.

Z celkové situace v oblasti zdravotního pojištění a dostupnosti zdravotní péče pro cizince v České republice je současný stav charakterizován nerovností a diskriminací imigrantů, kteří pocházejí ze třetích zemí oproti domácímu obyvatelstvu i imigrantům z Evropské Unie (Hnilicová, Dobiášová, Čížinský, 2010). V případě, že zdravotnický systém nebo konkrétní zdravotnické služby ve vztahu imigrantům selžou, můžeme hovořit o „bariérách v přístupu ke zdravotní péči“ (Mladenovsky, 2007). Mimo zákonných bariér v přístupu ke zdravotní péči, která pramení z pobytového statusu imigranta na území země, kde imigrant pobývá, existují i další bariéry, jako jsou jazkové, kulturní či nedostatek informací (Dobiášová, 2009). Chápu, že některé bariéry v přístupu ke zdravotní péči je těžké zdolat, ale měla by být o to projevena snaha jak ze strany daných států, tak i ze strany jiných, například je možnost sjednotit názvy nemocí či lékařských postupů. Lékaři se jistě musí vzdělávat, tak by bylo vhodné, aby jim byly osvětleny přístupy ke klientům, empatie, ale také například udělat osvětu národností, které do jednotlivých zemí nejčastěji migrují.

Velemínský a Tóthová (2013) se ve svém výzkumu zaměřili na statistiky zdravotního stavu imigrantů, které nejsou příliš dokonalé. Zjistili, že k nejčastějším zdravotním problémům imigrantů v České republice patří zranění, kardiovaskulární nemoci, poruch zažívacího traktu a onkologické nemoci (Velemínský, Tóthová, 2013).

Český statistický úřad (2016) stanovuje, že největší podíl cizinců na obyvatelstvu ve vybraných evropských státech je v Lucembursku a ve Švýcarsku. Hrbková, 2016 uvádí, že pro většinu ekonomických imigrantů je cílovou zemí Spolková republika Německo, kde sehrává klíčovou roli kancléřka Angela Merkelová, která zastává politiku „společného evropského řešení“. Pohled z Českého statistického úřadu a Hrbkové se liší tím, že možná většina imigrantů původně se chce usadit ve Spolkové republice Německo, ale jejich plány se jim nepodaří zrealizovat a zůstávají pobývat v některé z jiných zemí. Myslím si, že v současné době, kdy mají čeští lidé obavy z příchodu imigrantů a mají představy, že všichni imigranti míří pouze k nám do České republiky, a ne do jiných států.

Health Consumer Powerhouse (HCP) je organizace, které sleduje a porovnává systémy zdravotnictví mezi 35 zeměmi (členské země Evropské Unie a Kanada) a představuje své závěry (Hejduková, 2013). Dle této organizace z údajů z roku 2012 patří mezi nejlépe hodnocené země, země střední a východní Evropy. Umístění těchto zemí se hodnotí dle dosaženého skóre v oblastech: informovanosti a práv pacientů, léků a léčiv, rozsahu poskytovaných služeb, dostupnosti služeb a výsledcích (Hejduková, 2013).

Velemínský ml. a Velemínský st. (2015) ve svém výzkumu o medicínských a salutogenních přístupech v prenatální a postnatální péči zjistili, že dle žen imigrantek z Ukrajiny přístup ohledně těhotenství a porodu je v České republice lepší především z důvodu hygieny a čistoty na pokojích v porodnici a je zde lepší přístup zdravotnického personálu k pacientkám. V tomto výzkumu též ženy z Vietnamu uvedly, že lepší přístup k těhotenství a porodu je v České republice, a to především z důvodu pravidelnosti kontrol a vyšetření. Dle těchto názorů žen imigrantek z Ukrajiny a Vietnamu je patrné, že v jejich zemích původu není příliš kvalitní zdravotní péče. Myslím si, že v současné pokrokové době je kvalita a dostupnost Českého zdravotnictví na velmi dobré úrovni a nadále se vyvíjí a vyvíjet bude.

Dle Kebzy (2005) je vnímání a hodnocení zdraví odlišné v různých skupinách obyvatelstva a závisí na různých okolnostech, jako je věk, pohlaví, vzdělání či socioekonomický status daných lidí. Každý člověk může zdraví vnímat jinak, někdo jako přirozenou součást svého života a někdo jako „dar“ (Čeledová, Čevela, 2010). Koncept sociálních determinantů zdraví je důležitý z důvodu komplexnosti, kdy se nestanovují pouze ekonomické vlivy, ale rovněž zahrnuje i bio-psycho-socio-spirituální pojetí zdraví (Davidová, 2010). Myslím si, že bohužel v současné společnosti lidé, kteří jsou zdraví a nemají žádné zdravotní problémy vnímají zdraví automaticky jako součástí svého života, ale lidé, kteří mají nějaké zdravotní problémy nebo je mají jejich nejbližší vnímají zdraví jako něco zvláštního, jako „dar“, který bohužel nemohou mít všichni lidé. Mnoho lidí si neuvědomuje to, že zdraví máme pouze jedno a že často jeho narušení nemůžeme žádným způsobem napravit. Ne nadarmo se říká, že žijeme pouze jednou.

Život každého jedince ovlivňuje sociální a ekonomické prostředí, může to být krátkodobé, ale také po celý život (Wilkinson, Marmot, 2005). Socioekonomickým statusem se určuje prestiž zaměstnání, požadované nebo aktuální vzdělání, finanční ohodnocení jedince, přičemž socioekonomický status je metodou určování sociálního postavení (Šanderová, 2004). Weber definuje prestiž jako společenskou důstojnost. Šanderová (2004) prestiž definuje jako váženost, již se lidé těší. Výzkum, kteří provedli

Malmusi, Ortiz-Barreda (2014). zjistil, že imigranti jsou více ohroženi nízkým socioekonomickým statusem oproti většinové společnosti. Díky špatnému sociálnímu postavení se ukazuje, že své zdraví hodnotí hůře, zvláště ženy, které zde žijí delší dobu (Malmusi, Ortiz-Barreda, 2014). Olišarová, Tóthová, Brabcová (2014) ze své analýzy zjistily, že vztah zdraví a úspěšné integrace imigrantů je provázán. Dále bylo prokázáno, že sociální postavení má vliv na zdraví daných jedinců a že většina imigrantů získává pracovní příležitost spíše na nekvalifikovaných a pomocných pracovních místech, kde často bývají diskriminováni. Mé postavení ve společnosti je velmi ovlivněno aktuálními časovými možnostmi, protože když mám čas chodit do společnosti, tak mě tak i lidé vnímají, když čas nemám, tak na mne lidé mohou díky tomu zapomenout a na další události mne dále nezvat. V případě toho, že jsem časově zaneprázdněna, jako například při psaní této práce, tak se snažím alespoň ty chvíle času využít k tomu, abych své přátele viděla, i když třeba pouze jen na chvíli, abych si mezi nimi udržela své postavení a oni ho respektovali. Nedokáži si představit, že by mé sociální postavení ovlivňovalo můj zdravotní stav, ale naštěstí jsem nikdy neměla, až tak špatné postavení.

Nikotinismus patří k nejrozšířenější závislosti ve společnosti, v České republice v roce 2008 pravidelně kouřilo 29 % lidí (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2008). V našem sociokulturním prostředí má Česká republika pouze 7 % abstinujících mužů a zhruba 20% žen a řadí se mezi státy s nejvyšší konzumací alkoholu (Společný svět, 2004). Při zkoumání kouření účastníků výzkumu u Ukrajinců bylo prokázáno, že více než dvě třetiny respondentů nekouří vůbec, v konzumaci alkoholu odpověděla pouze malá část respondentů, že alkohol pije hodně (Urban, 2015). Díky výzkumu Urbana to vypadá, že je velmi nepatrný rozdíl v kouření u imigrantů z Ukrajiny a u Českých obyvatel. Svobodný monitor, nezávislý deník (2015) uvádí, že Česká republika je na 4. místě v největší spotřebě alkoholu. Též stanovuje, že nejméně, kdo pije alkohol jsou Indonésané, poté je následují Turkové, Indové a Izraelci. Při pohledu na mne a mé přátele si říkám, kdo všechen ten alkohol za nás pije. Neříkám, že nikdo z nás nepije vůbec, samozřejmě, že občas si pivo nebo víno dáme, ale ne nijak pravidelně, spíše jen občas při nějaké oslavě. Naopak u kouření cigaret si myslím, že mí přátelé velmi vedou, protože kouří většina z nich a ne málo.

Vývoj dítěte je nejvíce ovlivněn v prenatálním období života a v raném dětství (Vaďurová, 2008). Wilkinson a Marmot (2005) též stanovují, že se základy zdraví utvářejí v období před narozením a v raném dětství, kdy důležitými faktory jsou emoční podpora, kvalita výživy, závislosti rodičů (hlavně matky během těhotenství) a správná



životospráva. Na období dětství a dospívání se ve svém výzkumu zaměřili Moussa, Sanz-Valero, Wanden-Berghe (2014). Tito výzkumní zjistili, že faktory, doba pobytu v nové zemi rodičů, kultura, znalost jazyka většinové společnosti a etnický původ měli vliv na stravovací návyky v období dospívání, sklony k obezitě či nadváze, mladiství stravovací návyky odkoukávají od svých nejbližších ale také například od vrstevnické skupiny obyvatel.

Automobilová doprava má špatný vliv na zdraví jedince také z důvodu znečišťování životního prostředí výfukovými plyny (Wilkinson, Marmot, 2005). V současné době se začíná využívat ekologických dopravních prostředků, jako je chůze, kolo, koloběžky, elektrokola, elektromobily a jiné, pro cyklisty vznikají cyklostezky a začínají se budovat ekologicky zdravá města (Horáková, 2016). Myslím si, že automobilová doprava má velký vliv na zdraví, ne pouze kvůli výfukovým plynům, ale také kvůli nedostatku pohybu lidí, kteří se stávají líní a tím také tloustnou. Je pravdou, že vnikají tyto cyklostezky a podobně, ale nemyslím si, že by se rapidně začali používat. Občas tyto stezky využiji, ale je to velmi nepravidelné a v mém okolí je velká řada lidí, kteří pomalu ani nevědí, že nějaké existují. Někteří mi přátelé díky tomu, že mají svá auta začali být tak líní, že například i na poštu, kterou mají kousek od domu jedou autem.

Literární zdroje do mé diplomové práce byli vyhledány formou rešerší mých a rešerší Jihočeské vědecké knihovny v Českých Budějovicích. Všechny vhodné zdroje, které byli nalezeny byli použity v mé diplomové práci. Více vhodných a v posledních letech vydaných zdrojů nebylo nalezeno. Některé zdroje jsou již poměrně staršího data vydání, bohužel novější nebyly vydány a myslím, že tyto starší zdroje jsou natolik důležité pro zpracování mé práce, a proto byly využity.

## 6. Závěr

Hlavním cílem mé diplomové práce bylo zjistit, jaké oblasti v rámci sociálních determinantů zdraví u imigrantů nebyly za posledních pět let zkoumány – a to na území České republiky a v Evropě. Přínosem mé práce je zjištění, jaké determinanty nebyly zkoumány a mohou být dalšími výzkumníky zkoumány, případně využity například pro zpracování dalších diplomových nebo disertačních prací. Dílčím cílem práce bylo zjistit, jaké výzkumy proběhly v České republice a v Evropě u determinantů zdraví u imigrantů (v posledních pěti letech) a byly publikovány ve vědeckých či rešeršních článcích. Dále zjistit, co bylo cílem těchto výzkumů, kde se navzájem překrývají, kde se doplňují. Posledním dílčím cílem práce bylo, jaké metody a techniky byly výzkumníky použity pro zkoumání vybraných témat.

Z počátku mé diplomové práce jsem upřesnila, kdo imigranti jsou, odkud přicházejí, jaké důvody odchodu ze své země mají, jejich počet, ale také zdravotní politiku v České republice a přístup ke zdravotní péči. Podrobně jsem rozepsala deset sociálních determinantů zdraví, vymezila, co znamenají a s čím mohou souviset.

V mé diplomové práci jsem zjistila, že za posledních 5 let v České republice nebyly provedeny výzkumy sociálních determinantů zdraví na stres, dětství, nezaměstnanost, výživu a dopravu. V České republice byly zkoumány dle četnosti práce, sociální gradient, závislosti, sociální vyloučení a sociální opora, kdy se některé výzkumy navzájem propojují nebo doplňují. V České republice bylo největší množství výzkumů sociálních determinantů zdraví provedeno na půdě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích na Zdravotně sociální fakultě.

Výzkumy na sociální determinanty zdraví, které nebyly za posledních 5 let realizovány v Evropě jsou doprava a stres. Dle četnosti byly nejčastěji zkoumány práce, sociální gradient, sociální vyloučení, dětství, sociální opora, závislosti, výživa a nezaměstnanost. Některé výzkumy sociálních determinantů se navzájem propojují nebo doplňují, jiné nikol. V Evropě byly výzkumy nejčastěji provedeny ve Španělsku a Švédsku.

U výzkumů sociálních determinantů zdraví u imigrantů, které jsem našla a posléze zpracovala, bylo z kvantitativních a kvalitativních metod použita analýza informačních zdrojů, rozhovory, dotazníky, ale také průřezová studie, screening, kohortová studie, popisná statistika, systematický přehled, statistická analýza nebo recenze.

Má diplomová práce by měla sloužit pro budoucí výzkumníky, kteří se zajímají o sociální determinanty zdraví u imigrantů v České republice nebo v Evropě. Těmto výzkumníkům se naskytne přehled sociálních determinantů, které v daných zemích Evropy již byly zkoumány. Mohou si vybrat, který sociální determinant budou zkoumat, zda byl zkoumán, či vůbec nebyl, anebo kterých výzkumů v rámci determinantů bylo provedeno malé množství.

## Seznam literatury

### Knižní a časopisové zdroje:

1. ARONOWITZ, R. 2008. Framing disease: an underappreciated mechanism for the social patterning of health. *Social Science & Medicine*. 67(1), 1-9. ISSN 0277-9536.
2. BARTOŠÍKOVÁ, I. 2006 O syndromu vyhoření – pro zdravotní sestry. Brno: NCO NZO. ISBN 80-7013-439-9.
3. BATESON, M. C. 2000. Full circles, overlapping lives. New York: Random House. ISBN 0375501010.
4. BERKMAN, L., GLASS, T., BRISSETTE, I., SEEMAN, T. 2000. From social integration to health: Durkheim in the new millenium. *Social Science & Medicine*. ISSN 0277-9536.
5. BIERHOFF, W.H. 2006. Prosociální chování. In: Hewstone, M. Stroebe, W., Sociální psychologie. Praha: Portál. ISBN 80-7367-092-5.
6. BRABCOVÁ, I. 2009. Zdravotní stav imigrantů ve vybrané lokalitě v České republice: I. – psychosociální determinanty zdraví. In: *Kontakt*, vol. XI., no 2, s. 358-367. ISSN: 1212-4117.
7. BRABCOVÁ, I., ZÁLESKÁ, V., HORSKÁ, J. 2011. Bezpečnost práce a pracovní úrazy u cizinců v České republice. *Prevence úrazů, otrav a násilí*. ZSF JU – České Budějovice. 1(VII), 42-52. ISSN 1801-0261.
8. CASTLES, S. 2000. *Ethnicity and Globalization*. London: SAGA Publications Ltd ISBN 0 7619 5611 5.
9. CASTLES, S., MILLER, M. 2013. *The Age of Migration. International Population Movements in the Modern World*. London: Palgrave Macmillan. ISBN 0230355773.
10. CRESWELL, J. W. 1998. *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. Thousand Oaks, Sage Publications. ISBN 978-1-4129-1606-6.
11. ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R., 2010. *Výchova ke zdraví*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3213-8.
12. ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., KALVACH, Z., HOLČÍK, J., KUBŮ, P., 2014. *Sociální gerontologie*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4544-2.
13. DAVIDOVÁ, E. 2004. *Romano drom – Cesty domů 1945 – 1990*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-0524-5.
14. DAVIDOVÁ, E. a kol. 2010. *Kvalita života a sociální determinanty zdraví u Romů v České republice*. Praha: Triton. ISBN: 978-80-7387-428-5.

15. DOBIÁŠOVÁ, K. 2009. Migrace a zdraví. Projekt disertační práce. Praha. Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd.
16. DONHRENWEND, B. 2000. The role of adversity and stress in psychopathology: Some evidence and its implications for Tudory and research. *Journal of Health and Social Behavior*. ISSN 0022-1465.
17. DRBOHLAV, D. 2011. Imigrace a integrace cizinců v Česku – několik zastavení a cestě země, v její migrační proměně z Davida na téměř Goliáše. *Geografie* (4)116, 4: 401-421. ISSN 1212-0014.
18. DVOŘÁKOVÁ, J., HORSKÁ, J. a kol. 2008. *Metody sociální práce s imigranty, azylanty a jejich dětmi*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-097-3.
19. DZÚROVÁ, D., CSÉMY, L., SPILKOVÁ, J., LUSTIGOVÁ, M., (ed.), 2015. *Zdravotně rizikové chování mládeže v Česku*. 1. Vydání. Praha: Státní zdravotní ústav. ISBN 978-80-7071-343-3.
20. FISCHBACHER, C. M., WHITE, M., BHOPAL, R. S., UNWIN, N. C. 2005. Self-reported work strain is lower in South Asian than European people: Cross-sectional survey. *Ethnicity and Health*. 10: 279-292. ISSN 1465-3419.
21. GILLERNOVÁ, I., KEBZA, V., RYMEŠ, M., et al. 2011. *Psychologické aspekty změn v české společnosti*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2798-1.
22. GOFFART, W. 2006. *Barbarian Tides: The Migration Age and the Later Roman Empire*. Pennsylvania: Penssylvania University Press. ISBN 978-0-8122-3939-3.
23. GOODY, J. 2006. *Proměny rodiny v evropské historii: historicko-antropologická esej*. Praha: NLN, s. r. o. ISBN 8071063967.
24. GRANOVETTER, M. 1995. *Getting a job: a study of contacts and careers*. Chicago: University of Chicago Press. ISBN 978-0-226-30581-3.
25. GROPE, S., SMITH, J., GROFF, J. 2004. *Advanced nutrition and human metabolism*. Belmont: Thomas Wadsworth, 624 p. ISBN 1133104053.
26. HARTL, P., HARTLOVÁ, H. 2000. *Psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0873-0.
27. HEGYI, L. a kol. 2012. *Sociálna gerontológia*. 1. vyd. Bratislava: Herba. ISBN 978-80-89171-99-6.
28. HENDL, J. 2016. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.
29. HOLČÍK, J., KAŇOVÁ, P., PRUDIL, L., 2015. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví*. 2. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 115s. ISBN 978-80-7013-575-4

30. HORÁKOVÁ, V. 2016. Determinanty zdraví a jejich ovlivnitelnost. České Budějovice. Bakalářská práce na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské Univerzity v Českých Budějovicích. Vedoucí bakalářské práce MUDr. Rostislav Čevela, Ph.D., MBA
31. HOUSE, J. S. 1981. Work Stress and Social Support. Reading, Mass. Adison-Wesley Pub. Co. in DAVIDOVÁ, E. 2010. Kvalita života a sociální determinanty zdraví u Romů v České a Slovenské republice. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-428-5.
32. HRBKOVÁ, K. 2016. Evropský program pro migraci a jeho dopady na Evropskou integraci s důrazem na Spolkovou republiku Německo. České Budějovice. Bakalářská práce na Filozofické fakultě Jihočeské Univerzity v Českých Budějovicích. Vedoucí bakalářské práce JUDr. Mgr. Ivo Petřů, Ph.D.
33. HYMAN, I., 2001. Immigration and health. Ottawa (Canada): Government Services Health Canada. Health Policy Working Paper 01–05. ISBN 0-662-31029-2.
34. JAKOUBEK, M. 2004. Kulturologické etudy. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk. ISBN 80-86473-83-X.
35. JELÍNKOVÁ, M. 2011. Vliv práce na zdraví migrantů – příslušníků mongolské menšiny v České republice. Kontakt. 13(2), 187-196. ISSN 1212-4117.
36. JEŘÁBEK, V. 2005. Českoslovenští uprchlíci ve studené válce. Brno: Stylus. ISBN: 80-903550-0-5.
37. KAHOUN, V., et al. 2013. Sociální zabezpečení: Vybrané kapitoly. 2. aktualizované vydání. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-733-0.
38. KAJANOVÁ, A. 2009. Sociální determinanty zdraví vybraných romských komunit. České Budějovice, 195 p. Disertační práce na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské Univerzity v Českých Budějovicích. Vedoucí disertační práce PhDr. Eva Davidová, CSc.
39. KEBZA, V., 2005. Psychosociální determinanty zdraví. 1. vydání. Praha: Academia. ISBN 80-200-1307-5.
40. KLÍMA, A. 1996. Dlouhá válka: 1618 – 1648. Praha: nakladatelství Slovo. ISBN: 9788090014831.
41. KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J. 2005. Sociální práce s nezaměstnanými. In: Matoušek, O., Kodymová, P., Koláčková, J.: Sociální práce v praxi. Praha: Portál. ISBN: 80-7367-002-X.
42. KOUDELKOVÁ, J. 2013. Češi ve Vídni – Tschechen in Wien. Brno: Jihomoravský kraj. ISBN 3-486-43821-2.

43. KREBS, V., et al. 2007. Sociální politika. 4. přepracované a aktualizované vydání. Praha: Aspi. ISBN 978-80-7357-276-1
44. KRUPIČKA, M. 2014. Kolik je Čechů ve světě? In: S. Bouček, T. Grulich (ed.) Nová emigrace z České republiky po roce 1989 a návratová politika. Praha: Etnologický ústav AV ČR ve spolupráci se Senátem PČR a IOM: 130-135. ISBN 978-80-87112-76-2.
45. KŘIVOHLAVÝ, J. 2009. Psychologie zdraví. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-568-4.
46. KŘIVOHLAVÝ, J., 2003. Psychologie zdraví. 2. vyd., Praha: Portál. ISBN 80-7178-774-4.
47. KUNITZ, S. 2008. A case of old wine in re-labeled bottles? A commentary on Aronowitz. *Social Science & Medicine*. 67(1), 10-13. ISSN 0277-9536.
48. KUZNÍKOVÁ, I., 2013. Psychosociální aspekty zdraví a nemoci, Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7464-470-2.
49. LITTLEWOOD, P. 2000. Social exclusion in Europe: Problems and paradigm. Aldershot: Ashgate. ISBN 1840147172.
50. LYNCH, J. et al. 2000. Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *British Medical Journal*. 320(7243), 1199-1204. ISSN 0959-8138.
51. MALÍŘ, J., DOLEŽAL, T. 2016. Evropská úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod a zdravotnictví: současný stav a perspektivy. Praha: Wolters Kluwer. ISBN: 978-80-7552-224-5.
52. MARTÍNKOVÁ, Š., PECHOVÁ, E., FEISTINGEROVÁ, E., LEONTIYEVA. ROK NEUVEDEN. Vietnamci, Mongolové a Ukrajinci v ČR pracovní migrace, životní podmínky, kulturní specifika. Informační příručka Policie ČR. ISBN 978-80-7312-063-4.
53. MASSEY, D. S. 1998 *Worlds in motion: Understanding international migration at the end of the millennium*. Oxford: Clarendon Press. ISBN 0198294425.
54. MASSEY, D. S., et al. 2005. *Worlds in motion: Understanding international migration at the end of the millennium*. 2 vyd. Oxford (UK): Clarendon Press. ISBN 978-0-19-928276-0.
55. MATOUŠEK, O. 2003. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál. ISBN: 80-7178-549-0.

56. MATOUŠEK, O. 2013. Encyklopedie sociální práce. Praha: Portál. ISBN: 978-80-262-0366-7.
57. Mc KINLEY, B. 2005. International Dialogue on Migration. Health and Migration: Bridging the Gap. ISSN-1726-2224.
58. NEPUŠTIL, P., PANČOCHA, K., FRIŠAUFOVÁ, M., KALIVODOVÁ, R., BÁRTOVÁ, A. 2012. Užívání drog ve skupinách s obtížným přístupem k drogovým službám. Situace v ČR: analýza informačních zdrojů. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. ISBN 978-80-7440-072-8.
59. NEŠPOR, K. 2006. Návykové chování a závislost. Praha: Portál. ISBN 978-80-73667-267-6.
60. NITSCH, J. R. 1981. Stress-Theorien, Untersuchungen, Massahmen. Bern/Stuttgart/Wien: Verlag H. Huber. ISBN 9783456806990.
61. OLECKÁ, I., IVANOVÁ, K. 2010. Metodologie vědecko-výzkumné činnosti. Olomouc: Moravská vysoká škola Olomouc, o. p. s.
62. OLŠOVSKÁ, O. 2006. Rodičovství v sociálně vyloučených romských komunitách. Brno: Studie pro projekt Asistent do rodiny Centra praktických studií při Fakultě sociálních studií Masarykovy univerzity.
63. PALÁT, M. 2014. Determinanty vzniku migrace a statistiky cizinců v Evropské unii. Ostrava: Key Publishing s. r. o. ISBN 978-80-7418-228-0.
64. PÁNA, L., RATAJ, J. 2016. Migrační krize a vztahy většinového obyvatelstva a menšin v Evropě. AUSPICIA. Recenzovaný vědecký časopis pro oblast společenských a humanitních věd. ISSN 2464-7217.
65. PAŘÍZKOVÁ, J., LISÁ, L. 2007. Obezita v dětství a dospívání. Terapie a prevence. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-466-9.
66. PÍTROVÁ, L. 2016. Aktuální právní aspekty migrace. Praha: Nakladatelství Leges, s. r. o. ISBN: 978-80-7502-162-5.
67. PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. 2003. Pedagogický slovník, 4. vydání. Praha: Portál. ISBN: 80-7178-772-8.
68. PUNCH, K. F. 2008. Základy kvantitativního šetření. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-381-9.
69. RABUŠIC, L., BURJANEK, A. 2003. Imigrace a imigrační politika jako prvek řešení české demografické situace? VÚPSV Praha, výzkumné centrum Brno. ISBN 978-1-4020-6608-5.
70. ROTH, J. 2013. Židé na cestě. Praha: Academia. ISBN: 978-80-200-2250-9.



71. RYCHLÍK, J. 2009. Mezi Vídní a Cařihradem. Utváření balkánských národů. Praha: Vyšehrad. ISBN 978-80-7021-957-7.
72. SIMICH, L., BEISER, M., STEWART, M., MWAKARIMBA E. 2005. Providing Social Support for Immigrants and Refugees in Canada: Challenges and Directions. *Journal of Immigrant Health*. ISSN 1557-1920.
73. SOMERFIELD, M. R., MCCRAE, R. R. 2000. Stress and coping research: Methodological challenges, theoretical advances, and clinical applications. *American Psychologist*. ISSN 0003-066X.
74. Společný Svět. 2004. Příručka globálního vzdělávání. Praha: Člověk v tísní – společnost při České televizi, o. p. s. ISBN 80-903510-0-X.
75. ŠANDEROVÁ, J. 2004. Sociální stratifikace. Problém, vybrané teorie, výzkum. Praha: Nakladatelství Karolinum. ISBN 80-246-0025-0.
76. ŠNÝDROVÁ, I. 2006. Manažerka a stres. Praha: Grada. ISBN 80-247-1272-5.
77. ŠOLCOVÁ, I., KEBZA, V. 1999. Sociální opora jako významný protektivní faktor. *Československá psychologie* 43/1: 19-38. ISSN 0009-062X.
78. ŠPIRUDOVÁ, I., TOMANOVÁ, D., KUDLOVÁ, K., HALMO, R. 2005. Multikulturní ošetrovatelství II. Praha: Grada. ISBN- 80-247-1213-X.
79. ŠTIKAR, J., RYMEŠ M., RIEGEL, K., HOSKOVEC, J. 2003. Psychologie ve světě práce (Psychology in the world of work). Praha: Karolinum. ISBN 9788024604480.
80. TOUŠEK, L. 2007. Kdo drží Černého Petra: sociální vyloučení v Liberci, Plzni a Ústí nad Labem. Člověk v tísní, společnost při České televizi, s. 88. ISBN: 978-80-86961-27-9.
81. UHEREK, Z. 2004. Migrace do České republiky, sociální integrace a lokální společnosti v zemích původu. Praha: Etnologický ústav. ISBN: 80-85019-69-0.
82. UHEREK, Z., OŠŤÁDALOVÁ, Š., HONUSKOVÁ, V., GÜNTER, V. 2016. Migrace historie a současnost. Ostrava. ISBN 978-80-905942-9-6.
83. URBAN, D., KAJANOVÁ, A. 2014. Sociální opora jako sociální determinant zdraví u imigrantů. *Zdravotnictví a sociální práce*. ISSN 1336-9326.
84. VACKOVÁ, J. a kol. 2012. Zdravotně sociální aspekty života imigrantů v České republice. Praha: Triton. ISBN 9788073875145.
85. VACKOVÁ, J. a kol. 2016. Sociální determinanty zdraví u cizinců žijících v Jihočeském kraji. Praha: NLN, s. r. o. ISBN 978-80-7422-544-4.
86. VAĐUROVÁ, H., 2008. Quality of life of cancel children caregivers. In: ŘEHULKOVÁ, O., E. ŘEHULKA, M. BLATNÝ, J. MAREŠ et al. The quality of

- life in the contexts [of] health and illness. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-7392-073-9.
87. VÁGNEROVÁ, M. 2014. Současná psychopatologie pro pomáhající profese. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0696-5.
88. VÁGNEROVÁ, M. 2004. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál. ISBN: 80-7178-802-3.
89. VELEMÍNSKÝ, M. ml., VELEMÍNSKÝ, M. st. 2015. Medicínské a salutogenní přístupy a jejich integrace v prenatální a postnatální péči českých žez se zvláštním důrazem na imigrantky. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-952-5.
90. Velký sociologický slovník II. 1996. Praha: Karolinum. ISBN: 80-7184-310-5.
91. VOKURKA, M., HUGO, J. 2000. Praktický slovník medicíny. Praha: MAXDORF s. r. o. ISBN 80-85912-38-4.
92. VOKURKA, M., HUGO, J. 2004. Velký lékařský slovník. Praha: MAXDORF s. r. o. ISBN 9788073454562.
93. WEBER, M. 1997. Autorita, etika a společnost. Praha: Mladá Fronta. ISBN 80-204-0611-5.
94. WEBSTER-GANDY, J., MADDEN, A., HOLDSWORTH, M. 2006. Oxford Handbook of Nutrition and Dietetics. Oxford: Oxford University Press. ISBN 10-0-19-856725-1.
95. WEITHMANN, M. V. 1996. Balkán. 2000 let mezi východem a západem. Praha: Vyšehrad. ISBN: 8070211997.
96. WHO. 2010. Equity, social determinants and public health programmes. ISBN 978-924-I-56 397.
97. WILKINSON, R. 2002. Unhealthy societies – The afflictions of inequality. UK: Routledge. ISBN 0415092345.
98. WILKINSON, R., MARMOT, M, 2005. Social determinants of health: The solid facts. Oxford University Press. ISBN 9780198565895
99. ŽEMLIČKA, J. 2014. Království v pohybu: kolonizace, města a stříbro v závěru přemyslovské epochy. Praha: NLN, s. r. o. ISBN 9788074223334.

#### **Internetové zdroje:**

1. BEBLAVÁ, J. 2003. Národní správa o lidskom rozvoji – Slovenská republika 2001-02. Bratislava. Centrum pre hospodársky rozvoj a Rozvojový program OSN. [online]. 2010 [cit. 2017-01-27] Dostupné z: <http://www.cphr.sk/undp2002.htm>

2. BROUČEK, S. 2010. Emigrace z českých zemí a vznik krajanských komunit. 2016. [online] [cit. 2017-01-30]. Dostupné z: <http://krajane.radio.cz/articleDetail.view?id=2083>
3. CARLS SMITH, G. et. al. 2015. The Relationship between Local Economic Conditions and Acute Myocardial Infarction Hospital Utilization by Adults and Senior in the United States, 1995-2011. [online] [cit. 2017-01-25]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4600367/>
4. Centrum pro výzkum veřejného mínění. [online]. 2008 [cit. 2017-03-17]. Dostupné z: <http://www.cvvm.soc.cas.cz/>
5. Český statistický úřad. 2015. Demografické aspekty z života cizinců. [online]. 2015 [cit. 2017-02-02]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/1-demograficke-aspekty-zivota-cizincu-m285m40p3c>
6. Český statistický úřad. Cizinci: Cizinci v ostatních zemích EU. [online]. 29. 2. 2016 [cit. 2016-12-05]. Dostupné z: [https://www.czso.cz/csu/cizinci/1-ciz\\_zahranici](https://www.czso.cz/csu/cizinci/1-ciz_zahranici)
7. Český statistický úřad. Cizinci: Počet cizinců. [online]. 7. 4. 2016 [cit. 2016-12-05]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/cizinci/cizinci-pocet-cizincu>
8. DELLAPERGOLA, S. World Jewish Population. 2005. In: American Jewish Yearbook. Vol. 205: 87-122. [online]. 2005 [cit. 2017-01-30]. Dostupné z: <http://www.jewishdatabank.org/Studies/downloadFile.cfm?FileID=3257>
9. DRISKELL, J. A. 2006. Vitamins and trace elements in Sports nutrition. [online]. 2006 [cit. 2017-01-28] Dostupné z: [http://nrc.ajums.ac.ir//\\_nrc/documents/Chapter%2021.pdf](http://nrc.ajums.ac.ir//_nrc/documents/Chapter%2021.pdf)
10. GUTH, J. 2008. Prekarizace není legrace. Deník referendum. [online]. 2016 [cit. 2016-11-14]. Dostupné z: <http://www.denikreferendum.cz/clanek/2561/-prekarizace-neni-legrace>
11. HEJDUKOVÁ, P. 2013. Kvalita zdravotní péče jako jeden z reformních kroků systémů zdravotnictví. [online]. 2013 [cit. 2017-04-26]. Dostupné z: <https://www.dfek.zcu.cz/tvp/doc/akt/tvp-3-2013-clanek-10.pdf>
12. HELENIAK, T. 2001. Migration and Restructuring in Post-Soviet Russia. Demokratizatsiya, [online]. [cit. 2017-01-31]. Dostupné z: [https://www2.gwu.edu/~ieresgwu/assets/docs/demokratizatsiya%20archive/09-4\\_Heleniak.PDF](https://www2.gwu.edu/~ieresgwu/assets/docs/demokratizatsiya%20archive/09-4_Heleniak.PDF)
13. HENIG, D. Migrace. 2007 [online]. [cit. 2017-01-31]. Dostupné z: <http://antropologie.zcu.cz/migrace>

14. HNILICOVÁ, H., DOBIÁŠOVÁ, K. 2009. Zdravotná pojištění cizinců v ČR. [online]. [cit. 2017-04-20] Dostupné z: <http://migraceonline.cz/cz/e-knihovna/zdravotni-pojisteni-cizincu-v-cr>
15. HNILICOVÁ, H., DOBIÁŠOVÁ, K., ČIŽINSKÝ, P. 2010. Komerční zdravotní pojištění cizinců v ČR. Praha: Ekologický právní servis. [online]. Březen 2010 [cit. 2017-01-28]. Dostupné z: [http://aa.ecn.cz/img\\_upload/224c0704b7b7746e8a07df9a8b20c098/HnilicovaDobiasovaCizinsky\\_KomerčniZdravotniPojisteni.pdf](http://aa.ecn.cz/img_upload/224c0704b7b7746e8a07df9a8b20c098/HnilicovaDobiasovaCizinsky_KomerčniZdravotniPojisteni.pdf)
16. HNILICOVÁ, H., DOBIÁŠOVÁ, K., ČIŽINSKÝ, P. 2010. Komerční zdravotní pojištění cizinců v ČR. Multikulturní centrum Praha. [online]. [cit. 2017-04-20] Dostupné z: [http://aa.ecn.cz/img\\_upload/224c0704b7b7746e8a07df9a8b20c098/HnilicovaDobiasovaCizinsky\\_KomerčniZdravotniPojisteni.pdf](http://aa.ecn.cz/img_upload/224c0704b7b7746e8a07df9a8b20c098/HnilicovaDobiasovaCizinsky_KomerčniZdravotniPojisteni.pdf)
17. HRUBÁ, D., ŽALOUĐÍKOVÁ, I., 2010. WHY TO SMOKE? WHY NOT TO SMOKE? Major reasons for children's decisions on whether or not to smoke. [online]. Cent Eur J Public Health 2010; 18 (4): 202–208 [cit. 2016-20-12]. Dostupné z: <http://apps.szu.cz/svi/cejph/archiv/2010-4-05-full.pdf>
18. INTEGRATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION. 2017. Integrace imigrantů v České republice. [online]. [cit. 2017-04-23] Dostupné z: <http://www.iom.cz/aktivity/integrace-imigrantu-v-ceske-republice>
19. JANATOVÁ, H., ULIČNÁ, A., 2011. Projekt Determine – informace o projektu. Praha: Státní zdravotnický ústav. [online]. 31. 8. 2011 [cit. 2017-01-23]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/projekt-determine-1>
20. LEONTIYEVA, Y., POKORNÁ, A. 2014. Faktory bránící využití kvalifikace imigrantů na trhu práce v ČR. Výzkumná zpráva, 2014. [online]. [cit. 2017-04-14]. Dostupné z: <http://migraceonline.cz/images/publikace/kvalifikace-final.pdf>
21. LOEF, M., WALACH, H. 2012. The combined effects of healthy lifestyle behaviors on all cause mortality: a systematic review and meta-analysis. [online] [cit. 2017-01-23]. Dostupné z: [http://www.aimjournal.ir/pdf/files/79\\_Nov016-003.pdf](http://www.aimjournal.ir/pdf/files/79_Nov016-003.pdf)
22. MARFLEET, P., BLUSTEIN, D. L. 2011. 'Needed not wanted': An interdisciplinary examination of the work – related challenges faced by irregular migrants. [online] [cit. 2017-01-23] Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/251443881\\_%27Needed\\_not\\_wanted%27](https://www.researchgate.net/publication/251443881_%27Needed_not_wanted%27)

An interdisciplinary examination of the work-related challenges faced by irregular migrants

23. MARLIER, E., ATKINSON, A. B. 2010. Indicators of Poverty and Social Exclusion in a Global Context. *Journal of Policy Analysis and Management*. 29/2: 285-304. [online] [cit. 2017-01-23] Dostupné z: [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pam.20492/epdf?r3\\_referer=wol&tracking\\_action=preview\\_click&show\\_checkout=1&purchase\\_referrer=econpapers.repec.org&purchase\\_site\\_license=LICENSE\\_DENIED\\_NO\\_CUSTOMER](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pam.20492/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=econpapers.repec.org&purchase_site_license=LICENSE_DENIED_NO_CUSTOMER)
24. MASSEY, D. S. 1993. Theories of international migration: A review and appraisal. *Population and Development Review*. [online] [cit. 2017-01-23] Dostupné z: [http://media.library.ku.edu.tr/reserve/resfall12\\_13/intl551\\_AIcdygu/week2.PDF](http://media.library.ku.edu.tr/reserve/resfall12_13/intl551_AIcdygu/week2.PDF)
25. MCKANEBAACH, J. P., KUNST, A. E., CAVELAARS, A. E., GROENHOF, F., GEURTS, J. J. 1997. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe. *Lancet*. 349(9066): 1613-1659. [online] [cit. 2016-11-14]. Dostupné z: [https://pure.uva.nl/ws/files/3441498/3261\\_30170y.pdf](https://pure.uva.nl/ws/files/3441498/3261_30170y.pdf)
26. MEDITERRANEAN SITUATIONS. 2017. [online]. [cit. 2017-04-20] Dostupné z: <http://data2.unhcr.org/en/situations/mediterranean>
27. MIGRAČNÍ MANIFEST. 2015. Migrační manifest nevládních organizací pracujících s migranty v České republice 2015. [online]. [cit. 2017-04-23] Dostupné z: <http://migracnimanifest.cz/cz/index.html>
28. Ministerstvo vnitra České republiky. 2016. Terminologický slovník. [online] [cit. 2016-11-14]. Dostupné z: <http://www.mvcr.cz/clanek/terminologicky-slovník.aspx>
29. MLADENOVSKY, 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. 2017-04-20] Dostupné 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)
30. ROGER, V. L., GO, A. S., LLOYD-JONES, D. M., ADAMS, R. J., BERRY, J. D., BROWN, T. M., et al. 2011. Heart disease and stroke statistics – 2011 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*. [online] [cit. 2017-01-23] Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4418670/>
31. SOKAČOVÁ, L. 2014. Postavení a postoje dlouhodobě usazených migrantů a migrantek v České republice. [online]. [cit. 2017-04-23] Dostupné z:

- [http://aa.ecn.cz/img\\_upload/224c0704b7b7746e8a07df9a8b20c098/zprava\\_z\\_vyzkumu-1.pdf](http://aa.ecn.cz/img_upload/224c0704b7b7746e8a07df9a8b20c098/zprava_z_vyzkumu-1.pdf)
32. SURVIO, 2017. Kvantitativní výzkum1 – Úvod. [online] [cit. 2017-03-25]. Dostupné z: <http://www.survio.com/cs/blog/serialy/kvantitativni-vyzkum-1-uvod>
  33. SWIBURN, B., SACKS, G., HALL, K. D., MCPHERSON, K., FINEGOOD, D. T., MOODIE, M. L., GORDMAKER, S. L. 2011. The global obesity pandemic: Shaped by global drivers and local environments. Lancet. [online] [cit. 2017-01-23] Dostupné z: <http://www.mhsimulations.co.uk/documents/swinburnb.pdf>
  34. VACKOVÁ, J. 2013. Projekt ZSF JU: Sociální determinanty zdraví u vybraných cílových skupin. In: Sociální práce, sociálna práca. [online] [cit. 2017-01-23]. Dostupné z: <http://www.socialniprace.cz/index.php?sekce=6&podsekce=29&clanek=21>
  35. VELEMÍNSKÝ, M., TÓTHOVÁ, V. 2013. Health condition of immigrants in the Czech republic. [online]. [cit. 2017-05-05]. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/journal-of-nursing-social-studies-public-health-and-rehabilitation/administrace/clankyfile/20130701133110703303.pdf>
  36. Velký lékařský slovník. 2017. Metaanalýza. [online]. 2017 [cit. 2017-03-25]. Dostupné z: <http://lekarske.slovniky.cz/pojem/metaanaliza>
  37. VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV OMBUDSMAN. 2009. Nerovné postavení cizinců v ČR v přístupu k veřejnému zdravotnímu pojištění. [online]. [cit. 2017-04-23] Dostupné z: <http://www.ochrance.cz/aktualne/tiskove-zpravy-2009/nerovne-postaveni-cizincu-v-cr-v-pristupu-k-verejnemu-zdravotnimu-pojisteni/>
  38. VLÁDA ČESKÉ REPUBLIKY. 2013. Vláda projedná integraci cizinců. [online]. [cit. 2017-04-20] Dostupné z: <https://www.vlada.cz/cz/media-centrum/aktualne/vlada-projedna-integraci-cizincu-102549/>
  39. VOJTKOVÁ, Michaela. 2005. Teorie mezinárodní migrace. Sociologický webzin [online]. [cit. 2017-01-30]. Dostupné z: [http://www.socioweb.cz/upl/editorial/download/124\\_socioweb\\_5.pdf](http://www.socioweb.cz/upl/editorial/download/124_socioweb_5.pdf)
  40. WHO. 2006. BMI classification. [online]. 28. 1. 2017 [cit. 2017-01-28]. Dostupné z: [http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html](http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html)
  41. WHO. 2011. Rio Political Declaration on Social Determinants of Health. Rio de Janeiro: WHO. [online]. [cit. 2017-01-01]. Dostupné z: [http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio\\_political\\_declaration.pdf](http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration.pdf)

### **Zdroje z databázi:**

1. AYUDA, M.-I., PUCHE-GIL, J. 2014. Determinants of height and biological inequality in Mediterranean Spain, 1859–1967. *Economics & Human Biology*. DOI: 10.1016/j.ehb.2014.07.003. ISSN 1570677x.
2. BARMARK, M. 2014. Social determinants of the sick building syndrome: exploring the interrelated effects of social position and psychosocial situation. *International Journal of Environmental Health Research*. DOI: 10.1080/09603123.2014.979776. ISSN 0960-3123.
3. BENACH, J., JULIÁ, M., TARAFÁ, G., MIR, J., MOLINERO, E., VIVES, A. 2015. Multidimensional measurement of precarious employment: Social distribution and its association with health in Catalonia (Spain). ISSN 02139111.
4. BOVER, A., TALTAVULL, J. M., GASTALDO, D., LUENGO, R., IZQUIERDO, M. D., JUANDO-PRATS, C., SÁENZ DE ORMIJANA, A., ROBLEDO, J. 2015. Calidad de vida de trabajadoras inmigrantes latinoamericanas como cuidadoras en España. *Gaceta Sanitaria*. DOI: 10.1016/j.gaceta.2014.09.009. ISSN 02139111.
5. CAYUELA, A., MALMUSI, D., LÓPEZ-JACOB, M. J., GOTSENS, M., RONDA, E. 2015. The Impact of Education and Socioeconomic and Occupational Conditions on Self-Perceived and Mental Health Inequalities Among Immigrants and Native Workers in Spain. *Journal of Immigrant and Minority Health*. DOI: 10.1007/s10903-015-0219-8. ISSN 1557-1912.
6. CAYUELA, A., MALMUSI, D., LÓPEZ-JACOB, M. J., GOTSENS, M., RONDA, E.. 2015. The Impact of Education and Socioeconomic and Occupational Conditions on Self-Perceived and Mental Health Inequalities Among Immigrants and Native Workers in Spain. *Journal of Immigrant and Minority Health*. DOI: 10.1007/s10903-015-0219-8. ISSN 1557-1912.
7. DOMNICH, A., AMICIZIA, D., PANATTO, D., SIGNORI, A., PERELLI, V., ADAMOLI, S., RIBOLI, E. B., GASPARINI, R. 2013. Use of different subjective health indicators to assess health inequalities in an urban immigrant population in north-western Italy: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. DOI: 10.1186/1471-2458-13-1006. ISSN 1471-2458.
8. DUNLAVY, A, ROSTILA, M. 2013. Health Inequalities among Workers with a Foreign Background in Sweden: Do Working Conditions Matter? *International Journal of Environmental Research and Public Health*. DOI: 10.3390/ijerph10072871. ISSN 1660-4601.

9. DUNLAVY, A.C., GARCY, A. M., ROSTILA, M. 2016. Educational mismatch and health status among foreign-born workers in Sweden. *Social Science & Medicine*. DOI: 10.1016/j.socscimed.2016.02.018. ISSN 02779536.
10. DZÚROVÁ, D., DRBOHLAV, D. 2014. Gender Inequalities in the Health of Immigrants and Workplace Discrimination in Czechia. *BioMed Research International*. DOI: 10.1155/2014/480425. ISSN 2314-6133.
11. FONT-RIBERA, L., GARCÍA-CONTINENTE, X., DAVÓ-BLANES, M. C., et al. 2014. The study of social inequalities in child and adolescent health in Spain. *Gaceta Sanitaria*. DOI: 10.1016/j.gaceta.2013.12.009. ISSN 02139111.
12. GEA-SÁNCHEZ, M., GASTALDO, D., MOLINA-LUQUE, F., OTERO-GARCÍA, L. 2017. Access and utilisation of social and health services as a social determinant of health: the case of undocumented Latin American immigrant women working in Lleida (Catalonia, Spain). *Health & Social Care in the Community*. DOI: 10.1111/hsc.12322. ISSN 09660410.
13. GIL-GONZÁLEZ, D., VIVES-CASES, C., BORRELL, C., AGUDELO-SUÁREZ, A. A., ÁLVAREZ-DARDET, C.. 2013. Social determinants of self-perceived discrimination in Spain. *Public Health*. DOI: 10.1016/j.puhe.2012.11.009. ISSN 00333506.
14. GIL-GONZÁLEZ, D., VIVES-CASES, C., BORRELL, C., AGUDELO-SUÁREZ, A. A., DAVÓ-BLANES, M. C., MIRALLES, J., ÁLVAREZ-DARDET, C. 2014. Racism, Other Discriminations and Effects on Health. *Journal of Immigrant and Minority Health*. DOI: 10.1007/s10903-012-9743-y. ISSN 1557-1912.
15. KAJANOVÁ, A., VACKOVÁ, J. 2015. Selected parameters of social exclusion among immigrants in the Czech Republic. [online]. [cit. 2017-04-14]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26748526>
16. KARIMI, N., BEIKI, O., MOHAMMADI, R. 2015. Risk of fatal unintentional injuries in children by migration status: a nationwide cohort study with 46 years' follow-up. *Injury Prevention*. DOI: 10.1136/injuryprev-2013-040883. ISSN 1353-8047.
17. LORANT, V., SOTO ROJAS, V., BÉCARES, L., et al. 2016. A social network analysis of substance use among immigrant adolescents in six European cities. *Social Science & Medicine*. DOI: 10.1016/j.socscimed.2016.09.031. ISSN 02779536.



18. MALMUSI, D., ORTIZ-BARREDA, G. 2014. Desigualdades sociales en salud en poblaciones inmigradas en España: revisión de la literatura. *Revista Española de Salud Pública*. DOI: 10.4321/S1135-57272014000600003. ISSN 1135-5727.
19. MOUSAID, S., DE MOORTELE, D., MALMUSI, D., VANROELEN, CH. 2014. New perspectives on occupational health and safety in immigrant populations: studying the intersection between immigrant background and gender. [online]. [cit. 2017-04-14]. Dostupné z: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84957885618&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=New+perspectives+on+occupational+health+and+safety+in+immigrant+populations%3a+studying+the+intersection+between+immigrant+background+and+gender&st2=&sid=CE025E44B84C2B85BC1D936DD749F216.wsnAw8kcdt7IPYLO0V48gA%3a10&sot=b&sdt=b&sl=157&s=TITLE-ABS-KEY%28New+perspectives+on+occupational+health+and+safety+in+immigrant+populations%3a+studying+the+intersection+between+immigrant+background+and+gender%29&relpos=0&citeCnt=1&searchTerm=>
20. MOUSAID, S., DE MOORTELE, D., MALMUSI, D., VANROELEN, CH. 2015. New perspectives on occupational health and safety in immigrant populations: studying the intersection between immigrant background and gender. *Ethnicity & Health*. DOI: 10.1080/13557858.2015.1061103. ISSN 1355-7858.
21. MOUSSA, K. C., SANZ-VALERO, J., WADEN-BERGHE, C. 2014. The social determinants of health of the child-adolescent immigration and its influence on the nutritional status: Systematic review. DOI: 10.3305/nh.2014.30.5.7732. ISSN 02121611.
22. OLIŠAROVÁ, V., TÓTHOVÁ, V., BRABCOVÁ, I. 2014. Determinants of immigrant's mental health. *Kontakt*. DOI: 10.1016/j.kontakt.2014.01.003. ISSN 12124117.
23. OSEI-KWASI, H. A., NICOLAOU, M., POWELL, K., TERRAGNI, L., MAES, L., STRONKS, K., LIEN, N., HOLDSWORTH, M. 2016. Systematic mapping review of the factors influencing dietary behaviour in ethnic minority groups living in Europe: a DEDIPAC study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. DOI: 10.1186/s12966-016-0412-8. ISSN 1479-5868.
24. RODRÍGUEZ ÁLVAREZ, E., GONZÁLEZ-RÁBAGO, Y., BACIGALUPE, A., MARTÍN, U., LANBORENA ELORDUI, N. 2014. Inmigración y salud:

- desigualdades entre la población autóctona e inmigrante en el País Vasco. *Gaceta Sanitaria*. DOI: 10.1016/j.gaceta.2014.01.010. ISSN 02139111.
25. ROLANTOVÁ, L., VACKOVÁ, J. Immigrants from Mongolia – their health and experience with healthcare in the Czech Republic. *Kontakt*. DOI: 10.1016/j.kontakt.2015.10.004. ISSN 12124117.
  26. RONDA-PÉREZ, E., AGUDELO-SUÁREZ A. A., LÓPEZ-JACOB M. J., GARCÍA, A. M., BENAVIDES F. G. 2014. Condiciones de trabajo y salud de los trabajadores inmigrantes en España: revisión bibliográfica. *Revista Española de Salud Pública*. DOI: 10.4321/S1135-57272014000600004. ISSN 1135-5727.
  27. SANCHÓN-MACIAS, M. V., BOVER-BOVER, A., PRIETO-SALCEDA, D., PAZ-ZULUETA, M., TORRES, B. a GASTALDO, D. 2016. Determinants of Subjective Social Status and Health Among Latin American Women Immigrants in Spain: A Qualitative Approach. *Journal of Immigrant and Minority Health*. DOI: 10.1007/s10903-015-0197-x. ISSN 1557-1912.
  28. TROHEL, G., BERTAUD-GOUNOT, V., SOLER, M., CHAUVIN, P., GRIMAUD, O. 2016. Socio-Economic determinants of the need for dental care in adults. DOI: 10.1371/journal.pone.0158842. ISSN 19326203.
  29. URBAN, D. 2015. Alcohol use, smoking and gambling in relation to immigrants of Ukrainian nationality in the Czech Republic. *Kontakt*. DOI: 10.1016/j.kontakt.2015.09.001. ISSN 12124117.
  30. VACKOVÁ, J., BRABCOVÁ, I. 2015. Socioeconomic status and health of immigrants. ISSN 0172780X.
  31. VACKOVÁ, J., VELEMÍNSKÝ, M., BRABCOVÁ, I., ZÁLESKÁ, V. 2014. Subjective social status in select Ukrainians, Vietnamese, and Mongolians living in the Czech Republic. [online]. [cit. 2017-04-14]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Subjective+social+status+in+select+Ukrainians%2C+Vietnamese%2C+and+Mongolians+living+in+the+Czech+Republic>
  32. VAN DER VEEN, Y. J. J., VAN EMPELEN, P., LOOMAN, C. W. N., RICHARDUS, J. H. 2014. Social-Cognitive and Socio-Cultural Predictors of Hepatitis B Virus-Screening in Turkish Migrants, the Netherlands. *Journal of Immigrant and Minority Health*. DOI: 10.1007/s10903-013-9872-y. ISSN 1557-1912.

33. VÁZQUEZ, M. L., VARGAS, I., ALLER, M.-B. 2014. Reflexiones sobre el impacto de la crisis en la salud y la atención sanitaria de la población inmigrante. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*. DOI: 10.1016/j.gaceta.2014.02.012. ISSN 02139111.
34. VÁZQUEZ, M. L., VARGAS, I., ALLER, M.-B. 2014. The impact of the economic crisis on the health and healthcare of the immigrant population. SESPAS report 2014. ISSN 02139111.
35. WAISEL, D. B. 2013. Vulnerable populations in healthcare. *Current Opinion in Anaesthesiology*. DOI: 10.1097/ACO.0b013e32835e8c17. ISSN 0952-7907.
36. WESTMAAS, A. H., KOK, G., VRIENS, P., GÖTZ, H., RICHARDUS, J. H., VOETEN, H. 2012. Determinants of intention to get tested for STI/HIV among the Surinamese and Antilleans in the Netherlands: results of an online survey. *BMC Public Health*. DOI: 10.1186/1471-2458-12-961. ISSN 1471-2458.

**Přehled zákonů:**

1. ZÁKON č. 379/2007 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky, v platném znění. Sbíрка zákonů České republiky, částka 116. ISSN 1211-1244.
2. ZÁKON č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění. [online]. [cit. 2017-04-20] Dostupné z: <http://zakony.kurzy.cz/48-1997-zakon-o-verejnem-zdravotnim-pojistenim/>