

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta filozofická

Diplomová práce

**Migrace a zdraví: situace českých migrantů ve
Velké Británii**

Bc. Michaela Kuntová

Plzeň 2016

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta filozofická

Katedra sociologie

Studijní program Sociologie

Studijní obor Sociologie

Diplomová práce

**Migrace a zdraví: situace českých migrantů ve
Velké Británii**

Bc. Michaela Kuntová

Vedoucí práce:

Mgr. Alena Pařízková, Ph.D.

Katedra sociologie

Fakulta filozofická Západočeské univerzity v Plzni

Plzeň 2016

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem práci zpracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

Plzeň, duben 2016

.....

Poděkování

Na tomto místě věnuji poděkování své vedoucí práce Mgr. Aleně Pařízkové, Ph.D. za poskytnutí cenných rad, věcných připomínek, všechen čas a ochotu při vedení této diplomové práce a to zejména při realizaci dotazníkového šetření.

Mé poděkování patří také Mgr. Martině Štípkové, Ph.D. za poskytnuté rady ohledně analýzy kvantitativních dat.

V neposlední řadě bych ráda poděkovala všem respondentům a konverzačním partnerům, kteří se výzkumu zúčastnili.

Velké díky patří samozřejmě také celé mojí rodině za veškerou podporu poskytnutou během studia.

OBSAH

1	ÚVOD	1
2	TEORETICKÉ UKOTVENÍ TÉMATU MIGRACE A ZDRAVÍ.....	4
2.1	Vymezení konceptu migrace a migračního prostoru	4
2.2	Zdraví a péče o zdraví	6
2.3	Migrace a zdraví.....	8
2.4	Determinující faktory zdraví migrantů	10
2.5	Determinující faktory jednání migrantů ohledně jejich zdraví	13
2.5.1	Koncept transnacionalismu – důležitost sítí a prostoru.....	13
2.5.2	Využívání zdravotní péče.....	16
2.6	Velká Británie jako cílová země.....	19
3	METODOLOGIE.....	21
3.1	Cíl výzkumu, výzkumné otázky a hypotézy.....	21
3.2	Design výzkumu	22
3.2.1	Výzkumné metody: dotazníkové šetření a polostrukturované rozhovory	23
3.3	Struktura praktické části práce	25
3.4	Sběr a analýza kvalitativních dat.....	25
3.5	Sběr a analýza kvantitativních dat	28
3.5.1	Popis proměnných v kvantitativní analýze	32
3.5.2	Popis proměnných v regresních modelech.....	35
3.6	Omezení a etické aspekty výzkumu	37
4	ZJIŠTĚNÉ VÝSLEDKY A JEJICH INTERPRETACE.....	39
4.1	Zdravotní stav respondentů a konverzačních partnerů neboli českých migrantů	40
4.1.1	Shrnutí zdravotního stavu	43
4.2	Péče o zdraví.....	43
4.2.1	Konzumace alkoholu a cigaret.....	44
4.2.2	Zdravý jídelníček a fyzická aktivita.....	47
4.2.3	Preventivní lékařské prohlídky	50
4.2.3.1	Preventivní prohlídky v premigrační fázi	53

4.3	Formální zdravotní péče	54
4.3.1	Formální zdravotní péče využívaná v ČR	55
4.4	Neformální zdravotní péče.....	57
4.5	Determinující faktory využívání formální zdravotní péče.....	62
4.5.1	Vliv indikátorů socioekonomického statusu.....	63
4.5.2	Vliv stupně akulturace.....	65
4.5.3	Vliv využívání lékařské péče v zemi původu.....	70
4.5.4	Vliv spokojenosti a důvěry	71
4.5.5	Vliv sítě českých kontaktů.....	73
5	ZÁVĚR	75
6	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ	79
7	RESUMÉ	88
8	PŘÍLOHY.....	89

1 ÚVOD

Ke spojení témat migrace a zdraví začalo docházet na konci 19. století v souvislosti s obavami o veřejné zdraví, kdy migranti představovali potenciální zdroj nemocí. V současné době žije více než 214 milionů lidí mimo zemi svého původu a tato mezinárodní migrace má stále dopad jak na zdraví populace v hostitelské zemi, tak na zdraví samotných migrujících (Evans 1987: 5). Fenomén migrace a zdraví se týká rovněž České republiky, nejen jako cílové země, ale také jejích obyvatel, kteří se rozhodli žít v jiné zemi.

V českém vědeckém kontextu není příliš mnoho studií, které by se obecně v rámci tématu migrace, natož v tématu migrace a zdraví, zabývaly českými migranty v zahraničí. Což dokládá fakt, že k zjištění počtu krajanů ve Velké Británii (zkr. VB), jsem musela použít data ze sčítání lidu realizovaného v roce 2011 ve Spojeném království. Neboť české ministerstvo zahraničních věcí má k dispozici pouze přibližné údaje a výzkumy se omezují pouze na pracovní migranty (např. Vavrečková, Musil, a Baštýř 2007).

Také z důvodu neprobádané oblasti jsem stanovila cíl diplomové práce jako *prvotní zmapování situace týkající se: zdraví českých migrantů ve Velké Británii, jejich péče o zdraví, formální a neformální zdravotní péče a faktorů majících vliv na využívání formální zdravotní péče.*

Součástí výzkumného cíle je popis zdravotního stavu Čechů a jak si v tomto ohledu stojí v porovnání s českými a britskými občany. Výsledky z mnoha výzkumů hovoří o špatném zdravotním stavu cizinců oproti majoritní společnosti. Na druhou stranu nelze také opomenout efekt „zdravého migranta“.

První kladená výzkumná otázka, která navazuje na předchozí, popis zdravotního stavu je, jak Češi o své zdraví pečují. Zaměřuji se na

riziková jednání ovlivňující zdraví a absolvování preventivních lékařských prohlídek.

Pomocí druhé otázky zjišťuji, jaké je jednání českých migrantů v případě nemoci či zdravotního problému. Zajímá mě, zda se spoléhají na samoléčbu, či využijí lékařských služeb britské Národní zdravotní služby (NHS). Pro migranty totiž existují bariéry ve využívání formální zdravotní péče.

Proto je poslední výzkumná otázka zaměřena na konkrétní faktory, které determinují migrantovo jednání. Příjem, vzdělání, délka pobytu, úroveň anglického jazyka, sociální kontakty s majoritní společností, preventivní prohlídky v ČR, spokojenost a důvěra v britský zdravotní systém a síť českých kontaktů jsou vybrané faktory, u nichž předpokládám vliv na jednání. Vycházím z modelů využívání zdravotní péče od Ronalda M. Andersona a Johna F. Newmana (1973) a Freda Arnolda (1979). Pozornost je také zaměřena na jednání spojené se zdravím a zdravotní péčí v transnacionálním prostoru.

Teoretická východiska pro formulování výzkumného cíle a otázek obsahuje druhá kapitola, převážně část 2.5 – Determinující faktory jednání migrantů ohledně jejich zdraví. Kapitola 2 zároveň obsahuje obecné téma migrace a zdraví, které je představeno skrze tři analytické úrovně migrace: mikro, meso a makro (T. Faist). Přičemž předmět zájmu této práce se pohybuje na úrovni mikro-meso.

Položené výzkumné otázky budou zodpovězeny na základě výsledků z vlastního dotazníkového šetření a kvalitativních polostrukturovaných rozhovorů. Z hlediska typologie představené J. Creswellem a V. Planem Clarkem se jedná o výzkum, založený na metodách smíšeného designu. Konkrétním typem je pak konvergentní paralelní design, neboť kvantitativní a kvalitativní sběr dat je realizován ve stejném období. K analýze kvantitativních dat využiji kontingenční

tabulky, grafy a logistickou regresi (kapitola 3 – metodologická část).
Výsledky budou interpretovány souběžně v rámci jedné kapitoly (4 –
zjištěné výsledky a jejich interpretace).

2 TEORETICKÉ UKOTVENÍ TÉMATU MIGRACE A ZDRAVÍ

Začátek této kapitoly obsahuje vymezení konceptu migrace a představení evropského migračního prostoru, do kterého je situován výzkum diplomové práce. Čímž je pozornost věnována první složce sledované problematiky. Tou druhou je zdraví, které je představeno z hlediska jeho definice a pojetí v sociálních vědách. Další část kapitoly je věnována propojení témat migrace a zdraví. Hlavním cílem je ale představení faktorů, které ovlivňují zdraví migrantů a jejich přístup ke zdravotní péči. Druhou kapitolu uzavírá popis zdravotního systému cílové země, tedy Velké Británie.

2.1 Vymezení konceptu migrace a migračního prostoru

Nejjednodušší slovníková definice hovoří o migraci jako o slovu, které pochází z latinského *migratio* a znamená *přestěhování* (Maříková, Petrušek, a Vodáková 1996: 627). O několik slov rozsáhlejší definici používá Everett S. Lee (1969: 40) a o migraci hovoří jako o „permanentní nebo semipermanentní změně bydliště“. Migrace je pojmenovávána také jako prostorová mobilita, jedná se o proces, patřící k lidstvu již od jeho počátku a obecně se s ním pojí definice, která říká, že se jedná o „(...) pohyb osob, skupin nebo větších celků obyvatel v geografickém a sociálním prostoru (...)“ (Jandourek 2003: 197; Lee 1969: 49). Migrace může být pojímána jako vnitrostátní nebo mezinárodní. Má pozornost je dále zaměřena na druhý typ.

V pohledu na dnešní svět dominuje jeho geopolitické rozdělení (Glassner a Fahrer 2003). Z tohoto důvodu je mezinárodní migrace především spojována s překračováním státních hranic, čímž je lidská migrace považována za vybočení ze standardního (normálního) stavu, protože lidé se dlouhodobě či krátkodobě nacházejí v jiném státě, než v jakém se narodili (Janků 2006: 14). Ačkoliv mnoho autorů dokonce hovoří

o přirozeném procesu, který je pro lidstvo charakteristický po celou dobu jeho existence (Castles a Miller 2003: 2; Jandourek 2003: 197; Massey et al. 1998: 1).

Lidské jednání, v tomto případě přesun z jednoho státu do druhého, je předem řízené právní normou. Pohyb lidí v rámci mezinárodní migrace je v kompetenci migračních politik (Baršová a Barša 2005: 9). K pohybu mezi jednotlivými státy světa je zapotřebí cestovních dokladů (pasů nebo občanských průkazů v rámci EU) a mnohdy také víz, která povolují vstup, případně opuštění daného území státu. Pokud jedinec do cílové země vstoupí bez výše zmíněných potřebných náležitostí, hovoří se o něm jako o neregulárním migrantovi (Vollmer 2011:2). Způsobem, jakým jsou nastavené migrační politiky jednotlivých států, tak dostávají migrující jedinci příslušné statusy, které ovlivňují jejich působení v nové zemi, případně jejich návrat do země původu. Například pro ilegálního přistěhovalce bude těžší získat přístup k oficiální zdravotní péči (Romero-Ortuño 2004).

Doba, ve které odchod z České republiky zejména z politických důvodů znamenal emigraci, je historií. A od 1. května 2004 má český občan možnost pracovat a pohybovat se ve většině států Evropské unie bez větších omezení. Výzkumný kontext této diplomové práce, je tedy zasazen do migračního prostoru, jehož podoba je z velké části udávána Evropskou unií (zkr. EU). Součástí tohoto prostoru je také Velká Británie, jakožto z českého pohledu cílová země. Čeští (migrující) občané jsou v současné době charakterizováni jako dobrovolní migranti, kterých se týká zejména sezónní a ekonomická migrace (Messina a Lahav 2006: 10). Možnost získání lepší práce či kariérního umístění a s tím související vyšší platové ohodnocení přitahují (nejen) české migranty do Velké Británie. Donald J. Bogue (1969: 754) pojímá tyto faktory jako tzv. pull, protože ty jsou jedním z důvodů, proč lidé migrují. Nemusí se jednat

pouze o ekonomickou příčinu migrace, např. svoji roli taktéž hraje touha změnit životní styl (Castles a Miller 2003: 4) a mnoho dalších důvodů.

Jak je z předchozích odstavců patrné v tématu migrace figuruje mnoho subjektů, které se mohou stát výzkumným cílem. Může se jednat o zaměření na migrační politiky nebo na samotné jedince. A navíc poznání v této oblasti nelze dosáhnout jen v rámci jedné vědní disciplíny (Massey et al. 1993: 4). Výzkumný subjekt lze vymezit na třech analytických úrovních migrace: makro, mikro a meso, které jsou v migrační realitě mnohdy provázané (Faist 2000).

2.2 Zdraví a péče o zdraví

Než se budu zabývat přímo tématem migrace a zdraví věnuji následující odstavce vymezení zdraví a náležitostem s ním spojenými. Začnu definicí zdraví, která je stará více než půl století a pochází od *Světové zdravotnické organizace* (angl. zkratka WHO). Vyplývá z ní, že zdraví je „(...) stav kompletní fyzické, psychické a sociální pohody, nejen nepřítomnost nemoci“. Tato definice, kterou na první stránce obsahuje ústava WHO (Preamble to the Constitution of the WHO 1968), je ovšem problematická a to zejména ve slově „kompletní“. Důsledkem tohoto slova je vysoká nepravděpodobnost, že by mohl být někdo zdraví (Üstün a Jakob 2005). A především zdraví není již definitivní stav, tedy něco, v čem lze nalézt „změřitelný konec“ (Bártlová 2005: 22). Proto je zdraví nutné vnímat jako stav dynamický, který je neoddělitelně spojen s věkem, kulturou, sociálním prostředím a osobnostními charakteristikami (Bircher 2005: 336). Johannes Bircher svou definicí řadí na první pohled „biologické“ zdraví také do sféry společnosti, čímž dokládá, že není výzkumným předmětem pouze pro medicínu. V podrobnější definici Bircher zdraví pojímá jako potenciál, který jedinci mají k dispozici, a je tedy složen ze dvou částí: biologické a sociální. První částí je ničím nezastupitelný genetický potenciál, kde svoji roli hrají biologické

predispozice. Pro sociologii je jistě zajímavější druhý, osobní potenciál, který se vyvíjí v průběhu života a zahrnuje imunologické kompetence, fyzické schopnosti, vzdělání a další dovednosti, mentální a duševní rozvoj a sociální kapitál (Bircher 2005: 337).

Osobní potenciál či individuální identita odkazuje k důležité aktivní úloze každého jedince ve vztahu k jeho zdraví, zejména v oblasti prevence a ochrany (Bártlová 2005: 23). Zdravotní systém každé země je oblastí, kam je odpovědnost za zdraví částečně přenesena a to způsobem, který souvisí s případným povinným zdravotním pojištěním, očkováním, registrováním novorozeňat u pediatra atd. Za zdravotní stav samozřejmě není odpovědný pouze zdravotní systém. V případě nemoci může jedinec sám rozhodovat o léčbě, která může mít podobu návštěvy příslušného lékařského zařízení, nebo tzv. „samoléčby“, „samomedikace“ či „laického léčení“ souhrnně označované jako neformální zdravotní péče. Tuto praxi, jež předchází péči profesionální (formální), lze vyzorovat zejména při nástupu nemoci. Probíhá za pomoci poznatků vycházejících z předešlých zkušeností, ať již od samotného dotyčného, od jeho rodiny, přátel nebo pomocí informací získaných z populárně naučné zdravotnické literatury, dnešním zdrojem informací je bezpochyby také internet. Často lidé spoléhají na „ověřené rady a tipy“ jak překonat určitou nemoc.

Samoléčba není ničím zvláštním, neexistuje totiž standardní postup v době nemoci a odhadem tvoří 60–90 % veškeré vykonané zdravotní péče (Bártlová: 44–45). Samoléčba může mít buď podobu užívání volně prodejných léků, která ale pořád spadá pod praktiky konvenční medicíny. Nebo podobu tzv. alternativní a komplementární medicíny využívající zejména přírodní zdroje jakými jsou bylinky, vitamíny, minerální látky, probatika nebo homeopatia. Hranice mezi těmito praktikami není jasně definována, avšak v praxi dochází většinou k využívání obojího (Zollman a Vickers 1999).

Výše jsem psala o důležitosti osobního potenciálu na zdraví a chování ohledně zdraví každého jedince. Jak pečovat o své zdraví, kdy využít samoléčbu a naopak v jakých zdravotních případech vyhledat lékařskou pomoc, to vše je naučené jednání, které si každý osvojuje během svého života. Je to zejména rodina, jež v tomto směru jedince socializuje. Rodiče jsou ti, kteří rozhodují o tom, jaké potraviny dítě bude jíst, zda bude aktivně trávit volný čas, za jakých zdravotních okolností navštíví svého lékaře a rozhodují také o tom, jaký lék na daný zdravotní problém dítě užije (Lau, Quadrel, a Hartman 1990: 242). Tyto modely zdravého chování a péče posléze jedinec reprodukuje i ve svém pozdějším životě. Problematika tématu zdraví je v této práci spojena s tématem migrace viz následující kapitola.

2.3 Migrace a zdraví

Pozornost výzkumníků je v současnosti zaměřena zejména na formy migrace a její následky, etnické konflikty, diskriminaci, rasismus, integraci, integraci na trhu práce, adaptační strategie, rasové a genderové rozdíly, transnacionalismus či na kombinace vyjmenovaných fenoménů. Dalším předmětem zájmu je téma migrace a zdraví, které lze sledovat na třech analytických úrovních migrace, zmíněné na konci druhé kapitoly. Do první **makro** úrovně jsou zasazovány obavy o veřejné zdraví, které začaly již na konci 19. století, kdy bylo zdraví přistěhovalců jedním z nejpalčivějších problémů veřejného zdraví ve Spojených státech. Jednalo se především o reakci na strach z nemocí, jakými jsou žlutá zimnice, cholera a tuberkulóza. V reakci na tyto nemoci byla založena výzkumná laboratoř, která je dnes známá jako *National Institutes of Health*. O sto let později přišel další strach a to z AIDS, který téma migrace zavedl k otázkám veřejného zdraví. Migrace je tedy vnímána jako riziko, které s sebou přináší nemoci a tím ohrožení veřejného zdraví, ale také strach ze zvýšené kriminality. Jedná se o původní problém, kterému musí

hostující země čelit a jako častým důsledkem je poté vytváření regulačních opatření migrace samotné (Evans 1987: 5–6).

Tato opatření jsou důsledkem politických diskusí pramenících z obav o veřejné zdraví. Tyto obavy stále přetrvávají. Vládní představitelé pro své argumenty využívají zjištění z regionálních a mezinárodních projektů, zabývajících se vztahem migrace a zdraví. Ty jsou nejčastěji zaměřené na počet migrujících, z jaké země přicházejí a sní spojené charakteristické nemoci, jaké jsou důsledky pro zdravotní systém hostitelské země atd. (MacPherson, Gushulak, a MacDonald 2007). Ovšem někteří autoři poukazují na reálnou situaci, ve které je propast mezi praxí a politikou. Tzn. mezi těmi, kteří poskytují zdravotní služby pro migranty a těmi, co zasahují do utváření migrační politiky. Většina těchto politik opomíjí fakt, že migrace je vícefázový proces, který je složen z fáze před odjezdem, cestovní a cílové fáze¹ (Zimmerman, Kiss, a Hossain 2011).

Dalším častým tématem na makro úrovni je problematika nerovného přístupu ke zdravotní péči, jakožto příčina horšího zdravotního stavu u cizinců v porovnání s majoritní společností. Za tímto faktem stojí migrační politiky či zdravotní systémy jednotlivých zemí, které z legislativního hlediska definují, za jakých podmínek a komu bude poskytnuta zdravotní péče (např. Jelínková 2007). Zlepšení zdravotního stavu migrantů je častým cílem zdravotních politik jednotlivých států, kde jedním z rozhodujících kritérií je právě minimalizování formálních překážek v přístupu ke zdravotní péči (Brzoska et al. 2015).

Na *mikro* a *meso* úrovni je častým výzkumným záměrem v rámci tématu migrace a zdraví postihnout faktorů, které souvisejí se zdravím jednotlivce a přístupem ke zdravotní péči. Takže například na mikro

¹ Problematika vícefázové migrace je řešena jako jeden z faktorů mající vliv na zdraví, viz kapitola „Determinující faktory zdraví migrantů.“

úrovni se jedná o příjem migrujícího, jeho vzdělání nebo genetické predispozice, migrační status, stupeň akulturace atd. A začlenění mezi sociální sítě, podpora ze strany těchto sítí, charakteristika místa nového bydliště, kvalita nabízených zdravotních služeb atd. je sledováno na meso úrovni (Agnew 2009: 104–105). Mé pojetí výzkumu se pohybuje právě na těchto dvou úrovních. Jejich propojení s tématem migrace a zdraví je obsahem následujících kapitol, které jsou věnovány determinujícím faktorům zdraví migrantů a faktorům, jež ovlivňují přístup ke zdravotní péči.

2.4 Determinující faktory zdraví migrantů

Účelem této a nadcházející kapitoly je diskutování doposud identifikovaných faktorů mající vliv na zdravotní stav migranta a také faktorů, které mají vliv na využívání či neužívání formální zdravotní péče. Mnohdy mají totožné faktory vliv na oba předměty zájmu. Například socioekonomický status má vliv jak na mentální či fyzické zdraví migranta, tak zároveň ovlivňuje jeho přístup k formální zdravotní péči. Jedno s druhým nepochybně souvisí. Proto zde bude věnován prostor oběma způsobům jak determinanty pojmut, i když primárním výzkumným cílem je zjištění faktorů, které determinují využívání formální lékařské péče ve Velké Británii.

Faktory působící na zdraví migrantů, na které je ve výzkumech často kladena pozornost, nejsou pouze předmětem studií zaměřených přímo na téma migrace. Často se objevují také výzkumy pocházející z medicínského prostředí, které se zabývají zdravím migrantů v rámci jednotlivých podoborů (epidemiologie, kardiologie, stomatologie, gynekologie atd.). Se zdravím je v některých studiích pracováno jako s objektivním (pomocí klinických testů) a někde jako se subjektivně hodnoceným.

Nejčastěji je ve výzkumech dáván do souvislosti se zdravím migranta jeho socioekonomický status, etnicita, genetické predispozice a stupeň akulturace (Olišarová, Tóthová, a Brabcová 2014). Vzdělání, zaměstnání a příjem jsou klasické ukazatele *socioekonomického statusu*, který je dáván do souvislosti s nerovnostmi ve zdraví u přistěhovalců. Většina neregulérních migrantů pracuje na tzv. sekundárním trhu práce, který se mimo jiné vyznačuje nízkými mzdami (Jelínková 2007). A i když jedinci pobývají v dané zemi legálně, jsou hojně zaměstnání² ve stavebnictví, úklidu, v obchodních řetězcích, kde jsou vystaveni nepříznivému pracovnímu prostředí s větším rizikem chemického, ergonomického, fyzického a psychického nebezpečí (Eduardo Siqueira a Jansen 2012). Se socioekonomickým statutem bývá souběžně řešen také etnický původ. Vzájemné působení těchto faktorů je ve výzkumech potvrzováno jako příčina nerovnosti ve zdraví (Sundquist 1995).

Dalším faktorem ovlivňující zdraví je *kultura a stupeň akulturace*. Vztah akulturace a zdravotního stavu bývá často zprostředkován dalšími faktory, např. věkem, pohlavím, původním kulturním prostředím nebo také genetikou. Akulturace je definovatelná jako „(...) proces změny kulturní funkce, ke které dochází v důsledku neustálého kontaktu mezi dvěma nebo více skupinami“. Nejběžnějšími ukazateli jsou jazykové schopnosti, délka pobytu, imigrační status, etnická příslušnost současných a bývalých přátel, behaviorální preference v hudbě, oblékání, výběru pořadu v televizi atd. (Chakraborty a Chakraborty 2010: 1180–1183). Jednou z oblastí, kde se změna projevuje je životní styl. Migranti v nové zemi často přijímají nezdravé stravovací návyky, které mohou být spojené se zvýšenou konzumací alkoholu a tabákových výrobků. Jejich

² Největší počet svých krajanů v ČR mají Slovensko, Ukrajina a Polsko, tito pracovníci vykazují vyšší procentuální zastoupení v klasifikaci zaměstnání v sektorech: řemeslníci a kvalifikovaní výrobci, zpracovatelé, opraváři; obsluha strojů a zařízení; pomocní a nekvalifikovaní pracovníci (Pavel a Turková 2007; Pořízková 2008). V případě Velké Británie nejvyšší podíl cizinců pracuje v potravinářském průmyslu, jako pracovníci v domácnosti a oděvním průmyslu (Rienzo 2016).

zdraví se tak s přibývajícím dobou strávenou mimo svou rodnou vlast, mění k horšímu (Hawkins et al. 2008; Vega et al. 1987). Jednou z možností jak odvrátit negativní dopady akulturace je, přítomnost sociální podpory v rámci kulturní komunity, ke které jedinec náleží. Migranti si v tomto případě častěji ponechávají své stravovací návyky a způsob života (Harley a Eskenazi 2006). V neposlední řadě je samozřejmě zohledňován jedincův *migrační status*. Například nelegálním přistěhovalcům je často odepřen přístup k veřejnému zdravotnictví, nebo jakýkoliv typ formální péče odmítají ze strachu, že budou ze země deportováni (Arnold 1979; Davies, Basten, a Frattini 2009).

Svůj vliv má také *migrace samotná*, nejedná se pouze o cestu z jednoho bodu do druhého. Migranti, zejména uprchlíci, mohou být vystaveni zdravotním rizikům již ve své rodné zemi, během migrace, nebo až po příchodu do cílové země. Války, násilí, věznění, ztráta příbuzných, to vše jedince ohrožuje na zdraví a je také častou příčinou, proč se lidé uchylují k migraci do jiné země. Během migrace samotné je ohledně zdraví riziková již samotná cesta, mnohdy za nevyhovujících podmínek a za doprovodu případných dlouhodobých pobytů v uprchlických táborech. Po příjezdu do cílové země hrozí uvěznění, zdlouhavé vyřizování žádosti o azyl a tím pádem nejasná budoucnost. Problematická je jistě neznalost majoritního jazyka a neochota se ho začít učit z důvodu zmíněné nejasné budoucnosti. Tyto vlivy mohou způsobit vyšší stres, se kterým je spojován zvýšený krevní tlak, nebo rizikové chování ohledně zdraví, např. konzumace alkoholu a dalších návykových látek (Kristiansen, Mygind, a Krasnik 2007).

Na druhou stranu je v této souvislosti na místě připomenout jeden fenomén. Některé studie naznačují, že migranti jsou obecně zdravější než rodilí obyvatelé a to navzdory skutečnosti, že často disponují nižším socioekonomickým statusem, horším přístupem ke zdravotním službám a dalšími vlivnými faktory, které jsem vysvětlila v předchozích odstavcích.

Tento paradox je v migračních teoriích nazýván jako „**efekt zdravého migranta**“ a je obvykle přičítán selektivnímu výběru. Hypotéza o tzv. selektivním výběru naznačuje, že migrující jsou jistým způsobem odlišní od svých „nemigrujících“ krajanů. Mají vyšší vzdělání, jsou podnikavější a schopni lépe čelit stresovým situacím. Vycestovat ze země si mohou dovolit díky dobrému zdravotnímu stavu, kterým nejsou limitováni (Domnich et al. 2012; Chiswick, Lee, a Miller 2008).

Dobrovolní migranti ze začátku příchodu mnohdy vykazují lepší zdravotní stav, než průměrný majoritní příslušník cílové země. Ale z hlediska dlouhodobého pobytu v cílové zemi se jejich zdraví postupem času zhoršuje. Důvodem může být snížení životní úrovně, chronický stres z práce, vykonávané zaměstnání pod úrovní skutečné kvalifikace (Kennedy, McDonald, a Biddle 2006). Svůj vliv má rovněž rozdíl mezi očekáváním a realitou, migrující většinou očekávají, že dojde ke zlepšení ve stylu života, osobním rozvoji a také co se fyzického zdraví týče (Evans 1987:8).

2.5 Determinující faktory jednání migrantů ohledně jejich zdraví

2.5.1 Koncept transnacionalismu – důležitost sítí a prostoru

Ekonomické, kulturní a sociální vazby vzniklé na základě interakce migrantů mezi jednotlivými zeměmi zohledňuje koncept transnacionalismu. Klíčovým charakteristickým znakem je to, že tyto nadnárodní interakce v rámci sítí jsou ústřední součástí každodenního života (Castles a Miller 2003: 30). V migrační praxi hrají důležitou roli osobní faktory, za které jsou považovány bezpochyby inteligence, vnímavost, povědomí o situaci v nové zemi. Pro poslední jmenovanou položku jsou klíčové osobní kontakty jedince přinášející zdroje informací, které ovšem nejsou všeobecně dostupné a vyžadují začlenění se do sítě těchto osobních kontaktů (Lee 1969: 51–52). V transnacionální teorii jsou

takovéto sítě, jejichž jednotlivé součásti jsou rozmístěny napříč prostorem a časem, uchopovány skrze mikro-meso úrovní migrace, ve které nejsou zúčastnění jedinci pojmáni jako pasivní subjekty, ale jako aktivní a jednající. Svým jednáním v rámci jimi vytvořených sociálních sítí vytvářejí tzv. transnacionální migrační prostor (Szaló 2007).

Klíčové jsou zde právě ty sociální vztahy, které jsou udržovány napříč prostorem a časem. Migranti tak svůj každodenní prostor formují v rámci transnacionální sítě na základě interakcí s jedinci stále žijícími v zemi původu (Szaló a Hamar 2007: 72). Fungování mezinárodních vazeb v dnešním globalizovaném světě usnadnil rozvoj moderních technologií, jakými jsou satelitní nebo internetová televize, masová média, dostupnost dopravních prostředků nebo služeb. A především osobní komunikaci v reálném čase je možné uskutečnit i přes dlouhé vzdálenosti pomocí telefonu a samozřejmě také internetu (Faist 2006: 3–4). Jedinci, kteří migrovali do nové země, zde během svého každodenního života jednají na základě zkušenosti ze své vlasti. Tato zkušenost je zároveň stále připomínána kontaktem se zemí původu. Země původu tak stále může jedince ovlivňovat například v jeho jednání ohledně zdraví, ve využívání zdravotních služeb či mu být zdrojem lékařské péče.

Jedním z cílů této práce je sledování transnacionální praxe týkající se jednání migrantů ohledně využívání zdravotní péče a jednání ohledně zdraví celkově. Tato jednání mohou být ale ovlivňována délkou pobytu v cílové zemi. Pokud je jejich migrační zkušenost čerstvou záležitostí, mají tendenci stále využívat zdravotní péči ve své vlasti. Migranti rovněž spoléhají na neformální systém zdravotní péče, který je zajišťován ze strany mezinárodních i lokálních transnacionálních sítí. Důvod lze spatřit v odlišných zdravotních systémech nebo v odlišnosti projevující se jiným přístupem lékařů a lékařské praxe (Gushulak a MacPherson 2011).

Podstatným důvodem pro zvolení neformální lékařské péče zajišťované ze strany sítí je aktuální zdravotní problém, který dle sebediagnostiky samotných jedinců není natolik závažný, aby si vyžádal řešení v podobě návštěvy lékaře, proto nastupuje proces samoléčby. Sociální sítě jsou nejen zdrojem volně prodejných léků, které jsou typické pro zemi původu, ale také laické lékařské pomoci, rad a tipů jak nemoc překonat. Skrze tyto sítě může také probíhat distribuce volně prodejných léků, které jedinec pro daný zdravotní problém využíval ještě před odchodem ze země. Výjimkou není ani zasílání či přímo dovážení léků na předpis, nejčastěji pak antibiotika a u žen antikoncepční pilulky (Menjívar 2006; Messias 2002; Roberts 2007).

Při shánění léků jsou sociální sítě nejen jejich zdrojem pomoci a informací, ale co se ukazuje jako důležité je, že jsou samotnými migranty pojmány jako důvěryhodné. Jsou to zdroje, kterým mohou věřit, neboť zdravotní problémy jsou natolik osobní záležitosti, že někteří se odmítají svěřit někomu, koho dobře neznají. Skrze důvěru v sociální sítě a využíváním léků charakteristických pro zemi původu, jedinci stále potvrzují svoji kulturní identitu (Thomas 2010).

Nejen příslušnost k určité kultuře, ale rozhodujícím faktorem pro využití neformální nebo formální zdravotní péče je rovněž rodina a sociální sítě zahrnující přátele, příbuzné atd. Tyto zdroje socializují jedince do jednotlivých modelů využívání zdravotní péče, které mohou být reprodukovány právě v transnacionálním prostoru (Kinlay 1973; Lau et al. 1990). V kapitole zabývající se transnacionálními sítěmi jsem představila několik možných faktorů, které determinují migrantovo jednání ohledně zdraví a využití zdravotních služeb v cílové zemi. Komplexně se problematice využívání zdravotních služeb věnuje následující kapitola.

2.5.2 Využívání zdravotní péče

Náplní této kapitoly je představení souborů možných determinujících faktorů, na jejichž základě migranti, ať již vědomě nebo nevědomě jednají (v tomto případě využívají zdravotní služby). Soubory jsou ve formě konstruovaných modelů a napříč všemi jsou identifikovatelné totožné prvky, a to zejména: socioekonomický status, vliv odlišné kultury a stupeň akulturace a odlišný zdravotní systém. Pro neregulérní migranty pak platí jejich samotný migrační status. Zapotřebí je ovšem také zdůraznit, že reálně působících faktorů může být nespočet a také některé faktory podmiňují vliv dalších, proto nikdy nepůsobí pouze jeden faktor, ale jejich kombinace. Někteří autoři (např. Scheppers 2006) proto hovoří o tzv. potenciálních bariérách, které omezují využívání lékařské péče. Ze samotného názvu vyplývá, že potencionální bariéra je tedy přítomna jen za určitých okolností, nebo postihuje jen některé jedince, např. ty ekonomicky slabé.

Jedním z nejznámějších koncepčních a metodických rámců pro studium využívání zdravotních služeb obecně, nejen v rámci studia migrace, je model vyvinutý Ronaldem M. Andersenem a Johnem F. Newmanem (1973). Přičemž využívání zdravotních služeb lze definovat jako proces začínající hledáním odborné zdravotní péče a pokračující podřízením se těmto službám v podobě naordinovaného léčení zdravotního problému nebo předepsané prevence (Scheppers 2006: 326). Andersenův a Newmanův model prošel několika obměnami, aby byl dostatečně komplexním, ale základní determinanty (charakteristiky spojené s jedincem) zůstávají stejné:

- 1) Predispozice, které odrážejí *vlastnosti jedince*, aby využíval služeb zdravotní péče (věk, pohlaví, etnicita).

- 2) *Příznivé okolnosti*, které odpovídají schopnosti využít zdravotnických služeb v závislosti na příjmech a dostupnosti zdravotnických zařízení a personálu.
- 3) *Potřeby*, tzn. vlastnosti, které jedinec potřebuje, aby mohl vnímat a vyhodnocovat svůj zdravotní stav.

Do Andersonova základního modelu bylo později zařazeno také (1995):

- 4) *Prostředí* v podobě systému zdravotní péče.
- 5) *Zdravé chování*: osobní praktiky v oblasti zdraví, využívání zdravotních služeb.
- 6) *Vnější okolnosti*: vnímání a vyhodnocování zdravotního stavu, zákaznická spokojenost se zdravotními službami.

Předchozí model byl široce aplikovatelný, ale až Fred Arnold (1979: 708–709) představil pět důvodů, proč cizinci využívají méně formálních zdravotnických služeb, které nabízí zdravotní systém hostitelské země. Následující důvody autor vztahoval na nelegální migranty, ale i přes to předpokládám, že kromě prvního bodu, budou platné i pro migranty legální. Patří sem:

- 1) *Strach z deportace*. Nelegální migranti návštěvu odkládají z důvodu vyhnutí se kontaktu s veřejnými institucemi, z čehož by pro ně plynulo odhalení a následné deportování.
- 2) *Neschopnost platit*. Většina cizinců pracujících na sekundárním trhu práce má relativně nízké mzdy, s čím souvisí případná finanční tíseň při nečekaných výdajích, např. návštěva lékaře. Arnold upozorňuje, že neschopnost platit, může vést až ke vzdání snahy získat lékařskou péči. Faktor neschopnosti platit je měřen v rámci socioekonomického statusu (např. Jayaweera a Quigley 2010; Leduc a Proulx 2004).
- 3) *Selektivní výběr migrantů* je zmíněn již v části řešící „efekt zdravého migranta“ (str. 12). Jedná se o tendenci, dle které se do migračního procesu zapojují mladí jedinci, jež nejsou tolik zatíženi špatným

zdravím a dále osoby převážně disponující dobrým zdravotním stavem. Někteří autoři upozorňují, že migrující by na tomto základě neměli být považováni za heterogenní skupinu, důvody jsou odlišný stupeň akulturace, znalost jazyka a zdravotního systému, kulturní kontext migranta, možnost diskriminace atd. (Goodwin, Polek, a Goodwin, Kinga 2013: 53).

- 4) *Jazykové a kulturní bariéry*. Omezená znalost majoritního jazyka má za následek sníženou schopnost migrujícího vyhledat příslušnou lékařskou péči a znesnadňuje komunikaci se zdravotnickým personálem (Goodwin et al. 2013:166). Z tohoto důvodu jsou jazykové bariéry považovány za jednu z hlavních příčin ztěžujících přístup ke zdravotní péči (Liano 2011). Možná kulturní bariéra se týká zejména migrantů z afrických a asijských zemí, kde je hojně využívána tradiční medicína, neboť v cílové zemi jsou konfrontováni s pro ně odlišným přístupem k nemoci, vyšetření a léčbě (Stekelenburg et al. 2005; Thomas 2010).
- 5) *Systém zdravotní péče*. Cizinci se mohou zdráhat navštívit neznámá zdravotnická zařízení, o kterých nemají informace nebo kde je zdravotní péče poskytována odlišným způsobem ve srovnání s jejich zemí původu. Zkušenosti se zdravotním systémem v zemi původu, mohou ovlivnit následné jednání spojené se zdravím a interakci se zdravotním systémem v hostitelské zemi. Např. jedinci pocházející ze zemí, kde se nevyžadoval poplatek za služby, mohou z tohoto důvodu oddálit nebo odložit návštěvu lékaře (Gushulak a MacPherson 2011:5). Dalším faktorem spadajícím pod systém zdravotní péče je případná nutnost zdravotního pojištění (Jelínková 2007).

Z hlediska vzorců využívání zdravotní péče, existují mezi přistěhovalci a původními obyvateli v hostitelské zemi rozdíly. Gary Easthope (1989) definoval dva hlavní pohledy vysvětlující tuto diferenci. Jedním z nich je

významnost *etnické identity*³ přistěhovalce. Čím více se tato identita orientuje na hostitelskou zemi, tím více cizinec využívá lékařských služeb v „jeho nové“ zemi. Jedinec tak opouští zažité vzorce jednání ohledně zdraví, kterými se před migrací vyznačoval a jež byly charakteristické pro zemi původu⁴.

Druhým pohledem je *znevýhodněné postavení* cizince v hostitelské zemi. Typologicky je tento faktor řazen mezi formální bariéry v přístupu ke zdravotní péči. Důsledkem tohoto faktoru se cizinci často uchýlí k využití péče neformální či alternativní. Svoji roli ve využívání zdravotní péče taktéž plní kontext hostitelské země. Důležitým bodem jsou zejména opatření vůči zdrojové zemi (podmínky vstupu, vízová povinnost, pracovní možnosti, přístup k zdravotnímu systému atd.), kulturní prostředí, zdravotní systém, oblíbenost země jako cílové mezi krajany. Proto považuji za důležité věnovat prostor představení země, do níž je situován můj výzkum.

2.6 Velká Británie jako cílová země

Podmínky pro vstup do Velké Británie jsou dány členstvím České republiky v Evropské unii, ke kterému došlo v roce 2004. Díky principu svobodného pohybu čeští migrující nepotřebují žádný z typů víz. Zejména důležitá je zde absence povinnosti pracovního víza a žádné omezení v typu vykonávaného povolání. Tyto faktory vedly k největšímu a nejrychlejšímu přesunu českých migrantů do VB (Sumption et al. 2010). Legální pobytový status usnadňuje českým migrantům přístup ke

³ Gary Easthope pracuje v australském kontextu s termínem „etnický migrant“, kterým neodkazuje na samotný původ migranta, ale spíše na jeho problém přizpůsobit se australské společnosti (Easthope 1989: 146).

⁴ Jako příklad lze uvést výzkum zaměřený na typu využívání péče mezi korejskými přistěhovalci v Kalifornii. Čím víc byla skupina migrantů asimilována do nové společnosti, tím stoupala její tendence opouštět systém péče o zdraví v podobě bylinné medicíny a akupunktury (Miller 1990).

zdravotní péči ve VB, který je také ovlivněn (mj.) britským typem zdravotního systému.

Zdravotní systém Velké Británie je v podobě Národní zdravotní služby (National Health Service, zkr. NHS) a jedná se o tzv. Beveridgův model (založený Lordem Williamem Beveridgem), který poskytuje zdravotní péči všem občanům a je financován vládou prostřednictvím daní (Wallace 2013). Ve VB mají migranti nárok na plnou léčbu, pokud zde žijí legálně po dobu 12 měsíců, studují zde déle než 6 měsíců, léčba je dále poskytována jednotlivcům ze zemí se vzájemnou dohodou, uprchlíkům a žadatelům o azyl⁵ (Liano 2011). Z důvodu velké solidarity plynoucí z podoby britské NHS, nemají z formálního hlediska migrující ztížen přístup ke zdravotní péči. Na rozdíl třeba od cizinců v České republice, kde má každý cizinec legálně pobývajících na území ČR zákonnou povinnost být zdravotně pojištěn. Přístup a možnost čerpání zdravotní péče cizinců v Čechách závisí do vysoké míry na typu jejich pobytu a pojištění, které mají uzavřené (Jelínková 2007).

Poslední sčítání lidu ve Spojeném království (rok 2011) odhalilo, že ve Velké Británii žije cca 38 tisíc lidí narozených v České republice. V případě údajů z pracovní migrace, je VB druhou nejfrekventovanější zemí hned po Německu (Vavrečková et al. 2007). Oblíbenost VB jako cílové země podporuje relativně blízká vzdálenost od ČR. A jak potvrdili někteří konverzační partneři z realizovaných kvalitativních rozhovorů, nejedná se o místo, kde by měli zažít kulturní šok.

⁵Žadatelé o azyl mají nárok na léčbu v plném rozsahu pouze tehdy, pokud podali žádost zůstat ve Velké Británii (Liano 2011).

3 METODOLOGIE

Teoretické ukotvení tématu z předešlé teoretické části práce a provedená rešerše příslušné literatury se staly výchozím bodem pro vstup do vymezení objektu zájmu a formulování výzkumného cíle, dílčích výzkumných otázek a hypotéz, které jsou představeny v průběhu této kapitoly. Účelem metodologické části práce je především předložení praktického řešení zvoleného problému v podobě konvergentního paralelního designu spadajícího pod tzv. smíšený design a dvou hlavních metod sběru dat, dotazníkového šetření reprezentující kvantitativní směr a polostrukturovaných kvalitativních rozhovorů. Rovněž jsou v metodologické kapitole diskutovány možná omezení technik sběru dat. Tato část práce obsahuje také kapitoly, které popisují proces konstruování a použití obou výzkumných nástrojů. Dále jsou zde uvedeny informace o výběru respondentů, konverzačních partnerů a kde byl sběr dat fyzicky prováděn. Součástí je popis analýzy dat a její náležitosti, jakými jsou použité analytické metody. Nechybí ani operacionalizace proměnných, které jsou součástí kvantitativní analýzy. Na závěr metodologické části nejsou opomenuty ani důležité etické aspekty a omezení výzkumu.

3.1 Cíl výzkumu, výzkumné otázky a hypotézy

Cílem výzkumu je zmapování situace týkající se zdraví a náležitostí spojených se zdravím u příslušníků české národnosti, kteří migrovali do Velké Británie. Diplomová práce je zaměřena na české občany a praktiky, které souvisejí s jejich zdravím, jakými způsoby a kde o své zdraví pečují a jaké je jejich pojetí zdraví. Centrem mé pozornosti jsou determinující faktory, jež vedou k využití formální nebo neformální zdravotní péče v době nemoci. Pozornost je také zaměřena na jednání ohledně zdraví respondentů v transnacionálním prostoru.

Výzkumné otázky:

VO₁: *Jaká je péče českých migrantů o jejich zdraví ve Velké Británii?*

VO₂: *Jak, kde a jakou zdravotní péči využívají čeští migranti ve Velké Británii?*

VO₃: *Jaké jsou determinující faktory jednání českých migrantů ohledně jejich péče o zdraví a využívaného typu zdravotní péče?*

Hypotézy:

H₁: *Vyšší socioekonomický status povede k vyššímu využívání formální péče.*

H₂: *Vyšší stupeň akulturace povede k vyššímu využívání formální péče.*

H₃: *Pokud jedinec vykazuje vyšší využívání formální péče v zemi původu, bude u stejného typu péče ve VB vykazovat rovněž vyšší využívání.*

H₄: *Spokojenost spojená s důvěrou v zdravotní systém ve VB povede k vyššímu využívání formální péče.*

H₅: *Slabá síť sociálních kontaktů české národnosti povede k vyššímu využívání formální péče.*

3.2 Design výzkumu

K dosažení stanoveného cíle a zodpovězení položených výzkumných otázek jsem využila kombinaci dvou různých metod sběru dat, kde každá metoda je charakteristická pro kvantitativní a kvalitativní výzkum. Metodologicky je můj výzkumný přístup nazýván jako smíšený design (anglicky Mixed Methods), jedná se o poměrně mladý koncept metodologie, v celosvětovém kontextu došlo k frekventovanějšímu využívání přelomem nového tisíciletí (Creswell a Plano Clark 2011: 16).

Na základě dostupných typologií⁶ a časovému ohraničení, které bylo pro diplomovou práci vyhrazeno, jsem pro realizaci empirické části práce zvolila **konvergentní paralelní** neboli také **souběžný** design. Jak již samotný název designu napovídá, sběr a analýza dat u kvantitativních i kvalitativních metod je prováděna během stejné fáze výzkumného procesu s tím, že výsledky z obou metod budou spojeny v interpretační fázi výzkumu (Creswell et al. 2003: 183–184). Proto cílem paralelního designu je dle odborné metodologické literatury „získat různé, ale vzájemně se doplňující údaje na stejné téma“ (Creswell a Plano Clark 2011: 77). Priorita jednotlivých metod je tak na stejné úrovni, i když Creswell a Plano Clark (2003: 183) připouštějí, že v praxi může být dána přednost buď kvantitativnímu či kvalitativnímu přístupu. Preferenční praxe je charakteristická také pro tuto práci, protože hlavním záměrem kvantitativní části je deskripce zkoumané situace pomocí dotazníkového šetření a pro detailnější vhled a porozumění zkušenosti je realizována také kvalitativní část za pomoci polostrukturovaných rozhovorů. Takto plánovaný výzkumný postup by typologicky nejlépe odpovídal sekvenčnímu designu, ale jak jsem již zmínila výše, z důvodu časového omezení diplomové práce vedoucímu rovněž k časovému omezení sběru dat, byl zvolen design paralelní, kde prioritní částí budou kvantitativní data doplněná o informace získaných kvalitativní metodou.

3.2.1 Výzkumné metody: dotazníkové šetření a polostrukturované rozhovory

Základní metodu pro řešení stanoveného výzkumného problému jsem zvolila **dotazníkové šetření**, neboť je to nejrychlejší způsob, jak zmapovat situaci v cílové oblasti. V tomto případě situaci českých občanů, otázky spojené s jejich zdravím a jednání ohledně zdraví.

⁶ Pro metodologické ukotvení jsem hledala oporu především u zde citovaných autorů Johna W. Creswella a Vickiho L. Plana Clarka.

Předešlé studie zabývající se tématem migrace a zdraví pomohly ucelit pole zájmu a přes operacionalizace utvořit sérii otázek potřebných pro strukturovaný dotazník. Dotazníkové šetření je jednou z nejvyužívanějších technik kvantitativního výzkumu. Produkuje generalizovatelné výsledky, avšak ty mohou být ohroženy zejména chybnou operacionalizací, nejasnou formulací otázek nebo nepřesnou nabídkou odpovědí, špatně provedenou statistickou analýzou, ale také nespolehlivostí respondentů, anebo jejich tendence volit střední, neutrální kategorii⁷ (Disman 2002; Oppenheim 1992).

Dotazníky společně s rozhovory jsou často využívány jako dvě techniky sběru dat během studií založených na smíšeném designu (Goodwin, Goodwin 2013). Zatímco dotazník poskytuje data od většího množství respondentů, kvalitativní rozhovory produkují data od menšího vzorku výzkumné populace. **Polostrukturovaný rozhovor** (nebo též dle Jana Hendla „rozhovor pomocí návodu“) jsem zvolila jako další metodu sběru dat, neboť požaduji detailnější vhled do zkoumaného problému. Zajímá mě pohled samotných účastníků, jejich zkušenosti, názory a postoje, které nenesou nutnost zařazení své odpovědi do předem utvořených kategorií v dotazníku. Polostrukturovaný rozhovor je v případě tohoto výzkumu vhodný, protože pomáhá udržet zaměření rozhovoru a tím umožňuje srovnání odpovědí od více konverzačních partnerů (Hendl 2005: 174).

⁷ Ve výzkumu ISSP na téma „Health and Health Care“ z roku 2011 téměř 40 % respondentů odpovědělo na otázku „*Celkově vzato, řekl/a byste, že Vaše zdraví je...?*“ pomocí střední kategorie a to odpovědí „*Dobré*“. Tato kategorie spíše reprezentuje zmíněnou neutrální odpověď (ISSP Research Group 2015).

3.3 Struktura praktické části práce

Jednotlivé fáze výzkumu a jejich pořadí specifické pro konvergentní paralelní design, dle kterých je postupováno při realizaci výzkumu, jsou následující:

1. fáze
 - a. sběr a analýza kvalitativních dat
 - b. sběr a analýza kvantitativních dat
2. fáze⁸ – komparace zjištěných výsledků z obou sběrů dat
3. fáze – interpretace zjištěných výsledků z obou sběrů dat (Creswell a Plano Clark 2011: 69).

Tento metodologický popis rovněž představuje obsahovou náplň praktické části práce. Jak jsem již zmiňovala v popisu výzkumného designu, druhá fáze je pro potřeby mého výzkumu modifikována. Tzn., nejedná se o komparaci výsledků z obou typů dat, ale kvalitativní data zde slouží k doplnění informací získaných kvantitativní metodou.

3.4 Sběr a analýza kvalitativních dat

Příprava na polostrukturované rozhovory začala již během teoretických rešerší důležitých pro bližší seznámení s výzkumným tématem. Neopomenutelná byla také příprava⁹ v podobě malého předvýzkumu ve zkoumané oblasti. Konkrétně v rámci rozhovorů¹⁰ mezi mými přáteli, o kterých jsem začala uvažovat jako o případných respondentech, zejména co se rozhovorů týče. Inspirativní pro mne také byly internetové stránky věnované českým krajanům v Británii (zmíněné *Pohyby.co.uk* a

⁸ Druhá a třetí fáze je v rámci textu prezentována souběžně z důvodu větší přehlednosti pro čtenáře.

⁹ Popis postupu přípravy před samotným výzkumem je samozřejmě platný i pro dotazníkové šetření, jakožto kvantitativní fázi sběru dat.

¹⁰ Z hlediska typologie bych je mohla označit jako neformální.

Lochneska.cz). Výsledkem byl tematický plán, který udával strukturu rozhovoru.¹¹

V této uskutečněné fázi před samotným sběrem dat, jsem začala domlouvat konverzační partnery. Kritérium výběru byla česká národnost a délka pobytu delší než jeden rok. Přes mé počáteční kontakty byly získány další. V průběhu sběru dat nezůstalo jen u metody snowball. S oslovením pro participaci na výzkumu v této formě jsem požádala také členy internetových komunit a to zejména ty, kteří svými připomínkami a postřehy reagovali na zveřejněný dotazník.

Povahu konvergentního paralelního designu určuje souběžný sběr dat, tudíž kvantitativní a kvalitativní sběr dat probíhal zároveň v předem vymezeném období, tedy od začátku srpna 2015 do konce roku 2015. Část rozhovorů se odehrávala v Londýně a jeho okolí v rámci předem domluvené schůzky. Celkem jsem zrealizovala osm rozhovorů. Čtyři rozhovory jsem uskutečnila osobně přímo ve Velké Británii. Další „face to face“ rozhovor proběhl již v České republice v době, kdy zde dotyčný trávil dovolenou. V rámci třech zbylých rozhovorů (taktéž uskutečněny v ČR) jsem si s konverzačními partnery povídala skrze programy Skype a Viber. Všechny rozhovory tedy nebyly realizovány ve Velké Británii z důvodu mé dočasné působnosti ve výzkumném prostředí (9 dní). Z tohoto důvodu jsem se uchýlila k využití techniky v dotazování, která v současnosti není ničím výjimečným.

V rámci společenskovedního výzkumu se hovoří o využití internetu jako o prostředku, který je v tomto případě vhodným nástrojem (Evans, Elford, a Wiggins 2008). Uwe Flick (2009: 265) podotýká, že stále většina výzkumníků využívá internet ke kvantitativním výzkumům (stejně jako tomu bylo v případě online dotazníku pro tuto práci), ale v současnosti

¹¹ Seznam témat k rozhovoru a návrhy znění otázek jsou součástí přílohy č. 1 (str. 89).

začíná internet promlouvat také do kvalitativních studií. Z vlastní migrační zkušenosti a neformálních rozhovorů jsem věděla, že internet, respektive programy typu *Skype*¹² nebo mobilní aplikace *Viber* jsou v rámci transnacionálního prostoru hojně využívány ke komunikaci s blízkými v ČR. Proto jsem se rozhodla provést zbylé rozhovory touto formou.

Někteří autoři (Holt 2010; Janghorban, Roudsari, a Taghipour 2014) tvrdí, že takovéto rozhovory pomocí moderních technologií nabízejí vhodnou alternativu k „face to face“ rozhovorům, kde největší výhodou je komunikace ve stejném čase a přesto na odlišných místech. Sama za sebe jsem v takto realizovaných rozhovorech, které se svojí povahou podobaly spíše telefonickým rozhovorům než „face to face“, shledala řadu výhod. Neosobní kontakt byl přínosem v tom, že jsem si mohla dělat písemné poznámky či nahlížet do materiálů, aniž by to konverzačního partnera nějakým způsobem vyrušovalo. Tou největší výhodou byla bezproblémová domluva, která závisela pouze na čase dotazovaného. Nebylo zapotřebí řešit místo setkání. S tím souvisí další výhoda a to technická. Nahrávání internetových telefonátů probíhalo zcela v pořádku, v nahrávce jsem se nesečkala třeba s ruchem z ulice atd. Poté byl bezproblémový rovněž přepis rozhovorů, jakožto materiál pro kvalitativní analýzu.

Analýza kvantitativních dat by se bez příslušného softwaru neobešla, ale pro ta kvalitativní jsem žádný analytický program nepoužila. Jednotlivé pojmy a kategorie byly identifikovány v závislosti na položených výzkumných otázkách a hypotézách. Pozornost jsem věnovala nejen těmto klíčovým slovům, ale také celkovému pojetí a prezentaci sebe sama v migračním kontextu.

¹²Skype je program, který umožňuje internetovou telefonickou komunikaci a video hovory, zasílání zpráv nebo sdílení souborů. Skype funguje na stolních počítačích, tabletech a také na „chytrých“ telefonech. Více informací na oficiálních českých stránkách: <http://www.skype.com/cs>. Obdobná charakteristika je platná také pro zmíněný Viber, nicméně ten funguje pouze jako mobilní aplikace.

V některých případech byly rozhovory posléze doplněny o další otázky a odpovědi, které již ovšem byly uskutečněny pomocí emailu nebo soukromých zpráv na sociální síti Facebook. Součástí analýzy byly tyto písemně získané doplňující informace a také neformální konverzace, které jsem si v podobě poznámek během celého výzkumu poznamenávala. Tyto informace společně s diskusemi na sociálních sítích, tematicky zaměřených blozích a článcích, slouží vedle primárních zdrojů (dotazníky a rozhovory) také jako cenný zdroj dat. Přestože rozhovory byly přepsány doslovně, v některých případech si konverzační partneři nepřáli, abych v textu uvedla některé informace, které během rozhovoru zazněly. Z důvodu příslibu zachování anonymity a etického zacházení jsou v použitých úryvcích inkriminované části vynechány. Nyní uvedu několik poznámek k přepisům rozhovorů a jejich citování v textu diplomové práce. Jména či jiné názvy jsem nahradila pomocí značky (---). Odmiky během projevu jsou uváděny jako ... (tři tečky) a vynechané pasáže z rozhovorů jako znak (...). Text citací je značen kurzívou a mnou vložené poznámky jsou bez kurzívy. Úryvky citací jsou odkazovány pouze tím, zda se jednalo o muže či ženu a počtem let strávených ve VB.

3.5 Sběr a analýza kvantitativních dat

Příprava dotazníku probíhala ve spolupráci s vedoucí této práce Mgr. Alenou Pařízkovou, Ph.D. a to standardním procesem, který je platný pro kvantitativní výzkum. V rámci konceptualizace byla využita transnacionální teorie a její pojetí sítí a dále determinující faktory využívání zdravotní péče. Převod teoretického jazyka do kvantitativně zkoumaného, jinak řečeno operacionalizace, probíhalo na základě inspirace a v některých případech doslovného převzetí z již realizovaných výzkumů *Mezinárodního programu dotazníkových šetření* (ISSP Research Group 2003, 2014, 2015). Dotazník je strukturován do 8

kategorií¹³, z nichž každá obsahuje baterii otázek vztahující se k měřenému tématu. Důležité pro nás bylo postihnout respondentovo participování v transnacionálním prostoru, proto dotazník obsahoval četné otázky ohledně jeho každodenních kontaktů v Británii a ČR, zejména s kým a jakým způsobem udržuje stálý kontakt. Dotazník dále obsahuje otázky mapující determinující faktory, jakými jsou socioekonomické a demografické ukazatele, stupeň akulturace ve spojitosti s důležitou znalostí anglického jazyka, objektivní zdraví, péči o zdraví atd. Kompletní struktura dotazníku a znění všech otázek je k nahlédnutí v příloze č. 8 (str. 94).

Konstruování samotného dotazníku probíhalo pomocí webové aplikace **i-Dotazník**. Služba byla aktivní od 28. 7. 2015 do 11. 12. 2015. Zhotovený online dotazník, respektive jeho odkaz, byl vložen na internetovou stránku **dotaznik.jzstudio.cz**, jež byla vytvořena speciálně pro prezentaci probíhajícího výzkumu. K vytvoření průvodní stránky mě vedl požadavek po větší důvěryhodnosti a také ji považuji za vhodný prostředek k oslovení respondenta s žádostí participace na výzkumu. Stránka obsahovala obecné informace, které nastínily záměr diplomové práce, dále složení výzkumného týmu, instrukce k vyplnění dotazníku, ubezpečení ohledně anonymity a v neposlední řadě to, kdo má dotazník vyplnit. Tímto jsem se dostala ke kritériím výběru respondentů, která byla předem nastavena tak, že dotazník byl určen pro všechny osoby české národnosti žijící na území Velké Británie a to po dobu jednoho roku a více.

Sběr dat byl realizován v období srpen – listopad 2015. Dotazník obsahující 56 otázek dokončilo 264 respondentů, avšak v analýze jsem již nepracovala s těmi, kteří uvedli rok 2015 jako rok příchodu do Velké

¹³ Kategorie otázek v dotazníku: 1. Odchod do cizí země, 2. Péče o zdraví, 3. Vaše zdraví, 4. Každodenní život ve Velké Británii – Angličtina, 5. Každodenní život ve Velké Británii – osobní kontakty, 6. Zdroje pomoci a informací, 7. Osobní charakteristiky, 8. Doplnující otázky.

Británie (nesplnili jedno z kritérií výběru vzorku). Konečná velikost souboru pro analýzu je tak 255. Malá velikost datového souboru je dalším výzkumným omezením z důvodu nemožnosti generalizovat výsledky na cílovou populaci. Což lze také vyvodit ze statistické významnosti regresních modelů a poměrů šancí, které se většinou ukázaly jako statisticky nesignifikantní.

Data z dotazníku jsem analyzovala za pomoci popisné statistiky a kontingenčních tabulek. Pro testování formulovaných hypotéz jsem zvolila také regresní analýzu¹⁴, jak je patrné z poslední věty v předchozím odstavci. Regrese umožňuje zapojit více proměnných (předpokládané determinující faktory jednání) a sledovat tak jejich společný vliv na závislou proměnnou. Konkrétně se jedná o logistickou regresi¹⁵, neboť závislá proměnná je binárního charakteru a nabývá hodnot 0 (nižší využívání formální lékařské péče) a 1 (vyšší využívání). V analýze mne zajímalo, zda lze klasifikovat případy do dvou kategorií závislé proměnné na základě skupiny nezávislých proměnných. Cílem byla predikce poměru šancí (odds ratios – OR), že případ patří do 1. kategorie závislé proměnné: vyšší využívání formální zdravotní péče (Řeháková 2000: 475).

Největším omezením při distribuci dotazníku byla bezpochyby absence opory výběru a výběr respondentů se tímto zařadil do kategorie nepravděpodobnostního výběru. S nastalou situací jsem se vypořádala využitím počáteční sítě kontaktů, které jsem mezi cílovou populací měla. Výsledná distribuce dotazníku je tak charakteristická pro tzv. snawball

¹⁴ Popis proměnných vstupující do regresních modelů je obsažen v příloze č 6 (str. 93).

¹⁵ Jednotlivé modely byly testovány pomocí následujících statistik. Nejprve byl brán zřetel na statistiku $-2LL$ ($-2 \log$ likelihood), kde modely byly hodnoceny pomocí χ^2 . Statistickou významnost modelů jsem posuzovala na základě dosažené hladiny významnosti, hranici jsem stanovila na 0,05. Naměřené hladiny musejí být menší (nebo rovno) než je tato hranice, aby model bylo možné prohlásit za statisticky spolehlivý. Veškeré výpočty byly provedeny v programech Microsoft Office Excel 2007 a STATA 12, který byl důležitým zejména při vytváření regresních modelů a tabulární analýzy.

metodu (česky „nabalování“), která bývá popisována jako metoda, při které není k dispozici seznam, adresář či adresář cílové populace. Proto výzkumník nejdříve osloví jemu známé jedince pocházejícího ze zkoumané populace a nejen, že ho požádá o vyplnění dotazníku, ale také o poskytnutí kontaktů na další osoby, které podle něj splňují kritéria výběru (Jeřábek 2012: 447–448).

Další oslovování respondentů probíhalo pomocí tematicky zaměřených internetových stránek určené pro Čechy a Slováky nacházející se na Britských ostrovech. Využila jsem především stránku *Pohyby.co.uk*, která má povahu komunity, kde je vyhrazen prostor pro různé diskuse a online setkávání jejích členů. Volila jsem jak možnost přímého oslovení lidí v komunitě, tak umístění žádosti o vyplnění dotazníku na diskusní fórum. Stejný postup jsem uplatnila také na serveru *Lochneska.cz*. Rovněž jsem oslovila uvedené kontaktní osoby těchto stránek pomocí emailu a s prosbou o pomoc s další distribucí. Velkým pomocníkem se při distribuci ukázala největší sociální síť *Facebook*. Ať již v podobě sdílení příspěvku s informacemi o dotazníku a samotném výzkumu mezi mé přátelé, ale především umístěním příspěvku do tzv. *skupin*, které jsou určené pro české a slovenské krajany. Lidé zde nejčastěji s ostatními sdíleli své zážitky, postřehy nebo nepříjemnosti spojené s jejich novým bydlištěm v Británii. Skupiny se také ukázaly jako zdroj nejrůznějších informací, členové často kladli dotazy spojené se zdravím nebo britským zdravotním systémem. Proces oslovování respondentů a sdílení příspěvku byl v průběhu sběru dat několikrát opakován.

3.5.1 Popis proměnných v kvantitativní analýze

Zdravotní stav respondentů¹⁶

Zdravotní stav respondentů neboli českých migrantů je zjišťován pomocí **subjektivně hodnoceného zdraví**, které je měřeno odpovědí na otázku „*Celkově vzato, řekl/a byste, že Vaše zdraví je...*“. Respondent vybírá ze standardizovaných odpovědí, které byly kategorizované jako: 1 „výborné“, 2 „velmi dobré“, 3 „dobré“, 4 „ucházející“ a 5 „špatné“ (operacionalizace převzata od ISSP Research Group 2015). Zde je pro mne důležité, jak dotazovaný svůj zdravotní stav ohodnotí. Sděluje tím, jak se momentálně cítí a jaký je jeho celkový stav. Subjektivně hodnocené zdraví je rovněž měřeno pomocí odpovědí „nikdy“, „zřídka“, „občas“, „často“, a „velmi často“ na otázku: „*Jak často jste v posledních 4 týdnech měl/a kvůli zdravotním potížím problémy vykonávat zaměstnání či pracovat v domácnosti?*“

Index tělesné hmotnosti známý pod zkratkou BMI (Body Mass Index) je jediným ukazatelem objektivního¹⁷ zdravotního stavu v analýze. Index je výsledkem vydělení hmotnosti daného respondenta druhou mocninou jeho výšky. V návaznosti na výši indexu jsou použity tyto kategorie: „podváha“ (BMI <18,5), „normální hmotnost“ (18,6–25,0), „nadváha“ (25,1–30,0), „obezita“ (30,1–40,0) a „morbidní obezita“ (>40).

Péče o zdraví¹⁸

První výzkumná otázka mapuje praktikované chování respondentů ohledně jejich péče o zdraví. O své zdraví může jedinec pečovat formou

¹⁶ Popisné statistiky jsou uvedeny v příloze č. 2 (str. 90).

¹⁷ Za předpokladu, že respondenti uvedli pravdivé údaje. Jako odpověď v dotazníku uváděli svoji váhu v kilogramech a výšku v centimetrech.

¹⁸ Popisné statistiky jsou uvedeny v příloze č. 3 (str. 91).

zdravého životního stylu zahrnující odpovídající návyky stravování, fyzickou aktivitu a absenci alkoholových a tabákových výrobků. Důležitá je zde také prevence v podobě preventivních lékařských prohlídek.

Výše **konzumace alkoholu** je měřena odpovědí na otázku: „*Jak často, v jednom dni vypijete čtyři nebo více alkoholických nápojů?*“, s nabídkou odpovědí: „nikdy“, „jednou měsíčně nebo méně často“, „několikrát za měsíc“, „několikrát za týden“ a „denně“ (ISSP Research Group 2015).

Stejně tak **kouření** je měřeno otázkou: „*Kouříte, a pokud ano, tak přibližně kolik cigaret denně?*“, odpovědi jsou: „nekouřím a nikdy jsem nekouřil(a)“, „nekouřím, ale dříve jsem kouřil(a)“, „kouřím 1–5 cigaret denně“, „kouřím 6–10 cigaret denně“, „kouřím 11–20 cigaret denně“, „kouřím 21–40 cigaret denně“, „kouřím více než 40 cigaret denně“ (ISSP Research Group 2015).

Dalšími proměnnými indikujícími péči o zdraví je **fyzická aktivita a zdravý jídelníček**. První je měřena otázkou: „*Jak často děláte nejméně 20 minut nějakou fyzickou aktivitu, při které se zapotíte nebo zadýcháte víc, než je běžné?*“ a druhá: „*Jak často jíte čerstvé ovoce nebo zeleninu?*“ S nabídkou odpovědí: „nikdy“, „jednou měsíčně nebo méně často“, „několikrát za měsíc“, „několikrát za týden“ a „denně“ (ISSP Research Group 2015).

Poslední proměnnou jsou **preventivní lékařské prohlídky** ve VB, která je popsána jako jedna ze závislých proměnných v logistické regresi, viz následující kapitola (3.5.2 str. 35).

Formální a neformální zdravotní péče¹⁹

Druhá výzkumná otázka zjišťuje, jaký druh zdravotní péče Češi využívají²⁰. Druhem zdravotní péče se zde má na mysli formální a neformální zdravotní péče. Formální typ péče zastupují návštěva lékaře a hospitalizace v nemocnici ve VB za posledních 12 měsíců. Tyto proměnné jsou popsány v následující kapitole (3.5.2).

Podobu neformální zdravotní péče udává **alternativní medicína**, měřena otázkou, zda respondent za posledních 12 měsíců navštívil odborníka praktikujícího alternativní medicínu, s možností odpovědí ano/ne. A dále za neformální zdravotní péči považují **užívání volně prodejných léků** bez předchozí konzultace s lékařem. Zde rovněž respondent odpovídal ano/ne.

Determinující faktory využívání formální lékařské péče

Již ze samotného znění třetí výzkumné otázky (*Jaké jsou determinující faktory jednání českých migrantů ohledně jejich péče o zdraví a využívaného typu zdravotní péče?*) vyplývá její záměr. V současnosti diskutované faktory jsem představila v kapitole (2.5 str. 13–16). Vybrané faktory (příjem, vzdělání, úroveň anglického jazyka, sociální kontakty s českou sítí a majoritní společností, délka pobytu, zdravotní chování v zemi původu, spokojenost a důvěra v britské zdravotnictví), jsou konfrontovány v rámci testování postulovaných hypotéz.

¹⁹ Popisné statistiky jsou uvedeny v příloze č. 4 a 5 (str. 92).

²⁰ Odpovědi na druhou výzkumnou otázku samozřejmě nepocházejí pouze z kvantitativních dat. V kvalitativním výzkumu jsem se rovněž zaměřila na formální zdr. péči zastoupenou využíváním všech zdravotnických zařízení ve VB, do kterého náleží nemocnice, polikliniky, ordinace lékařů, specializované léčebné ústavy, pohotovost aj. Formální zdr. péči nemusí dotyčný samozřejmě využívat jen ve VB, proto je součástí otázky také místo, ať již v podobě typu zdravotního zařízení nebo státu (v tomto případě VB a jako alternativní místo ČR).

3.5.2 Popis proměnných v regresních modelech²¹

Závislé proměnné

Závislou proměnnou v analýze je souhrnně **formální lékařská péče**. Tento typ péče je měřen třemi způsoby a to za prvé pomocí otázky, jak často respondent navštívil v posledních 12 měsících **lékaře** ve Velké Británii, s nabídkou původních odpovědí: nikdy, zřídka, občas, často, velmi často. V rámci analýzy byla tato proměnná upravena do dvou sloučených kategorií: 1. obsahuje odpovědi: nikdy, zřídka a 2. obsahuje občas, často, velmi často. Druhá otázka zjišťovala, zda byl respondent v posledních 12 měsících ve VB **hospitalizován v nemocnici**. Odpovědi zde byly „ne“ a „ano“. Návštěva lékaře a zejména hospitalizace v nemocnici jsou záležitostmi, které si jedinec nejspíš neplánoval. Proto závislá proměnná zahrnuje ještě třetí proměnnou, měřenou otázkou ptající se na návštěvu lékaře za účelem **preventivní prohlídky**, rovněž s odpověďmi „ne“ a „ano“ (ISSP Research Group 2015). Všechny tři proměnné mají podobu (nebo do ní byly upraveny) binární proměnné, kde kód²² „0“ znamená „nižší využívání formální lékařské péče“ a „1“ „vyšší využívání formální lékařské péče“.

Nezávislé proměnné

V první hypotéze „**vyšší socioekonomický status povede k vyššímu využívání formální péče**“ figuruje jako nezávislá proměnná socioekonomický status. SES byl měřen dvěma ukazateli. Prvním ukazatelem je výše osobního měsíčního **příjmu** v britských librách²³.

²¹ Popisné statistiky jsou uvedeny v příloze č. 6 (str. 93).

²² V logistické regresi je binární proměnná kódována jako „0“ a „1“, jak doporučují autoři Hosmer a Lemeshow (2000).

²³ Operacionalizace v případě vzdělání a příjmu rovněž převzata z ISSP výzkumu. Dotazník k této práci obsahoval původních 10 kategorií u příjmu a vzdělání. Pro potřeby analýzy byly kategorie zredukovány na 3 (ISSP Research Group 2015).

Proměnná obsahuje tři kategorie, kde 1. „nižší“ zastupuje hodnoty méně než 430 liber až 1100 liber, 2. „střední“ – 1101 až 2200 liber a 3. kategorie „vyšší“ je 2201 liber a více. Druhým ukazatelem je nejvyšší dosažené **vzdělání**, které je rovněž standardně rozděleno do tří kategorií, kde 1. „nižší“ kategorie zastupuje respondenty, kteří mají základní vzdělání, výuční list, výuční list s maturitou nebo střední školu bez maturity, 2. „střední“ kategorie – střední odborná škola a gymnázium s maturitou. 3. „vyšší“ kategorie – respondenti s bakalářským, magisterským či inženýrským a postgraduálním titulem.

Nezávislou proměnnou ve druhé hypotéze „*vyšší stupeň akulturace povede k vyššímu využívání formální péče*“, je akulturace. Tento koncept byl měřen pomocí subjektivního hodnocení **úrovně anglického jazyka** samotným respondentem, který měl zhodnotit, zda má či nemá v každodenních kontextech života (nakupování, úřady, na pracovišti, sledování britské TV, návštěva lékaře) problémy použít angličtinu. Respondenty jsem na základě jejich odpovědí rozdělila do tří kategorií²⁴: „uživatel A“, „uživatel B“ a „uživatel C“, které vzestupně vyjadřují úroveň anglického jazyka. Také mne zajímalo, zda respondent ve svém okolí disponuje **sociálními kontakty** s anglicky mluvícími jedinci či nikoliv. Čtvrtým ukazatelem je **délka pobytu** vyjádřená v letech, referenčním bodem je rok 2015 (tedy 1 rok), ve kterém probíhal sběr dat.

Třetí hypotéza je v takovémto znění: *pokud jedinec vykazuje vyšší využívání formální péče v zemi původu, bude u stejného typu péče ve VB vykazovat rovněž vyšší využívání*. Jednání, ohledně návštěv lékařských zařízení v ČR, bylo v dotazníku zjišťováno pouze otázkou, zda respondent pravidelně absolvoval **preventivní lékařské prohlídky**. Odpovědi jsou „ne“ a „ano“ a tvoří tím dvě kategorie této proměnné.

²⁴ Jedná se pouze o použití názvu úrovní jazyka dle *Společného evropského referenčního rámce* (2009: 24).

Čtvrtá hypotéza testuje, zda *spokojenost spojená s důvěrou v zdravotní systém ve VB povede k vyššímu využívání formální péče*. Nespokojenost se zdravotním systémem ve VB byla měřena skrze otázku zjišťující celkovou **spokojenost s britským systémem zdravotnictví**²⁵. Respondenti volili z nabídky odpovědí pohybujících se na sedmibodové škále „zcela spokojen/a – zcela nespokojen/a“. Tato proměnná obsahuje tři kategorie: 1. „nespokojen/a“, 2. „ani jedno/neví“ a 3. „spokojen/a“. Druhou zahrnutou proměnnou je celková **důvěra v britské zdravotnictví**, která byla hodnocena rovněž pomocí pěti bodové škály a to „naprostá důvěra – žádná důvěra“. Kategorizována byla jako 1. „spíše nedůvěřuje“ a 2. „spíše důvěřuje“.

Poslední, pátá hypotéza testuje, zda *slabá síť sociálních kontaktů české národnosti povede k vyššímu využívání formální péče*. Respondenti uváděli četnost kontaktů s vlastní rodinou, ostatním příbuzenstvem, spolupracovníky/spolužáky, sousedy a s přáteli, kteří rovněž žijí ve VB, na šestibodové škále „každý den – nikdy“. Proměnná **síť českých sociálních kontaktů** je tedy složená ze čtyř dalších proměnných a byla vytvořena pro analytické účely. Po úpravě obsahuje tři kategorie reprezentující 1. „silnou síť“, 2. „středně slabou“ a 3. „slabou“.

3.6 Omezení a etické aspekty výzkumu

Na závěr metodologické části práce uvádím omezení a etické aspekty výzkumu. Yana Leontiyeva a Michaela Vojtková (2006) předkládají problémy spojené s výzkumy migrantů v ČR, ale jejich připomínky považuji za aplikovatelné i na kontext mé práce. Autorky pojmají výzkumníka zabývajícího se migrační problematikou jako někoho, kdo je vystavený riziku podlehnout pokušení, aby se sám sebe postavil do role

²⁵ Také v případě proměnných spokojenost a důvěra proběhla redukce původních ISSP kategorií na 3 respektive na 2 (ISSP Research Group 2015).

odborníka, který své výsledky prezentuje jako generalizovatelné na cílovou populaci cizinců. Některá omezení jsem v předešlých částí práce popsala. Přímo v rámci kvantitativního výzkumu migrantů a jeho výběrového šetření je největším omezením fakt, že výsledky jsou nereprezentativní. Je to dáno především chybějící oporou výběru, čímž je znemožněn kýžený náhodný výběr respondentů. Omezení ohledně absence nějaké technické dokumentace (jmenný seznam), která by umožnila náhodný proces vybírání, je platné také pro tuto práci. V případě kvantitativního výzkumu v kontextu této práce je dalším omezením fakt, že se jedná o dotazník, který je distribuován pouze v internetové podobě. Důsledkem je, že dotazník je přístupný pouze jedincům s přístupem k internetu a těm, kteří vyhledávají kontakty a informace pomocí sociálních sítí a tematicky zaměřených internetových stránek. Autorky Leontiyeva a Vojtková také připomínají možný problém způsobený jazykovou bariérou, nicméně od tohoto „handicapu“ byl proces sběru dat oprostěn.

Tak jako při všech ostatních vědeckých činnostech i při realizaci této absolventské práce bylo postupováno v souladu s etickými principy. Respondenti a konverzační partneři byli obeznámeni se záměry výzkumu a ubezpečeni o anonymitě, a že získané informace budou sloužit výhradně pro potřeby tohoto výzkumu. V případě rozhovorů byl nedílnou součástí ústní informovaný souhlas s provedením rozhovoru a jeho nahráváním na záznamové zařízení. Na základě slibu ohledně anonymity nejsou v textu zveřejňována jména účastníku rozhovorů a ani další náležitosti, které by mohly být případným vodítkem k identifikaci dotyčného. Dotazníkové šetření jméno respondenta nebo další identifikační údaj nezaznamenávalo.

4 ZJIŠTĚNÉ VÝSLEDKY A JEJICH INTERPRETACE

Posledním krokem v praktické části výzkumu je prezentace zjištěných výsledků a jejich interpretace. Na základě atributů konvergentního paralelního designu tato závěrečná část obsahuje interpretaci toho, do jaké míry se výsledky z kvantitativní a kvalitativní analýzy dat odlišují a v čem jsou si podobné (Creswell a Plano Clark 2011: 78). A mým hlavním záměrem je za pomoci jejich kombinace odpovědět na položené výzkumné otázky a hypotézy. Počet uskutečněných rozhovorů je příliš malý v poměru k dotazníkům, abych mohla udělat smysluplnou komparaci výsledků z obou zdrojů dat. Informace z rozhovorů jsem tedy spíše hojně využívala k doplnění či upřesnění informací z dotazníků.

Pro lepší představu o datovém souboru, věnuji na začátku kapitoly prostor krátkému představení mých respondentů z dotazníkového šetření a konverzačních partnerů z rozhovorů. Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 64 mužů a 191²⁶ žen ve věku od 19 do 87 let, kteří do VB přišli mezi lety 1968 až 2014. Průměrná délka pobytu ve VB je necelých 6 let. Přes 50 % respondentů uvedlo jako důvod odchodu z ČR hledání nových zážitků a 40 % mělo touhu zkusit něco nového či jiného. Pokud respondenti měli uvést vlastní důvody, než byly nabízené možnosti, dominovalo zlepšení se v anglickém jazyce. Výjimkou nebyly ani odpovědi, které odkazovaly na celkovou nespokojenost se situací v České republice. Největší počet respondentů (32,6 %) má středoškolské vzdělání s maturitou, druhou nejpočetnější skupinou (31 %) jsou vysokoškolsky vzdělaní jedinci, mezi kterými jsou zahrnuti také majitelé postgraduálních titulů. Mezi respondenty je 82 % výdělečně činných, necelé tři procenta ještě studují a necelých šest procent je na rodičovské dovolené. Co se hrubého měsíčního příjmu týče, nejvíce

²⁶ Výrazná nerovnoměrnost v počtu mužů a žen příkládám zde několikrát zmiňované absenci opory výběru.

respondentů (53 %) se řadí do mnou vytvořené střední kategorie, tzn., jejich příjem se pohybuje od 1101 do 2200 liber.

Obdobné charakteristiky najdeme také u vzorku složeného z osmi konverzačních partnerů a partnerek, kteří participovali u rozhovorů. Zde je již genderový poměr téměř vyrovnaný. Na mé otázky odpovídalo celkem 8 jedinců, z toho pět žen a tři muži ve věku od 24 do 34 let, kteří jako rok svého příjezdu do VB uvádějí 2000 až 2013. Důvody k opuštění ČR byly opět jako u dotazníkových „kolegů“ zlepšení angličtiny, nové zkušenosti, odchod za partnerem/kou, studijní a pracovní příležitosti, nebo taktéž nespokojenost s životem v ČR. Mezi dotazovanými je jedna studující (a zároveň na částečný úvazek pracující), zbylí jsou zaměstnání na hlavní pracovní poměr nebo na částečný úvazek. Jedna žena je nadále propojena s ČR tím, že zde má souběžně s prací ve VB živnost. Poměr je vyrovnaný také v dosaženém vzdělání. Polovina konverzačních partnerů zakončila svoje studium maturitou a druhá polovina bakalářským či magisterským titulem, kterého daná konverzační partnerka dosáhla až ve VB.

4.1 Zdravotní stav respondentů a konverzačních partnerů neboli českých migrantů

Interpretaci dat z výzkumu s názvem „Migrace a zdraví: situace českých migrantů ve Velké Británii“ začínám odpovědí na otázku, jakým zdravotním stavem výzkumný vzorek disponuje, neboť je to rovněž jeden z mých výzkumných cílů. Navíc získané informace o zdraví slouží jako stavební pilíř k porozumění výše frekvence ve využívání formální zdravotní péče. Interpretace zdravotního stavu nevychází z údajů, které vzešly z objektivních lékařských vyšetření (takové ambice jsem si ani nekladla), ale ze subjektivního posouzení samotných respondentů a konverzačních partnerů, jimi uvedené tělesné hmotnosti a chronických

onemocnění. Popisné statistiky pro jednotlivé proměnné jsou zobrazeny v tabulce, která je součástí přílohy č. 2 (str. 90).

V případě **subjektivně hodnoceného zdraví** vycházím z předpokladu, že se jedná o možný obraz reálného (objektivního) zdravotního stavu. Z dotazníkových dat vyplývá, že téměř 48 % respondentů hodnotí své zdraví jako „velmi dobré“, zanedbatelná není ani první kategorie zastupující „výborné“ zdraví, neboť takto svůj zdravotní stav hodnotí 17,7 % respondentů. „Dobré“ zdraví má podle sebe samých 27,8 % respondentů. Tato prostřední kategorie je u českých migrantů zastoupena méně, nežli ukazují výsledky z modifikace ISSP výzkumu z roku 2011²⁷, zde se jedná s téměř 39 % o nejpočetněji zastoupenou kategorii. Také v porovnání s britskou populací hodnotí čeští migranti své zdraví jako lepší. V případě britské modifikace výzkumu ISSP z roku 2011 byla nejpočetněji zastoupená třetí kategorie „dobré“ zdraví (36 %). Za „výborné“ považují své zdraví rovněž více čeští migranti (17,7 %), než britská populace (8,7 %). Takové to výsledky dávají za pravdu hypotéze selektivního výběru migrace, která se týká zdravějších jedinců. Rovněž další výsledky ukazují, že efekt zdravého migranta je pro výzkumný vzorek platným. V příloze č. 2 jsou také zobrazeny četnosti odpovědí na otázku, jak často měl respondent kvůli zdravotním potížím problémy vykonávat své zaměstnání či pracovat v domácnosti. Téměř 70 % dotázaných uvedlo, že takový problém nikdy nemělo.

Pozitivní hodnocení zdraví přetrvává také v případě další sledované proměnné v podobě výskytu **chronického onemocnění**. Přihlédnu-li ke statistickému faktu vypovídajícím o celé české populaci,

²⁷ Pro srovnání jsem použila výsledky z ISSP šetření, neboť subjektivní zdraví zde bylo měřeno pomocí stejně pojmenované 5 bodové škály. Např. výzkum EHIS z roku 2008 přináší téměř totožné výsledky jako můj výzkum, co se subjektivně hodnoceného zdraví týče. Výzkumníci použili rovněž 5 bodovou škálu, ale s jinak pojmenovanými kategoriemi: 1 – Velmi dobré, 2 – Dobré, 3 – Uspokojivé, 4 – Špatné, 5 – Velmi špatné. Je možné, že tato změna v nabídce odpovědí ovlivnila volbu kategorií od respondentů.

tak nezbyvá než konstatovat, že zdravá je jen třetina Čechů. Zbylá část trpí nějakým chronickým onemocněním²⁸ (ÚZIS ČR 2011:34). Na rozdíl od Evropského výběrového šetření o zdraví v ČR EHIS 2008, kde se výzkumníci přímo dotazovali na konkrétní onemocnění, jsem přítomnost chronického onemocnění zjišťovala pouze skrze odpovědi ano/ne. Tudíž opět záleželo na samotném respondentovi, jak v tomto směru svůj zdravotní stav hodnotí. Na úrovni chronického onemocnění se vzorek českých migrantů ve VB ukazuje jako velmi zdravý (viz příloha č. 2). 80 % dotázaných totiž uvedlo, že netrpí žádným chronickým onemocněním či invaliditou. V rámci dlouhodobých či chronických onemocnění si respondenti stojí lépe i oproti místnímu (britskému) obyvatelstvu, mezi kterým žije s takovýmto onemocněním necelých 50 % lidí (ONS 2015). Dalším ukazatelem je užívání léků na předpis (příloha č. 2). A i v tomto případě potvrzují respondenti svůj pozitivní zdravotní stav, neboť předepsané léky užívá pouze necelých 25 % dotázaných.

Jedním z důvodů, proč konverzační partneři nemají časté zkušenosti s britskými lékaři (vyjma návštěv z důvodu akutního zdravotního problému či úrazu) je jejich subjektivní pozitivní posouzení zdravotního stavu s absencí chronického onemocnění: *„Jak říkám, já jsem nikdy nebyla vážně nemocná, takže zatím to musím zaklepat. Až na pár chřipek, jsem zatím žádnou lékařskou péči nepotřebovala.“* (žena, 6 let). Avšak také jsem se dozvěděla, že dvě ženy mají alergii, která ale nebyla jimi samotnými posouzena jako chronické onemocnění, proto svůj zdravotní stav hodnotí stále pozitivně: *„Musím brát jenom prášky na alergii, ale jinak mi nic vážného není a co vim tak nikdy snad ani nebylo“* (žena, 10 let).

²⁸ Např. astma, bronchitida, vysoký krevní tlak, problémy s páteří, diabetes, alergie, žaludeční vředy, deprese, jaterní cirhóza, ledvinové kameny, gynekologické obtíže, problémy se štítnou žlázou atd.

Abych se nedržela pouze subjektivního hodnocení, sledovala jsem rovněž objektivní indikátor a to ***index tělesné hmotnosti*** (Body Mass Index). Dle výsledků nadváhou trpí 27 % a obezitou 20 % respondentů. Normální hmotností disponuje největší počet respondentů a to 59 %, proto lze říct, že čeští migranti jsou ohledně váhy na tom lépe, než lidé v ČR a ve VB. V Británii a v ČR má přes 50 % populace BMI vyšší než 25, tedy nadváhu (ONS 2015; ÚZIS ČR 2011: 221).

4.1.1 Shrnutí zdravotního stavu

Výsledky českých migrantů ohledně subjektivně hodnoceného zdraví, výskytu chronického onemocnění či dlouhodobé nemoci a BMI dávají za pravdu hypotéze selektivního výběru migrace, dle které vstupují do procesu migrace ti zdravější jedinci. Potvrzují tak efekt zdravého migranta. V měřených aspektech (zejména chronické onemocnění a BMI) si respondenti stojí lépe než česká nebo britská populace. Ovšem příčina může být v příliš „mladém“ vzorku, který se v největší míře řadí do věkové kategorie 18–40 let. Což dokazuje, že migranti bývají v průměru mladší než rodilé obyvatelstvo cílových zemí (Kennedy et al. 2006: 20). Důležité je také přihlédnout k odlišně položeným otázkám v dotaznících. Jak dokládají kvalitativní rozhovory, když jsem se přímo zeptala na dlouhodobou nemoc, dotazované přesto nevedly alergii, kterou trpí a jež je považována za chronické onemocnění.

4.2 Péče o zdraví

V předchozí kapitole (4.1) jsem specifikovala respondenty a konverzační partnery z hlediska jejich zdravotního stavu. Nyní mým předmětem zájmu je jejich péče o zdraví a jednotlivé praktiky péče o zdraví jsou vyobrazeny v tabulce, která je součástí přílohy č. 3 (str. 91). Zdravý životní styl se vyznačuje (mj.) nízkou spotřebou alkoholu a tabákových výrobků, četné fyzické aktivity a jídelníčkem obsahujícím čerstvé ovoce a zeleninu.

Důležitá je také prevence v podobě zmíněného zdravého stylu a návštěv u lékaře.

4.2.1 Konzumace alkoholu a cigaret

Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) sestavila žebříček největších konzumentů alkoholu mezi zeměmi na celém světě. Česká republika je na 4. místě, její občan spotřebuje průměrně za rok 11,6 litrů alkoholu. Česká společnost je k pití alkoholu navíc velmi tolerantní. Velká Británie je v této statistice ukazující nezdravý životní styl na 17. místě se spotřebou 6,7 litrů alkoholu na osobu (OECDa 2014). Výzkumný vzorek zastupující populaci českých migrantů si toto své jednání, které rozhodně nepřispívá ke zdraví, na první pohled přenesl ze své rodné země. Navíc porovná-li procentuální zastoupení jednotlivých odpovědí ze svého výzkumu a ze zmiňovaného ISSP (2015), tak respondenti v dotazníkovém šetření mírně navýšili statistiky uvádějící četnost konzumace alkoholu. 43,5 % respondentů v ISSP uvedlo že, nikdy nekonsumovalo alkohol a 14,8 % v jednom dni vypije čtyři a více „drinků“ ve frekvenci „několikrát za měsíc“. Zatímco v tomto výzkumu alkohol nikdy nepije 37,7 % respondentů a několikrát za měsíc se napije 19,2 % respondentů.

Mezi rizikové chování mající vliv na zdraví je kouření cigaret. Dle statistiky OECD (2014) je ČR v počtu vykouřených cigaret ročně na osobu na šestém místě a nekouří 65,7 % českých obyvatel. VB je na místě dvanáctém s tím, že nekuřáci tvoří 80 % obyvatel (ONS 2015). Nekuřáci a bývalí kuřáci jsou i v tomto výzkumu ve většině, dohromady tvoří 63,5 % výběrového vzorku. Lidově řečeno krabičku denně vykouří 13,4 % respondentů, což není jistě zanedbatelné číslo.

Z předchozích dvou odstavců se zdá, že v případě alkoholu a kouření, Češi své chování v nové zemi nikterak nezměnili, přestože

občané VB mají v tomto ohledu pozitivnější jednání. Nicméně je to pouze popisná statistika nezahrnující případný vliv jiných faktorů. Například ve výzkumu latinsko-amerických migrantů v USA výzkumníci oprávněně předpokládali, že s vyšším stupněm akulturace bude klesat pozitivní chování „Latinos“ ohledně zdraví. To znamená, že se zejména zvýší jejich konzumace alkoholu a cigaret. Autoři studie tak potvrdili, že s přibývajícím roky v cílové zemi (délka pobytu zde byla jako složka akulturace společně s národností) dochází k přijímání postojů, hodnot a zvyků nové kultury, které mohou vést ke změně v jednání ohledně zdraví (Abraído-Lanza, Chao, a Flórez 2005).

Proto jsem proměnné konzumace alkoholu a kouření taktéž vystavila vlivu jednoho z ukazatelů akulturace a to délkou pobytu. Předpoklad se nepojil se změnou k horšímu jednání ohledně zdraví, ale k tomu pozitivnějšímu (na základě pozitivnějšího jednání britské společnosti). Výsledky jsou zobrazeny v tabulkách 1 a 2 a potvrzují vliv počtu let strávených v cílové zemi na rizikové chování spojené se zdravím. Respondentů, jež uvedli, že nikdy nepijí alkohol, je s každou kategorií délky pobytu vždy procentuálně více. Vzestupnou tendenci lze pozorovat i u nekuřáků. Změna chování je patrná zejména u jedinců, kteří v minulosti kouřili. Čím delší doba pobytu, tím více přibývá jedinců, kteří sami sebe řadí do kategorie „bývalý kuřák“. Ovšem zůstává nezodpovězenou otázkou, v jaké migrační fázi přestali kouřit.

Tabulka 1 Závislost konzumace alkoholu na délce pobytu v sloupcové relativní četnosti (N=255).

	1 rok–5 let	6–10 let	11–15 let	16 let a více
Nikdy	32,5	40,3	42,9	71,4
1x měsíčně nebo méně často	38,4	51,6	32,1	28,6
Několikrát za měsíc	25,8	6,5	21,4	0,0
Několikrát za týden	2,7	1,6	3,6	0,0
Denně	0,7	0,0	0,0	0,0

Zdroj: Vlastní data a výpočty.

Tabulka 2 Závislost konzumace cigaret na délce pobytu v sloupcové relativní četnosti (N=255).

	1 rok–5 let	6–10 let	11–15 let	16 let a více
Nekuřák	35,1	49,9	46,4	57,1
Bývalý kuřák	20,5	29,0	28,6	35,7
1-5 cigaret denně	13,3	3,2	10,7	0,0
6-10 cigaret denně	15,7	11,3	3,6	7,1
11-20 cigaret denně	13,9	11,3	10,7	0,0
21-40 cigaret denně	0,7	3,2	0,0	0,0
40 cigaret denně a více	0,7	0,0	0,0	0,0

Zdroj: Vlastní data a výpočty.

Délka pobytu je tedy (mj.) faktor mající vliv na rizikové chování ohledně zdraví. A to i přes výpovědi dvou konverzačních partnerů, kteří patří do první „pobytové“ kategorie (1 rok–5 let). Ti ke snížení konzumace alkoholu měli finanční důvody:

„V Česku jsme každou chvíli byli někde venku na pivě nebo víně s partou...ale tady mi přijde, že už to tolik není...jak tu není moc s kým, tak nikam ani nechodim, ale to je taky možná tím, že jsem starší (smích)... no a asi taky tím že, když jsem se před těma třema rokama přijela a neměla ještě práci a pořád všechno přepočítávala na koruny, tak dát 5 liber za pintu mi přišlo šílený“ (žena, 3 roky).

Další konverzační partner popisuje tuto změnu díky migrační zkušenosti pozitivně:

To cvičení mi jde tady nějak líp, podařilo se mi sundat to břicho, který jsem měl z těch piv, ty jsem tady dost omezil...přece jenom ty peníze co беру, ještě nejsou takový, abych je mohl nechat tady za rohem v pubu (muž, 1,5 roku).

Jiná konverzační partnerka i přes svůj dlouhodobý pobyt ve VB sice kouřit nepřestala, ale výrazně snížila svoji spotřebu. Změnu ve svém jednání reflektuje v závislosti na všeobecné situaci ohledně kouření ve VB a je u ní patrná snaha o konformitu s majoritní společností, která je z velké části nekuřácká:

(...) a hlavně já tady ani moc nekouřím. V Čechách dám krabičku za den, klidně...a tady mi vystačí jedna na tejdén. Protože tady nikdo nekouří a snad doufám, že já někdy přestanu“ (žena, 15 let).

4.2.2 Zdravý jídelníček a fyzická aktivita

Ke zdravému životnímu stylu nestačí pouze zdržet se konzumace alkoholu a cigaret. Potřebné je zapojení zdravého jídelníčku a fyzické aktivity a to i jako součást prevence vůči nemocem. V příloze č. 3 jsou zobrazeny statistiky pro otázky, jak často respondent konzumuje čerstvé ovoce a zeleninu a jak často dělá nějakou fyzickou aktivitu a to po dobu nejméně 20 minu, při které se zapotí nebo zadýchá více než je běžné. Takto popsána prevence se v rámci typologie řadí mezi „primární“. Tímto jednáním se snižuje pravděpodobnost onemocnění, zdravotního postižení a předčasné smrti (Katz a Ali 2009).

Podle světové zdravotnické organizace je doporučený minimální denní příjem 400g ovoce a zeleniny pro dospělého člověka. Avšak WHO odhaduje, že ve více než v polovině evropských zemí je příjem menší, než tato stanovená doporučená minimální hranice (WHO 2003). Ve Velké Británii je průměrná denní konzumace ovoce a zeleniny 258g. V České republice je údaj ještě nižší, její občané jsou na hodnotě 253g (EUFIC 2012). Obě země, respektive jejich občané, se nacházejí výrazně pod doporučeným denním příjmem. Nyní nebudu výsledky z dotazníku hodnotit na základě procentuální četnosti odpovědí, ale na základě doporučení WHO, ze kterého vyplývá, že každý jedinec by měl každý den zkonzumovat ovoce a zeleninu. Nicméně při pohledu do tabulky v příloze č. 3 je zřejmé, že se nejedná o stoprocentní zastoupení kategorie „denně“. Pouze 62,4 % respondentů konzumuje denně čerstvé ovoce a zeleninu a několikrát do týdne necelých 30 %. Obdobná situace je také v případech kvalitativních výsledků.

Konverzační partneři nebyli přímo dotazováni na konzumaci ovoce a zeleniny, ale sami tyto potraviny zmiňovali jako prostředek prevence proti nemocem. Až na jednu ženu, bylo z výpovědí patrné, že ovoce a zelenina rozhodně není pro ně samozřejmou a dominantní složkou v jejich jídelníčku, ale na druhou stranu si uvědomují jistou potřebu takovýchto potravin ve svém životě. Vědí, že tím mohou předejít nemoci a proto je vnímají jako součást prevence a jak oni sami říkají „*snaží se*“:

„(...) občas si koupíme nějaký vitamíny, aby se neřeklo, ovoce a zelenina, takže si myslím, že tam taková malá prevence je“ (žena, 4 roky).

U dalšího konverzačního partnera je také přítomný faktor naučeného jednání ohledně zdraví, které si přenesl ze země původu do nové země. Zdravý životní styl není důsledkem migrace, ale právě socializace do modelu péče o zdraví:

V zimě se snažím jíst hodně pomeranče, nebo si dělat různé smoothie drinky z ovoce...nějaký ten přírodní vitamín. Nevim, jestli to pomáhá, někdy mi přijde, že ne, ale aspoň mám pocit, že pro sebe něco dělám. Doma (pozn. V ČR) mě vždycky do toho nutila máma s přítelkyní (smích)“ (muž, 1,5 roku).

Paradoxně jednu konverzační partnerku nepřiměla ke změně „stravovací kultura“ Velké Británie ani prvotní touha po zdraví či prevenci, ale delší pobyt²⁹ mezi indickými přistěhovalci, jejichž kuchyně s od té západoevropské v mnohém odlišuje:

„Nebyla jsem taková vždycky. Mě teď zajímá všechno přírodní, zajímá mě teď i jídlo. S přibývajícím věkem se tělo mění. Začalo to tím, že jsem byla v indické rodině a oni používají koření, o kterým

²⁹ Pozn.: konverzační partnerka zde pracovala jako au-pair.

nemáme ani šajn, čím barevnější, tím lepší. A hlavně, já se snažím jíst zdravě a do všeho si dávám špenát“ (žena, 15 let).

Ve výpovědi ženy je patrný „nemigrační“ faktor vyšší věk, jehož vliv reflektoval také další konverzační partner. Nicméně ten již změnu ve svém jídelníčku přičítá také faktoru změny bydliště:

„Musím říct, že co jsem se sem přistěhoval, tak jsem zlepšil snídaně. Už to není třeba párek. Ale už se snažím nějaký cereálie, jogurt, ale to spíš až teď co jsem starší“ (muž, 4,5 roku).

K preventivnímu jednání ohledně zdraví dochází u dvou konverzačních partnerek také za pomoci (dle nich definované) alternativní medicíny:

Tak určitě, třeba játra nebo žaludek si vyčistit. Tělo si to řekne samo. Já nepiju Redbull nebo tyhle sajgony... Co je směšný, co mi pomáhá, je celerová nať, je hrozně zdravá protože čistí krev. A třeba i kopřivovej čaj, taková domácí remedy, to dělá hodně lidí“ (žena, 15 let).

(...) alternativní medicínu beru jako prevenci. Třeba urologické čaj, že si člověk sem tam dá bylinky, ale abych dávala přednost bylinkám před práškama, tak to určitě ne“ (žena, 4 roky).

Dalším důležitým bodem v péči o zdraví je (mj.) pro konverzační partnery fyzická aktivita a i ji se snaží zařadit do svého každodenního života: *„Snažíme se sportovat, ale jen tak zlehka (smích). Ale snažím se žít aktivně, jízda na kole, občas si jdu zaplavat“ (muž, 4,5 roku).* Z výpovědi od jedné z dotazovaných je rovněž patrná prevence proti obezitě z důsledku změny v životním stylu způsobené migrací a počáteční neznalostí místních surovin:

„Po příjezdu jsem strašně přibrala, to je prostě z toho jejich jídla. Slyšela jsem, že se tady tloustne snad i ze vzduchu a říkám, že je to

fakt pravda (smích). Jedla jsem strašně.... A ani jsem nevěděla jak tu vařit, z čeho vůbec vařit...takže nejjednodušší bylo vzít nějaký take away domů. Ale s postupem času se to samozřejmě zlepšilo a hlavně jsem se donutila poprvé v životě začít cvičit.“ (žena, 3 roky).

V rámci fyzické aktivity čeští migrující vykazují pokles (viz příloha č. 3). Denní fyzická aktivita se týká 29,4 % respondentů, týdenní 34,1 % a vícekrát do měsíce je fyzicky aktivních 20,4 % dotazovaných. Čeští migrující jsou ovšem aktivnější než obyvatelé v ČR. Pouze 10 % je takto denně aktivní (ISSP Research Group 2015). Opět tento rozdíl přičítám věkové struktuře obou datových souborů.

Případnou absenci fyzické aktivity v podobě sportu ve své každodennosti konverzační partneři připisují k jinému typu fyzické vyčerpání a to pracovní: *„Nijak zvlášť se mi jít do gyму po náročný šichtě v práci nechce, ale musím se hejbat taky trochu jiným stylem, a hlavně myslím, že bez pořádného tréninku bych v tý mojí práci byl totálně nepoužitelný (...). Chodíme s klukama z práce, takže svým způsobem oni mě k tomu nevědomky dokopou“ (muž, 1,5 roku).*

Navíc se zde potvrdil vliv pozitivních vzorů v okolí dotyčného. Tak jako tomu bylo v případě latinsko-amerických žen v USA, u kterých se prokázala větší pravděpodobnost fyzické aktivity, pokud stejné chování pozorovaly ve své komunitě (Evenson et al. 2003).

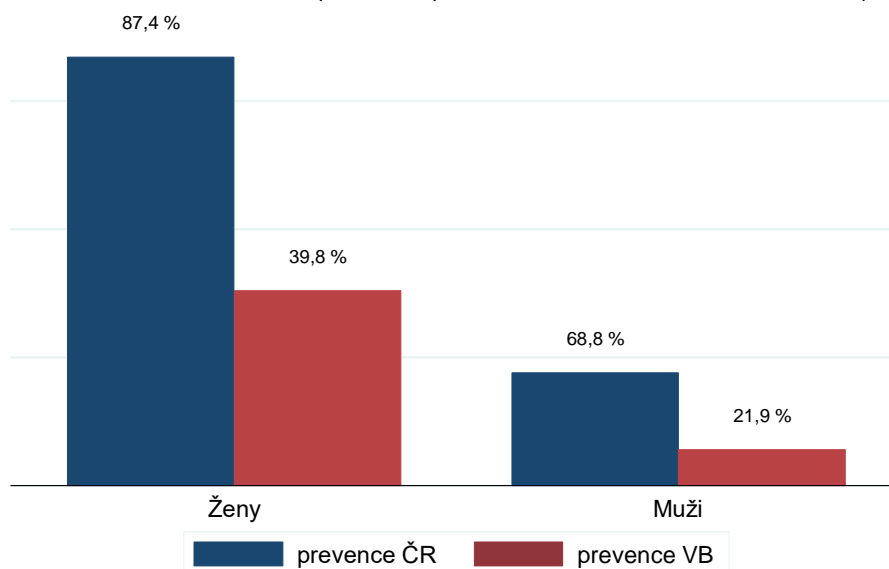
4.2.3 Preventivní lékařské prohlídky

Britská národní zdravotní služba (NHS) si je vědoma narůstajících nerovností ve zdraví mezi sociálními třídami a nárůstem závažných onemocnění u etnických menšin. Proto byl sestaven bodový program, který (mj.) nabádá praktické lékaře, aby podporovali zdravý životní styl, informovali své pacienty o důležitosti preventivních prohlídek, zajistili jejich informovaný souhlas s preventivním vyšetřením a dali odkaz na

příslušné specializované oddělení, kde bude vyšetření provedeno³⁰ (Grosios, Gahan, a Burbidge 2010). První typ prevence jsem zjišťovala v podobě životního stylu. Druhým typem prevence jsou tzv. screeningová vyšetření (např. kolposkopie, mamograf atd.), která jsou prováděna za účelem včasného odhalení případné chronické nemoci (Katz a Ali 2009). Nebo běžné všeobecné, gynekologické a stomatologické prohlídky, které jsou prováděny i v případě absence zdravotních problémů.

Dle relativní četnosti respondentů (příloha č. 3), kteří za posledních 12 měsíců navštívili lékaře ve VB za účelem druhého typu preventivní prohlídky, je patrné, že pouze 35,3 % respondentů uvedlo „ano“ – navštívil/a jsem preventivní prohlídku, což je výrazně méně než v ČR (82,75 %). Z další statistiky zobrazené v grafu 1, je zřejmý pokles návštěv ve Velké Británii oproti České republice. Sestupná tendence je platná pro obě pohlaví. 87,8 % žen a 68,8 % mužů uvedlo, že absolvovali prevenci v ČR, ale pouze 39,8 % žen a 21,9 % mužů si stejné jednání ohledně zdraví přeneslo také do VB.

Graf 1 Preventivní prohlídky dle pohlaví a země. Procentuální četnosti. (N=255). Prevence v ČR celkem N=211 (82,75 %); Prevence ve VB celkem N=90 (35,29 %).



Zdroj: Vlastní data a sestavení.

³⁰ Během se nikdo z dotazovaných nezmínil o tom, že by je jejich GP upozornil na důležitost preventivních prohlídek.

V ČR alespoň jednou ročně 41 % žen (ve věku 15–75 let) navštívilo svého gynekologického lékaře z důvodu preventivní prohlídky (ÚZIS ČR 2011: 102). Toto preventivní jednání, ale důsledkem migrace do země s odlišnou lékařskou praxí ustoupilo či dokonce zcela vymizelo. Pokud se žena v ČR rozhodne užívat hormonální antikoncepci (zkr. HA), existuje pro ni jediná cesta. Navštívit gynekologické lékařské zařízení, kde je praxe taková, že HA nebude ženě předepsána, pokud nebude zaregistrována a nepodstoupí lékařské vyšetření. Zatímco ve VB je HA volně dostupná u praktických lékařů či ve zdravotním zařízení specializující se na sexuální problematiku (NHS 2015). Odlišný přístup zdravotních systémů je možným důvodem poklesu návštěvnosti preventivních prohlídek u žen. Ani jedna z konverzačních partnerek neabsolvovala ve VB gynekologickou prohlídku, byť v ČR byly pro ně pravidelnou záležitostí.

Častou reakcí na můj dotaz ohledně absolvování preventivní prohlídky u britských lékařů byl během celého výzkumu doslova udivený výrok: *„ale tady preventivní prohlídky nejsou povinný“*. Někteří konverzační partneři a přispěvatelé v diskusi pod zveřejněným dotazníkem na internetu proto považovali moji otázku za zcela zbytečnou. Z této výzkumné epizody vyplývá, že pokud preventivní prohlídky nejsou povinné, jedinec nepovažuje za důležité je absolvovat a zařadit je mezi svoji péči o zdraví. Jedna z konverzačních partnerek potvrdila, že pravidelně v ČR absolvovala preventivní zubařské prohlídky pouze na základě iniciativy svého lékaře: *„V Čechách u zubaře byly pravidelné už z toho důvodu, že oni zvali, posílali sms.“* (žena, 4 roky). Iniciativa lékaře je důvodem také ve výpovědi další konverzační partnerky, která si důležitost preventivní lékařské prohlídky uvědomuje, nicméně nepodstupuje, její lékař ve VB ji totiž nevyžaduje:

„V Čechách jsem pravidelně absolvovala cytologii na gynekologii, ale to bylo proto, že to po mě vyžadovali...sestra mi vždycky

vyhrožovala, že mi nepředepíše tu antikoncepci, pokud si nesplním tu prohlídku, která byla každý půlrok...Tady ji získávám od obvodáka a ten nijak to nehrotí...vim, že to je špatně, že to takhle flákám, ale až přijde na řadu plánování mimča, tak určitě někam chodit budu.“ (žena, 10, let).

4.2.3.1 Preventivní prohlídky v premigrační fázi

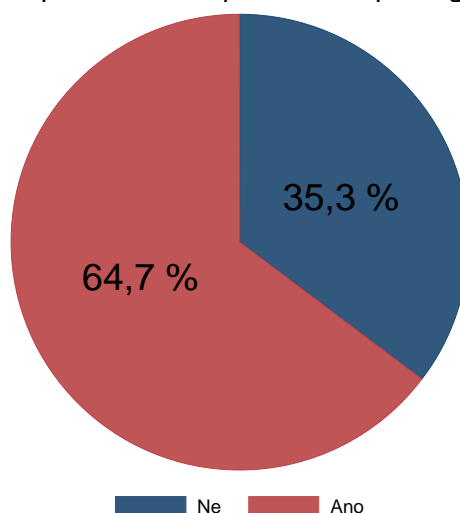
Ve výzkumu zaměřeném na péči o zdraví brazilských žen v USA, nebyly záměrné preventivní prohlídky v premigrační fázi ničím výjimečným. Ovšem tato konkrétní praxe migrantek nebyla pouze z důvodu péče o jejich zdraví, ale lékařské potvrzení o současném zdravotním stavu sloužilo jako „propustka“ do Spojených států (Messias 2002). V rámci pohybu v prostoru Evropské unie není podobného potvrzení potřeba. Proto jsem absolvované preventivní prohlídky před odjezdem do Velké Británie považovala, jako iniciativu samotných respondentů a konverzačních partnerů s tím, že o svém zdraví uvažují a považují ho za důležitý aspekt, který by měli zapojit do plánovacího procesu. Konverzačními partnery reflektovaným důvodem k návštěvě lékaře z důvodu preventivní prohlídky před stěhováním se do jiné země je předejití zdravotním problémům a získání léků na předpis. Podle výpovědí dotazovaných se nejčastěji jednalo o specialisty:

„Tak moc jsem to nehrotil, ale raději jsem si došel k zubaři...stejně jsem tam dlouho nebyl. A navíc k mojí smůle... No začátku jsem tady fakt nechtěl mít se zubama nějaký problémy a někde tady shánět zubaře.“ (muž, 1,5 roku).

„Jo byla jsem tenkrát myslím jen za gynekoložkou a očařem. Tak původně jsem tam jela jen na půl roku, takže jsem se na tu dobu chtěla předzásobit antikoncepcí a kontaktníma čočkama.“ (žena, 10 let).

Premigrační preventivní chování českých migrujících zobrazuje graf 2. Nadpoloviční většina (64,7 %) navštívila svého lékaře (např. zubaře, gynekologa, praktického lékaře) z důvodu absolvování preventivní prohlídky kvůli plánovanému odjezdu do VB.

Graf 2 Procentuální četnost preventivních prohlídek v premigrační fázi (N=255).



Zdroj: Vlastní data a sestavení.

4.3 Formální zdravotní péče³¹

Formální lékařská péče byla měřena v podobě četnosti návštěv lékaře za poslední rok a hospitalizace v nemocnici (popisné statistiky viz příloha č. 4, str. 92). Na rozdíl od preventivních prohlídek, tento typ lékařské péče není plánovaný a dá se předpokládat, že aktuální zdravotní problém přiměl jedince využít služeb britské národní zdravotní služby (NHS). Pokud nebudu interpretovat jednotlivé kategorie zvlášť, lze říct, že 23,5 % respondentů nikdy nebylo ve VB u lékaře, takže 76,5 % lékařskou péčí v průběhu jednoho roku využilo. Hospitalizováno v nemocnici (v průběhu celého pobytu) bylo pouze 10,6 % respondentů. Pokud opět porovnáme české migranty s občany ČR, není mezi jednotlivými kategoriemi výrazný

³¹ Možné faktory determinující jednání českých migrantů ohledně využívání formální péče budou testovány v rámci hypotéz v kapitole 4.5 (str. 62).

procentuální rozdíl, neboť v ČR za poslední rok navštívilo lékaře 82,6 % lidí, nikdy 17,36 %. A hospitalizováno bylo 16,3 % Čechů (ISSP Research Group 2015). Zatímco v rámci návštěvnosti preventivních prohlídek je mezi českou populací v ČR a respondenty zastupující českou populaci ve VB znatelný rozdíl (viz kapitola 4.2.3, str. 50).

Dotazník nezjišťoval typy lékařského zařízení, dotazovala jsem se pouze na lékaře, nemocnici a preventivní prohlídky, takže nelze jednoznačně popsat, kde přesně čeští migranti lékařskou péči využívají. Během rozhovorů konverzační partneři konkrétně hovořili nejčastěji o „GP“ (general practitioner, v českém kontextu se jedná o obvodního lékaře), který je ve VB primárním zdrojem lékařské péče. Zmiňovaná byla také návštěva ambulance z důvodu úrazu nebo specializovaného lékařského pracoviště.

4.3.1 Formální zdravotní péče využívaná v ČR

Na úrovni formální zdravotní péče lze již sledovat transnacionální jednání, jelikož čeští migranti využívají služeb lékařských zařízení také v České republice. A mnohdy dávají přednost českému zdravotnictví před britským, zejména pokud nejsou ve VB déle než pět let. Takovéto jednání již bylo mnohokrát identifikováno v obdobných výzkumech a není ničím neobvyklým (Goodwin et al. 2013; Gushulak a MacPherson 2011). Konverzační partneři přiznali, že podstupují lékařské ošetření v ČR, protože zároveň disponují českým zdravotním pojištěním:

„Jako živnostník v České republice tam zároveň platím daně a i zdravotní pojištění. Chtěla jsem stále chodit ke svým doktorům.“

(žena, 3 roky)

„Jinak já jsem až do loňska měla doktory v Čechách. Stát ti platí pojištění do 26 let, pokud jsi student, takže zubaře a gynekology jsem řešila jen v České republice. Dokud mi platilo pojištění

v Čechách, tak moje veškerý návštěvy začínaly tím, že sem šla hned po doktorech a ke kadeřnici.“ (žena, 6 let).

Z rozhovorů vyplynuly také další faktory pro volbu ošetření v ČR, například problém porozumět odborné lékařské angličtině, důvěra v ošetřujícího lékaře, kterého jedinec zná (důležitost důvěry v ošetřujícího lékaře zmiňuje také F. Thomas (2010) a samozřejmě finanční situace:

„Lékařskou péči vyhledám, až když je to akutní. Nejlíp i někdy čekám, až přijedu domů, ty jsem znala. Navíc ta angličtina, ti doktoři mluví tak odborně (...) Takže pokud můžu, naplánuji, kór zubaře anebo tu gynekologii na doma, když se to povede. Samozřejmě, pokud je to něco akutního, jako ten zánět kanálku, tak prostě jdu. Ale spíš se to snažím vyřešit v Čechách. (...) A znám je a přece jenom s mým gynekologem se mi o mých problémech povídá snáz, než tady s někým, koho vidím prvně v životě. (Takže jedním z důvodu, proč jezdíš za doktory do Čech je známost prostředí a léčebných postupů?) Tak, známost prostředí, postupů, svým způsobem jsou to i známí, a abych pravdu řekla, cítím se tam líp, je mi tam příjemněji a když mi něco vysvětlují tak i tomu rozumím“ (žena, 4 roky).

„Zubaře jsem tu díkybohu zatím neřešil...ani nejspíš tady nic řešit nebudu a co jsem navíc slyšel, tak je to tu strašně drahý. Doma v Česku mám známého zubaře, je to přítel mojí kámošky z vysoký, takže vim, že kdyby něco, tak to přes něj můžu vyřešit.“ (muž, 1,5 roku).

Z předchozí výpovědi konverzačního partnera je patrná přítomnost vědomí, že návštěva České republiky kvůli lékařskému ošetření není nic nereálného, k čemuž napomáhá jistě také relativně krátká vzdálenost mezi VB a ČR. S myšlenkou využití lékařské péče v ČR svoji zdravotní situaci řešila také jedna konverzační partnerka, která zároveň zdůraznila vysokou kvalitu českého zdravotnictví:

„Tenkrát s tou nohou jsem věděla, že kdyby něco, tak normálně přijedu do Čech a zaplatím si to a vyšlo by mě to i levněji.(...) My jsme vyhlášení, dá se říct, že Česká republika jako taková je docela na úrovni, jednou tady porovnávali zdravotnictví a Česko bylo na 4. místě.“ (žena, 15 let).

4.4 Neformální zdravotní péče

Pod pojmem neformální zdravotní péče se skrývá alternativní či komplementární medicína a léčba na základě sebediagnostické nemoci, která zahrnuje užívání volně prodejných léků bez předchozí konzultace s lékařem.

V přístupu k prevenci a léčbě nemocí v současnosti stále převládá západní diskurs (jak v ČR tak ve VB), což výsledky z dotazníku potvrzují (viz příloha č. 5), protože nikdy nevyužilo **alternativních lékařských služeb** 85,9 % respondentů. Další kategorie značí, že tento odlišný medicínský přístup není úplnou neznámou, protože souhrnně 14,1 % českých migrantů svůj zdravotní stav řešilo za jeho pomocí. Dotazník přímo neměřil, zda respondent využívá tradiční medicínu na úkor té konvenční (tedy alternativní medicínu), nebo zda je respondentův přístup komplementární (využívá souběžně tradiční i konvenční medicíny). Ale na základě analýzy (tabulka 3) lze říct, že pouze 3 respondenti (8,3 %), kteří uvedli, že nikdy za posledních 12 měsíců nebyli u lékaře, navštívili odborníka praktikujícího alternativní medicínu. A 26 % respondentů využilo obou typů péčí.

Tabulka 3 Absolutní (relativní) četnosti využívání formální a alternativní lékařské péče (N=255).

	Nevyužil/a alternativní péči	Využil/a alternativní péči
Nevyužil/a formální péči	33 (91,7)	3 (8,3)
Využil/a formální péči	162 (74,0)	57 (26,0)
Celkem	219 (100)	36 (100)

Zdroj: vlastní data a výpočty.

Nahradit konvenční medicínou tradiční čínskou se snažila i jedna z konverzačních partnerek. Z její výpovědi je patrný etnocentrický přístup, se kterým k léčbě přistupovala. Navíc svoji roli s negativní zkušeností sehrála také otázka financování zkoušené alternativní léčby:

„Zkoušela jsem čínskou medicínu, kde mi napytlíkovali čaje, byl to teda hroznej humáč, vůbec mi to nechutnalo a bylo to teda drahý, za ten týdenní pytlík bylin jsem zaplatila 50 liber. Bylo to přímo tady ve městě, protože jsem v sobě měla infekci a nějak jsem nebyla schopna se dopracovat k doktorovi a jakoby víc to řešit. Tak jsem hledala nějakou alternativní medicínu, myslela jsem si, že se to spraví. Spravilo se to, já jsem pak shodou okolností dostala antibiotika a zmizela i vyrážka. Takže jsem tu alternativní medicínu zkoušela, ale není to pro mě, dávám přednost práškům a alternativní medicínu beru jako prevenci. (...) Navíc mi přijde, že je to i o něco dražší a i míň účinnější, když si spočítáš, že se to musí brát o něco dýl, tak mi přijde, že je to i nevýhodný.“ (žena, 4 roky).

Také z výpovědi dalších konverzačních partnerů rozhodně nevyplývá, že by tradiční medicínou nahrazovali tu konvenční. Pro dotazované je odlišný postup léčby a samotného vyšetření nezvyklý či nepohodlný a v mnohém se od toho konvenčního liší: *„No asi ne, ne že jí nevěřím, ale v tu chvíli si nedovedu představit, že bych tady vyvařoval nějaký šalvějový čaj nebo co.“* (muž, 4,5 roku). Je patrné (i z příspěvku od ženy, která je ve VB 4 roky), jak důležitou roli hraje socializace do modelů lékařské péče a jejího využívání (v tomto případě do konvenční západní medicíny) (Kinlay 1973):

„Tady si vařim maximáně tak bylinné čaje, to jo, ale spíš jako prevenci, nebo něco co ti zmírní obtíže, ale rozhodně si nemyslim, že by je pomohly vyléčit.(...) tenkrát v Čechách jsem byla u čínského léčitele, byl to normálně Čech, ale používal nějaké čínské

praktiky...těžko říct jestli mi ty sakra drahý prášky tenkrát zabraly, protože jsem k tomu ještě normálně chodila ke kožní doktorce... Ale prostě mě se nelíbil ten jeho přístup, mluvil se mnou jako bych si za ty problémy mohla sama a i to rádoby vyšetření bylo divný. Takže od té doby nikoho takovýho nevyhledávám ani tady.“ (žena, 10 let).

Z výpovědi konverzační partnerky žijící ve VB 10 let je patrné, že její negativní přístup k alternativní medicíně není důsledkem migrační zkušenosti, ale zkušeností s alternativním typem lékařské péče, kterou již získala v zemi původu. Toto chování tak pouze reprodukuje i ve své nové zemi.

Užívání volně prodejných léků a jiná samoléčba

V případě nemoci, jedinec sám může rozhodnout o léčbě. Pokud z nějakého důvodu nevyhledá profesionální lékařskou péči (např. sám zhodnotí svůj zdravotní problém jako méně závažný), snaží se si pomoci jemu dostupnými a známými prostředky. Volně prodejné léky bez předchozí konzultace s lékařem užívá většina (83,5 %) respondentů zastupující české migranty (viz příloha č. 5, str. 92). Mým záměrem bylo postihnout zdroj těchto užívaných léků (tabulka 4), abych mohla identifikovat transnacionální jednání a síť sociálních kontaktů české národnosti ve VB. Téměř 78 % respondentů si kupuje léky v britských obchodech či lékárnách. Jak potvrzuje jeden z konverzačních partnerů, který neshledává ve shánění volně prodejných léků žádné překážky a ani závislost na distribuci ze strany sociálních sítí: *„Normálně je kupuji v Bootsu, který je tu snad na každém rohu. Kolikrát zaregistruju i stejnou značku, která se taky v Čechách prodává.“ (muž, 1,5 roku).*

Tabulka 4 Četnost různých zdrojů volně prodejných léků

	N	%
Obchod/lékárna ve VB	198	77,7
Přátelé/známí ve VB	11	4,3
V ČR (v rámci návštěv)	91	35,7
Přátelé/známí v ČR	30	11,8

Zdroj: Vlastní data a výpočty.

Pozn.: Respondenti volili odpovědi, které v jejich případě přicházely v úvahu.

České sociální sítě ve VB (přátelé a známí) využívá jako zdroj léků pouze 4,3 % respondentů a ani mezi konverzačními partnery nezazněl tento zdroj jako důležitý. Zjištěné výsledky nepotvrzují předpoklady ohledně sítí stejné národní příslušnosti, jakožto zdroje (zejména tradičních) medikamentů (Menjívar 2006; Messias 2002; Thomas 2010). Nabízeným vysvětlením je, že užívané volně prodejně léky v ČR se svým principem neliší od těch, které jsou distribuované pro VB. České sítě byly využity pouze, když se jednalo o konzultaci zdravotního problému a následného doporučení konkrétního léku, případně, kde lék pořídit:

„(---) mi doporučila jiný prášky a já jsem se po třech dnech cítila mnohem líp (...) Když nevím, tak se ptám jí, protože ona je tady 14 let a stará se v práci o starý lidi, takže co se týče prášků tak ona ví. Má i od těch starých lidí vytipováno, že tuto je dobrý prášek na chřipku.“ (žena, 4 roky).

„Já jsem se tenkrát na všechno ptala kolegů v práci (pozn. české národnosti), takže i na to, jak se jmenuje prášek na bolest hlavy... Prostě něco jako české Ibalgin a samozřejmě, kde ho tu seženu. Ale teď už se ptám rovnou v obchodě.“ (žena, 10 let).

České sítě v transnacionálním prostoru byly kvantitativně zjišťovány jako zdroj volně prodejných léků (tabulka 3). Necelým 12 % respondentů léky dovážejí či posílají jejich přátelé a známí žijící v ČR. Za transnacionální jednání považují také to, pokud si jedinec sám pořídí léky v České

republike v rámci návštěvy. Z ČR si takto léky přiváží necelých 36 % respondentů. Konverzační partneři tak činí nebo dříve činili z následujících důvodů: jsou na konkrétní léky zvyklí (a to i přesto, že dle dalších výpovědí není problém najít ekvivalent) nebo při stěhování do VB sloužila základní domácí lékárnička jako pojistka proti případnému onemocnění:

„Po poslední zkušenosti si z domova vozím ophthalmo framykoin... Kdykoliv jsem měla nějaký zánět v oku nebo něco podobného, namazala jsem to tímhle a zabralo to, ale muselo se to namazat hned, jak jsem měla podezření, že by to mohl být zase zánět... Proto si ho vozím.“ (žena, 3 roky).

„Jako já moc léky neberu, max nějaký prášek na bolest, který se tady taky dá sehnat. Když jsem sem jel, tak nějaký základní jsem měl s sebou, protože to zrovna první týden nechceš řešit.“ (muž, 4,5 roku).

Společně s volně prodejnými léky čeští migranti spoléhají na osvědčené domácí léčebné postupy, které praktikovali v době nemoci již v České republice. Takže si toto své jednání ohledně zdraví přenesli také do nové země. Konverzačními partnery byly nejčastěji uváděné následující léčebné suroviny, které souhrnně nazývali „babskými radami“ nebo použili česko-anglický výraz „domácí remedy“: bylinné čaje, med, citrusy, zázvor, máta, česnek a cibule. Praktikovaná samoléčba, ať už má jakoukoliv podobu, je důsledkem zhodnocení zdravotního problému samotným dotázaným jako méně závažným, jež nevyžaduje zásah lékaře. Nicméně z výpovědi některých migrujících vyplynulo, že samoléčba je také důsledkem předchozích zkušeností a nespokojenosti s formální zdravotní péčí ve VB. Další možné faktory budou zohledňovány v následující kapitole.

4.5 Determinující faktory využívání formální zdravotní péče

Každá závislá proměnná je vystavena vlivu všech devíti nezávislých proměnných, jejichž efekt je zachycen v regresních modelech A (návštěva lékaře), B (hospitalizace v nemocnici) a C (preventivní prohlídka). Výsledky poměru šancí zobrazuje následující tabulka 5. Popisné statistiky pro závislé a nezávislé proměnné jsou součástí přílohy č. 6 (str. 93).

Tabulka 5 Výsledky logistické regrese (poměry šancí) pro frekvenci návštěv lékaře (A), hospitalizaci v nemocnici (B) a preventivní prohlídky ve VB (C). (N=255).

	Model A	Model B	Model C
Vzdělání (nižší = ref.)			
<i>Střední</i>	0,43*	0,24*	0,84
<i>Vyšší</i>	0,78	0,29*	0,82
Příjem (nižší = ref.)			
<i>Střední</i>	0,86	0,80	1,24
<i>Vyšší</i>	0,30*	0,28	1,95
Anglický jazyk1 (uživatel A = ref.)			
<i>Uživatel B</i>	0,78	0,89	1,12
<i>Uživatel C</i>	1,81	1,76	1,83
Kontakty s angl. mluvčími (ne = ref.)	1,61	1,01	1,56
Délka pobytu (1 rok = ref.)	0,98	1,04	0,99
Prevence v ČR (ne = ref.)	2,4*	0,86	2,21*
Spokojenost s NHS (nespokojen/a = ref.)			
<i>Ani spokojen/a, ani nespokojen/a</i>	0,56	0,89	0,81
<i>Spokojen/a</i>	1,22	1,29	2,31*
Důvěra v NHS (nedůvěřuje = ref.)	0,62	1,05	0,55
Síť českých kontaktů (silná síť = ref.)			
<i>Středně slabá síť</i>	3,64	0,66	1,48
<i>Slabá síť</i>	3,55	0,95	1,40
Konstanta	0,21	0,25	0,17
χ^2 (df)	27,05 (14)	12,86 (14)	23,95 (14)
Prob> chi2	0,0190	0,5378	0,0465

Pozn.: P - * p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001.

Zdroj: Vlastní data a výpočty.

4.5.1 Vliv indikátorů socioekonomického statusu

Socioekonomický status (či jeho jednotlivé indikátory) je ve výzkumech jednou z nejvyužívanějších proměnných, která je pojímána jako faktor, stojící za ztíženým přístupem migrantů k formální péči (Arnold 1979; Jayaweera a Quigley 2010; Leduc a Proulx 2004). Původní předpoklad, že čeští migranti s vyšším příjmem a vzděláním budou více využívat služeb britských zdravotnických zařízení, dle výsledků z regresních modelů zůstal z větší míry nenaplněn.

Vzdělání

Prvním indikátorem socioekonomického statusu je vzdělání. Vliv vyššího stupně vzdělání na vyšší využívání péče se nepodařilo prokázat (tabulka 5). Šance, že jedinci s nižším vzděláním navštíví jeden z 3 typů formální zdravotní péče je 1,3 krát vyšší ($1/0,78 = 1,28$), než pro jedince se středním nebo vyšším stupněm vzdělání. A to dokonce i u preventivních prohlídek. Nejčastější vysvětlující argumenty vyplývají z faktů, že vzdělanější jedinci mají méně nebezpečnou práci a lépe pečují o své zdraví (Nielsen, Hempler, a Krasnik 2013: 6355).

Příjem

Druhým indikátorem je příjem. V případě návštěv lékaře (model A) a hospitalizace v nemocnici (model B) lze pozorovat menší efekt pro vyšší příjmové kategorie. Šance, že migrant s nižším příjmem navštíví lékaře, je 3,3 krát větší, než u migranta vyšším příjmem ($1/0,3 = 3,3$). Obdobné výsledky platí také pro šanci být hospitalizován v nemocnici. Ti, kteří disponují nízkým příjmem, mají 3,6 krát větší šanci, že budou hospitalizováni. Respondenti byli rovněž dotázáni, zda jim v posledních 12 měsících nebyla poskytnuta lékařská péče, z důvodu jejich neschopnosti si ji zaplatit. A odpovědi jen potvrzují slabý vliv financí,

protože pouze dva respondenti uvedli, že mají tuto zkušenost (viz příloha č. 7, str. 94).

Nabízejí se dvě příčiny takovýchto výsledků. První plyne ze systému britského systému zdravotnictví, který je dostupný všem, bez ohledu, zda jsou schopni za léčbu zaplatit či nikoli (Grosios et al. 2010). Na základě tohoto důvodu lze uvažovat o bezpředmětnosti ekonomického statusu. Druhá příčina obsahuje faktor zdravotně rizikovějších povolání, která jsou hůř finančně ohodnocená (Eduardo Siqueira a Jansen 2012). Někteří konverzační partneři potvrdili, že lékařskou péči vyhledali z důvodu úrazu na pracovišti, konkrétně při práci ve skladu: *„Byl jsem tenkrát na pohotovosti, klasický úraz v práci, kolega blbě naložil paletu a ty bedny mi spadly na nohu. Dost to nateklo, takže jsem šel, ale hlavně taky proto, že jsem chvíli nemohl pořádně chodit a potřeboval jsem potvrzení do práce.“* (muž 1,5 roku). A v kavárně: *„Řízla jsem se, když jsem myla v práci nádobí.“* (žena, 4 roky). Za rizikovější místo považuje své pracovní prostředí také jeden z mužů (2,5 roku): *„V té práci je takový chlad, že když dýchneš, tak jde pára od pusy.“*

Efekt příjmu je ale v případě návštěv preventivních prohlídek (model C) větší pro kategorie indikující vyšší finanční příjem. Šance, že český migrant bude absolvovat preventivní lékařské prohlídky je 1,97 krát větší, jestliže se svým příjmem řadí do vyšší kategorie. Dotazník nezjišťoval konkrétní lékaře, které respondenti navštěvují z důvodu preventivních prohlídek. Ale jeden z nejvíce diskutovaných specialistů, v jehož případě konverzační partneři uvedli jako rozhodující vliv financí, je zubař³²:

³² NHS zavedla poplatky za služby zubařů z důvodu pokrytí nákladů za ošetření, včetně preventivních prohlídek, které spadají do první cenové kategorie (18,80 GBP). Více informací na internetové stránce dentálního zdravotnictví ve VB:< <https://www.dentalhealth.org/tell-me-about/topic/routine-treatment/paying-for-dental-treatment>>.

„Já jsem zaplatila asi 20 liber jenom za to, že jsem otevřela pusu, takže preventivní prohlídka u zubaře vypouštím. (...) Samozřejmě, že když je to akutní a nezabírají ti ani prášky proti bolesti, tak jdeš“ (žena, 10 let).

„Zkušenost výborná, ale ceny šílený.“ (žena, 6 let).

Ve Velké Británii není povinnost platit zdravotní pojištění, tak jak je tomu v případě České republiky, takže při ošetření se pacient nemusí prokazovat průkazem zdravotního pojištěnce. Ve VB se zdravotní pojištění společně se sociálním odečítají z platu v rámci daní. V případě požadavku vyššího krytí lékařských služeb (zejména těch zubařských) je možnost zařízení (zaplacení) soukromého pojištění. Dva konverzační partneři uvedli, že tzv. Bupa (zkr. British United Provident Association) je součástí jejich pracovních benefitů. Jeden z konverzačních partnerů reflektoval důležitost výše své mzdy, která je závislá na vykonávaném povolání:

„Je to docela drahé pojištění a musím říct, že já osobně bych na to neměl peníze.(...) Tak třeba zuby jsem si dřív řešil v Čechách, když jsem neměl to pojištění...No odkládal jsem to, protože jsem věděl, že to bude další extra výdaj, který se samozřejmě nehodí, zvláště když jsem pracoval v méně placených pracích. (Chodil bys na prohlídky k zubaři i bez soukromého pojištění?) Určitě, teď jo, stojí to asi dvacet liber, takže teď by to problém nebyl, ale ze začátku, když nebylo moc peněz, tak nevím no.“ (muž, 4,5 roku).

4.5.2 Vliv stupně akulturace

Znalost majoritního jazyka, delší délka pobytu a síť sociálních kontaktů složená z místního obyvatelstva jsou běžnými ukazateli stupně akulturace a jsou dávány do souvislosti s využíváním formální zdravotní péče.

Znalost angličtiny

Jazykové bariéry jsou považovány za jednu z hlavních příčin, která má za následek omezený přístup k formální zdravotní péči. Předpokládanou důležitost úrovně angličtiny potvrzují výsledky z dotazníkového šetření a také výpovědi konverzačních partnerů.

Proměnná anglický jazyk zastupuje schopnost respondenta použít jazyk v každodenních aspektech, včetně návštěvy u lékaře a její zapojení do regresního modelu potvrzuje vliv na využívání formální zdravotní péče. Zde je namístě nutné podotknout, že výzkumný vzorek je dle sebe samého velmi dobře jazykově vybaven, 81 % dotázaných se řadí do uživatelské kategorie C, tedy té nejvyšší. V případě návštěvy lékaře (model A) je šance, že ji migrující uskuteční 1,68 krát větší u jedinců, jež se řadí do uživatelské kategorie C (tedy nejvyšší jazykové úroveň). U uživatelů nejvyšší jazykové úrovně je rovněž 1,93 krát větší šance, než u uživatelů té nejnižší, že absolvují preventivní prohlídky (model C). A na rozdíl od modelu A, je zde větší efekt přítomný u obou nejvyšších jazykových úrovní. Větší efekt pro nejvyšší jazykovou úroveň lze pozorovat i v modelu B (hospitalizace v nemocnici) a to i přes to, že z věcného hlediska by úroveň jazyka na hospitalizaci vliv mít neměla (model navíc není statisticky spolehlivý). Neboť hospitalizaci doprovází předpoklad, že faktor závažnosti zdravotního problému převyšuje všechny zbylé, tedy i úroveň jazyka.

Problémy s přístupem ke zdravotní péči způsobené omezenou znalostí jazyka má 30 respondentů (12 %). Nejčastěji tento problém řeší tím, že navštěvují lékaře v ČR či jazykově spřízněné (polské) lékaře ve VB nebo jako doprovod si sebou vezmou někoho, kdo komunikuje anglicky bez problémů. Také ale bylo zmíněno řešení, které je v podobě úplného vyhýbání se lékařské péči, čemuž se například britská NHS snaží zamezit pomocí překladatelů (Liano 2011). S touto službou má

zkušenost také jeden z konverzačních partnerů: „(...) dokonce jsem dostal nějakýho překladatele, protože na ty detailnější věci... Doktorka si ho vyžádala, aby se semnou líp domluvila. Já jsem jakoby zvládnul to, co mi říkali tam, ale na ty detailnější věci už byl opravdu potřeba překladatel.“ (muž, 2,5 roku).

Výše citovaný konverzační partner zmínil „detailnější věci“ a také respondenti z dotazníku se odkazovali na odbornou lékařskou angličtinu, která jim činí potíže a to i když dle jejich posouzení angličtinu ovládají na dobré úrovni. Další migrující potvrzuje využívání lékařské péče pouze v akutních případech s tím, že třeba preventivní prohlídky si plánuje v ČR. Jako důvod uvádí právě zmiňovanou odbornou angličtinu a přítomnost lékařských příslušníků jiných národností v britském zdravotnictví:

„Navíc ta angličtina, ti doktoři mluví tak odborně, takže když se snaží něco vysvětlit, tak já z toho chytanu půlku, navíc sem tam jsou to i cizinci a oni mají zvláštní přízvuk. Tuhle jak jsem byla s tím zubem, tak jsem chytla Indku a já jsem jí prostě fakt nerozuměla. (...) Samozřejmě, že když je to něco akutního, jako zánět kanálku tak prostě jdu.“ (žena 4 roky).

Obdobnou zkušenost má i jeden z mužů (1,5 roku), z jehož výpovědi je patrná změna v jednání ohledně jeho přístupu k využívání, respektive k nižšímu využívání lékařské péče. Tuto změnu lze považovat za důsledek migrace:

„Když jsem byl s tou nohou, tak naštěstí se mnou byl kolega, který je s angličtinou úplně někde jinde než já, takže jim všechno potřebný řekl... A jo asi bych to zvládnul i sám, co by mi taky jinýho zbylo...Nechci tím říct, že se díky svojí angličtině lékařům vyhýbám, když ti fakt něco je, tak tohle neřešíš a jdeš tam, ale abych jim tam chodil popisovat, že mě bolí v krku a ať mi na to něco dají, to fakt ne. (A v Čechách bys s tím šel?) Když by mě to hodně štvalo tak jo, ty

prášky na předpis jsou trochu víc účinnější, než to, co koupíš běžně v lékárně si myslím.“

V rozhovorech s konverzačními partnery disponujícími výbornou jazykovou vybaveností nebyly při návštěvě lékařského zařízení komunikační problémy s ošetřujícím lékařem zmíněny. A také z některých výpovědí těchto migrujících vyplynulo, že lékařskou péči nevyhledávali ani v České republice, nebo uvedli jiné důvody, proč nenavštívili lékaře v době nemoci. A samozřejmě další důvod je prostý. Lékařskou péči jednoduše nepotřebovali.

Sít' sociálních kontaktů mezi majoritní společností

Druhou sledovanou proměnnou v akulturaci jsou sociální kontakty s anglicky mluvícími jedinci, kteří se svojí národností řadí k místnímu britskému obyvatelstvu. V případě národnostní rozmanitosti Velké Británie a zejména Londýna je obtížné určit, kdo se řadí do takovýchto sociálních kontaktů. Nicméně pro moji analýzu jsou důležité kontakty jiné než české národnosti, se kterými dotazovaní komunikují anglicky. Pokud jedinec těmito kontakty disponuje, značí to, že není zcela odkázán (vědomě či nevědomě) na svoji národnostní komunitu.

V případě polských migrantů žijících ve VB se potvrdilo, že jejich kontakty s majoritní společností zvyšují pravděpodobnost využívání formálních lékařských zařízení (Goodwin et al. 2013: 166). Vztah k majoritní společnosti je odrazem toho, do jaké míry je identita migranta orientována na hostitelskou zemi (Easthope 1989; Heim, Hunter, a Jones 2011). Výsledky logistické regrese (tab. 5, str. 62) tyto předpoklady naplňují a je zde patrný efekt sítě kontaktů na využívání dvou typů zdravotní péče. Šance navštívit lékaře (model A) je 1,6 krát větší u respondentů, kteří uvedli, že britskými kontakty disponují. A stejně vyšší šance (1,56) je také s absolvováním preventivních prohlídek (model C).

Délka pobytu

Posledním měřeným ukazatelem akulturace je délka pobytu, která je taktéž považována jako determinant využívání zdravotní péče. Nicméně se v rámci tohoto názoru objevují smíšené dosavadní výsledky. Některé výzkumy potvrzují, že jedinci, pro něž je migrace čerstvou záležitostí, jsou ovlivněni svojí neznalostí místního zdravotního systému (Kennedy et al. 2006). Také je v této souvislosti zmiňováno zdravotní pojištění. „V ČR s délkou pobytu narůstá počet migrantů, kteří již mají řádnou pracovní smlouvu, platí zdravotní pojištění a našli si „své“ doktory“ (Jelínková 2007).

Na druhou stranu z dalších výzkumů nevyplývá jednoznačná podpora názoru ohledně délky pobytu (Scheppers 2006). A výsledky modelů logistické regrese rovněž nepotvrzují jednoznačně větší efekt pro jedince s delší délkou pobytu. S každým přibývajícím rokem se šance navštívit lékaře (model A) nebo preventivní prohlídku (model C) sníží 0,98 a 0,99 krát. Jinak řečeno, šance využití lékařské péče je pro všechny jedince s odlišnou délkou pobytu téměř stejná. V modelu B (hospitalizace v nemocnici) se efekt délky pobytu nepatrně zvyšuje, s každým rokem o 1,04, ale v konečném důsledku je šance pro všechny rovněž stejná.

Z výpovědí konverzačních partnerů taktéž není patrný vliv jejich délky pobytu v Británii na využívání zdravotní péče. Paradoxně návštěvu lékaře, respektive pohotovosti z důvodu úrazů, zmiňovali častěji migrující v souvislosti s jejich počáteční migrační zkušeností. V jejich případě sehrál důležitější roli faktor jimi vykonávaného zaměstnání, charakteristického vyšším rizikem úrazu. S přibývajícími lety došlo k progresu v jejich kariéře a nyní zastávají méně rizikové povolání. Délka pobytu, na rozdíl od dalších ukazatelů akulturace úrovně jazyka a kontakty s majoritní společností, nemá na jednání českých migrantů v podobě využívání formální zdravotní péče vliv.

4.5.3 Vliv využívání lékařské péče v zemi původu

Kvantitativně bylo využívání lékařské péče v České republice pouze otázkou na pravidelnost preventivních prohlídek. Předpokládala jsem, že takovéto jednání ohledně zdraví, je přenositelné i do cílové země. Již v kapitole 4.2.3 (str. 50) byl ale zmíněn pokles o 47 % v absolvování preventivních prohlídek ve VB oproti ČR. Výsledky regresních modelů (tab. 5, str. 62) vliv premigračního jednání potvrzují. Je 2,4 krát větší šance pro ty, kteří potvrdili preventivní prohlídky v ČR, že v Británii využijí lékařské péče (model A). Efekt dřívějšího preventivního jednání je zřejmý také u současného preventivního jednání (model C). Pokud migrant využíval preventivní lékařskou péči v zemi původu, je u něj 2,21 krát větší šance, že tak bude činit i ve VB. Zajímavý je také výsledek v modelu B, dle kterého lze vyvodit účinnost prevence prováděné v ČR. U jedinců, kteří pravidelně absolvovali preventivní prohlídky v ČR, je nepatrně vyšší šance ($1/0,86 = 1,16$), že nebudou hospitalizováni v nemocnici, oproti těm, kteří prevenci zanedbávali.

Jednání v podobě využívání zdravotní péče v zemi původu v širší podobě než jsou pouze preventivní prohlídky a jeho vliv na jednání v cílové zemi potvrdili také konverzační partneři v rozhovorech. Tato tendence se ale projevila v opačné podobě. Pokud migrující se svým zdravotním problémem nenavštívil ve VB lékaře, tak dle nich samotných by ho nenavštívili ani v ČR. „*Tak já bych s tím (pozn.: zánět močových cest) k doktorovi nešla ani v Čechách. O antibiotika nestojím, tady by mi je beztak dali taky... tohle řeším a vždycky jsem řešila samoléčbou, která mi zabírá.*“ (žena, 3 roky). Uvedený příklad jednání jedné z konverzačních partnerek potvrzuje důležitost faktoru samotného jedince a jeho schopnosti vnímat a vyhodnocovat svůj zdravotní stav (Andersen a Newman 1973).

To samé platí také v případě preventivních prohlídek: *„Preventivní prohlídka tady u zubaře vůbec hele, dyť jsem nechodil pořádně ani doma v Čechách.“* (muž, 1,5 roku).

4.5.4 Vliv spokojenosti a důvěry

Na začátek této dílčí kapitoly považuji za vhodné uvést fakt, že pověst britské NHS není mezi českými migrujícími příliš dobrá³³. I když jsem k dotazníku přiložila krátkou anotaci, mnozí respondenti stále považovali za záměr mé práce právě posouzení úrovně NHS. Během celého výzkumu a také v rozhovorech s konverzačními partnery jsem se setkávala s výše zmíněným názorem, který byl založený buďto na vlastní zkušenosti migrantů či jejich blízkých: *„Po zkušenosti mé přítelkyně, která tam šla s chřipkou, tak vim, že tam nemá cenu jít, protože ti předepíšou volně prodejný lék“* (muž, 4,5 roku), nebo ho slyšeli od svých známých: *„Dostat schůzku s obvodákem, to jsou třeba dva i tři tejdny štace... Ale tohle jsou zkušenosti od mých známých, já jsem si tím neprošla.“* (žena, 4 roky), četli v internetových diskusích, na Facebooku či blozích: *„Tady máš různá fóra, všichni si píšou ty blogy, lidi tam píšou svoje zkušenosti.“* (žena, 15 let).

Konkrétní příčina v nespokojenosti pramenila z chybně stanovené diagnózy a následného předepsání nezabírajícího léku, doporučení volně prodejného léku, dlouhé čekací lhůty, nutnosti si předem zařídit schůzku či z léčebných postupů, které nebyly dotazovanými očekávány na základě zkušenosti z ČR:

„Nejdřív mi na to oko předepsali nějakou mastičku, jenže ta nezabírala, tak mi předepsali kapky, tak jsem to užíval a zase nic... Tak mi pak brácha řek, hele zkus tyhle kapky, který jsem pak sehnal“

³³ Kvalitativní rozhovory ve výzkumu zabývající se polskými přistěhovalci ve VB ukazují, že nejen Češi jsou nespokojení (Goodwin, Polek, a Goodwin, Kinga 2013).

na Ebay... A to oko se mi začalo lepšit. Na kontrole mi doktor řek, že teda ať si ty svoje kapky používám dál, když jsou lepší.“ (muž, 2,5 roku).

„Jednou se mi stalo, že jsem šla s chřipkou k doktorovi a tam se mi ten jejich přístup nelíbil. (...) Chtěla jsem se zeptat, aby mi doporučila nějakou léčbu, nebo prášky a ona mi řekla: cucejte Strepisils. Už i z toho důvodu tam k těm doktorům nejdu, co můžu, to si vyléčím sama.“ (žena, 4 roky).

„Když máš chřipku, tak si tady musíš domluvit appointment s doktorem. Takže když zavoláš, tak ti řeknou, ať si vezmeš paracetamol a zavoláš za tři dny, nebo tě objednej na příští týden.“ (žena, 6 let).

„No očekávala jsem, že mi to zašijou, ale nezašili, zalepili mi to nějakou směsí. (...) Jako nebyla to rána přes celou ruku, ale myslím, že šít by to měli.“ (žena, 4 roky).

Nespokojenost s provedeným ošetřením či naordinovanou léčbou má v některých případech za následek to, že migrant dále lékařskou péči (zejména u obvodního lékaře) vyhledávat nebude. Nutno podotknout, že takovéto rozhodnutí se týká méně závažného zdravotního problému, jakým je například chřipkové onemocnění. Pokud je problém dotazovanými posouzen jako akutní či vážný, volí stále zdravotní služby NHS. Jiní konverzační partneři vyvodili jako důsledek nespokojenosti s poslední zkušeností u obvodního lékaře ten, že volí raději přímo specialisty, které si sami vyhledají. Nespokojenost se systémem v podobě „nejdřív GP poté specialista“ je považována také za jednu z bariér v přístupu k lékařské péči a to zejména, pokud v zemi původu byli migranti zvyklí navštívit přímo specialistu (Scheppers 2006):

„Když jsem měla bulku na noze, tak mi to bolelo jako čert a já jsem věděla, že to není nějaká bradavice nebo uzlina, tak jsem šla k doktorce a ona: no to máš prostě uzlinu, na tady máš antibiotika. (...) Brala jsem je asi 5 dní a to jsem přesně věděla, že jsem brala antibiotika pro nic. Tak jsem řekla, že na to prdím a šla jsem k tomu, jak tam dělaj nohy, zaplatila jsem si to sama a týpek mi řek, že tam mám něco píchnutýho, že se to zaněcuje a musí to ven, tak mi dal takový kapky... Tak jsem si to kapala a ty kapičky mi to prostě vyžraly.“ (žena, 15 let).

Faktor spokojenosti se zdravotním systémem je v Andersenově a Newmanově (Andersen a Newman 1973) modelu řazen do vnějších faktorů využívání zdravotní péče. Jeho vliv potvrzují rovněž výsledky z regresních modelů (tab. 5, str. 62). Šance na využití lékařské péče (model A) „spokojenými“ migranty je 1,22 krát větší, nežli je tomu v případě těch, kteří uvedli, že jsou nespokojeni. Také u preventivních prohlídek (model C) lze sledovat vliv spokojenosti, který je navíc velmi silný. Šance absolvování preventivní prohlídky je 2,31 krát větší u respondentů, jež jsou spokojeni, než u referenční kategorie. Nicméně vliv důvěry v britskou NHS regresní výsledky neprokázaly. Ale přesto lze na výpovědi jedné z konverzačních partnerek, respektive na jejím jednání sledovat důležitost důvěry. Během rozhovoru zmínila, že volí možnost ošetření v ČR, protože to jsou „její“ doktoři a ona je zná: *„(...) už jsem ho víckrát viděla a mám takovej klidnější pocit a snáz se mi s ním komunikuje.“* (žena, 4 roky). Každopádně z její výpovědi je patrná důvěra v konkrétního lékaře, která je založena na předešlé zkušenosti, nikoliv důvěra v britskou NHS.

4.5.5 Vliv sítě českých kontaktů

Přítomnost sítě složené z jedinců české národnosti a její vliv na využívání zdravotní péče, byla částečně zmíněna v kapitole zabývající se stupněm

akulturace, respektive sítí britských kontaktů (4.5.2, str. 65). Předpokladem poslední hypotézy je, že pokud je migrant obklopen pouze jedinci stejné národnosti, bude se na ně více spoléhat a jeho jednání ohledně využívání zdravotní péče a zdraví celkově bude orientováno do České republiky. Tabulka 5 (str. 62) a v ní zobrazené regresní výsledky potvrzují vliv sítí českých kontaktů. Šance návštěvy lékaře je větší u migrantů se slabou sítí kontaktů (poměr šancí 3,55) a u preventivních prohlídek taktéž (poměr šancí 1,4).

Vliv hustoty sítí lze rovněž pozorovat, respektive nepozorovat v transnacionálním jednání. Konverzační partneři, kteří po příjezdu do VB neměli k dispozici podporu ze strany českých kontaktů a v současnosti mezi jejich přáteli převažují jiní, než ti české národnosti, byli a jsou více orientováni na zdravotní péči v hostitelské zemi. Taktéž při shánění informací využívají spíše britských zdrojů (přátelé, kolegové v práci, tisk, oficiální internetové stránky institucí atd.).

Migrující, jež jsou naopak obklopeni širší sítí složené z jedinců české národnosti, vykazují na této síti větší závislost v podobě hledání informací ohledně zdraví (k jakému lékaři zajít, kde sehnat léky atd.). Také je zde identifikovatelné transnacionální jednání, protože dotazovaní ve svých výpovědích uváděli, že si dováží léky z ČR, anebo zde lékařskou péči přímo využívají. Ale rozhodně nelze potvrdit, že sítě slouží jako zdroj neformální lékařské péče na úkor té formální, jako je to patrné z výsledků jiných výzkumů (Menjívar 2006; Messias 2002).

5 ZÁVĚR

Stanoveným cílem výzkumu bylo zmapování situace týkající se zdraví českých migrantů ve Velké Británii, jejich péče o zdraví, formální a neformální zdravotní péči a faktory mající vliv na využívání formální zdravotní péče. Také jsem věnovala pozornost transnacionálnímu jednání, které ale nebylo potvrzeno ve všech případech. Obecně nelze říct, že by čeští migrující spoléhali na transnacionální síť jako na výhradní zdroj lékařské péče nebo léků.

Výsledky složené z kvantitativních a kvalitativních dat dávají za pravdu selektivnímu výběru migrace. Jak respondenti, tak konverzační partneři disponují převážně středoškolským a vysokoškolským vzděláním, jsou výborně jazykově vybaveni, a co se zdraví týče, potvrzují hypotézu zdravého migranta. Konec konců i oni své zdraví hodnotí jako velmi dobré. V péči o své zdraví vykazují jak pozitivní, tak negativní jednání. Na jedné straně čeští migrující s vyšším stupněm akulturace snižují rizikové chování tím, že méně pijí alkohol a kouří cigarety, ale na druhou stranu vynechávají preventivní lékařské prohlídky.

Formální lékařská péče ve VB začíná nejprve u obvodního lékaře, kterého většina dotazovaných navštívila. Stejně jako specialisty či pohotovost. Nicméně častá nespokojenost s poskytnutou péčí (zejména u obvodního lékaře) vedla k omezení návštěv pouze na akutní zdravotní problémy nebo k vyhledání specialisty a to na základě vlastní iniciativy. Výjimkou nebylo také transnacionální jednání, v jehož rámci dotazovaní navštívili lékaře v ČR. Neformální péči si čeští migranti zajišťují sami v podobě volně prodejných léků, které jsou nejčastěji kupované ve VB, ale také dovážené ze země původu. Migranti využívají rovněž léčebných postupů (čaj, med, citron, zázvor, atd.), které si osvojili již v ČR. Málo zastoupená byla také alternativní medicína. U tohoto typu léče se jedná

spíše o doplněk ke konvenčnímu způsobu léčby. Rozhodně nelze říct, že by sloužila jako její náhrada.

Poslední část výzkumu byla zaměřena na využívání formální zdravotní péče. Prvně jsem testovala vliv vzdělání a příjmu s tím, že jsem předpokládala větší využívání lékařské péče u vyšších vzdělanostních a příjmových kategorií. A příjmový faktor naplnil předpoklad pouze u preventivních prohlídek, kde zejména u těch zubařských hrají finance zásadní roli. Důvodem je neúplné pokrytí léčebných nákladů ze strany státu. Částečně lze přijmout hypotézu ohledně vyšší akulturace. Znalost anglického jazyka a síť sociálních kontaktů s majoritní společností mají na využívání péče vliv. Obojí totiž značí hodnotovou orientaci na hostitelskou zemi. Nicméně nebyl prokázáný předpokládaný vliv délky pobytu. Naopak se potvrdil předpoklad důležitosti toho, jak často jedinec využíval lékařskou péči, respektive absolvoval preventivní prohlídky v zemi původu. Důležitým faktorem je rozhodně spokojenost se zdravotním systémem. Pokud něco donutilo dotazované přehodnotit své jednání ve využívání zdravotní péče, tak to byla právě negativní zkušenost s britským lékařským zařízením. Tím se dotazovaní jenom utvrdili v tom, že špatná pověst NHS (nejen) mezi Čechy, je oprávněná. Posledním potvrzeným faktorem je síť českých kontaktů. Lze říct, že čím je tato síť menší, tím je větší pravděpodobnost využití lékařské péče v hostitelské zemi. Tento výsledek je z části daný tím, že česká komunita není ve VB tak rozšířena, jako například ta polská a navíc někteří dotazovaní uvedli, že české kontakty ani nevyhledávají.

Výsledky jednoznačně nepotvrzují vliv migrace na zdraví jedinců (v tomto případě výsledky potvrzují hypotézu selektivního výběru) a zejména není znatelný její vliv na využívání zdravotní péče. Lze říct, že důležitou roli zastává „nemigrační“ faktor a to jednání, která si migrující osvojil v zemi původu, tedy v České republice. Ve Velké Británii je pouze reprodukuje. Tzv. socializace do modelů lékařské péče, která zahrnuje,

kde a jakou péči vyhledat, jak jí využívat, jak postupovat během nemoci atd. Zároveň si jedince již od dětství vytváří síť ošetřujících lékařů zahrnující praktického lékaře, zubaře, gynekologa a další specialisty na základě jeho zdravotních problémů. Nicméně v případě přestěhování do jiné země, si „své“ doktory s sebou nevezme. Češi jsou zvyklí na léčebné postupy od „svých“ doktorů a také jsou zvyklí navštěvovat specialisty, kdežto ve VB jsou odkazováni nejdříve k obvodnímu lékaři. Pokud bych měla určit zásadní faktory, které determinují jedincovo jednání, pak to budou absence „svých“ doktorů a socializace do modelů lékařské péče. Samozřejmě, že nelze dogmaticky určit jednotnou sadu faktorů mající vliv jak na samotné zdraví, tak na jednání s ním spojené, neboť možných migračních, ale také nemigračních faktorů existuje celá řada (např. Scheppers 2006).

Obdobné výzkumy zaměřené na využívání formální lékařské péče migranty v cílové zemi často spojuje jeden aspekt. Tím je předpokládaný rozdíl v sociokulturních kontextech mezi původní zemí migrantů a cílovou zemí, který se projevuje (mj.) v oblasti zdraví. Existuje celá řada léčebných postupů charakteristická pro „nezápadní“ země. Jejich populace využívá rozmanité a z různých zdrojů pocházející léčebné postupy a procedury. Například ošetření za použití rostlin, zvířat, modliteb a dalších typů duchovní praxe (Stekelenburg et al. 2005; Thomas 2010). Pro samotné migranty tak dochází ke konfrontaci pro ně tradičního způsobu péče o zdraví a léčebných postupů s biozápadní medicínou praktikovanou příslušným zdravotním systémem nové země. Je ale bezpochyby, že čeští migranti po příjezdu do Velké Británie v tomto ohledu „kulturní šok“ nezažijí. V obou zemích totiž dominuje biozápadní medicína. A rovněž podmínky využívání lékařské péče kladené britským zdravotním systémem nejsou překážkou pro české migrující. Pomyslné bariéry bourá také členství ČR v Evropské unii a tím legální pobyt Čechů ve VB.

V neposlední řadě je zapotřebí reflektovat již zmiňované omezení výzkumu v podobě absence opory výběru. Dalším limitem je příliš malý počet respondentů a konverzačních partnerů na to, abych si mohla dovolit zde prezentované výsledky vztáhnout na celou cílovou populaci českých migrantů žijících ve Velké Británii.

6 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ

- Abraído-Lanza, Ana F., Maria T. Chao, a Karen R. Flórez. 2005. „Do Healthy Behaviors Decline with Greater Acculturation?: Implications for the Latino Mortality Paradox". *Social Science & Medicine* 61(6):1243–55.
- Agnew, Vijay, ed. 2009. *Racialized migrant women in Canada: essays on health, violence and equity*. Toronto; Buffalo, NY: University of Toronto Press.
- Andersen, Ronald M. 1995. „Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter?" *Journal of Health and Social Behavior* 36(1):1–10.
- Andersen, Ronald. a John F. Newman. 1973. „Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States". *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society* 51(1):95–124.
- Arnold, Fred. 1979. „Providing Medical Services to Undocumented Immigrants: Costs and Public Policy". *International Migration Review* 13(4):706–15.
- Baršová, Andrea a Pavel Barša. 2005. *Přistěhovalectví a liberální stát: imigrační a integrační politiky v USA, západní Evropě a Česku*. Brno: Masarykova univerzita, Mezinárodní politologický ústav.
- Bártlová, Sylva. 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada.
- Bircher, Johannes. 2005. „Towards a Dynamic Definition of Health and Disease". *Medicine, Health Care and Philosophy* 8(3):335–41.
- Bogue, Donald Joseph. 1969. *Principles of Demography*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Brzoska, Patrick et al. 2015. „Reviewing the Topic of Migration and Health as a New National Health Target for Germany". *International Journal of Public Health* 60(1):13–20.
- Castles, Stephen a Mark J. Miller. 2003. *The Age of Migration*. New York: Guilford Press.
- Council for Cultural Co-operation, ed. 2009. *Common European Framework of Reference for Languages: Learning, Teaching, Assessment*. 10. printing. Cambridge: Cambridge Univ. Press [u.a.].

- Creswell, John W. a Vicki L. Plano Clark. 2011. *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. Thousand Oaks: SAGE.
- Creswell, John W., Vicki L. Plano Clark, Michelle L. Gutmann, a William E. Hanson. 2003. „Advanced mixed methods research designs." S. 209–40 in *Handbook of mixed methods in social and behavioral research*. Thousand Oaks.
- Davies, Anita A., Anna Basten, a Chiara Frattini. 2009. „Migration: A Social Determinant of the Health of Migrants". *Eurohealth* (16):10–14.
- Disman, Miroslav. 2002. *Jak se vyrábí sociologická znalost. Příručka pro uživatele*. Praha: Karolinum.
- Domnich, Alexander, Donatella Panatto, Roberto Gasparini, a Daniela Amicizia. 2012. „The “healthy Immigrant” Effect: Does It Exist in Europe Today?" *Italian Journal of Public Health* (3). Získáno 12. únor 2016 (<http://ijphjournal.it/article/view/7532>).
- Easthope, Gary. 1989. „Ethnicity and health". S. 169–81 in *Sociology of health and illness: Australian readings*, editoval G. M. Lupton. South Melbourne: Macmillan Co. of Australia.
- Eduardo Siqueira, C. a Tiago Jansen. 2012. „Working Conditions of Brazilian Immigrants in Massachusetts". *Journal of Immigrant and Minority Health* 14(3):481–88.
- EUFIC. 2012. „Fruit and vegetable consumption in Europe – do Europeans get enough?" *European Food Information Council Review* (1). Získáno (<http://www.eufic.org/article/en/expid/Fruit-vegetable-consumption-Europe/>).
- Evans, Alison, Jonathan Elford, a Dick Wiggins. 2008. „Using the Internet for Qualitative Research". S. 315–33 in *The SAGE Handbook of Qualitative Research in Psychology*. London: SAGE Publications Ltd. Získáno 10. únor 2016 (http://sk.sagepub.com/reference/hdbk_qualpsych/n18.xml).
- Evans, Jeffrey. 1987. „Introduction: Migration and Health". *International Migration Review* 21(3):5–14.
- Evenson, Kelly R., Olga L. Sarmiento, Kathy W. Tawney, M. Lisa Macon, a Alice S. Ammerman. 2003. „Personal, Social, and Environmental Correlates of Physical Activity in North Carolina Latina Immigrants". *American Journal of Preventive Medicine* 25(3 Suppl 1):77–85.

- Faist, Thomas. 2000. *The volume and dynamics of international migration and transnational social spaces*. Oxford: Oxford; New York: Clarendon Press; Oxford University Press.
- Faist, Thomas. 2006. „The transnational social spaces of migration”. Získáno (http://www.uni-bielefeld.de/tdrc/ag_comcad/downloads/workingpaper_10.pdf).
- Flick, Uwe. 2009. *An Introduction to Qualitative Research*. Los Angeles, Calif.: SAGE.
- Glassner, Martin Ira a Chuck Fahrer. 2003. *Political Geography*. New York: John Wiley and Sons.
- Goodwin, Robin, Ela Polek, a Goodwin, Kinga. 2013. „Perceived Changes in Health and Interactions With “the Paracetamol Force”: A Multimethod Study”. *Journal of Mixed Methods Research* 7(2):152–72.
- Grosios, Konstantina, Peter B. Gahan, a Jane Burbidge. 2010. „Overview of Healthcare in the UK”. *EPMA Journal* 1(4):529–34.
- Gushulak, Brian D. a Douglas W. MacPherson. 2011. „Health Aspects of the Pre-Departure Phase of Migration”. *PLoS Medicine* 8(5):e1001035.
- Harley, Kim a Brenda Eskenazi. 2006. „Time in the United States, Social Support and Health Behaviors during Pregnancy among Women of Mexican Descent”. *Social Science & Medicine* 62(12):3048–61.
- Hawkins, Summer Sherburne, Kate Lamb, Tim J. Cole, Catherine Law, a Millennium Cohort Study Child Health Group. 2008. „Influence of Moving to the UK on Maternal Health Behaviours: Prospective Cohort Study”. *BMJ (Clinical research ed.)* 336(7652):1052–55.
- Heim, D., S. C. Hunter, a R. Jones. 2011. „Perceived Discrimination, Identification, Social Capital, and Well-Being: Relationships With Physical Health and Psychological Distress in a U.K. Minority Ethnic Community Sample”. *Journal of Cross-Cultural Psychology* 42(7):1145–64.
- Hendl, Jan. 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
- Holt, Amanda. 2010. „Using the Telephone for Narrative Interviewing: A Research Note”. *Qualitative Research* 10(1):113–21.

- Hosmer, David W. a Stanley Lemeshow. 2000. *Applied Logistic Regression: Hosmer/Applied Logistic Regression*. Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons, Inc. Získáno 10. březen 2016 (<http://doi.wiley.com/10.1002/0471722146>).
- Chakraborty, Bandana M. a Ranajit Chakraborty. 2010. „Concept, Measurement and Use of Acculturation in Health and Disease Risk Studies". *Collegium Antropologicum* 34(4):1179–91.
- Chiswick, Barry R., Yew Liang Lee, a Paul W. Miller. 2008. „Immigration Selection Systems and Immigrants Health". *Contemporary Economic Policy* 26(4):555–78.
- ISSP Research Group. 2003. „International Social Survey Programme: Social Relations and Support Systems / Social Networks II - ISSP 2001". Získáno 7. únor 2016 (<http://dx.doi.org/10.4232/1.3680>).
- ISSP Research Group. 2014. „International Social Survey Programme: Family and Changing Gender Roles IV - ISSP 2012". Získáno 7. únor 2016 (<http://dx.doi.org/10.4232/1.12022>).
- ISSP Research Group. 2015. „International Social Survey Programme: Health and Health Care - ISSP 2011". Získáno 5. únor 2016 (<http://dx.doi.org/10.4232/1.12252>).
- Jandourek, Jan. 2003. *Úvod do sociologie*. Praha: Portál.
- Janghorban, Roksana, Robab Latifnejad Roudsari, a Ali Taghipour. 2014. „Skype interviewing: The new generation of online synchronous interview in qualitative research". *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being* 9(0). Získáno 10. únor 2016 (<http://www.ijqhw.net/index.php/qhw/article/view/24152>).
- Janků, Kateřina. 2006. „Moderní migrace. Stěhování se zvláštním významem". *Sociální studia. Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity* 2006(1):13–27.
- Jayaweera, Hiranthi a Maria A. Quigley. 2010. „Health Status, Health Behaviour and Healthcare Use among Migrants in the UK: Evidence from Mothers in the Millennium Cohort Study". *Social Science & Medicine* 71(5):1002–10.
- Jelínková, marie. 2007. „Přístup (ne)legálních migrantů ke zdravotní péči". *Migraceonline.cz*. Získáno (http://aa.ecn.cz/img_upload/79a33131c9c4293e0fcef50bfa263ef/MJ_Pristup_nelegalnich_migrantu_ke_zdravotnictvi.pdf).

- Jeřábek, Hynek. 2012. „Analytický výzkum a kvantitativní metody v politologii a sociologii". S. 433–67 in *Úvod do studia politiky*, editoval M. Novák. Praha: SLON.
- Katz, David. L. a Ather Ali. 2009. *Preventive Medicine, Integrative Medicine, and the Health of the Public*. Commissioned paper for Institute of Medicine (IOM) of the National Academies.
- Kennedy, Steven, James Ted McDonald, a Nicholas Biddle. 2006. „The Healthy Immigrant Effect and immigrant selection: Evidence from four countries". in *SEDAP Research Program, # 146*.
- Kinlay, John B. Mc. 1973. „Social Networks, Lay Consultation and Help-Seeking Behavior". *Social Forces* 51(3):275.
- Kristiansen, Maria, Anna Mygind, a Allan Krasnik. 2007. „Health Effects of Migration". *Danish Medical Bulletin* 54(1):46–47.
- Lau, Richard R., Marilyn Jacob Quadrel, a Karen A. Hartman. 1990. „Development and Change of Young Adults' Preventive Health Beliefs and Behavior: Influence from Parents and Peers". *Journal of Health and Social Behavior* 31(3):240–59.
- Leduc, Nicole a Michelle Proulx. 2004. „Patterns of Health Services Utilization by Recent Immigrants". *Journal of Immigrant Health* 6(1):15–27.
- Lee, Everett S. 1969. „A Theory of Migration". in *Migration*. London, Cambridge: Cambridge University Press.
- Leontiyeva, Yana a Michaela Vojtková. 2006. „Výzkum migrantů v ČR – víme jak na to?" *Socioweb*. Získáno (http://www.socioweb.cz/upl/editorial/download/134_socioweb%2011-06%20cely.pdf).
- Liano, Rayden. 2011. „Immigrants and Barriers to Healthcare: Comparing Policies in the United States and the United Kingdom". *Stanford Journal of Public Health*. Získáno (<http://www.stanford.edu/group/sjph/cgi-bin/sjphsite/immigrants-and-barriers-to-healthcare-comparing-policies-in-the-united-states-and-the-united-kingdom/>).
- MacPherson, Douglas, Brian D. Gushulak, a Liane MacDonald. 2007. „Health and foreign policy: influences of migration and population mobility". *Bulletin of the World Health Organization* 85(3):200–206.
- Maříková, Hana, Miroslav Petrusek, a Alena Vodáková. 1996. *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum.

- Massey, Douglas S. et al. 1993. „Theories of International Migration: A Review and Appraisal". *Population and Development Review* 19(3):431.
- Massey, Douglas s. et al. 1998. *Worlds in Motion: Understanding International Migration at the End of the Millennium (International Studies in Demography)*. Oxford: Oxford University Press.
- Menjívar, Cecilia. 2006. „The Ties That Heal: Guatemalan Immigrant Women’s Networks and Medical Treatment¹". *International Migration Review* 36(2):437–66.
- Messias, DeAnne K. Hilfinger. 2002. „Transnational Health Resources, Practices, and Perspectives: Brazilian Immigrant Women’s Narratives". *Journal of Immigrant Health* 4(4):183–200.
- Messina, Anthony M. a Gallya Lahav, ed. 2006. *The migration reader: exploring politics and policy*. Boulder, Colo: Lynne Rienner Publishers.
- Miller, Jung Kim. 1990. „Use of traditional Korean health care by Korean immigrants to the United States." *Sociology and Social Research* 75:38–48.
- NHS. 2015. „Contraception Guide". *NHS Choices*. Získáno (<http://www.nhs.uk/Conditions/contraception-guide/Pages/where-can-i-get-contraception.aspx>).
- Nielsen, Signe, Nana Hempler, a Allan Krasnik. 2013. „Issues to Consider When Measuring and Applying Socioeconomic Position Quantitatively in Immigrant Health Research". *International Journal of Environmental Research and Public Health* 10(12):6354–65.
- OECDa. 2014. *Alcohol Consumption*. OECD Publishing. Získáno 20. březen 2016 (http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/alcohol-consumption/indicator/english_e6895909-en).
- OECDb. 2014. *Daily Smokers*. OECD Publishing. Získáno 21. březen 2016 (http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/daily-smokers/indicator/english_1ff488c2-en).
- Olišarová, Věra, Valérie Tóthová, a Iva Brabcová. 2014. „Determinants of Immigrant’s Mental Health". *Kontakt* 16(1):e1–8.
- ONS. 2015. *Health indicators for the United Kingdom and its constituent countries based on the 2013 to 2014 European Health Interview Survey*. United Kingdom: The Office for National Statistics. Získáno (<http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20160105160709/http://>

www.ons.gov.uk/ons/rel/disability-and-health-measurement/health-indicators-based-on-the-european-health-interview-survey/2013-2014--wave-2-/index.html).

- Oppenheim, Abraham Naftali. 1992. *Questionnaire design, interviewing, and attitude measurement*. New York City: St. Martin's Press.
- Pavel, Jan a Vlasta Turková. 2007. *Zaměstnanost cizinců v ČR. Výzkumná studie č. 6/2007*. Praha: Ministerstvo financí ČR.
- Pořízková, Hana. 2008. *Analýza zahraniční zaměstnanosti v České republice: postavení cizinců na trhu práce a podmínky jejich ekonomické integrace*. Praha: VÚPSV.
- Preamble to the Constitution of the WHO. 1968. „Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948." Získáno (http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf).
- Rienzo, Cinzia. 2016. „Characteristics and Outcomes of Migrants in the UK Labour Market". *The Migration Observatory*. Získáno (http://www.migrationobservatory.ox.ac.uk/sites/files/migobs/Briefing%20-%20Characteristics%20and%20Outcomes%20of%20Migrants%20in%20the%20UK%20Labour%20Market_0.pdf).
- Roberts, Teresa Eliot. 2007. „Health Practices and Expectations of Brazilians in the United States". *Journal of Cultural Diversity* 14(4):192–97.
- Romero-Ortuño, Román. 2004. „Access to Health Care for Illegal Immigrants in the EU: Should We Be Concerned?" *European Journal of Health Law* 11(3):245–72.
- Řeháková, Blanka. 2000. „Nebojte se logistické regrese". *Sociologický časopis* 36(4):475–92.
- Scheppers, E. 2006. „Potential Barriers to the Use of Health Services among Ethnic Minorities: A Review". *Family Practice* 23(3):325–48.
- Stekelenburg, Jelle et al. 2005. „Health Care Seeking Behaviour and Utilisation of Traditional Healers in Kalabo, Zambia". *Health Policy* 71(1):67–81.

- Sumption, Madeleine, Will Somerville, Great Britain, Equality and Human Rights Commission, a Migration Policy Institute. 2010. *The UK's New Europeans Progress and Challenges Five Years after Accession*. [Manchester, England]: Equality and Human Rights Commission. Získáno 7. únor 2016 (http://www.equalityhumanrights.com/uploaded_files/new_europeans.pdf).
- Sundquist, Jan. 1995. „Ethnicity, Social Class and Health. A Population-Based Study on the Influence of Social Factors on Self-Reported Illness in 223 Latin American Refugees, 333 Finnish and 126 South European Labour Migrants and 841 Swedish Controls". *Social Science & Medicine* 40(6):777–87.
- Szaló, Csaba. 2007. *Transnacionální migrace: proměny identit, hranic a vědění o nich*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury.
- Szaló, Csaba a Eleonóra Hamar. 2007. „Osm migrujících žen a jejich transnacionální sdílený svět". *Sociologický časopis* 43(1):69–88.
- Thomas, Felicity. 2010. „Transnational Health and Treatment Networks: Meaning, Value and Place in Health Seeking amongst Southern African Migrants in London". *Health & Place* 16(3):606–12.
- Üstün, Bedirhan T. a Robert Jakob. 2005. „Re-defining ‘Health’". *Bulletin of the World Health Organization* 83:802.
- ÚZIS ČR, ed. 2011. *Evropské výběrové šetření o zdraví v České republice EHIS 2008*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky.
- Vavrečková, Jana, Jakub Musil, a Ivo Baštýř. 2007. *Počty a struktury českých migrantů v zahraničí a ekonomická motivace k zahraniční pracovní migraci: (se specifickým zaměřením na migranty ve Velké Británii)*. Praha: VÚPSV.
- Vega, William A. et al. 1987. „Assessing Knowledge of Cardiovascular Health-Related Diet and Exercise Behaviors in Anglo- and Mexican-Americans". *Preventive Medicine* 16(5):696–709.
- Vollmer, Bastian. 2011. *Irregular Migration in the UK: Definitions, Pathways and Scale*. Oxford: Migration Observatory. Získáno (<file:///E:/DP/Irregular%20Migration%20in%20the%20UK.pdf>).
- Wallace, L. S. 2013. „A View Of Health Care Around The World". *The Annals of Family Medicine* 11(1):84–84.

WHO. 2003. *Fruit and Vegetable Promotion Initiative – report of the meeting*. Geneva: World Health Organization. Získáno (http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/f&v_promotion_initiative_report.pdf).

Zimmerman, Cathy, Ligia Kiss, a Mazedá Hossain. 2011. „Migration and Health: A Framework for 21st Century Policy-Making". *PLoS Medicine* 8(5):e1001034.

Zollman, Catherine a Andrew Vickers. 1999. „ABC of Complementary Medicine: What Is Complementary Medicine?" *BMJ* 319(7211):693–96.

7 RESUMÉ

This thesis dealt with the theme of migration and health. The research focused on the Czech migrants in the Great Britain. An assumption for the research were the existing findings of similar studies that say that migrants have on average worse health than the native-born population. And also, this research is based on findings from studies focused on existing the barriers to the use of health services. The aim was to describe the health of Czech migrants in the GB, their health behavior as a using of British health services and informal health care. I also focused on the health behavior within transnational networks. In my study, I used a convergent parallel mixed methods design. It means data were collected at the same time. I used a quantitative approach (structured Questionnaire) and a qualitative approach (semi-structured interviews). The integrated Mixed Methods findings are following. Czech migrants confirm the selective migration hypothesis. Their self-reported health is better than the majority population. Most of the participants sought out the services of a General Practitioner. Also, the most of them used the services of specialists or Ambulance. But many participants do not receive the preventive examination. I tried to find determinants of use of formal health care. I can confirm effects of fluency in English, contact with British people and satisfaction with the British National Health Services (NHS) as a positive on the use of formal health care. High of income is very important in using the services of dentists. Czech migrants are influenced by experiences with the health care system in the country of origin, according to which evaluates the interaction with British NHS. The socialization into the health care and treatment played an important role. But I do not see an important role of transnational networks in health care or drugs distribution.

8 PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Tematický plán pro polostrukturované rozhovory

Probíraná témata	Příklady znění otázek
Osobní charakteristiky	Pohlaví (neptat se) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? Co jste dělal/a v ČR? Mám na mysli zaměstnání nebo studium. Kde pracujete/studujete nyní ve VB?
Migrační zkušenost	Jak dlouho žijete zde ve VB? Jaké byly důvody Vašeho příchodu? Jak jste nyní spokojen/a se současným životem?
Transnacionální prostor	Jel/a jste sem s tím, že tu máte nějakého známého? Máte zde české přátele? Jak často se s nimi stýkáte? Udržujete stále kontakty se svým domovem, s přáteli, rodinou atd.? Jak často a jakým způsobem? Jak často jezdíte do ČR?
Lékařská péče – neformální	Když onemocníte, jaký je Váš postup? Vyhledáte lékařskou péči, nebo spíše samoléčba? Jednal/a byste v tomto případě stejně i v ČR? Jak vypadá Vaše samoléčba? Kde si obstaráváte léky? S kým se o léčbě radíte? Vozíte (vozil/a) jste si někdy léky z ČR? Proč jste se rozhodl/a nejit k lékaři?(jazyk, finance, nedůvěra, pracovní povinnosti) Proč jste nevyhledával/a lékařskou péči ani v ČR?
Lékařská péče – formální	Absolvoval/a jste nějakou preventivní lékařskou prohlídku v ČR před odjezdem do VB? Chodíte na preventivní prohlídky tady ve VB? Jste registrován/a u zdejšího GP? Byl/a jste někdy nucena vyhledat lékařskou péči? Vnímáte nějaký rozdíl mezi tím, jak to chodí u lékaře/v nemocnici/na pohotovosti tady ve VB a v ČR?
Informace	Koho žádáte o radu, když potřebujete poradit s případnou nemocí, nebo např. kde vyhledat lékaře? Myslíte si, že máte všeobecné informace o NHS? Myslíte si, že se do Vašeho jednání a uvažování o zdejším zdravotním systému promítá jeho špatná pověst?
Zdraví a péče o něj	Máte nějakou vážnější nemoc? Staráte se o své zdraví? Třeba v případě zdravějšího jídla nebo sportu?
Ostatní otázky	Vnímáte sebe jako cizince? Jaká je Vaše úroveň angličtiny a myslíte si, že jste v tomto směru udělal/a postup?

Příloha č. 2 – Popisné statistiky zobrazující zdravotní stav respondentů

Zdravotní stav respondentů (N=255).

		N	%
Subjektivně hodnocené zdraví	<i>Výborné</i>	45	17,7
	<i>Velmi dobré</i>	121	47,5
	<i>Dobré</i>	71	27,8
	<i>Ucházející</i>	12	4,7
	<i>Špatné</i>	6	2,4
Jak často měl respondent problémy kvůli zdrav. potížím vykonávat zaměstnání či pracovat v domácnosti	<i>Nikdy</i>	170	66,7
	<i>Zřídka</i>	52	20,4
	<i>Občas</i>	23	9,0
	<i>Často</i>	5	2,0
	<i>Velmi často</i>	5	2,0
Dlouhodobá, chronická nemoc či invalidita	<i>Ne</i>	205	80,4
	<i>Ano</i>	50	19,6
Užívání léků na předpis	<i>Ne</i>	192	75,3
	<i>Ano</i>	63	24,7
Index tělesné hmotnosti	<i>Podváha</i>	6	2,4
	<i>Normální hmotnost</i>	150	58,8
	<i>Nadváha</i>	69	27,1
	<i>Obezita</i>	26	20,2
	<i>Morbidní obezita</i>	4	1,57

Zdroj: Vlastní data a výpočty.

Příloha č. 3 – Popisné statistiky týkající se péče o zdraví

Péče o zdraví (N=255).

		N	%
Konzumace alkoholu - jak často vypijete v jednom dni 4 a více alkoholických nápojů	<i>Nikdy</i>	96	37,7
	<i>Jednou měsíčně nebo méně</i>	103	40,4
	<i>často</i>	49	19,2
	<i>Několikrát za měsíc</i>	6	2,4
	<i>Několikrát za týden</i>	1	0,4
	<i>Denně</i>		
Fyzická aktivita	<i>Nikdy</i>	8	3,1
	<i>Jednou měsíčně nebo méně</i>	33	12,9
	<i>často</i>	52	20,4
	<i>Několikrát za měsíc</i>	87	34,1
	<i>Několikrát za týden</i>	75	29,4
	<i>Denně</i>		
Konzumace čerstvé zeleniny a ovoce	<i>Nikdy</i>	4	1,6
	<i>Jednou měsíčně nebo méně</i>	1	0,4
	<i>často</i>	15	5,9
	<i>Několikrát za měsíc</i>	76	29,9
	<i>Několikrát za týden</i>	159	62,4
	<i>Denně</i>		
Kouření cigaret	<i>Nekouřák</i>	100	39,2
	<i>Bývalý kuřák</i>	62	24,3
	<i>1-5 cigaret denně</i>	25	9,8
	<i>6-10 cigaret denně</i>	33	12,9
	<i>11-20 cigaret denně</i>	31	12,2
	<i>21-40 cigaret denně</i>	3	1,2
Preventivní lékařská prohlídka během posledních 12 měsíců	<i>40 cigaret denně a více</i>	1	0,4
	<i>Ano</i>	90	35,3
	<i>Ne</i>	165	64,7

Zdroj: Vlastní data a výpočty.

Příloha č. 4 – Popisné statistiky pro využívání formální lékařské péče

Četnost využívání formální lékařské péče ve VB (N=255).

		N	%
Četnost návštěv lékaře za posledních 12 měsíců	<i>Nikdy</i>	60	23,5
	<i>Zřídka</i>	102	40,0
	<i>Občas</i>	58	22,8
	<i>Často</i>	26	10,2
	<i>Velmi často</i>	9	3,5
Hospitalizace v nemocnici	<i>Ne</i>	228	89,4
	<i>Ano</i>	27	10,6

Zdroj: Vlastní data a výpočty.

Příloha č. 5 – Popisné statistiky pro využívání neformální lékařské péče

Četnost využívání neformální lékařské péče ve VB (N=255).

		N	%
Četnost návštěv odborníka praktikujícího alternativní medicínu za posledních 12 měsíců	<i>Nikdy</i>	219	85,9
	<i>Zřídka</i>	18	7,1
	<i>Občas</i>	9	3,5
	<i>Často</i>	6	2,4
	<i>Velmi často</i>	3	1,2
Užívání volně prodejných léků bez konzultace s lékařem	<i>Ne</i>	42	16,5
	<i>Ano</i>	213	83,5

Zdroj: Vlastní data a výpočty.

Příloha č. 6 – Popisné statistiky determinujících faktorů

Analyzované proměnné v logistické regresi (N=255).

		N	%		
Závislé proměnné					
Lékař	<i>Nižší využívání</i>	162	63,5		
	<i>Vyšší využívání</i>	93	36,5		
Hospitalizace v nemocnici	<i>Nižší využívání (nebyl/a hospitalizován/a)</i>	228	89,4		
	<i>Vyšší využívání (byl/a hospitalizován/a)</i>	27	10,6		
Preventivní prohlídky	<i>Nižší využívání (neabsolvuje)</i>	165	64,7		
	<i>Vyšší využívání (absolvuje)</i>	90	35,3		
Nezávislé proměnné					
Příjem	<i>Nízký</i>	75	29,4		
	<i>Střední</i>	136	53,3		
	<i>Vysoký</i>	44	17,3		
Vzdělání	<i>Nižší</i>	44	17,3		
	<i>Střední</i>	116	45,5		
	<i>Vyšší</i>	95	37,3		
Anglický jazyk	<i>Uživatel A</i>	24	9,4		
	<i>Uživatel B</i>	25	9,8		
	<i>Uživatel C</i>	206	80,8		
Sociální kontakty s Anglicky mluvícími	<i>Nemá takové kontakty</i>	45	17,7		
	<i>Má takové kontakty</i>	210	82,4		
Preventivní prohlídky v ČR	<i>Neabsolvoval/a</i>	44	17,3		
	<i>Absolvoval/a</i>	211	82,8		
Spokojenost s britským zdravotním systémem	<i>Nespokojen/a</i>	67	26,7		
	<i>Ani jedno/neví</i>	66	25,8		
	<i>Spokojen/a</i>	122	47,8		
Důvěra v britský zdravotní systém	<i>Spíše nedůvěřuje</i>	24	9,4		
	<i>Spíše důvěřuje</i>	231	90,6		
Síť českých kontaktů	<i>Silná</i>	9	3,5		
	<i>Středně slabá</i>	89	34,9		
	<i>Slabá</i>	157	61,6		
Délka pobytu		Průměr	Min	Max	SD
		5,7	1	47	5,3

Zdroj: Vlastní data a výpočty.

Příloha č. 7 – Vliv financí na přístup k zdravotní péči

Omezení v přístupu k lékařské péči z důvodu financí za posledních 12 měsíců.
Sloupcová procenta. VB (N=255).

	N	%
Ne	138	0,78
Ano	2	54,1
Nepotřeboval/a jsem lékařskou péči	115	45,1

Zdroj: Vlastní data a výpočty.

Příloha č. 8 – Kompletní podoba dotazníku

1. V kterém roce jste přišel(a) do Velké Británie?

- Vypište:_____

2. Jaké byly důvody vašeho odchodu do UK?

- Nezaměstnanost v České republice
- Nespokojenost s prací
- Nespokojenost s finanční situací
- Nespokojenost v osobním životě
- Hledání nových zkušeností/zážitků
- Touha zkusit něco nového/jiného
- Vydělat si peníze
- Odchod za příbuznými/partnerem/kou
- Jiné (vypsat jaké)

3. Kdybyste se měl(a) zamyslet nad svým životem ve Velké Británii, řekl/a byste, že jste v následujících oblastech spokojen(a)?

- 1) S vykonávanou prací
- 2) S bydlením
- 3) S osobním/rodinný životem
- 4) Celkově

- Zcela spokojen(a)
- Velmi spokojen(a)
- Docela spokojen(a)
- Ani spokojen(a), ani nespokojen(a)
- Docela nespokojen(a)
- Velmi nespokojen(a)
- Zcela nespokojen(a)

4. Jaký máte ve Velké Británii druh zdravotního pojištění?

- Nemám žádné pojištění
- Evropský průkaz zdravotního pojištění (EHIC)

- Národní pojištění (National Insurance)
- Soukromé pojištění (Private Insurance)
- Cestovní zdravotní pojištění
- Jiné (vypsat jaké)

5. Když se zamyslíte nad svým zdravotním pojištěním, řekl(a) byste, že pokrývá vaše současné či potenciální náklady spojené se zdravím a zdravotními problémy...

- Velmi dobře
- Dobře
- Nepříliš dobře
- Nevím

6. Navštívil(a) jste lékaře v České republice jako preventivní kontrolu vašeho zdravotního stavu před odchodem do Velké Británie? (Například praktický lékař(ka), zubní lékař(ka), gynekolog(žka) aj.)

- Ano
- Ne

7. Absolvoval(a) jste v České republice pravidelné preventivní prohlídky (například zubařské, gynekologické)?

- Ano
- Ne

8. Jak spokojený/á či nespokojený/á jste byl(a) s péčí, které se Vám dostalo, když jste naposledy byl(a)... (Prosím uvádějte své zkušenosti z ČR)

- 1) u lékaře
- 2) u odborníka praktikujícího alternativní medicínu
- 3) hospitalizován(a) v nemocnici

- Zcela spokojen(a)
- Velmi spokojen(a)
- Docela spokojen(a)
- Ani spokojen(a), ani nespokojen(a)
- Docela nespokojen(a)
- Velmi nespokojen(a)
- Zcela nespokojen(a)
- Nebyl(a) jsem v takové situaci

9. Jak často jste v posledních 12 měsících navštívil(a) ve Velké Británii...?

- 1) Lékaře
- 2) Odborníka praktikujícího alternativní medicínu

- Nikdy
- Zřídka
- Občas

- Často
- Velmi často

10. Byl(a) jste v posledních 12 měsících hospitalizována přes noc v nemocnici nebo na klinice? (zahrnuje také pobyt v porodnici v době porodu)

- Ano, ve Velké Británii
- Ano, v České republice
- Ano, jinde
- Ne

11. Absolvoval(a) jste během posledních 12 měsíců preventivní lékařskou prohlídku ve Velké Británii?

- Ano
- Ne

12. Jak spokojený/á či nespokojený/á jste byl(a) s péčí, které se Vám dostalo, když jste naposledy byl(a)... (Prosím uvádějte své zkušenosti z Velké Británie)

- 1) u lékaře
- 2) u odborníka praktikujícího alternativní medicínu
- 3) hospitalizován(a) v nemocnici

- Zcela spokojen(a)
- Velmi spokojen(a)
- Docela spokojen(a)
- Ani spokojen(a), ani nespokojen(a)
- Docela nespokojen(a)
- Velmi nespokojen(a)
- Zcela nespokojen(a)
- Nebyl(a) jsem v takové situaci

13. Stalo se Vám někdy v průběhu posledních 12 měsíců, že Vám nebyla poskytnuta lékařská péče, protože...

- 1) Jste ji nemohl/a zaplatit
- 2) Jste si ji nemohl/a vzít volno v práci nebo měl/a jiné povinnosti
- 3) Léčba, kterou jste potřeboval/a nebyla dostupná v místě či okolí Vašeho bydliště
- 4) Jste nevěděl/a kde Vám danou péči poskytnou

- Ano
- Ne
- Nepotřeboval/a jsem lékařskou péči

14. Kupujete a užíváte volně prodejné léky, bez konzultace s lékařem, tedy dle svých sebediagnostikovaných potřeb? (např. léky na bolest, chřipku, alergii atd.)

- Ano
- Ne

15. Jak si tyto léky obstaráváte?

- Kupuji si je v lékárně/obchodě ve Velké Británii
- Mám zde přátelé, kteří mi v případě potřeby vhodné léky obstarají
- Kupuji je při návštěvách v České republice
- Když potřebuji, známí mi je pošlou/přivezou

16. Celkově vzato, jak spokojen(a) či nespokojena(a) jste se systémem zdravotnictví?

- 1) V České republice
- 2) Ve Velké Británii

- Zcela spokojen(a)
- Velmi spokojen(a)
- Docela spokojen(a)
- Ani spokojen(a), ani nespokojen(a)
- Docela nespokojen(a)
- Velmi nespokojen(a)
- Zcela nespokojen(a)
- Nevím

17. Do jaké míry souhlasíte nebo nesouhlasíte s následujícími výroky?

- 1) Alternativní medicína nabízí lepší řešení zdravotních problémů než klasická západní medicína
- 2) Alternativní medicína slibuje více, než dokáže splnit
- 3) Celkově vzato, lékařům se dá důvěřovat

- Rozhodně souhlasím
- Spíše souhlasím
- Ani souhlasím, ani nesouhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Rozhodně nesouhlasím

18. Jakou důvěru máte v...?

- 1) V české zdravotnictví
- 2) V britské zdravotnictví

- Naprostou důvěru
- Velkou důvěru
- Jistou důvěru
- Velmi malou důvěru
- Žádnou důvěru

19. Jak často...

- 1) V jednom dni vypijete čtyři nebo více alkoholických nápojů

- 2) Děláte nejméně 20 minut nějakou fyzickou aktivitu, při které se zapotíte nebo zadýcháte víc, než je běžné
- 3) Jíte čerstvé ovoce nebo zeleninu

- Nikdy
- Jednou měsíčně nebo méně často
- Několikrát za měsíc
- Několikrát za týden
- Denně

20. Kouříte, a pokud ano, tak přibližně kolik cigaret denně?

- Nekouřím a nikdy jsem nekouřil(a)
- Nekouřím, ale dříve jsem kouřil(a)
- Kouřím 1–5 cigaret denně
- Kouřím 6–10 cigaret denně
- Kouřím 11–20 cigaret denně
- Kouřím 21–40 cigaret denně
- Kouřím více než 40 cigaret denně

21. Jak často jste v posledních 4 týdnech...?

- 1) Měl(a) kvůli zdravotním potížím problémy vykonávat zaměstnání či pracovat v domácnosti
- 2) Měla fyzické bolesti
- 3) Jste se cítil(a) nešťastný/á a sklíčený/á
- 4) Pocítil(a) ztrátu sebedůvěry
- 5) Cítil(a), že není ve Vašich silách překonat problémy, které máte

- Nikdy
- Zřídka
- Občas
- Často
- Velmi často

22. Trpíte nějakou dlouhodobou či chronickou nemocí nebo invaliditou?

- Ano
- Ne

23. Užíváte dlouhodobě nebo v posledních 6 měsících léky na předpis?

- Ano
- Ne

24. Do jaké míry omezovaly v posledních 4 měsících Vaše zdravotní problémy Vaše obvyklé společenské aktivity s rodinou nebo přáteli?

- Vůbec
- Zřídka
- Občas

- Často
- Velmi často

25. Celkově vzato, řekl/a byste, že Vaše zdraví je...?

- Výborné
- Velmi dobré
- Dobré
- Ucházející
- Špatné

26. Jaká je Vaše váha? Vypište v kg.

- Vypište: _____

27. Jaká je Vaše výška? Vypište v cm.

- Vypište: _____

28. Je vaše znalost anglického jazyka tak dobrá, že...

- 1) nemáte žádné problémy domluvit se při nakupování v obchodech
- 2) nemáte problém rozumět požadavkům na pracovišti
- 3) ve volném čase si můžete popovídat s anglicky mluvícími jedinci
- 4) bez problémů sledujete britskou televizi a/nebo rozhlas]
- 5) můžete sám(a) vyřizovat záležitosti s úřady (např. registrační úřad, úřad práce)
- 6) nemáte žádné problémy dorozumět se u lékaře

- Ano (nemám problém)
- Ne (mám problém)
- Ani jedno

29. Z vašeho problému domluvit se anglicky u lékaře plyne že...

- navštěvujete lékaře výhradně v České republice
- chodíte k jazykově spřízněným lékařům (např. polské národnosti)
- návštěvě lékaře se zcela vyhýbáte
- Jiné (vypsat jaké)

30. Využíváte v práci anglický jazyk? (Zajímá mne komunikace v angličtině jak v rámci pracovního kolektivu, s nadřízenými, s anglicky psanými dokumenty či klienty/zákazníky)

- Denně
- Alespoň jednou za týden
- Alespoň jednou za měsíc
- Jen v rámci pracovních instrukcí
- Prakticky nikdy

31. V čase vašeho volna popovídáte si někdy v anglickém jazyce? (Mám na mysli konverzace mimo nutné interakce např. při nakupování apod.)

- Denně

- Několikrát za týden
- Alespoň dvakrát do měsíce
- Občas (méně než jednou za měsíc)
- Nikdy

32. Myslíte si, že při používání anglického jazyka:

- 1) Děláte časté gramatické chyby
- 2) Máte výrazný akcent
- 3) Nemáte příliš bohatou slovní zásobu
- 4) Nejste schopen(a) dobře vyjádřit své myšlenky
- 5) Vaše promluva není příliš plynulá

- Souhlasím
- Nesouhlasím

33. Máte ve vašem sousedství nějaké osobní kontakty s anglicky mluvícími lidmi, s nimiž se čas o času bavíte (vídáte)?

- Ano
- Ne

34. Navštívili jste tyto osoby během posledních 12 měsíců u nich v bytě/domě či oni navštívili vás ve vašem domově?

- Ano
- Ne

35. Jak často máte kontakty s lidmi české národnosti (z Čech) ve Velké Británii? Myšleny jsou osobní setkání, nikoli letmá setkání.

- 1) V rámci vlastní rodiny
- 2) Příbuzenstva
- 3) Na pracovišti/ve škole
- 4) V sousedství
- 5) S přáteli

- Denně
- Několikrát týdně
- Jednou týdně
- Několikrát za měsíc
- Skoro vůbec
- Nikdy

36. Navštívili jste tyto osoby během posledních 12 měsíců u nich v bytě/domě či oni navštívili vás ve vašem domově?

- Ano
- Ne

37. Jak často jste v kontaktu s lidmi z České republiky? Zde mám na mysli lidi české národnosti žijící v České republice.

- 1) Rodina
 - 2) Příbuzní
 - 3) Přátelé
 - 4) Ostatní (např. sousedé)
- Každý den
 - Jednou za týden
 - Jednou za měsíc
 - Jednou během několika měsíců
 - Jednou za rok
 - Jednou za několik let
 - Nikdy

38. Jakým způsobem jste s nimi v kontaktu?

- Osobně
- Telefonicky (pevná linka, mobilní telefon)
- Emailem
- Skype, ICQ, Jabber, Google Talk, atd.
- Sociální sítě (Facebook)

39. Jak často navštěvujete Českou republiku?

- Nikdy
- Méně než 1X za rok
- 1X rok
- 3–4X rok
- 5X za rok a více

40. Koho nebo kde se jako první zeptáte, když potřebujete poskytnout informace ohledně následujících položek:

- 1) Vyhledání lékařské pomoci
 - 2) Nárok na zdravotní péči
 - 3) Zdravotní pojištění
 - 4) Všeobecné informace o britském zdravotním systému
- Partner/ka
 - Příbuzní v ČR
 - Příbuzní v UK
 - Přátelé v ČR
 - Přátelé v UK
 - Internetové zaměřené diskuse
 - Centra pro cizince v UK
 - Migrantské spolky
 - Internetové stránky příslušných institucí

41. Potřeboval(a) jste za posledních 6 měsíců poskytnout tyto informace? Tato otázka se vztahuje k předchozí otázce.

- Ano
- Ne

42. Když se Vám v rámci následujících položek ve VB naskytne problém, kde nejdříve hledáte pomoc?

- 1) Finance
- 2) Zdraví
- 3) Zaměstnání
- 4) Bydlení
- 5) Úřady

- Partner/ka
- Příbuzní v ČR
- Příbuzní v UK
- Přátelé v ČR
- Přátelé v UK
- Internetové zaměřené diskuse
- Centra pro cizince v UK
- Migrantské spolky
- Internetové stránky příslušných institucí

43. Požádal(a) jste za posledních 6 měsíců o pomoc? Navazuje na předchozí otázku.

- Ano
- Ne

44. Ve kterém roce jste se narodil(a)?

- Vypište: ____

45. Vaše pohlaví?

- Žena
- Muž

46. Jaký je Váš rodinný stav?

- Mám partnerku/partnera žijeme ve společné domácnosti
- Mám partnerku/partnera nežijeme ve společné domácnosti
- Jsem vdaná/ženatý žijeme ve společné domácnosti
- Jsem vdaná/ženatý žijeme odděleně
- Registrované partnerství
- Vdova, vdovec
- Svobodná/svobodný

47. Jaké národnosti je Váš/Vaše partner(ka)

- české

- slovenské
- britské

48. Jaké národnosti je Váš/Vaše manžel(ka)

- české
- slovenské
- britské

49. Máte děti?

- Mám dítě/děti (0–6let), s nímž/nimi žiji ve společné domácnosti
- Mám dítě/děti (7–17let), s nímž/nimi žiji ve společné domácnosti
- Mám dítě/děti, ale nežiji s ním/nimi ve společné domácnosti
- Nemám děti

50. Jaké je Vaše nejvyšší ukončené školní vzdělání?

- Neúplné základní
- Základní
- Vyučení bez maturity
- Střední bez maturity
- Vyučení s maturitou
- Střední odborné s maturitou (střední průmyslové, ekonomické)
- Střední všeobecné s maturitou (gymnázium)
- Vyšší odborné (pomaturitní, nadstavba, vyšší škola)
- Vysokoškolské - bakalářské
- Vysokoškolské - magisterské, inženýrské
- Postgraduální vzdělání

51. Jaký je Váš osobní hrubý měsíční příjem (před zdaněním a odvodem zdravotního pojištění)? Výše příjmu v Britských librách (GBP).

- Méně než 430 GBP
- 431 - 780 GBP
- 781 - 1100 GBP
- 1101 - 1300 GBP
- 1301 - 1600 GBP
- 1601 - 1800 GBP
- 1801 - 2200 GBP
- 2201 - 2700 GBP
- 2701 - 3600 GBP
- 3601 GBP nebo více

52. Jaký je průměrný celkový hrubý měsíční příjem Vaší domácnosti (včetně přídatků, úspor, atd.) před zdaněním? Příjmy v Britských librách (GBP) všech osob, které s Vámi sdílejí společnou domácnost.

- Méně než 430 GBP
- 431 - 780 GBP
- 781 - 1100 GBP

- 1101 - 1300 GBP
- 1301 - 1600 GBP
- 1601 - 1800 GBP
- 1801 - 2200 GBP
- 2201 - 2700 GBP
- 2701 - 3600 GBP
- 3601 GBP nebo více

53. Která z následujících možností nejlépe popisovala Vaše pracovní zařazení v České republice.

- Výdělečně činný/á (zaměstnanec/zaměstnankyně, podnikatel/ka, práce v rodinném podniku)
- Nezaměstnaný/á
- Student/ka
- Učeň/učnice
- Důchodce/důchodkyně invalidní
- Důchodce/důchodkyně starobní
- Trvale v domácnosti
- Na mateřské/rodičovské dovolené
- Ostatní
- Jiné (vypsat jaké)

54. Která z následujících možností nejlépe popisuje Vaše pracovní zařazení ve Velké Británii.

- Výdělečně činný/á (zaměstnanec/zaměstnankyně, podnikatel/ka, práce v rodinném podniku)
- Nezaměstnaný/á
- Student/ka
- Důchodce/důchodkyně invalidní
- Důchodce/důchodkyně starobní
- Trvale v domácnosti
- Na mateřské/rodičovské dovolené
- Ostatní
- Jiné

55. Nyní bych se ráda dozvěděla něco o tom, co děláte. Jaké je Vaše současné ekonomické postavení ve VB, hlavní zdroj obživy?

- Zaměstnanec
- Soukromník (OSVČ), podnikatel či svobodné povolání bez zaměstnanců
- Soukromník (OSVČ), podnikatel či svobodné povolání se zaměstnanci
- Práce v rodinném podniku bez zaměstnaneckého poměru (pomáhající člen rodiny)
- Jiné (vypsat jaké)

56. Ráda bych se vás ještě zeptala na plány do budoucna:

- 1) Myslíte si, že v budoucnu (následujících 10 - 20 let) budete žít dál ve Velké Británii

- 2) Myslíte si, že zkusíte žít ještě někde jinde než ve Velké Británii a České republice
- 3) Myslíte si, že se v budoucnu vrátíte do České republiky

- Určitě ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Určitě ne
- Nevím