



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

Životní podmínky obyvatel SVL: tematicko-průřezový výzkum

Zdraví

Zuzana Korecká (zuzana.korecka@mmr.cz)

prosinec, 2020



MINISTERSTVO
PRO MÍSTNÍ
ROZVOJ ČR



Agentura
pro sociální začleňování

Obsah

Seznam tabulek.....	3
Seznam zkratk.....	3
1 Úvod.....	1
2 Metodologické aspekty výzkumného šetření	2
3 Základní sociodemografické charakteristiky výzkumného vzorku	4
4 Problematika zdraví osob ohrožených sociálním vyloučením ve strategických dokumentech a výzkumech	6
5 Kvantitativní šetření zaměřená na zdraví.....	7
5. 1. Subjektivní hodnocení vlastního zdraví.....	8
5. 1. 1. Subjektivní hodnocení vlastního zdraví v šetření EU-SILC a SVL-SILC a v šetření realizovaném společností SocioFactor	8
5. 1. 2. Výsledky sady otázek zaměřených na subjektivní zdraví z šetření EU-SILC, SVL-SILC a šetření společnosti SocioFactor.....	10
5. 1. 3. Výsledky šetření EU-SILC a SVL-SILC - shrnutí, diskuze.....	11
5. 2. Četnost návštěv v ordinacích lékařů a důvody nevyhledání lékařské péče	12
5. 2. 1. Četnost návštěv v ordinacích lékařů a důvody nevyhledání lékařské péče v šetření EU-SILC a SVL-SILC	13
5. 2. 2. Výsledky sady otázek zaměřených na četnost návštěv v ordinacích lékařů a důvody nevyhledání lékařské péče v šetření EU-SILC a SVL-SILC.....	14
5. 2. 3. Výsledky šetření EU-SILC a SVL-SILC - shrnutí, diskuze.....	16
6 Závěr	17
7 Limity výzkumu a diskuse	18
8 Bibliografie	19

Seznam tabulek

Tabulka 1 – Plánované počty dotazníků pro kombinaci kvótních znaků.....	3
Tabulka 2 – Sesbírané dotazníky pro kombinaci kvótních znaků – počty	3
Tabulka 3 – Základní sociodemografické charakteristiky vzorku SVL-SILC	4
Tabulka 4 - Hodnocení vlastního zdravotního stavu (v %)	10
Tabulka 5 - Výskyt chronického onemocnění (v %)	11
Tabulka 6 - Omezení běžných aktivit ze zdravotních důvodů (v %)	11
Tabulka 7 - Průměrný počet návštěv u praktického lékaře nebo specialisty za 12 měsíců (podle pohlaví)	14
Tabulka 8 - Hlavní důvod nenavštívení zubaře (v %).....	15
Tabulka 9 - Hlavní důvod nenavštívení praktického lékaře či specialisty (v %)	16

Seznam zkratk

ASZ – Odbor pro sociální začleňování (Agentura)

ČR – Česká republika

ČSÚ – Český statistický úřad

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky

MZ – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

PAPI – Pen-And-Paper-Interviewing - kvantitativní metoda sběru dat

SR – Slovenská republika

SVL – Sociálně vyloučená lokalita

SZÚ – Státní zdravotní ústav

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

1 Úvod

Podle *Analýzy sociálně vyloučených lokalit v ČR* existovalo v roce 2015 na území Česka 606 sociálně vyloučených lokalit (SVL) v 297 obcích a počet jejich obyvatel byl odhadnut na 95000 až 115000. (Čada, 2015) Daná analýza sice poskytla potřebný vhled do základních životních podmínek těchto obyvatel, ovšem pouze za cenu odhadů. Přesnější a komplexnější popis životních podmínek obyvatel SVL má zcela pochopitelně značnou akademickou hodnotu, je ovšem také naprosto klíčový pro realizaci evidence-based politik sociálního začleňování. Odbor pro sociální začleňování (Agentura) Ministerstva pro místní rozvoj proto zorganizoval v roce 2020 první výzkumné šetření, které se napříč republikou snažilo zachytit právě tuto realitu s důrazem na zaznamenání zkušeností samotných obyvatel SVL.

Předkládaný tematicko-průřezový výzkum využívá především data z tohoto šetření a svou pozornost zaměřuje na problematiku **zdraví obyvatel SVL**.

Výzkum byl realizován jako součást projektu „Systémové zajištění sociálního začleňování“, reg. č. CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_030/0000605 financovaného z Operačního programu zaměstnanost.

2 Metodologické aspekty výzkumného šetření

K zachycení životních podmínek obyvatel SVL byl využit dotazník výzkumného šetření EU-SILC (European Union Statistics on Income and Living Conditions), které je realizováno jednou ročně napříč státy Evropské unie. V Česku je toto šetření známé pod názvem *Životní podmínky* a jeho realizaci zajišťuje Český statistický úřad (ČSÚ). Základním účelem šetření „je získávat reprezentativní údaje o příjmovém rozdělení jednotlivých typů domácností, údaje o způsobu, kvalitě a finanční náročnosti bydlení, vybavenosti domácností předměty dlouhodobého užívání a o pracovních, hmotných a zdravotních podmínkách dospělých osob žijících v domácnostech“ (Český statistický úřad, nedatováno).¹ Využití tohoto dotazníku jednak přineslo komplexní přehled o životních podmínkách domácností SVL, jednak – byť s určitými omezeními – umožňuje výsledky ze SVL komparovat s celkovou situací v Česku.²

Základní populaci Agenturou organizovaného šetření (tzv. SVL-SILC) tvořili obyvatelé SVL starší 15 let. Soupis všech SVL v Česku vycházel z mapování Sdružení místních samospráv z přelomu let 2018 a 2019, kdy byl sdružením aktualizován již zmíněný seznam SVL z roku 2015 (Čada, 2015).³ Jelikož sestavení výzkumného vzorku bylo z praktických a finančních důvodů možné zajistit výhradně kvótním výběrem (srv. Toušek et al., 2018, s. 32–33), ve spolupráci s ČSÚ bylo získáno rozložení sociodemografických charakteristik obyvatel těchto lokalit (pohlaví, věk a velikost obce z hlediska počtu obyvatel) ze Sčítání lidu, domů a bytů 2011. Na základě rozložení těchto charakteristik pak byly pro tazatele stanoveny tzv. vázané kvóty. (Nešpor et al., 2018) Celkově mělo být sesbíráno 1000 dotazníků a počty dotazníků pro kombinaci kvótních znaků nabízí Tabulka 1.

¹ Dotazník ovšem nebyl přejat zcela doslovně – určité otázky byly vypuštěny pro svoji přílišnou detailnost, zato jiné otázky byly přidány pro svou výzkumnou a politickou relevanci (například otázky na migraci apod.).

² Ačkoli je šetření *Životní podmínky* považována za reprezentativní a jeho poslední vlny se účastnilo bezmála 9 000 domácností, je potřeba upozornit, že je reprezentativní jen vůči základní populaci tvořené domácnostmi ve standardních bytech. Celková populace ze SVL je ve výsledném výzkumném vzorku zastoupena jen částečně, a to pro odlišné (nestandardní) bytové podmínky.

³ Za SVL byla považována taková lokalita, „[kde] dochází ke koncentraci více než 20 osob žijících v nevyhovujících podmínkách (indikováno počtem příjemců příspěvku na živobytí), které obývají fyzicky či symbolicky ohraničený prostor (indikováno vnější identifikací).“ (Čada, 2015, s. 14)

Tabulka 1 – Plánované počty dotazníků pro kombinaci kvótních znaků

	Obce do 5000 obyv.		Obce 5001–50000 obyv.		Obce nad 50001 obyv.	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy
15–19 let	6	6	18	17	19	19
20–29 let	11	11	37	36	51	48
30–44 let	17	18	58	58	72	68
45–59 let	15	15	47	46	62	58
60+ let	11	15	29	40	39	53
Celkem	125		386		489	
CELKEM	1000					

Zdroj: Agentura pro sociální začleňování

Dotazníkové šetření formou PAPI (Pen-And-Paper-Interviewing) probíhalo šest měsíců, konkrétně od 7. března do 20. srpna 2020, a bylo zajištěno tazatelskou sítí agentury Inbox CZ, s.r.o.⁴ Tazatelskou sítí tvořilo 341 tazatelů, přičemž 41 z nich patřilo do kmenového týmu a 300 z nich tvořili nasmlouvaní terénní pracovníci působící v SVL. První skupina sesbírala 369 dotazníků (response rate 40 %), druhá skupina 750 dotazníků (response rate 65 %). Průměrná délka jednoho dotazování se ustálila na 50 minutách. Celkem bylo v 53 obcích osmi krajů sesbíráno 1119 dotazníků, jejichž počty pro jednotlivé kombinace kvótních znaků prezentuje Tabulka 2.

Tabulka 2 – Sesbírané dotazníky pro kombinaci kvótních znaků – počty

	Obce do 5000 obyv.		Obce 5001–50000 obyv.		Obce nad 50001 obyv.	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy
15–19 let	6	2	7	8	25	26
20–29 let	9	21	24	38	40	77
30–44 let	37	44	62	88	57	107
45–59 let	9	10	58	81	58	83
60+ let	8	10	21	21	40	42
Celkem	156		408		555	
CELKEM	1119					

Zdroj: Agentura pro sociální začleňování

Jelikož se nepodařilo zcela naplnit všechny kombinace kvótních znaků, a naopak některé kombinace kvótních znaků byly počty dotazníků nadreprezentovány, bylo nutné využít vážení (ve variantě raking), aby struktura kvótních znaků výzkumného vzorku odpovídala rozložení v základní populaci.⁵

⁴ Sběr dat poznamenala pandemie COVID-19 a s ní spojený nouzový stav. O roli této události na kvalitu dat a potažmo i získané výsledky lze spíše spekulovat.

⁵ Z důvodů využití kvótního výběru (a s ním spojené výběrové chyby) a následného vážení jsou prezentované výsledky zaokrouhlovány.

3 Základní sociodemografické charakteristiky výzkumného vzorku

Základní sociodemografické charakteristiky výzkumného vzorku SVL-SILC prezentuje **Chyba! Nenašel jsem zdroj odkazů..**

Tabulka 3 – Základní sociodemografické charakteristiky vzorku SVL-SILC

		% nebo Ø	N
Pohlaví	Muž	49	551
	Žena	51	568
Věk	Ø	42	1119
Věk	15–29	28	312
	30–44	29	326
	45–59	24	272
	60+	19	208
Země narození	ČR	87	968
	Slovensko	12	130
	Jiné	2	18
Státní příslušnost	ČR	94	1043
	Slovensko a jiná	5	52
	Vícenásobné občanství	2	20
Etnicita	Česká	45	500
	Slovenská	3	37
	Romská	35	388
	Česká a romská	11	119
	Slovenská a romská	5	61
	Jiná	1	6
Vzdělání	ZŠ (a nedokončené)	41	456
	SŠ (bez a s maturitou)	57	635
	Vyšší než SŠ	2	25
Socioekonomický status	Student	8	84
	Nezaměstnaný	16	176
	Zaměstnaný, OSVČ	43	474
	Mateřská a rodičovská	8	87
	Důchod (starobní, invalidní)	22	241
	Jiný	3	36
Velikost obce	do 5.000 obyv.	13	141
	5.001–50.000 obyv.	39	432
	50.001+ obyv.	49	546
Druh domu	Samostatně stojící rodinný dům	7	74
	Dvojdomek, řadový dům	4	44
	Bytový dům s méně než 10 byty	29	320
	Bytový dům s 10 a více byty	42	466
	Ubytovna	17	194
	Jiný než obytný prostor	1	7
	Rekreační objekty	1	11
Právní forma užívání bytu	Byt ve vlastním domě	7	76
	Byt v osobním vlastnictví	9	106
	Družstevní byt	6	70
	Nájem	40	446
	Podnájem	26	288
	Bydlení u známých, příbuzných	10	107
	Jiná	2	25
Členů domácnosti	Ø	2,6	1119
Členů domácnosti	1	25	279
	2	33	370
	3–5	37	417
	5+	5	53

Zdroj: Agentura pro sociální začleňování (SVL-SILC)

Prezentované údaje je možné srovnat s údaji šetření BRIZOLIT zaměřené rovněž na obyvatele SVL starší 15 let, které proběhlo v roce 2016. (Toušek et al., 2018) Z porovnání vyplývá, že výzkumné vzorky se liší přinejmenším v těchto ohledech: ve vzorku SVL-SILC byla početnější skupina vzdělanějších osob (menší podíl respondentů se ZŠ či nedokončenou ZŠ); respondenti SVL-SILC pocházeli z méně početnějších domácností (zatímco v SVL-SILC bylo respondentů z pěti a vícečlenných domácností 11 %, takových respondentů bylo dle BRIZOLIT 27 %); respondenti BRIZOLIT byli častěji nezaměstnaní (25 % vs. 16 %); mezi respondenty SVL-SILC bylo více Romů a měli nižší náklady na bydlení. Výčet těchto rozdílů by mohl pokračovat, jeho smyslem je však především upozornit, že přímé srovnávání výsledků mezi jednotlivými šetřeními může být výrazně ovlivněno sociodemografickými rozdíly v pozadí a že je na tomto poli potřeba dalších šetření, které mohou ustavit jasnější obraz o charakteristikách populace obývajících SVL.

4 Problematika zdraví osob ohrožených sociálním vyloučením ve strategických dokumentech a výzkumech

Česká republika nepatří mezi země s kritickou úrovní zdravotního stavu obyvatelstva, v některých ukazatelích došlo během posledních dekád k pozitivním změnám (např. se zvýšila průměrná očekávaná délka života). Na druhou stranu však česká populace zaujímá v rámci Evropy v prevalenci rizikových faktorů nejčastějších onemocnění přední místa (kouření, spotřeba alkoholu, obezita). Nadváhou a obezitou trpí více než polovina dospělé populace, což souvisí s nárůstem onemocnění diabetem II. typu, trvale roste také počet pacientů s vysokým tlakem. Počet diagnostikovaných zhoubných nádorů stoupá ročně o 8 % (MZ, 2014). Přičemž nadprůměrný výskyt rizikových faktorů i některých závažných onemocnění vykazuje obyvatelstvo strukturálně postižených regionů.

V dokumentu *Strategie sociálního začleňování* se uvádí, že „život v bídě a tedy v sociálním vyloučení souvisí s vyšší mírou konzumace látek, jako je tabák, levný alkohol a drogy. Projevuje se vyšším výskytem depresí, psychických poruch, sebevražd, násilí a vyšším rizikem konzumace závadné stravy. Problém sociálního vyloučení a chudoby je umocněn vyššími zdravotními riziky pro ohrožené osoby, celkovým zanedbáváním prevence závažných onemocnění a nedostatečnou místní dostupností odpovídající péče.“ (MPSV, 2014, s. 44–45).

Strategické dokumenty i vědecké studie v této souvislosti hovoří o nerovnostech ve zdraví. Odborná veřejnost se shoduje v tom, že sociálně-ekonomické determinanty (chudoba, sociální vyloučení, nevyhovující bydlení či nezaměstnanost) silně korelují se zdravotním stavem a přispívají k nerovnostem ve zdraví. Nerovnostmi ve zdraví jsou myšleny rozdíly ve zdravotním stavu způsobené faktory, jež jsou mimo možnosti ovlivnění jednotlivci (bydlení v SVL, materiální deprivace, nízké příjmy, omezený přístup k informacím o zdravém životním stylu). Nerovnosti ve zdraví tedy značnou měrou vyplývají z nerovností socioekonomických determinant (např. SZÚ, 2015).

Zdravotní rizika spojená se životem v SVL představují téma, jež lze považovat za součást odborného diskursu o zdraví v lokalitách s vyšší koncentrací osob ohrožených sociálním vyloučením. Právě na problematiku zdraví těchto lidí je zaměřen projekt Státního zdravotního ústavu „*Efektivní podpora zdraví osob ohrožených chudobou a sociálním vyloučením*“. Agentura vypracovala metodiku pro zavádění pozice mediátora podpory zdraví ve zmíněném projektu, díky níž jsou realizovány různé preventivní a osvětové aktivity ve vybraných lokalitách všech krajů ČR. Na Slovensku se podobné činnosti věnuje příspěvková organizace Ministerstva zdravotnictví SR Zdravé regiony. Jejím hlavním cílem je zlepšit dostupnost zdravotních služeb příslušníkům tzv. marginalizovaných komunit a poskytnout jim osvětu a poradenství v oblasti podpory zdraví. Mezi další její aktivity patří mapování a cílený sběr dat, které přispívají k posílení informovanosti v této problematice a prohloubení spolupráce s relevantními institucemi za účelem efektivnějšího zaměření politik zdraví v regionech.

Problematicke zdraví v SVL se věnují i vstupní analýzy vypracovávané výzkumným týmem Agentury, které vycházejí zejména z rozhovorů s aktéry⁶ v území a s obyvateli SVL. V těchto výstupech je konstatováno, že zdravotní stav osob ohrožených sociálním vyloučením ovlivňuje hlavně bydlení v nevhodných podmínkách (srov. Ripka, Černá & Kubala, 2018) a zhoršená dostupnost lékařské péče (zubní lékaři, psychiatři). Kromě vstupních analýz, které pokrývají všechny oblasti, na něž se Agentura zaměřuje, vznikají též tematické výzkumy orientované výhradně na zdraví či zdravotní stav sociálně znevýhodněných lidí. Převážně se jedná o kvalitativní studie, které přinášejí podrobné informace o situaci v konkrétním území, např. dostupnost zdravotní péče na Frýdlantsku (Baltag, 2018). Kvantitativní šetření provedla pro Agenturu společnost SocioFactor, jeho hlavním tématem byla tzv. zdravotní gramotnost v sociálně vyloučených lokalitách (SocioFactor, 2018). Některá zjištění tohoto šetření budou prezentována v následujících částech textu.

Výsledky šetření SVL-SILC přinášejí informace získané z odpovědí obyvatel sociálně vyloučených lokalit, tato zpráva se zaměřuje zejména na sebehodnocené zdraví, na četnost návštěv v ambulancích lékařů a na důvody nenávštěvy lékaře. Výše bylo zmíněno, že kvalitu zdraví ovlivňuje řada sociálně-ekonomických faktorů a že se v souvislosti se sociálním vyloučením a chudobou hovoří o nerovnosti ve zdraví. Výsledky šetření SVL-SILC proto byly komparovány s výsledky EU-SILC, jehož respondenti patří k běžné populaci ČR.

5 Kvantitativní šetření zaměřená na zdraví

Kvantitativní metody využívají například epidemiologické studie a výběrová šetření zdravotního stavu obyvatel, umožňují totiž zkoumat příčiny poruch zdraví, rozpoznat rizikové faktory a prokázat jejich roli ve vzniku a rozvoji nemocí, identifikovat rizikové skupiny obyvatelstva a navrhnout a ověřit účinnost preventivních opatření.

Dotazníková šetření o zdraví představují významný zdroj informací ke sledování těch aspektů zdraví, které jsou velmi těžko dostupné nebo je nelze efektivně získat jiným způsobem. Tato šetření mohou být založena buď na kontaktu tazatele s respondentem, kdy je veden rozhovor dle předem připraveného dotazníku (tzv. Health Interview Survey – HIS), nebo se může jednat o šetření, kdy jsou respondenti v kontaktu se zdravotníkem, jenž provede určitá vyšetření ke zjištění základních sledovaných charakteristik (tzv. Health Examination Survey – HES).

Výběrová šetření o zdraví jsou v České republice prováděna Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS) již od roku 1993.⁷ Česká republika je rovněž zapojena do realizace jednotného výběrového šetření v evropských zemích. Tento sběr dat je označován jako Evropské výběrové šetření o zdraví – European Health Interview Survey (EHIS).

⁶ V kontextu této zprávy jsou to zejména terénní sociální pracovníci z neziskových organizací i ze sociálních odborů měst a obcí, krajsí koordinátoři zmíněného projektu SZÚ a mediátoři podpory zdraví z téhož projektu.

⁷ ÚZIS provádí tato šetření pod názvem HIS CR, s tříletou periodicitou, na reprezentativním vzorku zhruba 2 500 respondentů starších 15 let.

Mezi evropská šetření o zdraví patří dále Minimální evropský modul o zdraví (Minimum European Health Module – MEHM), jenž je tvořen sadou tří otázek týkajících se hodnocení vlastního zdravotního stavu respondentem. Sada těchto otázek se objevuje nejen v šetřeních o zdraví EHIS, ale v současné době ji obsahuje rovněž šetření EU-SILC, každoročně prováděné ČSÚ pod názvem Životní podmínky.

5. 1. Subjektivní hodnocení vlastního zdraví

Subjektivní hodnocení vlastního zdraví respondentem neodráží jen objektivní zdravotní stav dotazovaného (tj. nepřítomnost medicínsky diagnostikované nemoci či vady), často závisí na řadě dalších okolností. Je výrazně ovlivněno přístupem k životu, momentální životní spokojeností, ale i sociokulturními faktory. Z antropologických výzkumů vyplývá, že zdraví není univerzální kategorií, jež by byla vlastní většině společností či kultur, a tím spíše jí není objektivní medicínské zdraví, tak jak je obvykle chápáno tzv. západní společností. Mnohem univerzálnější kategorií představuje ne-zdraví nebo ne-štěstí, spojené s pocitem osobní nepohody či nespokojenosti. Tento rámec se vždy nějakým způsobem vztahuje k tělu (nemoci, úrazy), ale v různé míře zahrnuje i další fenomény jako nehody, válečné konflikty, přírodní katastrofy, neúrodu, ztrátu majetku, ztrátu osobní svobody atd. V konceptech ne-zdraví mnohých kultur byl (a je) přítomen přesah od fyzického těla směrem k psychice, sociálním vztahům nebo spiritualitě (Tobolka, 2014).

Z hlediska sociálněvědních i lékařských výzkumů poskytuje subjektivní měření zdraví důležité informace. V řadě odborných studií se dávají do souvislosti odpovědi na dotazníkovou otázku o subjektivním zdraví respondentů s nadějí na dožití. Subjektivní zdraví, které je chápáno jako dobrý prediktor mortality (Hamplová 2020), se tak stalo jedním z nejpoužívanějších ukazatelů zdraví jak pro sociální vědy, tak například i pro epidemiologii. Sebehodnocené zdraví je tedy považováno za validní indikátor objektivního medicínské zdraví.

Na základě poznatků o vyšší zatíženosti chudých a znevýhodněných osob některými onemocněními souvisejícími právě se sociálními a ekonomickými faktory se nabízí otázka, zda a do jaké míry se bude subjektivní hodnocení respondentů šetření SVL-SILC a EU-SILC lišit. Vzhledem k tomu, že byly k dispozici odpovědi obyvatel sociálně vyloučených lokalit i populace mimo SVL, bylo možné porovnat výsledky sebehodnoceného zdraví u dvou odlišných socioekonomických skupin.

5. 1. 1. Subjektivní hodnocení vlastního zdraví v šetření EU-SILC a SVL-SILC a v šetření realizovaném společností SocioFactor

Jak již bylo zmíněno, subjektivní zdraví se zjišťuje pomocí dotazníkových šetření a spoléhá čistě na sebehodnocení respondentů. V této podkapitole budou prezentovány výsledky vztahující se k subjektivnímu hodnocení zdraví respondenty zahrnutými do výzkumného šetření EU-SILC a respondenty oslovenými při šetření realizovaném společností SocioFactor. Tyto výsledky byly komparovány se zjištěními z dotazníkového šetření SVL-SILC.

Pro možnost provedení tohoto srovnání bylo důležité, aby ve všech šetřeních zazněla v případě hodnocení subjektivního zdraví stejná otázka i škála nabízených odpovědí. U šetření EU-SILC a SVL-SILC byla tato podmínka splněna („Jak celkově hodnotíte svůj osobní zdravotní stav?“), v případě šetření realizovaného SocioFactorem se otázka odlišovala („Jaký je váš zdravotní stav?“). Lišily se také odpovědi, které byly respondentům nabídnuty a to především ve střední kategorii. Dotazníky EU-SILC a SVL-SILC poskytovaly možnosti odpovědí na škále 1 – 5 (1 – velmi dobrý, 2 – dobrý, 3 – přijatelný, 4 – špatný, 5 – velmi špatný). Dotazník, který použila společnost SocioFactor, nabízel možnosti odpovědí rovněž na pětibodové hodnotící škále, odlišnost spočívala v kategorii 3 – uspokojivý, což je spíše mírně kladné hodnocení. Zatímco v případě dotazníků EU-SILC a SVL-SILC mohlo být hodnocení zdravotního stavu jako přijatelného respondenty vymezeno spíše průměrně nebo mírně negativně. Podobně tomu bylo i s otázkami týkajícími se dlouhodobých zdravotních obtíží a omezení v běžném životě ze zdravotních důvodů, které se v dotazníku SocioFactoru odlišovaly od dotazníků EU-SILC a SVL-SILC. Ke komparaci zjištění ze SVL-SILC s výsledky šetření společnosti SocioFactor však bylo přistoupeno zejména kvůli tomu, že i jeho respondenti patřili k obyvatelům sociálně vyloučených lokalit.

Další otázka, vztahující se k subjektivnímu hodnocení zdraví respondenty, zahrnutá do šetření EU-SILC, SVL-SILC i do šetření realizovaného společností SocioFactor, byla zaměřena na výskyt chronického onemocnění nebo zdravotního problému.

U šetření EU-SILC a SVL-SILC byla respondentům položena stejná otázka („Máte nějakou dlouhodobou nemoc nebo dlouhodobý zdravotní problém, který již trvá nebo bude zřejmě trvat 6 měsíců či déle“), v případě šetření realizovaného SocioFactorem se otázka lišila („Trpíte nějakou dlouhodobou nemocí nebo zdravotním problémem?“). Zatímco respondenti šetření EU-SILC a SVL-SILC volili z odpovědí ANO či NE, dotazník SocioFactoru nabízel rozšíření odpovědi ANO ještě možností doplnění, kolika dlouhodobými onemocněními respondent trpí.

K subjektivnímu hodnocení vlastního zdraví se vztahovala také další otázka týkající se omezení běžných aktivit ze zdravotních důvodů, která se objevila v šetření EU-SILC, SVL-SILC i v šetření realizovaném společností SocioFactor.

Dotazník EU-SILC a SVL-SILC obsahoval otázku ve stejném znění („Byl/a jste kvůli zdravotním problémům nejméně po dobu posledních 6 měsíců omezen/a v činnostech, které lidé obvykle dělají?“), respondentům šetření SocioFactoru byla položena odlišná otázka („Jak vaše zdravotní problémy v průběhu posledních šesti měsíců omezily aktivity, které obvykle děláte?“). Respondentům šetření EU-SILC a SVL-SILC byly nabídnuty tři možnosti odpovědí: 1 - ano, vážně omezen/a, 2 - ano, omezen/a, ale ne vážně, 3 - ne, neomezen/a. V dotazníku SocioFactoru mohli respondenti zvolit jednu z těchto možností: 1 – citelně omezily, 2 – omezily, ale ne citelně, 3 – vůbec neomezily.

5. 1. 2. Výsledky sady otázek zaměřených na subjektivní zdraví z šetření EU-SILC, SVL-SILC a šetření společnosti SocioFactor

Výsledky hodnocení vlastního zdravotního stavu obsahuje Tabulka 4, která shrnuje zjištění tří šetření: EU-SILC, SVL-SILC a šetření společnosti SocioFactor realizovaného rovněž v SVL. Šetření nepřinesla příliš rozdílné výsledky. Šetření EU-SILC a SVL-SILC se mírně lišily pouze výsledky v kategorii velmi dobrý a velmi špatný, přičemž lépe svůj zdravotní stav hodnotili respondenti SVL-SILC, tedy obyvatelé sociálně vyloučených lokalit. Výsledky šetření provedeného SocioFactorem se od šetření EU-SILC a SVL-SILC odlišovaly především v kategorii velmi dobrý, tuto odpověď zvolilo 9 % respondentů tohoto šetření (vs. 16 % a 17 % respondentů EU-SILC a SVL-SILC) V ostatních kategoriích se nevyskytovaly významnější rozdíly (s výjimkou kategorie špatný – 15 % respondenti šetření SocioFactoru vs. 10 % respondenti šetření EU-SILC a SVL-SILC).

Tabulka 4 - Hodnocení vlastního zdravotního stavu (v %)

	SVL-SILC	EU-SILC	SocioFactor
Velmi dobrý	17	16	9
Dobrý	40	40	44
Přijatelný / Uspokojivý*	32	32	29
Špatný	10	10	15
Velmi špatný	1	2	3
CELKEM	100	100	100
CELKEM N	1119	11421	301

Pozn.: Zatímco v EU-SILC a SVL-SILC byla použita středová kategorie „Přijatelný“, v šetření SocioFactoru byla použita kategorie „Uspokojivý“.

Zdroj: Agentura pro sociální začleňování

Tabulka 5 shrnuje výsledky šetření EU-SILC, SVL-SILC a šetření společnosti SocioFactor týkající se výskytu chronického onemocnění. Tentokrát se výsledky poměrně výrazně odlišovaly. V odpovědích respondentů šetření SVL-SILC významně převažovala absence chronických onemocnění nad jejich přítomností. Podobně jako u výsledků předchozí otázky v šetření EU-SILC a SVL-SILC tedy svůj zdravotní stav lépe hodnotili obyvatelé sociálně vyloučených lokalit. Polovina respondentů šetření realizovaného SocioFactorem podle zaznamenaných odpovědí vykazovala výskyt chronického onemocnění, zatímco druhá polovina vypověděla, že žádným chronickým onemocněním netrpí.

Tabulka 5 - Výskyt chronického onemocnění (v %)

	SVL-SILC	EU-SILC	SocioFactor
Ano	28	43	50
Ne	72	57	50
CELKEM	100	100	100
CELKEM N	1119	11421	301

Pozn.: Zatímco v EU-SILC a SVL-SILC byla možnost odpovědí ANO/NE, SocioFactor odpověď ANO doplnil ještě podotázkou na počet chronických onemocnění či dlouhodobých zdravotních problémů.

Zdroj: Agentura pro sociální začleňování

V Tabulce 6 je uveden souhrn výsledků šetření EU-SILC, SVL-SILC a šetření společnosti SocioFactor vztahujících se k dlouhodobějšímu omezení běžných aktivit zapříčeneném zdravotními důvody. Výsledky jednotlivých šetření se opět lišily. Téměř 70 % respondentů šetření SVL-SILC odpovědělo, že je zdravotní důvody neomezují v běžných aktivitách. Opět byl subjektivní zdravotní stav lépe hodnocen obyvateli sociálně vyloučených lokalit.

Tabulka 6 - Omezení běžných aktivit ze zdravotních důvodů (v %)

	SVL-SILC	EU-SILC	SocioFactor
Ano, vážně omezen/a	9	21	22
Ano, omezen/a, ale ne vážně	22	56	22
Ne, neomezen/a	69	24	54
Nevím			2
CELKEM	100	100	100
CELKEM N	1119	4897	301

Pozn.: SocioFactor v souvislosti s otázkou, zda zdravotní problémy omezily v poslední době jejich obvyklé aktivity, nabízel respondentům následující škálu odpovědí: Citelně omezily; Omezily, ale ne citelně; Vůbec neomezily; Nevím.

Zdroj: Agentura pro sociální začleňování

5. 1. 3. Výsledky šetření EU-SILC a SVL-SILC - shrnutí, diskuze

Výsledky sebehodnocení zdraví se u obou skupin respondentů lišily jen minimálně. Hodnocení vlastního zdravotního stavu zástupci běžné populace i obyvateli sociálně vyloučených lokalit tedy přineslo velice podobné výsledky. Oba soubory respondentů měly různé socioekonomické charakteristiky, resp. respondenti šetření SVL-SILC patřili k osobám vykazujícím znaky sociálního vyloučení nebo žili v lokalitách označovaných jako SVL, přesto se jejich hodnocení zdraví velmi podobalo.

V dalších otázkách zaměřených na výskyt chronického onemocnění a na omezení běžných aktivit ze zdravotních důvodů byly výsledky šetření SVL-SILC v porovnání s výsledky EU-SILC příznivější ve smyslu nižšího výskytu nemocí a menší míry omezení zdravotními problémy. V odpovědích obyvatel sociálně vyloučených lokalit byl výskyt chronického onemocnění zaznamenán méně často než u respondentů EU-SILC (28 % vs. 43 %). V případě omezení běžných aktivit ze zdravotních důvodů uvedlo téměř 70 % respondentů SVL-SILC, že takto

omezení nejsou, oproti tomu jen 25 % respondentů z běžné populace nevykázalo žádné omezení v běžném životě.

Při porovnání výsledků subjektivního hodnocení zdraví respondenty obou šetření pravděpodobně čtenáři vyvstanou otázky o validitě či spolehlivosti výsledků šetření SVL-SILC, už jen vzhledem k tomu, že za poslední desetiletí vznikly studie popisující přítomnost řady problémů z hlediska objektivního medicínského zdraví sociálně vyloučených osob a v odborném diskurzu je přijímán koncept nerovností ve zdraví i vliv socioekonomických determinant zdraví. V dotazníkových šetřeních, kde se k měření jevů využívají sebehodnotící otázky, může dojít ke zkreslení způsobenému odlišnostmi ve stylu odpovídání na jednotlivé položky respondenty z různých socioekonomických skupin (srov. Voňková, 2017).

Nabízí se možná i souvislost s tím, že zdraví, tak jak ho většinou chápe běžná populace, nepředstavuje pro část osob s nízkým socioekonomickým statusem jednu z hlavních hodnot. Pokud jsou tito lidé nuceni řešit základní existenční otázky (bydlení, zajištění alespoň minimálního příjmu na pokrytí nákladů na jídlo, ošacení a základního vybavení domácnosti) odsouvají zdraví do pozadí. Jiný význam připisují zdraví i někteří sociálně vyloučení Romové, pro něž zdraví též nepředstavuje nejvýznamnější položku v hodnotovém žebříčku, tzn., že se řeší až v případě, projeví-li se jeho nedostatky (Kajanová, 2009). Svou roli pravděpodobně rovněž sehrál způsob výběru respondentů. Zatímco v EU-SILC jsou respondenti kontaktováni přímo ve svých bytech, v SVL-SILC dle informací od výzkumné agentury byla velká část dotazníku sbírána přímo na ulici. Z toho lze vyvodit hypotézu, že lidé s horším zdravotním stavem byli méně ochotní odpovídat na otázky tazatelům několik desítek minut přímo na ulici či ve společných prostorách domů, resp. za takových podmínek byli ochotnější lidé s lepším zdravotním stavem.

5. 2. Četnost návštěv v ordinacích lékařů a důvody nevyhledání lékařské péče

Kromě hodnocení vlastního zdraví byla výzkumná pozornost zaměřena také na četnost návštěv u praktického lékaře, specialisty a zubaře a na důvody nevyhledání lékařské péče i přes její subjektivně pociťovanou potřebu. V kvalitativních výzkumech vypracovaných Agenturou byla identifikována řada překážek přístupu obyvatel SVL ke zdravotní péči. Mezi hlavní překážky patří nedostatečná kapacita lékařů, nízká informovanost (týká se zejména prevence a dlouhodobé léčby), nedostupnost specialistů mimo místo bydliště, nedostatek finančních prostředků na léky a výkony nehrazené ze zdravotního pojištění. Z různých studií zabývajících se problematikou dostupnosti zdravotní péče pro osoby ohrožené sociálním vyloučením, osoby trpící závislostmi, zdravotně hendikepované či jinak znevýhodněné, dále vyplývá, že pro tyto lidi často bývá náročná už jen pouhá komunikace s lékařem. Kromě obav z odmítnutí nebo stigmatizace představují bariéru také dluhy na zdravotním pojištění (Kuchyňková, Veverková, 2020).

Výsledky těchto studií rovněž ukazují na nízkou míru registrace pacientů z řad osob ohrožených sociálním vyloučením a rovněž na jejich malý zájem se u lékařů registrovat. V případě stomatologických služeb lze na základě realizovaných šetření⁸ konstatovat, že registrovaní pacienti mají větší povědomí o rizicích spojených s nedostatečnou péčí o chrup a na rozdíl od neregistrovaných osob méně často vyhledávají zubní pohotovost. Disponují rovněž informacemi o tom, na jaké ošetření mají nárok. Mezi další důležitá zjištění, objevující se též v kvalitativních výzkumech Agentury, patří skutečnost, že osoby ohrožené sociálním vyloučením navštěvují zubního lékaře až v případě akutní bolesti (Karásková, Kajanová, 2017). Přílišné využívání či nadužívání pohotovostních lékařských služeb a záchranné služby osobami ohroženými sociálním vyloučením představuje často diskutované téma (např. Monitorovací zpráva občanské společnosti o implementaci národní strategie romské integrace v České republice, 2018). Na druhou stranu některé skupiny sociálně znevýhodněných lidí řeší své zdravotní problémy až ve fázi, kdy už je výrazně omezují v běžném životě nebo se dostanou do stavu akutního ohrožení zdraví nebo života.

Obyvatelé České republiky však z mezinárodních srovnání vychází jako pacienti nadbytečně navštěvující ordinace lékařů. V roce 2018 v přepočtu na jednoho obyvatele navštívili ordinaci ambulantní péče jedenáctkrát ročně, muži uskutečnili v průměru 9 návštěv, ženy pak více než 12 návštěv za rok (ČSÚ). V roce 2017 navštívili obyvatelé České republiky ordinaci stomatologa 1,6 krát za rok, čímž se umístili na druhém místě v celoevropském srovnání za obyvateli Nizozemí (ČSÚ).

V souvislosti se sledovanou problematikou četnosti návštěv ordinací lékařů a důvodů nevyhledání lékařské péče se nabízí hned několik otázek. Budou se výsledky šetření realizovaného mezi obyvateli sociálně vyloučených lokalit odlišovat od šetření, jehož respondenti patřili k běžné populaci? Bude možné z výsledků šetření v sociálně vyloučených lokalitách identifikovat překážky v dostupnosti lékařské péče?

5. 2. 1. Četnost návštěv v ordinacích lékařů a důvody nevyhledání lékařské péče v šetření EU-SILC a SVL-SILC

V následující podkapitole budou prezentovány výsledky vztahující se k četnosti návštěv ambulancí praktiků a specialistů, jež vycházejí z odpovědí respondentů zahrnutých do výzkumného šetření EU-SILC a SVL-SILC. Dále zde budou představena zjištění související s využíváním či nevyužíváním péče stomatologů, praktiků a specialistů v případě potřeby a výsledky týkající se důvodů nevyhledání lékařské péče. Na rozdíl od subjektivního hodnocení zdraví se v této části textu vychází pouze z komparace odpovědí respondentů šetření EU-SILC a SVL-SILC, neboť šetření SocioFactoru se těmto tématům nevěnovalo v potřebném rozsahu.

⁸ Jde například o šetření provedená A. Kajanovou a P. Karáskovou ze Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity. Tematikou determinant zdraví Romů se dlouhodobě zabývala E. Davidová, která rovněž působila na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity.

Otázky ohledně četnosti návštěv ambulancí, využívání či nevyužívání péče stomatologů, praktiků a specialistů v případě potřeby a důvodů jejího nevyužití byly v šetření EU-SILC a SVL-SILC shodné, stejně tak i nabízené možnosti odpovědí, proto bylo možné výsledky obou šetření bez problémů komparovat.

5. 2. 2. Výsledky sady otázek zaměřených na četnost návštěv v ordinacích lékařů a důvody nevyhledání lékařské péče v šetření EU-SILC a SVL-SILC

První otázka z této sady směřovala na **četnost návštěv u praktického lékaře či specialisty**. Respondenti odpovídali na otázku ve znění: „*Kolikrát jste za posledních 12 měsíců navštívil/a praktického lékaře nebo specialistu s výjimkou zubaře a očního lékaře?*“ Odpovědi měl být údaj o počtu návštěv u lékaře.

Podle šetření EU-SILC navštívili respondenti ambulanci praktického lékaře nebo specialisty v posledních 12 měsících téměř 5 krát, u respondentů šetření SVL-SILC byl průměrný počet návštěv o polovinu nižší (2,5 návštěvy). Z tabulky 7 je zřejmé, že vyšší počet návštěv ambulancí v obou šetřeních vykazovaly ženy, byť u respondentů SVL-SILC není rozdíl v průměrném počtu návštěv žen a mužů nijak věcně významný.

Tabulka 7 - Průměrný počet návštěv u praktického lékaře nebo specialisty za 12 měsíců (podle pohlaví)

	SVL-SILC		EU-SILC	
	Průměrný počet návštěv	Celkem N	Průměrný počet návštěv	Celkem N
Muž	2,3	540	4,2	4599
Žena	2,7	556	5,5	6822
CELKEM	2,5	1096	4,9	11421

Zdroj: Agentura pro sociální začleňování

Následoval blok otázek se týkajících se **návštěv/y u zubního lékaře**. Nejprve respondenti obou šetření odpovídali na otázku ve znění: „*Potřeboval/a jste během posledních 12 měsíců alespoň jednou navštívit zubaře nebo ortodontistu?*“. Respondenti měli možnost odpovědět ANO či NE. Následující otázka směřovala k tomu, zda respondenti navštívili zubního lékaře pokaždé, když potřebovali. Respondenti obou šetření odpovídali na otázku ve znění: „*Navštívil/a jste zubaře nebo ortodontistu pokaždé, když jste potřeboval/a?*“, opět s možností odpovědi ANO či NE. Vzhledem k tomu, že jedním z cílů této části textu bylo identifikovat možné překážky návštěvy ambulance zubního lékaře v případě potřeby, bude nyní pozornost zaměřena pouze na skupinu respondentů, jež odpověděli záporně. V šetření EU-SILC se jednalo o 285 osob (tj. 2,5 % z celkového počtu respondentů) a v šetření SVL-SILC šlo o 190 osob (tj. 17 % z celkového počtu respondentů). Rozdíl v podílech respondentů (2,5 % vs. 17 %), kteří uvedli, že nenavštívili zubaře pokaždé, když potřebovali, odpovídá poznatkům vycházejícím z výše zmiňovaných studií. Totiž, že obyvatelé SVL se potýkají s nižší dostupností stomatologické péče než je tomu u běžné populace.

V případě, že respondenti zubního lékaře nenavštívili, byť to potřebovali, měli uvést důvod, proč jej nenavštívili. Respondentům byla položena následující otázka: „Proč jste k zubaři či na ortodontii nešel/a? Uveďte hlavní důvod.“ Nabídnuta byla 8 bodová (resp. 10 bodová) škála odpovědí (viz tabulka níže).

V tabulce 8 jsou zobrazeny procentní distribuce důvodů nenavštívení zubaře či ortodontisty. V SVL-SILC zcela dominuje důvod „neměl/a zubaře“; takto odpověděla více než polovina respondentů (z těch, kteří zubaře/ortodontistu navzdory potřebě nenavštívili). Vysoká četnost této odpovědi odpovídá poznatkům z jiných výzkumů a šetření uvedených výše, jež upozorňují na problémy s registrací osob ohrožených sociálním vyloučením u zubních lékařů, případně o nižším zájmu těchto lidí o ambulantní stomatologickou péči. Finanční nákladnost zubní péče byla stejně častým důvodem pro obyvatele SVL i pro běžnou populaci (shodně 16 %). Další podrobnosti viz Tabulka 8.

Tabulka 8 - Hlavní důvod nenavštívení zubaře (v %)

	SVL-SILC	EU-SILC
Neměl/a zubaře	52	Nezařazeno*
Péče finančně nákladná	16	16
Dlouhá čekací doba	9	13
Strach ze zubaře, ošetření, léčby	7	16
Čekal/a, zda se problém nevyřeší sám	7	15
Nemohl/a se uvolnit z práce či péče o jinou osobu	3	9
Neznal/a žádného dobrého zubaře	3	5
Strach z diskriminace	2	Nezařazeno*
Jiný důvod	1	21
Daleko, nebylo dopravní spojení	1	5
CELKEM	100	100
CELKEM N	190	285

*Pozn.: Dané položky nejsou v dotazníku EU-SILC zařazeny.

Zdroj: Agentura pro sociální začleňování

Další blok otázek se týkal **návštěv/y u praktického lékaře či specialisty**. Nejprve respondenti obou šetření odpovídali na otázku ve znění: „Potřeboval/a jste během posledních 12 měsíců alespoň jednou navštívit praktického lékaře nebo specialistu?“. Respondenti měli možnost odpovědět ANO či NE. Následující otázka směřovala k tomu, zda respondenti navštívili praktika či specialistu pokaždé, když potřebovali. Respondenti obou šetření odpovídali na otázku ve znění: „Navštívil/a jste praktického lékaře nebo specialistu pokaždé, když jste potřeboval/a?“, opět s možností odpovědi ANO či NE. Z důvodů identifikovat překážky v dostupnosti péče praktiků nebo specialistů, bude i zde pozornost zaměřena pouze na skupinu respondentů, jež odpověděli záporně. V šetření EU-SILC se jednalo o 267 osob (tj. 2 % z celkového počtu respondentů) a v šetření SVL-SILC šlo o 85 osob (tj. 8 % z celkového počtu respondentů).

V případě, že respondenti praktického lékaře či specialistu nenavštívili, byť to potřebovali, měli uvést důvod proč. Respondentům byla položena následující otázka: „Proč jste k praktickému lékaři či specialistovi nešel/a? Uveďte hlavní důvod.“ Nabídnuta byla 8 bodová (resp. 10 bodová) škála odpovědí (viz tabulka níže).

Tabulka 9 prezentuje procentní distribuce důvodů nenavštívení praktického lékaře či specialisty. V EU-SILC dominuje důvod „čekání, zda se problém nevyřeší sám“; takto odpověděl každý druhý respondent (z těch respondentů, kteří praktika/specialistu navzdory potřebě nenavštívili). V případě SVL-SILC bylo takových respondentů o polovinu méně (24 %). Finanční nákladnost péče je mnohem častějším důvodem v SVL, než je tomu v běžné populaci (16 % vs. 3 %). Podobně je tomu i se vzdáleností ambulance či problematickým dopravním spojením, které bylo jako důvod uváděno častěji obyvateli SVL (14 % vs. 9 %). Další podrobnosti viz Tabulka 9.

Tabulka 9 - Hlavní důvod nenavštívení praktického lékaře či specialisty (v %)

	SVL-SILC	EU-SILC
Čekal/a, zda se problém nevyřeší sám	24	50
Nemohl/a se uvolnit z práce či péče o jinou osobu	16	11
Péče finančně nákladná	16	3
Daleko, nebylo dopravní spojení	14	9
Dlouhá čekací doba	9	10
Strach z lékařů, ošetření, léčby	6	3
Neznal/a žádného dobrého lékaře	5	1
Neměl/a lékaře	5	Nezařazeno*
Strach z diskriminace	1	Nezařazeno*
Jiný důvod	4	13
CELKEM	100	100
CELKEM N	85	267

Zdroj: Agentura pro sociální začleňování

5. 2. 3. Výsledky šetření EU-SILC a SVL-SILC - shrnutí, diskuze

V průměru vícekrát za posledních 12 měsíců navštívili praktického lékaře či specialistu respondenti šetření EU-SILC; jednalo se v průměru o 5 návštěv, což je zhruba 2 krát více než tomu bylo u respondentů šetření SVL-SILC. Tento výsledek pravděpodobně souvisí s tím, že respondenti z běžné populace více navštěvují lékaře z důvodu prevence. Ale vzhledem k tomu, že dotazník důvod návštěvy lékaře blíže nespecifikoval, jedná se o pouhý předpoklad založený na poznacích z odborných textů a z terénních šetření v rámci kvalitativních výzkumů realizovaných výzkumným týmem Agentury.

Z těchto zdrojů rovněž vycházela otázka, která zazněla v úvodu této podkapitoly, totiž zda bude v odpovědích respondentů možné identifikovat překážky v lékařské péči v případě její subjektivně pociťované potřeby. Výsledky šetření potvrdily zhoršenou dostupnost zdravotní péče pro obyvatele sociálně vyloučených lokalit, především se jednalo o stomatologickou péči.

Více než polovina respondentů šetření SVL-SILC, kteří zubního lékaře/ortodontistu v posledních 12 měsících nenavštívili, označila odpověď „neměl/a jsem lékaře“. Finanční nákladnost zubní péče byla stejně častým důvodem nenavštívení ordinace stomatologa pro obyvatele SVL i pro běžnou populaci (shodně šlo o 16 % respondentů). V případě nenavštívení praktických lékařů a specialistů odpověď „neměl/a jsem lékaře“ nebyla u respondentů šetření SVL-SILC již zdaleka tolik frekventovaná. Tuto odpověď zvolilo pouze 5 % z těch, kteří praktika či specialistu v posledních 12 měsících nenavštívili. V obou šetřeních byla respondenty nejčastěji uváděna odpověď „chtěl/a jsem počkat, zda se zdravotní problém sám nezlepší“. Tuto odpověď označil každý druhý respondent šetření EU-SILC (50 %), v šetření SVL-SILC bylo takových respondentů o polovinu méně (24 %).

6 Závěr

Předkládaná zpráva vycházející zejména z komparace výsledků šetření EU-SILC a SVL-SILC byla zaměřena na tematiku sebehodnocení zdraví, rovněž se věnovala tématu četnosti návštěv v ambulancích lékařů a důvodům nenavštívení lékaře navzdory potřebě. V textu bylo opakovaně zmíněno, že kvalitu zdraví ovlivňuje řada sociálně-ekonomických faktorů a že se v souvislosti se sociálním vyloučením a chudobou hovoří o nerovnosti ve zdraví. Porovnávané soubory respondentů měly různé socioekonomické charakteristiky, resp. respondenti šetření SVL-SILC patřili k osobám vykazujícím znaky sociálního vyloučení nebo žili v lokalitách označovaných jako SVL, respondenty šetření EU-SILC je možné označit za zástupce běžné populace.

V sadě otázek vztahujících se k sebehodnocení zdraví se odpovědi obou skupin respondentů velmi podobaly. Výsledky šetření EU-SILC a SVL-SILC se lišily jen mírně, přičemž o něco lépe svůj zdravotní stav hodnotili respondenti SVL-SILC, tedy obyvatelé sociálně vyloučených lokalit. Také v dalších aspektech byly výsledky šetření SVL-SILC příznivější než výsledky EU-SILC. Respondenti SVL-SILC uváděli nižší výskyt nemocí i menší míru omezení zdravotními problémy. V tomto ohledu lze výsledky sebehodnocení zdraví považovat za překvapující, vzhledem k poznatkům získaných z jiných šetření ze SVL a zkušenostem vycházejících z praxe aktérů působících v sociálně vyloučených lokalitách, které hovoří o zatížení obyvatel sociálně vyloučených lokalit některými onemocněními (např. diabetes, hypertenze) a rizikovými faktory (obezita, užívání návykových látek).

Je však důležité brát v úvahu to, že na výsledku hodnocení vlastního zdraví se velmi pravděpodobně projevuje aspekt srovnávání. Respondenti mohou své zdraví srovnávat s konkrétními osobami, případně s obecnějšími skupinami lidí, které znají (Jylhä, 2009), v tomto případě se zdravím dalších obyvatel SVL. To může být objektivně/biomedicínsky horší než v obecné populaci, nicméně právě proto, že lidé v jejich okolí mají objektivně horší zdraví, respondenti subjektivně reportují, že jejich je zdraví dobré.

Výsledky sady otázek týkající se četnosti návštěv v ambulancích lékařů a důvodů nenavštívení lékaře navzdory potřebě potvrdily zhoršenou dostupnost zdravotní péče pro obyvatele sociálně vyloučených lokalit. Zejména se pak jednalo o stomatologickou péči. Více než polovina respondentů šetření SVL-SILC, kteří zubního lékaře/ortodontistu v posledních 12 měsících nenavštívili, označila odpověď „neměl/a jsem lékaře“. V případě návštěv ordinací praktických lékařů či specialistů se u respondentů šetření EU-SILC; jednalo se v průměru o pět návštěv za posledních 12 měsíců, což je zhruba dvakrát více, než tomu bylo u respondentů šetření SVL-SILC. Finanční nákladnost zubní péče byla stejně častým důvodem nenavštívení ordinace stomatologa pro obyvatele SVL i pro běžnou populaci (shodně šlo o 16 % respondentů).

7 Limity výzkumu a diskuse

V dotazníkových šetřeních, kde se k měření jevů využívají sebehodnotící otázky, může dojít ke zkreslení způsobenému odlišnostmi ve stylu odpovídání na jednotlivé položky respondenty z různých socioekonomických skupin. Při realizaci šetření zaměřeného na srovnávání sebehodnoceného zdraví obyvatel sociálně vyloučených lokalit a zástupců běžné populace by proto bylo vhodné zvážit využití metody ukotvujících vinět.⁹

Určitým limitem byl jistě i způsob výběru respondentů. Zatímco v EU-SILC jsou respondenti kontaktováni přímo ve svých bytech, v SVL-SILC dle informací od zpracovatele šetření byla velká část dotazníku sbírána přímo na ulici. Z toho lze vyvodit hypotézu, že lidé s horším zdravotním stavem byli méně ochotní odpovídat na otázky tazatelům několik desítek minut přímo na ulici, resp. za takových podmínek byli ochotnější k odpovědím lidé s lepším zdravotním stavem. Další výzkumné limity této zprávy mohou vyplývat také z již diskutovaného kvótního výběru a následného vážení.

⁹ Respondentovi je ve výzkumném šetření předložena ke zhodnocení nejen (sebe)hodnotící otázka, ale také ukotvující viněta. Vzhledem k tomu, že respondenti hodnotí *tentýž* příběh, lze rozdíly v jejich hodnocení ukotvující viněty připsat rozdílům ve stylu užívání škály. Takto identifikované rozdíly ve stylu užívání škály lze pak využít pro korekci (sebe)hodnocení a tedy oddělit od sebe reálnou úroveň měřeného konceptu u daného respondenta a styl užívání škály (Voňková, 2017, str. 25).

8 Bibliografie

Baltag, T. 2018. Frýdlantsko – dostupnost zdravotní péče. Praha: Agentura pro sociální začleňování.

Čada, K. (Ed.). 2015. *Analýza sociálně vyloučených lokalit v ČR*. Dostupné z: https://www.gac.cz/userfiles/File/nase_prace_vystupy/Analiza_socialne_vyloucenych_lokalit_GAC.pdf

Český statistický úřad. Nedatováno. Životní podmínky (EU-SILC) – Metodika. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/zivotni-podminky-eu-silc-metodika>

Český statistický úřad. Nedatováno. Počet návštěv ambulantních zdravotnických zařízení v přepočtu na 1 obyvatele České republiky. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/2-zdravi-0xkz12iewf>

Davidová, E. 2008. Kvalita života z aspektu determinant zdraví u romského obyvatelstva. *Kontakt*, 10(1), 163-71.

Davidová, E., et al. 2010. Kvalita života a sociální determinanty zdraví u Romů v České a Slovenské republice. Praha: Triton.

Elichová, M. 2004. Sonda do zdravotního stavu a životního stylu českobudějovických Romů. *Kontakt*, 6(4), 203-210.

Hajduchová, H, Urban D. 2014. Sociální determinanty zdraví u romské populace. *Kontakt*, 16(1), 44-9.

Hamplova, D. 2014. Můžeme zdraví měřit? In Hamplova et al. *Rodina a zdraví – jejich vzájemné souvislosti* (13–19). Praha: Slon.

Hamplová, D. 2020, Multidisciplinární výzkum zdraví a biosociálních charakteristik. webinář Sociologické výzkumy zaměřené na zdraví, 5. 11. 2020

Jylhä, M. 2009. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Science & Medicine*, 69(3), 307–316.

Kajanová, A. 2009. Sociální determinanty zdraví vybraných romských komunit. Disertační práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.

Kuchyňková, I., Veverková, M. 2020. *Dostupnost služeb pro zranitelné skupiny pohledem Charity*. Zpráva Caritas Cares 2019. Praha: Charita Česká republika.

MPSV. 2014. Strategie sociálního začleňování 2014 – 2020. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/strategie_soc_zaclenovani_2014-20.pdf/bdaa475d-fd85-25d7-868e-c277575081e1

MZ. 2020. Zdraví 2030. Prevence a léčba civilizačních nemocí - odpovědnost systému zdravotní péče. Dostupné z: http://www.top-expo.cz/domain/top-expo/files/smart-city/smart-city-2020/zdravotnictvi/prezentace/steflova_alena.pdf

Nešpor, Z. R., et al. 2018. Sociologická encyklopedie – výběr kvótní. Dostupné z: https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Vyběr_kvótní

Ripka, Š., Černá, E., & Kubala, P. 2018. Pilotní testování rychlého zabydlení rodin s dětmi (Rapid Re-Housing): Závěrečná evaluační zpráva / Analýza cílového stavu. Dopady zabydlení po 12 měsících od nastěhování. Ostrava: Ostravská univerzita.

Sociofactor. 2018. Výzkum zdravotní gramotnosti v sociálně vyloučených lokalitách. Praha: Agentura pro sociální začleňování.

SZÚ. 2015. Projekt podpory zdraví. Podpora zdraví ve vyloučených lokalitách - snižování zdravotních nerovností. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/nerovnosti/2016/Projekt_Snizovani_zdravotnich_nerovnosti.pdf?highlightWords=postup+pro+odb%C4%9Br

Šlechtová, D, Bürgerová, O. 2009. Specifika romského etnika ve vztahu k poskytování zdravotní a ošetrovatelské péče. *Kontakt*, 11(1), 187-91.

Tobolka, R. 2014. Subjektivní zdraví jako výzkumný artefakt. *Philosophica et historica* 2, 75–85.

Toušek, L., et al. 2018. Labyrintem zločinu a chudoby: kriminalita a viktimizace v sociálně vyloučených lokalitách. Brno: Doplněk.

Voňková, H. 2017. Metoda ukotvujících vinět a její využití v pedagogickém výzkumu. Praha: Univerzita Karlova — Pedagogická fakulta.

<https://www.zdraveregiony.eu/>