

---

## Migrace a porod: sociální aspekty prolínání dvou životních změn ve výzkumu perinatálního zdraví žen\*

ALENA PAŘÍZKOVÁ, EMA HREŠANOVÁ, ALENA GLAJCHOVÁ\*\*

Filozofická fakulta, Západočeská univerzita v Plzni

### Migration and Childbirth: An Intersection of Two Life Changes in Social-Science Research on Women's Health

**Abstract:** When the experiences of migration and becoming a mother intersect, the context and conditions of this have implications for the health of the women and their children. This article presents an overview of social-science research on health and pregnancy among migrant women and on the perinatal and postpartum care they receive. Research on 124 studies on this subject revealed that there are three main themes associated with maternal health in this context: (1) How women are defined and categorised as migrants: This is often based on a single indicator, country of origin or birth. This creates a simplified and homogenising category that then also serves as the basis for the use of more complex categories. (2) The significance of social support for families, especially with respect to informal care, and the fundamental role of language and language barriers in health care. The relationship between migrant women and health-care providers is impacted by cultural differences, which leave women in a vulnerable position. (3) Macro-sociological and epidemiological factors. These are discussed mainly from the perspective of the 'epidemiological paradox', which the authors here deem a rhetorical trick because it conceals the variableness of the findings obtained from perinatal health indicators.

**Keywords:** perinatal health, healthy immigrant effect, acculturation, migrant women, epidemiological paradox, health care

*Sociologický časopis / Czech Sociological Review*, 2018, Vol. 54, No. 1: 63–99

<https://doi.org/10.13060/00380288.2018.54.1.396>

---

\* Tento text vznikl v rámci projektu „Migrace a zdraví matek: těhotenství, porod a rané rodičovství“ (Grantová agentura České republiky, grant č. 16-10953S), který je propojen s EU COST Action IS1405 „Building Intrapartum Research Through Health – an Interdisciplinary Whole System Approach to Understanding and Contextualising Physiological Labour and Birth (BIRTH)“, výzkumným rámcem financovaným Evropskou komisí.

\*\* Veškerou korespondenci zasílejte na adresu: Mgr. Alena Pařízková, Ph.D., Katedra sociologie, Filozofická fakulta, Západočeská univerzita v Plzni, Univerzitní 8, 306 14 Plzeň, e-mail: [parizkov@kss.zcu.cz](mailto:parizkov@kss.zcu.cz).

## Úvod

Prolínání migrace a procesu stávání se matkou u migrantek někteří autoři označují jako „krizi v krizi“ [Song et al. 2016: 38]. Jde tedy o souběh dvou životních změn. Žena se v průběhu těhotenství musí vyrovnávat nejen s biologickými a psychologickými změnami, ale i s řadou změn sociálních, které jsou o to náročnější, podstupuje-li zároveň i migraci do jiné země. Migrace je v literatuře pojímána jako riziko pro zdraví žen [Castelló et al. 2012]. To je o to větší, je-li žena těhotná či pokud rodí. Migrace je v porodnické praxi chápána jako „obecně akceptovaný“ rizikový faktor [Almedia et al. 2014: 244; Castelló et al. 2012]. Porod dítěte přitom není jen dovršením ženiny tranzice k mateřství, ale často představuje i první významnou událost, kdy se migrující rodiče dostávají do intenzivnějšího kontaktu se zdravotnickým systémem nové země.

Údaje o migrujících jedincích naznačují, že zdraví matek v průběhu těhotenství, porodu a v poporodním období je aktuálním a důležitým tématem. Globálně tvoří skoro polovinu z migrujících osob ženy (48 %), přičemž dle statistik OSN v Evropě a Severní Americe jsou počty migrujících žen dokonce vyšší než počty migrujících mužů [OSN 2016: 1].<sup>1</sup> V roce 2015 byl také medián věku migrujících jedinců 39 let [ibid.], tedy více jak polovina migrujících je v reprodukčním věku nebo do něj brzy dospěje.

V této stati migraci chápeme jako soubor dynamických a komplexních procesů a vztahů, které jsou součástí přesunu mezi geografickými místy i sociálními a politickými prostory [Faist 2000]. Zkušenosti, strategie a motivace jedinců v těchto procesech jsou různé a záleží na kontextu odchodu, pohybu a usazení. Nejčastější uchopení této rozdílné zkušenosti spočívá v dělení na dobrovolnou (často označovanou jako ekonomickou) a nucenou migraci, které je částečně podpořeno distinkcí obsaženou v mezinárodních úmluvách rozlišujících kategorii uprchlictví [Janků 2006]. Matice formující kontext individuálních zkušeností a potřeb jedince je nicméně složitější než tato prostá dichotomie. Migrační procesy a vzorce jsou ovlivňovány prolínáním genderu, třídy, etnicity, rasy, národnosti, sexuality, náboženství a dalších odlišností [Kofman et al. 2000].

Migrace je úzce spojena s otázkou zdraví, které proto činí důležitou součást výzkumů těchto procesů. Studie dopadu migrace na zdraví jedinců identifikují tzv. *efekt zdravého migranta* či *zdravé migrantky*,<sup>2</sup> tedy zjišťují u migrujících jedinců lepší zdraví, než jakého dosahuje populace cílových zemí. Jedním z vysvětlení těchto zjištění je požadavek dobrého zdraví jako základu pro participaci na migračních pohybech [Weeks, Rumbaut, Ojeda 1999]. Na druhou stranu k omezenému trvání tohoto efektu přispívá to, že se jedinci během migrace často setkávají

---

<sup>1</sup> Celkové počty migrujících jedinců dle statistik OSN [2016: 1] v roce 2015 dosahovaly 244 milionů jedinců.

<sup>2</sup> S ohledem na zaměření našeho textu si dále v tomto slovním spojení dovoluujeme používat pouze pojem migrantka, přestože se tento efekt v jiných kontextech pochopitelně dotýká i mužů.

s náročnými a stresovými situacemi, bariérami a limity v péči, což následně zvyšuje riziko jejich onemocnění [Dobiášová, Hnilicová 2010]. Porod vnímáme jako významnou událost, v níž se zrcadlí klíčové aspekty migrace, jež zdraví migrujících jedinců ovlivňují.

Perinatální zdraví čili zdraví žen a plodu ke konci gravidity a zdraví novorozence a jeho matky v průběhu porodu a krátce po něm je zásadní pro individuální zdraví samotných matek a zejména jejich dětí.<sup>3</sup> Zdraví těhotných žen je ovlivňováno řadou rizikových faktorů, které jsou spojeny jak se systémem zdravotní péče, tak s jejich životními podmínkami. Existuje stále více důkazů, že stres a sociální deprivace během těhotenství negativně ovlivňují porodní výsledky, zejména pokud jde o vyšší míru předčasných porodů a nižší porodní hmotnost [Beeckman et al. 2009]. Řada studií rovněž prokázala příčinnou souvislost mezi způsobem porodu, zejména císařským řezem, a zhoršeným zdravím v pozdějším životě, například vyšším výskytem ekzémů, astmatu a obezity [Hrubý, Maas, Fedor-Freybergh 2013; Rutayisire et al. 2016]. Samotný tento fakt naznačuje, že o biologických a sociálních faktorech nemůžeme uvažovat jako o oddělených kategoriích, ale že na četných úrovních dochází k jejich vzájemnému prolínání, formování a ovlivňování se. Pro dosažení dobrého zdraví matky a novorozence je také zásadní vhodná předporodní, porodní a novorozenecká péče. Omezený přístup k péči a její nedostatečné poskytování vedou k vyšší nemocnosti a úmrtnosti a ke specifickým zdravotním situacím [např. Bollini et al. 2009; Kabakian-Khasholian, Shayboub, Ataya 2014]. Otázky perinatálního zdraví žen s migrační zkušeností mají tedy významný sociální přesah. Domníváme se proto, že mohou být zajímavé a podnětné i pro širší sociologickou obec.

Ostatně zdraví migrantů a migrantek je také součástí zájmu sociálních věd v České republice. Výzkumy se zaměřují zejména na problematiku dostupnosti zdravotní péče a význam zdravotního pojištění<sup>4</sup> [Jelínková 2007; Dobiášová et al. 2004; Dobiášová, Vyskočilová 2006; Hnilicová, Dobiášová 2009; Dzúrová, Winkler, Drbohlav 2014], téma podpory zdraví [Janátová, Říhová, Úličná 2010], vztah zdraví a pracovních podmínek [Dzúrová, Drbohlav 2014] a v tomto kontextu také na zjišťování významu či vůbec existence efektu zdravé migrantky mezi migrujícími v ČR a související otázky jeho omezeného trvání [Dobiášová et al. 2004]. Přímo těhotenství a porodu se věnuje pouze výzkum zjišťující spokojenost migrantek s porodní péčí [Velemínský et al. 2014] a esej upozorňující na zranitelnost migrantek a diskriminující praktiky v systému péče [Pěničková 2014].

<sup>3</sup> Přesné definice perinatálního zdraví se napříč zeměmi Evropské unie a dalších států liší. Většinou se počátek perinatálního období počítá od dvacátého či až od dvacátého osmého týdne gravidity [European Commission 2017].

<sup>4</sup> Téma zdravotního pojištění je v České republice vysoce akcentovanou problematikou, jež je v námi analyzovaných studiích „pouze“ jedním z témat. V České republice doposud chybí studie zaměřené na zdraví matek-migrantek zabývající se významem zdravotního pojištění.

Tato přehledová stať reaguje na nedostatek pozornosti věnované perinatálnímu zdraví migrujících osob v českém prostředí. Cílem textu je poskytnout přehled problematiky v oblasti sociálních a zdravotních věd, která je prezentována a diskutována v oblasti zdraví a těhotenství migrantek a porodní a poporodní péče o ně. Pro tuto rešerši jsme od března do května 2016 v databázích JSTOR, SAGE Journals, ScienceDirect, SpringerLink a EBSCO vyhledávaly odborné texty podle klíčových slov vycházejících z podstaty našeho zájmu o zkušenosti migrantek s porodem a porodní péčí: *migrant maternal health*, *migrant health care*, *migrant health*. Klíčová slova jsme definovaly tak, aby nám umožnila zachytit studie věnující se zdraví matek migrantek a péči, s níž se v období před porodem, při porodu a po něm setkávají. Do prvního výběru jsme zahrnuly všechny texty nalezené s pomocí zvolených klíčových slov (52 textů). Dále jsme u vyhledaných textů procházely uvedenou citovanou literaturu a zapojily vyhledávání podle Google Scholar, což vedlo k rozšíření seznamu textů na 179. Ty jsme důkladně pročetly a vybíraly pouze studie explicitně se věnující zdraví matek s migrační zkušeností. Rešerše nebyla omezena stářím příspěvku, filtrovaly jsme však pouze publikace v anglickém a českém jazyce. Časové rozpětí bylo určeno samotnými studiemi, vedla nás k tomu snaha zachytit co nejširší vědění. Finální výběr obsahuje 124 odborných studií a výzkumných zpráv publikovaných mezi roky 1990 a 2016.<sup>5</sup> Studie reprezentují rozmanité obory včetně ošetrovatelství, antropologie, gynekologie a porodnictví, biomedicíny, epidemiologie, lékařství, pediatrie, migračních a populačních studií, psychiatrie, psychologie, sociologie, veřejného zdraví, perinatologie a sociální demografie.

Odborné studie jsme důkladně pročetly s cílem identifikovat v nich základní tematické oblasti. Při analýze jsme pracovaly se softwarem Maxqda, s jehož pomocí jsme rozpoznaly témata a podtémata a mapovaly jejich vzájemné propojení. Po prvním čtení jsme se shodly na hlavních oblastech, které vyvstaly z analýzy. Jednalo se o problematiku kategorizace migrujících, zkušenosti se systémem zdravotní péče a epidemiologické souvislosti prenatálního zdraví. Těm jsme se podrobněji věnovaly v další analýze. Tyto okruhy zároveň tvoří základní kostru následujícího textu.

První část se věnuje procesu migrace a způsobu, jakým autoři s kategorií „migrantka“ pracují a jak ji vymezují. Upozorňujeme na nejasnosti a nepřesnosti v některých studiích, jež ústí ve zjednodušené vymezování této kategorie. Považujeme za důležité tímto tématem započít předkládanou stať, neboť problematické uchopení tohoto konceptu ztěžuje pochopení kontextu variace zkušeností v rámci migračních procesů. To vyvolává otázku, o kom vlastně texty pojednávají. Nejasné vymezení kategorie migrantka zpochybňuje platnost zjištění a argumentaci daných autorů a autorek. Komplexnějším pojetím migrace jakožto tranzice spojené s akulturací toto téma uzavíráme. V druhé části shrnujeme poznatky

---

<sup>5</sup> Publikacním mediánem textů je rok 2008, přičemž před rokem 2000 bylo publikováno pouhých 16 textů.

zachycující zkušenosti migrantek se systémem zdravotní péče, přičemž klademe důraz na otázky kulturních a sociálních vlivů. Zde nejprve ukazujeme význam rodinných a sociálních vazeb pro fungování neformálního typu péče. Dále se věnujeme tématům, která jsou diskutována v souvislosti s formální péčí a možnostmi či limity jejího získání, přičemž značnou pozornost věnujeme významu jazyka a komunikace. Poslední, třetí část popisuje makrosociologické a epidemiologické souvislosti mezi migrací a perinatálním zdravím. Nejprve představíme proud studií, jenž se zabývá tzv. *epidemiologickým* či *imigrantským paradoxem*. Nakonec shrneme výzkumy vypovídající o znevýhodnění imigrantek a jejich dětí v oblasti perinatálního zdraví, a to zejména v souvislosti s nepříznivými pracovními i životními podmínkami, v nichž mnohé z těchto žen žijí [Urquia, O'Campo, Heaman 2012; Štípková 2016].

### Konceptualizace termínu „migrantka“ jako výzkumné kategorie

Většina zkoumaných textů se hlubšímu vymezení kategorie migrantka nevěnuje.<sup>6</sup> Výzkumy jsou realizovány z perspektivy cílové země a kategorie jsou vytvářeny dle země původu či specifičtěji dle země narození matky. Cílové země představují západní industrializované země [Gagnon et al. 2009; Gagnon, Zimbeck, Zeitlin 2010; Heaman et al. 2013; Merry et al. 2013; Urquia et al. 2010a] či rozvinuté země [Bollini et al. 2009], konkrétněji evropské státy [Balaam et al. 2013; Bollini et al. 2009; EWL, ICUM, EAPN 2010; IOM 2009; Reske, Razum 2011]. Jednotlivé analyzované studie popisují výzkumy realizované nejčastěji v USA, ve Velké Británii, Austrálii, Kanadě a Švédsku. Kategorie migrantek vytvořené na základě země původu pak nejčastěji odkazují k ženám pocházejícím ze zemí Afriky, Latinské Ameriky, Blízkého východu, jižní Asie a východní Evropy.

Kategorizace zkoumané populace žen dle země původu či narození se v této oblasti výzkumu stává rutinní praxí [Gagnon, Zimbeck, Zeitlin 2010], což potvrzují i další přehledové studie [Bellini et al. 2009; Merry et al. 2013]. V některých případech jsou jednotlivé kategorie migrantek shlukovány do geografických celků (*region/area of origin*) větších, než je země původu či narození [Forna et al. 2003; Ratcliff et al. 2015; Reime et al. 2012; Río et al. 2010; Urquia et al. 2010a], např. do Latinské Ameriky, zemí Maghrebu, subsaharské Afriky či východní Evropy [Castelló et al. 2012]. V nejširším pojetí je země narození ženy využívána jako indikátor určení kategorie *foreign born status/women* [Acevedo-Garcia, Soobader,

<sup>6</sup> Jsme si vědomy, že nejasnosti a nejednoznačnost ve formování kategorizace migrujících je obecným problémem mnoha studií, jež se výzkumu nejrůznějších otázek migrace věnují. Nicméně problematická kategorizace zásadně ovlivňuje sběr dat, výzkumná zjištění a posléze i nastavení politik a poskytování samotné zdravotní péče, což následně ovlivňuje zkušenosti žen a jejich zdraví. Z tohoto důvodu je problém kategorizace významným tématem i v oblasti výzkumu mateřského zdraví.

Berkman 2005; Dejin-Karlsson, Ostergren 2004; Essén 2001; Falah-Hassani et al. 2015; Forna et al. 2003; Korinek, Smith 2011]. Tato kategorie zdůrazňuje základní dichotomizaci zkoumaných žen dle země narození, přičemž cílová země je výchozí kategorií.<sup>7</sup>

Významným limitem při vytváření kategorií zkoumaných žen jsou nedostatky ve zdrojích dat. Četné studie pracují s daty získanými z nemocničních záznamů či registrů o porodech, které potřebné komplexnější informace o sociálním, ekonomickém a kulturním kontextu žen neobsahují [Gagnon et al. 2009]. Například ve Francii není povoleno kategorie jako etnicita či rasa<sup>8</sup> zaznamenávat [Zeitlin et al. 2004]. A v rámci Evropské unie se obecně od užívání těchto kategorií odrazuje [European Parliament, cit. dle Urquia et al. 2010a]. Na druhou stranu se ale díky tomu výzkumníci dopouštějí zjednodušování kategorií, neboť země původu matky se stává indikátorem etnicity [Essén 2001; Štípková 2016; Wiking, Johansson, Sundquis 2004; Zwart et al. 2011], národnosti [Bollini, Wanner, Pampallona 2011] či migračního statusu [Puthussery 2016; Štípková 2016; Urquia et al. 2010a].

Praxe rutinního využívání země původu pro kategorizaci rodiček a určování dalších kategorií v sobě nese několik problematických bodů. Hlavní výtkou je, že tento postup vede k povrchnímu a obecnému vymezení kategorií bez reflexe variability takto označených jedinců. Shlukování kategorií dle země původu do větších celků tuto heterogenitu ještě více zakrývá [Belihu, Davey, Small 2016]. Některé studie [např. Phillimore, Thornhill 2010] se s tímto problémem vypořádávají prostřednictvím konceptu tzv. *superdiverzity* či *intersekcionalního přístupu* [Puthussery 2016]. Phillimore [2015, 2016] doporučuje v souladu s konceptem superdiverzity, který zahrnuje řadu proměnných vystihujících zvyšující se rozrůzněnost populace [Vertovec 2007], usilovat ve výzkumu o zviditelnění intersekce migrace s genderem, vírou, věkem, třídou, vzděláním či jazykovými dovednostmi. Některé výzkumy zachycují prolínání migrace a socioekonomického statusu [Rowe et al. 2008] skrze dosažené vzdělání [Acevedo-Garcia, Soobacker, Berkman 2005; Jacquemyn et al. 2012; Robertson 2015], kvalifikovanost práce [Castelló et al. 2012] a typ ubytování nebo složení domácnosti a rodinný stav [Phillimore 2016]. Dalšími proměnnými jsou délka pobytu [Gagnon, Zimbeck, Zeitlin 2010; Urquia, O'Campo, Heaman 2012; Bollini, Stotzer, Wanner 2007] a jazykové dovednosti [Alderliesten et al. 2007; Bischoff et al. 2003], kterým se výzkumníci věnují zejména

<sup>7</sup> Také Český statistický úřad v údajích o vztahu migrace a užívání zdravotní péče pracuje se souhrnnou kategorií cizinci definovanou jako „osoby, které nejsou státními občany České republiky“. Tyto osoby jsou identifikovány dle země původu, resp. občanství. Dále tuto širokou kategorii dělí do tří kategorií, jejichž hlavní dělicí linkou je ne/členství země původu v EU a doba pobytu definovaná typem obdrženého víza (případně žádostí o ochranu). Nicméně většina prezentovaných statistik je formována dle rozdělení: občané EU a ostatní země. „Nelegální“ migrující představují samostatnou kategorii [ČSÚ 2017].

<sup>8</sup> Jak upozorňujeme dále, někteří výzkumníci a výzkumnice pracují s etnicitou a zemí původu jako se synonymy či je využívají jako vzájemné indikátory. Z tohoto důvodu se pojmy etnicita a rasa stávají součástí našeho textu. Nicméně, analýze těchto pojmů se nevěnujeme.

na v souvislosti s *konceptem akulturace*. Wasse, Holt a Daling [1994] zkoumají, jak se „rasa“ protíná s migračním statutem s cílem analyzovat rozdíly mezi uprchlenci z Etiopie a nativními černými ženami v USA.<sup>9</sup>

Zjednodušená a unifikovaná tvorba kategorií dle země narození je také často využívána jako indikátor pro určení etnicity. Pracuje se zde s předpokladem etnicity homogenních zemí a ignoruje se existence sekundární migrace. Na diverzitu v jednotlivých zemích upozorňují Ameh a van den Broek [2008: 177], kteří za příklad dávají ženu pákistánskému původu narozenou v jižní Africe. Ta bude při porodu ve Velké Británii spadat do etnické kategorie „černá žena afrického původu“ [ibid.]. Pojem *sekundární* či *vícečetná migrace* [Takenaka 2007] upozorňuje na fakt, že migrace je dynamickým procesem a ne vždy odpovídá běžné představě o jediném přemístění. Migrující nemusí do cílového prostoru ve smyslu země, v níž se v době šetření nachází, přicházet ze země, v níž se narodili [Urquia, Frank, Glazier 2010]. Tato neznalost může způsobovat nepřesnosti v získaných datech, zejména pokud zemi původu zaznamenává zdravotnický personál, který ji může stanovovat dle rozdílných kritérií (narození versus pobyt) [Reime et al. 2012].

Proces vícečetného přemístění berou v potaz pouze studie, které se zaměřují na výzkum uprchlictví. Ty zkoumají osoby, které prošly programem přesídlení (*resettlement*) [UNHCR 2016] z azylových zemí do tzv. třetí země [Carolan, Cassar 2010; Correa-Velez, Ryan 2012; Gagnon et al. 2006].

Jako nedostatečné je také kritizováno využívání země původu jako jediného indikátoru i/migračního statusu.<sup>10</sup> V tomto smyslu imigrační status označuje pouze to, zda žena je, či není migrantkou, ale nezachycuje různorodost této zkušenosti a s ní spojený kontext v cílové zemi. Na jednu stranu je v analyzovaných textech migrační status vymezován typem migrace (uprchlictví/ekonomická migrace) [Merry et al. 2013]<sup>11</sup> či je detailněji spojován s pozicí jedince v právním systému přijímací země (od pracovníka/pracovnice, přes žadatele/žadatelku o azyl, k novému občanovi/občance) [Phillimore, Thornhill 2010; Taylor, Newall 2008; Willson-Mitchel, Rummens 2013] a s tím souvisejícími právy a povinnostmi [Phillimore 2015].

<sup>9</sup> V tomto textu nepřekládáme původní označení „black women“ českým ekvivalentem „černošky“ kvůli jeho rasistickým konotacím. Používáme trochu příhodnější spojení „černé ženy“, který má podle nás tu výhodu, že nezastírá subjektivitu dotyčných žen.

<sup>10</sup> Častěji nacházíme označení *imigrační status*, ale lze se také setkat s pojmem *migrační status*.

<sup>11</sup> Rozlišení migrujících dle typu migrací, zejména rozlišení mezi ekonomickou a nucenou migrací (uprchlictví), se vyskytuje také v dalších textech [např. Higginbotom et al. 2013; Wilson-Mitchell 2008], ale nepracuje se v nich s označením i/migrační status. Dále Janevic, Savitz a Janevic [2011] rámuji motivace k migraci pomocí klasifikace vytlačujících a lákajících faktorů (*push/pull*), podle nichž následně člení studovanou populaci do skupin s odlišným dominantním kontextem migrace [podobně Wiking, Johansson, Sundquist 2004]. Toto rozlišení je vytvářeno s předpokladem odlišného působení kontextu migrace na zdraví migrujících žen.

Na druhou stranu některé výzkumy vymezují imigrační status ve spojitosti s etnickým původem žen a identifikují jej s pomocí země narození, národnosti, příjmení či etnického původu [Bollini et al. 2009]. Studie z Kanady [Mechakra-Tahiri, Zunzunegui, Zeugin 2007: 5] definuje imigrační status šířeji, a to prostřednictvím etnokulturního původu žen, přičemž sleduje, zda mají „anglosaský původ“ (*English ancestry*) podle země původu. Ženy narozené v Kanadě jsou samostatnou kategorií, druhou skupinu tvoří imigrantky narozené v Evropě (ženy majoritních skupin) a USA, Austrálii nebo na Novém Zélandu a do poslední skupiny se řadí ženy narozené v ostatních zemích.

Výraznou součástí problematiky migračního statusu jsou také migrující nacházející se mimo právní systém cílové země, označovaní *bez dokumentů*, *nelegální* či *neregulérní*. Neregulérnost pobytu se pojí s procesy marginalizace, se zvyšováním zdravotních rizik a zkomplikováním přístupu ke zdravotní péči, neboť jedinec se ocitá nejen v nejisté a nestabilní situaci, ale zároveň se snaží skrývat před autoritami [Phillimore 2016; Taylor, Newall 2008]. Základním kritériem pro rozlišení dichotomie legality či ilegality jedince je povolení k pobytu [Bollini, Wanner, Pamplona 2011; Choté et al. 2011; Reske, Razum 2011], popřípadě držení legálního anebo oficiálního statusu [Merry et al. 2016] či držení správných víz k pobytu [Quintanilha et al. 2016]. Ve výzkumech má tato zjednodušená dichotomie legality/ilegality jen zřídka mezistupně. Přitom příkladem mohou být kombinace možného legálního vstupu do země s vykonáváním práce bez pracovního povolení [Taylor, Newall 2008; Wilson-Mitchell, Rummens 2013] nebo v USA u migrujících bez dokumentů legální řidičský průkaz [Korinek, Smith 2011], který může sloužit jako důležitý a validní průkaz totožnosti.<sup>12</sup> Odlišným a zároveň v literatuře ojedinělým přístupem je rozlišení dle míry prekérnosti statusu určené typem víza. Prekérní status zahrnuje existenci bez dokumentů či status uprchlickví s dočasným povolením k pobytu, méně prekérním statutem může být dlouhodobé povolení k pobytu či trvalý pobyt [Ratcliff et al. 2015]. Zároveň nebývá brán zřetel na možnou fluiditu pobytového statusu, neboť jeho podoba se může v průběhu života jedince měnit, což mění míru prekérnosti statusu.

### *Migrace jako tranzice*

Většina textů zabývajících se perinatálním zdravím migraci nijak nekonceptualizuje a zaměřuje se přímo na porovnávání jednotlivých kategorií žen z hlediska zdraví a porodních výstupů. Ve zkoumaných studiích, které tak činí, je migrace vymezena základním pohybem směřujícím k překročení národních hranic [Essén 2001;

<sup>12</sup> Informace o imigračním statusu jedince skrze jeho pozici v rámci nebo mimo rámec právního systému země je podle výzkumů citlivé téma. Získávání této informace může nepříznivě zasahovat do vztahu mezi pacientkou a zdravotnickým personálem [Taylor, Newall 2008]. Důsledkem tak bývá nedostatečné zaznamenávání imigračního statusu [Phillimore 2016].



Quintanilha et al. 2016; Urquia et al. 2010a] a je charakterizována jako tranzice [Callister, Birkhead 2002; Collins, Zimmerman, Howard 2011; Zeitlin et al. 2004]. Popřípadě ji výzkumníci rozlišují podle příčin a motivací [Adanu, Johnson 2009; Balaam et al. 2013; Janevic, Savitz, Janevic 2011].

Migrace je souborem dynamických, komplexních procesů a vztahů, které jsou součástí přesunu mezi geografickými místy i sociálními a politickými prostory [Faist 2000]. Zahrnutí jejich sociokulturního aspektu je nezbytnou součástí pochopení migrační zkušenosti a dopadu na zdraví. Tuto perspektivu využívají analyzované studie, když vymezují migraci jako tranzici anebo do výzkumu zapojují koncept akulturace. Migrace u těhotných žen je označována jako *dvojitá tranzice* [Hoban, Liamputtong 2013], kdy se z domácích stávají cizinky a zároveň z žen matky [Barclay, Kent 1998]. Akulturace je spojena se změnou kultury v průběhu „neustálého kontaktu dvou odlišných kulturních skupin“ [Wiking, Johansson, Sundquis 2004: 574], s procesem včlenění do způsobu života jiné kultury [Essén 2001: 14], mnohdy též začleňování se do neznámé země a kultury [Ahmed et al. 2008].

Identifikování míry akulturace je úzce spojováno s délkou pobytu.<sup>13</sup> Výzkumy určují hranice dostatečně dlouhé doby akulturace osob různě. Mělo by se jednat o „dosti dlouhé období“ [Callister, Birkhead 2002], které například Zambrana et al. [1997] specifikuje jako období delší než 10 let. Délka pobytu může také ovlivnit zařazení ženy do kategorie imigrantek. V kanadské studii byly ženy s trvalým pobytem delším než 17 let zařazovány do kategorie nemigrantek [Urquia et al. 2010b]. V jiných případech spadaly do kategorie migrujících i ženy, které se v dané zemi narodily v druhé a následných generacích.

Snaha zachytit vztah kultury a migrace se odráží v uplatňování třídících kategorií tzv. *první a druhé generace*, které zahrnují do kategorie migrujících kromě jedinců, kteří překročili národní hranice a v cílové zemi se usadili, také jejich potomky, kteří se v cílové zemi narodili. Statistický úřad v Nizozemí etnicitu takto standardně vymezuje [Alderliesten et al. 2008]. Pokud byl jeden z rodičů narozen v zahraničí, pak jsou potomci pokládáni za druhou generaci migrantů a migrantek a za příslušníky odlišné etnicity. Rozdílne vymezuje jednotlivé generace britská studie pracující s generačním statutem [Harding, Rosato, Cruickshank 2004]. Za první generaci jsou označováni jedinci, kteří se již narodili ve Velké Británii, ale jejich rodiče či jeden z rodičů nikoli. Druhou generací jsou pak ti, kteří se narodili ve Velké Británii a stejně tak tomu bylo i u jejich rodičů [Hawkins et al. 2008]. Sami migrující jsou označeni jako imigranti, a tudíž představují jakousi nultou generaci. Zahrnovat do generačního statusu prarodiče zkoumaných žen představuje problém, neboť ne vždy jsou tato data dostupná [Harding, Rosato, Cruickshank 2004].

<sup>13</sup> Hawkins et al. [2008] měří míru akulturace ve Velké Británii dle generačního statusu, délky pobytu a jazyka, kterým se mluví doma.

Vymezení původu jedince skrze osobní migrační zkušenost či zkušenost jeho předků je součástí zejména těch studií, jež pracují s kategorií etnicity [Alderliesten et al. 2008; Almedia et al. 2004; Cross-Sudworth, Williams, Herron-Marx 2011; Lumey, Reijneveld 1995], a výzkumů zaměřených na zkoumání epidemiologického paradoxu, zajímajících se o vliv akulturace v cílové zemi na zdraví matek a dětí [Cervantes, Keith, Wyshak 1999; Guendelman et al. 1990; Harding, Rosato, Cruickshank 2004] (viz níže).

## **Těhotenská a porodní péče z hlediska migrantek**

V oblasti výzkumu souvislostí mezi migrací a perinatálním zdravím se poměrně značná část studií věnuje perspektivě a zkušenostem samotných migrantek se zdravotní péčí. Mnohé výstupy přitom poukazují na relativně zranitelnou pozici, ve které se tyto ženy – s ohledem na novou životní situaci – ocitají ve vztahu k poskytovatelům zdravotní péče. Na časté překážky ale narážejí i v oblasti neformální péče.

### *Neformální typ péče*

Jako neformální typ péče vymezujeme podporu a péči obsaženou v sociálních vztazích migrujících žen. V tomto ohledu navazujeme na Stacey Olikier [2009: 109], která péči (*care-giving*) definuje jako „ovlivňování a jednání, jež reaguje na potřeby a pocit pohodlí (*well-being*) jednotlivce v rámci vztahu tváří v tvář“. Dále do tohoto konceptu zahrnujeme také kulturní praktiky a aspekty, které ovlivňují přístup k péči a zdraví žen.

Silná podpora rodiny, příbuzenstva a přátel tvoří tzv. *neformální péči*, jež zajišťuje emoční podporu a má významný vliv na blaho ženy, na její zkušenost se zdravotní péčí a následně na její zdraví. Vazby v rodině ovlivňují to, zda žena zdravotní péči vyhledá, jak probíhá její komunikace s personálem a jak je žena ve výsledku informovaná. Pokud je rodina přítomna v cílové zemi, může vedle tlumočnické funkce zajišťovat i jiné zdroje podpory, pomoci a informací [srov. Ballam et al. 2013]. Celá řada studií [např. Balaam et al. 2013; McLeish 2005; Hoban, Liamputtong 2013; Quintanilha et al. 2016; Merry et al. 2013; McGlade, Saha, Dahlstrom 2004] ukazuje, že migrantky postrádají podporu širší rodiny a cítí se být v důsledku migrace izolovány [Bollini, Stotzer, Wanner 2007].

Naopak chybějící podpora rodiny negativně ovlivňuje zkušenosti žen v nové zemi. Výzkum Quintanilhy et al. [2016] odhalil zkušenosti somálských žen s těhotenstvím v Kanadě. Své zkušenosti informátorky porovnávaly a vypovídaly, že v zemi původu mají těhotné ženy silnou podporu rodiny a cítí se jako „královny“. Oproti tomu v cílové zemi se somálské migrantky cítí osamocené. Ženy postrádají emoční a instrumentální podporu a absence jejich rodiny jim ne-

dovoluje trávit čas jinak než péčí o dítě a domácnost [ibid.: 4–5]. To tvrdí například i Hoban a Liamputtong [2013], kteří porovnávají situaci kambodžských žen žijících v Austrálii s rodinou či bez přítomnosti rodiny. Podle jejich zjištění se ženy ocitají po porodu ve velmi tíživé a stresující situaci právě z důvodu, že postrádají matku, širší rodinu, přátele, ale i manžela, jenž bývá většinu času v zaměstnání. Ženy bez takové podpory přebírají absolutní zodpovědnost za sebe a své dítě ve všech otázkách péče [Hoban, Liamputtong 2013]. Citované studie poukazují nejen na důležitou roli rodiny v otázce neformální péče, ale i na kulturně podmíněný význam těhotenství a porodu.

Chybějící emoční a instrumentální podpora komplikuje prožitek a průběh těhotenství a vyúsťuje v to, že ženy často trpí úzkostmi, strachem a různými zdravotními problémy [Merry et al. 2013]. Některé výzkumy [Ahmed et al. 2008; Barclay, Kent 1998; Collins, Zimmerman, Howard 2011; Falah-Hassani et al. 2015; Hennehan, Redshaw, Kruse 2015; Hoban, Liamputtong 2013; Straus, McEwen, Hussein 2009; Sword, Watt, Krueger 2006; Zelkowitz et al. 2004; Shafiei, Small, McLahlan 2015; Ratcliff et al. 2015; Mechakra-Tahiri, Zunzunegui, Seguin 2007] zabývající se postnatálním zdravím migrantek poukazují na zhoršené zdraví, které způsobily psychosociální rizikové faktory po porodu.<sup>14</sup> Výše citované studie tvrdí, že migrantky se vyznačují vysokým výskytem postnatální deprese,<sup>15</sup> která je zapříčiněna zejména chybějící sociální podporou, osamělostí a sociální izolací [srov. Ahmed et al. 2008; Hoban, Liamputtong 2013]. Pouhé dvě studie [Mechakra-Tahiri, Zunzunegui, Seguin 2007; Sword, Watt, Krueger 2006] však srovnávají zjištění mezi migrantkami a nativními ženami, přičemž migrantky vykazují dvakrát větší pravděpodobnost výskytu postnatální deprese a rizikových faktorů. Mimo to citované studie zdůrazňují specifičnost jednotlivých období, jelikož zkušenosti žen jsou ovlivněny celou řadou stresorů spjatých s migrační tranzicí. Jedná se například o kulturní a jazykové bariéry, rozpad manželství, finanční problémy, nezaměstnanost, zkušenost s diskriminací, problémy s bydlením a další stresující události, jimž jsou migrantky vystaveny před migrací, během migrace a po ní [Zelkowitz et al. 2004; Sword, Watt, Krueger 2006; Teng, Robertson Blackmore, Stewart 2007; Shafiei, Small, McLahlan 2015; Mechakra-Tahiri, Zunzunegui, Se-

<sup>14</sup> Výzkumy ukazují, že zvýšené riziko poporodní deprese je způsobeno předmigrační zkušeností i situací během migrace a po migraci [Falah-Hassani et al. 2015; Straus, McEwen, Hussein 2009]. V době před migrací mohou mít negativní dopad na ženy například politické a válečné konflikty či jiná zkušenost s násilím [Collins, Zimmerman, Howard 2011]. Během migrace je důležitý nejen její samotný průběh, ale například i zákony a víza v nové zemi [Ahmed et al. 2008]. Ačkoli výzkumy nejčastěji předkládají faktory ovlivňující fázi po migraci, situace před migrací se může významně podílet na zhoršení zdravotního stavu žen.

<sup>15</sup> Postnatální deprese (Postnatal Depression/PND) je stav charakteristický zejména špatnou náladou, smutkem, depresemí, úzkostí, ztrátou chuti, plačtivostí atd., kterým trpí matky po porodu [Collins, Zimmerman, Howard 2011; Barclay, Kent 1998]. Nejčastěji je měřena pomocí Edinburské škály postnatální deprese.

guin 2007]. Barclay a Kent [1998] naopak kritizují to, že jsou ženám s migrační zkušeností obecně přisuzovány depresivní symptomy. Podle dotyčných autorů převládající idealizovaný obraz mateřství ve společnosti způsobuje, že jakýkoliv stav nepohody či neštěstí bývá definován jako poporodní deprese.

Neformální typ péče je úzce spjat i s otázkou stravovacích návyků žen jakožto kulturní praktikou. Například africké ženy s tzv. genitální mutilací často cíleně omezují příjem potravy, aby jejich plod nebyl příliš velký a aby se tak vyhnuly případným komplikacím při porodu a císařskému řezu [Essén et al. 2000; Essén 2001]. Jiná studie [Groleau, Soulière, Kirmayer 2006] poukazuje na odlišné stravovací návyky u skupiny migrantek z Vietnamu, které v Kanadě odmítaly kojít. Řídily se čínským principem *jin a jang*, jímž formovaly svůj přístup ke zdraví a potažmo ke kojení. Princip *jin a jang* pracuje s významem pocitu tepla a zimy, vytvářeného na základě stravy, vody a vzduchu. Pokud ženy kojily, ztrácely podle svého přesvědčení vitální energii z těla a vystavovaly se riziku zranitelnosti a zeslábnutí. Jinými stravovacími návyky se vyznačovaly i již zmiňované somálské ženy v Kanadě [Quintanilha et al. 2016], které hovořily o chybějící péči rodiny, díky níž by byly schopné stravovat se zdravě a být fyzicky aktivní. Osamělost v cílové zemi a vysoké ceny zdravých potravin jim v tom zabraňují.

### Formální typ péče

Formální typ péče odkazuje k systému zdravotní péče. Námi provedená rešerše studií odhalila různá témata, která jsou diskutována v souvislosti s formální péčí. Ta se týkají zejména jazyka a komunikace migrantek se zdravotnickým personálem, reakce systému na kulturní a fyzickou odlišnost, kvality péče a respektu ze strany poskytovatelů zdravotní péče.

Jazyk a jazykové bariéry vystupují ve studiích jako nejdůležitější témata. Téměř všechny studie zabývající se migrantkami v porodním systému zdůrazňují, že ženy zažívají jazykové a komunikační obtíže, jež jsou hodnoceny jako závažné [Ahmed et al. 2008; Andrulis, Goodman, Pryor 2002; Balaam et al. 2013; Bollini, Stotzer, Wanner 2007; Davies, Bath 2001; Forna et al. 2003; Jayaweera, D'Souza, Garcia 2005; Rice, Naksook 1998; Phillimore, Thornhill 2010; Merry et al. 2013; Small et al. 2014; Teng, Robertson Blackmore, Stewart 2007; Straus, McEwen, Hussein 2009; Robertson 2015; Jelínková 2007]. Dosud provedené výzkumy dokládají, že těhotné migrantky se ocitají v nepříjemné situaci, v níž zdravotnickému personálu nerozumí nebo mu rozumí jen v omezené míře. Navíc jsou možnosti žen komunikovat se zdravotnickým personálem limitované kvůli odborné terminologii, a to i v případě obstojné znalosti jazyka cílové země [Straus, McEwen, Hussein 2009; Ballam et al. 2013]. Robertson [2015] zkoumala zkušenosti migrantek ve Švédsku, které považovaly neznalost jazyka za problém ještě předtím, než navštívily zdravotnické zařízení. K tomu je totiž zapotřebí telefonicky se objednat a vysvětlit své potíže a symptomy, čehož ženy nebyly schopné. Z toho důvodu návštěvu lékaře či lékařky často odkládaly a ignorovaly své potíže až do chvíle,

než se staly urgentními. Jazykové bariéry udržují ženy v pozici, v níž se nemohou vyjádřit, diskutovat a nejsou zapojovány do procesu rozhodování o léčbě. Je evidentní, že neznalost jazyka, nedostatek informací a dezinterpretace jsou závažným a velmi častým problémem pro migrující ženy. Jazykové bariéry tak posilují znevýhodnění žen a navíc mohou způsobit zhoršení zdravotního stavu.

Navrhovaným řešením špatné komunikace je zapojení tlumočnicků či tlumočnic [např. Ameh, van den Broek 2008; Andrulis, Goodman, Pryor 2002; Bischoff et al. 2003; Small et al. 2014; Phillimore, Thornhill 2010; Rice, Naksook 1998; Rice, Naksook, Watson 1999]. Andrulis et al. [2002] na základě svých zjištění tvrdí, že cizinky, které užívají služeb profesionálního tlumočení, mají pozitivnější zkušenost se zdravotní péčí v porovnání s ženami, které překlad nevyužijí. Tlumočnické služby mají pak významný vliv nejen na porozumění mezi pacientkou a personálem, ale i na její spokojenost s poskytovanou péčí. Migrantky, které neumějí úřední jazyk, tak s větší pravděpodobností sdělí konkrétní symptomy, rozumí lékařským sdělením a pokynům ohledně léčby, včetně užívání léků [Bischoff et al. 2003].

Ovšem některé výzkumy [např. Phillimore, Thornhill 2010; Small et al. 2014; Rice, Naksook 1998; Rice, Naksook, Watson 1999] upozorňují také na stinné stránky a negativní zkušenosti vyplývající z užití profesionálního tlumočení. Shodují se, že i profesionální mluvčí může mít odlišný dialekt a nemusí znát některá nářečí či nespisovné prvky jazyka. V důsledku toho může dojít ke špatnému pochopení a nepřesnému přeložení důležité informace. Pro některé migrantky je navíc obtížné a nepříjemné sdělovat osobní, citlivé a intimní informace cizímu člověku, zejména muži. Přítomnost tlumočnicka tak může vyvolávat pocit studu a zahanbení, což přispívá ke zkrácení ohlášených symptomů, potíží a pocitů dané ženy [Phillimore, Thornhill 2010; Byrskog et al. 2015]. Z těchto poznatků vyplývá, že gender a věk tlumočnicků a tlumočnic jsou důležitými faktory ovlivňujícími zkušenosti žen s tlumočením, jejich důvěru a množství poskytnutých informací [Correa-Velez, Ryan 2012]. Například studie vycházející ze zkušenosti somálských žen [Davies, Bath 2001] ukazuje, že informatky vnímaly tlumočnický jako osoby, které nemají stejnou zkušenost a nemohou ženám rozumět. Další negativní zkušenost, již migrantky zažívají, je nedostupnost a zaneprázdněnost profesionálních tlumočnicků a tlumočnic. Z toho důvodu jsou tlumočnické služby pro pacientku dostupné mnohdy jen po nezbytně krátkou dobu nebo tlumočnick dodá pouze ty nejzákladnější informace.

Vzhledem k omezené dostupnosti profesionálního tlumočení, migrantky často pro tlumočnické služby volí rodinné příslušníky, širší příbuzenstvo či přátele [např. Balaam et al. 2013]. I volba příbuzných s sebou přináší značná omezení. Migrantky jsou mnohdy závislé především na svých manželech, kteří zvládají oficiální jazyk. Avšak ti často celý den pracují a nemají čas pobývat se svými ženami v nemocnici či s nimi chodit na schůzky s lékaři či lékařkami [Rice, Naksook, Watson 1999]. V tom případě jsou pak závislé na svých dětech či přátelích, zvládají-li tito oficiální jazyk. Bischoff et al. [2003] se zabývali jazykovými bariérami mezi azylanty a zdravotnickým personálem ve Švýcarsku a zjistili, že právě zapojení členů rodiny jakožto tlumočnicků vede k vážným problémům a personál se

méně často dozvídá o konkrétních symptomech. Mnoho migrantek a azylantek se stydí a nechce hovořit o soukromých, citlivých a bolestných potížích před svojí rodinou. Chtějí je uchránit od traumatizujících příběhů a vyhnout se stigmatizaci či pohoršení v rodinném kruhu [srov. Davies, Bath 2001]. Mimo to může při překladu, obzvláště není-li mluvčí profesionální, „ve spěchu“ dojít k nepřeložení exaktní zprávy, kterou chce žena říci [Small et al. 2014; Rice, Naksook 1998].

Neznalost úředního jazyka je spjata s problematikou pozdního vstupu do systému zdravotní péče. Mnoho studií [např. Balaam et al. 2013; Alderliesten et al. 2008; Ameh, van den Broek 2008; Castelló et al. 2012; Puthussery 2016; Phillimore 2015; Phillimore, Thornhill 2010] zdůrazňuje, že migrantky vstupují do systému péče výrazně později a setrvávají v něm po kratší dobu v porovnání s nativními ženami. Tento opožděný vstup je vysvětlován právě jazykovými bariérami a komunikačními obtížemi, nedostatečnou informovaností a neefektivní či necitlivou komunikací [Phillimore, Thornhill 2010; Andrulis, Goodman, Pryor 2002; Puthussery 2016; Almeida et al. 2014; McLeish 2005]. Reitmanova s Gustafsonem [2008] tvrdí, že migrantky svoji neznalost a neinformovanost řeší snahou informace vyhledávat a hodně se ptát zdravotnického personálu. Ten je však často zaneprázdněn a ženy mnohdy nemají možnost lékaře či lékařku vidět a dotazovat se, což je následně odrazuje od prenatálních návštěv. S opožděním vyhledávají péči migrantky z nižších sociálních vrstev [Rowe, Garcia 2003; Rowe et al. 2008] nebo ty, jejichž těhotenství je nechtěné [Oropesa et al. 2000]. Almeida s kolegy [2014] vysvětlují pozdní vstup a odmítání medicínských schůzek tím, že migrantky mají odlišná očekávání, nemají povědomí o jim dostupných možnostech a mají omezené finanční zdroje [srov. Andrulis, Goodman, Pryor 2002; Oropesa et al. 2000]. Některé ženy pocházejí z kultur, v nichž není zvykem v případě těhotenství vyhledat lékařskou péči, takže to nepovažují za nutné a k péči přistupují výrazně později, nebo ji dokonce odmítají [Higginbottom et al. 2014].

Studie ukazují, že nejen neznalost jazyka, ale i absence zdravotního pojištění je zásadní bariérou v přístupu k péči a jejímu poskytnutí [Andrulis, Goodman, Pryor 2002; Pěničková 2014; Merry et al. 2013]. Samotný přístup k péči může být ovlivněn i socioekonomickými bariérami, jako je nezaměstnanost či naopak mnohačetné zaměstnání, zaneprázdněnost mužů či nevhodné bydlení a prostředí [Higginbottom et al. 2014]. Jayaweera, D'Souza a Garcia [2005] hovoří o tzv. *ekonomické nejistotě*, v níž se ocitají migrantky z chudých oblastí, s nízkým vzděláním, s nízkými příjmy a s minimálním uplatněním na trhu práce [srov. McLeish 2005]. Stěžejní v přístupu k péči je pro mnoho migrantek i problém dopravy k poskytovateli péče a zpět [Teng, Robertson Blackmore, Stewart 2007; Correa-Velez, Ryan 2012].

Dalším zásadním tématem se v kontextu formálního systému péče jeví jeho reakce na kulturní odlišnost. Přehledová studie Higginbottoma a kolektivu [2014] ukazuje, že odlišné kulturní představy, zvyky a náboženské praktiky jsou klíčové ve zkušenostech migrantek s lékařským prostředím, konkrétně s porodní a poporodní péčí [Higginbottom et al. 2014: 12–13]. Západní instituce medicíny může obsahovat odlišné, neznámé procedury a praktiky. Mohou se tak vyskytovat

rozpory v očekávání, co mají ženy během těhotenství dělat a jak se mají chovat. Studie zdůrazňují, že pro ženy jiných kultur je vyhledávání pomoci a péče mimo rodinu zcela novou zkušeností [např. Ahmed et al. 2008; Callister, Birkhead 2002]. Jsou totiž zvyklé, že v době těhotenství, porodu a po porodu měly v zemi původu kolem sebe matku a příbuzenstvo a tuto životní situaci prožívaly výhradně v rodinném kruhu. Například Callister a Birkhead [2002] zkoumali zkušenosti žen z Mexika, které na těhotenství tradičně nahlíží jako na stav nevyžadující žádnou medicínskou péči. Ženy z nezápádních zemí nerozumí, proč se klade tak silný důraz na předporodní a porodní péči, a s ohledem na své kulturní tradice tudíž mohou péči odmítat nebo ignorovat [Carolan, Cassar 2010].

Co se týče migrantek přicházejících z afrických zemí, studie nejčastěji narážejí na problém tzv. *genitálních mutilací*, které jsou v některých regionech Afriky častou praktikou [Forna et al. 2003; Balaam et al. 2013; Correa-Velez, Ryan 2012; Merry et al. 2013; Straus, McEwen, Hussein 2009]. V předchozí části textu se o této praxi zmiňujeme v souvislosti se stravovacími návyky, nicméně problém *genitálních mutilací* se výrazně projevuje i v systému zdravotní péče. Zdravotnický personál v západních zemích je podle vypovídajících afrických žen neznalý a nezkušený v tom, jak zacházet s obřezanými pacientkami. Straus, McEwen a Hussein [2009] tvrdí, že neobeznámenost personálu s obřízkou vede k vysokému počtu komplikovaných porodů, často zakončených císařským řezem. Zjištění navíc odhalují, že zdravotníci uvažují o somálských ženách jako o neschopných porodu přirozeným způsobem. Ženy považují císařské řezy za zbytečné zásahy a cítí se být ochuzené o možnost kontrolovat vlastní porod [ibid.: 184]. Citované studie se shodují, že ženy s ženskou obřízkou jsou vystaveny stereotypním soudům a zažívají neporozumění a traumatizující zkušenosti v prostředí západního systému zdravotní péče.

Odlišné tradice migrantek se mimo to mohou projevit již v otázce samotného kontaktu se zdravotnickým personálem. Reitmanova a Gustafson [2008] vedli výzkum u muslimských žen, pro něž je problémem vyšetřující muž a nemožnost modlitby v daných zdravotnických zařízeních. Ženy tak často pociťují neúctu ke své náboženské víře. Jiná studie [Rice, Naksook 1998] ukazuje, že thajské migrantky jsou příliš stydlivé a cítí se trapně v situaci, kdy jejich tělo ošetřuje jiný člověk, zejména muž. Mezi další kulturní zvyky patří například důraz na neverbální komunikaci i orální tradici a naslouchání, což cizinky u zdravotnického personálu nespátřují [Straus, McEwen, Hussein 2009]. Výzkumy naznačují, že kulturní tradice a zvyky jsou u migrantek ignorovány. Obecně se mluví o kulturní necitlivosti a nedostatku kulturního uznání. V důsledku toho mohou ženy postrádat důvěru, blízkost či potlačovat a popírat své zdravotní problémy [Small et al. 2014; Teng, Robertson Blackmore, Stewart 2007].

Diskuse nad kulturní odlišností v kontextu medicínské péče je v některých studiích spojována s kvalitou péče, která je daným ženám poskytována. Oropesa s kolegy [2000] na základě dat z vlastního průřezového šetření hovoří dokonce o tom, že nekvalitní a neadekvátní péči přijímá zhruba 20 % a průměrnou péči přibližně 25 % z dotazovaných žen. I jiné výzkumy [např. Ameh, van den Broek

2008; Bischoff et al. 2003] udávají, že migrantky přijímají méně kvalitní a neoptimální péči než nativní ženy. Yelland et al. [2015] zjistili, že v Austrálii přibližně polovina migrantek nehovořících anglicky vyjadřuje nespokojenost s kvalitou péče. Nejčastěji se shodují, že spokojenost je výrazně ovlivněna jazykovými bariérami, špatnou komunikací, absencí zdravotního pojištění, neznalostí žen a jejich neinformovaností o systému zdravotní péče [Sword, Watt, Krueger 2006; Puthussery 2016; Wilson-Mitchell, Rummens 2013]. Robertson [2015] shrnuje faktory, které ovlivňují kvalitu poskytované péče. Jsou jimi osobní očekávání migrantek, kvalita vztahu s poskytovateli péče, zapojení do procesu rozhodování a míra sociální podpory [srov. Higginbottom et al. 2014]. Dále uvádí, že kvalita péče závisí i na postojích a jednání poskytovatelů péče či na strukturálních faktorech, jež mohou ovlivnit komunikaci. K podobnému zjištění došli i Yelland et al. [2005]. V jejich výzkumu ženy vypovídaly o nespokojenosti s kvalitou péče zejména z toho důvodu, že si jich zdravotníci nevšíмали, nepamatovali si je, neinformovali je o tom, co se děje, nebrali je vážně nebo nezohledňovali jejich individuální potřeby [srov. Yelland et al. 1998].

Nedostatek respektu a předpojatost vůči ženám může být zásadním faktorem přímo ovlivňujícím kvalitu péče [např. Essén 2001; Balaam et al. 2013; Ny et al. 2007; Puthussery 2016; Robertson 2015; Reitmanova, Gustafson 2008; Rice, Naksook 1998; Small et al. 2014; Straus, McEwen, Hussein 2009; Wiking, Johansson, Sundquist 2004]. Řada výzkumníků přináší empiricky podložené důkazy o tom, že mnoho migrantek zažívá nevhodné jednání ze strany personálu a získává nedostatečné množství poskytnutých informací [Ameih, van den Broek 2008; McLeish 2005; Small et al. 2014; Rice, Naksook 1998]. Zmínění badatelé na základě svých empirických výzkumů argumentují, že zdravotnický personál automaticky předpokládá, že migrantky jsou pasivní a neschopné zúčastnit se rozhodovacího procesu, a proto jejich zapojení opomíjejí. Tyto negativní zkušenosti žen v prostředí zdravotní péče mohou posilovat jejich pocit nejistoty a nedůvěry ve zdravotnický systém.

## **Makrosociologické výzkumy perinatálního zdraví migrantek**

Na makroúrovni představují souvislosti mezi migrací a perinatálním zdravím žen a novorozenců rozsáhlé téma. Výzkumy přitom pracují s několika vybranými ukazateli. Mezi těmi nejsledovanějšími výsledky těhotenství a porodů (*pregnancy and birth outcomes*), které predikují šance novorozence na přežití a následný zdravý vývoj, jsou například (nízká) porodní váha a s ní úzce související výskyt (extrémně) předčasného porodu.<sup>16</sup> Dále jde o výskyt vrozených vad u novorozen-

---

<sup>16</sup> Výzkumníci přitom rozlišují předčasně narozené děti s velmi nízkou porodní váhou, tj. nad 1 500 g, a extrémně nízkou porodní váhou, tj. nad 1 000 g [např. Saigal, Doyle 2008]. U těchto dětí se někdy až do rané dospělosti vyskytuje řada závažných zdravotních komplikací a poruch v neurodevelopmentálním a kognitivním vývoji, dále smyslové poruchy,



ců a kojeneckou úmrtnost. Sledována je též míra císařských řezů, neboť s opera-  
tivními porody se pojí zvýšená zdravotní rizika u novorozenců i u matek, míra  
mateřské mortality obecně a mateřská morbidita.

Závěry těchto studií jsou však nejednoznačné. Zatímco některé z nich uka-  
zují, že migrantky do industriálních zemí mají výrazně lepší výsledky porodu  
než místní ženy, jiné výzkumy naopak upozorňují na podstatně horší výsledky  
porodu a celkově horší zdraví.

### *Epidemiologický či imigrantský paradox a efekt zdravé migrantky*

Pojmy epidemiologický paradox (*epidemiological paradox*) nebo také imigrantský  
paradox (*immigrant paradox*) se v odborné literatuře objevují přibližně od šedesá-  
tých let minulého století [Urquia, O'Campo, Heaman 2012; Štípková 2016; Reske,  
Razum 2011]. Přestože například podle Urquy a kolegů [2012] tyto koncepty od-  
kazují k rozporuplnosti provedených epidemiologických šetření, většina autorů  
je používá pro označení paradoxní situace, kdy migrantky vykazují výrazně lepší  
výsledky těhotenství a porodu než ženy z místní populace, přitom ale v cílových  
zemích zaujímají většinou nižší socioekonomické postavení. Podle dominantního  
epidemiologického očekávání spojujícího obecně horší socioekonomické posta-  
vení s horším zdravím by však perinatální zdraví migrantek a novorozenců mělo  
být ve srovnání s populací cílové země spíše horší, nikoliv lepší.

Většina studií, jež tento jev v oblasti perinatálního zdraví popisuje, pochází  
z USA [Gould et al. 2003; Madan et al. 2006; Urquia et al. 2010a; Forna et al. 2003;  
Štípková 2016 atd.]. Skupina migrantek, o které se v této souvislosti píše nejvíce,  
jsou ženy z Latinské Ameriky, především pak z Mexika, a proto je tento jev někdy  
označován jako *latina paradox*. Rozpor spočívá v tom, že Mexičanky přicházející  
do USA vykazují některé stejné, nebo dokonce lepší výsledky porodu než ženy  
narozené v USA, a to i přes nepříznivé sociální charakteristiky, jakými jsou na-  
říklad nízké vzdělání, nedostatečná prenatální péče či nízký příjem, jež by jejich  
perinatální zdraví měly ovlivňovat negativně [Urquia et al. 2010a].

Tento takzvaný *efekt zdravé migrantky* čili skutečnost, že migrující mají po  
příchodu do země lepší zdraví než místní populace, neboť rozhodnutí migrovat  
realizují především ti jedinci, kteří jsou celkově zdravější a zdatnější [Jelínková  
2007], slouží k vysvětlení epidemiologického paradoxu. Jde o fenomén, který byl  
však zdokumentován i u jiných etnických skupin v USA a který po určité době  
strávené v cílové zemi většinou mizí. V následujících odstavcích se nejprve po-  
díváme na otázku, u jakých skupin a v jakých zemích se podle existujících studií

---

mentální retardace, behaviorální problémy apod. [ibid.]. WHO [2016] rozlišuje tři katego-  
rie předčasných porodů: (1) extrémně předčasný porod (před dokončeným 28. týdnem  
těhotenství); (2) velmi předčasný porod (od 28. do 32. týdne těhotenství) a (3) středně či  
pozdně předčasný porod (od 32. do 37. týdne těhotenství).

efekt zdravé migrantky vlastně vyskytuje a jaké faktory zde působí. Poté podrobněji rozebereme časovou podmíněnost tohoto jevu.

Řada výzkumů dokazuje, že vedle Mexičanek se efekt zdravé migrantky v oblasti perinatálního zdraví vyskytuje i u jiných etnických skupin v USA. Urquía et al. [2010a] dokonce zjistili, že u dětí narozených černošským a hispánským imigrantkám se objevuje nižší riziko nepříznivých výsledků porodu než u dětí rodičů, kteří se v USA již narodili. Nicméně to samé neplatilo u dětí žen z Asie a „bílých“ žen.

Jev analogický *latinskoamerickému paradoxu* byl ovšem v oblasti perinatálního zdraví zaznamenán i ve Francii [Zeitlin et al. 2004] a Belgii [Urquía et al. 2010a; Guendelman et al. 1999]. A konkrétně v belgickém kontextu Buekens, Masuy-Stroobant a Delvaux [1998] popisují tento jev u migrantek z Alžírska, Maroka a Tuniska. Dále jej částečně prokázali i Gissler, Pakkanen a Olausson [2003] u Finek, jež porodily ve Švédsku, a Štípková [2016] ve vztahu k riziku nízké porodní váhy i u imigrantek do České republiky. Alexander et al. [1996] jej popsali u migrantek z Japonska a Li, Keith a Kirby [2010] u migrujících z Číny. Podle metaanalýzy studií provedené v rámci mezinárodní výzkumné spolupráce *Reproductive Outcomes And Migration* (ROAM) [Gagnon et al. 2009] dospěla více než polovina analyzovaných výzkumů k závěru, že migrantky mají v míře předčasného porodu, nízké porodní váhy i zdravotních návyků výsledky stejně dobré, nebo dokonce lepší než lokální populace cílových zemí.

Podle Urquíe et al. [2010a] nicméně není dostatečně jasné, zda efekt zdravé migrantky platí univerzálně, anebo se projevuje jen u matek z určitých regionů světa, popřípadě z kterých. Ve snaze vyjasnit vztah mezi migrací a výsledky porodu proto provedli systematickou analýzu studií, jejímž cílem bylo určit rozdíly v míře nízké porodní váhy a předčasného porodu mezi migrantkami a ženami, jež nemigrovaly. Zároveň migrantky rozdělili do podskupin podle rasy, respektive etnicity, destinace a světového regionu, z něhož přišly. Zjistili, že dané výsledky porodu významně ovlivňuje nejen region původu, ale i samotná destinace. Například migrantky ze subsaharské Afriky, Latinské Ameriky a Karibiku měly v Evropě vyšší pravděpodobnost nízké porodní váhy než v USA, zatímco migrantky z jihocentrální Asie měly vyšší pravděpodobnost výskytu tohoto ukazatele na obou kontinentech. Svou roli zde může hrát odlišná etnická kompozice destinací. Ve světle tohoto zjištění pak můžeme reinterpretovat i samotný *latinskoamerický paradox* a lepší výsledky porodu mexických migrantek v USA jako jev, jenž úzce souvisí s relativní blízkostí obou zemí a v kontextu vzdálenějších destinací s nejvyšší pravděpodobností mizí.

Urquía, Frank a Glazier [2010] ovšem zjistili, že roli hraje i to, zda migrantka přichází z průmyslové či neprůmyslové země a také zda se jedná o primární či sekundární migraci. Sekundární migrace byla v jejich analýze spjata s lepšími výsledky porodu, konkrétně s vyšší porodní váhou a nižší mírou předčasného porodu. Pozitivní dopad sekundární migrace se však projevil pouze u imigrantek, jež pocházely z neprůmyslových zemí.

Vedle regionů původu a destinace zde hraje roli i řada dalších faktorů. Alexander et al. [1996] třeba zjistili, že výskyt nízké porodní váhy ovlivňuje etnická či rasová příslušnost otce. Jde ovšem o faktor, který většina epidemiologických studií nezohledňuje, často kvůli nedostupnosti dat.

Urquia se svými kolegy [2012] pak ve své další analýze ukazují, že efekt zdravé migrantky je specifický jen pro některé ukazatele (*outcome specific*). Týká se předčasného porodu, nemocí během těhotenství, ale nikoliv například postnatální deprese. Stejně tak další výzkumy zjišťují rozpory v jednotlivých výsledcích porodu u stejných etnických skupin migrantek. Například podle Hessol a Fuentes-Afflick [2000] mají Mexičanky sice stejné riziko nízké porodní váhy a nižší riziko kojenecké úmrtnosti než bílé Američanky, ale u jejich novorozenců se častěji vyskytuje nízká porodní váha, předčasný porod a vyšší úmrtnost a tyto ženy mají též vyšší výskyt těhotenské cukrovky a častěji se setkávají s neadekvátní prenatální péčí [ibid.: 519]. A podobně i Zeitlin et al. [2004] identifikovali ve Francii znevýhodnění ve výsledcích porodu u žen pocházejících ze severní Afriky, avšak pouze v míře perinatální úmrtnosti, a nikoliv ve vztahu k předčasnému porodu a porodní váze.

Efekt zdravé migrantky má tendenci být nejsilnější a nejviditelnější u jednotlivců s nižším vzděláním [Štípková 2016], což je dle Acevedo-Garcíy, Soobadera a Berkmana [2005] součástí selekčního mechanismu. Minimální úroveň zdraví je pro migraci nezbytná. Wingate a Alexander [2006] pak testují selektivní hypotézu v případě rezidenční mobility migrantek narozených v Mexiku a žen mexického původu, jež se narodily v USA. Zjistili, že matky, které před porodem přesídlily do jiného státu v rámci USA, měly o trochu příznivější výsledky porodu a že jejich děti měly ve srovnání s dětmi narozenými ženám, jež se před porodem nepřestěhovaly, méně často nízkou porodní váhu a také byly méně hypotrofské (*small-for-gestational age*, SGA) čili s porodní váhou nižší, než odpovídá jejich gestačnímu stáří.

Vedle předpokladu pozitivní selekce zdravějších lidí mezi migranty však většina badatelů a badatelek předpokládá, že k efektu zdravé migrantky přispívají i další faktory, zejména pak zdravý životní styl [viz např. Forna et al. 2003] a již diskutovaná sociální podpora [McGlade, Saha, Dahlstrom 2004; Zeitlin et al. 2004]. Singh a Yu [1996] pak shrnují, že relativní pozitiva spjatá s efektem zdravé migrantky mohou sice na jedné straně odrážet pozitivní selektivitu na straně migrantek, ale na druhé straně mohou vyvěrat z behaviorálních, kulturních a psychosociálních faktorů, jež vedou k příznivým výsledkům porodu. V této souvislosti se hovoří zejména o nízké míře užívání tabáku, alkoholu a dalších návykových substancí během těhotenství. Analýza těchto autorů ukázala vyšší míru kouření cigaret během těhotenství mezi matkami narozenými v USA [ibid.]. Dále zde může hrát roli sociální původ a socioekonomický status (SES), silná sociální a rodinná podpora či lepší stravovací návyky a výživa. Singh a Yu [1996] dále zjistili, že ženy narozené v zahraničí budou své děti pravděpodobně kojit častěji než matky narozené v USA. K podobným závěrům ostatně dospívají i Río

et al. [2011], podle nichž ve Španělsku vykazují všechny skupiny imigrantek (kromě Číňanek) vyšší míru kojení než místní ženy.

Zajímavou konceptualizaci mnohačetných faktorů působících na perinatální zdraví nabízejí Rumbaut a Weeks [1996]. Ti je rozčleňují do tří kategorií. Primární rizikové faktory jsou přímými determinanty reprodukčních výsledků, sekundární faktory představují charakteristiky těhotné ženy, které mohou ovlivnit její náchylnost vůči jednomu primárnímu rizikovému faktoru či několika z nich. Terciární faktory pak reprezentují širší kontextuální faktory související s komunitou ženy, kterými jsou třeba míra ekonomického rozvoje, zdravotní péče, kvalita vody či dopravní infrastruktura. Analyticky rozlišují tyto vlivy podle toho, zda mají sociokulturní anebo tzv. biomedicínskou povahu. Do první skupiny zahrnují například nutriční příjem, sociální podporu, psychosociální stresory, náboženství, vzdělání, zaměstnání anebo i fakt, zda těhotná žena kouří a užívá drogy. Do skupiny biomedicínských činitelů řadí například věk ženy, její reprodukční historii, lékařskou anamnézu, zdravotní status, nárůst váhy v těhotenství apod. Je však důležité si uvědomit, že i tyto jevy jsou též sociálně podmíněné, avšak v kontextu biomedicínského vědění [např. Lock, Nguyen 2010].

Nyní se podívejme na otázku, jak na efekt zdravé migrantky v oblasti perinatálního zdraví působí délka pobytu v cílové zemi [Urquia et al. 2010b; Urquia, O'Campo, Heaman 2012]. Urquia et al. [2010b] v této souvislosti upozorňují na skutečnost, že efekt zdravé migrantky se týká především nedávné migrace, neboť po určité době se zdravotní výhody nově příchozích vytrácejí. Studie z různých prostředí pak ukazují, že tzv. druhá generace imigrantek má ve srovnání s první generací (čili ženami narozenými mimo území cílové země) horší výsledky porodu. Například ve studii Guendelmana et al. [1990] z USA měly děti druhé generace mexických imigrantek až čtyřikrát vyšší riziko nízké porodní váhy než děti první generace prvoroďek z Mexika a podobně tomu bylo i ve studii Buekense et al. [2000]. Stejně tak určili Callister a Birkhead [2002] a Madan et al. [2006] lepší výsledky porodu u první generace Mexičanek v USA a horší u druhé. Dále Li, Keith a Kirby [2010] rozpoznali obdobné rozdíly u Číňanek narozených v USA a jinde. Cervantes, Keith a Wyshak [1999] pak na základě svého výzkumu potvrzují, že pokud se jednotlivé „rasové“ skupiny narodily v USA, jejich perinatální výsledky jsou horší, přičemž (první) generace příchozích obecně vykazují lepší výsledky. Výjimku v jejich analýze představovaly snad jen imigrantky z Portorika. Harding et al. [2004] zkoumali porodní výsledky u různých generací imigrantek ve Velké Británii a zjistili, že u imigrantek tzv. druhé a třetí generace se porodní váha nezvyšuje, což podle nich svědčí o sociální mobilitě v rodinách migrantů. Dcery imigrantek narozené ve Velké Británii nicméně vykazovaly horší zdraví než samotné imigrantky, častěji kouřily a trpěly dlouhodobými nemocemi.

Výzkumy vysvětlují fakt, že relativní zdravotní výhody spojované s efektem zdravé migrantky po delším pobytu v cílové zemi mizí, prostřednictvím několika teorií. Podle převažující akulturační teze si imigrantky po delším pobytu v cílové zemi a v souladu s tím, jak se integrují do nové společnosti, osvojují místní životní

návyky, které zahrnují ale i zdraví škodlivé praktiky jako konzumaci alkoholu a smažených jídel a také kouření [Rumbaut, Weeks 1996; Wingate, Alexander 2006; Urquia, O'Campo, Heaman 2012; Callister, Birkhead 2002; Cervantes, Keith, Wyshak 1999]. Zambrana et al. [1997] pak upozorňují i na to, že vyšší míra integrace do nové společnosti se pojí s vyšší mírou perinatálního stresu, jenž je spojován s předčasným porodem. Podobné vysvětlení nabízí tzv. *konvergentní hypotéza*, jež představuje modifikovanou verzi akulturační hypotézy. Ta předpokládá, že zdravotní návyky a chování migrantů se po nějaké době pobytu v přijímací společnosti přibližují těm, které mají místní obyvatelé.

Studie Urquii et al. [2010b] však konvergentní hypotézu v případě výsledků porodu u migrantek, jež žily více než deset let v kanadském Ontariu, nepotvrdila. Nejnižší hodnoty předčasného porodu měly v této studii ženy, jež v Kanadě pobývaly do pěti let. Nicméně ženy s migrační zkušeností delší než patnáct let vykazovaly vyšší míru předčasného porodu než ženy bez této zkušenosti. Výskyt SGA byl však u této skupiny migrantek oproti rodilým Kanaďankám nižší. Podobné rozdíly se objevily i v případě předčasných porodů a morbidit v těhotenství v další studii [Urquia, O'Campo, Heaman 2012]. Zdá se tedy, že i časová podmíněnost efektu zdravé migrantky se v oblasti perinatálního zdraví pro různé indikátory liší (čili je taktéž *outcome specific*). Konečně hypotéza segmentované asimilace vysvětluje, že imigrantky se spíše než do většinové populace asimilují do těch vrstev přijímací společnosti, v nichž převažují členové jejich etnika [Urquia, O'Campo, Heaman 2012, s odkazem na Zhou 1997].

### *Nepříznivé ukazatele perinatálního zdraví*

Metaanalýza studií perinatálního zdraví různých skupin migrantek do západních průmyslových zemí, kterou provedla mezinárodní výzkumná skupina ROAM [Gagnon et al. 2009], ukázala, že ve srovnání s většinovou populací přijímacích zemí jsou děti migrantek z Asie, severní Afriky a subsaharské Afriky více ohroženy fetoinfantilní úmrtností. Tu tvoří součet mrtvorozenosti a kojenecké úmrtnosti. Studie zároveň upozornila, že u dětí migrantek z asijských a subsaharských zemí pak obzvláště hrozí riziko předčasného porodu. Na celkově horší výsledky těhotenství u migrantek z etnických minorit upozorňuje v kontextu Velké Británie i Puthussery [2016]. Podle ní se nejhorší výsledky perinatálního zdraví vyskytují u nově příchozích migrantek, žadatelek o azyl a uprchlic. Autoři přitom poukazují na velké rozdíly mezi etnickými kategoriemi a na významný vliv sociálních a socioekonomických faktorů na jednotlivé ukazatele perinatálního zdraví.

Samotné socioekonomické znevýhodnění nicméně horší perinatální zdraví u některých etnických skupin nevysvětluje [Puthussery 2016]. Například Gould et al. [2003] a Madan et al. [2006] zjistili výrazně horší výsledky porodu u Indek, které ovšem jakožto relativně nová kategorie migrantek v USA požívají poměrně příznivého socioekonomického postavení. A podobně horší výsledky porodu se vyskytovaly i ve Francii u žen narozených ve francouzských závislých územích

v Karibiku a Indickém oceánu, jež měly obecně vyšší SES než jiné skupiny migrantů přicházejících do Francie ze zahraničí [Zeitlin et al. 2004].

Badatelé a badatelky v souvislosti s nepříznivými perinatálními výsledky migrantek zkoumají široké dopady jejich právního postavení. Zprávy z amerického sčítání lidu, jež také mapovalo zdravotní pojištění, uvádějí, že migrantky bez povolení k pobytu v USA, jež byly v těhotenství bez perinatální péče, mají až čtyřikrát vyšší riziko, že porodí dítě nízké porodní váhy, a až sedmkrát vyšší riziko předčasného porodu [US Census Bureau 2011, cit. dle Wilson-Mitchell, Rummens 2013]. Oproti tomu kanadská studie Wilson-Mitchella a Rummense [2013] nezažnamenala v perinatálním zdraví pojištěných a nepojištěných migrantek žádné výrazné rozdíly. Konzistentně nejhorší výsledky porodu však v četných studiích vykazují ženy původem ze subsaharské Afriky a celkově černé ženy. Tyto rodičky vykazují nepříznivé výsledky obzvláště u některých ukazatelů. Podle zjištění Aveyarda et al. [2002] mají ve Velké Británii ženy afrokaribského původu a Afričanky výrazně horší výsledky předčasného porodu než ženy z jiných skupin. K podobným zjištěním dospívají v nizozemském kontextu i van Enk et al. [1998]. Ti zjistili, že etnické minority v Nizozemí – kromě těch z Asie a evropských zemí – mají vyšší míru perinatálního úmrtí než místní ženy, přičemž nejhorší čísla se vyskytují právě u černošských žen. U těch došlo ve sledovaném období až k dvojnásobnému nárůstu perinatálního úmrtí, a to zejména v souvislosti s vysokými mírami předčasného porodu. Podobná zjištění však přinášejí i další studie [Gagnon et al. 2009; Gould et al. 2003]. Výzkumníci a výzkumnice se shodují, že rozdíly mezi černošskými a dalšími etnickými komunitami nelze vysvětlit jen prostřednictvím socioekonomických faktorů. Roli zde hraje souhra faktorů sociálních, kulturních a možná i genetických.<sup>17</sup> Autoři zmiňují například dřívější zranění placenty nebo odlišnosti ve vaginální flóře, které se mohou vázat na etnicitu, kulturní vzorce v intimní hygieně [Aveyard et al. 2002] či výskyt genitálních infekcí a specifické vzorce sexuálního chování [van Enk et al. 1998].

Belihu, Davey a Small [2016] však ukazují, že epidemiologický předpoklad, který kategorii žen ze subsaharské Afriky bere jako jednotnou kategorii, je zavádějící. Sledovali různé aspekty perinatálního zdraví žen podle země jejich původu a zjistili významné odlišnosti. Východoafričanky vykazovaly nepříznivé výsledky u některých ukazatelů, zejména perinatální úmrtnosti, přičemž nejčteněji byla zaznamenána u žen ze Súdánu a Eritrey. Súdánské ženy měly zase nižší míru makrosomie (plodu s nadměrnou hmotností) a vyšší pravděpodobnost nízké porodní váhy. Somálky měly výrazně nižší míru předčasného porodu, ale v řadě dalších studií ze západních zemí se u nich objevuje zvýšené riziko porodních komplikací a císařských řezů [například Vangen et al. 2002; Small et al. 2008].

---

<sup>17</sup> Přitom taková konceptualizace při bližším pohledu odhaluje nestálost těchto kategorií a jejich sociální konstruovanost. Tyto vlivy neexistují nezávisle na sobě, jsou ve vzájemné interakci a narušují představu biologie jako něčeho zcela odděleného od kulturní a sociální sféry.

Z různých skupin žen afrického původu jsou však na tom v oblasti perinatálního zdraví nejhůře rodilé Afroameričanky. Fakt, že černošské obyvatelstvo USA narozené mimo USA má výrazně lepší zdraví než obyvatelstvo, které se na americkém území narodilo, je všeobecně známý. Wasse, Holt a Daling [1994] se zaměřili na porovnání perinatálního zdraví u amerických černých žen a u černých uprchlic, konkrétně z Etiopie, jejichž rodinný příjem a SES se přibližuje těm americkým a u nichž by se s ohledem na jejich status a strádání daly předpokládat chabé výsledky porodu. Zjistili však, že oproti očekáváním mají Etiopanky výrazně nižší riziko nízké porodní váhy než rodilé Američanky afrického původu, což je překvapivé zejména s ohledem na fakt, že ani uprchlice neměly dostatek prenatalní péče a jistě trpěly mnoha překážkami po příchodu do země. Průměrná hodnota porodní váhy u dětí těchto žen se dokonce blížila dětem bílých, nikoliv černých Američanek. Příčiny těchto rozdílů budou četné. Vedle větší emocionální a psychické podpory, které se Etiopankám dostalo, mohou významnou roli hrát i odlišnosti ve výživě. Výskyt anémie u Etiopanek byl ve srovnání s americkými černými ženami zhruba poloviční. K podobným závěrům ohledně jasného znevýhodnění rodilého afroamerického obyvatelstva dospívají i Urquia et al. [2010a], kteří v této souvislosti upozorňují i na vliv rezidenční rasové segregace. V nejvíce segregovaných oblastech USA, v nichž žili rodilé Afroameričané, byla míra kojenecké úmrtnosti nejvyšší.

Dalšími ukazateli, které figurují v debatě o nepříznivých výstupech těhotenství a porodu u migrantek, jsou mateřská mortalita a morbidita. V případech mateřské úmrtnosti zjistili značné znevýhodnění na straně migrantek ve Švýcarsku například Bollini, Wanner a Pampallona [2011]. Výsledky jejich analýzy ale ukázaly, že v období 1969–1979 bylo riziko úmrtí pro cizinky nižší, zatímco v období 2000–2006 signifikantně narostlo. Zvýšené riziko vážné akutní mateřské morbidity pak ukázala u imigrantek z nezápádních zemí do Nizozemí i populační studie Zwarta et al. [2011]. V této souvislosti je používán termín *near-miss case*, který Say et al. [2009: 289] v návaznosti na mezinárodní klasifikaci nemocí Světové zdravotnické organizace definují jako „situaci, v níž se žena ocitla na pokraji smrti, ale nakonec komplikace v těhotenství, při porodu anebo v období do 42 dní po ukončení těhotenství přežila“. Podle Reime et al. [2012] je region, z něhož migrantka pochází, silnou indicií takovýchto situací, zejména jde-li o Střední východ, Asii, Afriku či Latinskou Ameriku. Urquia et al. [2015] ovšem v rozsáhlé studii mateřské morbidity migrantek žijících v Austrálii, Kanadě a Dánsku zjistili, že ženy ze severní Afriky, Středního východu a Asie nemají míru mateřské morbidity výrazně vyšší než třeba Evropanky. Dle jejich zjištění vykazuje většina imigrantek z různých regionů světa nižší míru mateřské morbidity než místní ženy, což by svědčilo ve prospěch teze o lepším zdraví migrantek. V případě migrantek z evropských zemí může tuto statistiku významně zkreslovat tzv. *lososový efekt* (*salmon bias*), tedy návrat ženy do země původu v případě těhotenství, zvláště pokud se v průběhu těhotenství vyskytnou komplikace [ibid.]. Ve všech třech zemích pak výjimku opět představovaly africké ženy ze subsaharských oblastí,

u nichž byla míra mateřské morbidity konzistentně nejhorší, přičemž nejčastější diagnózu představovala ruptura dělohy [ibid.].

Míra císařského řezu je v jakékoliv zemi indikátorem kvality porodnické péče. I v rozvinutých zemích je podle Ría et al. [2010] spjata s vyšším rizikem mortality a morbidity, čímž přímo ovlivňuje zdraví žen i jejich potomků. Sociálněvědní analýzy této lékařské praxe přitom upozorňují na řadu jiných než odborných faktorů, které do takového lékařského rozhodnutí vstupují, což z tohoto ukazatele činí zajímavý sociální fenomén. Zvláště závažné zdravotní důsledky, jako je sepe, poporodní krvácení a u některých žen i emocionální trauma a stres, nese akutní císařský řez, o jehož provedení rozhoduje porodník v průběhu samotného porodu [Merry et al. 2016: e89–e90]. Celosvětový nárůst míry císařských řezů je přitom přičítán právě nárůstu akutních císařských řezů, z nichž mnohé byly provedeny bez dostatečné empirické evidence [ibid.]. Río et al. [2010] zjistili, že hlavní skupiny imigrantek ve Španělsku vykazují vyšší míru perinatální úmrtnosti než rodilé ženy, ale že riziko císařského řezu mají až na ženy z východní Evropy ty migrantky, jež rodí v soukromých porodnicích a jsou z vyšší sociální třídy. Naopak imigrantky, jež ve Španělsku rodily ve veřejných nemocnicích, měly pravděpodobnost ukončení porodu císařským řezem nižší než rodilé Španělky, kromě žen z Latinské Ameriky [Río et al. 2010].

Vztah mezi mírou císařského řezu a dalšími indikátory perinatálního zdraví se však v průběhu posledních třiceti let díky novým lékařským technologiím proměnil. Stoltenberg a Magnus [1995] chtěli ve své studii zjistit, zda se děti narozené migrantkám významně podílejí na výrazném nárůstu počtu novorozenců s nízkou porodní váhou a nízkým gestačním věkem, k němuž od počátku osmdesátých let v nemocnicích v Oslu dochází. Zjistili však, že jev s migrací nesouvisí a že příčinu je třeba hledat ve výrazném rozšíření a proměně indikací k císařskému řezu, k nimž v Norsku začalo docházet přibližně od roku 1983 a které způsobily jeho nárůst. V důsledku těchto změn se rozpojily kdysi úzce související ukazatele perinatálního zdraví – nízká porodní váha již nejde ruku v ruce s perinatální úmrtností.

Podobné rozpojení kdysi úzce spjatých ukazatelů prokázala i analýza perinatálních výsledků u žen ze severní Afriky a jižní Evropy žijících v pařížském okrsku [Zeitlin et al. 2004]. Podle autorky nemusí míra předčasného porodu vždy vysvětlovat perinatální úmrtnost. U těchto skupin se objevovala vyšší perinatální úmrtnost, přestože míra předčasných porodů u nich zvýšená nebyla [ibid.].

## **Závěr**

V této přehledové stati jsme zmapovaly stav bádání v oblasti perinatálního zdraví migrantek na základě 124 studií a výzkumných zpráv, jež spadají do interdisciplinárního pole sociálně zdravotních věd. Na problematiku zdraví žen a novorozenců v těhotenství, při porodu a po něm jsme přitom nazíraly ze tří analytických



rovin. V první řadě jsme se zaměřily na to, jak analyzované studie zacházejí se stěžejním pojmem migrantka. Celkově lze konstatovat, že problematika migrace je ve studiích perinatálního zdraví nedostatečně konceptualizována a rozpracována. Zjistily jsme, že mnohé výzkumy definují kategorii migrantek povrchním anebo zavádějícím způsobem a řada výzkumníků a výzkumnic ji konceptualizuje rutinně podle země nebo regionu původu. Taková praxe však zastírá obrovskou rozmanitost, která mezi rodícími ženami v rámci takto určené skupiny existuje. Mnohé studie rovněž používají kritérium země původu k určení etnicity žen. Pracují přitom s mylným předpokladem, že jednotlivé státy jsou etnicky homogenní. S termínem etnicity i rasy se přitom v těchto výzkumech často zachází esencialisticky. Navíc badatelé a badatelky opomíjejí možný vliv sekundární migrace, kdy žena může před příchodem do cílového státu žít ve zcela jiné zemi, než je ta, z níž původně pochází. Některé výzkumy pak jako migrantky označují i ženy, jež se v cílové zemi již narodily. Lze tedy shrnout, že studie mnohdy nepatřičně uchopují a opomíjejí rozmanitost migračních procesů. Řešení tohoto nedostatku nabízí koncept superdiverzity [Vertovec 2007; Phillimore 2015]. Velký problém v analýzách perinatálního zdraví migrantek ovšem představují mezery ve zdrojích dat.

V druhé části textu jsme se zaměřily na studie, jež se zabývají perspektivami a zkušenostmi migrantek s těhotenstvím a porodem v cizí zemi. Výzkumy v této rovině upozorňují na mnohé překážky jak v oblasti neformálního typu péče, tak ve vztahu k poskytovatelům zdravotní péče v rámci širšího zdravotnického systému. V oblasti neformální péče postrádají mnohé migrantky v nové zemi svou rodinu a přátele a jejich emoční i instrumentální podporu. To má významné dopady na jejich zdraví. Migrantky častěji trpí zhoršeným zdravím po porodu. Ve zvýšené míře se u nich objevuje postnatální deprese. Ženy jsou vystaveny celé škále stresorů, které vyvěrají ze specifické situace jakési dvojité tranzice, jíž mnohé tyto ženy v souvislosti s migrací a mateřstvím zakoušejí. V oblasti formálního typu péče badatelé a badatelky zvýrazňují zejména dvě hlavní bariéry. Jednak jde o absenci zdravotního pojištění a dále o jazykové bariéry, které komunikaci mezi poskytovateli zdravotní péče a migrantkami jakožto příjemkyněmi péče výrazně ztěžují. Řada výzkumů nicméně upozorňuje i na významný vliv socioekonomických bariér. Specifickým tématem ve výzkumu zdravotnické péče je reakce zdravotníků na kulturní odlišnost migrantek, která je mnohdy spojována s kvalitou zdravotní péče celkově. Mnohé z migrantek přitom vyjadřují s poskytnutou péčí nespokojenost a upozorňují na předsudky zdravotnického personálu a jeho častý nezájem.

Poslední výrazný okruh dané problematiky představují makrosociologické a epidemiologické analýzy souvislostí mezi migrací a perinatálním zdravím. Tak zvaný *epidemiologický* či *imigrantský paradox*, který mnozí autoři na této nejširší rovině studují, odkazuje k situaci, kdy migrantky, jež by dle epidemiologických očekávání měly mít horší výsledky porodu než lokální populace přijímacích zemí, vykazují naopak výstupy lepší. Jak však ukazuje řada dalších výzkumů, termín „paradox“ je v této souvislosti spíše jakýmsi rétorickým trikem. *Efekt zdra-*

*vé migrantky* není univerzálním jevem, ale projevuje se jen u některých skupin žen pocházejících pouze z některých zemí a regionů původu, a to jen v některých přijímacích zemích. Navíc jej lze zaznamenat pouze u určitých indikátorů perinatálního zdraví. Záleží přitom i na tom, jak dlouho žena s migrační zkušeností v nové zemi pobývá. Efekt zdravé migrantky se projevuje nejsilněji u nedávné migrace, ale po delším čase stráveném v cílové zemi u většiny sledovaných indikátorů mizí, což výzkumníci vysvětlují převážně prostřednictvím akulturační teze. Některé skupiny nově příchozích žen, především pak uprchlice a žadatelky o azyl, však vykazují v indikátorech perinatálního zdraví nejnepříznivější výsledky. Ty konzistentně nejhorší se objevují u žen ze subsaharské Afriky a u černých žen celkově. V neposlední řadě poukazují epidemiologické studie i na to, že pod vlivem nových lékařských technologií dochází k rekonfiguraci dřívějších vztahů mezi některými epidemiologickými proměnnými, jako je například nízká porodní hmotnost a míra předčasného porodu na jedné straně a novorozenecká úmrtnost na straně druhé.

Představené výzkumy jako celek pak určují širí faktorů, které perinatální zdraví migrantek i jejich dětí ovlivňují. Odhalují řadu překážek, jimž tyto ženy musí v přijímacích zemích čelit, a to na rovině individuální a subjektivní, interpersonální i ve sféře institucionální. Stejně tak poukazují i na diverzitu životních drah a zkušeností migrantek, která v dnešním globalizovaném světě neustále roste.

Také Česká republika je již více jak dvě desetiletí kategorizována jako přijímající země, tedy stát, na jehož území přichází více jedinců, než jej opouští [Drbohlav et al. 2009]. Ačkoli procento migrujících je ve srovnání s jinými evropskými státy nízké [ČSÚ 2016a], pozvolna roste podíl migrantek, které mají zkušenost s českou porodní péčí. Počet narozených dětí těmto ženám vzrostl za posledních 15 let trojnásobně [ČSÚ 2015].<sup>18</sup> Lze předpokládat, že tato rostoucí tendence potrvá i v budoucnu. „Migrační mosty“ spojující Českou republiku s určitými zeměmi či regiony do značné míry ovlivňují složení populace migrujících, nicméně nelze přehlížet existující diverzitu migrujících z hlediska země původu, migračního statusu či kulturního kontextu a variability jejich vzájemného prolínání. Zároveň se i ve zdejší zdravotní péči setkávají migrující osoby s množstvím bariér [Jelínková 2007; Dobiášová et al. 2004; Dobiášová, Vyskočilová 2006; Hnilicová, Dobiášová 2009; Dzúrová, Winkler, Drbohlav 2014]. České výzkumy se těmito aspekty zabývají. Jejich dosavadní zjištění se týkají především nastavení systému zdravotní péče a zdravotního pojištění migrujících, jimiž jsou i těhotné a rodící

---

<sup>18</sup> Zatímco v roce 1999 šlo o 1 028 dětí jiné státní příslušnosti než české, v roce 2015 to již bylo 3 631 živě narozených dětí [ČSÚ 2015]. Tento údaj však logicky nezapočítává ty ženy s migrační zkušeností, které porodily děti české státní příslušnosti (získané například po otci), a můžeme tak předpokládat, že celkový počet žen s migrační zkušeností, kterým byla v ČR poskytnuta porodní péče, je o něco vyšší. V roce 2015 pak bylo v souvislosti s těhotenstvím, porodem a šestinedělím hospitalizováno podle údajů ČSÚ [2016b] 7 889 žen-cizinek.

ženy. Těm ovšem není v českém kontextu věnována hlubší pozornost. Jaké zkušenosti se zdravotní péčí v průběhu těhotenství a porodu mají migrantky do České republiky, aktuálně zjišťujeme v probíhajícím kvalitativním výzkumu, s jehož závěry českou sociologickou obec seznámíme v následujícím příspěvku.

ALENA PAŘÍZKOVÁ je odbornou asistentkou na katedře sociologie Filosofické fakulty Západočeské univerzity v Plzni. Zabývá se výzkumem pracovní migrace se zaměřením na životní dráhy, transnacionální vazby a zdraví. Tématu těhotenství a porodu se věnuje jako členka COST Action BIRTH.

EMA HREŠANOVÁ je vědecko-výzkumnou pracovnící na katedře sociologie Filosofické fakulty Západočeské univerzity v Plzni a odbornou asistentkou na katedře sociologie Fakulty sociálních věd Univerzity Karlovy. Dlouhodobě zkoumá sociální aspekty porodu a lidské reprodukce. Je členkou COST Action BIRTH a byla zapojena i do mezinárodní sítě COST Childbirth Culture. V letech 2013–2015 předsedala výzkumné síti Sociologie zdraví a nemoci (RN16) Evropské sociologické asociace.

ALENA GLAJCHOVÁ studuje doktorský program na katedře antropologie Filosofické fakulty, Západočeské univerzity v Plzni. Ve své disertační práci zkoumá proměnu vztahu mezi příjemci a poskytovateli zdravotní péče v české společnosti a zaměřuje se zejména na pozici zranitelných pacientů a pacientek.

## Literatura

- Adanu, R. M. K., T. R. B. Johnson. 2009. „Migration and Women's Health.“ *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 106: 179–181, <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2009.03.036>.
- Acevedo-Garcia, D., M. J. Soobader, L. F. Berkman. 2005. „The Differential Effect of Foreign-born Status on Low Birth Weight by Race/Ethnicity and Education.“ *Pediatrics* 115 (1): e20–e30, <https://doi.org/10.1542/peds.2004-1306>.
- Ahmed, A., D. E. Stewart, L. Teng, O. Wahoush, A. J. Gagnon. 2008. „Experiences of Immigrant New Mothers with Symptoms of Depression.“ *Archives of Women's Mental Health* 11 (4): 295–303, <https://doi.org/10.1007/s00737-008-0025-6>.
- Alderliesten, M. E., T. G. Vrijotte, M. F. van der Wal, G. J. Bonsel. 2007. „Late Start of Antenatal Care among Ethnic Minorities in a Large Cohort of Pregnant Women.“ *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 114 (10): 1232–1239, <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2007.01438.x>.
- Alderliesten, M. E., K. Stronks, J. M. van Lith, B. J. Smit, M. F. van der Wal, G. J. Bonsel, O. P. Bleker. 2008. „Ethnic Differences in Perinatal Mortality. A Perinatal Audit on the Role of Substandard Care.“ *European Journal of Obstetrics & Gynecology & Reproductive Biology* 138: 164–170, <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2007.08.022>.
- Alexander, G. R., J. M. Mor, M. D. Kogan, N. L. Leland, E. Kieffer. 1996. „Pregnancy Outcomes of US-born and Foreign-born Japanese Americans.“ *American Journal of Public Health* 86: 820–824, <https://doi.org/10.2105/AJPH.86.6.820>.

- Almeida, L. M., C. C. Santos, J. P. Caldas, D. Ayres-de-Campos, S. Dias. 2014. „Obstetric Care in a Migrant Population with Free Access to Health Care.“ *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 126 (3): 244–247, <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.03.023>.
- Ameh, C. A., N. van den Broek. 2008. „Increased Risk of Maternal Death among Ethnic Minority Women in the UK.“ *The Obstetrician & Gynaecologist* 10 (3): 177–182, <https://doi.org/10.1576/toag.10.3.177.27421>.
- Andrulis, D., N. Goodman, C. Pryor. 2002. „What a Difference an Interpreter Can Make: Health Care Experiences of Uninsured with Limited English Language Proficiency“ [online]. Boston: The Access Project [cit. 6. 9. 2016]. Dostupné z: [http://globelinkflc.com/wp-content/uploads/2012/12/DifferenceInterpreterHealth\\_Article.pdf](http://globelinkflc.com/wp-content/uploads/2012/12/DifferenceInterpreterHealth_Article.pdf).
- Aveyard, P., K. K. Cheng, S. Manaseki, J. Gardosi. 2002. „The Risk of Preterm Delivery in Women from Different Ethnic Groups.“ *British Journal of Obstetrics & Gynaecology* 109: 894–899, <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2002.01197.x>.
- Balaam, M. C., K. Akerjordet, A. Lyberg, B. Kaiser, E. Schoening, A. M. Fredriksen, A. Ensel, O. Gouni, E. Severinsson. 2013. „A Qualitative Review of Migrant Women's Perceptions of Their Needs and Experiences Related to Pregnancy and Childbirth.“ *Journal of Advanced Nursing* 69 (9): 1919–1930, <https://doi.org/10.1111/jan.12139>.
- Barclay, L., D. Kent. 1998. „Recent Immigration and the Misery of Motherhood: A Discussion of Pertinent Issues.“ *Midwifery* 14: 4–9, [https://doi.org/10.1016/S0266-6138\(98\)90108-5](https://doi.org/10.1016/S0266-6138(98)90108-5).
- Beeckman, D., S. van De Putte, K. Putman, F. Louckx. 2009. „Predictive Social Factors in Relation to Preterm Birth in a Metropolitan Region.“ *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 88 (7): 787–792, <https://doi.org/10.1080/0016340902974007>.
- Belihu, F. B., M. Davey, R. Small. 2016. „Perinatal Health Outcomes of East African Immigrant Populations in Victoria, Australia: A Population Based Study.“ *BMC: Pregnancy & Childbirth* 16: 86, <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0886-z>.
- Bischoff, A., P. A. Bovier, I. Rustemi, F. Gariazzo, A. Eytan, L. Loutan. 2003. „Language Barriers Between Nurses and Asylum Seekers: Their Impact on Symptom Reporting and Referral.“ *Social Science & Medicine* 57 (3): 503–512, [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00376-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00376-3).
- Bollini, P., U. Stotzer, P. Wanner. 2007. „Pregnancy Outcomes and Migration in Switzerland: Results from a Focus Group Study.“ *International Journal of Public Health* 52 (2): 78–86, <https://doi.org/10.1007/s00038-007-6003-3>.
- Bollini, P., S. Pampallona, P. Wanner, B. Kupelnick. 2009. „Pregnancy Outcome of Migrant Women and Integration Policy: A Systematic Review of the International Literature.“ *Social Science & Medicine* 68 (3): 452–461, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.10.018>.
- Bollini P., P. Wanner, S. Pampallona. 2011. „Trends in Maternal mortality in Switzerland among Swiss and Foreign Nationals, 1969–2006.“ *International Journal of Public Health* 56 (5): 515–521, <https://doi.org/10.1007/s00038-010-0213-9>.
- Buekens, P., G. Masuy-Stroobant, T. Delvaux. 1998. „High Birth Weights among Infants of North African Immigrants in Belgium.“ *American Journal of Public Health* 88: 808–811, <https://doi.org/10.2105/AJPH.88.5.808>.
- Buekens, P., F. Notzon, M. Kotelchuck, A. Wilcox. 2000. „Why Do Mexican-Americans Give Birth to Few Low-Birth-Weight Infants?“ *American Journal of Epidemiology* 152: 347–351.
- Byrskog, U., P. Olsson, B. Essén, M. K. Allvin. 2015. „Being a Bridge: Swedish Antenatal Care Midwives' Encounters with Somali-born Women and Questions of Violence; A Qualitative Study.“ *BMC: Pregnancy & Childbirth* 15: 1, <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0429-z>.

- Callister, L. C., A. Birkhead. 2002. „Acculturation and Perinatal Outcomes in Mexican Immigrant Childbearing Women: An Integrative Review.“ *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing* 16 (3): 22–38, <https://doi.org/10.1097/00005237-200212000-00005>.
- Carolan, M., L. Cassar. 2010. „Antenatal Care Perceptions of Pregnant African Women Attending Maternity Services in Melbourne, Australia.“ *Midwifery* 26: 189–201, <https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.03.005>.
- Castelló, A., I. Río, E. Martínez, M. Rebagliato, C. Barona, A. Llácer, F. Bolumar. 2012. „Differences in Preterm and Low Birth Weight Deliveries Between Spanish and Immigrant Women: Influence of the Prenatal Care Received.“ *Annals of Epidemiology* 22 (3): 175–182, <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2011.12.005>.
- Cervantes, A., L. Keith, G. Wyshak. 1999. „Adverse Birth Outcomes among Nativeborn and Immigrant Women: Replicating National Evidence Regarding Mexicans at the Local Level.“ *Maternal & Child Health Journal* 3: 99–109, <https://doi.org/10.1023/A:1021805427469>.
- Collins, C. H., C. Zimmerman, L. M. Howard. 2011. „Refugee, Asylum Seeker, Immigrant Women and Postnatal Depression: Rates and Risk Factors.“ *Archives of Women's Mental Health* 14: 3–11, <https://doi.org/10.1007/s00737-010-0198-7>.
- Correa-Velez, I., J. Ryan. 2012. „Developing a Best Practice Model of Refugee Maternity Care.“ *Women & Birth* 25: 13–22, <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2011.01.002>.
- Cross-Sudworth, F., A. Williams, S. Herron-Marx. 2011. „Maternity Services in Multi-cultural Britain: Using Q Methodology to Explore the Views of First and Second-generation Women of Pakistani Origin.“ *Midwifery* 27 (4): 458–468, <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.03.001>.
- ČSÚ. 2015. „R82 Narození cizinci v ČR podle státního občanství – vývoj v letech 1995–2015“ [online]. Český statistický úřad [cit. 9. 3. 2016]. Dostupné z: [https://www.czso.cz/documents/11292/49262391/c08R82\\_2015.pdf/ed9cfebb-868e-4b40-a147-522deefd0513?version=1](https://www.czso.cz/documents/11292/49262391/c08R82_2015.pdf/ed9cfebb-868e-4b40-a147-522deefd0513?version=1).
- ČSÚ. 2016a. „Cizinci a jejich podíl na obyvatelstvu ve vybraných zemích EU (stav k 1. 1. příslušného roku)“ [online]. Český statistický úřad [cit. 13. 1. 2017]. Dostupné z: [https://www.czso.cz/documents/11292/37782421/c00\\_R001\\_2014.pdf/a435e6bb-6631-4d1f-90c4-604853f9cf20?version=1.0](https://www.czso.cz/documents/11292/37782421/c00_R001_2014.pdf/a435e6bb-6631-4d1f-90c4-604853f9cf20?version=1.0)
- ČSÚ. 2016b. „T66 Hospitalizovaní cizinci v nemocnicích podle příčin hospitalizace v roce 2015“ [online]. Český statistický úřad [cit. 13. 1. 2017]. Dostupné z: [https://www.czso.cz/documents/11292/40291466/1512\\_c06t66.pdf/e20aa771-951b-419c-a60b-25a75eb95fcb?version=1.0](https://www.czso.cz/documents/11292/40291466/1512_c06t66.pdf/e20aa771-951b-419c-a60b-25a75eb95fcb?version=1.0)
- ČSÚ. 2017. „Metodika počtu cizinců“ [online]. Český statistický úřad [cit. 28. 6. 2017]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/cizinci/metodika-poctu-cizincu>
- Davies, M. M., P. A. Bath. 2001. „The Maternity Information Concerns of Somali Women in The United Kingdom.“ *Journal of Advanced Nursing* 36 (2): 237–245, <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01964.x>.
- Dejin-Karlsson, E., P. O. Ostergren. 2004. „Country of Origin, Social Support and the Risk of Small for Gestational Age Birth.“ *Scandinavian Journal of Public Health* 32 (6): 442–449, <https://doi.org/10.1080/14034940410028172>.
- Dobiášová, K., O. Vyskočilová, B. Čabanová, P. Šebek, N. Tůmová-Křečková. 2004. „Zdravotní stav a péče o zdraví občanů bývalého SSSR pobývajících dlouhodobě v ČR a občanů ČR.“ *Zdravotní politika a ekonomika* 1/2004. Kostelec nad Černými lesy: IZPE.
- Dobiášová, K., O. Vyskočilová. 2006. *Zdravotní péče o děti cizinců, kteří dlouhodobě pobývají se svými dětmi v ČR*. Kostelec nad Černými lesy: IZPE.
- Dobiášová, K., H. Hnilicová. 2010. „Migranti a zdravotní politika v ČR.“ *Zdravotnictví v ČR* 4/2010: 122–127.

- Drbohlav, D., L. Lachmanová-Medová, Z. Čermák, E. Janská, D. Čermáková, D. Dzúrová. 2009. „The Czech Republic: On Its Way from Emigration to Immigration Country“ [online]. *IDEA Working Papers* 11. Prague: Charles University [cit. 6. 9. 2016]. Dostupné z: [http://idea6fp.uw.edu.pl/pliki/WP11\\_Czech\\_Republic.pdf](http://idea6fp.uw.edu.pl/pliki/WP11_Czech_Republic.pdf).
- Dzúrová, D., D. Drbohlav. 2014. „Gender Inequalities in the Health of Immigrants and Workplace Discrimination in Czechia.“ *BioMed Research International*, Article ID 480425: 1–9, <https://doi.org/10.1155/2014/480425>.
- Dzúrová, D., P. Winkler, D. Drbohlav. 2014. „Immigrants' Access to Health Insurance: No Equality without Awareness.“ *International Journal of Environmental Research & Public Health* 11: 7144–7153, <https://doi.org/10.3390/ijerph110707144>.
- Enk, A. van, S. E. Buitendijk, K. M. van der Pal, W. J. van Enk, T. W. Schulp. 1998. „Perinatal Death in Ethnic Minorities in The Netherlands.“ *Journal of Epidemiology & Community Health* 52: 735–739, <https://doi.org/10.1136/jech.52.11.735>.
- Essén, B., B. S. Hanson, P. O. Ostergren, P. G. Lindquist, S. Gudmundsson. 2000. „Increased Perinatal Mortality among Sub-Saharan Immigrants in a City-Population in Sweden.“ *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 79: 737–743, <https://doi.org/10.1080/00016340009169187>.
- Essén, B. 2001. „Perinatal Mortality among Immigrants from Africa's Horn. The Importance of Experience, Rationality and Myths for Risk Assessment During Pregnancy“ [online]. Malmö: Lund University [cit. 6. 9. 2016]. Dostupné z: <http://lup.lub.lu.se/record/41732/file/914715.pdf>.
- EWL, PICUM, EAPN. 2010. „Preventing Undocumented Pregnant Women and Children from Accessing Healthcare: Fostering Health Inequalities in Europe“ [online]. Brussels: PICUM [cit. 6. 9. 2016]. Dostupné z: [http://picum.org/picum.org/uploads/publication/Public%20hearing%20on%20access%20to%20health%20care%20for%20undocumented%20pregnant%20women%20and%20children%20-%208%20December%202010\\_1.pdf](http://picum.org/picum.org/uploads/publication/Public%20hearing%20on%20access%20to%20health%20care%20for%20undocumented%20pregnant%20women%20and%20children%20-%208%20December%202010_1.pdf).
- Falah-Hassani, K., R. Shiri, S. Vigod, C. L. Dennis. 2015. „Prevalence of Postpartum Depression among Immigrant Women: A Systematic Review and Meta-analysis.“ *Journal of Psychiatric Research* 70: 67–82, <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.08.010>.
- Faist, T. 2000. *The Volume and Dynamics of International Migration and Transnational Social Spaces*. Oxford: Oxford University Press, <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198293910.001.0001>.
- Forna, F., D. J. Jamieson, D. Sanders, M. K. Lindsay. 2003. „Pregnancy Outcomes in Foreign-born and US-born Women.“ *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 83 (3): 257–265, [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(03\)00307-2](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(03)00307-2).
- Gagnon, A. J., O. Wahoush, G. Dougherty, J-F. Saucier, C-L. Dennis, L. Merry, E. Stanger, D. E. Stewart. 2006. „The Childbearing Health and Related Service Needs of Newcomers (CHARSNN) Study Protocol.“ *BMC: Pregnancy & Childbirth* 6 (31): 1–8, <https://doi.org/10.1186/1471-2393-6-31>.
- Gagnon, A. J., M. Zimbeck, J. Zeitlin, The ROAM Collaboration. 2009. „Migration to Western Industrialised Countries and Perinatal Health: A Systematic Review.“ *Social Science & Medicine* 69 (6): 934–946, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.06.027>.
- Gagnon, A. J., M. Zimbeck, J. Zeitlin. 2010. „Migration and Perinatal Health Surveillance: An International DELPHI Survey.“ *European Journal of Obstetrics & Gynecology & Reproductive Biology* 149: 37–43, <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2009.12.002>.
- Gissler, M., M. Pakkanen, P. O. Olausson. 2003. „Fertility and Perinatal Health among Finnish Immigrants in Sweden.“ *Social Science & Medicine* 57: 1443–1454, [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00402-1](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00402-1).

- Gould, J. B., A. Madan, C. Qin, G. Chavez. 2003. „Perinatal Outcomes in Two Dissimilar Immigrant Populations in the United States: A Dual Epidemiologic Paradox.“ *Pediatrics* 111: 676–682, <https://doi.org/10.1542/peds.111.6.e676>.
- Groleau, D., M. Soulière, L. J. Kirmayer. 2006. „Breastfeeding and the Cultural Configuration of Social Space among Vietnamese Immigrant Woman.“ *Health & Place* 12 (4): 516–526, <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2005.08.003>.
- Guendelman, S., J. B. Gould, M. Hudes, B. Eskenazi. 1990. „Generational Differences in Perinatal Health among the Mexican American Population: Findings from HHANES 1982–84.“ *American Journal of Public Health* 80 (Suppl.): 61–65, <https://doi.org/10.1023/A:1022328020935>.
- Guendelman, S., P. Buekens, B. Blondel, M. Kaminski, F. C. Notzon, G. Masuy-Stroobant. 1999. „Birth Outcomes of Immigrant Women in the United States, France, and Belgium.“ *Maternal & Child Health Journal* 3 (4): 177–187, <https://doi.org/10.1023/A:1022328020935>.
- Harding, S., M. G. Rosato, J. K. Cruickshank. 2004. „Lack of Change in Birthweights of Infants by Generational Status among Indian, Pakistani, Bangladeshi, Black Caribbean, and Black African Mothers in a British Cohort Study.“ *International Journal of Epidemiology* 33: 1–7, <https://doi.org/10.1093/ije/dyh186>.
- Hawkins, S. S., K. Lamb, T. J. Cole, C. Law, Millennium Cohort Study Child Health Group. 2008. „Influence of Moving to the UK on Maternal Health Behaviours: Prospective Cohort Study.“ *British Medical Journal* 336 (7652): 1052–1055, <https://doi.org/10.1136/bmj.39532.688877.25>.
- Heaman, M., H. Bayrampour, D. Kingston, B. Blondel, M. Gissler, C. Roth, S. Alexander, A. Gagnon. 2013. „Migrant Women’s Utilization of Prenatal Care: A Systematic Review.“ *Maternal & Child Health Journal* 17 (5): 816–836, <https://doi.org/10.1007/s10995-012-1058-z>.
- Hennegan, J., M. Redshaw, S. Kruske. 2015. „Another Country, Another Language and a New Baby: A Quantitative Study of the Postnatal Experiences of Migrant Women in Australia.“ *Women & Birth* 28 (4): 124–133, <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.07.001>.
- Hessol, N. A., E. Fuentes-Afflick. 2000. „The Perinatal Advantage of Mexican Origin Latina Women.“ *Annals of Epidemiology* 10: 516–523, [https://doi.org/10.1016/S1047-2797\(00\)00073-9](https://doi.org/10.1016/S1047-2797(00)00073-9).
- Higginbottom, G. M., E. Hadziabdic, S. Yohani, P. Paton. 2014. „Immigrant Women’s Experience of Maternity Services in Canada: A Metaethnography.“ *Midwifery* 30 (5): 544–559, <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.06.004>.
- Hnilicová, H., K. Dobiášová. 2009. „Zdravotní pojištění cizinců.“ *Migraceonline* [online]. Praha: Multikulturní centrum Praha [cit. 10. 10. 2016]. Dostupné z: <http://www.migraceonline.cz/e-knihovna/?x=2210418>.
- Hoban, E., P. Liamputtong. 2013. „Cambodian Migrant Women’s Postpartum Experiences in Victoria, Australia.“ *Midwifery* 29 (7): 772–778, <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.06.021>.
- Hrubý, R., L. M. Maas, P. G. Fedor-Freybergh. 2013. „Early Brain Development Toward Shaping of Human Mind: An Integrative Psychoneurodevelopmental Model in Prenatal and Perinatal Medicine.“ *Neuroendocrinol Lett* 34 (6): 447–463.
- Choté, A. A., C. J. de Groot, M. A. Bruijnzeels, K. Redekop, W. W. Jaddoe, A. Hofman, E. A. Steegers, J. P. Mackenbach, M. Foets. 2011. „Ethnic Differences in Antenatal Care Use in a Large Multi-ethnic Urban Population in the Netherlands.“ *Midwifery* 27 (1): 36–41, <https://doi.org/10.1016/j.midw.2009.07.008>.
- IOM. 2009. „Maternal and Child Care for Immigrant Populations – Policy Brief“ [online]. Brussels: IOM Liaison Office for Europe [cit. 8. 9. 2016]. Dostupné z:

- [http://www.migrant-health-europe.org/files/Maternal%20and%20Child%20Care\\_Background%20Paper\(1\).pdf](http://www.migrant-health-europe.org/files/Maternal%20and%20Child%20Care_Background%20Paper(1).pdf).
- Jacquemyn, Y., N. Benjahia, G. Martens, H. Yüksel, K. Van Egmond, M. Temmerman. 2012. „Pregnancy Outcome of Moroccan and Turkish Women in Belgium.“ *Clinical & Experimental Obstetrics & Gynecology* 39 (2): 181–185.
- Janatová, H., L. Říhová, E. Uličná. 2010. *Národní zpráva projektu: Migranti a podpora zdraví – analýza rozhovorů s migranty v České republice*. Praha: Státní zdravotní ústav.
- Janevic, T., D. A. Savitz, M. Janevic. 2011. „Maternal Education and Adverse Birth Outcomes among Immigrant Women to the United States from Eastern Europe: A Test of the Healthy Migrant Hypothesis.“ *Social Science & Medicine* 73 (3): 429–435, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.05.041>.
- Janků, K. 2006. „Moderní migrace. Stěhování se zvláštním významem.“ *Sociální studia* 1/2006: 13–27.
- Jayaweera, H., L. D’Souza, J. Garcia. 2005. „A Local Study of Childbearing Bangladeshi Women in the UK.“ *Midwifery* 21: 84–95, <https://doi.org/10.1016/j.midw.2004.09.003>.
- Jelínková, M. 2007. „Přístup (ne)legálních migrantů ke zdravotní péči.“ *Migraceonline* [online]. Praha: Multikulturní centrum Praha [cit. 15. 1. 2015]. Dostupné z: <http://migraceonline.cz/cz/e-knihovna/pristup-ne-legalnich-migrantu-ke-zdravotni-peci>.
- Kabakian-Khasholian, T., R. Shayboub, A. Ataya. 2014. „Health after Childbirth: Patterns of Reported Postpartum Morbidity from Lebanon.“ *Women & Birth* 27 (1): 15–20, <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2013.02.002>.
- Kofman, E., A. Phizacklea, P. Raghuram, R. Sales. 2000. *Gender & International Migration in Europe*. London: Routledge.
- Korinek, K., K. R. Smith. 2011. „Prenatal Care among Immigrant and Racial-ethnic Minority Women in a New Immigrant Destination: Exploring the Impact of Immigrant Legal Status.“ *Social Science & Medicine* 72 (10): 1695–1703, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.02.046>.
- Li, Q., L. G. Keith, R. S. Kirby. 2010. „Perinatal Outcomes among Foreign-born and US-born Chinese Americans, 1995–2000.“ *Journal of Immigrant & Minority Health* 12: 282–289, <https://doi.org/10.1007/s10903-008-9191-x>.
- Lock, M., V-K. Nguyen. 2010. *An Anthropology of Biomedicine*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Lumey, L. H., S. A. Reijneveld. 1995. „Perinatal Mortality in a First Generation Immigrant Population and Its Relation to Unemployment in the Netherlands.“ *Journal of Epidemiology & Community Health* 49: 454–459, <https://doi.org/10.1136/jech.49.5.454>.
- Madan, A., L. Palaniappan, G. Urizar, Y. Wang, S. P. Fortmann, J. B. Gould. 2006. „Socio-cultural Factors that Affect Pregnancy Outcomes in Two Dissimilar Immigrant Groups in the United States.“ *The Journal of Pediatrics* 148 (3): 341–346, <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2005.11.028>.
- McGlade, M. S., S. Saha, M. E. Dahlstrom. 2004. „The Latina Paradox: An Opportunity for Restructuring Parental Care Delivery.“ *American Journal of Public Health* 94: 2062–2065, <https://doi.org/10.2105/AJPH.94.12.2062>.
- McLeish, J. 2005. „Maternity Experiences of Asylum Seekers in England.“ *British Journal of Midwifery* 13: 782–785, <https://doi.org/10.12968/bjom.2005.13.12.20125>.
- Mechakra-Tahiri, S., M. Zunzunegui, L. Seguin. 2007. „Self-rated Health and Postnatal Depressive Symptoms among Immigrant Mothers in Quebec.“ *Women & Health* 45: 1–17, [https://doi.org/10.1300/J013v45n04\\_01](https://doi.org/10.1300/J013v45n04_01).
- Merry, L. R., R. Small, B. Blondel, J. Gagnon. 2013. „International Migration and Caesarean Birth: A Systematic Review and Meta-analysis.“ *BMC: Pregnancy & Childbirth* 13: 27, <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-27>.



- Merry, L., S. Semenic, T. W. Gyorkos, W. Fraser, R. Small, A. J. Gagnon. 2016. „International Migration as a Determinant of Emergency Caesarean.“ *Women & Birth* 29 (5): e89–e98, <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.04.001>.
- Ny, P., L. Plantin, E. D. Karlsson, A-K. Dykes. 2007. „Eastern Mothers in Sweden, Their Experiences of the Maternal Health Service and Their Partner's Involvement.“ *Reproductive Health* 4: 9, <https://doi.org/10.1186/1742-4755-4-9>.
- Oliker, S. J. 2009. „Caregiving.“ Pp. 109–114 in J. O'Brien (ed.). *Encyclopedia of Gender and Society*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications Ltd., <https://doi.org/10.4135/9781412964517.n65>.
- Oropesa, R. S., N. S. Landale, M. Inkley, B. K. Gorman. 2000. „Prenatal Care among Puerto Ricans on the United States Mainland.“ *Social Science & Medicine* 51 (12): 1723–1739, [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00101-5](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00101-5).
- OSN. 2016. *International Migration Report 2015: Highlights*. United Nations: New York.
- Pěničková, D. 2014. „Political Economy of Migrant Health Care in the Czech Republic.“ *Lidé města* 16 (2): 299–309.
- Phillimore, J. 2016. „Migrant Maternity in an Era of Superdiversity: New Migrants' Access to, and Experience of, Antenatal Care in the West Midlands, UK.“ *Social Science & Medicine* 148: 152–159, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.11.030>.
- Phillimore, J. 2015. „Delivering Maternity Services in an Era of Superdiversity: The Challenges of Novelty and Newness.“ *Journal of Ethnic & Racial Studies* 38 (4): 568–582, <https://doi.org/10.1080/01419870.2015.980288>.
- Phillimore, J., J. Thornhill. 2010. „Delivering in the Age of Superdiversity: West Midlands Review of Maternity Services for Migrant Women“ [online]. University of Birmingham/Department of Health [cit. 8. 9. 2016]. Dostupné z: <http://www.wmemployers.org.uk/media/upload/Library/Migration%20Documents/Publications/Delivering%20in%20an%20Age%20of%20Super-diversity%20v5.pdf>.
- Puthussery, S. 2016. „Perinatal Outcomes among Migrant Mothers in the United Kingdom: Is it a Matter of Biology, Behaviour, Policy, Social Determinants or Access to Health Care?“ *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 32: 39–49, <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2015.09.003>.
- Quintanilha, M., M. J. Mayan, J. Thompson, R. C. Bell. 2016. „Contrasting 'Back Home' and 'Here': How Northeast African Migrant Women Perceive and Experience Health During Pregnancy and Postpartum in Canada.“ *International Journal for Equity in Health* 15: 80, <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0369-x>.
- Ratcliff, B. G., A. Sharapova, F. Suardi, F. Borel. 2015. „Factors Associated with Antenatal Depression and Obstetric Complications in Immigrant Women in Geneva.“ *Midwifery* 31 (9): 871–878, <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.04.010>.
- Reime, B., P. A. Janssen, L. Farris, T. Borde, C. Hellmers, H. Myezwa, P. Wenzlaff. 2012. „Maternal Near-miss among Women with a Migrant Background in Germany.“ *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 91 (7): 824–829, <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2012.01390.x>.
- Reitmanova, S., D. L. Gustafson. 2008. „They Can't Understand It: Maternity Health and Care Needs of Immigrant Muslim Women in St. John's, Newfoundland.“ *Maternal & Child Health Journal* 12 (1): 101–111, <https://doi.org/10.1007/s10995-007-0213-4>.
- Reske, A., O. Razum. 2011. „Maternal and Child Health.“ Pp. 139–153 in B. Rechel, P. Mladovsky et al. (eds.). *Migration and Health in the European Union*. Maidenhead: Open University Press.
- Rice, P. L., C. Naksook. 1998. „The Experience of Pregnancy, Labour and Birth of Thai Women in Australia.“ *Midwifery* 14 (2): 74–84, [https://doi.org/10.1016/S0266-6138\(98\)90002-X](https://doi.org/10.1016/S0266-6138(98)90002-X).

- Rice, P., C. Naksook, L. Watson. 1999. „The Experiences of Postpartum Hospital Stay and Returning Home among Thai Mothers in Australia.“ *Midwifery* 15: 47–57, [https://doi.org/10.1016/S0266-6138\(99\)90037-2](https://doi.org/10.1016/S0266-6138(99)90037-2).
- Río, I., A. Castelló, C. Barona, M. Jané, R. Más, M. Rebagliato, S. Bosch, E. Martínez, F. Bolúmar. 2010. „Caesarean Section Rates in Immigrant and Native Women in Spain: The Importance of Geographical Origin and Type of Hospital for Delivery.“ *European Journal of Public Health* 20 (5): 524–529, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckq067>.
- Río, I., A. Castelló-Pastor, M. Del Val Sandín-Vázquez, C. Barona, M. Jané, R. Más, M. Rebagliato, F. Bolúmar. 2011. „Breastfeeding Initiation in Immigrant and Non-immigrant Women in Spain.“ *European Journal of Clinical Nutrition* 65 (12): 1345–1347, <https://doi.org/10.1038/ejcn.2011.121>.
- Robertson, E. K. 2015. „‘To Be Taken Seriously’: Women’s Reflections on How Migration and Resettlement Experiences Influence their Healthcare Needs During Childbearing in Sweden.“ *Sexual & Reproductive Healthcare* 6: 59–65, <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2014.09.002>.
- Rowe, R. E., J. Garcia. 2003. „Social Class, Ethnicity and Attendance for Antenatal Care in the United Kingdom: A Systematic Review.“ *Journal of Public Health Medicine* 25 (2): 113–119, <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdg025>.
- Rowe, R. E., H. Magee, M. A. Quigley, P. Heron, J. Askham, P. Brocklehurst. 2008. „Social and Ethnic Differences in Attendance for Antenatal Care in England.“ *Public Health* 122 (12): 1363–1372, <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2008.05.011>.
- Rumbaut, R. G., J. R. Weeks. 1996. „Unraveling a Public Health Enigma: Why Do Immigrants Experience Superior Perinatal Health Outcomes?“ *Research in the Sociology of Health Care* 13: 335–388.
- Rutayisire, E., X. Wu, K. Huang, S. Tao, Y. Chen, F. Tao. 2016. „Cesarean Section May Increase the Risk of Both Overweight and Obesity in Preschool Children.“ *BMC Pregnancy and Childbirth* 16 (1): 338–346, <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1131-5>.
- Saigal, S., L. W. Doyle. 2008. „An Overview of Mortality and Sequelae of Preterm Birth from Infancy to Adulthood.“ *Lancet* 371 (9608): 261–269, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60136-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60136-1).
- Say, L., J. P. Souza, R. C. Pattinson, WHO working group on Maternal Mortality and Morbidity classifications. 2009. „Maternal Near-miss – Towards a Standard Tool for Monitoring Quality of Maternal Health Care.“ *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 23 (3): 287–296, <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2009.01.007>.
- Shafiei, T., R. Small, H. McLahlan. 2015. „Immigrant Afghan Women’s Emotional Well-being after Birth and Use of Health Services in Melbourne, Australia.“ *Midwifery* 31 (7): 671–677, <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.03.011>.
- Singh, G. K., S. M. Yu. 1996. „Adverse Pregnancy Outcomes: Differences Between US- and Foreign-born Women in Major US Racial and Ethnic Groups.“ *American Journal of Public Health* 86: 837–843, <https://doi.org/10.2105/AJPH.86.6.837>.
- Small, R., A. Gagnon, M. Gissler, J. Zeitlin, M. Bennis, R. Glazier, E. Haelterman, G. Martens, S. McDermott, M. Urquia, S. Vangen. 2008. „Somali Women and Their Pregnancy Outcomes Post-migration: Data from Six Receiving Countries.“ *British Journal of Obstetrics & Gynaecology* 115 (13): 1630–1640, <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.01942.x>.
- Small, R., C. Roth, M. Raval, T. Shafiei, D. Korfker, M. Heaman, C. McCourt, A. Gagnon. 2014. „Immigrant and Non-immigrant Women’s Experiences of Maternity Care: A Systematic and Comparative Review of Studies in Five Countries.“ *BMC: Pregnancy & Childbirth* 14: 152, <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-152>.

- Song, J.-E., J.-A. Ahn, T. Kim, E. H. Roh. 2016. „A Qualitative Review of Immigrant Women's Experiences of Maternal Adaptation in South Korea.“ *Midwifery* 39: 35–43, <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.04.008>.
- Stoltenberg, C., P. Magnus. 1995. „Children with Low Birth Weight and Low Gestational Age in Oslo, Norway: Immigration is not the Cause of Increasing Proportions.“ *Journal of Epidemiology & Community Health* 49: 588–593, <https://doi.org/10.1136/jech.49.6.588>.
- Straus, L., A. McEwen, F. Hussein. 2009. „Somali Women's Experience of Childbirth in the UK: Perspectives from Somali Health Workers.“ *Midwifery* 25: 181–186, <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.02.002>.
- Sword, W., S. Watt, P. Krueger. 2006. „Postpartum Health, Service Needs, and Access to Care Experiences of Immigrant and Canadian-born Women.“ *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 35 (6): 717–727, <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00092.x>.
- Štípková, M. 2016. „Immigrant Disadvantage or the Healthy Immigrant Effect? Evidence about Low Birth Weight Differences in the Czech Republic.“ *European Journal of Public Health* 26 (4): 662–666, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw029>.
- Takenaka, A. 2007. „Secondary Migration: Who Re-Migrates and Why These Migrants Matter“ [online]. Migration Policy Institute [cit. 6. 9. 2016]. Dostupné z: <http://www.migrationpolicy.org/article/secondary-migration-who-re-migrates-and-why-these-migrants-matter>.
- Taylor, B., D. Newall. 2008. *Maternity, Morality and Migration: The Impact of New Communities*. Birmingham: WMSMP.
- Teng, L., E. Robertson Blackmore, D. E. Stewart. 2007. „Healthcare Worker's Perceptions of Barriers to Care by Immigrant Women with Postpartum Depression: an Exploratory Qualitative Study.“ *Archives of Women's Mental Health* 10 (3): 93–101, <https://doi.org/10.1007/s00737-007-0176-x>.
- UNHCR. 2016. „Resettlement“ [online]. The UN Refugee Agency [cit. 6. 9. 2016]. Dostupné z: <http://www.unhcr.org/resettlement.html>.
- Urquia, M. L., R. H. Glazier, B. Blondel, J. Zeitlin, M. Gissler, A. Macfarlane, E. Ng, M. Heaman, B. Stray-Pedersen, A. J. Gagnon, ROAM collaboration. 2010a. „International Migration and Adverse Birth Outcomes: Role of Ethnicity, Region of Origin and Destination.“ *Journal of Epidemiology & Community Health* 64 (3): 243–251, <https://doi.org/10.1136/jech.2008.083535>.
- Urquia, M. L., J. W. Frank, R. Moineddin, R. H. Glazier. 2010b. „Immigrants' Duration of Residence and Adverse Birth Outcomes: A Population-based Study.“ *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 117 (5): 591–601.
- Urquia, M. L., J. W. Frank, R. H. Glazier. 2010. „From Places to Flows.“ *Social Science & Medicine* 71 (9): 1620–1626, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.08.006>.
- Urquia, M. L., P. J. O'Campo, M. I. Heaman. 2012. „Revisiting the Immigrant Paradox in Reproductive Health: The Roles of Duration of Residence and Ethnicity.“ *Social Science & Medicine* 74 (10): 1610–1621, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.02.013>.
- Urquia, M. L., R. H. Glazier, L. Mortensen, A.-M. Nybo-Andersen, R. Small, M.-A. Davey, M. Rööst, B. Essén, the ROAM. 2015. „Severe Maternal Morbidity Associated with Maternal Birthplace in Three High-immigration Settings.“ *The European Journal of Public Health* 25 (4): 620–625, <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku230>.
- US Census Bureau. 2011. „Income, Poverty, and Health Insurance Coverage: Health Insurance Coverage Status and Type of Coverage by Nativity: 1999 to 2011“ [online]. United States Census Bureau [cit. 6. 9. 2016]. Dostupné z: [http://www.census.gov/hhes/www/hlthins/data/historical/HIB\\_tables.html](http://www.census.gov/hhes/www/hlthins/data/historical/HIB_tables.html).

- Vangen, S., C. Stoltenberg, R. E. Johansen, J. Sundby, B. Stray-Pedersen. 2002. „Perinatal Complications among Ethnic Somalis in Norway.“ *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 81 (4): 317–822, <https://doi.org/10.1034/j.1600-0412.2002.810407.x>.
- Velemínský, M., D. Průchová, V. Vránová, J. Samková, J. Samek, S. Porche, E. Lukášová, M. Velemínský Sr, J. Liška. 2014. „Medical and Salutogenic Approaches and Their Integration in Taking Prenatal and Postnatal Care of Immigrants.“ *Neuroendocrinol Lett* 35 (Suppl. 1): 67–79
- Vertovec, S. 2007. „Super-diversity and Its Implications.“ *Ethnic & Racial Studies* 30 (6): 1024–1054, <https://doi.org/10.1080/01419870701599465>.
- Wasse, H., V. L. Holt, J. R. Daling. 1994. „Pregnancy Risk Factors and Birth Outcomes in Washington State: A Comparison of Ethiopian-born and US-born Women.“ *American Journal of Public Health* 84 (9): 1505–1507, <https://doi.org/10.2105/AJPH.84.9.1505>.
- Weeks, J. R., G. R. Ruben, N. Ojeda. 1999. „Reproductive Outcomes among Mexico-Born Women in San Diego and Tijuana: Testing the Migration Selectivity Hypothesis.“ *Journal of Immigrant Health* 1: 77–90, <https://doi.org/10.1023/A:1021880305237>.
- WHO. 2016. „Preterm Birth“ [online]. World Health Organization [cit. 26. 8. 2016]. Dostupné z: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>.
- Wiking, E., S. E. Johansson, J. Sundquist. 2004. „Ethnicity, Acculturation, and Self Reported Health. A Population Based Study among Immigrants from Poland, Turkey, and Iran in Sweden.“ *Journal of Epidemiology & Community Health* 58: 574–582, <https://doi.org/10.1136/jech.2003.011387>.
- Wilson-Mitchell, K., J. Rummens. 2013. „Perinatal Outcomes of Uninsured Immigrant, Refugee and Migrant Mothers Living in Toronto, Canada.“ *International Journal of Environmental Research & Public Health* 10 (6): 2198–2213, <https://doi.org/10.3390/ijerph10062198>.
- Wilson-Mitchell, K. 2008. „Mental Illness in Refugee and Immigrant Women: A Midwife's Perspective on Culturally Competent Care.“ *Canadian Journal of Midwifery Research & Practice* 7: 9–18.
- Wingate, M. S., G. R. Alexander. 2006. „The Healthy Migrant Theory: Variations in Pregnancy Outcomes among US-born Migrants.“ *Social Science & Medicine* 62 (2): 491–498, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.06.015>.
- Yelland, J., R. Small, J. Lumley, P. L. Rice, V. Cotronei, R. Warren. 1998. „Support, Sensitivity, Satisfaction: Filipino, Turkish and Vietnamese Women's Experiences of Postnatal Hospital Stay.“ *Midwifery* 14 (3): 144–154, [https://doi.org/10.1016/S0266-6138\(98\)90029-8](https://doi.org/10.1016/S0266-6138(98)90029-8).
- Yelland, J., E. Riggs, R. Small, S. Brown. 2015. „Maternity Services are not Meeting the Needs of Immigrant Women of Non-English Speaking Background: Results of Two Consecutive Australian Population Based Studies.“ *Midwifery* 31 (7): 664–670, <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.03.001>.
- Zambrana, R. E., S. C. Scrimshaw, N. Collins, C. Dunkel-Schetter. 1997. „Prenatal Health Behaviors and Psychosocial Risk Factors in Pregnant Women of Mexican Origin: The Role of Acculturation.“ *American Journal of Public Health* 87 (6): 1022–1026, <https://doi.org/10.2105/AJPH.87.6.1022>.
- Zeitlin, J., M. Bucourt, L. Rivera, B. Topuz, E. Papiernik. 2004. „Preterm Birth and Maternal Country of Birth in a French District with a Multiethnic Population.“ *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 111 (8): 849–855, <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2004.00184.x>.
- Zelkowitz, P., J. Schinazi, L. Katofsky, J. F. Saucier, M. Valenzuela, R. Westreich, J. Dayan. 2004. „Factors Associated with Depression in Pregnant Immigrant Women.“ *Transcultural Psychiatry* 41 (4): 445–464, <https://doi.org/10.1177/1363461504047929>.
- Zhou, M. 1997. „Segmented Assimilation: Issues, Controversies, and Recent Research

- on the New Second Generation." *The International Migration Review* 31 (4): 975–1008, <https://doi.org/10.2307/2547421>.
- Zwart, J. J., M. D. Jonkers, A. Richters, F. Ory, K. W. Bloemenkamp, J. J. Duvekot, J. van Roosmalen. 2011. „Ethnic Disparity in Severe Acute Maternal Morbidity: A Nationwide Cohort Study in the Netherlands." *European Journal of Public Health* 21 (2): 229–234, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckq046>.

Nakladatelství Academia  
a Sociologický ústav AV ČR, v.v.i.,  
vydaly

## **Bytová revolta: Jak ženy dělaly disent**

Marcela Linková, Naďa Straková (eds.)



Kniha *Bytová revolta: Jak ženy dělaly disent* představuje dvacet jedna žen, které se nebály postavit normalizační moci v 70. a 80. letech. Svým zapojením do boje proti totalitě chtěly spoluvytvářet lepší podmínky pro život svůj i svých dětí. Kniha chce připomenout, jakým způsobem tyto ženy fungovaly v prostředí Charty 77 i mimo něj, v kulturním undergroundu, ve velkých městech i na venkově. Zároveň představuje ženy ukotvené v různých proudech Charty 77 – v proudu filozofickém, křesťanském, reformně komunistickém a v tzv. kulturním undergroundu.

Knihu vydal s podporou programu Strategie Akademie věd AV21 Evropa a stát: mezi barbarstvím a civilizací Sociologický ústav AV ČR, v.v.i., ve spolupráci s Nakladatelstvím Academia u příležitosti 40. výročí Prohlášení Charty 77.