



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

**Důsledky imigrační krize na současné ošetřovatelství**

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Autor:** Lucie Buiová

**Vedoucí práce:** Mgr. Jana Maňhalová, Ph. D.

České Budějovice 2018

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Důsledky imigrační krize na současné ošetrovatelství“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 17. srpna 2018.

.....

Lucie Buiová

## **Poděkování**

Mé poděkování patří Mgr. Janě Maňhalové Ph. D. za vedení mé bakalářské práce, podnětné připomínky a za praktické rady poskytované v průběhu odborných konzultací. Dále děkuji mé rodině za podporu a mému příteli za trpělivost a pomoc při psaní této bakalářské práce. V neposlední řadě také děkuji všem probandům, kteří mi poskytli potřebné informace a svůj čas.

# Důsledky imigrační krize na současné ošetřovatelství

## Abstrakt

Tato bakalářská práce se věnuje problematice migrace a imigrační krize v současném ošetřovatelství. Cílem této práce bylo zmapovat, jaké jsou důsledky imigrační krize na současné ošetřovatelství.

Výzkumné šetření bylo realizováno pomocí kvalitativního výzkumu. V rámci výzkumné techniky byl použit polostrukturovaný rozhovor s pacienty – cizinci, kteří zažádali o mezinárodní ochranu nebo již azyl získali. Během realizace empirického šetření bylo uskutečněno 15 rozhovorů, výběr probandů byl záměrný. V poslední fázi výzkumu bylo rozhodnuto pro uskutečnění výzkumného šetření i s ošetřovatelským personálem. Byl proveden sběr dat se sestrami různého typu vzdělání, jejichž výpovědi sloužily k ověření a doplnění dat, které byly získány při realizaci empirického šetření s pacienty – cizinci. Dále byla data analyzována pomocí metody otevřeného kódování.

Z výsledků kvalitativního šetření je patrné, že většina pacientů – cizinců je s ošetřovatelskou péčí v České republice velice spokojena, dokonce by se dalo tvrdit, že ji někteří hodnotí jako ideální. Dále vyplývá, že během pobytu v nemocnici či návštěvě jiného zdravotnického zařízení vyvstaly drobné komplikace, zejména co se týká jazykové bariéry. Tato komplikace však byla vyřešena jiným zdravotnickým personálem, který společný cizí jazyk ovládal, popřípadě, pokud nikdo takový v okolí nebyl, použil zdravotnický personál s pacientem – cizincem mimoverbální komunikaci. Během této doby se většina respondentů nesešla ze strany zdravotnického personálu s chováním hrubým nebo takovým, které by nějak nevhodně poukazovalo na jejich odlišnou kulturu. Na druhé straně je z výsledků kvalitativního výzkumu patrné, že si většina sester uvědomuje význam transkulturního ošetřovatelství a nutnosti vzdělání.

Závěrem z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že pacienti – cizinci jsou s ošetřovatelskou péčí v České republice v porovnání s péčí v rodné zemi spokojeni. Jediným problémem zůstává jazyková bariéra. Řešením by mohl být tlumočnický v každé nemocnici či zdravotnickém zařízení, anebo větší snaha zdravotnického personálu naučit se některý ze světových jazyků používaných v Evropě na komunikativní úrovni.

## Klíčová slova

Migrace; imigrační krize; uprchlík; cizinec; transkulturní ošetřovatelství

# **The consequences of immigration crisis on contemporary nursing**

## **Abstract**

This Bachelor thesis aims to describe the issue of migration and the migration crisis in nursing. Its purpose is to map the consequences of said migration crisis on present day nursing.

Research was done through qualitative research as well as semi-structured interviews with foreign patients, who requested international aid or asylum or have acquired it already. The realization of the empirical research is based on 15 interviews with probands. At last, was decided to include research regarding with nursing personnel as well. Data collection was carried out with nurses of different types of education to check the data acquired by interviewing foreign patients. and complete it. Furthermore, the data went through an analysis with the open coding method.

The results of the qualitative research clearly state that the majority of the foreign patients is utmost pleased with nursing in the Czech Republic, it could be said that some of them view it as ideal. Other findings include the fact that during their hospital stay, certain complications arose, especially regarding the language barrier. However, this problem was solved by other medical personnel who did speak the foreign language at hand. In the case that there was no one who spoke said language, only non- verbal communication was used. During this time, the majority of respondents did not encounter any behaviour that would come off a rude or such, that it would imply irreconcilable cultural differences. On the other hand, it is evident from the qualitative research that the majority of nurses realize the importance of both transcultural nursing and education.

Lastly, we can state it is evident from the findings of my research that foreign patients are quite satisfied with nursing in the Czech Republic compared to their home country. The only problem remaining is the language barrier. The resolution could be an interpreter in every hospital or medical institution, as well as effort made by the medical personnel and doctors to learn some of the world languages used in Europe, on a professional working proficiency.

## **Keywords**

Migration; imigration crises; refugee; foreigner/alien; transcultural nursing

# OBSAH BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

ÚVOD.....	7
<b>1 SOUČASNÝ STAV .....</b>	<b>9</b>
<b>1.1 Migrace (charakteristika, členění a související pojmy).....</b>	<b>9</b>
1.1.1. Terminologie základních pojmů migrace .....	10
1.1.2. Příčiny vzniku migrace .....	11
1.1.3. Důsledky migrace .....	12
<b>1.2 Současná migrační krize a její příčina.....</b>	<b>14</b>
1.2.1. Současné migrační toky do EU .....	17
<b>1.3 Zdravotní péče o imigranty v ČR.....</b>	<b>18</b>
1.3.1. Ošetrovatelská péče o cizince v České republice .....	19
<b>1.4 Teoretická východiska transkulturního ošetrovatelství.....</b>	<b>22</b>
1.4.1. Využití koncepčního modelu Leininger .....	23
1.4.2. Využití koncepčního modelu Giger a Davidhizar .....	25
<b>2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....</b>	<b>28</b>
<b>2.1 Cíle práce .....</b>	<b>28</b>
<b>2.2 Výzkumné otázky.....</b>	<b>28</b>
<b>2.3 Limity výzkumu .....</b>	<b>28</b>
<b>2.4 Operacionalizace pojmů.....</b>	<b>28</b>
<b>3 METODIKA .....</b>	<b>30</b>
<b>3.1 Design kvalitativní části výzkumného šetření .....</b>	<b>30</b>
3.1.1. Charakteristika polostrukturovaného rozhovoru .....	31
3.1.2. Charakteristika výzkumného vzorku .....	32
<b>4 VÝSLEDKY .....</b>	<b>33</b>
<b>4.1 Kategorizace dat: pacienti – cizinci.....</b>	<b>33</b>
<b>4.2 Kategorizace dat: ošetrovatelský personál.....</b>	<b>33</b>
<b>4.3 Výsledky kvalitativního výzkumu s pacienty – cizinci .....</b>	<b>34</b>
<b>4.4 Výsledky kvalitativního výzkumu s ošetrovatelským personálem .....</b>	<b>52</b>
<b>5 DISKUZE .....</b>	<b>61</b>
<b>6 ZÁVĚR.....</b>	<b>68</b>
<b>7 SEZNAM LITERATURY .....</b>	<b>70</b>
<b>8 SEZNAM PŘÍLOH A OBRÁZKŮ .....</b>	<b>80</b>
<b>9 SEZNAM ZKRATEK.....</b>	<b>81</b>

## ÚVOD

V současné době není téma imigrační krize tak aktuální, jako bylo v roce 2015, kdy byla vlna uprchlíků největší. Tehdy byla tato problematika pro český lid natolik odstrašující, že ovlivnila volby do poslanecké sněmovny i volbu prezidenta.

Imigrační krize, jinak zvaná uprchlická krize, začala událostí známou jako Arabské jaro či Arabská revoluce. V letech 2015 a 2016 zažila Evropská unie masový příliv uprchlíků a migrantů, kdy její hranice překročilo více než milion osob. Většina z nich uprchla před válkou a terorem v Sýrii a dalších zemích, kde měla strach o svůj život. Ale ne každý, kdo do Evropy nyní přichází, potřebuje ochranu. Někteří lidé opouštějí rodnou zemi za vidinou lepšího života. Tyto osoby jsou nazývány „ekonomickými migranty“, a pokud nemají ze zákona nárok na ochranu, mají vlády jednotlivých států povinnost poslat je zpět do jejich domovské země. Je ovšem těžké zjistit, z jaké situace či z jakého důvodu člověk prchá, zvláště pokud u sebe nemá žádné doklady a nemůže se nijak prokázat.

Téma migrace je mi blízké z toho důvodu, že mí rodiče také opustili svou rodnou zemi za vidinou lepšího života. Opustili svou rodinu, aby si mohli zabezpečit lepší život a zachránit se před chudobou. Neumím si představit, jak pro ně muselo být těžké zorientovat se v nové zemi, neznajíc ani jazyk a postrádajíc schopnost domluvy. I když patřím ke „generaci banánových dětí“ a více než Vietnamkou se cítím být Češkou, stále se cítím povinna pomáhat nově příchozím migrantům v orientaci ve zdravotním systému České republiky.

Ačkoli Česká republika není pro cizince stejně lukrativním státem jako například Německo, stále se do Česka stěhuje mnoho cizinců, proto se domnívám, že je vhodné se více věnovat problematice ošetrovatelské péče o cizince a transkulturnímu ošetrovatelství. Jedná se o specifickou skupinu lidí s jinou kulturou či tradicemi, než na kterou jsou zdravotníci v České republice zvyklí. Není proto na místě tyto lidi odsuzovat pro jejich odlišnost, měla by se naopak objevit snaha je pochopit a vyjít jim vstříc s cílem poskytovat kulturně ohleduplnou a uzpůsobenou péči.

Zejména v posledních letech se stává problematika transkulturního ošetrovatelství běžnou součástí ošetrovatelské profese, proto je nezbytné se zamyslet i nad důsledky, které s sebou imigrační krize přináší. Podrobná analýza předkládané problematiky je nad rámec této práce, proto zde specifikujeme vybrané důsledky imigrační krize upozorňující především na zkušenosti a spokojenost pacientů – cizinců s českým

zdravotnictvím, a také na zkušenosti zdravotnického personálu a jejich spokojenosti. Cílem této práce je poukázat zejména na ovlivnitelné aspekty vycházející z důsledků imigrační krize, a to na efektivní komunikaci a poskytování kulturně kompetentní ošetrovatelské péče.

Tato bakalářská práce je členěna na teoretickou část a praktickou část. Teoretická část je rozdělena na čtyři podkapitoly. První podkapitola se věnuje migraci obecně. Jsou zde vysvětleny pojmy jako migrace, imigrace a reemigrace, i související pojmy jako cizinec, azylant či uprchlík. Aby mohla být migrace pochopena, jsou dále vysvětleny příčiny, které nutí člověka opustit zem, v níž se narodil a kterou dobře zná. Nakonec jsou v této podkapitole uvedeny i důsledky migrace, jak pro hostitelský stát, tak pro stát vysílající. Další podkapitola se věnuje současné imigrační krizi a jejím příčinám, obsahuje také migrační toky neboli trasy, kudy uprchlíci nejčastěji prchají ze své země. Další podkapitola je vyčleněna právě zdravotní péči o cizince a její legislativě, její závěr se věnuje obecným specifickým ošetrovatelské péče o cizince v České republice. Poslední podkapitola popisuje teoretická východiska transkulturního ošetrovatelství, jsou zde popsány koncepční modely Madeleine Leininger a Joyce Newman Giger a Ruth Elaine Davidhizar.

Ve výzkumné části jsou uvedeny cíle práce a z nich vyplývající výzkumné otázky. Cílem práce bylo zvoleno zmapování důsledků imigrační krize na současné ošetrovatelství a jejich popis. Nabízejí se otázky, jaké faktory vedou ke spokojenosti pacientů – cizinců v nemocnici, jaký je rozdíl v ošetrovatelské péči v České republice a jejich domovských zemích a jaké jsou důsledky imigrační krize na současné ošetrovatelství dle českého ošetrovatelského personálu. Výsledků empirického šetření bylo dosaženo metodou kvalitativního výzkumu. Záměrný výběr probandů byl podložen následujícími kritérii: daný jedinec musel být žadatelem o azyl či azylant, tedy držitel azylu, dále věk nad 18 let, navštívení zdravotnického zařízení v ČR a ochota spolupracovat. V poslední fázi výzkumu bylo rozhodnuto o uskutečnění dalšího výzkumu, a to s ošetrovatelským personálem. Byl vybrán konkrétní vzorek sester, aby byly ověřeny a doplněny výsledky, které byly získány během empirického šetření s pacienty – cizinci. V potaz byla brána délka praxe a nejvyšší dosažené vzdělání.

V poslední části práce se nachází seznámení s výsledky, diskuze, závěr a seznam literatury, ze které text vychází. Dále je připojen seznam příloh, ve kterém je uveden okruh otázek použitý při polostrukturovaném rozhovoru s probandy.



# 1 SOUČASNÝ STAV

## *1.1 Migrace (charakteristika, členění a související pojmy)*

Úvodní podkapitola bude věnována migraci obecně. Nejdříve bude definován tento pojem, dále budou vysvětleny pojmy, které se jí týkají, jako jsou cizinec, uprchlík a azylant. Na závěr budou uvedeny příčiny a důsledky migrace. Tyto informace jsou důležité k pochopení následující kapitoly, která bude pojednávat o současné imigrační krizi.

Podle Jandourka (2012, s. 158) termín migrace označuje „...*pohyb osob, skupin nebo větších celků obyvatel v geografickém a sociálním prostoru spojený s přechodnou nebo trvalou změnou místa pobytu.*“ Boudon et al. (2004) doplňují, že přemístění populace v geografickém prostoru zahrnuje hlavně přesun ze zemědělských regionů do velkých měst, tedy urbanizovaných zón. Z demografického hlediska, jak uvádějí Kalibová, Pavlík a Vodáková (2009, s. 66), je migrace „...*prostorové přemísťování osob přes libovolné hranice (zpravidla administrativní), spojené se změnou místa bydliště na dobu kratší či delší, příp. natrvalo.*“ Zjednodušeně lze tedy migraci označit jako mechanický pohyb lidí za hranice stálého bydliště (Rolný a Lacina, 2008).

S termínem migrace je nutné definovat pojem mobilita neboli hybnost. Mobilita zahrnuje jakékoli typy přesunu osob. Tyto typy jsou přechodné, s různou pravidelností, za odlišným účelem, v rozličných směrech i na různé vzdálenosti. Migrace na druhou stranu je pojem užší, a jak již bylo výše zmíněno, týká se trvalé změny pobytu (Rolný a Lacina, 2008). Jak uvádějí Uherek et al. (2005), migrací nelze nazývat krátkodobé návštěvy jiného státu či města, ani každodenní dojíždění za prací, byť se jedná o přeshraniční dojíždění. Rolný a Lacina (2008) doplňují, že se jedná o specifickou formu prostorové mobility. Ať už je řeč o sezónní migraci nebo kyvadlové migraci, je nutné dodat, že se vlastně jedná jen o mobilitu. Aby se mohlo mluvit o migraci, stanovil Simmons (1987) tři kritéria: změna obydlí, zaměstnání a přeměna v sociálních vztazích.

Řada autorů pracuje s migračními typy různě. Za nejobecnější typologii je považována Parnwellova (1993), která migraci rozděluje dle následujících kritérií: kritérium lokalizace – mezinárodní a vnitrostátní, kritérium příčiny – dobrovolná a vynucená, a nakonec kritérium časovosti – permanentní a dočasná. Dudková (2009) dále vysvětluje termíny vnitrostátní a mezinárodní migrace. Vnitrostátní označuje přesun jedinců uvnitř dané země, především kvůli práci, studiu či z osobních důvodů.

Z mezinárodního hlediska nemá tento typ žádný vliv, protože nemění etnickou strukturu státu. Zatímco mezinárodní migrace, tedy stěhování lidí za hranice státu, ano. Z dalšího hlediska lze migraci rozlišit dle dobrovolnosti, jak uvádějí Rolný a Lacina (2008) a Dudková (2009), a to na dobrovolnou či vynucenou. Za dobrovolnou neboli chtěnou je označován pohyb obyvatel, který vzniká z vlastní iniciativy migrujících. Vynucené stěhování nastává, pokud je jedinec donucen opustit svou rodnou zemi veřejnou mocí, a to přímo nebo nepřímo (Rolný a Lacina, 2008). Dudková (2009) doplňuje, že těmito důvody mohou být například pronásledování, ozbrojené konflikty, přírodní či jiné katastrofy, které mohou jedince ohrozit na životě, zdraví nebo svobodě. Rolný a Lacina (2008) uvádějí, že jedním z typů nedobrovolné migrace je vyhoštění, kdy je jedinec donucen opustit svou zemi. Z časového hlediska je pak možno migraci ještě dělit na krátkodobou, dlouhodobou, trvalou a cirkulující (Ministerstvo vnitra České republiky, © 2017).

S pojmem migrace úzce souvisí pojmy emigrace, reemigrace a imigrace. Emigraci lze označit jako změnu místa pobytu směrem z domovského státu. Jedná se tedy o proces, při němž vystěhovalci opouštějí své domovské státy s cílem usídlit se v zahraničí (Ministerstvo vnitra České republiky, © 2017). Pokud se dřívější emigranti rozhodnou vrátit do své rodné země zpět, jedná se o reemigraci (Rolný a Lacina, 2008). V souvislosti s reemigrací je vhodné zmínit termín repatriace, kdy jsou emigranti přestěhováni zpět do mateřské země na náklady státu. Pojem imigrace pak dále vyjadřuje změnu pobytu směrem z místa mateřského státu do jiné země. Jedná se o proces, kdy se na území státu usídlují cizinci (Ministerstvo vnitra České republiky, © 2017).

### ***1.1.1. Terminologie základních pojmů migrace***

#### ***Cizinec***

Pro účely České republiky, dále jen ČR, určuje zákon č. 222/2017 Sb., O pobytu cizinců na území České republiky, cizincem každou fyzickou osobu, která není státním občanem ČR, včetně občana Evropské unie (EU). Zákon o pobytu cizinců rozlišuje několik typů pobytu na území ČR vzhledem k tomu, zda se jedná o cizince s vízovou povinností, tedy cizince z třetích zemí, či bez vízové povinnosti, nebo občany EU a rodinné příslušníky občanů EU. Pro cizince z třetích zemí jsou možnosti pobývat v ČR na základě krátkodobého víza (do 90 dní), dlouhodobého víza (nad 90 dní), na základě dlouhodobého pobytu či trvalého pobytu. O dlouhodobý pobyt si může cizinec zažádat za účelem podnikání, sloučení rodiny nebo pomocí zaměstnanecké karty. O trvalý pobyt

si může cizinec požádat po pěti letech nepřetržitého přechodného pobytu v ČR, poté je povinen složit zkoušku ze znalosti českého jazyka.

### ***Azylant***

Dle zákona č. 314/2015 Sb., O azylu, se azylantem rozumí cizinec, kterému byl přidělen azyl v cizí zemi, a to po dobu platnosti rozhodnutí o přidělení o azyl, což je mezinárodní forma ochrany cizince, který prokáže oprávněné obavy z pronásledování ve své zemi, ať už se jedná o náboženské, rasové či další důvody (ed. Dudková, 2009). Dle zákona o azylu se mezinárodní ochranou rozumí ochrana poskytnutá cizinci formou doplňkové ochrany či azylu. Osobou využívající doplňkové ochrany se chápe cizinec, kterému byla tato ochrana udělena, a to po dobu platnosti rozhodnutí o udělení nebo jejím prodloužení. Zákon rozlišuje tři druhy, který může teoreticky cizinec získat, a to z důvodu pronásledování, za účelem sloučení rodiny a humanitární azyl. Co se týká doplňkové ochrany, může cizinec získat ochranu z důvodu špatného zacházení a za účelem sloučení rodiny.

### ***Uprchlík***

Jedná se o kteroukoli osobu nacházející se mimo svou rodnou zemi, která má oprávněný strach z pronásledování z důvodu rasových, náboženských, národnostních nebo také kvůli příslušnosti k určité společenské vrstvě či politickým názorům. Tento jedinec není schopen přijmout ochranu své země nebo ji z některých důvodů odmítá. Toto platí i pro osoby bez státní příslušnosti nacházející se mimo stát svého dosavadního pobytu (ed. Dudková, 2009). Freiová (1993) se odkazuje na Ženevskou úmluvu, postavení uprchlíka pozbývá ten, kdo znovu přijal ochranu své mateřské země, nebo nabytí státní občanství v nové zemi a přijímá její ochranu. Dále o status uprchlíka může jedinec přijít, pokud nemůže dále odmítat ochranu své rodné země, protože okolnosti, kvůli kterým byl považován za uprchlíka, přestaly existovat. Úmluva o postavení uprchlíků (1951) také stanoví, že se její podmínky nevztahují na osoby, u kterých jsou důvody domnívat se, že se dopustila zločinu proti míru, válečného zločinu nebo zločinu proti lidskosti nebo je vinna činy, které jsou v nesouladu se zásadami a cíli Organizace spojených národů, dále jen OSN. Dále také pokud se osoba dopustila vážného nepolitického zločinu mimo stát svého azylu dříve, než jí bylo povoleno usadit se tam jako uprchlík.

#### ***1.1.2. Příčiny vzniku migrace***

Migrace není fenoménem současné doby. Lidská migrace může být datována

už od samotného zrození lidstva, jak uvádí King (2008). Před zhruba sedmi miliony lety se evolucí zrodili první hominidé a začali kolonizovat savanu. Poté se objevil Homo erectus, který se rozšířil po celé Africe, a nakonec se vyvinul Homo sapiens, který se zhruba před 125 000 lety přesunul z Afriky do Asie a poté do celého světa. Dále King (2008) pokračuje, že od okamžiku, kdy lidé osídlili celý svět, nepřestali migrovat. Příčiny byly různé, ať už válečné konflikty, ekonomické či ekologické katastrofy. Hlavním důvodem migrace je tedy zlepšení životních podmínek, jak uvádějí Rabušic a Burjanek (2003). Palát (2014) se dále vyjadřuje k migraci tím, že motivaci k migraci v současné době zvyšuje dostupnost informací, možnost efektivněji cestovat či možnost být v kontaktu s dalšími migranty z rodné země. S tím souvisí i pojem migrační síť, jak uvádějí Drbohlav a Uherek (2007), kdy se jedná se o síť vytvořené osobami, které již dříve migrovaly. Pro migranta je důležité, že zde již žijí osoby, jako je on, z jeho rodné země, zběhlé v místních poměrech, a mající zkušenosti s vyřizováním potřebných věcí pro příchod a žádostí o pobyt. Jak uvádí Franc (2010), je možné, že migrační síť mohou být považovány za důvod migrace.

O řečených příčinách je mnoho migračních teorií, nejznámějším modelem je dle Drbohlava (2001) tzv. push and pull faktor, kdy push faktor „tlačí“ obyvatelstvo ven z jejich rodné země, zatímco pull faktor je do nové země „táhne“. Základy tohoto modelu položil Bogue (1963). Palát (2014) uvádí, že push faktory mohou být například nedostatek pracovních nabídek, špatná zdravotní péče, ztráta kapitálu, diskriminace, válečné konflikty, přírodní katastrofy, hladomor, nedostatek politické nebo náboženské svobody, politické obavy nebo zastrasování, pronásledování či vyhrožování smrtí. Za pull faktory lze pokládat například pracovní příležitosti, lepší životní podmínky, politickou a náboženskou svobodu, lepší zdravotní péči či vzdělání. Z tohoto modelu, jak uvádí Lee (1966), který se dále zabýval tímto modelem, lze odvodit, že migrace je výběrová, protože ne každý se rozhodne migrovat. Dále, že pokud pull and push faktory dosáhnou určité intenzity, nastává migrace. Tato intenzita se mění dle okolností a závisí na osobních důvodech každého jedince. Jak velká bude migrační vlna, závisí na podmínkách v rodné a hostitelské zemi a na velikosti překážek.

### ***1.1.3. Důsledky migrace***

Migrace, jak bylo již výše zmíněno, není fenoménem současné doby, jedná se o trvalý a přirozený jev (King, 2008). Nicméně s ní jsou spojena i bezpečnostní rizika. Hrozbu mohou představovat jak konkrétní imigranti, tak i skupiny. Může mít podobu

terorismu, řízeného zločinu, neslučitelných kulturních zvyklostí, snížené snahy k integraci nebo šíření infekčních nemocí. Ohrozit společnost může i objem migračních toků či davová neřízená imigrace, která by mohla vyústit ve společenskou nepokoje či radikalismus, a to jak na straně menšiny, tak většiny (Ministerstvo vnitra České republiky, © 2018).

Jak uvádí Moreira (2015), obavy společnosti z potencionálních zdravotních rizik jsou zbytečné. Moreira se odkazuje na World Health Organization, dále jen WHO, hlavního hygienika ČR a další odborníky na infekční nemoci, kteří tvrdí, že uprchlíci ohrožují zemi stejně jako běžní turisté. Dále uvádí, že jsou běženci relativně zdraví, ale poukazuje na možné ohrožení tuberkulózou (TBC), jelikož Čína a Rusko, z nichž často pocházejí turisté navštěvující ČR, jsou země s největším výskytem rezistentní tuberkulózy. Z Českého statistického úřadu, ČSÚ, (© 2018) vyplývá, že od začátku migrační krize v roce 2010, kdy bylo nahlášeno 117 nakažených lidí narozených mimo ČR, se toto číslo zvýšilo. V roce 2015, kdy vyvrcholila uprchlická vlna, bylo nahlášeno 110 nově nakažených lidí, zatímco v roce 2016 bylo nahlášeno 151 nově nakažených narozených mimo ČR. Dále může být riziková také Ukrajina, z důvodu válečného konfliktu, který přinesl rozvrat zdravotní péče. Jako pozitivum vidí Moreira (2015) to, že dlouhý čas strávený na cestě spolu s klimatickými podmínkami ČR výrazně snižuje riziko, že by mohli exotickou infekci dovézt. Z tohoto hlediska jsou daleko rizikovější turisté a cestovatelé, kteří se dopravují převážně letadlem.

Ne vždy se musí důsledky migrace týkat jen bezpečnosti, ale mohou to být i ekonomické a společenské konsekvence. Na důsledky imigrace lze nahlížet z hlediska hostitelské země a vysílající země. Dle Kunešové et al. (2006) má migrace jak negativní, tak pozitivní dopady, a to, jak na zemi hostitelskou, tak vysílající. Mezi pozitivní dopady pro hostitelskou zemi patří například to, že příchod zahraničních pracovníků může vyplnit mezery na trhu práce. Jedná se zejména o takové oblasti práce, které nejsou pro domácí pracovníky, vzhledem k pracovním podmínkám, atraktivní. Dále pak příliv migrantů zvyšuje souhrnnou poptávku po službách a zboží, což podněcuje růst hrubého domácího produktu (HDP). Zvyšující se počet zahraničních pracovníků také přispívá k vyšší celkové nabídce a tím i k ekonomickému růstu. Kromě ekonomických aspektů můžeme zmínit i to, že zahraniční migranti mohou obohatit hostitelskou zemi o nové kulturní a jiné podněty. Jako negativní dopady uvádějí Kunešová et al. (2006), že levná a přizpůsobivá zahraniční pracovní síla vede ke snižování požadavků zaměstnavatelů na kvalifikaci pracovníků a zvyšování požadavků na pracovní výkon. Důsledkem je pak lhostejnost

některých zaměstnavatelů k zavádění nových technologií a tím i zvyšování produktivity práce domácích pracovníků. S příchodem zahraničních pracovníků souvisí i určitá národní a rasová nesnášenlivost vyvolaná jinou mentalitou, náboženstvím, tradicemi či kulturou.

K pozitivním dopadům na vysílající zemi přičítají Kunešová et al. (2006) například to, že se ve vysílající zemi snižuje nabídka pracovních sil, což může směřovat ke snížení míry nezaměstnanosti. Odcházející migranti navíc mohou v zahraničí získat pracovní možnosti, které by v jejich zemi byly nedostupné. Zahraniční migrace může také napomáhat k růstu obchodu mezi vysílající a hostitelskou zemí. Svoji úlohu zde ale hraje činnost zahraniční komunity v hostitelské zemi. Mezi negativní dopady lze dle Kunešové et al. (2006) uvést například odliv vysoce kvalifikovaných pracovníků, který má negativní dopad na mnoho odvětví, především v oblasti průmyslu, vědy, výzkumu, zdravotnictví či školství. Také se v případě trvalého odchodu vysílající zemi nevrátí náklady vynaložené do vzdělání obyvatel.

## ***1. 2 Současná migrační krize a její příčina***

Následující podkapitola uvede základní informace o současné migrační krizi, dále příčiny jejího vzniku a hlavní migrační toky. Tato část je nutná k pochopení současné situace, která vznikla v EU a dotkla se právě i ČR. Také vysvětluje zvolení probandů ve výzkumné části bakalářské práce.

Dle Míky (2015) lze původ současné migrační krize datovat do roku 2010, kdy začalo tzv. Arabské jaro. Došlo při něm ke zhroucení režimů na Blízkém východě a v Africe. Konkrétně se jedná o státy Tunisko, Egypt, Sýrii, Libyi a Jemen. V té době proběhlo několik protestů, poté došlo k svržení tamních nedemokratických režimů a následnému rozpadu politického systému. To vše doprovázely občanské a jiné války. Staněk (2017) dodává, že občanská válka v Sýrii začala na začátku roku 2011 jako důsledek protivládních demonstrací a občanských nepokojů, které byly násilně potlačeny ze strany syrské vlády. Tato situace na Blízkém východě, především v Sýrii, má za následek vytvoření velkého počtu uprchlíků (Staněk, 2017). Podle odhadů OSN, je v Sýrii 6, 3 milionu lidí, kteří se už nemají kam vrátit, the United Nations High Commissioner for Refugees, dále jen UNHCR, registrovalo zhruba 5 miliónů osob prchajících ze země. Nejvíce lidí uprchlo do Turecka, přibližně 2, 9 milionu, dále Libanonu, Jordánska, Iráku a Egypta a Severní Afriky (Staněk, 2017). Zde je možné vidět, že uprchlíci ze Sýrie využili nejdříve okolní státy, než se rozhodli jít dále do Evropy.

Nejen humanitární krize a občanská válka v Sýrii vyhnala tyto lidi mimo svou rodnou zemi, rozhodně v tom hrála roli i zdravotní péče. Podle výročních zpráv organizace Lékaři bez hranic za rok 2015 bylo od začátku občanské války v Sýrii zdokumentováno více než 400 útoků na 269 zdravotnických zařízení, ačkoli jsou nemocnice objekty chráněnými mezinárodním humanitárním právem. Jen v roce 2015 bylo zasaženo nebo poškozeno 63 zdravotnických zařízení, která organizace Lékaři bez hranic provozovala či podporovala. Jako následek těchto útoků bylo 12 zdravotnických zařízení zcela zničeno, 58 zdravotníků zraněno a 23 zabito (Staněk, 2017).

Milenkovičová (2015) dodává, že od počátku Arabského jara počet migrantů migrujících do EU narůstal, ale až do dubna 2015 tomu nikdo z Evropy nevěnoval přílišnou pozornost. Až 13. dubna roku 2015 upozornila společnost na masivně se zvyšující počet migrantů tragédie ve středoziemním moři, kdy utonulo na 400 osob. Po necelém týdnu v moři zemřelo dalších 850 lidí.

Bier (2015) vyslovil otázku, proč se tolik uprchlíků topí a proč nevyužívají leteckých společností k přepravě. Uvádí, že to rozhodně není tím, že by letecká doprava byla příliš drahá, ani tím, že by jim bránily jejich vlády, protože tyto státy obecně nemají zájem zastavit emigraci či reálnou možnost ji zamezit. Důvodem jsou samy letecké společnosti. Odkazuje se na směrnici Rady Evropské Unie 2001/51/ES – aby mohla EU zamezit nelegální migraci, platí pravidlo, že každý letecký či námořní dopravce, který přiveze osobu bez platných vstupních dokumentů, hradí všechny náklady, které jsou spojené s navrácením této osoby zpět do její rodné země. Tato směrnice se samozřejmě netýká těch lidí, kteří mají práva jakožto uprchlíci dle Ženevské konvence. Bier (2015, s. 217) pokládá otázku: „...ale kdo určuje, kdo je „legitimní“ uprchlík a kdo pouze „nelegální imigrant“?“ Velišek (2017, s. 143), který byl v kontaktu s uprchlíky na jejich cestě, uvádí: „...mezi migranty bylo mnoho strádajících lidí. V zástupech byli ale i tací, kteří prostě vyrazili z relativně bezpečných zemí za pohodlnějším životem. Mezi oběma skupinami pak občas docházelo ke konfliktům. Hlavně Syřané byli přesvědčení, že jim ekonomičtí migranti zabírají místo, a v očích Evropanů navíc kazí pověst všem válečným utečencům.“

Jak uvádějí Klaus a Weigl (2015), je nutné rozlišovat individuální migraci od té masové, stejně tak jako trvalé přistěhovalce od dočasných azylantů. Individuální migrace projev lidské svobody, také určité odvahy. Každý, kdo podnikne cestu do jiného, cizího prostředí, se musí připravit na to, že se bude muset v novém státě asimilovat a prosadit. Migrant si tedy vědomě ponechá svoje bývalé zvyky, tradice a kulturu

jako výlučně osobní aspekt svého nového života. Na rozdíl od masové migrace, kterou se rozumí neindividuální, davový, hromadný jev, kdy se jedinec přizpůsobuje svému okolí. Převažuje názor většiny velící k odchodu do jiného, lepšího světa. Cílem tedy není se přizpůsobit novému státu. Klaus a Weigl (2015) dále upozorňují, že masová migrace může mít promyšlený záměr, a to migrovat do nového světa a postupně tento svět přetvářet k obrazu svému. Také se Klaus a Weigl (2015) vyjadřují k příčinám migrace, uvádějí, že masovou migraci do Evropy vyvolala Evropa sama, Klaus a Weigl (2015, 19 s.): „...resp. ti, kteří se ve své do nebe volající nepokoře za Evropu vydávají a kteří si nárokují, že jí reprezentují.“ Tvrdí, že migranti zřejmě vnímali signály vycházející z Evropy o sociálním ráji, kde jsou peníze pro každého.

Na druhou stranu je hlavní příčinou migrační krize dle Jungwirtha et al. (2015) zhoršení bezpečnostní situace a trvání neřešených rozporů v mnoha zemích, především v oblastech Blízkého východu a Afrického rohu. Na to je potřeba nahlížet v širším kontextu. V těchto zemích stále převládá chudoba, nepřítomnost životních vyhlídek, neudržitelná zemědělská politika, nedostatek potravin a vody. Pavlásek (2015) doplňuje, že to neplatí jen pro Sýrii, Irák a Afganistán, ale i pro severní Afriku, kde v Libyi o moc bojují dvě vlády, na jiných místech zase terorizují vlastní lid zločinci ze skupin jako Boko Haram. Junghwirth et al. (2015) uvádějí, že je zhroucení vlády v Libyi nebo Egyptě pro uprchlíky výhodné, protože jim zvýšilo šance projít do EU ze subsaharských afrických států a zemí Afrického rohu.

Do EU ale neprchají jen lidé z Blízkého východu, ale i z afrických zemí či zemí poměrně „bezpečných“. Jungwirth et al. (2015) uvádějí, že Eritrea je zemí, kde vládne jeden z nejvíce represivních režimů na světě. Hlavním motivem pro mnoho většinou mladých mužů, kteří přecháží do Evropy, je snaha vyhnout se povolání do armády, které se může přirovnat k nuceným pracím na dobu neurčitou.

Jak dále uvádějí Jungwirth et al. (2015), je nutné jinak nahlížet na žadatele, kteří přicházejí ze zemí, které lze považovat za „bezpečné“. Jedná se o země jako je Albánie, Kosovo či Srbsko. Do střední Evropy většinou míří proto, že v jejich zemích je ekonomika a trh práce na špatné úrovni. Valná většina těchto uprchlíků je nakonec donucena se do rodné země vrátit.

Kropáček (2018) uvádí, že v roce 2017 byl počet žadatelů o mezinárodní ochranu v EU 654 270. V roce 2016 bylo požádáno o mezinárodní ochranu 1 260 910 migranty. V době největší uprchlické krize bylo podáno 1 322 825 žádostí, zatímco v roce 2014 jich bylo jen 626 960. Pokud se jedná o státní příslušnost, uvádí organizace Člověk v tísni



(2017), že dle Eurostatu v roce 2016 přišlo nejvíc žadatelů o azyl ze Sýrie, Afghánistánu, Iráku, Pákistánu a Nigérie.

Co se týká počtu žadatelů o azyl či doplňkovou ochranu v ČR, uvádí Ministerstvo vnitra (2018) za měsíc leden roku 2018 143 žádostí o mezinárodní ochranu, z nichž 32 žádostí bylo opakovaných. Za měsíc únor 2018 uvádí Ministerstvo vnitra (2018) 119 žádostí o mezinárodní ochranu, z nichž 23 bylo opakovaných. Za rok 2017 vyřizovalo Ministerstvo vnitra 1450 žádostí o mezinárodní ochranu, pro rok 2016 jich bylo 1447. V roce 2015, kdy byla vlna uprchlíků největší, zažádalo o mezinárodní ochranu v ČR 1525 cizinců. Pro srovnání, za rok 2014 zažádalo o mezinárodní ochranu 1 156, v roce 2013 jen 707 cizinců. Pokud se jedná o národnosti, uvádí SZÚ (© 2017) pro rok 2016 nejvíce žadatelů z Ukrajiny, Kuby, Sýrie a Číny. Do zařízení pro zajištění cizinců se v ČR v roce 2016 nejvíce dostali cizinci z Ukrajiny, Afghánistánu a Iráku. Toto zařízení spravuje Ministerstvo vnitra, a slouží hlavně k zajištění cizinců, kterým bylo cizineckou policií vydáno rozhodnutí o správním vyhoštění či o zajištění (Správa uprchlických zařízení ministerstva vnitra, © 2017).

Nakonec Jungwirth et al. (2015) upozorňují, že v případě, že nedojde ke zlepšení společenské, bezpečnostní i ekonomické úrovně, lze v průběhu dalších let počítat s tím, že dojde ke zvýšení počtu uprchlíků přicházejících do Evropy ze zemí jako je Ukrajina, Irák, Libye, Egypt, Nigérie a mnoho dalších.

### ***1.2.1. Současné migrační toky do EU***

Podle agentury Frontex (©2017) migranti využívají 8 migračních tras do Evropy, a těmi jsou západní středomořská trasa, kterou v roce 2018 využilo 2 302 migrantů k ilegálnímu vstupu do EU, západní africká cesta, kterou nejvíce využívají Maročané, střední středomořská trasa, kterou v roce 2018 použilo 4 916 migrantů, jižní trasa, východní středomořská trasa, kterou v roce 2018 prošlo 3 892 osob, trasa Apulie a Calabrie, cirkulující trasa z Albánie do Řecka a západní balkánská trasa, kterou v roce 2018 využilo 582 migrantů. Nejvyužívanější trasou byla v roce 2017 střední středomořská trasa, k ilegálnímu překročení do EU ji využilo 119 046 migrujících (Kropáček, 2018). Druhou nejfrekventovanější trasou, kterou využívali migranti ze Sýrie, Afghánistánu a Iráku, je západní balkánská trasa, v roce 2017 jí prošlo 41 720 uprchlíků.

Za výpravu do Evropy uprchlíci při využití služeb převaděčů zaplatí od 1 000 až po 3 000 eur. Cena záleží na tom, odkud a jakou cestou se vydávají či které služby využijí. Například, jak uvádí ředitel Frontexu Leggeri (2017), gangy vydělávající

na pašování cizinců do Evropy si v roce 2015 přišly na 4,7 až 5,7 miliard eur. Leggeri (2017) dále doplňuje, že jakmile se migranti ze západní Afriky dostanou do hlavního města Nigeru, potřebují někoho, kdo je dostane dál. K tomu, aby se člověk dostal na sever země k libyjské hranici, musí zaplatit 150 eur. Poté následuje plavba po Středozemním moři, jejíž cena závisí na druhu člunu, například za místo na nafukovacím člunu může migrant zaplatit 300 eur, ale plavba na něm je obzvlášť nebezpečná.

Dle UNHCR v roce 2017 využilo středomořskou trasu 68, 1 % mužů, 12, 9 % žen a 19 % dětí. Amnesty International se k tomu vyjadřuje tak, že důvodem, proč majoritu tvoří muži, je to, že jsou silnější, a tudíž mají větší šanci přežít. Chtějí připravit bezpečnější cestu pro své rodiny či blízké. Jak již bylo výše zmíněno, cena, kterou platí pašerákům, je vysoká a rodina si může dovolit vyslat pouze jednoho člena. Dalším důvodem může být násilí a sexuální násilí ze strany převaděčů. Mnoho žen je na cestě znásilněno a je to pro ně velké riziko. A posledním důvodem může být i to, že řada mužů prchá proto, aby nemuseli být nasazeni v boji a podílet se tak na násilí a zabíjení.

Dle UNHCR pro rok 2018 k datu 12. 04. 2018 připlulo po středomořské trase 16 988 migrujících a k datu 11. 04. 2018 se pohřešuje nebo zemřelo 501 migrantů.

### ***1. 3 Zdravotní péče o imigranty v ČR***

Tato podkapitola se bude zabývat zdravotní péčí o cizince, a to, jak je legislativně řešeno zdravotní pojištění cizinců v ČR. Závěr bude vyhrazen specifickým ošetrovatelské péče o cizince v ČR, a to hlavně komunikaci s pacienty – cizinci, jak verbální, tak neverbální a popřípadě obecným radám při komunikaci.

Ze zákona č. 290/2017 Sb., O veřejném zdravotním pojištění, vyplývá, že se zdravotní péče zajišťuje obvykle ze zdravotního pojištění. V ČR existují dva druhy zdravotního pojištění, a to veřejné zdravotní pojištění a smluvní zdravotní pojištění. Tyto dva druhy pojištění se liší zejména v rozsahu poskytované bezplatné péče a v okolnostech, za kterých může být dané pojištění uzavřeno. Cizincům spadajícím do systému veřejného zdravotního pojištění je zaručena stejná zdravotní péče jako občanům ČR, tedy je jim běžná zdravotní péče hrazena pojišťovnou. Do systému veřejného zdravotního pojištění jsou začleněni cizinci s trvalým pobytem v ČR, žadatelé o mezinárodní ochranu, azylanti a osoby s doplňkovou ochranou, cizinci, jimž bezplatnou zdravotní péči umožňují mezinárodní smlouvy a ti, kteří mají zaměstnání v ČR nebo ti, kteří legálně pobývají a jsou zaměstnání nebo podnikají či studují na území jiného členského státu EU. Jak uvádí Dobiášová (2004), za některé odvádí pojistné přímo stát,

a to za ty s trvalým pobytem na území ČR, pokud se jedná o nezaopatřené děti či studenty do 26 let studující v prezenční formě, matky na mateřské dovolené, osoby pobírající dávky sociální péče z důvodu sociální nouze, osoby ve vazbě a výkonu trestu. Dále stát odvádí pojistné žadatelům o mezinárodní ochranu a jejich dětem narozeným v ČR a osobám s platným vízem za účelem strpění, taktéž i jejich dětem narozeným v ČR.

Cizinci, kteří nespádají do systému veřejného zdravotního pojištění, mohou uzavřít smluvní zdravotní pojištění. Dle rozsahu hrazené zdravotní péče lze pojištění rozlišit na zdravotní pojištění na neodkladnou péči a pojištění na komplexní zdravotní péči. U obou typů pojištění bude pojišťovna hradit zdravotní péči za pojistníka v rozsahu stanoveném ve smlouvě. Z pojištění se hradí pouze nutná a neodkladná péče, tedy nezbytné ošetření a hospitalizace ve zdravotnickém zařízení, pokrytí nutné operace a následné péče, patří sem i neodkladné ošetření zubů. Pojištění lze uzavřít u těchto pojišťoven: PVZP, a.s., Uniqua pojišťovna, Victoria Volksbanken pojišťovna, a.s., Slavia pojišťovna, a.s. nebo Maxima pojišťovna, a.s. (Sdružení pro integraci a migraci, © 2011–2018). Jak uvádějí Frištenská a Dluhošová (2004), cílem komplexní zdravotní péče je zachovat zdravotní stav pojistníka z doby před uzavřením pojistné smlouvy. Komplexní zdravotní péčí se rozumí taková zdravotní péče, která je poskytnuta pojištěnému ve smluvních zdravotnických zařízeních pojistitele bez přímé úhrady nákladů na léčení pojištěným. Z tohoto pojištění nesmí být vyloučena preventivní ani soustavná zdravotní péče nebo zdravotní péče související s těhotenstvím pojištěné matky a porodem jejího dítěte.

Zákon o veřejném zdravotním pojištění dále ukládá všem cizincům pobývajícím na území ČR povinnost být pojištěn. Doklad o zdravotním pojištění, ať už kartu pojištěnce či pojistnou smlouvu, je nutné předložit ve chvíli, kdy si cizinec chce zažádat o některé z povolení k pobytu nebo pokud je vyzván k předložení dokladů policií při pobytové kontrole.

### ***1.3.1. Ošetřovatelská péče o cizince v České republice***

Evropská rada WHO přijala v roce 1994 dokument Principy práv pacientů v Evropě: Všeobecný rámec. Tento dokument obsahuje soubor zásad na podporu a uplatňování práv pacientů týkající se členských zemí Evropské unie, a mimo jiné je v několika bodech zmíněn požadavek na zohlednění kultury pacienta při poskytování zdravotní péče (Ivanová et al., 2005). Například v oddílu 1 – „Lidská práva a hodnoty zdravotní péče“ se uvádí, že má každý právo na to, aby byly respektovány jeho morální a kulturní

hodnoty, také náboženské a filozofické přesvědčení. V oddílu 2 – „Informovanost“ se zdůrazňuje, že informace se musí pacientovi předávat takovým způsobem, který odpovídá jeho schopnostem je pochopit. Odborná terminologie by měla být zredukována na minimum. Pokud pacient neovládá jazyk, kterým se s ním komunikuje, je potřeba zajistit jinou vhodnou interpretaci. V oddílu 5 nazvaném „Péče a léčba“ se uvádí, že pacienti mají právo, aby se s nimi zacházelo důstojně ve vztahu k jejich diagnóze, léčbě a ošetření, a to při respektování jejich kultury a žebříčku hodnot (Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky, 2002).

Dle Ivanové et al. (2005) se zdravotnická péče poskytovaná cizincům reguluje v ČR speciálními zákony, které je nutné znát a dodržovat, ale v běžné praxi se mohou vyskytnout situace, které mají své určité zvláštnosti. Tyto zákonné normy neupozorňují na takové situace, které se stávají příčinou případných konfliktů, a ani je neřeší. Příkladem mohou být některé specifické kulturní požadavky a rituální praktiky, na které nejsou čeští zdravotníci připraveni. Mnohdy se jedná o určité požadavky, které si přeje přímo pacient nebo rodina pacienta v souvislosti se stravou, vyšetřením, prováděním diagnostických, terapeutických výkonů či praktikováním náboženských rituálů, eventuálně transplantací nebo pitvou.

Špatenková a Králová (2009) uvádějí, že by zdravotnický personál měl být odpovídajícím způsobem připraven na komunikaci s pacienty odlišných kultur a etnik. Rozdílem není jen odlišný jazyk, existuje i mnoho rozdílů v neverbální komunikaci. Je nezbytné najít vhodný způsob dorozumívání, tedy zapojení verbální i neverbální komunikace. To lze provádět přímo nebo prostřednictvím zprostředkovatele, ten může mít podobu osoby či pomůcky, například piktogramu. Informační materiály by měly být poskytovány v pacientově rodném jazyce. Špatenková a Králová (2009) dále uvádějí, že v multikulturním ošetrovatelství se starají sestry o pacienty, kteří mluví různými jazyky a nejsou schopni kvůli této bariéře říci, co je bolí a nemohou tedy ani dodržovat léčebný režim, pokud dobře nerozumí pokynům sestry. Na obou stranách tak dochází k negativním pocitům. Kutnohorská (2013) pokračuje, že ke každé kultuře patří určité podoby komunikace. Kulturou je ovlivněna komunikace jak verbální, tak i neverbální, která je v praxi velmi důležitá, neboť v každé kultuře mohou mít gesta, mimika, tón hlasu, řeč a těla zcela jiný obsah. Je velmi důležité brát ohled na to, co která komunikace může v souvislosti s danou kulturou vyjadřovat.

Kutnohorská (2003a) uvádí několik doporučení v komunikaci s cizinci. Například je nutné si udělat na pacienta – cizince čas, není potřeba vše vyřešit okamžitě. Je potřeba

počítat s jazykovými i kulturními bariérami. Předsudky se mohou objevit na obou stranách, tedy jak na straně pacienta, tak na straně sestry. Při verbální komunikaci by se měla sestra snažit mluvit pomalu a zřetelně artikulovat, což neznamená, že zvýší hlas. Lepší je se vyhýbat dlouhým souvětím, raději používat jednoduché věty. Kutnohorská (2003) dále doporučuje, že pokud přichází sestra často do kontaktu s osobami určité kultury, je milé se naučit alespoň základní pozdrav v jejich jazyce. Dále stanovuje, že pokud není jasné, co cizinec chtěl říct, je lepší ho poprosit, zda by mohl problém znovu zopakovat, případně použít i jiná slova. Je důležité vědět, že při komunikaci nejde vždy jen o verbální složku, ale i o tu neverbální. Více než 65 % obsahu je předáváno signály řeči těla, proto by měla sestra sledovat nonverbální příznaky strachu, nervozity.

DeVito (2008) uvádí, že v komunikaci mezi jednotlivými odlišnými kulturami existují různé typy bariér, které mohou jednání či vzájemné pochopení mezi komunikujícími ztěžovat. Tyto bariéry ovlivňují v mezikulturní komunikaci především dva faktory. Prvním faktorem je odlišnost kultur mezi komunikujícími. Platí pravidlo, že čím větší je kulturní různorodost, tím více se mohou rozvinout komunikační bariéry. Druhým faktorem je řeč samotná. Tento faktor je stěžejní – pokud je v komunikaci používán takový jazyk, který není rodným ani pro jednoho z komunikujících. Mezi další bariéry komunikace lze zařadit etnické stereotypy, etnofaulismy a etnocentrismus. Etnické stereotypy lze definovat jako stanoviska příslušníků etnických skupin vůči jiným etnickým skupinám. Mohou mít podobu předsudků a jsou přenášeny z generace na generaci. Etnofaulismy jsou zvláštní jazykové výrazy, které jsou neoficiální a používají se pro označení příslušníků jiného etnika, národnosti. Etnocentrismus je pojem, který je vlastní všem kulturám, lze ho rozdělit podle intenzity na umírněný a agresivní. Etnocentrické tendence se projevují v chování, jednání a komunikaci lidí. Pokorná (2008) rozděluje komunikační bariéry na interní a externí. Interní plynou z vlastního prožívání zdravotního stavu, dovedností, schopností jedince a obav z neúspěchu. Jsou tvořeny negativními emocemi, strachem a zlostí, xenofobními postoji, fyzickým nepohodlím, nepřipraveností na nemoc. Externí bariéry jsou dány podmínkami zevního prostředí, tedy, zda se komunikující nachází na hlučném místě, anebo je vyrušuje další osoba, či vizuálním rozptylováním. Lze mezi ně zařadit i neschopnost naslouchat a komunikační zahlcení.

Jak se zmiňují Špirudová et al. (2004), při uskutečňování ošetrovatelské péče je potřeba vzít v potaz pacientovy etnické a kulturní hodnoty, názory a praktiky, které

se vážou k jeho zdraví i poskytování zdravotnické péče. Na začátku ošetrovatelského procesu by si sestra měla uvědomit, jaké jsou její vlastní etnické a kulturní hodnoty, názory či praktiky a jak se tyto názory projevují v praxi. Pokud si sestra uvědomí určité rozdílnosti, ale i svoje osobní předsudky, může se jí podařit upravit vlastní chování.

#### ***1. 4 Teoretická východiska transkulturního ošetrovatelství***

V poslední podkapitole bude definován pojem transkulturní ošetrovatelství, dále se bude kapitola zabývat teoretickými východisky transkulturního ošetrovatelství, a nakonec představí koncepční model Leininger a koncepční model Giger a Davidhizar.

Jak uvádějí Tóthová et al. (2012), vzhledem ke zvyšující se migraci obyvatel a v souvislosti s globalizací a současnou migrační krizí je potřeba, aby se transkulturnímu vzdělávání věnovalo více zdravotníků. Vlivem migrace obyvatelstva se čím dál častěji zdravotníci dostávají do kontaktu s pacienty s jinými požadavky, než jaké má majoritní společnost.

Vzhledem ke zvyšující se migraci obyvatelstva v Evropě byla důležitá i vhodná reakce v ošetrovatelství, proto vznikla Evropská transkulturní asociace sester – European Transcultural Nurses Association (ETNA), která byla založena v únoru roku 2005 v Modeně a sdružuje 25 evropských zemí včetně ČR (ETNA, © 2015–2017). Jako hlavní cíle si ETNA vytýčila podporu transkulturního ošetrovatelství v Evropě, mezinárodní spolupráci na výzkumných projektech a publikační činnost. Dalšími cíli jsou podpora vytváření kurikul v transkulturním ošetrovatelství, koordinace transkulturní péče, pořádání mezinárodních konferencí a letní školy transkulturního ošetrovatelství pro multidisciplinární týmy (Bužgová a Plevová, 2011).

Dle Leininger (2002, s. 46) lze transkulturní ošetrovatelství charakterizovat jako „...*formální oblast studia a praxe ošetrovatelství zaměřenou na podrobnou holistickou kulturní péči, zdraví a znaky chorob jednotlivců nebo skupin a respektování rozdílných a společných znaků v kulturních hodnotách, vírách a praktikách.*“ Špirudová (2002) dále pokračuje cílem transkulturního ošetrovatelství, kterým je poskytnutí kulturně specifické a všestranné péče lidem rozdílných kultur, jak v podpoře zdraví, blaha, tak v pomoci čelit nepříznivým situacím, a nakonec i smrti kulturně vhodnými způsoby.

Oproti tomu můžeme postavit pojem multikulturní ošetrovatelství. Dříve byly oba pojmy synonymy a používaly se ve zdravotnické literatuře i praxi k vyjádření téhož. Je ale třeba zdůraznit, že mezi těmito pojmy existuje specifická významová nuance. Pojem „multikulturní“ vyjadřuje mnohočetnost, početné seskupení kultur, které stojí vedle sebe,

izolovaně a navzájem se neovlivňují, nemajíc definované společné prvky. Zatímco pojem „transkulturní“ znamená "přesahující" hranice kultury, kdy se střetávající kultury vzájemně ovlivňují a jsou mezi nimi poznávací prvky, které jsou společné daným kulturám (Špirudová et al., 2004).

Jako východiska pro multikulturní a transkulturní zdravotnickou péči uvádějí Špirudová et al. (2004) dokumenty jako Mezinárodní deklaraci lidských práv a svobod a další mezinárodní smlouvy, například úmluvy OSN, WHO, EU, zákony ČR, etické kodexy zdravotnických pracovníků, základní etické principy ve zdravotnictví. Dále také práva pacientů, holisticky pojímanou péči o člověka s kulturním a sociálním rozměrem a ošetrovatelský proces se zaměřením ošetrovatelské péče na lidské potřeby.

#### ***1.4.1. Využití koncepčního modelu Leininger***

Doktorka Madeleine Leininger je považována za zakladatelku disciplíny ošetrovatelství známé jako transkulturní ošetrovatelství (Košková a Eliášová, 2006). Pojetí této disciplíny jako samostatného odvětví oboru začala definovat v padesátých letech dvacátého století (Jarošová, 2003). V té době začínala pracovat jako specialista na dětské psychiatrii, kde si všimla mnoha kulturních odlišností mezi dětmi a jejich rodiči. Sama tak zažila bezmoc a kulturní šok, když se snažila pomoci dětem jiných kultur. Pocítila potřebu něco změnit, neboť kulturní rozměr podle ní nescházel pouze ošetrovatelství, ale také medicíně a dalším zdravotnickým oblastem (Leininger a McFarland, 2002).

Špirudová et al. (2004) uvádějí, že Madeleine Leininger při návržení své teorie vycházela ze dvou disciplín: ošetrovatelství a antropologie. Nazvala svou teorii Teorií kulturní péče založené na různorodosti a všestrannosti. Snažila se tím vyjádřit potřebu poznat, pochopit a využít všech společenských a rozdílných znaků kultur při poskytování ošetrovatelské péče. Zastávala názor, že lidé mají právo na vlastní víru, kulturní hodnoty a potřeby s nimi spojené, čímž uložila sestřám povinnost toto právo respektovat.

Model „vycházejícího slunce“ byl vyvinut jako koncepční holistický výzkumný průvodce rozboru mnohočetných teoretických činitelů. Do jádra vycházejícího slunce umístila M. Leininger zdraví člověka, které je ovlivněno znaky, modely i praktikami péče jeho kultury. Jednotlivé paprsky slunce reprezentují technologické, náboženské a filozofické, politické a právní, ekonomické, vzdělávací i rodinné faktory, kulturu a životní styl. Všechny tyto faktory jsou propojené. Paprsky slunce jsou ve vzájemné souvislosti s jádrem slunce. Všechny faktory ovlivňují jak vnímání zdraví i nemoci,

tak i způsob péče, který jedinec využívá (Leininger a McFarlandová, 2006).

Jak uvádí Mastiliaková (2005), má tento model čtyři úrovně. Pavlíková (2006) pokračuje představením první úrovně, která představuje světónázor a úroveň sociálního systému, který má vliv na vnímání okolního světa. Druhá úroveň obsahuje znalosti o jednotlivci, rodině, skupině a instituci v rozdílných zdravotnických systémech a udává kulturně specifické a důležité vztahy k péči o zdraví. Třetí úroveň, jak uvádí Mastiliaková (2005), popisuje určité zdravotnické systémy a jejich specifické rysy. Pozornost je zde zaměřena na tradiční neboli laický a profesionální zdravotnický systém, a na závěr na ošetrovatelství (Žiaková, 2007). Tato úroveň je nápomocná k identifikaci shod a rozdílů. Na čtvrté a zároveň nejkonkrétnější úrovni, jak uvádí Pavlíková (2006), dochází k rozvoji transkulturního ošetrovatelství. V této úrovni je popsána poskytovaná péče, která je shodná s hodnotami kultury, ke které pacient patří. Obsahuje rozhodování a poskytování ošetrovatelské péče v takových oblastech jako je podpora zachování zdraví, adaptace nebo restrukturační péče.

Madeleine Leininger definovala metaparadigma koncepce ve svém koncepčním modelu kulturně shodné péče tak, že osobou se rozumí jedinec, který je schopný postarat se o sebe a zajímá se o své bio-psycho-sociální a spirituální potřeby a přežití. Lidé z odlišných kultur se liší v uspořádání žebříčku hodnot, ve vnímání zdraví a nemoci i ve světónázoru. Diferencují se i ve způsobech ošetrování a v nahlížení na závislost a nezávislost (Pavlíková, 2006). Prostředí Leininger blíže nedefinuje. Dále Pavlíková (2006) dodává, že koncepce kultury je úzce spjata se společností a s prostředím. Prostředí se skládá z politických, sociálních, vzdělávacích, ekonomických a technických, kulturních a náboženských složek. Zdraví je vymezeno jako stav pohody, který se vyznačuje schopností jedinců nebo skupin konat běžné denní činnosti kulturně vhodným způsobem. Každá kultura definuje zdraví jinak, proto ho nelze definovat univerzálně (Pavlíková, 2006). Jak dále uvádí Pavlíková (2006), Leininger chápe ošetrovatelství jako transkulturní profesi a vědní disciplínu, která poskytuje ošetrovatelskou péči jedincům odlišných kultur. Ošetrovatelství je představeno třemi druhy činností, které se kulturně shodují s potřebami a hodnotami pacienta. Mělo by se dosáhnout snížení stresu a omezení případných konfliktů mezi zdravotnickým personálem a pacientem odlišné kultury.

Hlavními jednotkami koncepčních modelů jsou pojmy, které každý autor modelu definuje jinak a liší se tak od sebe. Jsou vymezeny podle toho, na co se autoři ve svých modelech zaměřují a co je pro ně podstatné. Jedná se o pojmy jako je cíl ošetrovatelství,



pacient/klient, role sestry, zdroj potíží, ohnisko zásahu, způsob zásahu a důsledky (Pavlíková, 2006). Jak uvádí Pavlíková (2006), je cílem ošetrovatelství v koncepčním modelu Leininger poskytování lidem z odlišných kultur všestrannou a kulturně uzpůsobenou péči při podpoře zdraví, léčbě nemocí a při zvládnání náročných životních situací, stejně tak jako při doprovázení ke klidné smrti, a to vždy kulturně vhodnými způsoby. Dále Pavlíková (2006) pokračuje pacientem/klientem, kterého popsala Leininger jako celistvou, holistickou bytost, která je ovlivněna sociálním prostředím. Úkolem sestry je poznat tradiční způsob péče příslušné kultury či subkultury, také zjistit jaké mají zvyky o sebe pečovat v rodině či komunitě a kladné stránky této péče využít v profesionální péči. Za zdroj potíží považuje Madeleine Leininger rozdílnost kultur a subkultur. Jak dále pokračuje Pavlíková (2006), ohniskem zásahu je problematika rozdílnosti kultur a souvisí s rozdílem mezi dominantní neboli majoritní a submisivní, či minoritní kulturou. Způsob zásahu pojímá podporu v uchování zdraví, pomoc při adaptaci, vedení ke změnám či pomoc při umírání. Sestra tady má roli jako zprostředkovatelka mezi profesionálním a tradičním systémem ošetrovatelské péče. Důsledkem tohoto snažení by měla být pohoda, zdraví nebo klidná smrt pacienta/klienta, které bylo dosaženo kulturně vhodnými prostředky a způsoby péče (Pavlíková, 2006).

#### ***1.4.2. Využití koncepčního modelu Giger a Davidhizar***

Jedná se o model dvou amerických autorek, Joyce Newman Giger a Ruth Elain Davidhizar, vytvořený za cílem transkulturního ošetrování. Inspirací jim byl koncepční model Madeleine Leininger nazývajícím se „model vycházejícího slunce“ (Špirudová et al., 2006).

Špirudová et al. (2006) uvádějí, že model M. Leininger byl kritizován, a to především sestrami, podle kterých byl princip v praxi velmi obtížně realizován v každodenní péči o pacienty a jejich rodiny. Roku 1988 byl tedy v návaznosti na tento model vytvořen J. N. Giger a R. E. Davidhizar model, který usnadňuje zhodnocení a také poskytování ošetrovatelské péče o pacienty z odlišných kultur (Špirudová et al., 2006).

Dle Kolektivu autorů (2003) je model J. N. Giger a R. E. Davidhizar zaměřen na šest důležitých oblastí, kterým se věnuje. Jsou jimi komunikace, interpersonální prostor, sociální začlenění, čas, vliv prostředí a výchovy. Špidurová et al. (2006) dále pokračují, že v oblasti komunikace bývá jeden z největších problémů. Kolektiv autorů (2003) doplňuje, že důvodem je komunikační bariéra mezi zdravotníkem a klientem. Dále mluví o interpersonálním prostoru. Hall (1990) vyčleňuje čtyři druhy prostoru při komunikaci,

a to intimní, osobní, sociální a veřejný. Špirudová et al. (2006) uvádějí, že každý klient se může v těchto prostorech chovat odlišně, než může sestra předpokládat, což může mít za následek diskomfort klienta nebo odmítnutí léčby. Kolektiv autorů (2003) doplňuje, že je tedy potřeba sledovat chování klienta v daném prostoru, jeho tělesné pohyby, vnímání prostoru a udržování blízkosti vůči druhým lidem. Špirudová et al. (2006) dále pokračují další složkou, kterou je sociální začlenění. To ukazuje na chování v rodině, její strukturu a organizovanost, náboženství a víru. Složka času hovoří o tom, zda je pro klienta důležitá minulost, přítomnost či budoucnost, a jak klient využívá svůj čas. Ovládání prostředí se týká uctívání sil, kterým klient věří. Mohou to být síly přírody nebo osoby jako Bůh. Poslední složkou jsou biologické variace. Zabývají se geny, které jsou typické pro jednotlivé rasy. Jedná se o stavbu těla, citlivost k některým nemocem a specifickou výživu (Kolektiv autorů, 2003).

K hlavním myšlenkám tohoto modelu patří chápání transkulturního ošetřovatelství jako takového, respektování kulturní osobitosti jedince, odlišného ošetřovatelství, šetrné péče a vytváření senzitivního prostředí v rámci zdravotnických zařízení, podpora zdraví prospěšného chování, které je ve zdraví i nemoci běžné pro danou kulturu (Kolektiv autorů, 2003).

Dle Špirudové et al. (2006) je v modelu J. N. Giger a R. E. Davidhizar transkulturní ošetřovatelství chápáno jako kulturně kompetentní praxe zaměřená na klienta, která má své výzkumné úkoly. Kutnohorská (2003b) doplňuje, že je nutné brát ohled na to, že ani zdravotníci nejsou kulturně vyhranění, a že každý jedinec má svůj kulturní profil. Sestry se musí během poskytování péče vyvarovat projekci svých kulturních představ na pacienta. Nejvhodnější je se řídit během ošetřovatelského procesu získanými vědomostmi z transkulturní oblasti. To ale neznamená, že všechny sestry v dané kultuře budou přemýšlet a jednat stejně, protože rozdíly existující mezi různými kulturami, jsou i uvnitř jedné kultury.

Špirudová et al. (2006) dále uvádějí, že model transkulturního posouzení J. N. Giger a R. E. Davidhizar je založen na několika předpokladech, a to, že kultura je vzorec rozvíjený napříč časem a projevující se chováním, které je výsledkem procesu kulturizace. Také je výsledkem osvojených mechanismů, které jsou ovlivňovány prostřednictvím vnitřních a zevních podnětů. Kutnohorská (2003b) doplňuje, že kultura je utvářena hodnotami, vírou, normami a praktikami, které jsou společné pro členy stejné kulturní skupiny. Kultura upravuje naše myšlení, konání a bytí. Stává se vzorcem vyjadřování o tom, kdo vlastně jedinec je. Tyto vzorce se dědí z generace na generaci.

A nakonec, kultura je dynamický proces, proces přeměn.

Ačkoli se transkulturnímu ošetřovatelství věnuje zejména specializovaný ošetřovatelský personál, je vhodné, aby vědomosti z tohoto oboru uplatňovaly všechny všeobecné sestry bez ohledu na vzdělání či množství zkušeností. Od všech sester se očekává, že budou věnovat dostatek úsilí, aby mohly nabízet všestrannou kulturně vhodnou pomoc oproštěnou od zbytečných předsudků plynoucích z rasového původu, vyznání či pohlaví (Kolektiv autorů, 2003).

## 2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

V této části bakalářské práce budou uvedeny stanovené cíle práce a z nich vyplývající výzkumné otázky.

### 2.1 Cíle práce

#### *Cíl 1*

Zmapovat důsledky imigrační krize na současné ošetrovatelství.

#### *Cíl 2*

Popsat důsledky imigrační krize na současné ošetrovatelství.

### 2.2 Výzkumné otázky

#### *Výzkumná otázka 1*

Jaké faktory vedou ke spokojenosti pacientů – cizinců v nemocnici?

#### *Výzkumná otázka 2*

Jaký je rozdíl v ošetrovatelské péči v ČR a v zemích pacientů – cizinců?

#### *Výzkumná otázka 3*

Jaké jsou důsledky imigrační krize na současné ošetrovatelství dle českého ošetrovatelského personálu?

### 2.3 Limity výzkumu

Jelikož se ve výzkumném vzorku nachází probandí, kteří neuměli dobře česky, a ani jejich rodný jazyk nebyla angličtina, vyskytly se během překladu drobné problémy vzhledem k jazykové vybavenosti probandů i autorky bakalářské práce.

Vzhledem k poměrně malému výzkumnému vzorku tohoto empirického šetření nelze výsledky z něj objektivizovat, a platí pouze pro tu skupinu probandů, se kterými byl tento výzkum realizován.

### 2.4 Operacionalizace pojmů

Tato kapitola slouží k definování pojmů, které jsou použity v cílech a výzkumných otázkách bakalářské práce.

Nejprve bude vysvětlen pojem **důsledek**. Důsledek je výsledkem logického vyplynutí reálné skutečnosti (Ústav pro jazyk český, © 2008–2018).

Dalším pojem, který bude popsán je **imigrační krize**. Pokud by byl tento pojem rozdělen, tak migrace, jak bylo výše zmíněno, vyjadřuje určitý pohyb lidí, skupin za hranice státu, který obnáší i změnu v sociálním prostředí (Jandourek, 2012). Zatímco pojem krize je definován jako důsledek střetu s překážkou, kterou nelze vlastními silami, vyrovnávacími strategiemi, či za pomoci blízkých lidí, zvládnout v přijatelném čase a navyklým způsobem (Vodáčková, 2002). V přeneseném významu slova lze pojem imigrační krize použít jako pohyb lidí či skupin lidí za hranice státu, který nelze vlastními silami, tedy silami státu, zvládnout. V této bakalářské práci je tento pojem použit jako nekontrolovatelný přesun skupiny lidí, kteří prchají ze své země, ať už z důvodu válečného konfliktu, náboženské nesvobody či jiných důvodů, které je donutily opustit jejich rodnou zemi.

Dalším pojmem, který bude popsán, je **současné ošetřovatelství**. Dle Bužgové a Plevové et al. (2011) se jedná o disciplínu, která je založená nejen na samostatnosti sestry, ale také na týmové spolupráci s lékaři a ostatními odborníky. Jedná se obor, který staví na nových poznacích, které se ověřují a uplatňují i v praxi.

Následující pojem, který bude vysvětlen, je **spokojenost**. Termín spokojenost, osobní spokojenost či SWB (subjective well-being) lze dle Schwartze a Stracka (1999) definovat jako jedincovo současné hodnocení jeho pocitu štěstí. V této bakalářské práci je pojem spokojenost chápán jako probandovo subjektivní hodnocení určité pohody či pocitu potěšení.

Poté bude vysvětlen pojem **pacient – cizinec**. Dle zákona č. 147/2016 Sb., O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, je pacientem každá fyzická osoba, které je poskytována zdravotní péče. Pojem cizinec lze definovat na základě zákona č. 22/2017 Sb., O pobytu cizinců, jako jakoukoli fyzickou osobu, která není státním občanem České republiky včetně občana EU. Pro tuto bakalářskou práci se pojmem pacient – cizinec, rozumí azylant či žadatel o azyl. Pojem azylant je definován v zákoně č. 314/2015 Sb., O azylu, jako každý cizinec, kterému byl přidělen azyl v cizí zemi.

Posledním pojmem, který bude objasněn, je **nemocnice**. Tento pojem značí zdravotnické zařízení poskytující komplex služeb lůžkové, ambulantní a jiné doplňkové zdravotnické péče (Ozdravotnictvi.cz, © 2018). V této bakalářské práci byl tento pojem použit jak pro nemocnice, tak ambulance a zdravotnická střediska jako jsou polikliniky a ordinace praktických i jiných lékařů.

### 3 METODIKA

Tato kapitola bude zaměřena na metody použité při výzkumném šetření, na charakteristiku polostrukturovaného rozhovoru a také na vybraný výzkumný vzorek.

#### *3.1 Design kvalitativní části výzkumného šetření*

Pro výzkumné šetření této práce byl s ohledem na stanovený cíl zvolen kvalitativní přístup. Hendl (2016) uvádí jako přednosti kvalitativního výzkumu například zkoumání jevu v jeho přirozeném prostředí, umožňování návrhu teorií a získávání detailního popisu jedince nebo fenoménu, který je zkoumán. Švaříček et al. (2014) doplňují, že základem kvalitativního výzkumného šetření je široký sběr dat bez nutnosti stanovení základní proměnné. Navíc dle Kutnohorské (2009) je pro výzkumné šetření v ošetrovatelství kvalitativní výzkum vhodnější.

Ke sběru dat byla použita metoda polostrukturovaného rozhovoru s pacienty – cizinci. Cíleně byli vybíráni cizinci, kteří docházejí do organizací, které jim poskytují sociálně-právní poradenství. Provedení výzkumného šetření bylo uskutečňováno v daných organizacích nebo v domácím prostředí.

Výzkumné šetření bylo zcela anonymní a bylo realizováno v předem vybraných organizacích, jejichž vedení poskytlo písemný souhlas s uskutečněním výzkumu.

Probandi byli vždy předem informováni o problematice bakalářské práce, důvodu výzkumného šetření i o anonymitě výzkumu. Zápis rozhovorů byl prováděn bez pomoci zvukového záznamu, jelikož si to probandi nepřáli. Všechny rozhovory byly posléze přeloženy volnou formou z cizího jazyka do českého jazyka, a dále přepsány do programu Microsoft Word (příloha 3). Informace od každého probanda byly analyzovány s využitím otevřeného kódování. Rozhovory byly pořizovány během března 2018. Realizace rozhovorů pak trvala přibližně 35 – 45 minut.

V poslední fázi výzkumu bylo rozhodnuto o uskutečnění dalšího výzkumu, a to s ošetrovatelským personálem. Ke sběru dat byla použita metoda polostrukturovaného rozhovoru. Cíleně byly vybrány sestry s ohledem na délku praxe a nejvyšší dosažené vzdělání. Probandi dostali sérii otázek před přečtením výsledků této bakalářské práce, a poté byli znovu dotazováni. Výzkumné šetření bylo zcela anonymní. Zápis rozhovorů byl prováděn bez pomoci zvukového záznamu, všechny rozhovory byly posléze přepsány do programu Microsoft Word (příloha 4). Informace od každého probanda byly analyzovány s využitím otevřeného kódování. Rozhovory byly pořizovány

během srpna 2018. Realizace rozhovorů pak trvala přibližně 20 – 30 minut.

### ***3.1.1. Charakteristika polostrukturovaného rozhovoru***

Empirické šetření bylo prováděno za pomoci polostrukturovaného rozhovoru, který byl zvolen pro jeho jednoduchost a také možnost dalšího prohlubování dotazů. Švaříček et al. (2014) uvádějí, že polostrukturovaný rozhovor patří mezi základní typy hloubkového rozhovoru. Dále popisují jeho cíl, který tkví v získání detailních a souhrnných informací o studovaném úkazu.

Předem byla připravená osnova otázek na vybrané probandy. Tyto otázky byly polouzavřené, což umožňovalo změnu jejich pořadí či přeskočení vzhledem k otevřenosti respondentů. Podklad rozhovoru vycházel ze tří základních oblastí. Těmito oblastmi byly základní informace o probandech, faktory spokojenosti probandů se zdravotní péčí v ČR a porovnání zdravotní péče v ČR a rodné zemi probandů.

Samotný rozhovor pak sestával z 22 základních otázek (Příloha 1) a dalších doplňujících otázek, v případě nejasností či strohé odpovědi. Otázky byly přeloženy do anglického, španělského a ruského jazyka.

V rámci empirického šetření byly informace o problematice bakalářské práce, účelu rozhovorů a o anonymitě výzkumného šetření sděleny ústní formou probandům vždy před zahájením rozhovoru. Dále byli vždy informováni, že pokud by jim byla otázka nepříjemná, nemusí na ni odpovídat.

Všechny rozhovory, jak již bylo výše zmíněno, probíhaly v organizacích nebo domácím prostředí probandů. Pokud byl výzkum prováděn v domácím prostředí probandů, byl vždy předem naplánován a dohodnut. Rozhovor byl zaznamenáván na papír a poté přeložen a přepsán do programu Microsoft Word. Takto přepsané rozhovory byly poté analyzovány metodou otevřeného kódování (Příloha 5). V analýze rozhovorů byla použita metoda papír a tužka (Švaříček a Šed'ová, 2014). Touto metodou se dal přehledně zjistit počet probandů, kteří se shodovali na stejné odpovědi.

Probandi výzkumu byli označeni písmenem „P“ a poté byla k písmenu přiřazena číslice, určující pořadí uskutečnění rozhovoru.

Co se týká empirického šetření s ošetrovatelským personálem, bylo prováděno za pomoci polostrukturovaného rozhovoru. Předem byla připravená osnova otázek na vybrané probandy. Otázky vymyšlené tak, aby proband odpověděl na otázky před přečtením výsledků této bakalářské práce, a po přečtení výsledků. Podklad rozhovoru vycházel ze dvou základních oblastí. Těmito oblastmi byly faktory vedoucí

ke spokojenosti sester a důsledky imigrační krize dle sester.

Samotný rozhovor pak sestával ze 13 základních otázek (Příloha 2) a dalších doplňujících otázek.

Probandi výzkumu byli označeni písmenem „S“ a poté byla k písmenu přiřazena číslice určující pořadí uskutečnění rozhovoru.

Všem probandům podle jejich práva bylo nabídnuto následné odeslání celé bakalářské práce v elektronické podobě a přislíbeno tak v měsíci září 2018.

### **3.1.2. Charakteristika výzkumného vzorku**

Výzkumný vzorek se skládá z 15 pacientů – cizinců. Nízký počet rozhovorů s probandy byl dán tím, že probandi byli k cizí osobě nedůvěřiví, dále zde hrála roli i jazyková vybavenost probandů vzhledem k autorce práce, a nakonec i určitá ochota spolupracovat ze strany probandů. Mezi probandy jsou veškeré věkové kategorie, různé národnosti i obě pohlaví. Žádný z probandů nesouhlasil s nahráváním rozhovoru i přes to, že jim byl jeho účel vysvětlen. Uvedený důvod byl, že měli strach, že by „řekli něco špatně“ a byla jim žádost o azyl zamítnuta. Kritérii pro zařazení do výzkumného vzorku byl pacient – cizinec, který je žadatelem o azyl nebo již azyl získal, a navštívil alespoň jednou během doby strávené v ČR nemocnici či jiné zdravotnické zařízení, věk 18 a více let a ochota spolupracovat. Probandi pak byli dále vybráni za pomoci techniky snowball sampling, kdy jeden z probandů doporučil dalšího probanda. Jak uvádějí Bártlová et al. (2009), při této technice pracuje tazatel s jedním člověkem či malou skupinou lidí, a poté se okruh tázaných osob rozšiřuje.

V poslední fázi výzkumu bylo rozhodnuto o uskutečnění dalšího výzkumu, a to se zdravotnickým personálem. Byl naplánován konkrétní vzorek 7 sester: sestra se SZŠ (před novelou zákona č. 96/ 2004 Sb., O nelékařských zdravotnických povoláních), sestra praktická, sestra bakalářka, sestra magistra, sestra manažerka a sestra teoretická. Tento vzorek byl vybrán z toho důvodu, aby byly ověřeny a doplněny výsledky, které byly získány během empirického šetření s pacienty – cizinci. V potaz byla brána délka praxe a nejvyšší dosažené vzdělání. Výzkum byl v obou případech ukončen v momentě teoretického nasycení.



## 4 VÝSLEDKY

Čtvrtá kapitola se bude zabývat výsledky výzkumného šetření. Při jejich vyhodnocování se bude vycházet z informací, které poskytl probandí při rozhovorech. Přepisy těchto rozhovorů jsou obsaženy na CD, které je součástí bakalářské práce.

Jelikož jsou v této kapitole obsaženy výsledky z empirického šetření s pacienty – cizinci, tak se sestrami, pro větší přehlednost jsou rozděleny na Výsledky kvalitativního výzkumu s pacienty – cizinci a Výsledky kvalitativního výzkumu s ošetrovatelským personálem.

### 4.1 Kategorizace dat: pacienti – cizinci

#### **Kategorie 1 – Osobní informace o probandech**

Podkategorie – Délka pobytu probandů, Důvody migrace probandů, Důvod výběru ČR dle probandů, Rodina probandů, Nemoci probandů, Zájmy probandů

#### **Kategorie 2 – Porovnání zdravotní péče v ČR a v mateřské zemi probandů**

Podkategorie – Zdravotní péče v ČR dle probandů, Zdravotní péče v rodné zemi probandů

#### **Kategorie 3 – Faktory vedoucí ke spokojenosti pacientů – cizinců**

Podkategorie – Setkání probandů se zdravotnickým zařízením, Pozitiva zdravotní péče v ČR, Negativa zdravotní péče v ČR, Konflikty vzniklé během setkání probandů se zdravotní péčí v ČR, Spokojenost probandů se zdravotní péčí v ČR, Konflikty během ošetrovatelské péče dle probandů, „Ideální“ péče dle probandů.

### 4.2 Kategorizace dat: ošetrovatelský personál

#### **Kategorie 1 – Faktory vedoucí ke spokojenosti sester**

Podkategorie – Setkání sester s pacientem – cizincem, Kulturní kompetentnost, Pozitiva a negativa při poskytování ošetrovatelské péče, Očekávání pacientů – cizinců od českého zdravotnictví, Možné konflikty během ošetrovatelské péče dle sester, Vzdělání a příprava na ošetrovatelskou péči o pacienty – cizince.

#### **Kategorie 2 – Důsledky imigrační krize na současné ošetrovatelství dle sester**

Podkategorie – Reálné důsledky imigrační krize

#### 4.3 Výsledky kvalitativního výzkumu s pacienty – cizinci

##### Osobní informace o probandech

Tato kapitola se bude věnovat těm částem rozhovorů s probandy, které měly za cíl zjistit základní informace o probandech.

Pro přehlednost jsou přiloženy tabulky, přičemž první tabulka znázorňuje základní identifikační údaje o probandech, tedy pohlaví, věk a nejvyšší dosažené vzdělání. Ve druhé tabulce se nachází rozšířené informace o probandech, a to jejich země původu, zaměstnání, jazyková vybavenost a náboženské vyznání.

**Tabulka 1 – Základní informace o probandech**

Proband	Pohlaví	Věk	Nejvyšší dosažené vzdělání
P1	Muž	42	Vysoká škola
P2	Muž	64	Střední škola
P3	Žena	40	Střední škola
P4	Muž	32	Střední škola
P5	Muž	66	Střední škola
P6	Muž	36	Vysoká škola
P7	Muž	19	Střední škola
P8	Žena	57	Střední škola
P9	Muž	71	Střední škola
P10	Žena	63	Střední škola
P11	Žena	36	Vysoká škola
P12	Žena	23	Střední škola
P13	Žena	18	Základní škola
P14	Žena	30	Vysoká škola
P15	Muž	18	Základní škola

Zdroj: Vlastní výzkum, 2018

Z tabulky 1 vyplývá, že většina probandů jsou muži, přesněji z celkového počtu 15 probandů je osm mužů. Dále lze z tabulky vyčíst, že 2 probandi mají základní školu jako nejvyšší dosažené vzdělání, dále 9 probandů má středoškolské vzdělání a 4 probandi mají vysokoškolské vzdělání. Z tabulky také vychází, že nejmladšímu probandovi je

18 let, zatímco nejstaršímu je 71 let. Průměrný věk probandů je 41 let.

**Tabulka 2 – Rozšířené informace o probandech**

	Země původu	Zaměstnání	Jazyková vybavenost	Náboženství
<b>P1</b>	Rusko	Právník	Ruština	Nechtěl uvést
<b>P2</b>	Arménie	Elektromontér	Ruština Arménština Arabština	Křesťan
<b>P3</b>	Tádžikistán	Novinář	Ruština Tádžičtina Angličtina	Muslim
<b>P4</b>	Ukrajina	Elektrikář	Ukrajínština	Křesťan
<b>P5</b>	Arménie	Obráběč	Arménština Ruština	Křesťan
<b>P6</b>	Ukrajina	Stomatolog	Ukrajínština Čeština	Křesťan
<b>P7</b>	Ukrajina	Student	Ukrajínština Čeština	Ateista
<b>P8</b>	Irák	Švadlena	Arabština Angličtina	Křesťan
<b>P9</b>	Irák	Podnikatel Obchodník	Arabština Angličtina	Křesťan
<b>P10</b>	Irák	Letuška	Arabština Angličtina	Křesťan
<b>P11</b>	Ukrajina	Stomatolog	Ukrajínština Čeština	Křesťan
<b>P12</b>	Irák	Student	Arabština Angličtina Němčina	Křesťan
<b>P13</b>	Irák	Student	Arabština Angličtina Němčina	Křesťan

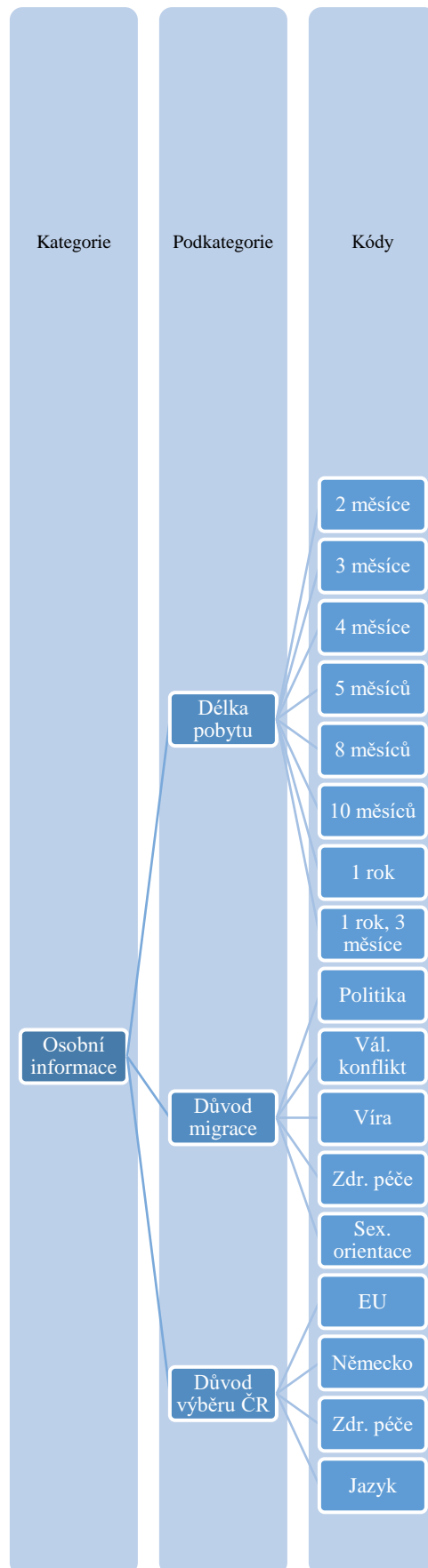
<b>P14</b>	Ázerbájdžán	Učitel	Ázerbájdžánština	Muslim
<b>P15</b>	Rusko	Student	Ruština Angličtina	Ateista

Zdroj: Vlastní výzkum, 2018

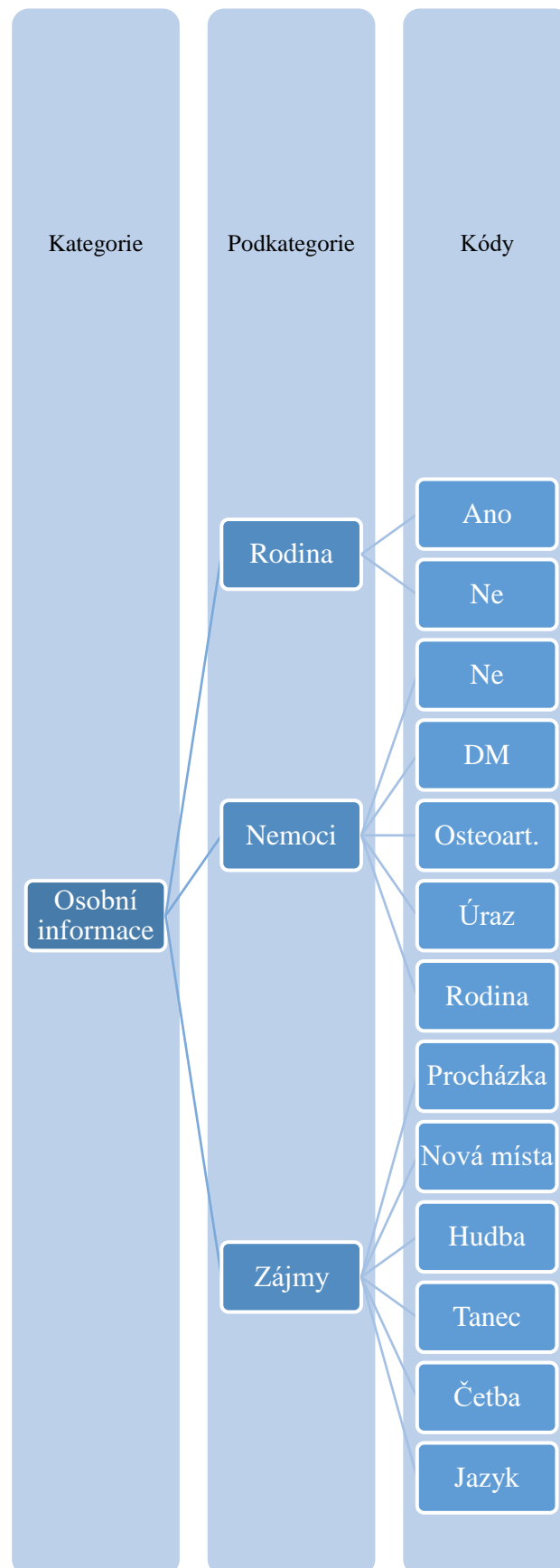
Z tabulky 2 lze odvodit, že nejvíce probandů pochází z Iráku. Pouze o jednoho méně uvádí státní příslušnost Ukrajinu, shodné zastoupení dvou probandů je z Arménie a Ruska. Poslední dva probandi pochází z Tádžikistánu a Ázerbájdžánu. Z tabulky dále vyplývá, že každý z probandů má jiné zaměstnání, takže nelze hledat souvislosti se zaměstnáním probandů a důvodům migrace. Před dobou emigrace byli všichni probandi ve své rodné zemi zaměstnání, s výjimkou čtyř probandů, P7, P12, P13 a P15, kteří v té době navštěvovali střední nebo vysokou školu. Z tabulky lze také vyčíst, že většina probandů, přesněji 10, uvádí jako svou náboženskou víru křesťanství, dále dva probandi uvádí, že jsou muslimové, konkrétně se jedná o P3 a P14. Ostatní oslovení probandi uvádějí, že jsou ateisté, P7 a P15, a jeden z probandů svou náboženskou víru uvést nechtěl. Co se týká jazykové vybavenosti probandů, sedm z nich ovládá kromě svého rodného jazyka ještě anglický jazyk, dva probandi uvádějí k tomu ještě i německý jazyk, konkrétně P12 a P13. Tři probandi ovládají mimo svůj mateřský jazyk i češtinu. Tři probandi kromě svého rodného jazyka hovoří i rusky a tři probandi, P1, P3 a P14, mluví jen svým rodným jazykem.

První kategorie, jak je výše řečeno, je nazvána **Osobní informace**. Budou zde uvedeny informace o délce pobytu v ČR, důvodu migrace z mateřské země, důvodu výběru ČR jako konečné země migrace, rodině probandů, zda se léčí aktuálně či dlouhodobě s nějakou nemocí a na závěr budou představeny jejich zájmy. Pro lepší orientaci je vytvořeno Schéma 1A, 1B – Osobní informace, které má cíl strukturovaně znázornit jednotlivé podkategorie a s nimi související kódy, které vyplynuly z analýzy rozhovorů s oslovenými probandy.

## Schéma 1A - Osobní informace



## Schéma 1B - Osobní informace



Zdroj: Vlastní výzkum, 2018

Výše uvedené schéma je rozděleno pro větší přehlednost na Schéma 1A a Schéma 1B z důvodu velkého počtu jednotlivých podkategorií.

Toto Schéma 1A, 1B – Osobní informace o probandech, je strukturováno následujícím způsobem: Hlavní kategorie s názvem Osobní informace se dále větví na jednotlivé podkategorie, kterými jsou Délka pobytu, Důvody migrace, Důvod výběru ČR, Rodina, Nemoci a Zájmy. Tyto jednotlivé podkategorie se dále člení na příslušné kódy, jakými například u podkategorie Důvody migrace jsou Politika, Válečný konflikt, Víra, Zdravotní péče a Sexuální orientace.

Dále budou představeny jednotlivé podkategorie, přičemž první podkategorií bude Délka pobytu.

### ***Délka pobytu***

Tato podkategorie se zabývá informacemi o tom, jak dlouho jsou probandi v ČR. Při zpracovávání rozhovorů se u probandů vyskytly tyto kódy: 2 měsíce, 3 měsíce, 4 měsíce, 5 měsíců, 8 měsíců, 10 měsíců, 1 rok a 1 rok a 3 měsíce.

Většina probandů uvedla, že jsou v ČR 1 rok a 3 měsíce, a to P8, P9, P10, P12 a P13. P15. Tito probandi patří mezi nejdéle žijící migranty na území ČR ve výzkumném vzorku, oproti tomu nejkratší dobu uvádí P2, který tvrdí, že si žádá o mezinárodní ochranu v ČR jen 2 měsíce: „*V Čechách žiji známí ze stejného města, odkud pocházím, proto jsem se rozhodl požádat o azyl zde, protože mi to přišlo jednodušší než v místě, kde nikoho neznám. Manželka se synem měli přijet za mnou, ale dostali se do Německa. Jsme ve složité situaci a čekáme na přidělení azylu, abychom zase mohli být spolu.*“ Druhou nejpočetnější skupinou jsou probandi, kteří uvádějí, že jsou v ČR nad 4 měsíce, jedná se o P6 a P11. P6 uvádí: „*Předtím jsem tu byl s manželkou rok. Měli jsme zubní ordinaci v Tachově. Dceřin zdravotní stav se začal postupně zhoršovat. Potřebovali jsme ošetření a zdravotní péči. Najednou byl problém s tím, že jsme cizinci, nikdo z doktorů nám nechtěl pomoci, když nemáme veřejné zdravotní pojištění.*“

### ***Důvod migrace***

Tato podkategorie se bude zabývat otázkou důvodu k migraci ze své mateřské země. V této podkategorii vyšly kódy: Deport, Politika, Válečný konflikt, Víra, Zdravotní péče a Sexuální orientace.

Důvody, proč respondenti emigrovali ze své země, jsou různorodé. P1 uvádí, že důvodem byl deport ze země, stejně tak jako P7, který tvrdí: „*Pomáhal jsem našim*

vojákům, kteří bojovali ve válce. Vozil jsem jim tam občas nějaké oblečení a jídlo. Náš stát se o ně vůbec nestaral. Když jsem se naposledy vrátil, už na mě čekali policisté. Řekli mi, že buď zaplatím pokutu za pomoc Rusům, nebo půjdu do vězení. Neměl jsem tolik peněz, abych jim to zaplatil, tak jsem musel odjet. Když tady nedostanu azyl, kam půjdu? Domů se vrátit nemůžu.“ P2, P8, P9, P10, P12 a P13 uvádějí, že důvodem byl válečný konflikt a náboženská nesvoboda. P9 uvádí: „Měl jsem v Iráku hodně obchodů. Byl jsem obchodník. Jednou jsem viděl, že všechny moje obchody hoří. Prostě je zapálili, protože jsme křesťané. Dcera, když šla ze školy, tak se ocitla blízko bomby. Do teď má ještě na tváři a po těle několik jizev ze šrapnelů. Utekli jsme na sever země, tam žijí Kurdové. Mysleli jsme, že budeme v bezpečí, ale museli jsme pokračovat dál do Evropy.“ P14 uvádí, že zemi s manželem opustili z politických důvodů, stejně tak P3, jež tvrdí: „Myslím si, že politická scéna u nás je plná korupce. Lidé, kteří by chtěli na tuto situaci poukázat nebo ji snad změnit, jsou vězněni, zastrašováni či fyzicky napadáni. Jednoho dne manželův kamarád zmizel, nikdo o něm neslyšel. Věděli jsme, že musíme okamžitě pryč.“ P6 uvádí, že v ČR žádá o humanitární azyl z důvodu poskytnutí kvalitní zdravotní péče, uvádí: „Dcera má vrozenou vývojovou vadu, fenylketonurii. Na Ukrajině je strašná zdravotní péče. Nic jako transplantace tam není. Byl jsem se ptát jednoho doktora na Ukrajině, který vede transplantační středisko. Ptal jsem se ho, jaká jsou šance a prognóza. Doktor mi řekl, ať se zeptám těch rodin, které transplantaci měli. Hledal jsem několik dní a našel jsem několik rodin, které měly děti, kterým byl transplantován orgán. Žádné dítě nepřežilo ani jeden rok. Naše první dcera byla také nemocná, když byla hodně malá. Odvezli jsme ji do nemocnice. Doktor řekl, že je vše v pořádku a poslal ji i s manželkou domů. Když se nelepšila, odvezli jsme ji znovu do nemocnice, tam už se nedalo ale nic dělat. Dcera zemřela.“ P15 uvádí, že důvodem byla sexuální orientace: „V Rusku jsou lidé s odlišnou sexuální orientací utlačováni a nejen, že je na ně pohlíženo skrz prsty, ale jsou za svou orientaci i trestáni. Nechtěl jsem se stydět za to, kým jsem, tak jsem utekl. Věděl jsem, že Česká republika je v tomto ohledu benevolentní zemí, kde člověk nemusí trpět za to, kým opravdu je a koho má rád.“

### **Důvod výběru ČR**

Tato podkategorie představuje informace o tom, z jakého důvodu si probandi vybrali ČR jako výslednou zemi své migrace. V této podkategorii se objevily kódy: EU, Německo, Zdravotní péče a Jazyk.

Většina probandů uvádí, že výběr ČR jako výsledné země migrace nebyl záměrný.



P5 uvádí: „*Nechtěl jsem přímo do ČR, ale myslel jsem si, že se dostanu do Evropy.*“ Tento názor sdílí i P3, který uvádí: „*Chtěla jsem se dostat do Evropy, pak jsem myslel, že bude jednodušší dostat se do států jako je Německo nebo Dánsko.*“ P9, který přímo uvedl zemi, kam se chtěl dostat: „*Chtěl jsem do Německa. Mám tam sestru, tak by bylo lepší, kdybychom byli spolu. Byli jsme tam s manželkou a s dětmi 8 měsíců. Chodili jsme tam do integračního kurzu. Vše bylo skvělé, ale když jsme si chtěli požádat o azyl, řekli nám, že první bezpečná země, na kterou jsme vkročili, byla Česká republika a my se museli vrátit. Neměl jsem víc peněz na to, abych koupil jiné vízum než do České republiky.*“ Oproti těmto probandům byla ČR pro některé z nich výběr záměrný, například P4 uvádí: „*Přijel jsem sem kvůli synovi, aby měl lepší zdravotní péči.*“ P7 uvádí: „*Chtěl jsem do Česka, protože umím trochu česky a kamarád mi řekl, že mě dál neodveze,*“ a P2 uvádí: „*Česko jsem si vybral kvůli známým, kteří jsou ze stejného města. Myslel jsem si, že to pro nás bude lepší, když budeme znát někoho, kdo nové místo zná a ví, jak vyřídit potřebné dokumenty.*“

### **Rodina**

Tato podkategorie se budě věnovat rodině probandů, zda jsou v ČR sami nebo zde mají manžela, manželku či děti. Nejčastějšími kódy byly: Ano, Ne.

Většina probandů uvádí, že v ČR žádné příbuzné nemá, například P1: „*Nemám zde žádné příbuzné.*“ Někteří probandi tvrdí, že mají příbuzné jinde v Evropě, P2 uvádí: „*Žena a syn jsou v Německu. Každý den si voláme, ale už se nemůžeme dočkat, až zase budeme moci být v bezpečí spolu, celá rodina.*“ Výjimku tvoří P4, který uvádí: „*Mám syna. Již od dětství je na invalidním vozíku.*“ Dále P9: „*Uprchli jsme z Iráku. Já, má žena a mé dvě dcery, také moje sestra. Další sestru mám v Německu. Tři sestry zůstaly v Iráku, protože jsem neměl tolik prostředků, abych sem dostal všechny. Ony už jsou vdané a mají děti. Nejdůležitější je zachránit svou rodinu. Rozumíte tomu?*“ P6: „*Jsem tu se svou ženou a dvěma dcerami.*“ a P14: „*Ano, jsem tu s manželem.*“ Oproti tomu P3 uvádí: „*Nemám tu žádné příbuzné, ale alespoň tu nejsem úplně sama, mám tu přítelkyni a vzájemně si snažíme pomáhat.*“

### **Nemoci**

Tato podkategorie bude zaměřena na nemoci probandů, ať už akutní nebo chronické. V této podkategorii se vyskytly kódy jako: Ne, Diabetes mellitus, Osteoartróza, Úraz, Rodina.

Většina probandů uvádí, že se v této době s ničím neléčí, ani se neléčí s žádnou chronickou nemocí. Například P7 tvrdí: „*Jsem ještě mladý. Je mi 19 let, tak ještě nemůžu být nemocný.*“ Výjimku tvoří P8, který se léčí s diabetem mellitus II. typu: „*Chodím k doktorovi na pravidelné kontroly kvůli „cukru“.* *Občas mám nějaké bolesti, ale to řeším léky, které jsem si přivezla ještě z Iráku.*“ Dále P10, který se léčí s osteoartrózou, uvádí: „*Hrozně mě bolí klouby. Nemůžu nic dělat, protože po chvíli mě začnou bolet klouby na ruku. Nic mi na to nepomáhá, každý den si беру lék na bolest, na chvíli to zabere, a pak zase přijdou ty bolesti.*“ V této době se léčí jen P13, který uvádí: „*Ve škole při tanci jsem skočila, a špatně jsem dopadla. Zlomila jsem si nohu, teď ji mám v sádře a musím teď chvíli počkat s tancováním.*“ Někteří probandi uvedli, že oni sami se s ničím neléčí, ale někdo v rodině ano, například P2 uvádí: „*Já se s ničím neléčím, ale mám syna, který je od dětství invalidní.*“ P6 uvádí: „*Ne, žádné nemoci nemám, ale dcera je velmi nemocná. Má vrozenou vadu fenylketonurii.*“ P4 uvádí: „*Já žádné problémy nemám, ale moje manželka má chronické bolesti zad a bronchitidu.*“

### **Zájmy**

Tato podkategorie uvede zájmy probandů a jejich využití volného času. Objevily se zde kódy jako: Procházka, Nová místa, Četba, Hudba, Tanec a Jazyky.

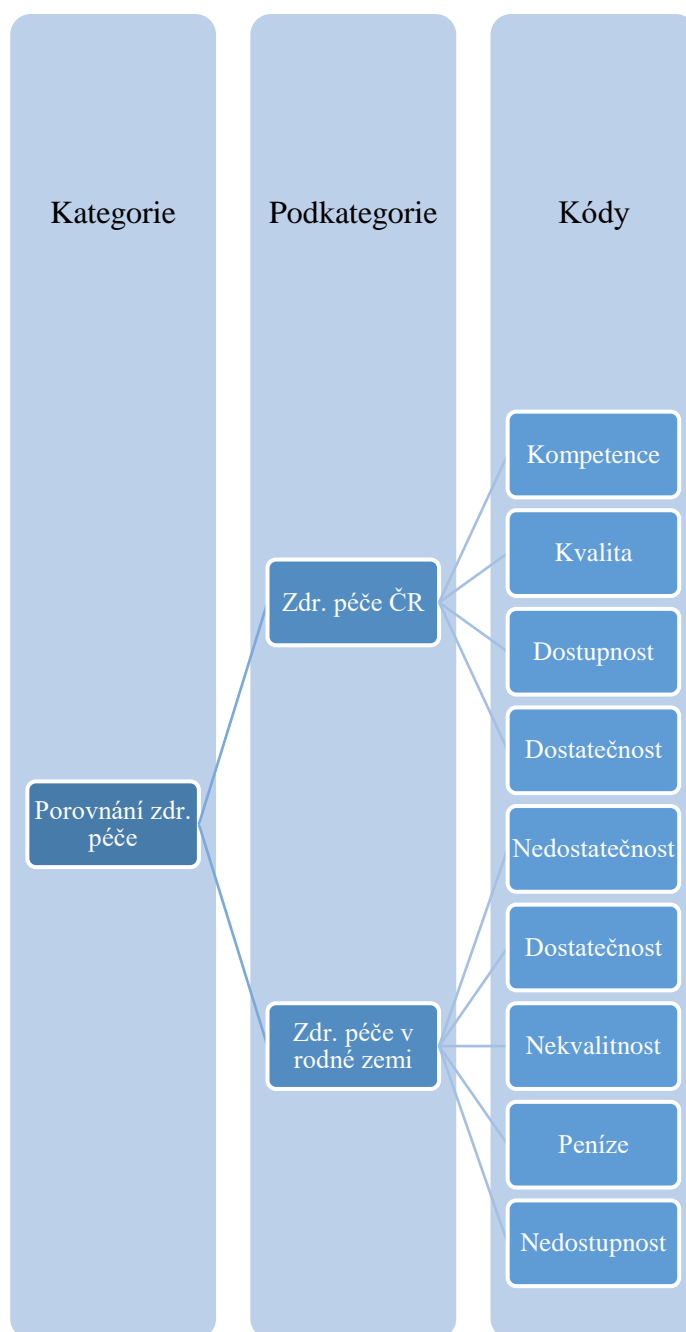
Každý proband má samozřejmě jiné zájmy a koníčky, ale několik z nich se shodlo na tom, že mají rádi procházky jako například P1, který uvádí: „*Mám rád procházky a rád poznávám nová místa,*“ stejně tak jako P15, který dodává: „*Je fajn, když se člověk odtud může na chvíli dostat a může se jít projít.*“ P7 zase uvádí: „*Hrozně rád čtu. Čtu všechno, co tady v knihovně je, ale nejraději mám akční detektivky. Každý den sem chodím pro nějakou knížku. Zrovna jsem teď vyhlížel, kterou si půjčím, ale asi to bude Evžen Oněgin. Nikdy jsem ho nečetl v českém jazyce, vždy jen v ruštině. To jsem ani nevěděl, že existuje i v českém překladu.*“ P8 uvádí, že se ráda učí nové jazyky: „*Moc mě baví učit se nový jazyk, ale v mém věku už to nejde tak rychle jako dřív. Navíc charita nám nabízí kurz češtiny jen jedenkrát za týden. Co se člověk může naučit za týden? Ale už umím: „děkuju, prosím, co si přejete“.* *Čeština je velmi těžký jazyk. V Německu, kde jsem byla 8 měsíců, jsem navštěvovala intenzivní kurz, kde se člověk alespoň něco naučil. Ale všechno má svůj čas.*“ P3 a P14 se shodli na tom, že mají rádi hudbu. P13 uvádí, že miluje tanec.

## Porovnání zdravotní péče

Druhá kategorie je nazvána **Porovnání zdravotní péče**. Budou zde uvedeny informace o zdravotní péči v rodné zemi probandů a obsahuje i jejich názory na zdravotní péči v ČR.

Pro lepší orientaci je vytvořeno Schéma 2 – Porovnání zdravotní péče, jehož cílem je přehledně a strukturovaně znázornit jednotlivé podkategorie a s nimi související kódy, které vyplynuly z analýzy rozhovorů s oslovenými probandy.

### Schéma 2 – Porovnání zdravotní péče



Zdroj: Vlastní výzkum, 2018

Výše uvedené Schéma 2 – Porovnání zdravotní péče v ČR a v mateřské zemi probandů je strukturováno následujícím způsobem: Hlavní kategorie s názvem Porovnání zdravotní péče se dále člení na jednotlivé podkategorie, kterými jsou Zdravotní péče v ČR a Péče v rodné zemi, ty se dále větví na příslušné kódy, jakými například u podkategorie Péče v rodné zemi jsou Nedostatečnost, Dostatečnost, Nekvalitnost, Peníze a Nedostupnost

První podkategorie, která bude představena, je pojmenována Zdravotní péče v ČR.

### **Zdravotní péče v ČR**

Tato podkategorie se bude týkat informací, které uvedli probandi o zdravotní péči v ČR. Na základě zpracování rozhovorů s probandy se nejčastěji vyskytly tyto kódy: Kompetence, Kvalita, Dostupnost, Dostatečnost.

Všichni probandi se k otázce, týkající se kvality zdravotní péče v ČR, vyjadřovali kladně, jak uvádí například P1: *„Příjemně mě překvapila vysoká úroveň péče lékařů a ostatního zdravotnického personálu. Myslím, že máte opravdu kvalitní zdravotnictví,“* což doplňuje P3: *„Je tu kvalitní péče. U nás doma takto vybavené nemocnice rozhodně nejsou,“* nebo P4: *„Velmi kvalitní a ochotní specialisté, kteří dobře dělají svou práci,“* či P6: *„Myslím si, že je tady zdravotní péče na vysoké úrovni. Je tu mnoho specialistů, kteří vědí, co dělat, a mají vyšší kompetence než lékaři u nás doma.“* P10 uvedla jiné pozitivum: *„Je dobře, že je tu zdravotní péče dostupná pro všechny. U nás je zdravotní péče placená a jsou některé zákroky, které si nemůžeme dovolit.“* A spíše nespecificky se k tomuto tématu vyjadřuje P2: *„Je mi zde dobře a příjemně.“*

### **Péče v rodné zemi**

Tato podkategorie se bude zabývat názorem probandů na zdravotní péči v jejich mateřské zemi. V této podkategorii se objevily kódy: Nedostatečnost, Dostatečnost, Nekvalitnost, Peníze, Dostupnost.

Až na P1, který hodnotí zdravotní péči v jeho rodné zemi spíše kladně, což potvrzuje i jeho výrok: *„Není vůbec špatná, ale je to velký stát a někdy je problém najít kvalitního doktora v blízkosti bydliště,“* uvádí ostatní probandi negativní hodnocení zdravotní péče v jejich rodné zemi. Nejčastěji ji hodnotili jako špatnou, jak uvádí P7: *„Péče na Ukrajině je placená, a není tím pádem dostupná pro všechny. Co se týče kvality? To nemůžu posoudit, naposledy jsem byl v nemocnici jako dítě a nepamatuji si, že by byly tehdy*

*nějaké problémy, ani mamka nic neříkala. Ale slyšel jsem, že je teď normální, že si mnoho doktorů ten diplom jen koupí, a pak to podle toho vypadá. Sestry jsou u nás, no, jak které, některé jsou dobré, některé jsou špatné.“ K péči a Ukrajině se vyjadřuje i P6, který uvádí: „Nemůžu říct, že by byla vyloženě špatná, některé základní věci jsou tam v pořádku, ale jak víte, mám nemocnou dceru. A transplantace? Ta vůbec u nás není možná, proto jsme museli jet sem, abychom dceři mohli pomoci. Je pravda, že sestry u nás mají asi menší kompetence a ta odbornost také není na takové výši.“ Další P2 uvádí: „Zdravotní péče je u nás docela špatná. Je nekvalitní a těžko dostupná.“ O zdravotní péči ve své rodné zemi se vyjadřuje i P10, který uvádí: „Péče v naší zemi je špatná, hodně špatná. Od roku 2013 to je stále horší a horší. Teď už tam není žádná. Všechno je zničené. Oni říkali všem sestrám a doktorům, jděte pryč ze země a najděte si práci jinde, takže teď už tam nemá kdo pomáhat.“ Její výrok potvrzuje i P7, která uvádí: „Dříve jsme měli skvělé zdravotnictví, ale od roku 2013 to je katastrofa. Teď je to velice špatné.“ Ostatní probandi se k tomuto tématu vyjadřovali spíše jednoslovně, jako například P5: „Špatná.“*

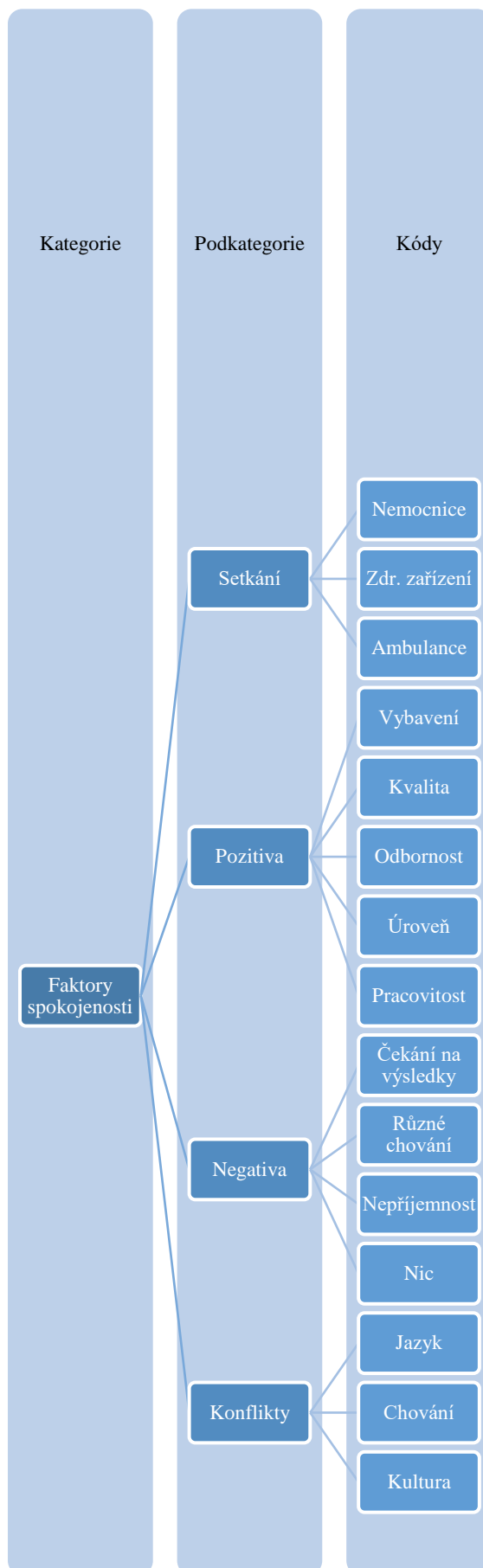
### **Faktory vedoucí ke spokojenosti probandů v nemocnici**

Poslední kategorie je nazvána **Faktory vedoucí ke spokojenosti probandů v nemocnici**. Budou zde obsaženy informace o tom, zda se probandi setkali s nemocnicí či jiným zdravotnickým zařízením a za jakých okolností. Dále spokojenost probandů se zdravotní péčí, pozitiva a negativa zdravotní péče v ČR, konflikty, které zažili během setkání se zdravotnickým zařízením či nemocnicí, informace o ošetrovatelské péči v ČR dle probandů a na závěr faktory, které by mohly vést k „ideální“ péči.

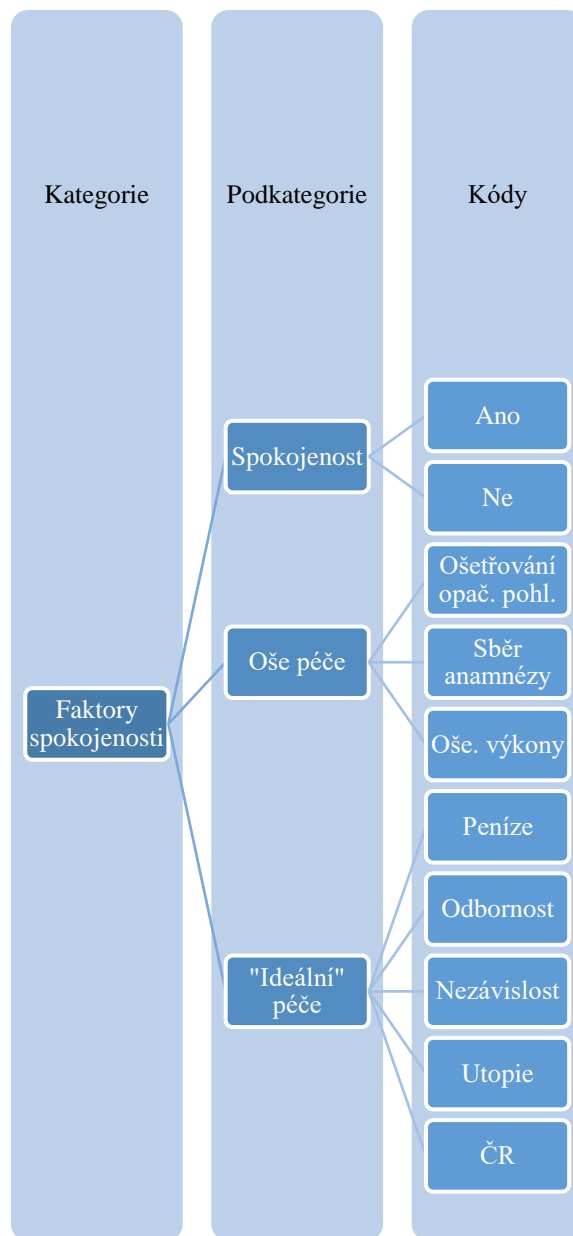
Pro lepší orientaci je vytvořeno Schéma 3A, 3B – Faktory spokojenosti, u něhož je cílem strukturovaně znázornit jednotlivé podkategorie a s nimi související kódy, které vyplynuly z analýzy rozhovorů s oslovenými probandy. Toto schéma je rozděleno pro větší přehlednost na Schéma 3A a Schéma 3B z důvodu velkého počtu jednotlivých podkategorií.

Níže uvedené schéma 3A, 3B – Faktory spokojenosti dle probandů je znázorněno následujícím způsobem: Hlavní kategorie s názvem Faktory spokojenosti se dále dělí na jednotlivé podkategorie, kterými jsou Setkání, Pozitiva, Negativa, Konflikty, Spokojenost, Ošetrovatelská péče a na závěr „Ideální“ péče. Tyto jednotlivé podkategorie se dále člení na příslušné kódy, jakými například u podkategorie Konflikty jsou Jazyk, Chování, Kultura.

### Schéma 3A - Faktory spojenosti pacientů – cizinců



### Schéma č. 3B - Faktory spojenosti pacientů – cizinců



Zdroj: Vlastní výzkum, 2018

#### ***Setkání***

Tato podkategorie uvede informace o setkání probandů se zdravotní péčí. Vzhledem k této podkategorii se objevily kódy jako: Nemocnice, Zdravotnické zařízení, Ambulance.

Všichni probandi se setkali během pobytu v ČR s nemocnicí či zdravotnickým zařízením, což bylo i kritérium pro výběr probandů. Většina probandů se setkala hlavně se zdravotnickým střediskem, kterým musí každý žadatel o azyl projít. P1 uvádí: „*Ano, byl jsem na zdravotní prohlídce v Zastávce u Brna. Nebyl jsem tam hospitalizován. Šlo*

o zdravotní prohlídku. Dělal mi tam rentgen plic a srdce a brali mi krev na vyšetření. “ Někteří probandi uvádějí, že se setkali i s jiným zdravotnickým zařízením, jako například s nemocnicí nebo ambulancí. P2 uvádí: „Byl jsem v nemocnici hospitalizován, absolvoval jsem tam operaci,“ dále P3 uvádí: „Ano, byla jsem ambulantně na gynekologii v nemocnici a u zubaře.“ P5 uvádí: „Ano, byl jsem hospitalizován dva dny, kvůli krvácení.“ P8 uvádí: „Byla jsem v nemocnici jen na pravidelných kontrolách kvůli „cukru“. Ale před týdnem mě začala bolet záda a ruce. Tak jsem šla k našemu doktorovi, a ten mi předepsal nějaké léky, ale nechci je moc brát, protože se po nich necítím dobře. Mám mít klid, takže teď nechodím do práce.“ P10 uvádí: „V první práci mě hrozně bolely klouby, nemohla jsem nic dělat moc dlouho. Byla jsem v nemocnici, aby mi pomohli, ale doktor mi dal jen dlahu.“ P13 uvádí: „V nemocnici jsem před tím nebyla, ale teď jsem byla v nemocnici kvůli zlomené noze.“ Někteří probandi se neseťkali se zdravotní péčí přímo, ale přes svého potomka, P4 uvádí: „Já jsem hospitalizován přímo nebyl, ale můj syn ano. Mám malého syna, který je od dětství invalidní,“ stejně tak jako P6: „Já jsem v ČR nikdy hospitalizovaný nebyl. Ale měli jsme s manželkou zubní kliniku, takže víme, jak to tady funguje. Byli jsme zatím na několika vyšetřeních s dcerou, ale to nejdůležitější nás ještě čeká.“

Před touto zkušeností s nemocnicí či zdravotnickým střediskem se žádný z probandů se zdravotní péčí v ČR neseťkal.

### **Pozitiva zdravotní péče v ČR**

Tato podkategorie se bude věnovat informacím o pozitivěch, které probandi uvedli v souvislosti se zdravotní péčí v ČR. V této podkategorii se objevily kódy: Vybavení, Kvalita, Vstřícnost, Odbornost, Úroveň, Pracovitost.

Většina probandů uvádí jako pozitivum kvalitu a odbornost. P1 uvádí: „Mezi pozitiva bych uvedl vysokou odbornou úroveň lékařů a moderní vybavení,“ což doplňuje i P4, který uvádí: „Pozitiva jsou, že je tu mnoho dobrých specialistů.“ P2 uvádí: „Zažil jsem jen pozitiva. Lidé jsou tady pracovití, odborní a vstřícní.“ P3 uvádí: „Je tu kvalitní péče.“ P6 uvádí: „Co jsem tu viděl, tak lékaři jsou na velmi vysoké úrovni.“

### **Negativa zdravotní péče v ČR**

Podkategorie Negativa uvádí negativní zkušenosti, které probandi uvedli v otázce zdravotní péče v ČR. V této podkategorii se vyskytly kódy jako: Čekání na výsledky, Různé chování a Nepříjemnost.



Pouze P4 uvádí negativa: „*Negativa jsou byrokracie s dokumentací. Dlouho jsem čekal na výsledky a všiml jsem si různého chování k lidem různých národů.*“ Různého chování si všiml i P7: „*Je pravda, že jsem si všiml, že se zdravotnický personál chová k určitým lidem jinak,*“ a P10: „*Myslím si, že lidem tady vadí, že vypadám odlišně a podle toho se ke mně jinak chovají. Doktor i sestra ke mně byli nepříjemní a celkově neochotní.*“

Jediný P5 neuvedl žádná pozitiva ani negativa, vzhledem k nedostatečným zkušenostem uvádí: „*Nemůžu posoudit.*“

### ***Spokojenost***

Tato podkategorie se bude týkat informací o spokojenosti probandů se zdravotní péčí v ČR. V této podkategorii se objevily kódy: Ano, Ne.

Celkem třináct probandů se shodlo na tom, že byli se zdravotní péčí v ČR spokojeni a neměli žádný problém, například P5 tvrdí: „*Vše bylo v pořádku, žádný problém jsem neměl a byl jsem spokojený. Nevybavuji si nic, co bych měl zmínit.*“ P2 uvádí: „*Děkuji lékaři, který mě výborně operoval a vše dopadlo dobře,*“ P8 uvádí: „*Byla jsem moc spokojená. Všichni byli moc milí, vše bylo v pořádku.*“ Oproti tomu jen P10 uvádí: „*Nebyla jsem spokojená. Doktor i sestra se ke mně chovali arogantně. Měla jsem pocit, že neberou vážně, co říkám. Pak mi doktor dal jen dlahu, léky a poslal mě domů.*“ Další negativní zkušenost uvádí P14: „*V Rychnově jsem byla nespokojená, protože mi tam nepomohli s mými obtížemi a snažili se mě odbýt, ale v Hradci Králové se mi líbilo. Bylo tam příjemné prostředí a doktoři i sestry na mě byli příjemní.*“

### ***Konflikty***

Tato podkategorie bude obsahovat informace o konfliktech, které probandi zažili v souvislosti se zdravotní péčí v ČR. V této podkategorii vyšly kódy: Nic, Jazyk, Chování, Kultura.

Většina probandů uvádí, že neměli žádný problém ani konflikt se zdravotní péčí v ČR, tedy ani se stravováním, prostředím či jinými pacienty/klienty. Může to být dáno tím, že většina z nich nebyla hospitalizována v nemocnici tak dlouhou dobu, aby k nějakým konfliktům došlo, jak uvádí například P2: „*Žádný problém jsem neměl, protože jsem byl hospitalizován jen krátce, a nebyl tedy ani prostor pro nějaký konflikt.*“

Jediný problém, který někteří uvádějí, je jazyková bariéra. Jedná se o ty probandy, kteří neovládají žádný světový jazyk používaný v Evropě. P8 uvádí: „*Sice umím trochu anglicky, ale na hodně slov si nevzpomenu. Sestra anglicky neuměla vůbec, museli jsme*

*počkat na lékaře, který uměl alespoň trochu. Nakonec jsme se museli domluvit rukama. Ukazovala jsem mu, co mě bolí.“ P14 uvádí: „Musela jsem s sebou mít kamarádku, aby překládala, ona umí trochu anglicky.“ P7 uvádí: „Já jsem potíže neměl, protože umím česky, ale vím, že někteří měli problém s tím, že se nedorozuměli.“ Jediný P10 uvádí: „Byli na mě nepříjemní. Lékaři i sestry. Nebrali mě vážně, a já při tom mám takové bolesti. On se na mě ani nepodíval. Měli by si uvědomit, že jsme cizinci a je to pro nás těžké být v zemi, kde nikomu nerozumíme. Čeština je těžký jazyk, a když jsem s doktorem chtěla mluvit anglicky, tak zase neuměl on.“*

Další problém, který uvádí P10, je problém jiné kultury: *„Tato země mi přijde hrozně nepřátelská. Všichni na mě koukají, že jsem jiná. V nemocnici na mě byli doktoři nepříjemní, nikdo mi nic nevysvětlil, neřekl.“*

Poslední konflikt, který byl uveden, byl problém s chováním zdravotnického personálu. P14 uvádí: *„Lékaři na mě byli nepříjemní, nic mi neřekli. Už bych tam nešla,“* což potvrzuje i P3, který uvádí: *„Jen doktorka byla nepříjemná.“* Jelikož tento problém uvedli pouze dva probandi, nedá se generalizovat, protože nejsou známy přímé souvislosti, které danou situaci mohly vyvolat.

### ***Ošetrovatelská péče***

Tato podkategorie bude zaměřena na ošetrovatelskou péči v ČR a možné konflikty dle probandů. V této podkategorii se vyskytly kódy: Ošetřování opačným pohlavím, Sběr anamnézy a osobní otázky, Ošetrovatelské výkony.

Většina probandů neměla problém s ošetřováním od zdravotníka opačného pohlaví, než byli probandi sami, jak například uvádí P6: *„Ne, nemám s tím problém.“* Tento názor doplňuje i P5, který uvádí: *„Podle mě to nehraje v medicíně roli,“* nebo P2, který uvádí: *„Ne, děkuji všem, co se o mě starali.“* Oproti tomu P3 uvádí: *„Ne, pokud pracuji profesionálně! Ale pokud to není nutné, tak raději ne.“* Jen P8 a P14 uvedli, že je jim nepříjemné, aby jim poskytoval péči všeobecný ošetrovatel, což potvrzuje i výrok P8: *„Ne, to bych opravdu nechtěla. Doktor, to ano. To i u nás jsou doktoři muži, ale sestry, to ne.“* P14 uvádí: *„V žádném případě. V naší zemi může ošetřovat ženu jen žena, i lékařka je žena.“*

Co se týká osobních otázek při sběru anamnézy, uvádí většina probandů, že nemají problém s nějakými oblastmi otázek, na které by jim bylo nepříjemné odpovídat, jak například uvádí P3: *„Ne, o žádných nevím.“* Na rozdíl od tří probandů, P1, P5 a P11, kteří uvedli, že existují oblasti otázek, na které je jim nepříjemné odpovídat, P11 uvádí: *„Ano,*

*nemám ráda nebo spíše nerada odpovídám na otázky ohledně rodiny. Vím, že je to pro vás důležité, ale stále je to pro mě moc těžké o tom mluvit,*“ dále P1 uvádí: *„Ano, nemám příliš rád osobní otázky.“*

Ohledně ošetrovatelské péče o probandy v ČR zazněl i kód Ošetrovatelské výkony v českém zdravotnictví, kdy P14 uvedl: *„Ano, mám problém s transplantací orgánů, vlastně i s transfuzí. Vždyť nevím, kdo byl dárce, jakého byl vyznání. Ale pokud by nebyla jiná možnost léčby, tak bych s tím asi souhlasila.“* Ostatní probandi žádný problém s ošetrovatelskými výkony neuvádí, jak například uvádí P5: *„Ne, nevybavuji si, že by mi něco vadilo.“* Jediný P2 uvádí: *„Nemůžu říct, nemám srovnání.“*

### ***„Ideální“ péče***

Tato podkategorie se bude zabývat otázkou termínu „ideální“ zdravotní péče. Tedy, které náležitosti by měla mít „ideální“ zdravotní péče, pokud by měli neomezené možnosti si vymyslet cokoli. V této podkategorii se vyskytly kódy: Peníze, Odbornost, Nezávislost, Utopie, ČR.

Většina probandů se názorově shodla na tom, že „ideální“ zdravotní péče je péče v ČR, což potvrzuje i výrok P12: *„Ta, kterou jsem viděla tady,“* nebo P7: *„Měla by být dostupná pro všechny, jako tady.“* Další názor, který zazněl, uvedl P5: *„Pokud člověk léčí z vlastního zájmu kohokoli, bez ohledu na to, odkud nemocný pochází a jakou má národnost či z jakých podmínek přichází.“* Další, kdo se k tomu vyjádřil, je P10: *„Zdravotní péče by měla být zadarmo a dostupná pro všechny. Člověk by přece neměl platit za to, že chce být zdravý,“* nebo P1, který uvádí: *„Zdravotní péče by měla být určitě na nějaké odborné výši, měl by být dostatek specialistů. Péče by měla být dostupná pro všechny a v blízkosti bydliště. Každý by měl mít možnost si zvolit, kým chce být léčen, měl by vědět, co mu je a jak by se to dalo léčit.“* Oproti tomu P6 uvádí: *„To je docela utopie, ne? Nemůže existovat taková péče, to je nemožné. Vždy bude někdo nespokojený s tím, co má.“*

Ostatní probandi k této otázce neuvedli nic konkrétního, jako například P2, který uvádí: *„Nevím, co na to říct,“* z důvodu nevědomosti nebo jako P4: *„Nevím, jak odpovědět“* či jazykové bariéry, jako P14: *„Nevím, asi nerozumím otázce.“*

#### 4. 4 Výsledky kvalitativního výzkumu s ošetrovatelským personálem

##### Faktory vedoucí ke spokojenosti sester

Tato kategorie je nazvána **Faktory vedoucí ke spokojenosti sester**. Budou zde obsaženy informace o tom, zda se probandi setkali v nemocnici s pacientem – cizincem. Dále pozitiva a negativa při poskytování ošetrovatelské péče pacientovi – cizinci, očekávání pacientů – cizinců od českého zdravotnictví dle respondentů, možné konflikty, které mohou nastat během ošetrovatelské péče dle sester, a nakonec vzdělání a příprava na ošetrovatelskou péči o pacienty – cizince.

Pro přehlednost je přiložena tabulka, která znázorňuje základní identifikační údaje o sestrách, tedy pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání a délka praxe.

**Tabulka 3 – Základní informace o respondentech**

Respondent	Pohlaví	Věk	Nejvyšší dosažené vzdělání	Délka praxe
S 1	Žena	55	SZŠ	36 let
S 2	Žena	36	VŠ – Mgr.	14 let
S 3	Žena	58	VŠ – Ph. D.	35 let + 28 let
S 4	Muž	32	VŠ – Bc.	5 let
S 5	Muž	21	SZŠ	1, 5 roku
S 6	Muž	23	VŠ – Bc.	1, 5 roku

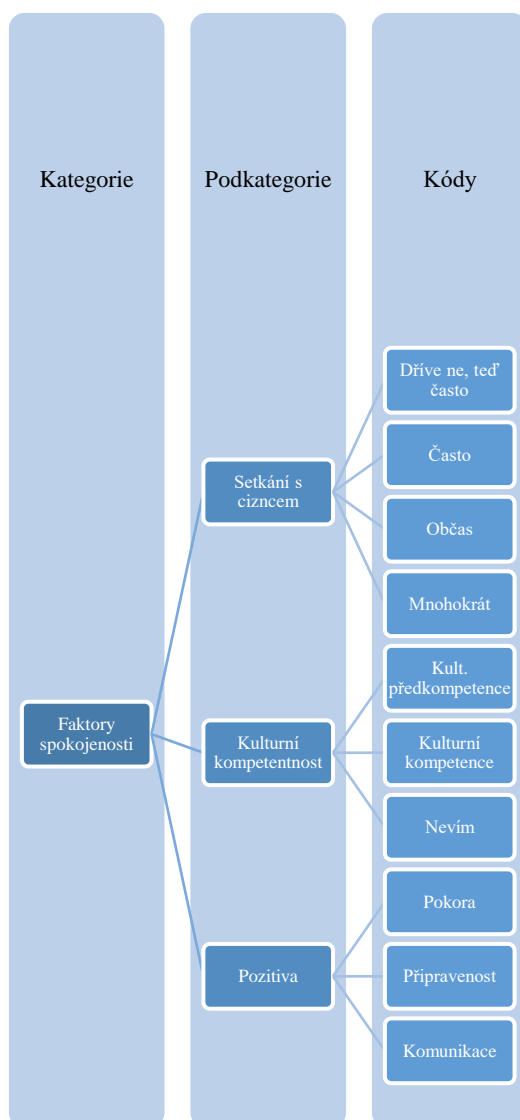
Zdroj: Vlastní výzkum, 2018

Z tabulky 3 vyplývá, že polovina respondentů jsou muži, přesněji z celkového počtu 6 respondentů jsou tři muži. Z tabulky také vychází, že nejmladšímu probandovi je 21 let, zatímco nejstaršímu je 58 let. Průměrný věk probandů je 37, 5 let. Dále lze z tabulky vyčíst, že 2 respondenti mají střední zdravotní školu jako nejvyšší dosažené vzdělání, přičemž S5 je v době výzkumu přijat na vysokou školu, bakalářské studium. S1 má střední zdravotní školu ještě před novelizací zákona č. 96/2004 Sb., O nelékařských zdravotnických povolání. Dále 4 respondenti mají jako nejvyšší dosažené vzdělání vysokou školu, S4 a S6 mají oba bakalářský titul, ale S4 v době výzkumu studuje

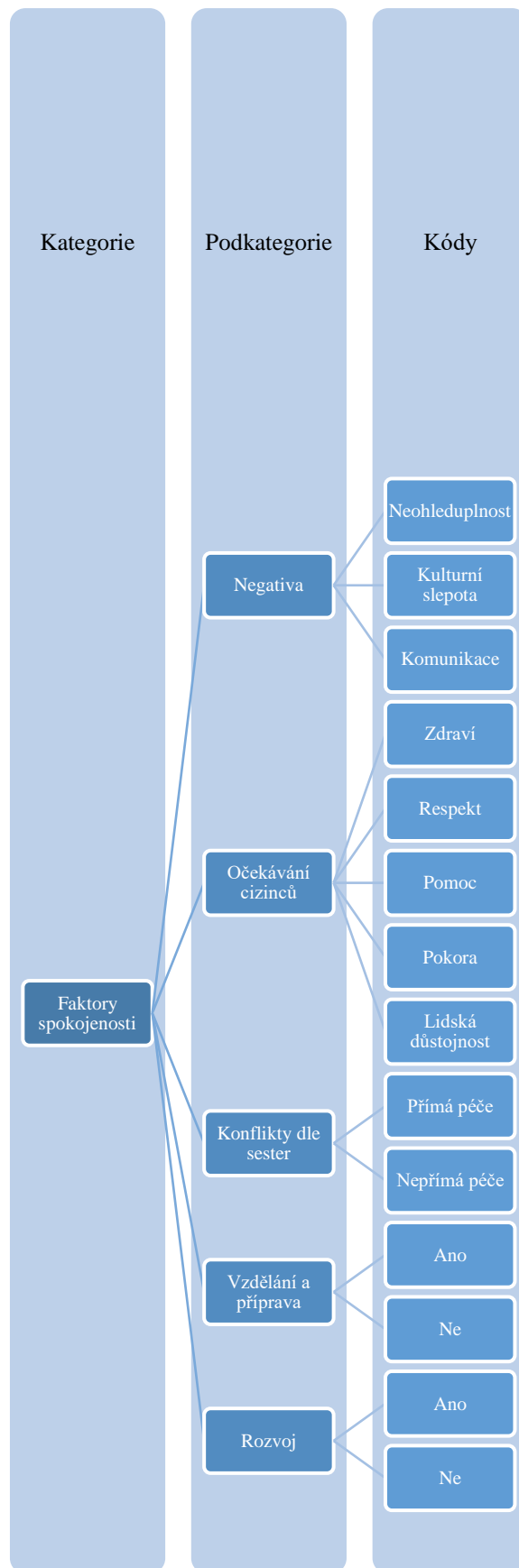
magisterský obor. Nejvyšší vzdělání má R3, který má dokončený k magisterskému titulu i titul doktorský, a 4 probandi mají vysokoškolské vzdělání. Z této tabulky lze odvodit, že nejdéle pracujícím respondentem ve zdravotnictví je S1, poté S3, který ve zdravotnictví pracuje 35 let a 28 let ve vzdělávacím institutu. S5 a S6 pracují ve zdravotnictví stejně krátkou dobu, a to 1, 5 roku.

Tato kategorie, jak je výše řečeno, je nazvána **Faktory vedoucí ke spokojenosti sester**. Budou zde uvedeny informace o setkání sester s pacientem – cizincem, pozitiva a negativa při poskytování ošetrovatelské péče o pacienta – cizince, jaké jsou dle sester očekávání pacientů – cizinců od českého zdravotnictví, možné konflikty během ošetrovatelské péče o pacienty – cizince a otázka vzdělání a přípravy na ošetrovatelskou péči o pacienty – cizince. Pro lepší orientaci je vytvořeno Schéma 4A, 4B – Faktory spokojenosti, které má cíl strukturovaně znázornit jednotlivé podkategorie a kódy.

**Schéma 4A - Faktory spokojenosti sester**



## Schéma 4B - Faktory spojenosti sester



Zdroj: Vlastní výzkum, 2018

### ***Setkání s cizincem***

Tato podkategorie uvede informace o setkání probandů s pacientem – cizincem. Vzhledem k této podkategorii se objevily kódy jako: Dříve ne, Teď často, Často, Občas, Mnohokrát.

Většina probandů uvádí, že se s cizinci během své praxe setkává často, jako například S2, který uvádí: „*Ano, často.*“ Oproti tomu S6 udává, že se s cizinci setkává jen občas. Jediný S1 uvedl: „*Dříve ani ne, ale dneska často.*“

### ***Kulturní kompetentnost***

Tato podkategorie se bude zabývat otázkou kulturní kompetence. Probandi měli odpovědět na tuto otázku před přečtením výsledků této bakalářské práce a poté po přečtení. V této podkategorii se vyskytly kódy jako: Kulturní předkompetence, Kulturní kompetence a Nevím.

Před přečtením výsledků této bakalářské práce uvedla většina probandů odpověď kulturní předkompetentnost, a to S1, S2 a S6, oproti tomu S3 a S4 uvedli, že jsou kulturně kompetentní. S4 uvádí: „*Já si troufám tvrdit, že jsem kulturně kompetentní.*“ Jediný S5 uvedl, že neví. I po vysvětlení pojmů nedokázal na tuto otázku odpovědět.

Po přečtení výsledků uvedla většina respondentů stejnou odpověď jako před přečtením výsledků této bakalářské práce. S1 uvádí: „*Asi bych zůstala na těch před kompetencích, ale ráda bych poskytovala alespoň kulturně kompetentní péči.*“ Jediný S4 posunul svoji kompetentnost o krok zpět, kdy před přečtením výsledků této bakalářské práce uvedl, že se cítí být kulturně kompetentní, po přečtení uvádí: „*Kulturně kompetentní, ale taky ne u všech cizinců. Dejme tomu před kompetentní.*“ Oproti tomu S3, který před přečtením výsledků uvedl, že je kulturně kompetentní, uvádí: „*Podle popisku bych skoro řekla, že kulturní zběhlost, ale není to příliš troufalé?*“

### ***Pozitiva při poskytování ošetrovatelské péče o pacienta – cizince***

Tato podkategorie bude zaměřena na pozitiva při poskytování ošetrovatelské péče o pacienta – cizince. V této podkategorii se vyšly kódy: Pokora, Připravenost, Komunikace.

Několik probandů uvedlo, že je překvapila komunikace s pacienty – cizinci, jako například S6, který uvádí: „*Vždy mě překvapuje a příjemně potěší, když se pacienti snaží s námi komunikovat, i když jim úplně nerozumíme nebo pokud umí alespoň nějaké slovo*

česky,“ k tomu se přidává i S3: „...příjemně mě překvapily vždy malé děti, které uměly anglicky a krásně překládaly a tlumočily rodinám důležité informace... S pacienty – cizinci mám dobré zkušenosti stran pokory.“ Se zjednodušením komunikace přichází i S2, který tvrdí: „...v poslední době si dokonce pacienti nosí kartičky s obrázky, co potřebují a co je trápí.“ Komunikaci zmiňuje i S4, který na druhou stranu vyzdvihuje komunikaci studentek: „Příjemně mě překvapily studentky, které s pacienty krásně pracovaly...“

### ***Negativa při poskytování ošetrovatelské péče o pacienta – cizince***

Tato podkategorie bude popisovat negativa při poskytování ošetrovatelské péče pacienta – cizince. V této podkategorii se objevily tyto kódy: Kulturní slepota, Neohleduplnost, Komunikace.

Většina probandů uvedla jako negativa postoj, péči a komunikaci zdravotnického personálu jako například S3, který uvádí: „...nejvíce mě překvapil postoj druhých a předsudky, které byly málokdy oprávněné. Také mě překvapila kulturní slepota, která byla značná u mých kolegyň. Dokonce bych řekla, že dříve to bylo lepší než dnes, ale nedokáži to posoudit na 100 %, neboť nyní už jenom učím a do nemocnice docházím jednou týdně, skoro bych řekla tak jako na návštěvu... Také mě překvapilo, že překlady informovaných souhlasů nejsou mnohdy cizinci dobře uchopitelné,“ nebo S4: „...nepříjemně lékaři, kteří se pacientům dostatečně nevěnovali.“ Jediný S1 uvedl negativum při péči o cizince ze stran cizince: „Překvapuje mě, že přijdou, chtějí ošetřit a jsou hrozně neohleduplní. Vůbec je nezajímá, že máme hodně práce a furt jenom povídají řeči které nerozumím. Proč se nenaučí česky, když chtějí ošetřit? Líbí se mi přístup mých starších kolegyň, vůbec na cizince nemluví a čekají, až si to s nimi vyřídí doktoři. Jako v praxi se to fakt nedá.“

### ***Očekávání pacientů – cizinců od českého zdravotnictví dle sester***

Tato podkategorie se bude zabývat otázkou očekávání pacientů – cizinců od českého zdravotnictví dle sester. V této podkategorii vyskytly kódy: Zdraví, Respekt, Pokora, Pomoc, Lidská důstojnost.

Na otázku, co očekávají pacienti – cizinci od českého zdravotnictví se shodli S3 a S6 na pomoci, S3 k tomu ještě dodává respekt lidské důstojnosti. Respekt uvedl i S4. S2 ještě dodává: „Pokoru, zachování lidské důstojnosti.“ S1 uvedl jednoduchou odpověď: „Aby odešli zdraví.“ Jediný S5 uvedl odpověď, která by se v transkulturním ošetrovatelství



neměla vyskytnout: „*Že by se tu určitě neměli nechávat ošetřit, protože jim není rozumět, a proto si pak stěžují.*“

### ***Konflikty během ošetrovatelské péče o pacienty – cizince dle sester***

Tato podkategorie bude zaměřena na možné konflikty, které mohou vzniknout během ošetrovatelské péče o pacienty – cizince dle probandů. Jelikož otázka byla položena na konflikty při přímé a nepřímé péči, jsou i kódy Přímá péče, Nepřímá péče.

V otázce konfliktů během přímé a nepřímé péče se jednoznačně vyjádřil S6: „*Myslím si, že je větší problém v přímé péči, protože tam se reálně řeší problém.*“ Oproti tomu S2: „*Z mého pohledu je větší problém v nepřímé péči, proto je důležitá zpětná vazba od těch, kteří se s pacienty – cizinci setkávají v rámci přímé péče.*“ Tři probandi odpověděli, že je v péči o cizince problém, jak v přímé, tak nepřímé péči, například S5 uvádí: „*Nerozumím tomu, péče je furt péče,*“ a S1 tvrdí: „*...asi není rozdíl. Všude je problém s komunikací a celkovým nepochopením,*“ nebo S3: „*Domnívám se, že může nastat v obém případě. Spíše ale v nepřímé. Face to face se pacientem lépe domluvíme a mám také výborné zkušenosti s piktogramy a ukázkovou edukací.*“ A specificky se k této otázce vyjádřil S4: „*Řekl bych, že v přímé u kulturně slepých a v nepřímé u kulturně kompetentních.*“

### ***Vzdělání a příprava sester na ošetrovatelskou péči o pacienty – cizince***

Tato podkategorie uvede informace k otázce vzdělání a přípravy probandů na ošetrovatelskou péči o pacienty – cizince. V této podkategorii se objevily kódy: Ano, Ne.

Ty sestry, které mají nejvyšší dosažené vzdělání vysokou školu, uvedly, že se během studia připravovaly na ošetrovatelskou péči o pacienty – cizince v některých předmětech, jak dokazuje výpověď S3, který uvádí: „*V praxi vůbec ne, ve škole ano – multikulturní výchova a dějiny, kde jsme studovali jednotlivé kultury.*“ Tuto informaci potvrzuje i S4: „*Ano, na bakaláři multikulturní ošetrovatelství, na magisterském problematiku menšin. V praxi ne,*“ nebo S2: „*Ano v rámci VŠ Ve volném čase se věnuji rozmanitosti kultur, což se mi též hodí,*“ nebo S6: „*Spíš ne. Tak něco v té hlavě zůstalo, ale tehdy mě to nezajímalo. Byl to prostě jen další předmět, který musím splnit. Nemyslel jsem si, že by mi to v praxi nějak pomohlo.*“ Oproti tomu S1 uvádí, že si nepamatuje, že by během studia na střední zdravotnické škole absolvovala nějaký předmět, kde by ji připravili na ošetrovatelskou péči o cizince, ale na druhou stranu uvádí: „*Nepamatuji si, že bych*

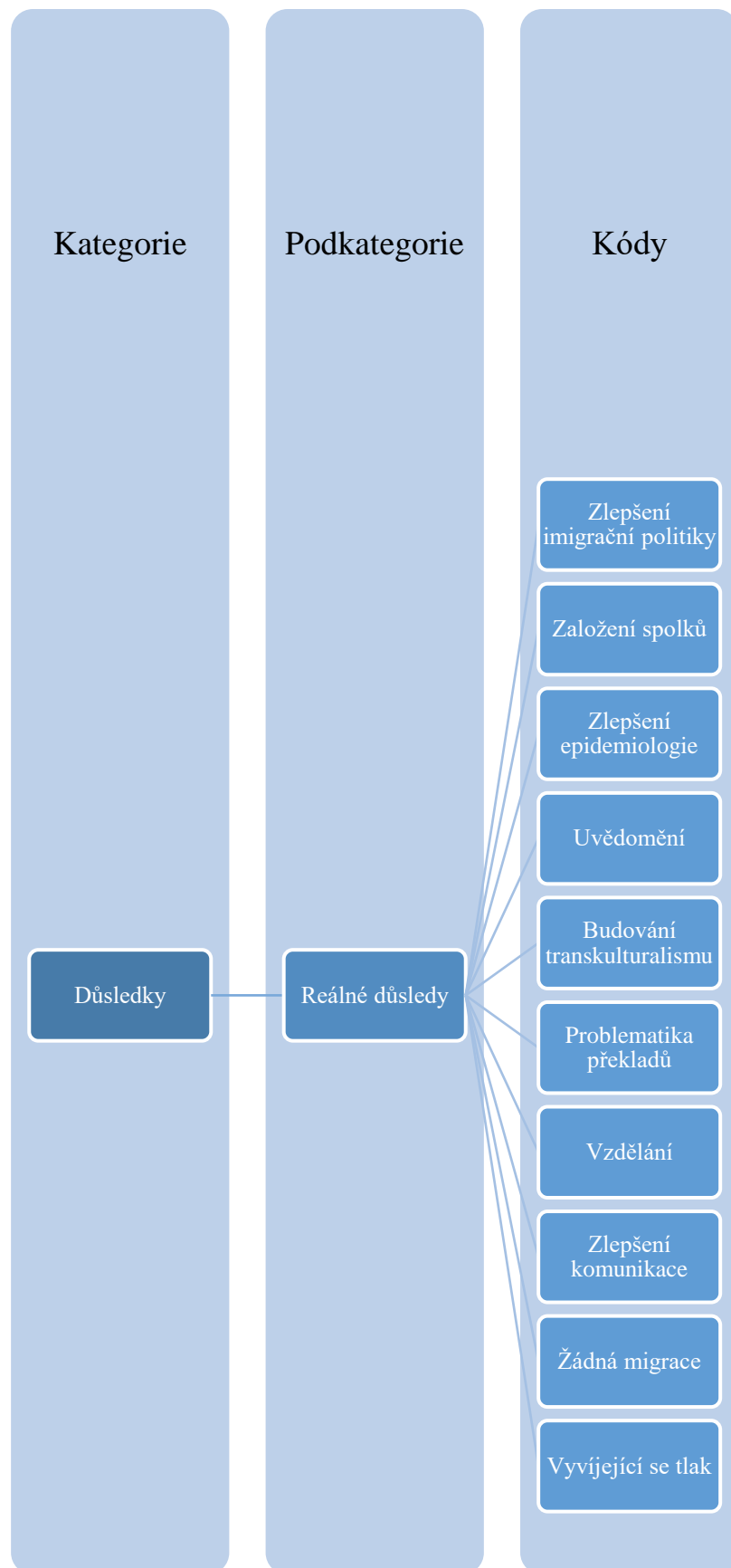
*něco absolvovala, ale v případě, že by bylo nějaké školení, určitě bychom to všechny u nás na oddělení ocenily.*“ Na rozdíl S5 uvádí: *„Nic jsem neabsolvoval a ani bych o to nestál, i když bych se nedivil, kdyby vrchní s něčím takovým přišla.“*

### ***Rozvoj schopností v péči o pacienty – cizince***

Tato podkategorie analyzuje informace k otázce rozvoje schopností v péči o pacienty – cizince. Před touto otázkou dostali respondenti výsledky bakalářské práce a po přečtení měli na tuto otázku odpovědět. V této podkategorii se objevily kódy: Ano, Ne.

Většina probandů po přečtení výsledků dospěla k názoru, že by viděli rozvoj ve svých schopnostech v péči o cizince, jak uvádí například S1: *„Asi ta, jak se dneska říká holistická. Na tom bych měla určitě zapracovat,“* nebo S6: *„Asi v uvědomění si a vcítění se do jejich role, že jsou v cizí zemi a potřebují pomoc a nedokáží si o ni říct. Ačkoli si všichni říkáme, že to jsou přistěhovalci, které tady nechceme, pořád to jsou lidi a možná by stálo za to ten názor na ně přehodnotit,“* či S4: *„Určitě se jim věnovat v nepřímé péči, aby ta přímá byla o něco snadnější,“* anebo S2, který tvrdí: *„Přesně ta, kterou zastávám – manažerka kvality.“* Jediný S5 se vyjádřil, že rozvoj schopností v této oblasti nevidí: *„Popravdě filosofie těch lidí, asi k tomu prostě nejsem. Jaká změna komunikace? Vždyť já jsem doma. Ještěže si na nic nestěžují.“*

Schéma 5 – Důsledky imigrační krize dle sester



Zdroj: Vlastní výzkum, 2018

### ***Reálné důsledky imigrační krize dle sester***

Tato podkategorie bude popisovat, jaké jsou reálné důsledky imigrační krize dle sester. V této podkategorii se objevily kódy jako: Zlepšení imigrační politiky, Založení spolků, Zlepšení epidemiologie, Uvědomění, Budování transkulturalismu, Problematika překladů, Vzdělání, Zlepšení komunikace, Žádná migrace a Vyvíjející se tlak.

Většina probandů se k této otázce vyjádřila pozitivně, kdy vyjádřili potřebu změny, jako například S1, který uvádí: *„Zlepšit imigrační politiku, státu, založit spolky starající se o cizince stran zdravotní péče, více dbát na epidemiologii. Možná i uvědomění si, že ne všechno tak dobře umíme,“* nebo S2, který tvrdí: *„Stran mého pohledu je určitě potřeba budovat principy, transkulturalismu napříč zdravotnickými zařízeními v ČR.“* Někteří probandi odpověděli na tuto otázku globálněji jako S3: *„Imigrační krize bezpochyby zasáhla i ošetrovatelství. Důsledky jsou z mnoha pohledů. Z oblasti sesterské politiky a managementu – obrovský problém pro efektivně poskytovanou kulturně kompetentní péči v závislosti na standartních ošetrovatelských postupech a hospodárnosti. Problematika překladů, tlumočnicků – je to finančně náročné, tudíž se jedná i o problém finanční, a to zejména v situaci, kdy u sebe cizinec nemá průkaz totožnosti, a v případě vykazování zdravotním pojišťovnám. Žijeme v globalizovaném světě, důsledkem je především nepodceňovat vzdělání sester, které jde ruku v ruce s efektivnějším poskytováním kulturně kompetentní péče.“* S4 vidí důsledky imigrační krize na současné krize na současné ošetrovatelství ve zvyšování vzdělání: *„Reálný důsledek je zamyšlení a konání v oblasti vzdělání, naopak je třeba vzdělání zvyšovat, ne snižovat.“* Pouze dva respondenti se k této otázce vyjádřili negativně, a to S5, který uvádí: *„...no, měli by zůstat doma“* Nebo S6, který tvrdí: *„Na české ošetrovatelství? Myslím, že důsledky nejsou žádné. Nejsme ani Německo ani Francie, aby se nás to dotklo. Pokud mluvíme globálně o ošetrovatelství, tak si myslím, že je vyvíjen velký tlak na zdravotníky, protože žádný zdravotník nechce dát najevo, že se o ně nechce starat, a že ho to vlastně obtěžuje.“*

## 5 Diskuze

Cílem této kapitoly bude dát do souvislosti výsledky výzkumné části této práce s částí teoretickou. Před zahájením empirického šetření bylo nezbytné získat dostatek informací z odborné literatury, zabývající se migrací obecně, současnou migrační krizí a specifikům ošetrovatelské péče o cizince.

Tato bakalářská práce s názvem „Důsledky imigrační krize na současné ošetrovatelství“ měla za cíl zmapovat důsledky imigrační krize na současné ošetrovatelství a dále také tyto důsledky popsat. Ke zjištění informací vedoucích ke stanovenému cíli bylo třeba stanovit si výzkumné otázky, které zní: „Jaké faktory vedou ke spokojenosti dle pacientů – cizinců v nemocnici?“ a dále: „Jaký je rozdíl v ošetrovatelské péči v ČR a v zemích pacientů – cizinců?“ a „Jaké jsou důsledky imigrační krize na současné ošetrovatelství dle českého zdravotnického personálu?“

K získání nezbytných informací k jednotlivým výzkumným otázkám bylo zvoleno kvalitativní šetření. Byla použita metoda polostrukturovaného rozhovoru, která byla využita k získání informací od probandů, kterými byli žadatelé o azyl či cizinci, kteří již azyl získali. Otázky, které byly pokládány cizincům se zaměřovaly na tři oblasti.

První oblastí byly základní informace o probandech, jako například jejich identifikační údaje, zaměstnání, důvod migrace či nemoci probandů. V první řadě bychom se rádi zabývali příčinami migrace a důvody migrace probandů. Jak ve své publikaci uvádí Drbohlav (2001), který definuje tzv. push and pull faktory, a dále Palát (2014), který tuto migrační teorii dále rozvádí a konkretizuje jednotlivé faktory. Dle Paláta (2014) je jedním z push faktorů například špatná zdravotní péče, což potvrzuje i P6, který tvrdí: „*Dcera má vrozenou vývojovou vadu, fenylketonurii. Na Ukrajině je strašná zdravotní péče. Nic jako transplantace tam není. Byl jsem se ptát jednoho doktora na Ukrajině, který vede transplantační středisko. Ptal jsem se ho, jaké jsou šance a prognóza. Doktor mi řekl, ať se zeptám těch rodin, ve kterých někdo transplantaci absolvoval. Hledal jsem několik dní a našel jsem několik rodin s dětmi, kterým byl transplantován orgán. Žádné dítě nepřežilo ani jeden rok. Naše první dcera byla také nemocná, když byla hodně malá. Odvezli jsme ji do nemocnice. Doktor řekl, že je vše v pořádku a poslal ji i s manželkou domů. Když se nelepšila, odvezli jsme ji znovu do nemocnice, už se ale nedalo nic dělat. Dcera zemřela.*“ Dalším příkladem, který výše uvedení autoři uvádějí, je i nedostatek politické svobody v rodné zemi, jak potvrzuje i P3, který uvádí: „*Myslím si, že politická scéna u nás je plná korupce. Lidé, kteří by chtěli*

na tuto situaci poukázat nebo ji snad změnit, jsou věznění, zastrašování či fyzicky napadání. Jednoho dne manželův kamarád zmizel, nikdo o něm neslyšel. Věděli jsme, že musíme okamžitě pryč.“ Také P7 uvádí: „Pomáhal jsem našim vojákům, kteří bojovali ve válce. Vozil jsem jim tam občas nějaké oblečení a jídlo. Náš stát se o ně vůbec nestaral. Když jsem se naposledy vrátil, už na mě čekali policisté. Řekli mi, že buď zaplatím pokutu za pomoc Rusům, nebo půjdu do vězení. Neměl jsem tolik peněz, abych jim zaplatil, tak jsem musel odjet. Když tady nedostanu azyl, kam půjdu? Domů se vrátit nemůžu.“ Jak uvádí Palát (2014), mezi push faktory patří i náboženská nesvoboda, která může vyústit v pronásledování či vyhrožování smrtí. Toto tvrzení podporuje i výpověď P9: „Měl jsem v Iráku hodně obchodů. Byl jsem obchodník. Jednou jsem viděl, že všechny moje obchody hoří. Prostě je zapálili, protože jsme křesťané. Dcera, když šla ze školy, tak se ocitla blízko bomby. Dosud má ještě na tváři a po těle několik jizev ze „šrapnelů“. Utekli jsme na sever země, tam žijí Kurdové. Mysleli jsme, že budeme v bezpečí, ale museli jsme pokračovat dál do Evropy.“ Nesvoboda nemusí být jen politická či náboženská, ale příčinou migrace může být i odlišná sexuální orientace, která není v mateřské zemi probanda akceptována, jak uvádí P15: „V Rusku jsou lidé s odlišnou sexuální orientací utlačováni, a nejen že je na ně pohlíženo skrz prsty, ale jsou za svou orientaci i trestáni. Nechtěl jsem se stydět za to, kým jsem, tak jsem utekl. Věděl jsem, že Česká republika je v tomto ohledu benevolentní zemí, kde člověk nemusí trpět za to, kým opravdu je a koho má rád.“ Drbohlav a Uherek (2007) se dále zmiňují ve svém článku o migračních sítích, kdy se jedná o sítě, které jsou vytvořené migranty, kteří už dříve emigrovali a mají povědomí o poměrech v nové zemi a s vyřizováním potřebných věcí pro příchod, což potvrzuje i P2, který uvádí důvod výběru právě ČR: „Česko jsem si vybral kvůli známým, kteří jsou ze stejného města. Myslel jsem si, že to pro nás bude lepší, když budeme znát někoho, kdo nové místo zná a ví, jak vyřídít potřebné dokumenty.“ Drbohlav a Uherek (2007) se domnívají, že je v případě imigrace do nové země jednodušší, pokud v té konkrétní zemi cizinec zná někoho, kdo může být nápomocen v nové životní situaci, která je pro migranta náročná, jak po ekonomické stránce, tak i po stránce psychické.

V případě důsledků migrace je důvodný výrok Moreiry (2015), uvedený v článku, že jsou obavy společnosti z potencionálních zdravotních rizik zbytečné, jelikož žádný z dotazovaných probandů se neléčí s žádnou nemocí, jak uvádí např. P7: „Jsem ještě mladý. Je mi 19 let, tak ještě nemůžu být nemocný,“ nebo nemocí, která by byla v ČR ojedinělá, což potvrzuje P8: „Chodím k doktorovi na pravidelné kontroly kvůli „cukru“.

*Občas mám nějaké bolesti, ale to řeším léky, které jsem si přivezla ještě z Iráku.*“ Sice Moreira uvádí (2015), že by bylo možné ohrožení TBC, zvláště u cizinců z Číny či Ruska, dále může být riziková i Ukrajina kvůli rozvratu zdravotní péče, ale toto nebylo potvrzeno. Pavlí a Maltezo (2017) doplňují, že kromě přenosných nemocí, jako jsou respirační, gastrointestinální či dermatologické infekce, mohou uprchlíci trpět také nepřenosnými chorobami včetně chronických či psychických onemocnění. Je samozřejmě logické, že jsme se s cizinci vážně nemocnými či trpícími infekčním onemocněním nemohli setkat, pokud bychom nedělali výzkumné šetření přímo v nemocnici.

Z odpovědí sester je patrné, že si uvědomují důsledky imigrační krize, nejen z ekonomického pohledu, ale zabývají se i dopadem na současné ošetřovatelství. Toto tvrzení dokazuje odpověď S3, který tvrdí: *„Imigrační krize bezpochyby zasáhla i ošetřovatelství. Důsledky jsou z mnoha pohledů. Z oblasti sesterské politiky a managementu – obrovský problém pro efektivně poskytovanou kulturně kompetentní péči v závislosti na standartních ošetřovatelských postupech a hospodárnosti. Problematika překladů, tlumočnicků – je to finančně náročné, tudíž se jedná i o problém finanční, a to zejména v situaci, kdy u sebe cizinec nemá průkaz totožnosti, a v případě vykazování zdravotním pojišťovám. Žijeme v globalizovaném světě, důsledkem je především nepodceňovat vzdělání sester, které jde ruku v ruce s efektivnějším poskytováním kulturně kompetentní péče.*“ Dále oslovení probandi vidí akutní potřebu zlepšit imigrační politiku státu, dbát více na epidemiologii nebo budovat principy transkulturalismu ve zdravotnických zařízeních v ČR či se více zaměřit na vzdělání sester, což dokazuje i výrok S4, který uvádí: *„Reálný důsledek je zamyšlení a konání v oblasti vzdělání, naopak je třeba vzdělání zvyšovat, ne snižovat.*“

Další oblastí byly faktory spokojenosti probandů se zdravotní péčí v ČR. Zde byly pokládány otázky ohledně setkání probandů s nemocnicí či jiným zdravotnickým zařízením, jejich spokojeností s péčí, konflikty či jejich názorem na zdravotnictví ČR. V této části se práce zaměřuje na konflikty, které mohli probandi během hospitalizace v nemocnici či během návštěvy zdravotnického zařízení zaznamenat. Jako hlavní problém, který se nejčastěji objevoval během rozhovorů s probandy, byla jazyková bariéra a nedostatečná jazyková vybavenost zdravotnického personálu, jak například uvádí P8: *„Sice umím trochu anglicky, ale na hodně slov si nevzpomenu. Sestra anglicky neuměla vůbec, museli jsme počkat na doktora, který uměl alespoň trochu. Nakonec jsme se museli domluvit rukama. Ukazovala jsem mu, co mě bolí.*“ Oproti tomu nevyvozujeme,

že by to byl problém pouze ze strany zdravotnického personálu, jelikož někteří probandi ovládají pouze svůj mateřský jazyk nebo mají velmi omezenou schopnost domluvit se některým v Evropě běžně užívaných jazyků, jako je anglický nebo německý jazyk, což potvrzuje i výpověď P14, který uvádí: „*Musela jsem s sebou mít kamarádku, aby mi překládala, ona umí trochu anglicky.*“ Jak uvádí Kutnohorská (2003), celkově se jeví délka pobytu v hostitelské zemi jako významnější faktor pro znalost českého jazyka než příbuznost jazyka pacienta. Dalším rozhodujícím faktorem je i vůle probanda učít se nový jazyk užívaný v hostitelské zemi, jak může potvrdit i P8, která žije v ČR jeden rok a tři měsíce: „*Moc mě baví učit se nový jazyk, ale v mém věku už to nejde tak rychle jako dřív. Navíc charita nám nabízí kurz češtiny jen jedenkrát za týden. Co se člověk může naučit za týden? Ale už umím: „děkuju, prosím, co si přejete“.* Čeština je velmi těžký jazyk. V Německu, kde jsem byla 8 měsíců, jsem absolvovala intenzivní kurz, kde se člověk alespoň něco naučil. Ale všechno má svůj čas.“ Oproti tomu P2, který si žádá o mezinárodní ochranu v ČR dva měsíce, ovládající kromě svého rodného jazyka i ruštinu, nebyl schopen porozumět základním otázkám, které mu byly během rozhovoru kladeny, ani používat základní fráze v češtině i přes to, že se ruština řadí mezi slovanské jazyky. Myslím si, že vhodným řešením by mohla být vyšší dostupnost tlumočnicků hovořících „neevropskými“ jazyky, kteří by byli povinně zaměstnáni ve větších nemocnicích, případně by své služby nabízeli ad hoc pro ostatní zdravotnická zařízení. Dalším řešením by také mohla být větší snaha zdravotnického personálu zdokonalovat se v ovládání základů některého z běžně užívaných evropských jazyků, jako je například anglický či německý jazyk. Jako další řešení vidím ve vytvoření piktogramů, které by se využívaly během komunikace s cizinci. Piktogramy by měly jednoduše znázorňovat alespoň základní problémy, se kterými cizinci přicházejí do nemocnice, jako je například bolest.

Další konflikt, který byl probandy uveden, bylo chování zdravotnického personálu, jak uvádí P10: „*Tato země mi přijde hrozně nepřátelská. Všichni na mě koukají, že jsem jiná. V nemocnici na mě byli doktoři nepříjemní, nikdo mi nic nevysvětlil, neřekl,*“ a P14, který uvádí: „*Doktoři na mě byli nepříjemní, nic mi neřekli. Už bych tam nešla,*“ nebo P3: „*Jen doktorka byla nepříjemná.*“ DeVito (2008) uvádí, že etnické stereotypy jsou stanoviska příslušníků etnických skupin vůči jiným etnickým skupinám, které mohou mít podobu předsudků. Špirudová et al. se zmiňují (2004), že při uskutečňování ošetrovatelské péče je potřeba vzít v potaz pacientovy etnické a kulturní hodnoty, názory a praktiky, které se váží k jeho zdraví i poskytování zdravotnické péče. Pokud si sestra



uvědomí určité rozdílnosti, ale i svoje osobní předsudky, může se jí podařit upravit vlastní chování. Toto se netýká jen všeobecných sester, ale veškerého zdravotnického personálu, který přichází do kontaktu s cizincem – pacientem. Na druhou stranu je třeba výše uvedené konflikty nejen v kulturní odlišnosti posuzovat individuálně a nelze je paušalizovat, protože nám nejsou známy přímé souvislosti, které předcházely vzniku neshody mezi pacientem a ošetřujícím personálem.

V poskytování ošetrovatelské péče je nutné i určité uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb pacienta, jelikož na něho pohlížíme jako na holistickou bytost. S tím souvisí i pojem spokojenost, který by se dal definovat jako vnímání toho, do jaké míry byly splněny požadavky, představy či očekávání toho konkrétního jedince na situaci, kterou prožívá (Půček et al., 2005). Odpovídá-li skutečnost jeho očekávání, je spokojen, v opačném případě je nespokojen. Budeme-li vycházet z Maslowovy pyramidy potřeb (Maslow, 2014) a budou-li uspokojeny základní fyziologické potřeby, jako je potrava a pití, spánek a odpočinek, bude pacient požadovat, aby byly naplněny další pilíře pyramidy, a to potřeba bezpečí, lásky, sounáležitosti a uznání. Tu mu může poskytnout zdravotnický personál během ošetrovatelské péče pomocí empatického a důstojného přístupu s ohledem na jeho kulturní a náboženské potřeby, což potvrzují i Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky (2002) v oddílu 1 „Lidská práva a hodnoty zdravotní péče“ se uvádí, že má každý právo, aby byly respektovány jeho morální a kulturní hodnoty, také náboženské a filozofické přesvědčení. V oddílu 5 nazvaném „Péče a léčba“ se uvádí, že pacienti mají právo, aby se s nimi zacházelo důstojně ve vztahu k jejich diagnóze, léčbě a ošetření, a to při respektování jejich kultury a žebříčku hodnot. Z provedeného výzkumu vyplývá, že zdravotnický personál je ochoten uznávat hodnoty a principy transkulturního ošetrovatelství a projevovat pacientům – cizincům náležitou empatii pouze částečně, což dokazují i výroky P5: *„Vše bylo v pořádku, žádný problém jsem neměl a byl jsem spokojený. Nevybavuji si nic, co bych měl zmínit.“* P2 uvádí: *„Děkuji lékařům, který mě výborně operoval a vše dopadlo dobře.“* P8 uvádí: *„Byla jsem moc spokojená. Všichni byli moc milí, vše bylo v pořádku.“* Oproti tomu jen P10 uvádí: *„Nebyla jsem spokojená. Doktor i sestra se ke mně chovali arogantně. Měla jsem pocit, že neberou vážně, co říkám. Pak mi doktor dal jen dlahu, léky a poslal mě domů.“* Další negativní zkušenost uvádí P14: *„V Rychnově jsem byla nespokojená, protože mi tam nepomohli s mými obtížemi a snažili se mě odbýt, ale v Hradci Králové se mi líbilo. Bylo tam příjemné prostředí a doktoři i sestry na mě byli příjemní.“* K otázce „ideální“ zdravotní péče se někteří probandi vyjádřili tak, že je

to péče, která je v ČR, což potvrzuje výrok P12: „*Ta, kterou jsem viděla tady,*“ nebo P7: „*Měla by být dostupná pro všechny, jako tady.*“ Další názor, který zazněl, uvedl P5: „*Pokud člověk léčí z vlastního zájmu kohokoli, bez ohledu na to, odkud nemocný pochází a jakou má národnost či z jakých podmínek přichází.*“ Další, kdo se k tomu vyjádřil je P10: „*Zdravotní péče by měla být zadarmo a dostupná pro všechny. Člověk by přece neměl platit za to, že chce být zdravý,*“ nebo P1, který uvádí: „*Zdravotní péče by měla být určitě na nějaké odborné výši, měl by být dostatek specialistů. Péče by měla být dostupná pro všechny a v blízkosti bydliště. Každý by měl možnost si zvolit, kým chce být léčen, měl by vědět, co mu je a jak by se to dalo léčit.*“ Z výše uvedených odpovědí vyplývá, že faktory, které vedou ke spokojenosti pacientů – cizinců spočívají v dostupnosti zdravotní péče, která by byla plně hrazená pro všechny bez ohledu na národnost, rasu či náboženské vyznání. Jako zásadní se jeví i odbornost zdravotnického personálu a možnost výběru nejen zdravotnického zařízení, ale i zdravotnického personálu, který se bude podílet na léčbě pacienta – cizince.

Poslední oblastí bylo porovnání zdravotní péče v ČR a rodné zemi probandů, kde se vyskytly informace o zdravotní péči v rodné zemi probandů nebo jak by si představovali „ideální“ péči. V první řadě bude představeno hodnocení zdravotní péče v ČR založené na základě analýzy rozhovorů s jednotlivými probandy. K této otázce se všichni probandi vyjadřovali kladně, jak uvádí například P1: „*Příjemně mě překvapila vysoká úroveň lékařů a ostatního zdravotního personálu. Myslím, že máte opravdu kvalitní zdravotnictví.*“ To doplňuje i P3: „*Je tu kvalitní péče. U nás doma takto vybavené nemocnice rozhodně nejsou,*“ či P6: „*Myslím si, že je tady zdravotní péče na vysoké úrovni. Je tu mnoho specialistů, kteří vědí, co dělat a mají vyšší kompetence než lékaři u nás doma.*“ Kromě vysoké úrovně a odbornosti lékařů se P10 vyjádřila i ke zdravotnímu pojištění: „*Je dobře, že je tu zdravotní péče dostupná pro všechny. U nás je zdravotní péče placená a jsou některé zákroky, které si nemůžeme dovolit.*“ Jak vyplývá ze zákona č. 290/2017 Sb., O veřejném zdravotním pojištění, který hovoří o tom, že je žadatelům o mezinárodní ochranu, azylantům a osobám s doplňkovou ochranou zaručena stejná zdravotní péče jako občanům ČR, tedy je jim běžná zdravotní péče hrazena pojišťovnou.

Dále bude představen pohled na zdravotnický systém v mateřské zemi probandů, který uvedli během rozhovorů při výzkumném šetření. Většina probandů vnímá zdravotnický systém ve své zemi negativně, což potvrzují i výroky P2, který uvádí: „*Zdravotní péče je zde docela špatná. Je nekvalitní a těžko dostupná.*“ Tento výrok

potvrzují i Akopyan, Sahakyan a Petrosyan (2016), kteří ve svém článku pojednávajícím o ošetrovatelské praxi v Arménii uvádějí, že se ošetrovatelská praxe prakticky nezměnila od doby SSSR. Dále tvrdí, že sestry mají omezenou účast v klinické praxi, neexistují zde žádné normy týkající se ošetrovatelské praxe. Nízké mzdy, špatné pracovní podmínky a nedostatečná vybavenost nemocnic vedou ke snížení stavu sester v Arménii. Důsledkem toho je nedostatečná zdravotnická péče či dostupnost kvalitní péče. Dalším, kdo se ke zdravotnické péči ve své zemi vyjadřuje je P10, který uvádí: „*Péče v naší zemi je špatná, hodně špatná. Od roku 2013 to je stále horší a horší. Ted' už tam není žádná. Všechno je zničené. Oni říkali všem sestřím a doktorům, jděte pryč ze země a najděte si práci jinde, takže ted' už tam nemá kdo pomáhat,*“ či P7: „*Péče na Ukrajině je placená, a není tím pádem dostupná pro všechny. Co se týká kvality? To nemůžu posoudit, naposledy jsem byl v nemocnici jako dítě, a nepamatuji si, že by byly tehdy nějaké problémy, ani mamka nic neříkala. Ale slyšel jsem, že je ted' normální, že si mnoho doktorů ten diplom jen koupí, a pak to podle toho vypadá. Sestry jsou u nás, no, jak které, některé jsou dobré, některé jsou špatné.*“ Oproti tomu jediný P1 hodnotí zdravotní péči v jeho rodné zemi spíše kladně, což potvrzuje i jeho výrok: „*Není vůbec špatná, ale je to velký stát a někdy je problém najít kvalitního doktora v blízkosti bydliště.*“ Jak uvádí Goodyear (2012), Rusko čelilo nedostatku kvalifikovaných všeobecných sester z důvodu nízké mzdy, stárnoucího personálu i narůstajících zdravotních potřeb. Těmto problémům se rozhodla věnovat RNA neboli Russian Nurses Association, která si dala za cíl zlepšit ošetrovatelství v Rusku tím, že vytváří standardy pro vzdělávání a praxi sester a zvyšuje úroveň ošetrovatelského výzkumu, který přispěje ke zlepšení zdravotnické péče.

Pokud bychom porovnávali výsledky odpovědí probandů k otázkám zdravotní péče v ČR a v jejich rodné zemi, mohli bychom z toho odvodit, že zdravotnický systém v ČR je dle probandů kvalitně koncipován. Na rozdíl od systému zdravotnické péče v rodné zemi probandů je tento systém v ČR nastaven tak, že je zdravotní péče v ČR plně hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Dále vidíme odlišnost v porovnání s mateřskými zeměmi probandů i v kompetencích, odbornosti a kvalitě poskytované zdravotní péče, jakožto i ve vybavení zdravotnických zařízení.

## 6 Závěr

V současné době se do ČR stěhuje stále více cizinců z jiných zemí, s odlišnou kulturou a tradicemi, a vzhledem k tomu je nutné tuto skutečnost přijmout a přizpůsobit se jí i v ošetrovatelství. K pochopení odlišné kultury cizinců a ošetrovatelské péči se věnuje transkulturní ošetrovatelství. Tato bakalářská práce „Důsledky imigrační krize na současné ošetrovatelství“ se problematikou transkulturního ošetrovatelství zabývá a analyzuje informace, které byly získány během realizace výzkumného šetření s probandy.

Cílem této bakalářské práce bylo zmapovat důsledky imigrační krize na současné ošetrovatelství a jejich popis. Z výsledků empirického výzkumu vyplynulo, že oslovení probandi hodnotí systém zdravotní péče v ČR, i zdravotní péči jako takovou, kladně. Zejména oceňují kvalitní vybavenost nemocnic a jiných zdravotnických zařízení, dobrou dostupnost lékařské péče i kvalitu a vysokou odbornost a kompetentnost lékařů. Dále z analýzy rozhovorů vyplynulo, že se během zdravotní péče objevily komplikace při komunikaci mezi zdravotnickým personálem a ošetrovaným z důvodu jazykové bariéry, která ale byla vyřešena pomocí jiného zdravotnického personálu hovořícího společným jazykem, nebo pomocí neverbální komunikace. Právě jazyková bariéra může být chápána jako největší úskalí při ošetrování pacienta – cizince. Z výsledků výzkumného šetření se sestrami vyplynulo, že většina oslovených probandů si uvědomuje důležitost transkulturního ošetrovatelství, tedy důležitost poskytování pacientům – cizincům kulturně ohleduplnou a uzpůsobenou péči. Také přikládají důležitost vysokoškolského vzdělání, které je na péči i komunikaci s pacienty – cizinci připravilo. Je překvapující, že oblast komunikace pro probandy nebyla takovou překážkou jako pro pacienty – cizince.

Přínosem této bakalářské práce je pro zdravotnický personál především zvýšení povědomí o příčinách migrace a jejich důsledcích. Dále může být za přínos práce považováno i zvýšení informovanosti nejen zdravotnického personálu o důvodech migrace cizinců z jejich mateřské země, a tím i umocnit pochopení pro motivaci cizince k opuštění rodné země a následné migrace do ČR. Dalším přínosem bakalářské práce může být vytvoření rozsáhlejší studie zabývající se důsledky imigrační krize na současné ošetrovatelství, která může sloužit k porovnání s výsledky s touto bakalářskou prací.

Dosažené výsledky výzkumného šetření lze v praxi použít pro odstranění tzv. halo efektu, vznikajícího při setkání s jinou národností v ošetrovatelství, a například

i k pochopení jejich kultury a zlepšení ošetrovatelské péče o cizince prostřednictvím zjištění jejich potřeb, a tím i lepší komunikace s nimi. Vhodné by bylo problematiku ošetrovatelské péče o cizince zpracovat detailněji, například oslovením většího počtu probandů ve výzkumném vzorku, ať už z řad cizinců nebo všeobecných sester a vzájemně tyto informace porovnat. Je možné předpokládat, že by další informace a poznatky o problematice ošetrování cizinců mohly zlepšit ošetrovatelskou péči o ně a tím i zvýšit spokojenost při poskytování zdravotní péče, jak ze stran všeobecných sester, tak i ze strany cizinců.

Výstupem této bakalářské práce bude mimo jiné také informační brožura pro cizince, která byla vytvořena za účelem zvýšení informovanosti hospitalizovaných pacientů – cizinců, popřípadě těch, kteří by mohli být potenciálně hospitalizováni. Tato informační brožura bude mít za cíl zvýšit povědomí pacientů – cizinců o zdravotnickém systému ČR, a dále by měla informovat o práci lékařů, sester a dalšího nelékařského zdravotnického personálu. Na závěr je uveden slovníček základních frází, které by mohly být využity při komunikaci se zdravotnickým personálem.

## 7 Seznam literatury

1. AKOPYAN, K., SAHAKYAN, S., PETROSYAN V., 2016. Nursing practice in Armenia: A Nationwide Qualitative Assessment 2016: Kristina Akopyan, *European Journal of Public Health*, Volume 26, Issue 1 [online]. *European Journal of Public Health* [cit. 30. 4. 2018] ckw169.070, Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw169.070>
2. ANTOŠOVÁ, Š., 2016. *10 otázek a odpovědí – migrační krize* [online]. Praha: Amnesty International [cit. 15. 04. 2018]. Dostupné z: <https://www.amnesty.cz/migrace/migrace-myty-a-fakta>
3. BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V., 2009. *Výzkum a ošetrovatelství*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.
4. BIER, D., 2016. Proč se tolik uprchlíků topí? A proč neletí? In: JANÁČKOVÁ, S., SKOPEČEK J., SLANÝ M. et al., *Masová imigrace: záchrana, nebo zkáza Evropy?*. Praha: Institut Václava Klause. s. 215–219. ISBN 978-80-87806-95-1.
5. BOGUE, D. J., 1963. *Techniques and Hypotheses for the Study of Differential Migration: some Notes from an Experiment with U. S. Data*. International Population Conference.
6. BOUDON, R. et al., 2004. *Sociologický slovník*. Olomouc: Univerzita Palackého. s. 110-111. ISBN 80-244-0735-3.
7. BUŽGOVÁ, R., PLEVOVÁ I., 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 9788024735573.
8. Člověk v tísní, 2017. *Migrace v číslech* [online]. Praha: Člověk v tísní [cit. 15. 04. 2018]. Dostupné z: <https://www.clovekvtisni.cz/co-delame/migrace-v-souvislostech/migracni-statistiky-4518gp>

9. DEVITO, J. A., 2008. *Základy mezilidské komunikace*. 6. vydání. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-2018-0.

10. DOBIÁŠOVÁ, K. et al., 2004. *Průvodce systémem zdravotní péče České Republiky - Informační příručka pro cizince*. 3. vydání. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotnické politiky a ekonomie. 40 s. ISBN 80-86625-22-2.

11. DRBOHLAV, D., 2001. Mezinárodní migrace obyvatelstva – pohyb i pobyt (Alenky v kraji divů). In: ŠÍŠKOVÁ, T. (ed). *Menšiny a migranti v České republice: my a oni v multikulturní společnosti 21. století*. Praha: Portál. s. 17-31. ISBN 80-7178-648-9.

12. DRBOHLAV, D., UHEREK, Z., *Reflexe migračních teorií*. [online]. Praha: Přírodovědecká fakulta Univerzity Karlovy [cit 24. 03. 2018]. Dostupné z: <http://web.natur.cuni.cz/ksgrrsek/illegal/clanky/UherekTeorie.pdf>

13. DUDKOVÁ, L. (ed.), 2009. Migrace a azyl. In: DUDKOVÁ, L. (ed). *MULTI KULTI: Menšiny v ČR*. Metodická příručka pro střední školy. Olomouc: Agentura rozvojové a humanitární pomoci Olomouckého kraje, o. p. s. s. 7-12. ISBN 978-80-254-5583-8.

14. EUROPEAN TRANSKULTURAL NURSING ASSOCIATION, ©2015-2017. [online] Itálie: ETNA [cit. 25. 04. 2018] Dostupné z: <http://europeantransculturalnurses.eu/about-etna/>

15. FRANC, A., 2010. *Soudobé poznatky a teoretické přístupy k migraci* [online]. Praha: Národní ústav pro vzdělávání [cit. 25. 03. 2018]. Dostupné z: <http://clanky.rvp.cz/clanek/o/g/9445/soudobepoznatky-a-teoreticke-pristupy-k-migraci.html>.

16. FREIOVÁ, M., 1993. *Uprchlická otázka a my*. Praha: Občanský institut. 43 s. ISBN 80-900190-6-4.

17. FRIŠTENSKÁ, H., DLUHOŠOVÁ, H., 2004. *Právní průvodce pro cizince žijící v ČR*. Praha: Slovo 21. 75 s. ISBN neuvedeno.

18. FRONTEX, ©2017. *Migratory Map* [online]. Varšava: Frontex [cit. 15. 04. 2018]. Dostupné z: <https://frontex.europa.eu/along-eu-borders/migratory-map/>
19. GOODYEAR, R., 2012. *Nursing in Russia: Steps Forward for the Profession*. [online]. The Journal for Nurse Practitioners [cit. 30. 04. 2018]. ISSN: 1555-4155. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=12&sid=caaf55cc-b457-44e8-b93f-dffa7c807578%40sessionmgr120&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=S155541551100568X&db=edselp>
20. HALL, E. T., 1990. *The hidden dimension*. New York: Anchor Books. 240 p. ISBN 978-0385084765.
21. HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. 408 s. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.
22. IVANOVÁ, K., ŠPIRUDOVÁ, L., KUTNOHORSKÁ, J., 2005. *Multikulturní ošetrovatelství I*. Praha: Grada Publishing. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.
23. JANDOUREK, J., 2012. *Slovník sociologických pojmů*: 610 hesel. Praha: Grada. 158 s. ISBN 978-80-247-3679-2.
24. JAROŠOVÁ, D., 2003. *Vybrané ošetrovatelské modely a teorie*. Ostrava: Ostravská univerzita. 75 s. ISBN 80-7042-339-0.
25. JUNGWIRTH, T. et al., 2015. *Analýza uprchlictví a migrace do Evropy – trendy a příčiny* [online]. Praha: Strana zelených [cit. 14. 04. 2018]. Dostupné z: <http://lidskaprava.zeleni.cz/analyza-uprchlictvi-a-migrace-do-evropy-trendy-a-priciny/>
26. KALIBOVÁ, K., PAVLÍK Z., VODÁKOVÁ A., (eds). 2009. *Demografie (nejen) pro demografy*. 3. vydání, přepracované. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). 66 s. ISBN 978-80-7419-012-4.
27. KING, R., 2008. *Atlas lidské migrace*. Praha: Mladá fronta. 192 s. ISBN 978-80-204-



1706-0.

28. KLAUS, V., WEIGL, J., 2015. *Stěhování národů s.r.o.: stručný manuál k pochopení současné migrační krize*. Velké Přílepy: Olympia. 87 s. ISBN 978-80-7376-422-7.

29. KOLEKTIV AUTORŮ, 2003. *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče. Respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu*. Ostrava: Ostravská Univerzita. 129 s. ISBN 80-7042-344-7.

30. KOŠKOVÁ, J., ELIÁŠOVÁ, A., 2006. *Transkulturne ošetrovatelstvo a jeho zakladateľka Madeleine Leininger*. In: Molisa – ošetrovatel'ské listy Šariša. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove. ISBN 80-8068-480-4.

31. KROPÁČEK, J., 2018. *Grafika: Kudy míří migranti do Evropy a kolik jich je. Podívejte se na přehled kroků EU* [online]. Praha: Economia, a. s. [cit. 15. 04. 2018]. Dostupné z: <https://zpravy.aktualne.cz/zahranici/evropsky-parlament/unie-se-snazi-omezit-priliv-migrantu-z-afriky-je-uspesna/r~514fac420a8611e894960cc47ab5f122/?redirected=1523705441>

32. KUNEŠOVÁ, H., CIHELKOVÁ, E. et al., 2006. *Světová ekonomika nové jevy a perspektivy*. 2. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Nakladatelství C. H. Beck. 319 s. ISBN 80-7179-455-4

33. KUTNOHORSKÁ, J., 2003a. *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče a respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti*. In: JAROŠOVÁ et al., *Trendy v ošetrovatelství II*. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. s. 66–71. ISBN 80-7042-341-2.

34. KUTNOHORSKÁ, J., 2003b. *Etické aspekty a komunikační etiketa v multikulturním ošetrovatelském přístupu*. In: MASTILIAKOVÁ, D. et al. *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče a respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu. Implementace multikulturního přístupu do výuky ošetrovatelství*. Ostrava: Repronis. s. 66–79. ISBN 80-7042-344-7.

35. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
36. KUTNOHORSKÁ, J., 2013. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*, Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4413-1.
37. LEE, E. S., 1996. *Theory of Migration* [online]. University of Pennsylvania [cit. 25. 03. 2018]. Dostupný z: <http://www.jstor.org/pss/2060063>.
38. LEGGERI, F., 2017. *Tok migrantů neutuchá, pašeráci už si přišli na miliardy* [online]. Praha: Borgis, a. s. [cit. 15. 04. 2018]. Dostupné z: <https://www.novinky.cz/zahranicni/441950-tok-migrantu-neutucha-paseraci-uz-si-prisli-na-miliardy.html>
39. LEININGER, M. M., MCFARLAND, M. R., 2002. *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research & Practice*. 3rd ed. New York: McGraw-Hill Medical Publishing Division. 621 P. ISBN 0-07-135397-6.
40. MASLOW, A. H., 2014. *O psychologii bytí*. Praha: Portál, 317 s. ISBN 978-80-262-0618-7.
41. MASTILIAKOVÁ, D., 2005. *Model kulturní péče Madeleine Leiningerové*. Diagnóza v ošetrovatelství, roč. 1, č. 3. s. 129 – 132. ISSN 1801-1349.
42. MÍKA, R., 2015. „Arabské jaro“ začalo před pěti lety v Tunisku, změnilo se na „arabskou zimu“ [online]. Praha: Security Media, s.r.o. [cit. 14. 04. 2018]. Dostupné z: <https://www.securitymagazin.cz/zpravy/arabske-jaro-zacalo-pred-peti-lety-v-tunisku-zmenilo-se-na-arabskou-zimu-1404048438.html>
43. MILENKOVIČOVÁ, I., 2015. *Evropu zaskočila masivní uprchlická vlna* [online]. Praha: Mafra, a.s. [cit. 14. 04. 2018]. Dostupné z: [https://www.lidovky.cz/evropu-zaskocila-masivni-uprchlicka-vlna-fg2-/zpravy-svet.aspx?c=A151221\\_094113\\_ln\\_zahranici\\_msl](https://www.lidovky.cz/evropu-zaskocila-masivni-uprchlicka-vlna-fg2-/zpravy-svet.aspx?c=A151221_094113_ln_zahranici_msl)

44. Ministerstvo vnitra České republiky, © 2017. *Terminologický slovník* [online]. Praha: Ministerstvo vnitra České republiky [cit. 26. 11. 2017]. Dostupné z: <http://www.mvcr.cz/clanek/terminologicky-slovník.aspx>.
45. Ministerstvo vnitra České republiky, © 2018. *Bezpečnostní aspekty migrace* [online]. Praha: Ministerstvo vnitra České republiky [cit. 05. 04. 2018]. Dostupné z: <http://www.mvcr.cz/cthh/clanek/bezpecnostni-aspekty-migrace.aspx>.
46. Ministerstvo vnitra České republiky, Odbor azylové a migrační politiky, ©2018, *Mezinárodní ochrana* [online]. Praha: Ministerstvo vnitra České republiky [cit. 15. 04. 2018]. Dostupné z: <http://www.mvcr.cz/clanek/mezinarodni-ochrana-253352.aspx?q=Y2hudW09MQ%3d%3d>
47. MOREIRA, V., 2015. Migrace uprchlíků a s ní spojená zdravotní rizika. In: *Tuberkulóza. Zdravě* [online]. Praha: Economia a.s. [cit. 05. 04. 2018]. Dostupné z: <https://tuberkuloza.zdrave.cz/migrace-uprchliku-a-s-ni-spojena-zdravotni-rizika/>
48. Ozdravotnictví.cz, *O nemocnicích* [online]. Praha: NM Agency s.r.o. [cit. 23. 04. 2018] Dostupné z: <https://www.ozdravotnictvi.cz/nemocnice/>
49. PALÁT, M., 2014. *Determinanty vzniku migrace a statistiky cizinců v Evropské unii*. Ostrava: Key publishing. 71 s. ISBN 978-80-7408-031-9.
50. PALÁT, M., 2015. *Mezinárodní migrace a ekonomika v Evropské unii: vývoj, determinanty, politiky a trendy*. Ostrava: Key Publishing. 94 s. ISBN 978-80-7418-230-3.
51. PARNWELL, M., 1993. *Population movements and the Third World*. New York: Routledge. 158 p. ISBN 978-0415-06-953-3.
52. PAVLÁSEK, J., 2015. *Válka s Islámem*. Týn nad Vltavou: Nová Forma. 49 s. ISBN: 978-80-7453-619-9.
53. PAVLI, A., MALTEZOU, H., *Health problems of newly arrived migrants and*

*refugees in Europe* [online]. Journal of Travel Medicine [cit. 30. 04. 2018]. ISSN: 11951982. Dostupné z:

<http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=0&sid=46f62e8b-44a3-437a-9523-9a6b5901aa2c%40sessionmgr103&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT11ZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=000400904000008&db=edswsc>

54. PAVLÍKOVÁ, S., 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada. 150 s. ISBN 80-247-1211-3.

55. POKORNÁ, A., 2008. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 100 s. ISBN 978-80-7013-466-5.

56. PŮČEK, M., 2005. *Měření spokojenosti v organizacích veřejné správy: soubor příkladů*. Praha: Ministerstvo vnitra České republiky, úsek veřejné správy, odbor modernizace veřejné správy. ISBN 80-239-6154-3.

57. RABUŠIC, L., BURJANEK A., 2003. *Imigrace a imigrační politika jako prvek řešení české demografické situace?*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, výzkumné centrum Brno. 58 s. ISBN 80-239-2257-2.

58. ROLNÝ, I., LACINA L., 2008. *Globalizace, etika, ekonomika*. 3. vydání, Ostrava: Key Publishing. 281 s. ISBN 978-80-87071-62-5.

59. SCHWARTZ, S., 1999. *A Dynamical Systems Model of Human Affective Fluctuations* [online]. University of Wisconsin: Sprott's Gateway [cit. 23. 04. 2018] Dostupné z: <http://sprott.physics.wisc.edu/lectures/paper263/tsld002.htm>

60. SIMMONS, A., 1987. Explaining migration: Theory at the crossroads. In: DUCHÊNE, J. (ed). *Explanation in the Social Science: The Search for Causes in Demography*. Louvain-la-Neuve: Université catholique de Louvain, p. 73–92. ISBN 287-08-5196-0.

61. Správa uprchlických zařízení Ministerstva vnitra České republiky, © 2017. *Statistika*

*příchodů do AZ a do ZZS v roce 2016* [online]. Praha: Ministerstvo vnitra České republiky, Správa uprchlických zařízení [cit. 15. 04. 2018]. Dostupné z: <http://www.suz.cz/co-delame/provoz-zarizeni/pos-kostelec/>

62. Správa uprchlických zařízení Ministerstva vnitra České republiky, © 2017. *ZZS Vyšní Lhoty* [online]. Praha: Ministerstvo vnitra České republiky, Správa uprchlických zařízení [cit. 15. 04. 2018]. Dostupné z: <http://www.suz.cz/co-delame/provoz-zarizeni/zzc-vysni-lhoty/>

63. STANĚK, M., 2017. Humanitární krize a občanská válka v Sýrii: dopady a vliv na migrační krizi v Evropě. In: *Kontakt – časopis pro ošetrovatelství a sociální vědy ve zdraví a nemoci* [online]. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích [cit. 25. 04. 2018]. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20171121152636965373.pdf>

64. Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky, 2002. *Povědomí o výzkumu v praxi sestry a porodní asistentky*. Ministerstvo zdravotnictví ČR. ISBN 80-85047-23-3.

65. ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ J., 2009. *Základní otázky komunikace: Komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.

66. ŠPIRUDOVÁ, L. et al., 2004. *Pečujeme o klienty odlišných etnik a kultur*. Transkulturní péče v praxi, aneb jak překonávat komunikační a kulturní bariéry při péči o pacienty odlišných etnik a kultur [online]. Praha: META, o.p.s. [cit. 22. 04. 2018]. Dostupné z: [http://www.meta-ops.cz/sites/default/files/pecujeme\\_o\\_klienty\\_odlisnych\\_etnik\\_a\\_kultur.pdf](http://www.meta-ops.cz/sites/default/files/pecujeme_o_klienty_odlisnych_etnik_a_kultur.pdf)

67. ŠPIRUDOVÁ, L. et al., 2006. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 248 s. ISBN 80-247-1213-X.

68. ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ K. et al., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických*

*vědách*. 2. vydání. Praha: Portál. 377 s. ISBN 978-80-262-0644-6.

69. TÓTHOVÁ, V. et al., 2012. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: Triton. 277 s. ISBN 978-80-7387-645-6.

70. UHEREK, Z., 2015. Úvod. In: UHEREK, Z. et al., *Migrace: Historie a současnost*. Ostrava: Občanské sdružení PANT, s. 7–12. ISBN 978-80-905942-9-6.

71. Úmluva o právním postavení uprchlíků, 1951 [online]. Organizace spojených národů [cit. 05. 04. 2018]. Dostupné z: <https://www.osn.cz/wp-content/uploads/2015/03/uprchlici.pdf>

72. UNHCR, *Mediterranean Situation* [online]. The UN Refugee Agency [cit. 15. 04. 2018]. Dostupné z: <http://data2.unhcr.org/en/situations/mediterranean>.

73. Ústav pro jazyk český Akademie věd České republiky, © 2008–2018. *Internetová jazyková příručka* [online]. Praha: Akademie věd České republiky [cit. 10. 08. 2018]. Dostupné z: <http://prirucka.ujc.cas.cz/?id=d%C5%AFsledek>.

74. VELÍŠEK, Z., 2017. *Oni zblízka, my pod drobnohledem: svědectví o migraci a integraci*. Praha: Grada. s. 142–158. ISBN 978-80-271-0661-5.

75. VODÁČKOVÁ, D. et al., 2002. *Krizová intervence*. Praha: Portál. 544 s. ISBN 80-7178-696-9.

76. Zákon č. 147/2016 Sb., O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, 2016. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 58, s. 2634-2641. ISSN 1211-1244.

77. Zákon č. 222/2017 Sb., O pobytu cizinců na území České republiky a o změně některých zákonů, 2017. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 81, s. 2450-2483. ISSN 1211-1244.

78. Zákon č. 290/2017 Sb., O veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění

některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, 2017. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 102, s. 3186-3188. ISSN 1211-1244.

79. Zákon č. 314/2015 Sb., O azylu a o změně některých zákonů, 2015. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 133, s. 4202-4261. ISSN 1211-1244.

80. Zdravotní pojištění, © 2011 – 2018. [online]. Sdružení pro integraci a migraci. [cit. 05. 04. 2018]. Dostupné z: <http://www.migrace.com/cs/poradna/informace-pro-cizince/cizinci-ze-zemi-mimo-eu/zdravotni-pojisteni-3>

## 8 Seznam příloh a obrázků

Uvedené přílohy jsou dostupné na CD, které je přiloženo k bakalářské práci.

Příloha 1	Okruh otázek pro kvalitativní výzkumné šetření – probandi
Příloha 2	Okruh otázek pro kvalitativní výzkumné šetření – sestry
Příloha 3	Přepis rozhovorů – probandi
Příloha 4	Přepis rozhovorů – sestry
Příloha 5	Otevřené kódování
Příloha 6	Schéma modelu M. Leininger – Model vycházejícího slunce
Příloha 7	Schéma modelu J. N Giger a R. E. Davidhizar – Model ošetrovatelského posuzování



## 9 Seznam zkratk

ČR	Česká republika
ČSÚ	Český statistický úřad
ETNA	European Transcultural Nurses Association
EU	Evropská unie
HDP	Hrubý domácí produkt
OSN	Organizace spojených národů
RNA	Russian Nurses Association
SZU	Státní zdravotní ústav
TBC	Tuberkulóza
UNHCR	The United Nations High Commissioner for Refugeed
WHO	World Health Organization, Světová zdravotnická organizace

Vážený pane, Vážená paní,

Jmenuji se Lucie Buiová, a studuji obor Všeobecná sestra na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Nyní dokončuji moji bakalářskou práci na téma: Důsledky imigrační krize na současné ošetrovatelství.

Ráda bych s Vámi udělala rozhovor o problematice ošetrovatelství v České republice. Zajímá mě Váš názor na ošetrovatelství v České republice, Vaše zkušenosti, ať už negativní či pozitivní, dále Vaše zkušenost s ošetrovatelskou péčí ve Vaší rodné zemi.

Chtěla bych Vám říct, že použité informace, které mi poskytnete budou zcela anonymní a použiji je pouze pro můj výzkum k bakalářské práci. Pokud by se objevily otázky, na které by Vám bylo nepříjemné odpovídat, prosím, řekněte mi to, a otázku přeskočíme.

Děkuji Vám za Vámi poskytnuté informace, čas i ochotu spolupracovat.

- 1) Setkal jste se během Vašeho pobytu v ČR s nemocnicí či zdravotním střediskem?
- 2) Byl jste tam hospitalizován? Pokud ano, tak jak dlouho? S čím?
- 3) Byl jste ještě před tím hospitalizován? Pokud ano, tak jak dlouho? S čím?
- 4) Měl jste během Vašeho pobytu v nemocnici či zdravotním střediskem nějaký problém? (Například jídlo, prostředí, jiní pacienti). Pokud ano, popište prosím situaci a řešení problému.
- 5) Měl jste během Vašeho pobytu v nemocnici problém či konflikt se zdravotním personálem nebo lékaři? Pokud ano, prosím popište situaci a řešení problému.
- 6) Jak se k Vám během Vašeho pobytu v nemocnici choval zdravotní personál a lékaři?
- 7) Jak se zdravotní personál a lékaři chovali k Vaším příbuzným?
- 8) Mohla Vás návštěva navštěvovat dle Vašich potřeb?
- 9) Máte nějaké náboženské rituály?
- 10) Mohl jste vykonávat rituály dle Vašeho náboženství?
- 11) Co Vás příjemně či nepříjemně překvapilo nebo potěšilo?
- 12) Jaká jsou dle Vás pozitiva a negativa ošetrovatelské péče českého zdravotnictví?
- 13) Jsou nějaké ošetrovatelské výkony v českém zdravotnictví, které jsou Vám

nepříjemné? Popřípadě, jaký na ně máte názor.

14) Je Vám nepříjemné, když Vás ošetřuje zdravotní personál opačného pohlaví?

15) Jsou nějaké oblasti otázek či otázky, na které je Vám nepříjemné odpovídat?

16) Jak vypadá zdravotní péče ve Vaší rodné zemi?

17) Jak podle Vás vypadá ideální zdravotní péče?

18) Osobní anamnéza – Prosím uveďte mi Váš věk, vzdělání a koníčky. Uveďte mi, prosím, jakými jazyky mluvíte.

19) Osobní anamnéza – Léčíte se dlouhodobě s nějakou nemocí?

20) Osobní anamnéza – Jaké bylo Vaše povolání v rodné zemi?

21) Osobní anamnéza – Prosím uveďte mi Vaši délku pobytu v ČR. Z jaké země pocházíte? A proč jste si zvolil/a zrovna ČR? Jaký byl důvod Vaší migrace?

22) Osobní anamnéza - Máte zde ještě další příbuzné? Prosím řekněte mi něco o své kultuře a náboženství.

Vážený pane, Vážená paní,

Jmenuji se Lucie Buiová, a studuji obor Všeobecná sestra na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Nyní dokončuji moji bakalářskou práci na téma: Důsledky imigrační krize na současné ošetřovatelství.

Ráda bych s Vámi udělala rozhovor o problematice ošetřování pacientů – cizinců v České republice. Zajímá mě Váš názor na ošetřovatelskou péči, ať už přímou či nepřímou, Vaše zkušenosti a Váš názor na imigrační krizi.

Chtěla bych Vám říct, že použité informace, které mi poskytnete budou zcela anonymní a použiji je pouze pro můj výzkum k bakalářské práci. Pokud by se objevily otázky, na které by Vám bylo nepříjemné odpovídat, prosím, řekněte mi to, a otázku přeskočíme.

Děkuji Vám za Vámi poskytnuté informace, čas i ochotu spolupracovat.

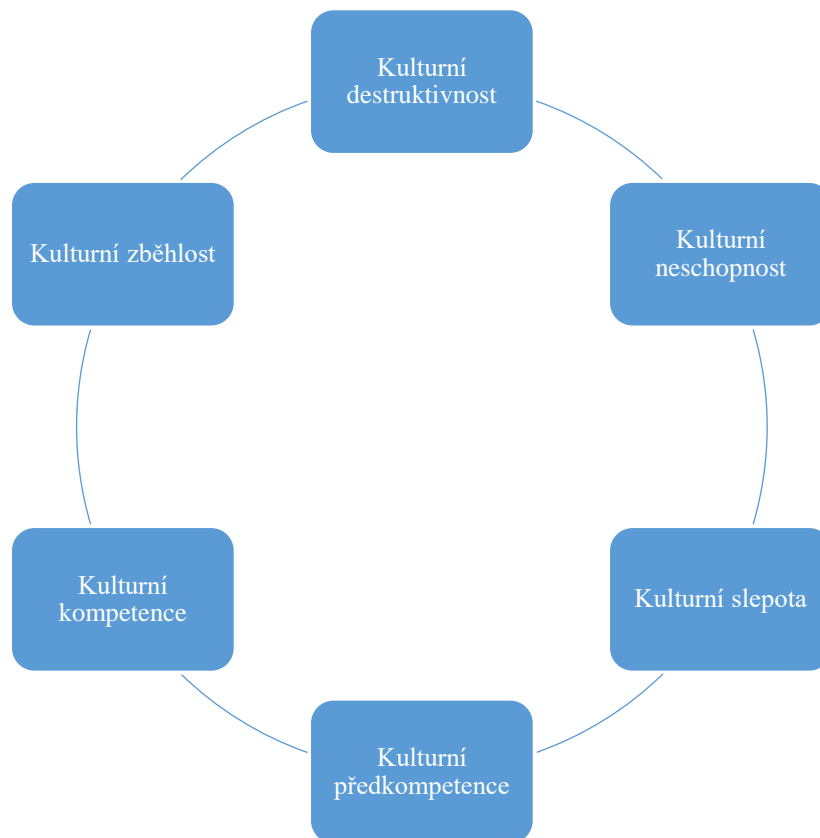
- 1) Identifikační údaje – pohlaví, věk, vzdělání, praxe v oboru
- 2) Setkala jste se během Vaší praxe v nemocnici či jiném zdravotnickém zařízení s cizincem? Co Vás překvapilo, ať už příjemně, či nepříjemně.
- 3) Během přípravy na Vaše povolání či praxe, měla jste nějaký předmět nebo školení o péči o cizince?
- 4) Kde se nacházíte dle Vašeho mínění na níže uvedeném schématu?
- 5) Co si myslíte, že cizinci od ošetřovatelství očekávají?
- 6) Jaké jsou podle Vás reálné důsledky imigrační krize na současné ošetřovatelství?
- 7) Myslíte si, že je problém s ošetřovatelskou péčí o cizince v přímé nebo nepřímé péči?

Po přečtení výsledků bakalářské práce

- 8) Po přečtení výsledků bakalářské práce, je něco, co Vás překvapilo v odpovědích?
- 9) Je nějaká oblast, kde byste viděla rozvoj Vašich schopností o péči o cizince?
- 10) Kde se nacházíte dle Vašeho mínění na níže uvedeném diagramu po přečtení výsledků bakalářské práce?
- 11) Myslíte si, že Vás příprava na budoucí povolání, popřípadě školení, dostatečně připravili na komunikaci s cizinci?

12) Jaké jsou dle Vašeho názoru důsledky imigrační krize na současné ošetrovatelství?

13) Je něco, co byste chtěla dodat?



Vlastní úprava ze zdroje:

Špirudová, L. et al., 2006. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 248 s. ISBN 80-247-1213-X.

Legenda:

Kulturní destruktivnost

Nadřazenost jedné kultury a ničení ostatních

Kulturní neschopnost

Neschopnost pomáhat lidem odlišných kultur z důvodu neuznání významných kulturních kompetencí

Kulturní slepota

Uznání potřeb na základě kultury a snaha o jejich naplnění

Kulturní předkompetence

Popření kulturních rozdílů

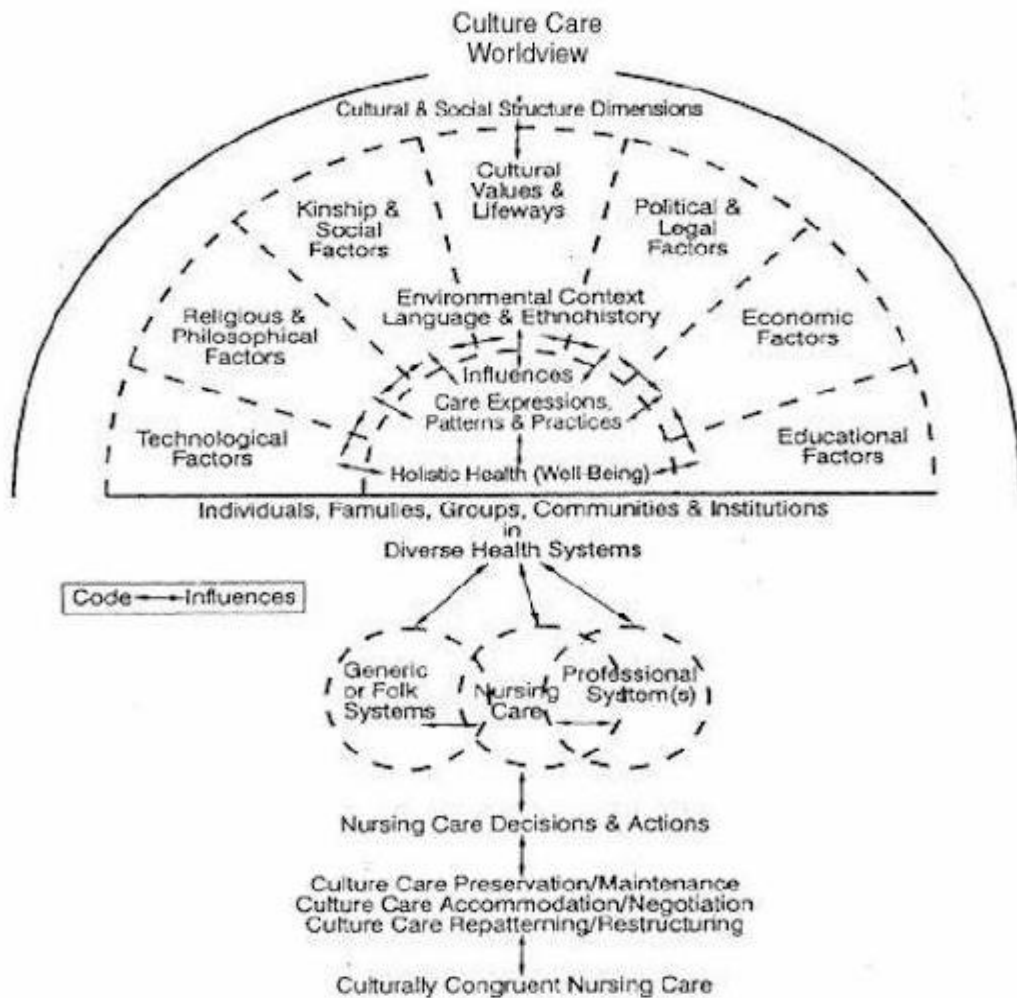
Kulturní kompetence

Schopnost poskytovat účinnou zdravotní péči při zohlednění kulturních specifík

Kulturní zběhlost

Péče poskytovaná bez předsudků

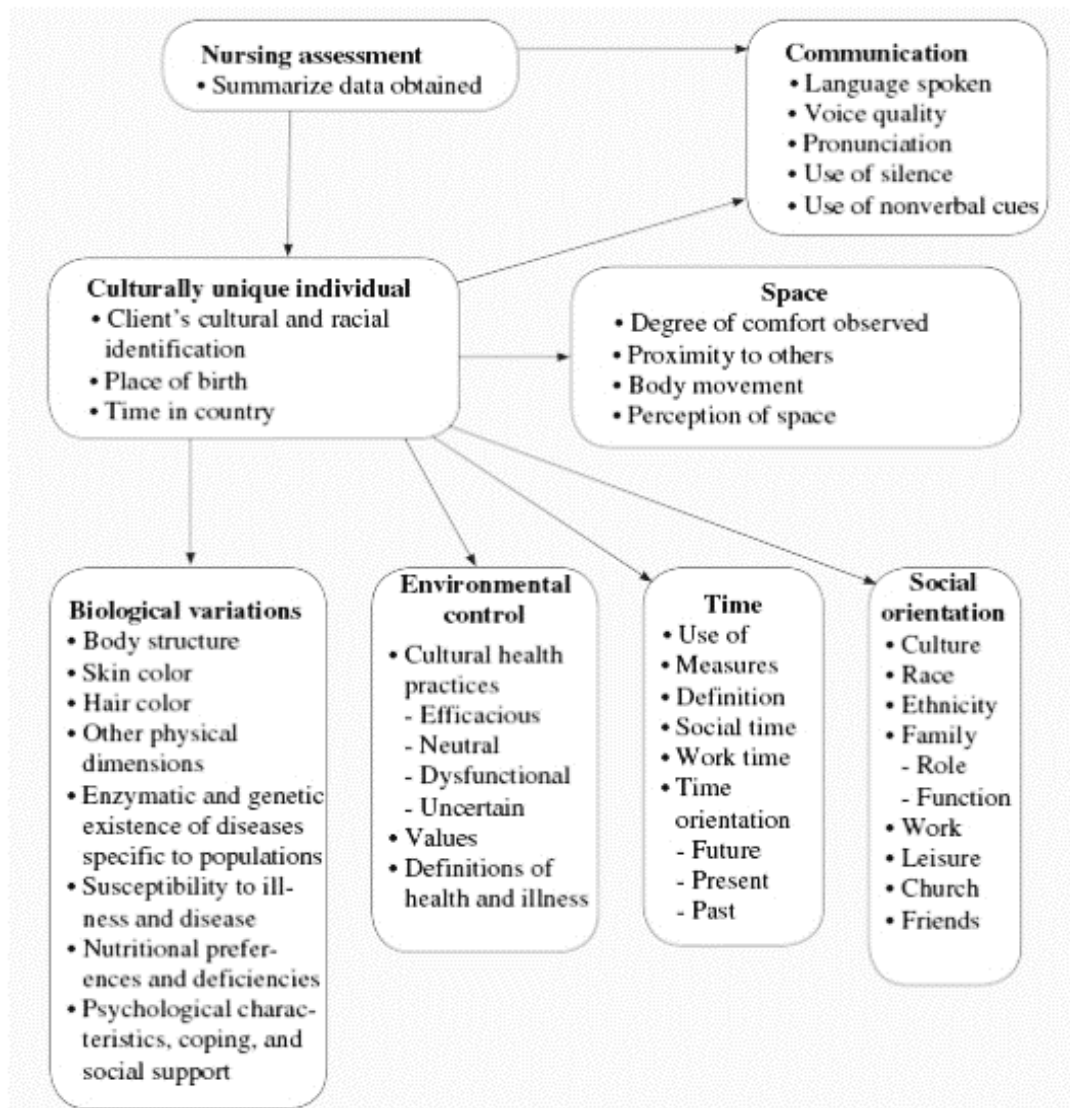
**Příloha 5 – Model M. Leininger – Model vycházejícího slunce**



Zdroj:

Leininger, M. M., McFarland, M. R., 2002. Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practice. 3 rd ed. New York: McGraw-Hill, Medical Pub. Division. 621 p. ISBN 978-00713597-7.

**Příloha 5 – Model J. N. Giger a R. E. Davidhizar – Model ošetrovatelského posuzování**



Zdroj:

Giger, J. N., Davidhizar, R. E., 2008. Transcultural nursing assesment and intervention. St. Louis, MO: Mosby Elsevier. 688 p. ISBN 978-0-3230-4911-8.