

Vysoká škola regionálního rozvoje a Bankovní institut – AMBIS

Katedra bezpečnosti a práva

**Rizika infekčních onemocnění v oblasti západní Afriky
a jejich dopad na bezpečnost v rámci migrace do států EU**

Bakalářská práce

Autor: Bc. Lucie Seifertová, DiS.

Bezpečnostní management v regionu

Vedoucí práce: doc. Ing. Karel Kubečka, Ph.D., Ing. Paed. - IGIP

Praha

2020

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně a v seznamu uvedla veškerou použitou literaturu.

Svým podpisem stvrzuji, že odevzdaná elektronická podoba práce je identická s její tištěnou verzí a jsem seznámena se skutečností, že se práce bude archivovat v knihovně VŠ AMBIS a dále bude zpřístupněna třetím osobám prostřednictvím interní databáze elektronických vysokoškolských prací.

V Praze dne

.....

Bc. Lucie Seifertová, DiS.

Poděkování

Děkuji vedoucímu práce doc. Ing. Karlovi Kubečkovi, za odborné vedení práce, poskytování rad, cenných připomínek. Též děkuji své rodině a svým blízkým za trpělivost.

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Akademický rok: 2019/2020

Studentka: Bc. Lucie Seifertová, DiS.


UČO: 25317

Program:	Bezpečnostní management v regionech
Studijní obor:	Bezpečnostní management v regionech
Téma:	Rizika infekčních onemocnění v oblasti západní Afriky a jejich dopad na bezpečnost v rámci migrace do států EU
Topic:	Risks of infectious diseases in West Africa and their impact on security within EU migration
Vedoucí bakalářské práce:	doc. Ing. Karel Kubečka, Ph.D., ING.PAED.IGIP
Cíl práce:	<p>Cíl práce: Cílem bakalářské práce je analyzovat, komparovat a zhodnotit současnou situaci nejzávažnějších infekčních onemocnění v západní Africe a jejich dopad na bezpečnost v rámci migrace do států EU s akcentem kladeným na Českou republiku. Bude zodpovězena otázka, zda má vliv na šíření rizik infekčního onemocnění do států EU právě migrace.</p> <p>Bakalářská práce vychází z teoretických obecně akceptovatelných poznatků ve zkoumané oblasti, na jejichž základě bude provedena analýza a syntéza dat. Veškerá poznání jsou podložena literárními prameny a jsou vhodně doplněna komentáři autorky. Při zpracování bakalářské práce budou využity metody kompilace, analýzy a syntézy dat, společně s metodou komparativní.</p>
	<p>Osnova práce: Úvod, cíl a metody práce 1. Zdraví a mobilita obyvatelstva v prevalenci onemocnění 2. Migrace 3. Infekční onemocnění v kontextu vstupu do země EU 4. Metodika - komparace 5. Vyhodnocení výsledků a navržení doporučení pro praxi 6. Závěr</p>

Základní prameny a odborná literatura:

1. GÖPFERTO VÁ, Dana, Petr PAZDIORA a Jana DÁŇOVÁ. Epidemiologie infekčních nemocí: učebnice pro lékařské fakulty (bakalářské a magisterské studium). Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0452-3.
2. KELLER, Jan. Evropské rozpory ve světle migrace. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2017. Sociologické aktuality. ISBN 978-80-7419-249-4.
3. KONVALINKA, Jan a Ladislav MACHALA. Viry pro 21. století. Praha: Academia, 2011. Průhledy (Academia). ISBN 978-80-200-2021-5.
4. RELMAN, David A., Eileen R. CHOFFNES a Alison MACK. Infectious disease movement in a borderless world: workshop summary [online]. Washington, D.C.: National Academies Press, c2010 [cit. 2019-04-30]. ISBN 978-0-309-14447-6.
5. VIDRIKOVÁ, Dagmar, Kamil BOC, Zdeněk DVOŘÁK a David ŘEHÁK. Critical infrastructure and integrated protection. Ostrava: Association of Fire and Safety Engineering, 2017. ISBN 978-80-7385-190-3.

Souhlasím se zadáním (podpis, datum):


.....
doc. Ing. Karel Kubečka, Ph.D., ING.PAED.IGIP
Vedoucí bakalářské práce


.....
Bc. Lucie Seifertová, DiS.
studentka

Anotace

Bakalářská práce je rozdělena na dvě stěžejní části. První část, převážně teoretická, pojednává o zdraví a mobilitě obyvatelstva v prevalenci onemocnění, v širším kontextu se zaměřením na infekční onemocnění v západní Africe, kde bylo zaznamenáno šíření daných onemocnění a jejich determinanty. Dále je zde nastíněna problematika a právní aspekty migrace rovněž v užším kontextu je popsána také africká migrace do států Evropské unie. Druhá část se zabývá komparací a kvantitativním výzkumem ohledně rizik infekčních onemocnění v oblasti západní Afriky a jejich dopad na bezpečnost v rámci migrace do států Evropské unie. Bakalářská práce kromě toho obsahuje i legislativní opatření či doporučení, která by v budoucnu mohla přispět k lepší monitoraci infekčních chorob v daných členských státech, a to z důvodu, že nadále představují pro občany členských států nijak neustupující hrozby. Jejich výskyt v afrických zemích je a bude trvalý.

Klíčová slova

Migrace, nelegální migrace, infekční onemocnění, determinanty zdraví, TBC, HIV/AIDS

Annotation

This bachelor thesis is divided into two main parts. The first part, mostly theoretical, covers health and mobility of the population in the prevalence of diseases. In a wider context, it focuses on infectious diseases in West Africa, where the spread of the diseases in question and their determinants are discussed. Furthermore, the issue of migration and its legal aspects, as well as African migration to European Union countries in a narrower context, are described. The second part contains comparison and quantitative research on the risks of infectious diseases in the West Africa and their impact on safety in the context of migration to the European Union Member States. Additionally, this bachelor thesis also proposes legislative measures, or recommendations, which could contribute to better future monitoring of infectious diseases within the EU, since they continue to represent enduring threats for the citizens of the Member States concerned. The occurrence of infectious diseases in African countries is and will remain permanent.

Keywords

Migration, illegal migration, infectious diseases, health determinants, TBC, HIV / AIDS

OBSAH

ÚVOD	9
1 TEORETICKÁ ČÁST	12
1.1 Zdraví a mobilita obyvatelstva v prevalenci onemocnění.....	12
1.1.1 Zdraví a determinanty zdraví	12
1.1.2 Fáze migračního procesu a zdravotní aspekty.....	13
1.1.3 Zdraví a infekční choroby	15
1.2 Migrace	25
1.2.1 Terminologie migrace.....	26
1.2.2 Typologie migrace	27
1.2.3 Teorie migrace.....	28
1.2.4 Historie africké migrace.....	30
1.2.5 Migrační trasy z afrického kontinentu do Evropy	31
1.3 Aktuální právní aspekty migrace	34
1.3.1 Legální migrační toky	36
1.3.2 Nelegální migrační toky.....	36
1.4 Metodika využívaná k dosažení cílů.....	38
2 PRAKTICKÁ ČÁST	41
2.1 Africká migrace do států evropské unie.....	41
2.1.1 Žadatelé ze západní Afriky o azyl – hostitelská versus tranzitní země	41
2.2 Infekční onemocnění v kontextu vstupu do EU	47
2.2.1 Hlášená onemocnění u migrantů v roce 2015 až 2017	49
2.2.2 Evropské středisko pro prevenci a kontrolu nemocí.....	52
2.2.3 Evropská migrační síť	52
2.2.4 Česká republika v kontextu vstupu infekčního onemocnění.....	52
2.3 Dotazníkové šetření	54
2.3.1 Profil respondentů dotazníkového šetření.....	54
2.3.2 Migrace v dotazníkovém šetření	55
2.3.3 Infekční onemocnění v rámci migrace ze západní Afriky v dotazníkovém šetření	58

2.4 SWOT Analýza – Bezpečnost států EU při migraci ze západní Afriky v rámci infekčních onemocnění	63
3 DISKUZE	69
ZÁVĚR.....	74
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	76
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	82
SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ A TABULEK	83
SEZNAM PŘÍLOH.....	85

ÚVOD

Migrační toky mezi západní Afrikou a zeměmi Evropské unie jsou tradičním elementem vzájemných souvislostí mezi těmito regiony nejméně od 60. let 20. století, kdy většina států západní Afriky dostala statut nezávislosti. Od té doby vzrostl počet obyvatel, průměr zalidnění však stále činí méně než v EU. Tím by mohl vzniknout dojem, že nárůst africké populace nepředstavuje žádný velký apel z hlediska prostoru, ale opak byl pravdou. S rostoucím zalidněním afrického kontinentu nutně roste i objem spotřebovaných potravin, který se navíc zvyšuje i s rostoucí kupní silou africké populace. Kvalita životního prostředí je jedním z příčin migrace, jelikož obyvatelstvo nutí migrovat za lepšími podmínkami. Sice demograficko-geografická situace je prvotním základem migrace, ale jsou zde i jiné aspekty migrace, kam se dá zahrnout nekvalitní zdravotnická péče, nedostupnost energií či nedosažitelnost vzdělání, válečné konflikty či náboženská hlediska.

Pokud se obyvatelstvo západní Afriky rozhodne migrovat z těchto zmíněných důvodů, je primárním cílem Evropa. Evropské země jsou geograficky nejbližší, mohou zde být už existující příbuzenské či klientské vztahy z předešlých migračních cest. Migrace ze západní Afriky do Evropské unie představuje jednu z klíčových výzev pro oba tyto regiony. Pro kvalitní zvládnutí je důsledná kooperace a koordinace politik mezi EU a Africkou unií, ale též mezi jednotlivými africkými a evropskými státy.

Bakalářská práce se zabývá riziky infekčního onemocnění v západní Africe a jejich dopadem při migraci do států Evropské unie. Světová zdravotnická organizace – WHO zveřejnila, že zdravotní stav migrantů je většinou lepší než v hostitelské či tranzitní zemi a domnívá se, že migranti nešíří nakažlivé choroby. Podle WHO migranti spíše onemocní na cestě nebo v nové zemi kvůli špatným životním podmínkám. Populistické tvrzení, že migranti, představují zdravotní ohrožení a zatěžují zdravotní systém jsou dle WHO nepodložené mýty, které mají podnítit protimigrační postoje. Proto se toto aktuální téma pokusí zhodnotit tato bakalářská práce.

Teoretická část se zaměřuje na definici zdraví, determinanty zdraví a fáze migračního procesu v rámci zdravotních aspektů. Byly zohledněny infekční nemoci západní Afriky a jejich determinanty. V další podkapitole je rozpracováno téma migrace. Jedná se o pojmy, akronymy či teorie migrace, ale též jsou zde popsány aktuální právní aspekty migrace, kde jsou vytyčené

legální a nelegální migrační toky podložené právními předpisy. Praktická část je zaměřena na africkou migraci do států EU z pohledu žadatelů o azyl a infekčních onemocnění. Další podkapitoly plynule navazují na předešlé kapitoly, kdy se pojednává o infekčním onemocnění v kontextu se vstupem do Evropské unie.

Cílem bakalářské práce je analyzovat, komparovat a zhodnotit současnou situaci nejzávažnějších infekčních onemocnění západní Afriky a jejich dopad na bezpečnost v rámci migrace do států EU s akcentem kladeným na Českou republiku. Bude zodpovězena otázka, zda má vliv na šíření rizik infekčního onemocnění do států EU právě migrace.

Výzkumná otázka:

- 1) **Jsou vnímána rizika infekčních onemocnění při migraci ze západní Afriky vůči bezpečnosti států EU?**
- 2) **Je Česká republika jako tranzitní země ohrožena rizikem infekčních onemocnění při migraci ze západní Afriky? Zvýšil se výskyt infekčních onemocnění – HIV, TBC?**
- 3) **Jsou dostačující vstupní lékařské prohlídky migrantů při vstupu do země očima občanů ČR?**

Pro splnění cíle práce jsou využity následující vědecké metody: analýza, dedukce, komparace, kompilace a syntéza ohledně migrace ze západní Afriky do států Evropské unie. V rozsahu prvního dílčího cíle jsou položeny tyto vedlejší výzkumné otázky: Jaké jsou fáze migračního procesu v rámci prevalence onemocnění? Z jakých západoafrických zemí migranti přicházejí? Co je nutí opustit zemi původu, jaké jsou tzv. push faktory africké migrace, a co je do Evropy láká, tzv. pull faktory? Jaké jsou trasy západoafrické migrace? Tento cíl bude naplněn literární rešerší.

Druhým dílčím cílem této práce je analýza infekčních nemocí západní Afriky, kam se nejčastěji řadí HIV/AIDS, tuberkulóza, malárie, virus ebola a virové hepatitidy. V praktické části budou využity jen dva typy onemocnění. K uspořádání tohoto dílčího cíle je přiblížena situace infekčních onemocnění v České republice, a bude z velké části naplněna prostřednictvím **komparace** dané problematiky a **kvalitativního výzkumu – dotazníkového šetření**. Pro úplné dokreslení situace ohledně bezpečnosti v členských státech Evropské unie bude využita **SWOT analýza**.

Výzkumné předpoklady – hypotézy:

H1: Bezpečnost členských států Evropské unie není narušena riziky infekčních onemocnění ze západní Afriky.

H2: Migrace ze západní Afriky neovlivňuje vzrůst infekčních onemocnění v ČR.

H3: Občané ČR mají jen sporadické informace o lékařských prohlídkách migrantů při vstupu do ČR.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Zdraví a mobilita obyvatelstva v prevalenci onemocnění

Rovný přístup ke zdraví je základním právem každého jedince, princip rovnosti však dále rozšiřuje princip spravedlnosti, který zohledňuje rozmanitost tak významnou v současném světě, jenž je v pohybu. Jednou ze zranitelných skupin v rámci nerovnosti ve zdraví jsou různé kategorie migrantů – imigranti, žadatelé o mezinárodní ochranu, uprchlíci, kteří opouštějí země původu a hledají místo k novému životu. Nerovnost ve zdraví závisí na mnoha faktorech jednotlivce ve společnosti, pohlaví či v jeho etnicitě (Vidriková a spol.2017). Tato bakalářská práce se zaměří na rámec pro migraci a kontrolu nemocí pomocí objektivů souvisejících s procesem mobility lidstva. Mezi tyto parametry patří populační dynamika, rozdíly v prevalenci ukazatelů nemoci či zdraví, fáze migrace, vnímaná a skutečná rizika pro zdraví migrujících a hostitelských populací.

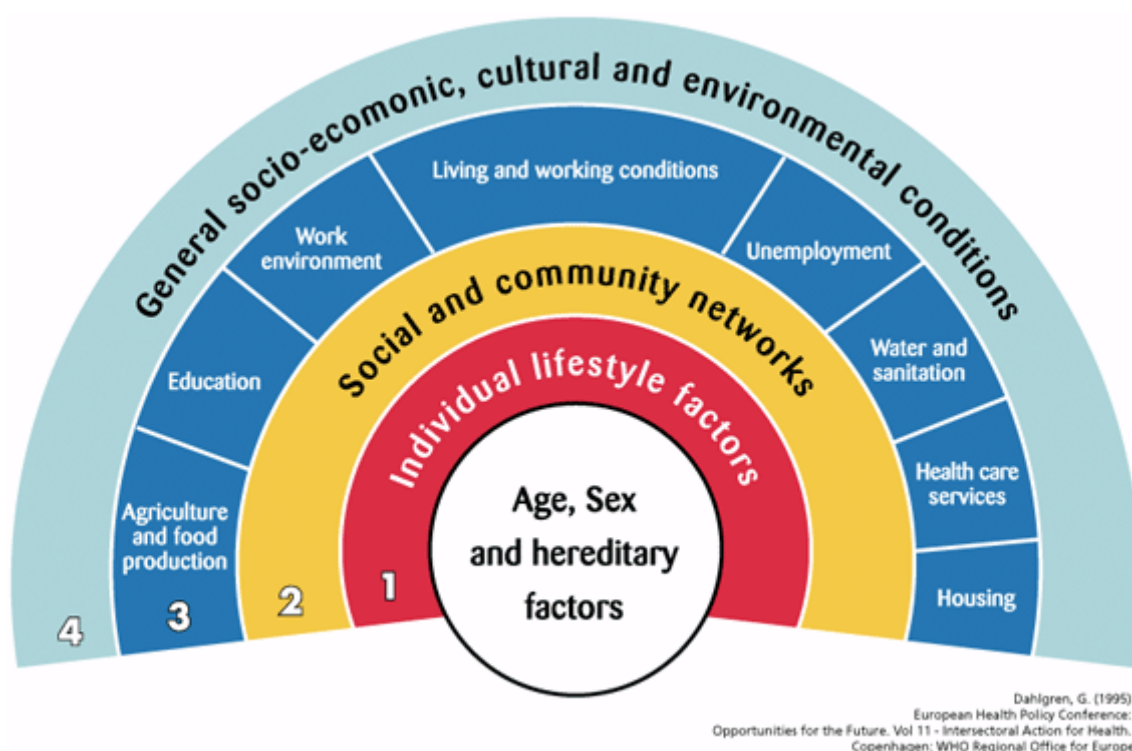
1.1.1 Zdraví a determinanty zdraví

Vztahy mezi migrací a zavedenými chorobami epidemických rozměrů jsou opakujícím se příběhem v lidské historii. Epidemické události vždy cestovaly v souladu s mobilitou populace. Zkušenosti s nemocí a migrací se dostaly do společenské, kulturní a lékařské historie lidstva. Epidemie moru, cholery, lepry, syfilis, či nedávno těžký respirační syndrom SARS a prasečí chřipka H1N1 definovaly politické reakce na ochranu regionálních zájmů v ekonomice, obchodu a bezpečnosti zdraví. Tradičně jsou důsledky a důvody vztahů mezi nemocí, migrací a mobilitou obyvatelstva popsány z hlediska jednotlivých nemocí, v časových obdobích nebo událostech (Vidriková a spol.2017).

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) ve své zprávě z roku 2015 uvádí, že bylo odhadováno 244 milionů mezinárodních migrantů, což představuje 3 % světové populace. V posledních letech se tok migrantů z Afriky na pobřeží jižní Itálie přes migrační cestu ve Středomoří neustále zvětšuje a v roce 2016 dosáhl až 181 126 osob. Termín migrant zahrnuje heterogenní populaci – uprchlíky, žadatele o azyl a ekonomické migranty s velkými rozdíly v prevalenci nemocí. Pro detekci některých infekčních nemocí jsou důležité definované screeningové protokoly specificky zaměřené na migranty z různých geografických oblastí Afriky, bez ohledu na to, zda mají příznaky či nikoli. Hlavním cílem evropských

zdravotnických orgánů, je zabránění možnému šíření infekčních chorob na místní populaci. Migranti jsou většinou vyšetřováni na aktivní a latentní tuberkulózu, infekci virem lidské imunodeficiency a chronickou virovou hepatitidu (Eurosurveillance, 2019).

Gushulack a spol. se domnívají, že za vývoj moderní migrace spojené s veřejným zdravím je ručeno několika faktory. První a zásadní faktor je růst objemu migrace, druhým faktorem je přemnožení nebo rozšíření přenašečů do oblastí, kde za normálních podmínek nikdy nesídlili. Dále rozvedli faktory na zdraví, které je ovlivňováno socioekonomickými podmínkami, chováním, genetickými a biologickými znaky a také životním prostředím – obrázek 1. Druhým faktorem je globalizace. Výše zmíněné socioekonomické faktory dále zahrnují kulturní a právní aspekty migrujících osob (Gushulak, 2010).



Obrázek 1 – Determinanty zdraví

Zdroj: Health Determinants, 2019

1.1.2 Fáze migračního procesu a zdravotní aspekty

Migrační proces zahrnuje mnoho zdravotních fází, kdy je možná strategická prevence a kontrola nemocnosti migrantů. ECDC v roce 2009 uvedlo ve své studii rozdělení fází migračního procesu – obrázek 2:

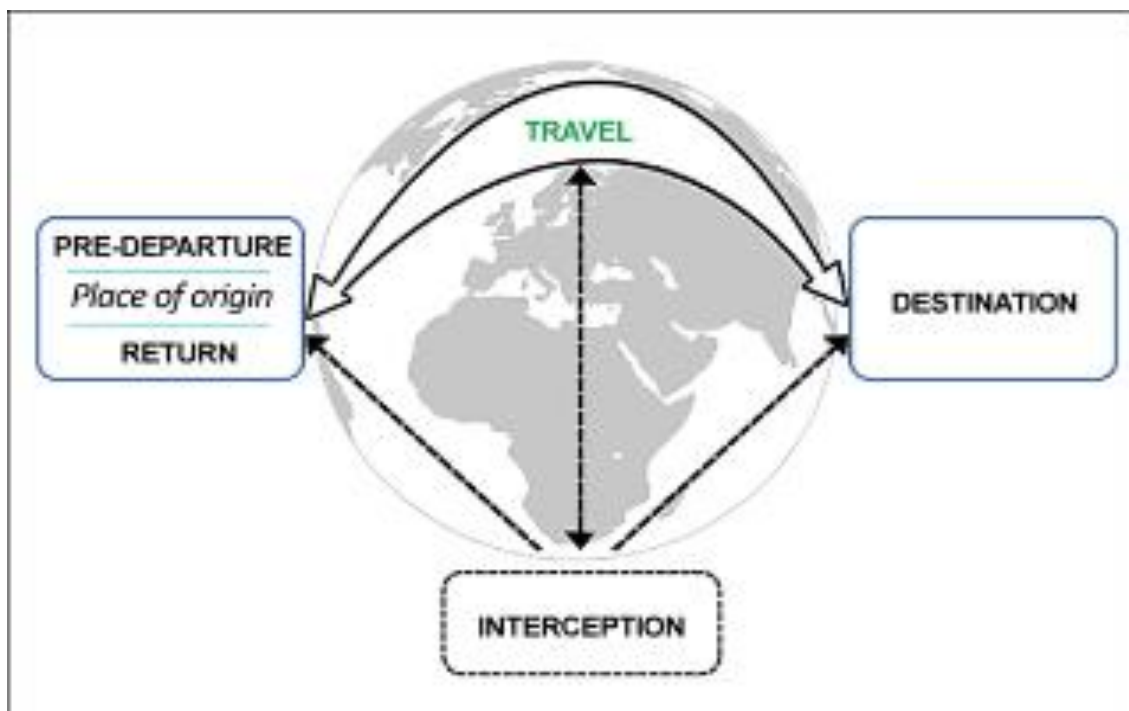
I. Fáze předvstupní – tzv. fáze před odletem, zahrnuje dobu, než jednotlivec odejde z místa svého původu. Mezi faktory, které mohou ovlivnit zdraví patří: biologická charakteristika; lokální vzorce chronického onemocnění a patogeny; environmentální faktory a osobnostní okolnosti. V této fázi je pravděpodobné, že nucení migranti zažijí traumatické události, které mohou ovlivnit jejich psychický a fyzický zdravotní stav po celou dobu jejich cesty. Zdravotní stav daného jedince je také často dán zdravotní politikou a silou zdravotnického sektoru dané země (Zimmermann a kol, 2011).

II. Fáze přechodná – neboli fáze cestování. I tento děj může ovlivnit zdraví migranta. V této fázi může být až několik zastávek na cestě do cílové země, které mohou trvat kratší i delší dobu. Z globálního hlediska veřejného zdraví se jedná o fáze, při kterých mohou být nemoci přenášeny z různých zón prevalence nemocí a iniciující změny v mezinárodní a místní epidemiologii – z území odkud migrant pochází – do dalších oblastí přes, které migruje. Poměrně často to souvisí se způsobem dopravy, především pro ilegální migranty, kteří jsou mnohokrát převáženi ve velmi špatných, nehygienických, podmínkách. Důkazy o programech na podporu zdraví migrantů na hraničních nebo tranzitních místech se téměř nevyskytují (Zimmermann a kol, 2011).

III. Fáze cílová – jednotlivec se dočasně nebo dlouhodobě usadí v hostitelské zemi. V této fázi však neexistuje příliš velký zájem nebo povinnost věnovat se nepřenosným nemocem, duševnímu zdraví a sociálně-ekonomickým vlivům na zdraví. Žadatelé o azyl s dočasnou ochranou mají převážně horší duševní zdraví než uprchlíci, kteří mají trvalé bydliště. Obdobně jsou na tom nízko kvalifikovaní migrující pracovníci, kteří mají nepravidelný status. I migrující ženy mohou být více ohrožené reprodukčními zdravotními problémy a trpí těhotenskými komplikacemi (Zimmermann a kol, 2011).

IV. Intercepční fáze – se vztahuje na malou, ale především rizikovou skupinu migrující populace. Jde o dočasné zadržení nebo dočasný pobyt a je primárně relevantní pro nucené migranty – žadatele o azyl, uprchlíky, vysídlené populace či nelegální migranty. Střediska pro zajištění přistěhovalců nebo uprchlické tábory mají škodlivé účinky nejen na duševní či fyzické zdraví (Zimmermann a kol, 2011).

V. Návratová fáze – jednotlivci se navrátí do místa svého původu buď dočasně, nebo přesídlením na dobu neurčitou či trvalou. Zranitelní migranti mohou v této fázi zažít psychickou ztrátu či tělesnou bolest (Zimmermann a kol, 2011).



Obrázek 2 – Rámec fází migrace

Zdroj: Migrace a zdraví: rámec pro tvorbu politiky 21. století

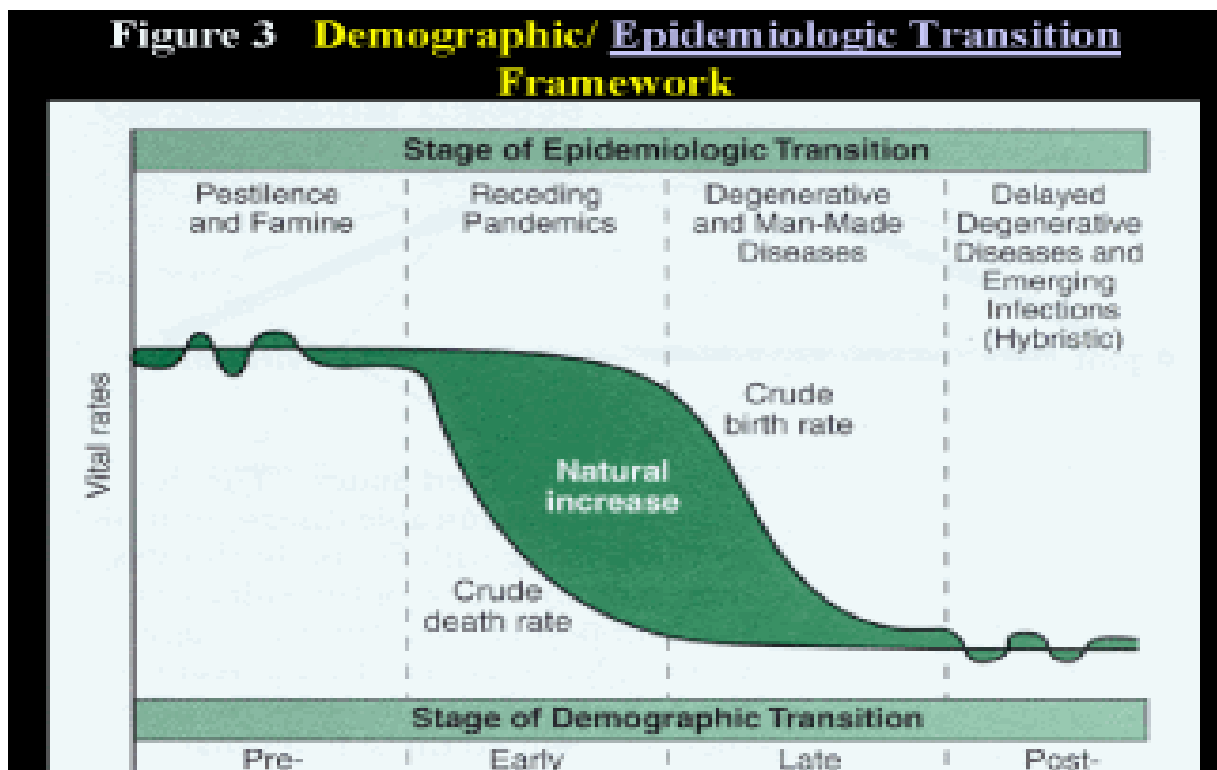
V posledních letech se studie dále zaměřují na jiné aspekty zdraví migrantů. Kromě přenosných nemocí se též soustřeďují na neinfekční nemoci – chronické choroby, selhání ledvin, či kardiovaskulární onemocnění. Kromě toho jsou zkoumány vztahy zdraví, migrace, životní styl či návykové látky. Národní a globální úroveň migrace se bude v dalších letech zvyšovat, protože migrace je součástí procesu globalizace. Z tohoto předpokladu lze usoudit, že se budou nadále zvyšovat rozdíly v oblasti zdraví, i přes veškeré mezinárodní úsilí o snížení těchto rozdílů. V mnoha zemích není k dispozici politika v oblasti migrace a ochrany veřejného zdraví. Na druhou stranu Světová zdravotnická organizace uvádí, že v některých zemích zdravotní politika souvisí s kontextem migrace. Tato zdravotní politika se zabývá především ohrožením veřejného zdraví. Jedná se o několikadenní karanténu, do které jsou cizinci při vstupu do cílové země umisťováni za účelem zabránění šíření infekčních chorob v hostitelské zemi (Gushulack, 2010).

1.1.3 Zdraví a infekční choroby

Baretti ve svých studiích *Infectious diseases epidemiology* v roce 2006 uvedl, že do počátku 20. století infekční onemocnění představovala nejvýznamnější zdravotní problémy ve světě. Rizika, která ovlivňují zdraví populace se v čase mění. Populace v rozvojových zemích je vystavena

tzv. tradičním rizikům spojeným s chudobou, kam patří podvýživa, nechráněný pohlavní styk, zavadná pitná voda a špatné hygienické podmínky. Pokud je země vyspělejší, jsou tato rizika nahrazována moderními riziky, kam se dá zahrnout obezita a užívání lehkých drog.

V roce 1971 přichází s teorií Abdel Omran, kdy poukazuje, že společnost prochází třemi stadii, která souvisí s procesem modernizace, viz obrázek 3. Jedná se o obecný model, který se snaží objasnit změny ve struktuře úmrtnosti podle příčin úmrtí. Epidemie infekčních a parazitárních onemocnění jsou během let postupně nahrazovány degenerativním a civilizačním onemocněním, které je hlavní příčinou úmrtí. Jedním z důvodů redukce úmrtnosti v dětském věku bylo očkování proti pravým neštovicím. Dále byly vyvinuty účinné léky na některá infekční onemocnění – antibiotika, dochází ke zlepšení hygienických podmínek a byla zřizována kanalizace (Hughes, 2011, str. 3).



Obrázek 3 – Epidemiologický přechod

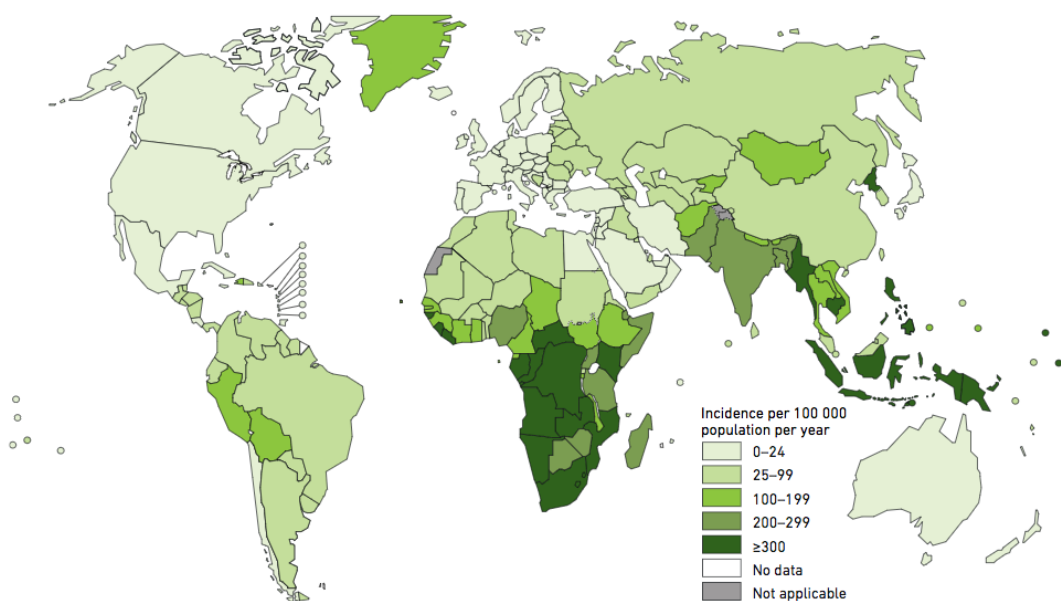
Zdroj: Rockett – Demographic/Epidemiologic Transition Framework

První rozhodující etapou Omranovy teorie je stadium moru a hladomoru. Naděje na dožití při narození byla dána přibližně v rozmezí 20–40 let. Toto období bylo charakteristické vysokými výkyvy úmrtnosti, špatnými hygienickými podmínkami, podvýživou, ale i nekvalitní stravou. Druhé stadium bylo označováno jako pokles frekvence výskytu pandemie infekčních chorob.

Zde je prodlužována naděje na dožití při narození, neboť jsou zlepšovány hygienické podmínky. Vyskytují se první onemocnění oběhového systému či první pracovní úrazy, ale též zdravotní problémy s urbanizací. Následující etapa je ve znamení degenerativních a civilizačních chorob. Stagnuje již úmrtnost na nízké úrovni, objevují se chronické nemoci, duševní poruchy, drogové závislosti, enviromentální krize či geriatrické problémy (Hughes, 2011, str. 3).

Mezi infekční onemocnění uvádí Statní zdravotnický a statický úřad v Praze například HIV/AIDS, virus ebola, dengue, virové hepatitidy, hemoragické horečky, TBC. Vymezuje nadále „*emerging infectious disease*“, jejichž měřítko incidence se navyšuje v posledních desetiletích, a které se mohou stát významným zdravotním problémem budoucnosti daného státu. Dále jsou známa infekční onemocnění, jejichž zvýšená míra incidence či jejich znovuobjevení v populaci souvisí se změnou šíření nákazy tzv. „*reemerging infectious diseases*“. Mezi infekční onemocnění západní Afriky patří TBC, virus HIV či onemocnění AIDS, malárie, virus ebola, virové hepatitidy. Obrázek 4 a 5 znázorňuje výskyt TBC a HIV ve světě v letech 2015–2017. Trend míry incidence TBC a HIV pozitivních osob je klesající. Důvodem je všeobecné povědomí o této nemoci a zajištění prevence ve vyspělých zemích světa. Nejvyšší míra incidence, ale neustále přetrvává v afrických zemích či v jihovýchodní Asii (Špačková, 2015).

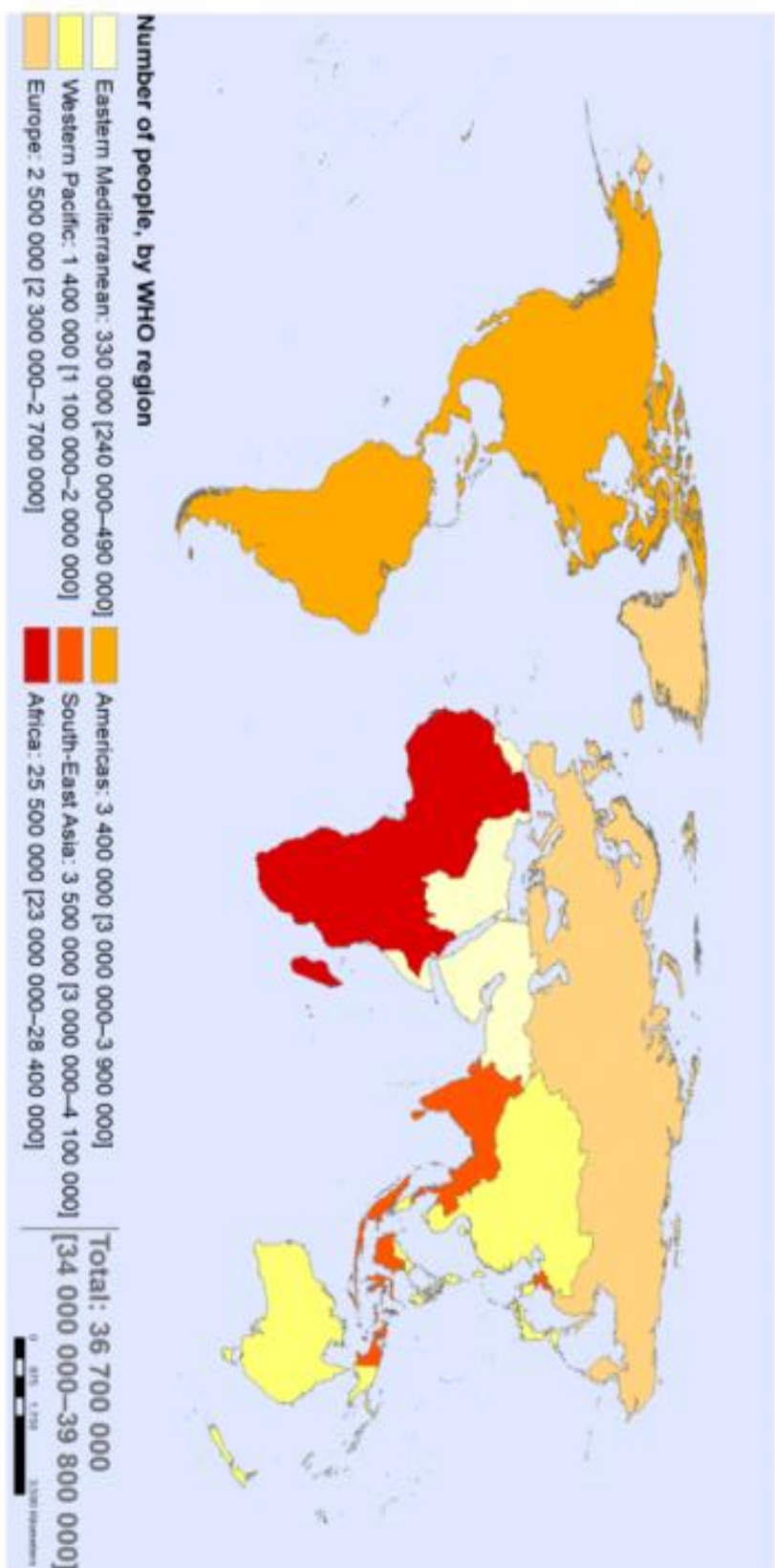
Estimated TB incidence rates, 2017



Obrázek 4 – TBC ve světě

Zdroj: Epidemiology: Estimated TB incidence 2017

Adults and children estimated to be living with HIV, 2015 By WHO region



Obrázek 5 – HIV ve světě
Zdroj: World Health Organization, 2016

1.1.3.1 Šíření onemocnění HIV/AIDS v zemích západní Afriky

Retrovirus HIV se vyskytuje v několika mutacích, které se vzájemně liší stupněm virulence a přenosem nákazy. Celosvětovým typem je virus HIV-1, který způsobuje většinu onemocnění v zemích Afriky. V západní Africe se často vyskytuje, kromě výše zmiňovaného, rovněž typ HIV-2. První případ infekce HIV-2 byl diagnostikován roku 1987 u osoby z Guinea-Bissau. V obou případech dochází k přenosu infekce tělesnými tekutinami. Virus HIV se přenáší pohlavním stykem – horizontálním přenosem; krví, nebo tkání osob, které jsou nosiči HIV. Přenos je také možný v těhotenství z infikované matky na plod – vertikální cestou. Doposud nebylo prokázáno, že virus HIV byl přenesen krví sajícího hmyzu (Mojžíšová a kol., 2004).

Epidemie AIDS vypukla jako první v zemích střední Afriky. Mezi jednotlivými zeměmi a regiony v rámci jedné země existují značné rozdíly z hlediska rozsahu a časového průběhu epidemie, které souvisí se stupněm urbanizace, hustotou dopravní infrastruktury, vzdáleností a stupněm interakcí se středoafričtými státy. Důležitým faktorem je též migrace, přesuny uprchlíků, cestování společenské elity i míra pohybu obyvatelstva mezi sousedními státy. Obecně v Africe je struktura pracovního trhu značně zděděná z koloniálního období, členové jedné domácnosti nežijí společně, což přispívá ke vzniku mimomanželských sexuálních vztahů a následnému šíření epidemie AIDS (Mojžíšová a kol., 2004).

Vzorce šíření epidemie HIV/AIDS:

Jsou rozlišovány tři obecné vzorce šíření infekce HIV/AIDS v západní Africe:

Vzorec I – typická je nákaza při mužském homosexuálním pohlavním styku či v důsledku používání infikovaných injekčních stříkaček u toxikomanů. Tento typ vzorce byl výrazný na začátku osmdesátých let na africkém kontinentě, kdy se virus velmi rychle rozšířil ve městech Pretoria, Kapské město a Durban. Míra rozšíření HIV mezi narkomany není příliš známá (Mojžíšová a kol., 2004).

Vzorec II – přenos infekce při heterosexuálním pohlavním styku. Poměr mezi nakaženými muži a ženami, je přibližně jedna ku jedné. Pro tento vzorec je typický nárůst výskytu onemocnění v pediatrické formě AIDS, kdy dochází k naze dítěte v průběhu těhotenství, porodu či kojení. V průměru třetina dětí narozených HIV pozitivním matkám je též infikována. Pro typ HIV-2 je vertikální přenos velmi ojedinělý a vzácnější než u HIV-1 (Gomes a kol., 2003).

Vzorec III – ukazuje na velkou roli parenterálního přenosu: častější aplikace injekcí, hromadné očkovací akce, převody krve a krevních derivátů, nozokomiální infekce a některé tradiční léčitelské postupy při šíření HIV-2 během epidemie v západní Africe v roce 1961–1974 (Gomes a kol., 2003).

Determinanty šíření epidemie HIV/AIDS

Objektivní politicko-ekonomické aspekty jsou definovány dlouholetými válečnými konflikty, okupace předchází vyhlášení nezávislosti dané země a ostatní problémy, včetně hrozby HIV/AIDS, jsou jimi zcela zastíněny. Výše zmíněné faktory se řadí do skupiny makroprocesů, které velmi ovlivňují průběh onemocnění, což ukazuje epidemie HIV-2 během války o nezávislost Guinea-Bissau 1961–1974, kdy došlo k největšímu parenterálnímu přenosu viru – provázely ji velké přesuny vojsk, vysoká prostituce, hromadné očkovací kampaně a jiná zdravotnická ošetření (Gomes a kol., 2003). Programy hospodářské transformace, implantované pod řízením Světové banky a Mezinárodního měnového fondu ve stadiu ekonomické recese, v mnoha případech přispěly k nárůstu chudoby, ke zhoršení socio-ekonomického postavení žen, snížení dostupnosti zdravotní péče a zintenzívnění migrace. Významným ekonomickým faktorem, který dlouhodobě ztěžuje boj s epidemií je i turistický ruch, který je pro hospodářství západní Afriky důležitý. Zásadní roli v boji s epidemií HIV/AIDS v jakémkoliv regionu západní Afriky hraje také místní a zahraniční nevládní a komunitní organizace, jejíž aktivity zahrnují prevenci, lobbing, pomoc a ochranu práv lidí postižených HIV/AIDS, dobrovolné testování na přítomnost viru HIV, péči o sirotky, zdravotní a sociální poradenství či distribuci kondomů. Tyto cílené body na mikroúrovni jsou naprosto nezbytnou součástí komplexních vládních programů. Behaviorální a sociální aspekty zapadají do skupiny mikroprocesů. Chudoba a ekonomická závislost žen na mužských partnerech zásadním způsobem ovlivňuje profil partnerských a sexuálních vztahů v západní Africe. Sex se stal komoditou prodávanou za peníze či vyměňovanou za jídlo, oblečení či jiné výhody. Tato forma je v těchto regionech akceptovaná a není vnímána jako prostituce. Kulturní aspekty jsou klíčovým prvkem v západní Africe, a to v ohledu na vztah komunity k nemoci (Relman, 2010).

Jedna ze základních složek tvoří znalost o nemoci jako takové – zahrnující povědomí o způsobu jejího přenosu a prevenci. Druhá složka je psychosociální konstrukce nemoci. Předpokladem žádoucí behaviorální transformace, která schýlí riziko přenosu HIV na minimum, je kombinace tří faktorů: informace o nemoci, motivace a vůle jedinců změnit své chování, ale též schopnost a možnost své chování změnit (Konvalinka, 2011).

1.1.3.2 Šíření TBC v zemích západní Afriky

Tuberkulóza – dále jen TBC – je infekční nemoc šířící se především vzduchem, tzv. kapénkovou infekcí. Zdravý imunitní systém si dokáže s touto infekcí částečně poradit a udržet ji v latentním stavu, může se tedy rozvinout i mnohem později, a to v okamžiku, kdy je imunitní systém oslaben. Původce onemocnění napadá převážně plíce, ale může také napadnout i jiné části těla – extrapulmonální TBC. U osob s HIV pozitivitou je 15 až 22krát vyšší pravděpodobnost rozvoje TBC. Pokud se k základní diagnóze HIV přidá přidružené onemocnění TBC, může to pro jedince mít až fatální následky, i přes užívání antiretrovirové léčby. Současná antituberkulotika ovšem negativně reagují s antiretrovirovými léky používanými na terapii HIV/AIDS (World Health Organization, 2020).

V roce 2018 byla v subsaharské Africe evidována duální epidemie, kdy se jednalo až o 84 % úmrtí na TBC spojenou s virem HIV. V západní Africe eviduje velký problém TBC v oblasti veřejného zdraví Nigérie. Patří na 5. místo mezi 22 zeměmi s vysokou zátěží TBC (World Health Organization, Regional office for Africa Nigeria, 2020).

Determinanty šíření TBC v zemích západní Afriky

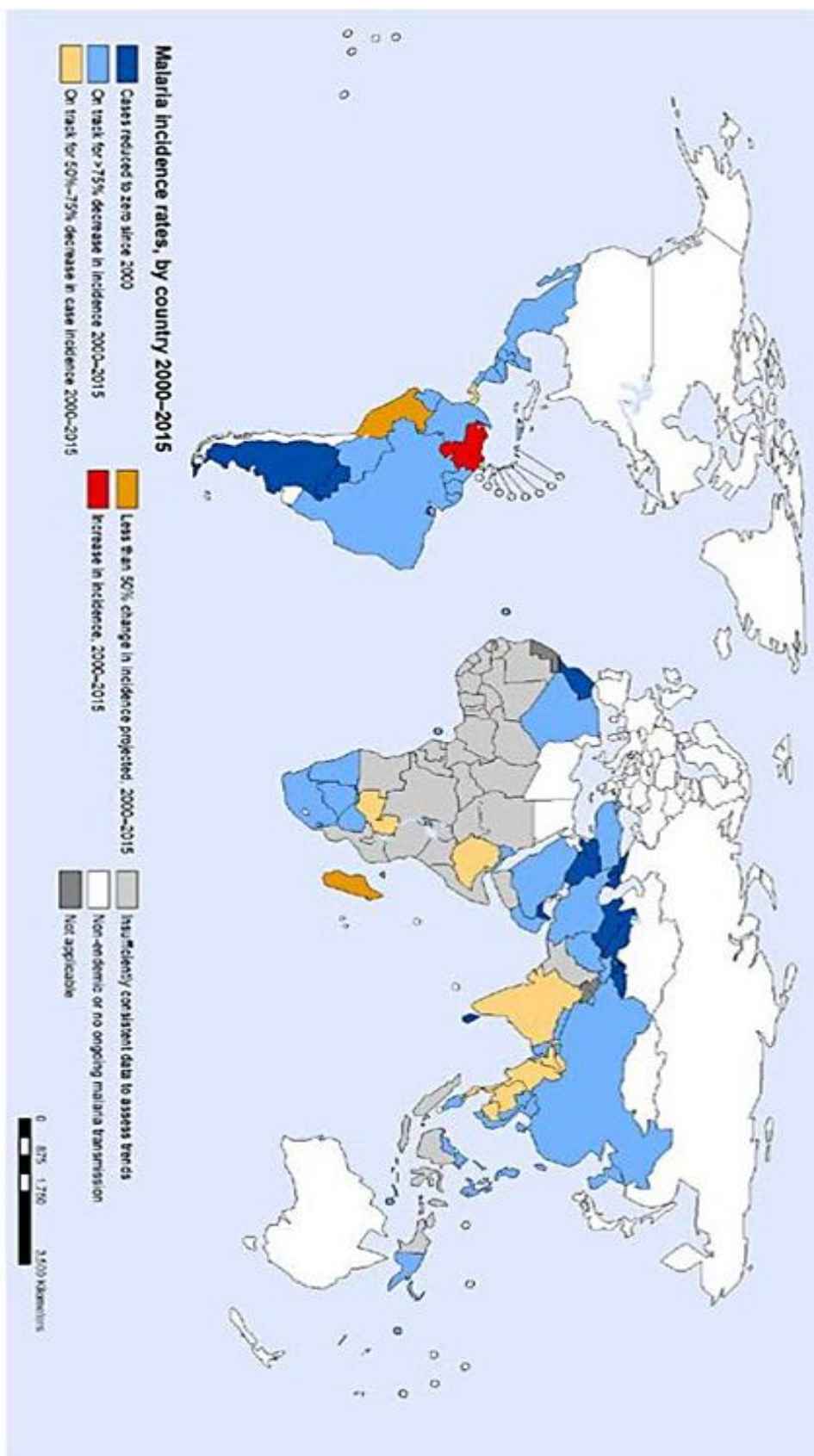
Chudoba je silným determinantem TBC. Přehlnuté a špatně větrané životní a pracovní prostředí představuje rizikové faktory pro přenos TBC. Podvýživa je také spojena se špatnými všeobecnými zdravotními znalostmi. Zmírnění chudoby snižuje riziko přenosu TBC, ale též riziko progresu nemoci. Politika v západní Africe nastavuje oblasti sociálního, hospodářského a veřejného zdraví, kam zahrnuje především: prosazování snižování chudoby a rozšiřování sociální ochrany, snižování nedostatku potravin; zlepšování životních a pracovních podmínek; řešení sociální, ekonomické a zdravotní situace migrantů (World Health Organization, Regional office for Africa Nigeria, 2020).

1.1.3.3 Šíření malárie v zemích západní Afriky

Další infekční choroba ve světě je známá jako malárie. Endemicky se vyskytuje převážně v tropických oblastech. Ohledně afrických států je největší míra incidence onemocnění zaznamenána v jižní Africe. V západní Africe je taktéž míra incidence zaznamenána ve státě Nigérie. Ekonomické náklady na malárii dosahují až 1,3 % ekonomického růstu ročně, a to z důvodu ztráty produktivity a výdělků či nákladů na léčbu. Tradičně byl problém s touto nemocí považován za výzvu pro samotné zdravotnictví s malým nebo žádným zapojením

jiných odvětví, eventuálně s obecnou komunitou. Malárie je v západní Africe hlavní příčinou úmrtnosti matek a špatného vývoje dítěte (WHO Global Malaria Programme, 2015). WHO velmi podporuje odvětví zdravotnictví, kdy jsou poskytovány integrované programy včetně strategických plánů pro malárii. Celkový cíl v Ghaně je například snížit mortalitu a morbiditu o 75 %.

Projected changes in malaria incidence rates, by country, 2000–2015

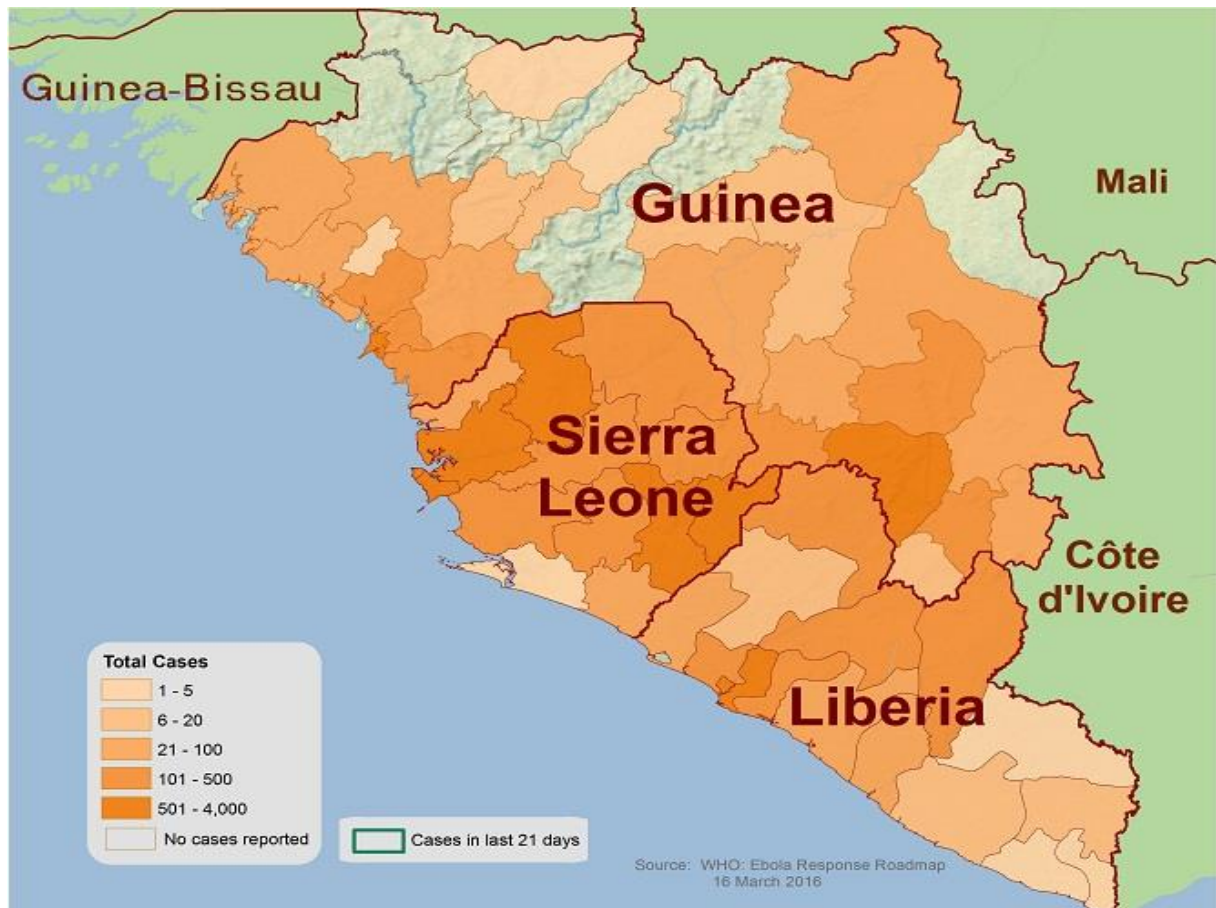


The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Obrázek 6 – Malárie ve světě

Zdroj: WHO Global Malaria Programme, 2015

Hemoragická horečka ebola je další závažné infekční onemocnění, které se vyskytlo v západní Africe. Na obrázku 7 jsou znázorněny státy, kde se epidemie rozsáhle šířila – Sierra Leone, Libérie a Guinea, výskyt se objevil také v Mali, Senegal a Nigérii. Mimo Afriku se nalezl výskyt ve Spojeném království, Španělsku, Itálii a USA. V lednu 2016 byla epidemie úspěšně potlačena ve všech státech kromě Libérie. V České republice nebyl prokázán virus ebola při vypuknutí epidemie v západní Africe.



Obrázek 7 – Virus ebola v západní Africe

Zdroj: CDC.org, 2014

1.1.3.4 Šíření virové hepatitidy v zemích západní Afriky

Virová hepatitida se stala apelem pro veřejné zdraví globálních rozměrů. Přestože existuje doposud pět různých typů virové hepatitidy – A, B, C, D, E, včetně chronické hepatitidy B a C, způsobují 95 % předčasných úmrtí nemoci související s hepatitidou. Hepatitida D je méně častá v populaci a vyskytuje se ve spojení s hepatitidou B. V západní Africe se poměrně často vyskytuje hepatitida A anebo E, jelikož se šíří kontaminovanou potravou a vodou, jež způsobují akutní infekce, jejichž ohniska jsou převážně v oblastech špatné hygieny a nedostatečné

likvidace odpadu. Umírání na tuto nemoc se stává v Africe větší hrozbou než v případě HIV/AIDS, malárii či TBC. Jak uvádí WHO, v afrických státech postihuje chronická virová hepatitida více než 70 milionů Afričanů. Spolu se zanedbávanými tropickými chorobami tyto infekce snižují kvalitu života jednotlivců a narušují schopnost celé země rozvíjet produktivní komunitu, silnější ekonomiku a bezpečnější společnost (WHO, region office od Afrika, 2020).

V České republice, podle zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, platí, že se každý pacient musí podrobit léčení, pravidelným kontrolám, či pokud je to nutné, tak i karanténě. Tyto předpisy se týkají také nelegálních migrantů či azylantů. Výše zmíněný zákon ukládá orgánům ochrany veřejného zdraví řadu povinností, které zabraňují šíření infekčních chorob. Tento zákon upravuje vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních nemocí a hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče. Vyhláška upravuje způsob hlášení infekčních onemocnění, ale též představuje seznam infekčních onemocnění, při nichž se nařizuje izolace ve zdravotnickém zařízení, jelikož je jejich léčení povinné (Zákony pro lidi, 2020). Veškerá péče pro občany České republiky a též pro imigranty s trvalým pobytem není bezplatná a je hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Jestliže je u nelegálních imigrantů zjištěno, onemocnění podléhající povinnému hlášení, musí být i oni léčeni.

1.2 Migrace

Definice migrace obecně vysvětluje: „*Jednak proces stěhování – tj. proces přibývání či ubývání populace, jednak atribut populace, který bychom mohli označit jako stěhovavost, tak i samotný jev přestěhování.*“ (Koschin, 2005). Tento pohyb může být v plánu jako dočasný nebo trvalý, může se dokonce realizovat i jako transfer člověka proti jeho vůli. Migrace označuje změnu teritoria, přesun daného jedince na jiné místo, který vyvolává řadu důsledků, jak pro místo, odkud odešel, tak pro teritorium, kde se nyní vyskytuje. Jeho nová přítomnost a nepřítomnost spouští řetězec dějů, které mnohé napoví nejen o něm samotném, ale i o řadě dalších lidí, kteří s ním migrují (Uherek, 2015). V souvislosti s Evropskou unií je pojem migrace chápán ve vztahu EU a státních příslušenství třetích zemí. Členské státy v této oblasti postupují v souladu se společnou azylovou, vízovou či přistěhovaleckou politikou, která se řídí v praktických aspektech normami evropského a vnitrostátního práva, kdy humanitární odvětví přesahuje do mezinárodněprávních instrumentů na ochranu lidských práv (Keller, 2017).

1.2.1 Terminologie migrace

Na úvod je důležité definovat a vysvětlit pojmy, které se vztahují k problematice migrace. Obsah statusu **cizinec** je předmětem vyjednávání kulturních norem a budování symbolických hranic mezi etnickými skupinami dané společnosti. O optimální integraci imigrantů můžeme hovořit v případě, kdy všichni členové majoritní společnosti budou považovat přistěhovalce za legitimní členy daného státu, navzájem si budou respektovat společenský život, zákony a nepsané normy, přičemž budou dodržovat své odlišnosti (Tollarová, 2007).

První z podkategorií migrantů je nazývána **běženci**. Dochází k souhrnnému označování všech osob, jež nedobrovolně opouštějí svou zdrojovou destinaci, protože utíkají před určitým nebezpečím, které jim bezprostředně hrozí. Toto nebezpečí může mít charakter individuálního pronásledování – víra, národnost, rasa; nebo plošný charakter – přírodní katastrofy, válečný konflikt. Tyto cizinci hledají útočiště v jiné hostitelské zemi, kterou žádají o mezinárodní ochranu a stávají se tak **žadatelé o azyl**. Status uprchlíka v Evropské unii, při splnění podmínek žádosti o azyl, musí být vždy udělen v souladu s mezinárodněprávními závazky členských států. Pokud nesplňují příslušné definiční znaky, členský stát posoudí jejich žádost na základě vnitrostátních pravidel pro udělení azylu. Jestliže daný stát zvaží, že cizinec nesplňuje podmínky pro poskytnutí mezinárodní ochrany, dostává se do statusu **nelegální migrant** a musí být vrácen zpět do své zdrojové destinace (Tetaurová a kol, 2016).

Zvláštní postavení mezi migranty zaujímají **uprchlíci**, jejichž ochranu na mezinárodní úrovni garantuje Úmluva o právním postavení uprchlíků z roku 1951, neboli Ženevská úmluva. Ta vytyčuje například jakoukoliv osobu, která se nachází mimo svou domovinu a má oprávněné obavy před pronásledováním z důvodů rasových, náboženských, politických; je neschopna přijmout, či z důvodu obav odmítá ochranu své vlasti. Totéž platí pro osobu bez státního občanství nacházející se mimo zemi svého dosavadního pobytu. Princip non-refoulement – stát nevyhostí cizince jakýmkoliv způsobem či nevrátí uprchlíka na hranice země, ve které by jeho život či osobní svoboda byly ohroženy na základě rasy, náboženství, politických směrů, národnosti. Úmluva negarantuje právo na udělení azylu v zemi, která jej akceptovala. Zaručuje uprchlíkovi pouze ochranu před vrácením do země, v němž mu hrozí újma na zdraví, životě či osobní svobodě. Úmluva se dále v čl. 35 zabývá důležitostí spolupráce smluvních států s Vysokým komisařem OSN pro uprchlíky – United Nations High Commissioner for Refugees – *UNHCR*, kde jsou zahrnuty informace a statistiky týkající se uprchlíků. Pokud jde o Evropskou unii, právo Úmluvy se přejímá a dále konkretizuje v podobě směrnic upravujících

minimální standardy poskytnutí ochrany uprchlíků jednotlivými členskými státy. Od roku 2007 rozlišuje dále UNHCR podkategorii uprchlíků, kteří se nacházejí mimo území svého domovského státu a splňují podmínky pro přiznání statusu uprchlíka, ale ten jim nebyl přiznán. Tyto osoby se označují jako tzv. refugee-like situation persons – nacházejí se ve státě, který není smluvní stranou Ženevské úmluvy, nebo nemají žádnou státní příslušnost, anebo jim byla odepřena ochrana státem, v němž se zdržují, nebo jehož státními občany jsou, avšak jim nebyl přiznán formální status uprchlíka (Russel, 2002).

Osoby, které podle Úmluvy nenaplnějí určité znaky, jsou nazývány **nepravými uprchlíky**. Důvody útěku jsou ryze individuální. I oni odcházejí ze svých domovů kvůli situacím, které nemohou ovlivnit či zastavit. Stejně tak nemohou na daném místě setrvat, neboť by tak riskovali újmu na zdraví či jejich osobní integritě. Pod tímto konceptem lze typicky najít **válečné běžence**. Ti utíkají v důsledku vnitrostátního či mezinárodního ozbrojeného konfliktu, jenž probíhá bezprostředně v okolí jejich působení. **Enviromentální běženci** utíkají před vážnou přírodní hrozbou, katastrofou či v důsledku plánovaného využití území, na kterém doposud žili. Mezinárodní právo těmto osobám nezaručuje žádnou mimořádnou ochranu, jako je u uprchlíků. Jejich ochrana na mezinárodní úrovni vyplývá z obecných lidsko-právních dokumentů. Základem je Všeobecná deklarace lidských práv z roku 1948. Dále ochranu zahrnuje relevantní ustanovení v Evropské úmluvě o ochraně lidských práv z roku 1950 či v Mezinárodním paktu o občanských a politických právech z roku 1984. Kromě lidsko-právních nástrojů obecného charakteru je možno zakotvení tohoto principu nalézt v Úmluvě proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání z roku 1984 (Honousková a kol., 2014).

Aktuální problém v důsledku probíhající migrační krize spočívá v nemožnosti na první pohled určit, zda jde o migranta přicházejícího do Evropy ve statusu uprchlík, válečný běželec či nelegální ekonomický migrant (Honousková a kol., 2014).

1.2.2 Typologie migrace

Petersen ukazuje na pět typů migrace. První typ se nazývá „**primitivní**“. V dnešní době se dá nazývat „**ekologická**“. Tento typ migrace se váže na pohyb obyvatelstva, kdy člověk nedokáže vzdorovat přírodním podmínkám. Primitivní migrace je častěji spíše předindustriálním obdobím, ale lze se s ní setkat v soudobé době. Petersen se dále domnívá, že lidé migrující z ekologických příčin se zpravidla chovají konzervativně, jelikož si chtějí zachovat stávající životní styl. Zde by se jednalo o typický příklad, kdy motivací k migraci jsou většinou

vypuzující elementy. Cizinci hledají teprve během cesty místo, kde by se usadili (Uherek a kol., 2015).

Jako další typ migrace Petersen vymezil „**násilnou a vynucenou migraci**“. Jednotlivec nebo skupina je násilně deportována – převezená na jiné místo. Při vynucené migraci jsou skupině připravené takové okolnosti, že je stimulována zdrojovou destinací opustit, ale daný jedinec se může rozhodnout, zda odejít či nikoliv. Protipólem je „**migrace dobrovolná**“. Petersen ji vnímá jako migraci jednotlivců nebo malých skupin obyvatelstva z vlastního rozhodnutí. Do této kategorie se vztahuje pracovní migrace. Dále vytyčil takzvanou „**masovou migraci**“, která nikdy není vynucena žádnou restrikcí, ale nelze o ní říci, že vzniká na základě individuálních motivací (Uherek a kol., 2015).

1.2.3 Teorie migrace

1.2.3.1 Ravensteinovy zákony

První migrační teorie vznikla ve Spojeném království na konci 19. století jako individualistická teorie postavená na racionální kalkulaci osob. Význačné postavení v této teorii měl Ernest Georg Ravenstein. Její základy je možno hledat v neoklasické ekonomii, která chápe ekonomiku jako účel a prostředek společenského pohybu. Ze statistik v tomto období lze odvodit, že největší migrační pohyb směřuje do cílových destinací z bezprostředního okolí, a teprve následně na nabídku práce a odměny reagují vzdálenější zdroje potenciální migrace. Z toho dále vyplývá, že nejvíce lidí migruje na kratší vzdálenosti. Každý migrační proud vytváří vždy protiproud. Migrace není nikdy jednosměrná. Tato teorie se domnívá, že migrují především jednotlivci, kteří hledají lepší podmínky výdělků. Neuvažuje o tom, že lidi nemigrují jen na základě vlastního rozhodnutí, ale že na ně může být vyvíjen určitý tlak, jehož charakter nemusí být na první pohled patrný (Uherek a kol., 2015).

1.2.3.2 „Push a pull“ teorie

Push a pull faktory velmi úzce souvisí s neoklasickou teorií migrace. Douglas J. Bogue usuzoval, že aby došlo k migraci, musí mít přitažlivé a odpudivé síly určitou intenzitu. Síly nemusí být symetrické. Faktory jdou velmi dobře rozdělit do tří základních skupin: ekonomické, kulturní a environmentální. Mohou převládat prvky vypuzující tzv. „push faktory“ – například přírodní katastrofy, války, ekonomické převraty, kdy jedinec prchá, aniž by věděl kam, teprve postupně váží, jaká bude jeho cílová destinace. Dále se do nich řadí nedostatek

pracovních míst, špatná zdravotní péče, ztráta bohatství, diskriminace, hladomor, sucho, nedostatek politické nebo náboženské svobody, vyhrožování smrtí (Palát, 2014). Naopak mohou převládat i přitahující faktory – tzv. „pull faktory“ – jedinec opouští svou zdrojovou destinaci například za vzděláním, aniž by ho něco vypuzovalo (Uherek a kol., 2015). Mezi tyto faktory, které vedou obyvatele k přestěhování do nového místa či země, patří: pracovní příležitosti, lepší životní podmínky, politická a náboženská svoboda, lepší zdravotnická péče, atraktivní podnebí, bezpečnostní důvody, ale i rodina (Palát, 2014).

Síly „push a pull faktorů“ významně ovlivnily koncept E. S. Lee, který v roce 1966 konkretizoval faktory – a) faktory spojené s místem původu; b) faktory spojené s cílovou destinací; c) překážky; d) osobní faktory. Pokud převládají negativní faktory ve zdrojovém území a pozitivní v cílové destinaci, může dojít k migraci. E. S. Lee soudí, že jednotlivci se k migraci sami rozhodují, a tím pádem je migrace individuální a selektivní proces. Z hlediska obyvatele afrického kontinentu jsou push faktory velmi dobře identifikovatelné. Migrant ví, jaké jsou okolnosti v zemi jeho původu, protože je přímým svědkem událostí, které se v zemi dějí – války, utlačování. Jinou formou migrace je tzv. „brain drain“ – odliv mozků. Jev, kdy africké země ztrácejí svůj největší lidský kapitál, a navíc přichází o vynaložené náklady na vzdělání jedince. Odliv mozků způsobuje na africkém kontinentu poměrně velké problémy, a to ve všech odvětvích a v celé společnosti (Palát, 2014).

1.2.3.3 Neoklasická teorie migrace

Migrace v této teorii je důsledkem nerovnoměrného rozdělení práce a kapitálu. Z prvního přístupu vychází mezinárodní migrace z rozdílů ve mzdách a příležitostech mezi jednotlivými zeměmi. Mnohé ekonomiky při hospodářském růstu narážejí na nedostatek kvalifikovaných zaměstnanců na trhu práce. Práce se stává vzhledem ke kapitálu nedostatkovou a tato nerovnováha rozdělení výrobních faktorů působí tlak na růst výdělků. Opačně je tomu ve státech s přebytkem práce a nízkou úrovní výdělků. V druhém přístupu je důležitá role racionálně uvažujících jedinců, kdy se potenciální migranti rozhodují na základě racionální kalkulace možných nákladů a přínosů, které s sebou migrace nese. V této teorii jsou zohledněny jen ekonomické příčiny migrace, přičemž není akceptováno, že to má mnoho i neekonomických aspektů. Není brána v úvahu segmentace trhu práce, kdy jednotlivé segmenty se mnohdy vyvíjejí odlišně a mobilita je mezi nimi velmi omezena (Palát, 2014).

1.2.3.4 Teorie duálního pracovního trhu

Zaměřuje se na poptávkovou stranu migrace v cílových zemích a nábor pracovníků rozvojových zemích. Jako rozhodující faktor jsou zdůrazňovány strukturální podmínky v přijímací zemi. Migranti se nezaobírají sociálním statutem v cílové zemi, a to nejen proto, že rozdíl v dosažené mzdě v zemi původu a zahraničí je vysoký, ale mohou považovat situaci v této pozici jen za přechodnou (Palát, 2014).

1.2.4 Historie africké migrace

Migrace v rámci afrického kontinentu byla v každém případě poměrně dynamická. Lidé zde putovali z mnoha různých argumentů – z důvodu obchodu, šíření náboženství či dobývání nových území. Tato migrace probíhala plynule až do počátků kolonialismu, kdy byli najednou vytvořeny mezi státy umělé hranice, jež se staly poměrně velkou překážkou ve volném pohybu osob. Nedošlo ani k velké změně v 60. letech, kdy mnoho afrických států oslavilo nezávislost. Vnější hranice Afriky se začaly potýkat s rostoucím přílivem obyvatel do Evropy. Mezi nejčastější cílové destinace migrantů patřila Francie, Německo, Nizozemí a Belgie. V 80. letech se k těmto zmiňovaným státům přiřadilo ještě Španělsko a Itálie. Dost obyvatel Maghrebu směřovalo do Evropy, v Africe se v 70. – 80. letech naplno rozproudila migrace z jihu na sever. První příčinou bylo nucené usazení kočovníků, a tím i ztráta jejich obživy. Nomádi a obchodníci se museli stěhovat za prací na sever, kde byli zaměstnáni na stavbách a ropných polích, což se dá označit za první migrační trend v Africe (Člověk v tísni, 2016).

Druhým důvodem migrace na sever byla rozsáhlá sucha a opakované ozbrojené konflikty v oblasti dnešního Sahelu. Lidé utíkali před hladem a konflikty do bezpečí a usazovali se v oblasti severní Afriky. Zde byli migranti ze subsaharské Afriky vítáni, poněvadž pracovali na nižších pracovních pozicích a doplnili chybějící populaci. Největší nárůst migrace ze severní Afriky do Evropy přinesl počátek 90. let. Nejvýznamnější důvod byl ekonomický propad ve státech západní Afriky a Afrického rohu silně rostoucím počtem občanských válek. Tyto konflikty byly charakteristické velkým množstvím uprchlíků, kteří směřovali do okolních zemí – například válečný konflikt v oblasti Velkých jezer, občanské války v Libérii či v Súdánu (Člověk v tísni, 2016).

Dalším faktorem transsaharských migračních tras bylo vyústění imigrantské politiky, kterou nastartovala Libye. Charakter této politiky byl pan-africký, tedy založený na solidaritě afrických států. Libye se stala hlavní přijímací zemí pro uprchlíky jak z východní, tak západní

Afriky. Až do roku 2000 přijímala Libye migranty bez větších obtíží. Poté došlo ke střetu mezi Libyjci a subsaharskými Afričany pracujícími v Libyi. Ta si ihned začala uvědomovat rizika nekontrolovatelného příchodu uprchlíků. Stát vytvořil přísnější politiku, která zahrnovala regulace, repatriaci a jiné. Bohužel i tato politika přinesla zvýšení nelegální migrace a vytvoření nových migračních tras (Člověk v tísni, 2016).

1.2.5 Migrační trasy z afrického kontinentu do Evropy

Prvotním cílem uprchlíků je dostat se ze subsaharské Afriky k pobřeží. Tito migranti pochází ze severní či západní Afriky a dále se musí dostat do cílové země přes moře nebo oceán. Cesta k břehům severní Afriky je o dost spleťtější, jelikož migranti musí překonat velkou bariéru v podobě pouště Sahary. Kromě lodní dopravy existují i další možnosti, jak se dostat do Evropy. Jedna z nich, více finančně nákladná, je cesta letadlem. Někteří migranti falšují dokumenty – cestovní pasy, doklady totožnosti, přes které mohou cestovat. Pašeráci mohou uprchlíkovi vyřídit turistické vízum nebo mu zařídí pozvánku, tzv. zvací dopis. Po legálním příjezdu uprchlík zůstane déle v hostitelské zemi, než mu je umožněno, a tím pádem se stává ilegálním. United Nations Office on Drugs and Crime (2018) definovalo těchto šest migračních tras:

1) Trasa na pobřeží západní Afriky – Tato cesta je nejvíce využívána uprchlíky, kteří žijí v oblasti západní Afriky. Vede od Libérie přes Sierra Leone, Guineu, Guineu Bissau, Senegal, Gambii, Mauritánii až do oblasti Západní Sahary, odkud cesta postupuje na Kanárské ostrovy.

2) Přímá trasa ze západní Afriky na Kanárské ostrovy – Je využívána uprchlíky, kteří se chtějí vyhnout putování přes poušť Saharu. Převážná část migrantů pochází ze Senegalu, Guinei, Mauritanie, Sierra Leone. Po vyplutí ze západoafrických přístavů pokračují směrem na Kanárské ostrovy.

3) Trasa k Západní Sahaře – Migranti, kteří pocházejí z oblastí Pobřeží Slonoviny, Ghany, Burkina Faso, Toga a Beninu využívají tuto trasu, jelikož vede přes Mali, Mauritánii, Západní Saharu a k jihu Maroka. Odtamtud dále vodní trasou směrem na Kanárské ostrovy. Tato migrační trasa je dost obtížná, poněvadž vede přes Saharu.

4) Trasa střední Saharou – Tato trasa je využívána migranty, kteří putují do Evropy ze zemí, kam patří Nigerie, Niger, Kamerun nebo Čad. Vede z Nigeru přes severní Mauritánii, jižním Marokem do severního Maroka. Cíle této trasy jsou buď Kanárské ostrovy či Španělsko.

5) Trasa východní Saharou – Tato trasa se napojuje na předešlou zmíněnou trasu. Je pokračováním uprchlíků, kteří se ocitli ve státech severní Afriky – nejčastěji v Tunisku nebo Libyi. Migrace není jednoduchá z důvodu klimatických podmínek – jde o pouštní krajinu. Kromě toho pokračují vodní cestou a jejich destinací se stávají ostrovy jižní Evropy – Liparské ostrovy, Sicílie, Malta či Lampedusa.

6) Trasa z Afrického rohu – Směřuje z východní Afriky do Evropy. Země, z nichž migranti pocházejí jsou nejčastěji Somálsko, Etiopie, Keňa a Uganda. Počíná v Africkém rohu a pokračuje přes Súdán, Libyi nebo do Egypta, Poté pokračuje vodní cestou na ostrovy jižní Evropy.

Na těchto trasách existují tzv. migrační uzly – významná střediska. Jde o města, kde se uprchlíci mohou na nějaký čas usadit, a poté dále pokračovat v cestě do cílové destinace. V těchto městečkách si mohou nashromáždit dostatečný obnos financí pro další putování. Peníze vydělávají náročnou prací, bohužel leckdy i prostitucí nebo žebráním. Ale představa přerušení cesty a navrácení do svého domovského státu je pro ně hanbou. Západoafrickými migračními uzly jsou města Gao a Agadez. Pro východní Afriku je to hlavní město Etiopie, Addis Abeba. Nejvíce migračních uzlů je v severní Africe – v Alžírsku Adrar, Tamanrasset, hlavní město Káhira v Egyptě či španělské výspy na severu Maroka nebo Tripoli (UNOD, 2018).



Obrázek 8 – I-mapa ICMPD o nepravidelných migračních trasách

Zdroj: CASAS-CORTES, Maribel, I-mapa ICMPD o nepravidelných migračních trasách 2012 (2020)

Frontex dále vytyčil migrační trasy pro lepší detekci: trasa východního Středomoří; západobalkánská; západního Středomoří; západoafrická; přes centrální Středomoří; kruhová trasa z Albánie do Řecka, ale též z východních hranic. V následující tabulce 1 je popsána lokalizace migrace v působnosti hranic.

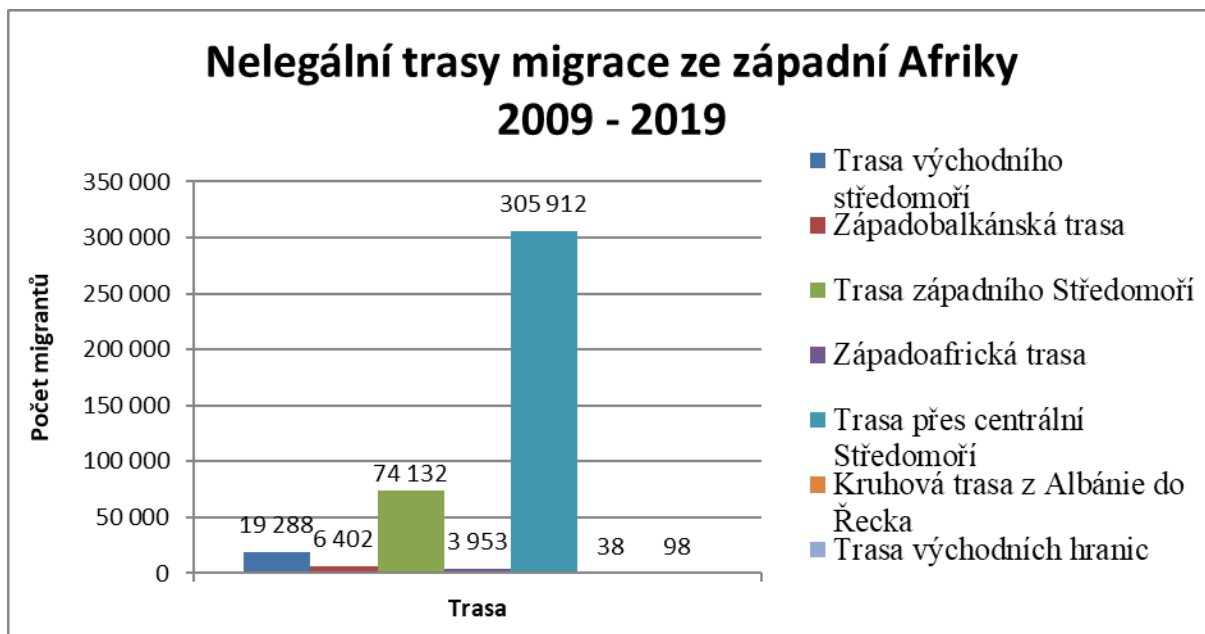
Tabulka 1 – Nelegální trasy migrace

Trasa	Lokalizace migrace
Trasa východního Středomoří	Kypr, Řecko námořní hranice, Řecko a Bulharsko pozemní hranice s Tureckem
Západobalkánská trasa	Řecko, Bulharsko, Rumunsko, Maďarsko a Chorvatsko na pozemních hranicích se zeměmi západního Balkánu
Trasa západního Středomoří	Španělsko pozemní a námořní hranice bez Kanárských ostrovů
Západoafrická trasa	Kanárské ostrovy
Trasa přes centrální Středomoří	Hranice mezi Itálií a Maltou
Kruhová trasa z Albánie do Řecka	Řecko pozemní hranici s Albánií a Bývalou jugoslávskou republikou Makedonií
Trasa východních hranic	Rumunsko, Maďarsko, Slovensko, Polsko, Litva, Lotyšsko, Estonsko, Finsko a Norsko pozemní hranice s Moldavskem, Ukrajinou, Běloruskem a Ruskou federací

Zdroj: Autor dle Frontex

V posledních letech se počet uprchlíků ze západní Afriky na trase západního Středomoří velmi zvýšil. Převážně využívají moře a jako tranzitní zemi Španělsko. Zmiňovaná cesta byla také hlavní cestou pro pašování drog do Evropy. V roce 2017 byla v marockém regionu RIF brána tato země jako hlavní tranzitní pro migranty směřující do Španělska. Velká část migrantů pocházela ze západní Afriky. Frontex uvedl, že v roce 2018 bylo detekováno 57 034 nelegálních migrantů při využití trasy západního Středomoří. V následujícím grafu 1 byla sečtena data poskytující výše zmíněná agentura od roku 2009–2019 ohledně nelegální migrace ze západní Afriky. Nejvíce byla využita trasa přes centrální Středomoří – 305 912 uprchlíků, kdy v roce 2018 tato trasa zaznamenala značný pokles, ale též byla zahájena operace Themis. Jejím úkolem bylo pomoci Itálii s ostrahou hranic a bránit zahraničním teroristickým útočníkům ve vstupu na území EU. Mezi její klíčové operace patří pátrací a záchranné akce. Celkový počet nepravidelných hraničních přechodů klesl o 80 % – tzn. 23 485 migrantů, což je nejnižší počet od roku 2012 (Frontex,2020). Dále vyplývá, že nejvíce využívají pro přechod mezi Afrikou a Evropou moře – 384 095 uprchlíků za posledních deset let. 6,3 % migrantů ze západní Afriky v uplynulých deseti letech užilo pevninu. Trasa západního Balkánu byla v minulosti jednou z hlavních migračních cest do Evropy, ale míra jejího využití též klesá.

Hranicí pro vstup do Evropy bylo Řecko a Bulharsko. Východní středomořská cesta je využívána jako třetí nejčastější a je hlídkována operací Poseidon. Její činnost je zaměřena na ostrahu námořní hranice mezi Řeckem a Tureckem (Frontex,2020).



Graf 1 – Celkový počet migrantů ze západní Afriky od roku 2009–2019

Zdroj: Frontex: *Migratory Map*,2020, zpracování vlastní

1.3 Aktuální právní aspekty migrace

Nejnovější statistiky OSN v roce 2015 uvedly, že bylo ve světě rekordních více než 60 milionů uprchlíků. Uprchlíká vlna kulminovala též i v Evropě a vyvolala ostré střety a emoce, a to i v zemích, jako je Česká republika, která vlastně migrační příliv ani nepocítila. Z pohledu České republiky jako členského státu EU je zajisté nevýznamnější unijní právní kontext. Právní úprava migrace probíhá ve dvou úrovních – na úrovni EU a na úrovni vnitrostátní. Přes hranice na cizí státní území dorazí v prvé řadě lidská bytost, u níž není často na první pohled zřejmé, zda spadá pod režim mezinárodní ochrany, neboť splňuje podmínky, které byly stanoveny v Ženevské úmluvě z roku 1951 či vyplývají z lidskoprávních zásad non-refoulement, nebo pod migraci motivovanou ekonomickými důvody, snahou získat lepší vzdělání či sloučit rodinu (Pitrová, 2016).

Ženevská úmluva z roku 1951 definovala azyl tak, aby nikdo nebyl vrácen zpět tam, kde by byl vystaven pronásledování či jinému nebezpečí. Ale též definuje ve svém čl. 1 F – tzv. vylučující klauzule – důvody, pro které není možné osobu považovat za uprchlíka. Cizinec se dopustil

zločinu proti míru, válečného zločinu nebo zločinu proti lidskosti aj. Dále právo Evropské unie vytyčuje problematiku vyloučení osoby z možnosti dostat status uprchlíka, a to je upraveno v kvalifikační směrnici 2011/95/EU. Též toto právo stanovuje již přiznaný status osobě odejmout. Členské státy mohou odejmout, ukončit, zamítnout prodloužení platnosti, a to z důvodu, že cizinec je považován za nebezpečí pro členský stát, v němž se nachází anebo je odsouzen pravomocným rozsudkem za spáchaný zvláště závažný trestný čin. V souvislosti s unijní právní úpravou je také důležité se zabývat vnitrostátními právními úpravami jednotlivých členských států z hlediska uplatnění principů non-refoulement. Česká republika zatím tuto vnitrostátní právní úpravu nemá (Pítrová, 2016).

Pro oblast azylu je jednou z nejvýznamnějších podnětů tzv. Dublinský systém stanovující příslušnost k posouzení žádosti o mezinárodní ochranu. Dublinská úmluva byla podepsána v roce 1990, ale vstoupila v platnost až v roce 1997. Vytyčila dva základní cíle: asylum shopping – nekontrolovatelný pohyb žadatele po území smluvních států Schengenu, a to v důsledku paralelních žádostí o azyl, ale také zvýšit právní jistotu žadatele. Vznikl nový systém EURODAC – jedná se o porovnání otisků prstů žadatelů o azyl a některých ilegálních přistěhovalců a je právně ošetřeno nařízením č. 603/2013/EU (Apap, 2020).

Množství příchozích cizinců se Evropská unie pokusila řešit pomocí kvót na přerozdělování uprchlíků. Dne 13. 5. 2015 představila Komise Evropský program pro migraci – nouzový mechanismus, kdy navrhovala přemístit 120 000 lidí, kteří potřebují mezinárodní ochranu, z Itálie, Řecka a Maďarska. Některé členské státy poukazovaly na nesystémovost řešení prostřednictvím relokací a stavěly do kontrastu směrnici o dočasné ochraně osob. Cizinec sice prochází prvotním screeningem v registračních centrech zřízených v Řecku a Itálii – tzv. hotspoty – a následně relokační procedurou, ale vždy se jedná o prvotní úkony, které nemohou nahradit azylové zařízení. V Evropském programu pro migraci a Evropském programu pro bezpečnost byla vyžadována důsledná správa vnějších hranic (Apap, 2020).

V oblasti migrace také velmi dobře pracují decentralizované agentury EU, zvláště pak Evropská agentura pro pohraniční a pobřežní stráž – Frontex, která spolupracuje na řízení a kontrole vnějších hranic; Evropský podpůrný úřad pro otázku azylu – EASO, který napomáhá členským zemím při naplňování jejich povinností, což požaduje azylový systém a Agentura Evropské unie pro spolupráci prosazování práva – EUROPOL, která napomáhá k policejní spolupráci mezi členskými státy, kde je zahrnuta i oblast převaděčství imigrantů. Všechny zmíněné agentury fungují na základě nepřímého řízení (Apap, 2020).

1.3.1 Legální migrační toky

Legální migrace ve formě přechodného pobytu nad 90 dnů je proces řízené, státem kontrolované migrace. Česká republika může imigraci usměrňovat prostřednictvím vízové praxe či pobytových oprávnění. Tento migrační tok souvisí zejména s migrací pracovní, s migrací za sloučení rodiny eventuálně studia (MVČR: Legální migrace – základní dokumenty, 2019).

Právní předpisy (MVČR: Legální migrace, 2020):

- Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 810/2009 ze dne 13. července 2009 o kodexu Společenství o vízech
- Nařízení Rady (ES) č. 2252/2004 dne 13. prosince 2004 o normách bezpečnosti a biometrické prvky v cestovních dokladech vydávaných členskými státy
- Směrnice Rady 2003/86/ES ze dne 22. září 2003 o právu na sloučení rodiny
- Vyhláška č. 447/2005 Sb., kterou se stanoví výše nákladů na ubytování, stravování a přepravu po území České republiky cizince zajištěného za účelem správního vyhoštění
- Směrnice Rady 2003/109/ES ze dne 25. listopadu 2003 o právním postavení státních příslušníků třetích zemí, kteří jsou dlouhodobě pobývajícími rezidenty
- Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2004/38/ES ze dne 29. dubna 2004 o právu občanů Unie a jejich rodinných příslušníků svobodně se pohybovat a pobývat na území členských států
- Směrnice rady 2009/50 ES ze dne 25. května 2009 o podmínkách pro vstup a pobyt státních příslušníků třetích zemí za účelem výkonu zaměstnání vyžadující vysokou kvalifikaci

1.3.2 Nelegální migrační toky

Tok nelegálních migrantů vstupujících do Evropské unie dosáhl v roce 2015 vysoké úrovně. Během roku 2016 členské státy informovaly o nových příchozích z Afriky, z nichž mnozí se obrátili na zločinecké sítě převaděčů. Migrantům k tomuto kroku napomáhala chudoba, sociální a politická nestabilita, omezená dostupnost tras legální migrace, a tím se usnadnil jejich neoprávněný vstup či tranzit do EU. Boj proti pašování migrantů je součástí politik EU zaměřených na nelegální migraci více než deset let, kdy v roce 2012 přijala Evropská unie právní rámec proti pašování migrantů a v roce 2015 přijala Komise akční plán proti pašování migrantů. Obchodování s lidmi je vzájemně propojený zločin, pro který Evropská unie stanovila přísná pravidla. Fenomén nelegální migrace symbolizují snímky migrantů a žadatelů

o azyl v přeplněných lodích plujících po moři směrem do Evropy. V roce 2012 byla zahájena mise EUCAP Sahel Niger s cílem pomoci nigerským orgánům při posilování v oblasti bezpečnosti. Niger má z hlediska migračních toků mířících do Evropy důležitý význam, neboť 90 % migrantů ze západní Afriky na cestě do Libye prochází Nigerem. Výše zmíněná mise potrvá do 30. září 2020 (Ec.europa, 2020).

I tato fakta se potvrzují v monografii - Země Visegrádu a migrace: fenomén procesu migrace, integrace a reintegrace v kontextu bezpečnosti zemí V4, kdy autoři uvádějí mezi nejvýznamnější bezpečnostní hrozby zejména terorismus, migrace, mezinárodní kriminalita a obchod s lidmi či drogami (Rožňák, Kubečka, 2018). Česká republika to dále hodnotí prostřednictvím dlouhodobě sledovaných faktorů: nelegální pobyt cizinců, tranzitní nelegální migrace pomocí převaděčů, nelegální překročení vnějších schengenských hranic státu, počet vydaných správních vyhoštění či počet zjištěných padělaných dokladů cizince (Parlamentní listy.cz, 2020).

Orgány činné v trestním řízení v ČR se musí vyrovnávat s otázkou trestnosti nedovoleného překračování státních hranice. Překročení státní hranice samotným uprchlíkem není trestným činem, není-li překročena za použití násilí nebo pohrůzkou násilí, načež se problém zužuje na trestnou činnost převaděčů. Trestní zákoník vymezuje s nedovoleným překročením státní hranice tři trestné činy – § 339 násilné překročení státní hranice, §340 organizování a umožnění nedovoleného překročení státní hranice, §341 napomáhání k neoprávněnému pobytu na území republiky (Pítrová, 2016).

Právní předpisy (MVČR: Nelegální migrace,2020):

- Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 604/2013 ze dne 26. června 2013, kterým se stanoví kritéria a postupy pro určení členského státu příslušného k posuzování žádosti o mezinárodní ochranu podané státním příslušníkem třetí země nebo osobou bez státní příslušnosti v některém členských států
- Nařízené Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/1624 o evropské pohraniční a pobřežní stráží, kterým se mění nařízení Evropského parlamentu a Rady EU 2016/399 a zrušuje nařízení (ES) č. 863/2007 Evropského parlamentu a Rady; nařízení Rady (ES) č. 2007/2004 a rozhodnutí Rady 2005/267/ES (Ec.europa, 2020).

- Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2009/52/ES – minimální normy pro sankce a opatření proti zaměstnavatelům státních příslušníků třetích zemí s nelegálním pobytem (Ec.europa, 2020).
- Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2013/32/EU ze dne 26. června 2013 o společných řízených pro přiznávání a odnímání statusu mezinárodní ochrany
- Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2013/33/EU ze dne 26. června 2013, kterou se stanoví normy pro přijímání žadatelů o mezinárodní ochranu
- Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 562/2006 ze dne 15. 3. 2006, kterým se stanoví kodex Společenství o pravidlech upravující přeshraniční pohyb osob Schengenský hraniční kodex
- Mezinárodní úmluvy 2000 – protokol proti pašování migrantů po zemi, po moři a vzduchem, kterým se doplňuje Úmluva OSN proti nadnárodnímu organizovanému zločinu protokol o pašování migrantů po zemi (Ec.europa, 2020)

Stejně jako v ostatních členských státech Evropské unie, i v České republice proběhla novelizace cizinecké legislativy v souvislosti s proběhlou migrační krizí a současně byl novelizován azylový zákon č. 325/1999 Sb., cizinecký zákon 326/1999 Sb., a zákon č. 221/2003 Sb., o dočasné ochraně cizinců. Tato novela se netýkala slučování rodin, ale především šlo o možnost zrušení povolení k pobytu pro cizince, jenž byl odsouzen pro spáchání úmyslného trestného činu na území ČR na dobu delší než tři roky či byl odsouzen opakovaně. Dále byla upravena možnost odmítnout azyl z důvodu podezření, že žadatel představuje riziko pro bezpečnost státu. Žadatelé o azyl, kteří se v cizině dopustili zvláště krutého činu i s politickým podtextem, jsou odmítnuti. Česká úprava využila také možnosti pozastavit řízení v případě, když žadatel o mezinárodní ochranu s úřady nespolupracuje, a tím prodlužuje dané azylové řízení. Též novela posílila hledisko ochrany veřejného zdraví. V rámci ochrany proti zavlečení infekčního onemocnění budou muset žadatelé o azyl předkládat, že netrpí žádnou závažnou infekční chorobou. Toto potvrzení by měli vystavovat lékaři v zařízeních pro pobyt cizinců dle výsledků lékařské prohlídky (Pítrová, 2016).

1.4 Metodika využívaná k dosažení cílů

V této kapitole bude popsáno, jaká data a jaké metody byly využity ke zpracování grafů, tabulek a obrázků, které jsou obsahem této bakalářské práce.

Cílem bakalářské práce je analyzovat, komparovat a zhodnotit současnou situaci nejzávažnějších infekčních onemocnění západní Afriky a jejich dopad na bezpečnost v rámci migrace do států EU s akcentem kladeným na Českou republiku. Bude zodpovězena otázka, zda má vliv na šíření rizik infekčního onemocnění do států EU právě migrace.

První výzkumná otázka: „*Jsou vnímána rizika infekčních onemocnění při migraci ze západní Afriky vůči bezpečnosti států EU?*“

Cílem této otázky bude zodpovězeno, zda migrace ze západní Afriky představuje riziko pro státy EU z pohledu infekčních onemocnění.

Druhá výzkumná otázka: „*Je Česká republika jako tranzitní země ohrožena rizikem infekčních onemocnění při migraci ze západní Afriky? Zvýšil se výskyt infekčních onemocnění – HIV, TBC?*“

Tato otázka má za cíl zjistit, zda ve zkoumaném státě mají tato onemocnění nějaké spojení s migrací ze západní Afriky. Byla provedena komparace prevalence a incidence onemocnění na 100 000 obyvatel EU a ČR.

Třetí výzkumná otázka: „*Jsou dostačující vstupní lékařské prohlídky migrantů při vstupu do země očima občanů ČR?*“

Cílem otázky bylo zjistit, jaký postoj mají občané ČR k této problematice a zda ví, co obnáší vstupní prohlídka migrantů při vstupu do ČR.

Data

V této bakalářské práci je pracováno se sekundárními daty. Data, která byla použita se týkají států západní Afriky a Evropské unie. Jsou dostupné na webových stránkách Světové zdravotní organizace – WHO – World Health Organization. Ještě byla využita data pro analýzu Evropských států – EUROSTAT, ale též z Evropského střediska pro prevenci a kontrolu nemocí – European Centre for Disease Prevention and Control – ECDC, též data z celosvětové banky The World Bank. Pro začlenění dat z České republiky byl využit portál z ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistik České republiky. Pro úplné dokreslení podstatné situace byla využita kvantitativní metoda – dotazníkové šetření. Dotazník byl vytyčen na dva měsíce, byl zcela anonymní a je součástí této práce – příloha č. 1. Pro celkové naplnění cílů této bakalářské práce byla využita SWOT analýza.

Literatura

Práce s literaturou byla pojata následovně: Nejdříve byly provedeny kompilace. V tomto kroku byla shromážděna dostupná literatura, články z odborných časopisů či ročenek. Následoval další krok – analýza, což byl rozbor vyhledané literatury. Poté navazovala syntéza – souhrn načtené literatury a sledování nových případů ohledně dané problematiky. Nakonec proběhla komparace z dostupné statistiky, kdy došlo k srovnání a porovnání různých údajů daných literaturou.

2 PRAKTICKÁ ČÁST

Tato část práce využívá metodu komparace problematiky čtyř evropských zemí začleněných do Evropské unie. Strategie zpracování závisí na množství žadatelů o azyl ze západní Afriky a prevalenci a incidenci infekčních onemocnění na 100 000 obyvatel daných zemí, které práce komparuje. V případě zvolených hostitelských zemí, Německo a Francie, je vycházeno z předpokladu velké míry žadatelů o azyl, ale hlavně též využití stejné trasy ze západní Afriky. Významný je také fakt, že v těchto zemích se již nachází část rodin čekajících na další příbuzné. Co se týká tranzitní země České republiky a Španělska, bylo vycházeno z předpokladů – Španělko může být prvním vstupem na pevninu Evropy a ČR nemá pro migranty zvláštní lokalitu. Druhý segment bakalářské práce využívá metodu dotazníkového šetření a poslední metoda uzavírá jako celek zkoumané studie SWOT analýza.

2.1 Africká migrace do států evropské unie

2.1.1 Žadatelé ze západní Afriky o azyl – hostitelská versus tranzitní země

Od roku 2016, kdy Evropská unie ujednala s Tureckem vzájemnou spolupráci v boji proti nelegální migraci ze Sýrie stoupl podíl migrantů z Afriky. Jednalo se zejména o obyvatele Nigérie – 9 %, Pobřeží slonoviny – 6 %, Guiney – 6 %, Gambie – 4 % a Mali – 4 %. Počty migrantů z jednotlivých států se meziročně značně proměňují, což poukazuje na celou řadu domácích – push i vnějších – pull faktorů. V roce 2017 se uskutečnil průzkum Processing Personal Data for Risk Analysis – kdy je rozhodující pro migranty ekonomická situace v zemích původu. Druhým nejvýznamnějším faktorem jsou uvedené bezpečnostní důvody, především konflikt v regionu či politické důvody, jež donutily migranty hledat azyl v členských státech Evropské unie. Téměř všichni dotazovaní migranti již v EU mají známé či příbuzné, což představuje značný pull faktor ve volbě cílové destinace – Itálie, Německo, Francie, Španělsko (Prouza, 2019).

Na následujících obrázcích je uveden podíl žadatelů o azyl dle států západní Afriky a vytyčení hostitelské či tranzitní země s přihlédnutím na infekční onemocnění. Data vychází ze statistik publikovaných úřadem EUROSTAT za rok 2008–2018 a byla graficky znázorněna. Jako hostitelské země byly vybrány Německo a Francie. Tranzitní země byly vybrány Španělsko a Česká republika. Možnost využití oficiálních statistik ohledně údajů pro popis

zdraví cizinců jako celku je velmi omezená, jelikož statistiky mortality a morbidit neobsahují údaje o etnickém původu. Ani statistiky veřejného zdravotního pojištění nesledují migranty jako zvláštní kategorii.

V nadcházejících tabulkách byly vytyčené dvě tranzitní země a dvě hostitelské země.

Tabulka 2 – Žadatelé o azyl podle občanství v letech 2008–2018 v ČR

Žadatelé o azyl podle občanství v letech 2008–2018											
Česká republika – tranzitní země											
Stát	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Benin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Burkina Faso	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kamerun	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pobřeží slonoviny	5	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0
Gambie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ghana	5	5	5	5	0	0	5	5	5	5	0
Guinea	5	10	0	0	5	0	5	0	0	0	0
Guinea-Bissau	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Libérie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mali	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Niger	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nigérie	40	40	30	20	10	20	25	25	30	20	20
Senegal	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sierra Leone	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Togo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Zdroj: Eurostat, vlastní zpracování

V roce 2018 požádalo Českou republiku o azyl 20 nelegálních migrantů ze západní Afriky, kdy původní destinace byla Nigérie. Velmi přehledně je vidět v tabulce 2 vzrůstající migrace od roku 2008 do roku 2016. Žadatelé o azyl či o udělení mezinárodní ochrany v ČR jsou na základě zákona účastníky veřejného zdravotního pojištění, tím pádem mají přístup ke zdravotní péči stejně jako občané ČR. Incidence TBC v tomto státě je nízká a nemá vzrůstající charakter, dle ÚZIS, ale může výskyt TBC vzrůstat díky podílu migrantů. V roce 2014 bylo nově zjištěných 232 případů HIV a 24 osob s AIDS bez rozdílu etnicity. V roce 2017 bylo zjištěno o 10 % více případů HIV (Regionální zpravodajství NZIS ČR, 2014). I přes tyto údaje patří Česká republika v Evropské unii dlouhodobě k zemím s nejnižším výskytem tohoto infekčního onemocnění. Co se týká residentů – tj. cizinců s dlouhodobým pobytem – bylo v roce 2019 mezi nimi zaznamenáno 73 nakažených, což je méně než v předchozích 4 letech. Podíl HIV pozitivních residentů z celkového počtu migrantů s dlouhodobým pobytem v ČR je násobně vyšší než podíl HIV pozitivních mezi občany ČR. Tím pádem je nutné podotknout, že residenti

představují skupinu s výrazným rizikem. Dále bylo v roce 2019 zjištěno u 13 residentů onemocnění AIDS. Kromě doposud uvedených počtů bylo zaznamenáno 27 nových případů HIV u migrantů s krátkodobým pobytem v ČR. Tento počet je značnější než v předchozích letech, kdy se pohyboval zhruba na výši 15 případů za rok (SZÚ, 2019).

Jako další tranzitní země bylo vybráno Španělsko, ale nelegální migranti ji mohli využít též jako cílovou destinaci z důvodu pull faktorů.

Tabulka 3 – Žadatelé o azyl podle občanství v letech 2008–2018, Španělsko

Žadatelé o azyl podle občanství v letech 2008–2018											
Španělsko – tranzitní země											
Stát	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Benin	10	15	5	5	5	5	5	5	5	10	5
Burkina Faso	15	5	15	30	10	10	15	5	15	20	80
Kamerun	70	110	155	130	120	85	95	155	120	615	270
Pobřeží slonoviny	500	305	120	550	105	70	75	75	125	350	440
Gambie	45	50	65	55	25	15	35	60	70	230	140
Ghana	35	15	20	25	20	20	20	20	25	45	175
Guinea	100	130	165	150	75	90	65	80	205	465	725
Guinea-Bissau	10	20	10	5	10	10	15	10	10	25	40
Libérie	25	15	10	20	5	10	10	10	0	20	15
Mali	10	30	15	40	100	1470	595	225	220	335	695
Niger	20	15	10	25	10	5	0	5	5	5	10
Nigerie	810	460	240	260	205	180	160	215	285	260	400
Senegal	30	20	20	20	25	45	35	30	45	250	450
Sierra Leone	35	30	25	20	15	15	10	10	15	30	55
Togo	15	15	5	20	5	10	5	10	5	10	15

Zdroj: Eurostat, vlastní zpracování

Španělsko je velmi kvalitní ukázkou migrace ze západní Afriky. Během let 2008–2018 je vidět klesající a stoupající charakter počtu příchozích z různých států. Nejvíce žadatelů o azyl v roce 2018 pocházelo z původní destinace Mali – 1 245 uprchlíků, nejméně ze státu Benin. Co se týká onemocnění HIV/AIDS a TBC, je nejvíce diagnostikováno u imigrantů a jen zřídka u domorodých Španělů. Celkově je 72 % nositelů HIV-2 mezi africkými migranty. Většina případů žije v největších městských oblastech, ale také byla nalezena ložiska na pobřeží Španělska. Koncentraci případů na jihovýchodě a na Kanárských ostrovech představují převážně ilegální migranti ze západní Afriky (Soriano, 2018).

Tabulka 4 – Žadatelé o azyl podle občanství v letech 2008–2018, Německo

Žadatelé o azyl podle občanství v letech 2008–2018											
Německo – hostitelská země											
Stát	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Benin	50	70	90	60	140	160	245	370	255	185	115
Burkina Faso	30	45	50	55	105	200	205	220	255	205	110
Kamerun	210	210	230	200	240	435	625	1005	1400	1135	990
Pobřeží slonoviny	85	55	65	135	100	285	295	565	1655	1350	710
Gambie	140	170	175	160	265	680	1945	3110	5785	2750	1575
Ghana	235	225	280	295	500	780	1170	1150	2645	1135	990
Guinea	210	270	255	310	455	1290	1195	740	3535	4085	3120
Guinea-Bissau	15	30	20	10	80	205	325	400	435	265	215
Libérie	30	20	15	20	45	50	75	90	185	195	185
Mali	10	15	25	30	205	655	530	560	1285	600	375
Niger	15	25	35	20	55	120	165	185	165	150	105
Nigerie	555	840	775	810	965	1975	3990	5300	12910	8260	11010
Senegal	15	35	40	50	115	570	765	1205	765	380	355
Sierra Leone	130	100	80	90	115	200	230	305	865	915	460
Togo	95	75	95	70	90	135	175	250	430	370	315

Zdroj: Eurostat, vlastní zpracování

Německá republika je cílová země přistěhovalců. Po druhé světové válce, a zejména od poloviny 50. let 20. století byla migrace plánovaná, tzv. na pozvání, která měla za úkol zlepšit obtížnou situaci německého hospodářství způsobenou nedostatkem pracovních sil – což byla převážně migrace legální a migranti se stali pojištěnci systému povinného zdravotního pojištění. Zvláštní postavení v přístupu ke zdravotní péči mají v Německu žadatelé o azyl, vždy jsou v naléhavých případech ošetřeni bez omezení (Křečková Tůmová, 2003). Toto pojištění je jim zprostředkováno místním příslušným sociálním úřadem. V roce 2018 vstoupilo do Německa ilegální cestou nejvíce uprchlíků z Nigérie, Guinei a Gambie. Míra incidence onemocnění HIV/AIDS je v těchto zemích vysoká. Dle dostupných statistik v roce 2018 počet nově diagnostikovaných případů v Německu má klesající charakter, a to až o 75 % od roku 2009.

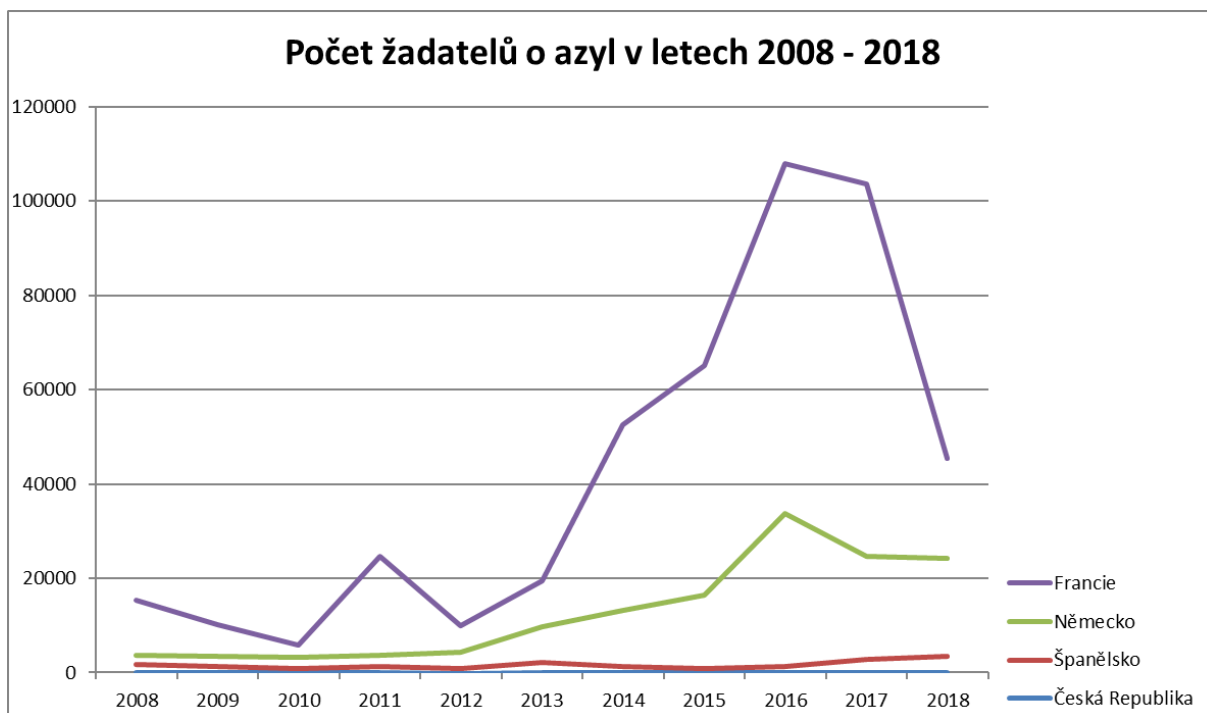
Tabulka 5 – Žadatelé o azyl podle občanství v letech 2008–2018, Francie

Žadatelé o azyl podle občanství v letech 2008–2018											
Francie – hostitelská země											
Stát	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Benin	95	15	5	90	10	20	100	165	275	210	70
Burkina Faso	645	235	85	800	115	100	295	410	840	945	250
Kamerun	190	110	55	200	75	70	190	335	1985	2000	520
Pobřeží slonoviny	1165	575	235	2165	630	260	1500	3090	7455	8440	1865
Gambie	415	295	80	365	320	1760	8575	7995	8930	8875	2270
Ghana	1185	795	280	3650	845	575	2185	3675	4940	5435	1320
Guinea	465	215	165	610	185	170	940	1675	6050	7820	1570
Guinea-Bissau	20	15	10	170	50	115	415	660	730	935	250
Libérie	130	105	60	100	25	45	75	95	300	350	95
Mali	720	190	65	3015	785	1805	9790	5425	6350	7640	2465
Niger	155	45	10	720	60	40	105	145	295	465	130
Nigerie	5670	3800	1385	7760	1615	3520	10135	18145	27105	25495	6975
Senegal	130	130	160	905	940	1020	4675	6360	7610	8455	3065
Sierra Leone	85	55	25	110	20	60	190	175	620	1100	250
Togo	575	130	80	290	100	100	205	295	640	695	120

Zdroj: Eurostat, vlastní zpracování

Poslední hostitelskou zemí byla vybrána Francie. Opět je velmi vidět klesající charakter nelegální migrace z Nigérie. Největší počet žadatelů o azyl byl v letech 2014–2017. Na druhém místě se objevil Senegal – jelikož se jedná o francouzskou kolonii – a poté Gambie, což může mít za následek zvýšení HIV/AIDS ve Francii.

V následujícím grafu 2 je přehledně ucelen přehled žadatelů o azyl ve vytyčených zemích EU ze západní Afriky v letech 2008–2018. Největší nárůst žadatelů zaznamenala Francie – v této práci jako hostitelská země. Nejmenší počet žadatelů byl zaznamenán Českou republikou, jež je tranzitní zemí.

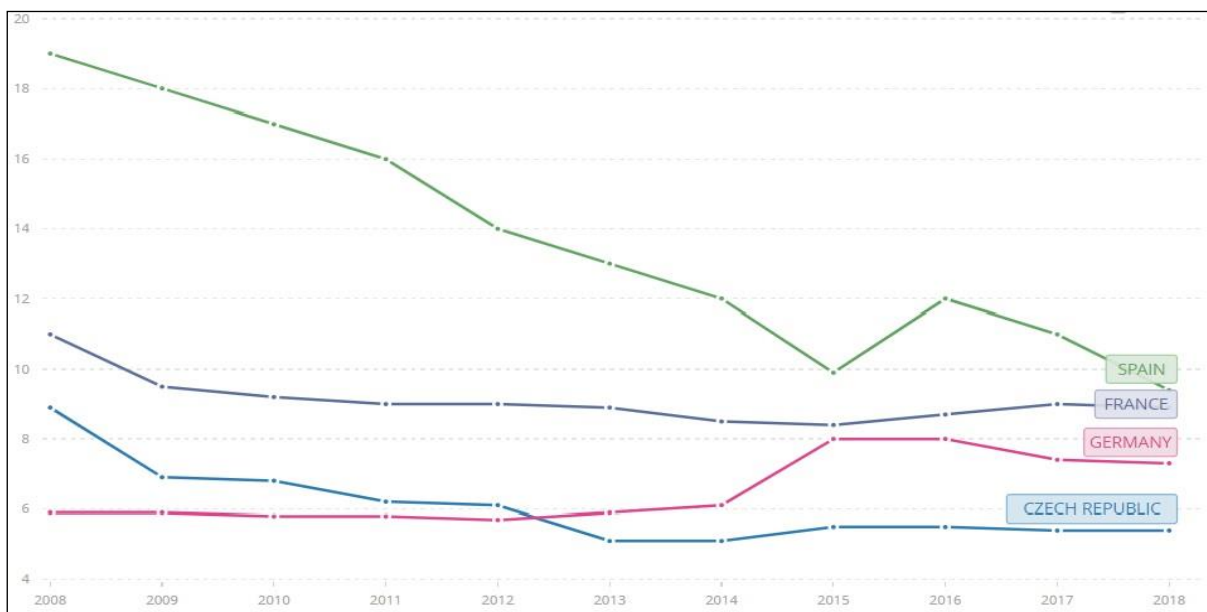


Graf 2 – Počet žadatelů o azyl ze západní Afriky 2008–2018 do států EU

Zdroj: vlastní zpracování

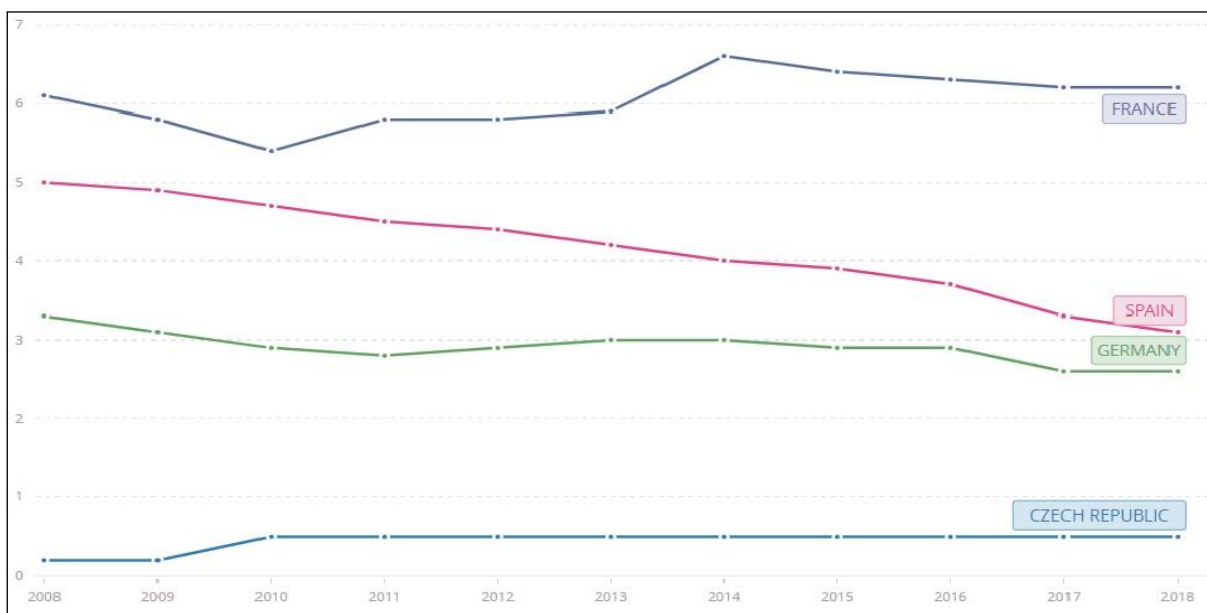
Dále pomocí dat získaných z The World Bank byl sestaven graf 3 – incidence TBC na 100 000 obyvatel daných vyčleněných států EU včetně ČR. V roce 2008 zaznamenalo Španělsko vysoký nárůst TBC, ale s porovnáním žadatelů o azyl je pravděpodobné, že nebyla tato incidence závislá na migraci ze států západní Afriky. V roce 2016 bylo detekováno 16 nově zjištěných onemocnění TBC na 100 000 obyvatel, ale počet žadatelů se též nezvýšil. Francie jako hostitelská země má velký nárůst migrantů v období 2015–2017, ale incidence onemocnění TBC má klesající charakter. Vzrůstající charakter je zaznamenán též u hostitelské země Německo v roce 2015–2017, ale míra incidence TBC také vzrostla o 8 případů onemocnění na 100 000 obyvatel. Česká republika v incidenci onemocnění TBC má lineární průběh od roku 2013 – tzv. 5,4 případů na 100 000 obyvatel.

Graf incidence HIV byl opět sestaven mezi lety 2008–2018, kde je zřejmé, že míra incidence nemá až tak velký vzrůstající charakter na 100 000 obyvatel, což ukazuje graf 4. V roce 2014–2015 byla četnost HIV ve Francii zvýšená, a to na 6 600 případů na 100 000 obyvatel. Může to mít následek migrační vlna do hostitelské země. Španělsko vykazuje klesající charakter, a to 3900 případů HIV od roku 2015 a 3100 případů HIV v roce 2018 na 100 000 obyv. Německo má lineární křivku, nejsou patrné výkyvy tohoto onemocnění, i přes žádosti o azyl. ČR má v roce 2009–2018 stále stejné údaje, 500 případů na 100 000 obyvatel.



Graf 3 – Četnost onemocnění TBC na 100 000 obyvatel ve vybraných zemích EU 2008–2018

Zdroj: The World Bank (b), 2019, vlastní zpracování



Graf 4 – Četnost onemocnění HIV na 100 000 obyvatel ve vybraných zemích EU 2008–2018

Zdroj: The World Bank (a), 2019, vlastní zpracování

2.2 Infekční onemocnění v kontextu vstupu do EU

Vzhledem k ochraně veřejného zdraví existují v Evropské unii určitá bezpečnostní opatření. Infekční onemocnění však nadále představují hrozbu pro evropské občany. V našem globalizovaném světě se infekční onemocnění může velmi rychle rozšířit z jednoho státu do druhého. K problémům, jimž Evropská unie čelí, patří též neochota k očkování

a antimikrobiální rezistence. V reakci na ohrožení daným onemocněním se politika EU zaměřuje na: (ECDC, 2020)

- Surveillanci – dohled
- Rychlou detekci
- Rychlou reakci

Systémy dohledu, tzv. surveillance, poskytují informace umožňující sledovat u přenosných infekčních nemocí trendy, včas detektovat ohniska nákazy a pomáhají identifikovat rizikové faktory. Na základě těchto informací lze stanovit priority, plánovat a implementovat opatření. Rozhodnutím Evropského parlamentu a Rady č. 2119/98/ES byla zřízena síť epidemiologického dozoru a kontroly přenosných infekčních onemocnění v EU. Též byla přijata řada provádějících opatření a byl sestaven referenční seznam přenosných nemocí. Toto rozhodnutí 2119/98/ES bylo zrušeno a nahrazeno rozhodnutím Evropského parlamentu a Rady 1082/2013 EU ze dne 22. října 2013 o vážných přeshraničních zdravotních hrozbách. Toto nové rozhodnutí opět aktivovalo síť pro epidemiologický dozor nad přenosnými nemocemi. Byla stanovena pravidla, podle kterých mají příslušné orgány poskytovat Komisi informace. Dále byla zajištěna pravidla pro trvalou koordinaci sítě ze strany Evropského střediska pro prevenci a kontrolu nemocí ECDC. Seznam onemocnění se pravidelně aktualizuje, aby odrážel změny incidence a prevalence s ohledem na nové vědecké poznatky a měnící se laboratorní diagnostická kritéria a postupy (ECDC, 2020).

V Evropě bylo v roce 2017 zaregistrováno 186 768 nově příchozích migrantů – Itálie, Španělsko, Řecko, Kypr a Bulharsko. To představuje 52% pokles oproti roku 2016 a 82% pokles ve srovnání s rokem 2015. Více než 186 000 migrantů vstoupilo do Evropy v roce 2017 prostřednictvím středomořských cest. Přibližně 92 % dosáhlo na evropský kontinent po moři a zbylá část různými pozemními způsoby. U migrantů se většinou vyskytují infekční onemocnění typu běžných respiračních a gastrointestinálních chorob. Přesto je důležité myslet i na jiné nákazy. V Evropě se objevují jen zcela výjimečně např. břišní tyfus, malárie, nemoci přenesené vši, ale také choroby preventabilním očkováním – tuberkulóza. Důležitým zdravotním problémem ve spojení s přistěhovalectvím je nárůst výskytu multirezistentních kmenů tuberkulózy, hlavně v souvislosti se zvyšující vlnou migrace z Afriky. Počet hlášených případů tuberkulózy v Evropské unii se od roku 2012 nezměnil, načež podíl případů multirezistentní TBC se zvýšil z 13,6 % na 20,6 %, kdy pochází převážně od migrantů ze západní Afriky či z oblasti Afrického rohu (ECDC, 2020).

2.2.1 Hlášená onemocnění u migrantů v roce 2015 až 2017

V roce 2015 se uskutečnil velký příchod migrantů v krátké časové době. Německo uvedlo, že ve výše zmíněném roce byla většina pacientů dostatečně léčena v uprchlických táborech či migračních střediscích. Spíše se jednalo o starší zranění, infekce dýchacích cest či kožní onemocnění – svrab a vši. Bylo to nejspíše kvůli skutečnosti, že migranti, kteří zahájili dlouhou pouť do Evropy, byli obecně v dobrém zdravotním stavu. Doba trvání migračního statusu může mít značný dopad na zdraví migrantů. Nejčastější zdravotní problémy mohou souviset již s problémy v jejich domovských zemích, ale mohou se vyskytnout i během cesty – náhodné zranění, gynekologické a porodní komplikace, dermatologické choroby, kardiovaskulární příhody aj. Dostupné důkazy ukazují, že infekční choroby nejsou zdravotní prioritou při příjezdu do uprchlického tábora. Hlavní zdravotní problém byl v oblasti duševního zdraví, zatímco výskyt infekčního a chronického onemocnění byl na nízké úrovni. U zranitelných skupin – dětí a starších osob – se spíše vyskytly infekce gastrointestinální a dermatologická onemocnění kvůli špatným hygienickým a životním podmínkám. Nejobvyklejším onemocněním vyšetřovaným v zemích Evropské unie je tuberkulóza, mezi další patří HIV, k němuž je nutný souhlas migranta, virová hepatitida B a C či v menší míře i pohlavně přenosná onemocnění, ale i onemocnění, kterým lze předcházet očkováním (Schilling, 2017).

WHO nedoporučuje povinnou hromadnou kontrolu migrantů, doporučuje však lékařské zdravotní prohlídky. Screeningová vyšetření na infekční onemocnění u asymptomatických žadatelů o azyl jsou prováděna z důvodu ochrany obyvatel dané hostitelské země. Zkušenosti z Německa, jež je bráno jako hostitelská země, dokládají, že z hlediska veřejného zdraví je významný screening TBC. Povinné vyšetřování pohlavně přenosných chorob či enteropatogenů u asymptomatických cizinců nemusí být přínosné. Screening by měl být nastaven pouze na rizikové skupiny, kam se dají zařadit migranti v závislosti na zemích původu, individuálních rizikových či klinických příznaků. Zatím je minimálně věnována pozornost screeningu a léčbě poruch duševního zdraví – deprese, úzkost, posttraumatický stres. Německo dále uvedlo, že ekonomické prostředky vzniklé v rámci racionalizace screeningových programů v prevenci infekčních onemocnění by se daly využít na psychologickou nebo psychiatrickou prevenci a léčbu migrantů (Košťálová, 2018).

Tabulky 6, 7 a 8 ukazují všechna nahlášená onemocnění v letech 2015–2017, v dostupných databázích nebyla nikde uvedena počáteční země migranta.

Tabulka 6 – Hlášená onemocnění u migrantů v roce 2015

Onemocnění	Počet případů	Země
Břišní tyfus	6	Německo
	1	Rakousko
	2	Holandsko
Chřipka	desítky a více	Francie
	neúveden počet	Norsko
Gastroenteritida	13	Německo
Návratný tyfus	17	Německo
	1	Švýcarsko
	1	Finsko
	8	Itálie
	1	Norsko
Shigelóza	4	Rakousko
	15	Velká Británie
	2	Finsko
	neúveden počet	Slovinsko
Difterie toxigenní	1	Finsko
Meningitis	2	Velká Británie
Malárie	5	Itálie
TBC	7	Itálie
Svrab	448	Itálie
	Desítky	Švýcarsko
Virová hepatitida A	sporadicky	Švédsko
	11	Holandsko

Zdroj: Košťálová, 2018, vlastní zpracování

Tabulka 7 – Hlášená onemocnění u migrantů v roce 2016

Onemocnění	Počet případů	Země	Poznámka
Spalničky	13	Francie	preventivně očkováno 2051 migrantů
	2	Rakousko	
	1	Makedonie	
	56	Německo	akvirace během cesty přes Rusko, Polsko, Bělorusko, sekundární onemocnění u rezidentů a zdravotníků
Svrab	20–30 případů denně	Francie	
Virová hepatitida A	177	Řecko	1681 očkovaných migrantů
Návratný tyfus	1	Rakousko	
TBC	3	Francie	
Malárie	50	Řecko	
Plané neštovice	46	Itálie	před očkováním migrantů nabídnuto testování HIV a kontrola těhotenství
	3	Portugalsko	
Brucelóza	1	Německo	diagnostika při horečce po porodu

Zdroj: Košťálová, 2018, vlastní zpracování

Tabulka 8 – Hlášená onemocnění u migrantů v roce 2017

Onemocnění	Počet případů	Země	Poznámka
Malárie	4	Itálie	Společné zaměstnání, onemocnění v průběhu 1 týdne, nevyloučen přenos zavazadly
	2	Francie	zavazadlová malárie
	1	Itálie	nozokomiální nákaza
	1	Španělsko	nozokomiální nákaza
Svrab	164	Francie	
Febrilní rhabdomyolýza	48	Itálie – ze západní Afriky	výskyt na 13 zdravotnických zařízení
TBC	22	Belgie 1×, Dánsko 2×, Finsko 1×, Francie 1×, Norsko 4×, Švédsko 10×, Velká Británie 3×	všechny případy onemocnění pocházejí původem z Afriky
Spalničky	44	Francie	souvislost se 3 centry pro migranty

Zdroj: Košťálová, 2018, vlastní zpracování

Země Evropské unie nesbírají zdravotní data podle národnosti migrantů – jen Nizozemí a Švédsko. Většina evropských zemí zaručuje plný přístup ke zdravotní péči migrantů s trvalým pobytem, nicméně je jiná situace u žadatelů o azyl či u uprchlíků. Deset zemí EU odmítá poskytovat akutní zdravotní péči uprchlíkům. Jen pět zemí EU garantuje neregistrovaným migrantům plnou zdravotní péči – Francie, Itálie, Portugalsko, Nizozemí a Španělsko.

2.2.2 Evropské středisko pro prevenci a kontrolu nemocí

Jedná se o agenturu Evropské unie, která je zaměřená na posílení obrany Evropy proti infekčním chorobám. Hlavní funkcí je: dohled, epidemická inteligence, reakce, vědecké poradenství, mikrobiální připravenost, školení v oblasti veřejného zdraví, mezinárodní vztahy, důsledná komunikace v oblasti zdraví. Vydává vědecký časopis Eurosurveillance. Programy ECDC zahrnují především antimikrobiální rezistenci a téma infekce spojené se zdravotní péčí. Dále jsou zde programy objevující nemoci a zoonózy způsobené potravinami a vodou, pohlavně přenosné choroby, respirační viry, virové hepatitidy, ale též nemoci, kterým lze předcházet vakcínami. V roce 2019 ECDC velmi přispělo ke zdravotní bezpečnosti a věnovalo pozornost oblastem: mikrobiální rezistence; zlepšení pokrytí vakcínami v Evropské unii; podpora Evropské komise a členské státy při plnění cílů udržitelného rozvoje v oblasti HIV, TBC a hepatitidy; posilování připravenosti na přeshraniční hrozby; důsledná monitorace ECDC (ECDC, 2020).

2.2.3 Evropská migrační síť

EMN – European Migration Network –se zaměřuje na shromáždění, výměnu a analýzu údajů a informací z oblasti azylu a migrace mezi 27 členskými státy, kdy do statistik byla ještě donedávna zahrnuta Velká Británie, která vystoupila z EU v roce 2020. I ta sbírala zdravotnická data podle národnosti migrantů. V České republice je národní kontaktní místo EMN – odbor azylové a migrační politiky Ministerstva vnitra. V roce 2014 byla v ČR vypracována studie: „*Přístup migrantů k sociálnímu zabezpečení a zdravotní péči*“.

2.2.4 Česká republika v kontextu vstupu infekčního onemocnění

Česká republika zatím plně neviduje pojem – medicína migrantů. V zahraniční literatuře velmi často najdeme výrazy jako migrant medicine, migrant health. Pod všechny tyto uvedené pojmy spadá zdravotní péče o migranty. Vždy se jedná o multioborovou problematiku, která se netýká

jen oblasti zdravotnictví, ale úzce souvisí s migrační a imigrační politikou. V ČR zatím nejsou úplně ucelené postupy pro oblast medicíny zabývající se migranty.

Soudobý zákon v České republice stanovuje, že je možné neudělit pobyt cizinci, který ohrožuje veřejné zdraví tím, že trpí některým ze závažných onemocnění. Dle vyhlášky č. 274/2004 Sb., mezi závažná onemocnění patří ta, která ohrožují veřejné zdraví občanů a podléhají hlášení podle Mezinárodního zdravotního řádu a další nově vyskytující se nebezpečné nákazy. Zahrnují nemoci například typu: těžký akutní respirační syndrom, pravé neštovice, TBC dýchacího ústrojí v aktivní formě, syfilis či jiné infekční onemocnění, pro které správní úřad stanovil před jeho zavlečením ochranné opatření (Zákony pro lidi, 2020).

Majorita závažných infekčních onemocnění má v České republice velmi nízkou míru prevalence. Nicméně již několik let přicházejí do České republiky imigranti ze západní Afriky, kde míra prevalence infekčních onemocnění je vysoká. Tuto problematiku sleduje ÚZIS a také Statní zdravotní ústav ČR, jež vytvářejí statistiky a publikují ročenky. Systém EPIDAT sleduje infekční onemocnění u imigrantů od roku 2009 do roku 2017, nyní je systém ISIN – informační systém infekčních nemocí.

Vstupní prohlídka u imigrantů:

U cizince je realizováno vstupní lékařské vyšetření v rozsahu podle běžných lékařských standardů. Provádí se klinické vyšetření a popis případných tělesných změn, včetně odběru krve a moče. Podle stanovených orgánů ochrany veřejného zdraví se provádí vyšetření:

- Radiologické vyšetření hrudníku
- Bakteriologické vyšetření stolice, především na bacilární dysenterii a břišní tyfus
- Vyšetření Bordetova – Wassermannova reakce BWR, na průkaz pohlavních nemocí
- Další vyšetření dle požadavku lékaře

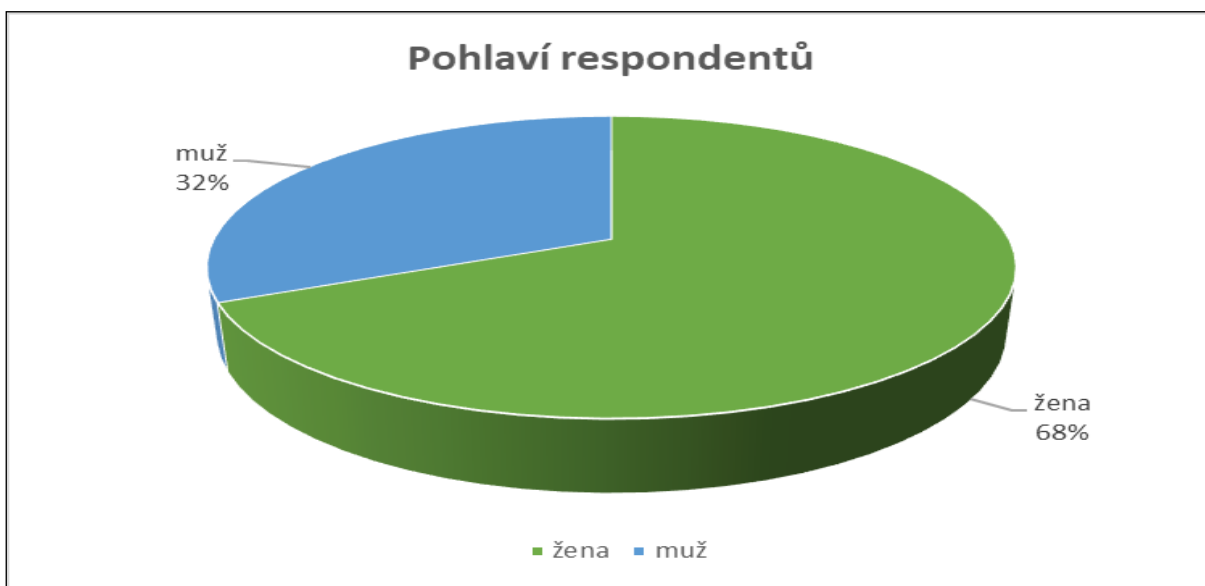
Výše jmenované vyšetření se provádí nejpozději do 72 hodin od zadržení. Samotné vstupní vyšetření trvá cca 30 minut a celkové výsledky jsou cizinci známy do 3 až 7 dnů (MVČR, 2019).

2.3 Dotazníkové šetření

Jde o kvantitativní metodu. Tvorba dotazníků byla zahájena počátkem roku 2020 a začala vymezením okruhů při psaní bakalářské práce. Technika dotazníkového šetření byla zvolena proto, že umožňuje rychlé a ekonomicky nenáročné shromažďování komplexních dat od velkého množství respondentů. Šetření probíhalo formou online dotazníků na sociálních sítích a na webech, v diskuzních fórech. Všichni dotazovaní byli občané ČR bez ohledu na věk či vzdělání. V dotazníku byly zvolené uzavřené otázky – s možností výběru z nabídky konkrétních odpovědí, ale i polouzavřené otázky, kde mohl respondent doplnit danou položku. Též byly využity otázky otevřené, které poskytly respondentům možnost se volně vyjádřit k dané otázce a její problematice. Dotazník obsahoval 17 otázek. Odpovědi byly obdrženy od 117 respondentů.

2.3.1 Profil respondentů dotazníkového šetření

Otázka č. 1 – Pohlaví respondentů



Graf 5 – Pohlaví respondentů

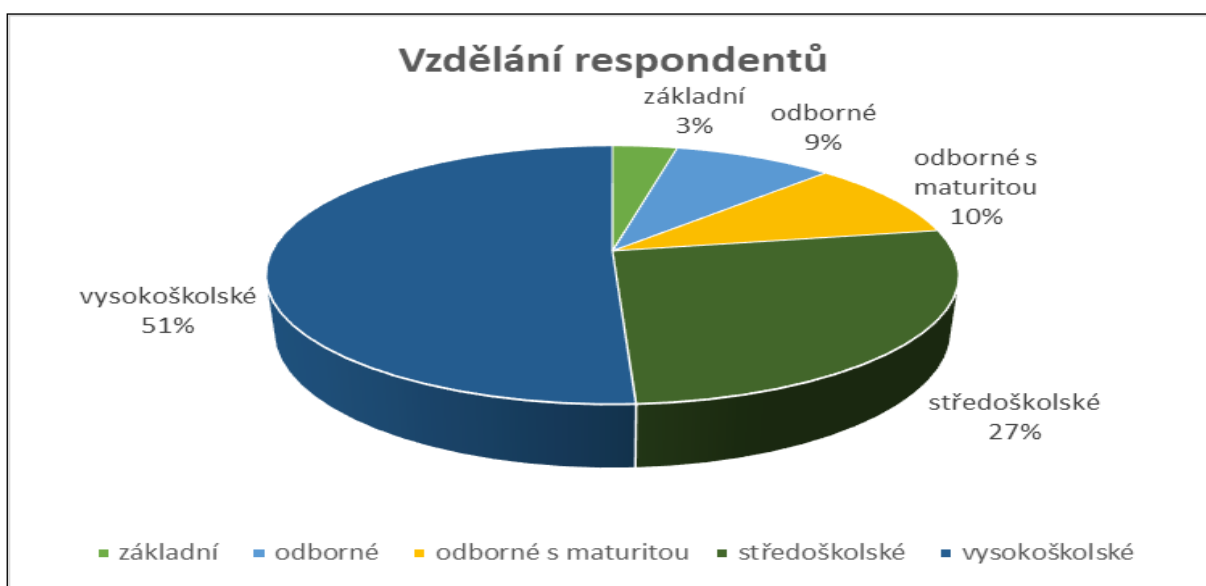
Zdroj: Vlastní zpracování

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 68 % žen a 32 % mužů. Byla tedy zastoupena obě pohlaví. Dotazník byl vložen na různé sociální sítě a diskuzní fóra, ale též byl využit v tištěné formě.

Otázka č. 2 – Do jaké věkové kategorie patříte?

Nejvíce respondentů patřilo do věkové kategorie 31–40 let, což je období zralosti, to bylo 41,9 %. Dále byl velmi hojně zastoupen věk v období plné dospělosti v rozmezí 21–30 let, 29,1 %. Střední věk byl zastoupen v počtu 36,5 %. Též se dotazníkového šetření zúčastnili respondenti mladší 20 let – 2,6 %. Dotazníkového šetření se zúčastnily všechny věkové kategorie, není tedy zastoupeno jen jednou věkovou skupinou.

Otázka č. 3 – Vaše dosažené nejvyšší vzdělání?



Graf 6 – Vzdělání respondentů

Zdroj: Vlastní zpracování

51 % respondentů má vystudovanou vysokou školu, tedy cca polovina dotazovaných. Poté bylo 27 % zastoupeno středoškolské vzdělání. Ve shodném počtu se prokázalo vzdělání odborné s maturitou či jen odborné. Nejmenší počet respondentů byl v oblasti základního vzdělání.

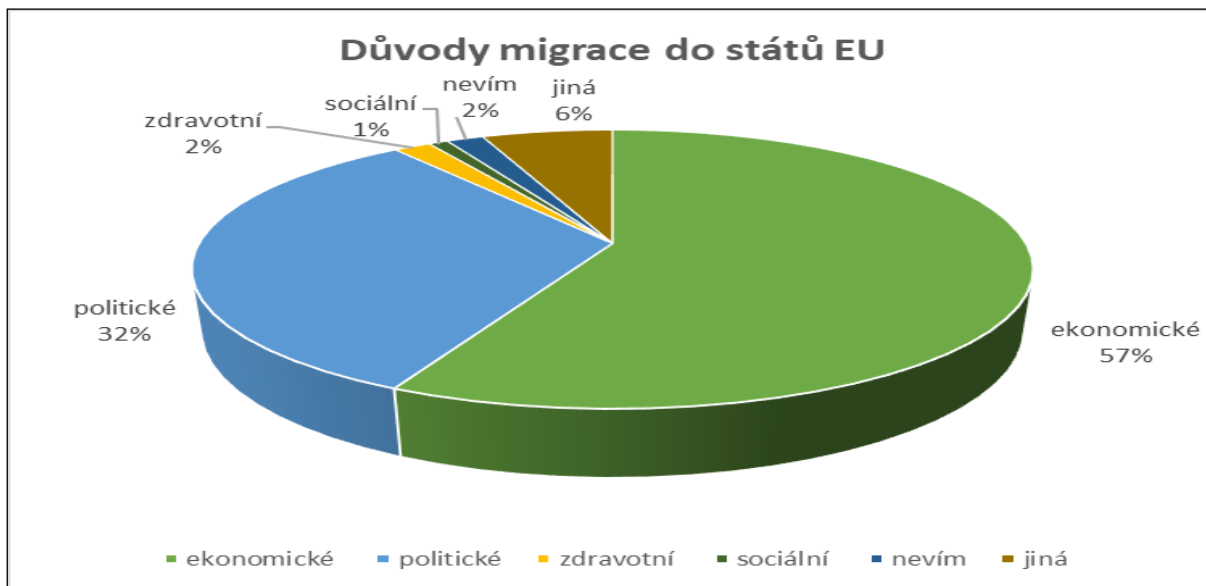
2.3.2 Migrace v dotazníkovém šetření

Otázka č. 4 – Zajímáte se aktivně o migrační krize?

71,8 % respondentů uvedlo, že se o migrační krizi zajímají občas. Důvodem může být, že větší migrační krize proběhla jen v roce 2015 a nyní již není příliš mediálně známá, neboť se EU snažila čelit nátlaku pomocí kvót. 17,1 % respondentů se o migrační krizi zajímá. Mohou to být však respondenti z neziskových organizací, ministerstva vnitra, ti, kteří se migrací zabývají,

nebo to mohou být respondenti aktivně vyhledávající toto téma. 11,1 % respondentů uvedlo, že se aktivně o danou problematiku nezajímají.

Otázka č. 5 – Jaké jsou podle Vás nejčastější důvody pro migraci do států EU?



Graf 7 – Důvody migrace do států EU

Zdroj: Vlastní zpracování

V zastoupení 57 % respondentů uvedlo, že důvod migrace do států EU je převážně ekonomický tzn. z důvodu zlepšení životních podmínek, což je „push faktor“. Též 32 % uvedlo politický důvod, kam mohou být zařazeny válečné konflikty, nestabilita daného regionu. „Pull faktory“ – tzn. případy, kdy jedinec opouští svou zdrojovou destinaci např. kvůli vzdělání, byly zastoupeny s nejmenším výsledkem – 0,9 %. Respondentům byla nabídnuta též odpověď, kdy mohli dopsat svůj názor, tuto možnost využilo 6,0 % – více než polovina uvedla kombinaci navrhaných důvodů. 1 respondent též uvedl „push faktor“ ve smyslu nedostatku vody a potravin k normálnímu životu.

Otázka č. 6 – Jaké jsou podle Vás důsledky migrace pro hostitelkou zemi EU?

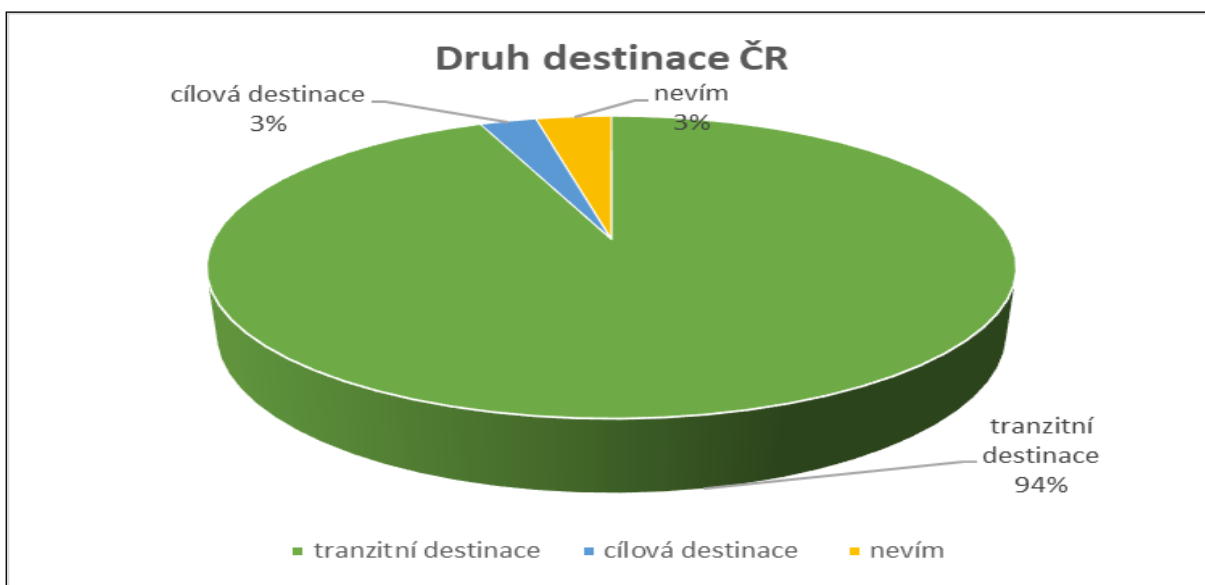
57,1 % respondentů uvedlo, že důsledek pro hostitelkou zemi je spíše negativní a 25,9 % uvedlo negativní dopad. Možnosti hostitelských členských států EU zvládnout invazi migrantů jsou omezené. Nejde jen o ekonomický, zdravotní, sociální, ale i mravní, kulturní a psychický potenciál. Jde již o celkový vliv migrace na strukturu a způsob života většinové populace, což se v dotazníkovém šetření ukázalo. 7 % uvedlo, že dopad na hostitelkou zemi je spíše pozitivní

a jen jeden respondent uvedl pozitivní následek. 4,5 % respondentů uvedlo, že na hostitelkou zemi nejsou žádné dopady migrace.

Otázka č. 7 – Jaký je Váš názor na migrující populaci ze západní Afriky?

Žádný respondent neuvedl pozitivní názor na migrující populaci ze západní Afriky. Odpovědi se pohybovaly na hranici neutrálního, spíše negativního až negativního názoru. 38,9 % dotazovaných uvedlo neutrální názor, což je pro danou migrující populaci velmi přínosné a nemají vůči nim předsudky, nemají obavu z ekonomických, politických a zdravotních dopadů. 29,6 % uvedlo spíše negativní, kde mohou už být v podvědomí hrozby či slabé stránky bezpečnosti států EU v souvislosti s migrací. 28,7 % respondentů uvedlo negativní názor.

Otázka č. 8 – Je podle Vás ČR tranzitní, nebo cílová destinace migrující populace ze západní Afriky?



Graf 8 – Druh destinace ČR

Zdroj: Vlastní zpracování

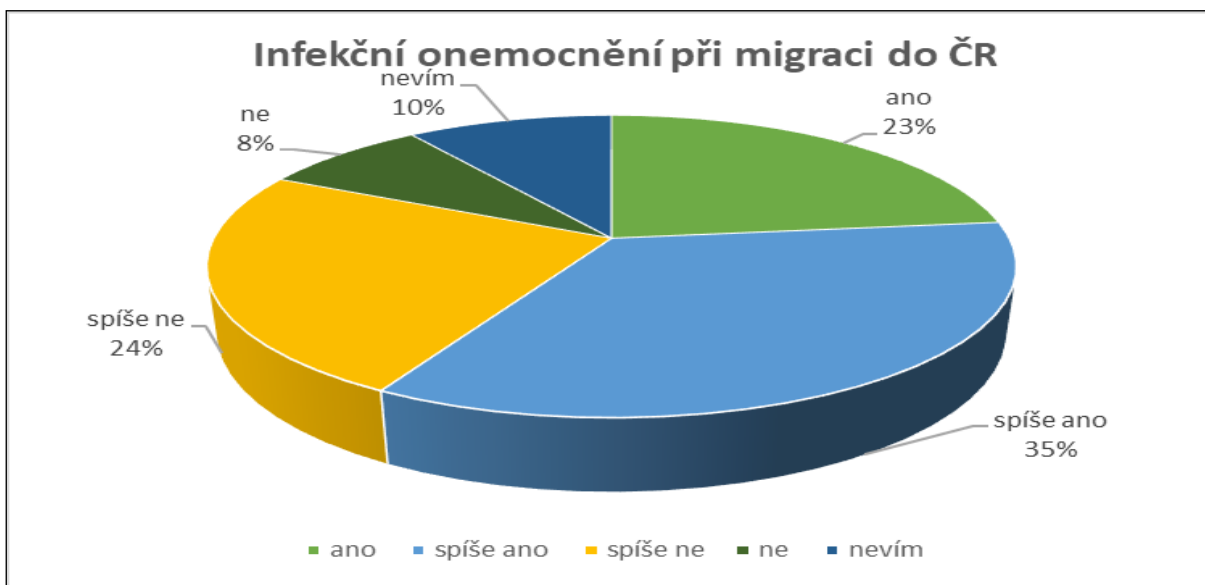
105 dotázaných respondentů uvedlo, že Česká republika je tranzitní zemí a jen 2,7 % považovalo ČR za cílovou destinaci. Přetrvávajícím rizikem je i nadále nestabilní bezpečnostní situace a ekonomická krize některých států západní Afriky. Ta s sebou přináší stálou hrozbu nelegální tranzitní migrace, kdy je k tomu potřeba pomoc převaděčů, a tím i nekontrolovatelná hrozba nemocí dané imigrační populací.

Otázka č. 9 – Jaké jsou podle Vás důsledky migrace ze západní Afriky pro tranzitní zemi, resp. ČR?

43,8 % respondentů uvedlo, že důsledky migrace ze západní Afriky pro ČR jsou spíše negativní a 24 % uvedlo negativní, což dává dohromady polovinu celkového počtu odpovědí. Značnou část populace mohou jako první napadnout negativa migrace – kam zařadí kriminalitu, přenos nemocí, konflikty, bezpečnostní rizika, xenofobii. 25,9 % uvedlo, že nejsou patrné žádné důsledky, co se týká migrace do ČR. 1,8 % dotázaných uvedlo spíše pozitivní dopad. Výsledek pozitivní či spíše pozitivní můžeme velmi dobře vnímat, navzdory existenci mediálně vyzdvihovaných globálních hrozeb způsobených infekčním onemocněním ze západní Afriky, také jako aktivní zapojování se do zvyšování zdravotní gramotnosti a zdravotní osvěty občanů tranzitní země.

2.3.3 Infekční onemocnění v rámci migrace ze západní Afriky v dotazníkovém šetření

Otázka č. 10 – Domníváte se, že migranti ze západní Afriky přinášejí do ČR infekční onemocnění?



Graf 9 – Infekční onemocnění při migraci do ČR

Zdroj: Vlastní zpracování

Více než ¼ respondentů (35 %) se domnívá, že migranti ze západní Afriky přinášejí do České republiky infekční onemocnění. 23 % respondentů uvedlo ano, ale stejně početná skupina uvedla spíše ne. 11 respondentů neví, zda migranti jsou infikováni onemocněním a mohou toto

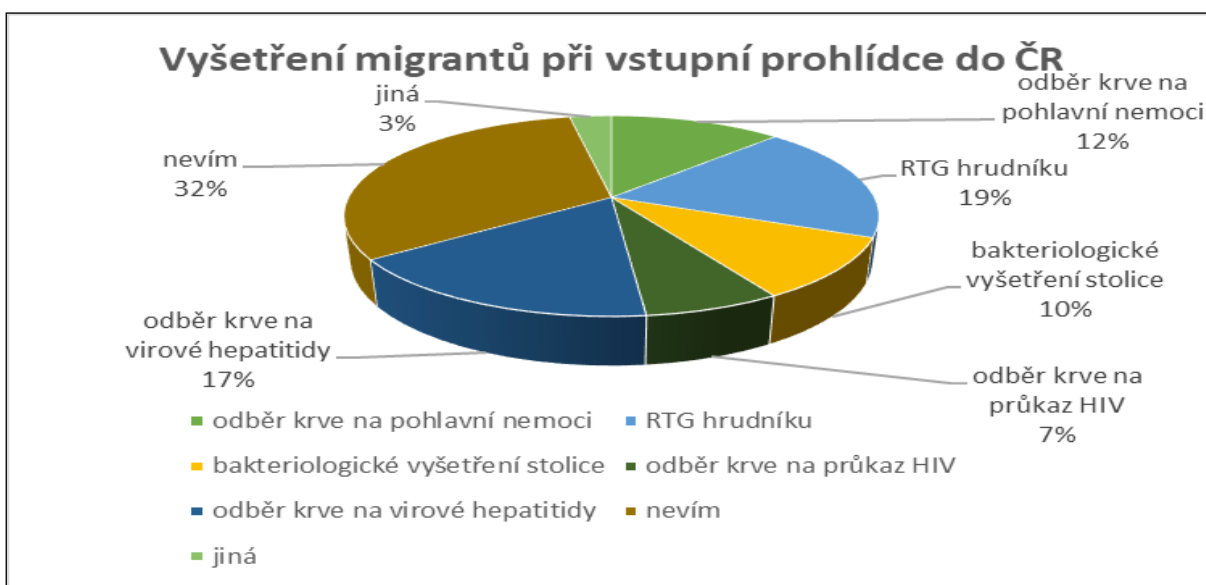
onemocnění přinést do ČR. Tato otázka je spíše o subjektivním vnímání migranta danou osobou. Pokud si respondent uvědomil, odkud migrant pochází a ví, že západní Afrika je velmi špatně zajištěná zdravotnictvím a proočkovanosť populace, je zde velká hrozba vzniku infekce v ČR, ale též šíření infekčního onemocnění přes hranice členských států.

Otázka č. 11 – Víte, z jakých částí se skládá lékařská prohlídka migrantů při vstupu do ČR?

67,9 % respondentů uvedlo, že neví, z jakých částí se skládá lékařská prohlídka při vstupu do ČR. 27,7 % tuší a jen 5 respondentů ví, jaké lékařské úkony migranti podstupují.

Otázka č. 12 – Z jakých částí se skládá lékařská prohlídka migrantů při vstupu do ČR?

Předchozí otázka ukázala, že výzkumný vzorek v dotazníkovém šetření spíše tuší, z jakých částí se skládá lékařská prohlídka v migračních střediscích. V dotazníku byly nabídnuty odpovědi pro respondenty, kde byla zahrnuta i vyšetření, která se běžně migrantům neprovádějí. Spíše se jednalo o subjektivní pocit respondenta a dané tipování odpovědí. Mohli vybrat ze 6 uzavřených odpovědí a k tomu byla nabídnuta 1 otevřená odpověď.



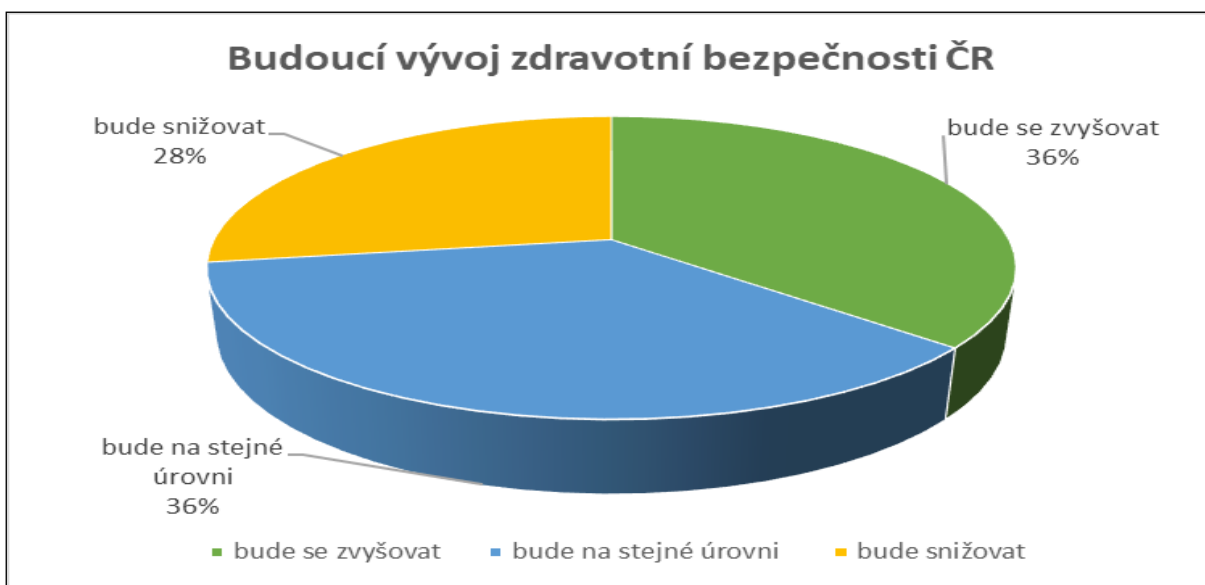
Graf 10 – Vyšetření migrantů při vstupní prohlídce do ČR

Zdroj: Vlastní zpracování

50,9 % respondentů uvedlo, že neví, z jakých vyšetření se skládá vstupní prohlídka. V porovnání vyšetření bylo nejvíce zastoupeno RTG hrudníku pro screening TBC – kdy tato metoda je opravdu prováděna. Dále se respondenti domnívají, že každému migrantovi je prováděn odběr na virové hepatitidy, 30,4 %, a odběr krve na průkaz HIV. Tato dvě vyšetření

se neprovádějí standardně, spíše je to dle požadavku lékaře či u těhotných žen. 20 respondentů uvedlo bakteriologické vyšetření stolice, které se provádí, a to především na bacilární dysenterii a břišní tyfus. 22,3 % bylo zastoupené vyšetření na průkaz pohlavních nemocí, které je též běžně prováděno. 6 respondentů využilo otevřenou odpověď, kde byla převaha dle potřeb lékaře či další vyšetření během pobytu v migračních střediscích. 2 respondenti uvedli, že nikdy neslyšeli, že migranti se testují při vstupu do ČR.

Otázka č. 13 – Jak vidíte budoucí vývoj současné zdravotní bezpečnosti v ČR z důvodu migrace?



Graf 11 – Budoucí vývoj zdravotní bezpečnosti ČR

Zdroj: Vlastní zpracování

Tato otázka vyšla procentuálně pro všechny tři odpovědi téměř identicky. 36 % respondentů se domnívá, že zdravotní bezpečnost v ČR se bude zvyšovat při migraci. Zde je jistě důležitý funkční systém surveillance infekčního onemocnění a zkvalitňování legislativního rámce kontroly infekčních onemocnění při nelegální migraci. 36 % respondentů uvedlo, že zdravotní bezpečnost nebude ani snížena, ani zvýšena. Zůstane na stejné úrovni jako doposud. Zde by mohla být zahrnuta fungující hygienická služba v ČR + ÚZIS, kdy kvalitně zaznamenává infekční onemocnění pomocí systému ISIN. 28 % dotázaných poukázalo na snižování zdravotní bezpečnosti při migraci do ČR. Může jít zde o nedostatek finančních prostředků pro realizaci potřebných opatření pro zachování bezpečnosti ČR či opětovný nárůst migrační krize.

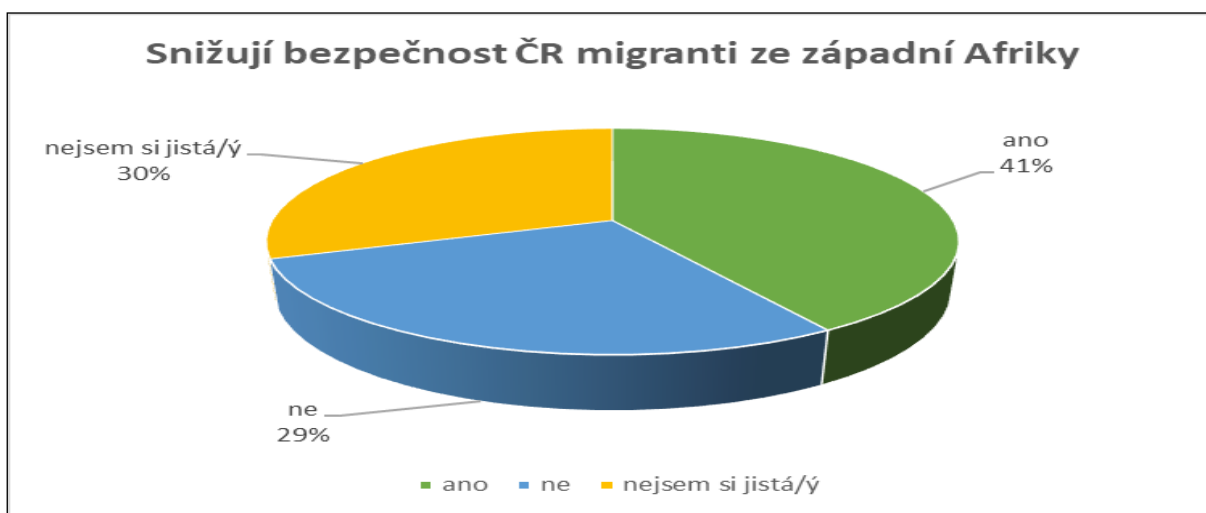
Otázka č. 14 – Pokud si myslíte, že migranti ze západní Afriky mohou ohrozit ČR infekčním onemocněním, napište, kterým si myslíte.

V souvislosti s předchozí otázkou respondenti odpovídali, jaké infekční onemocnění by mohlo ohrozit ČR v rámci migrace ze západní Afriky. Na otázku mohli odpovídat volnou formou, nebyla respondentům umožněna žádná nabídka onemocnění. Poté byly shrnuty odpovědi, která obsahují stejnou domněnku ohledně onemocnění migrantů. Někteří dotazovaní uvedli i různé tropické nemoci, kam zahrnuli horečku dengue, hemoragické horečky, onemocnění T. Ducrei, tularémie atd. Lze se domnívat, že respondenti mají o této problematice velké informace či jsou cestovatelé.

- Nejčastěji uváděné onemocnění se vyskytlo HIV/AIDS a TBC, ve stejném počtu zastoupení, 33. Částečné zastoupení měly i virové hepatitidy v počtu 27 odpovědí.
- S počtem 15 respondentů se vyskytly odpovědi typu nevím: „*O tom nemám moc povědomí, ale zkusím břišní tyfus, hepatitidy... Západní Afrika byla též místem epidemie Eboly.*“ Či migranti nepřinášejí do ČR při migraci žádné infekční onemocnění: „*Když si nemyslím, že nás migranti masově ohrožují infekčními nemocemi, nemůžu napsat ani kterými.*“

Bezpečnost ČR při migraci ze západní Afriky v dotazníkovém šetření

Otázka č. 15 – Domníváte se, že migranti ze západní Afriky snižují bezpečnost ČR díky riziku přenosu infekčních onemocnění?

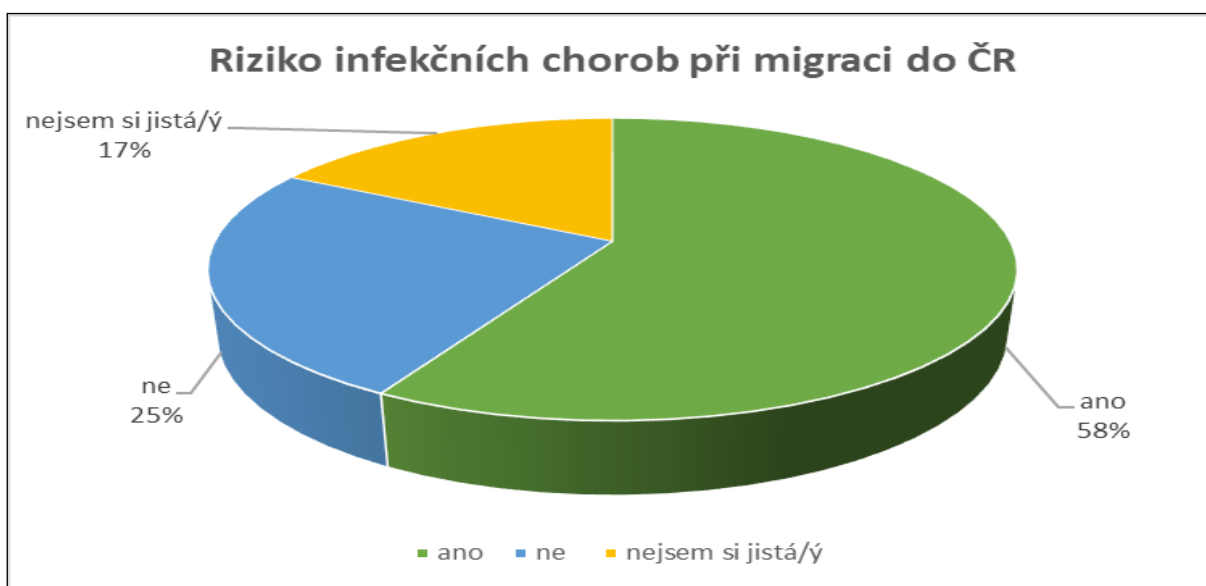


Graf 12 – Snižují bezpečnost ČR migranti ze západní Afriky

Zdroj: Vlastní zpracování

Celkem 41 % respondentů uvedlo, že se snižuje bezpečnost ČR při migraci ze západní Afriky. Zatímco se imigranti ze západní Afriky zpočátku zaměřili na pracovní trh, tzv. ekonomickou migraci s výhledem krátkodobého pobytu, časem se dynamika této imigrace značně změnila. Současnými imigranty se staly celé rodiny a nejvíce pro ně jsou dostupné evropské státy. Příchod celých rodin změnil razantně jak míru imigrace, tak i samotný charakter imigrantských společenství. Česká republika z pohledu její populace se může domnívat, že migrace může být důsledkem jiné bezpečnostní hrozby, kam se dá zahrnout porušování lidských práv, etnických konfliktů. Dále může migrace představovat hrozbu pro vnitřní bezpečnost – jako masovou a nekontrolovatelnou, ale též xenofobii a rasovou nesnášenlivost. 30 % respondentů uvedlo, že si nejsou jisti. Tento výzkumný soubor se nemusí o danou problematiku zajímat či nemá vůbec žádné předsudky ohledně migrace. Poslední skupina 29 % respondentů uvedla, že se stávající bezpečnost ČR nebude snižovat.

Otázka č. 16 Domníváte se, že migranti ze západní Afriky zvyšují riziko přenosu infekčních chorob?



Graf 13 – Riziko infekčních chorob při migraci do ČR

Zdroj: Vlastní zpracování

58 % respondentů se domnívá, že migranti zvyšují riziko přenosu infekčních chorob při migraci ze západní Afriky. Zdravotní stav je velkou proměnnou jak v otázce odchodu cizince ze země původu, tak při jeho daleké cestě až do hostitelské země. WHO uvedla, že zdravotní stav migranta je o hodně lepší než stav populace v hostitelské zemi, což cizinec v dané hostitelské zemi ztrácí. Je to připisováno psychickému nepohodlí spojenému se statutem imigranta,

nedostatku finančních příjmů, zaměstnání, odlišnému klimatu, či odlišným stravovacím návykům. Musíme též vzít na paměť, že cesta imigranta je dlouhá a pokud by trpěl akutním infekčním onemocněním, imigrační cestu by nepřežil. 25 % respondentů se domnívá, že riziko infekčních chorob neporoste při migraci do ČR, což koresponduje s výše zmíněnými řádky. 17 % uvedlo, že si nejsou jistí.

Otázka č. 17 – Co si myslíte o bezpečnosti ČR z hlediska nákazy infekčním onemocněním od příchozích migrantů ze západní Afriky?

Na tuto otázku existovala otevřená odpověď, kdy mohli respondenti napsat svůj názor. Citování vybraných kvalitních anonymních reakcí:

- *„Pokud stát a jeho zodpovědní představitelé nepodcení prevenci a včasné řešení aktuální situace, nemyslím si, že se nějak dramaticky musíme obávat masivní nákazy.“*
- *„...pokud jsou dodrženy vstupní prohlídky, je vše v pořádku...“*
- *„Zvyšuje se riziko pro děti. Jsou nedostatečně očkované a znovu se vracejí nemoci, které se v ČR vyskytovaly pouze sporadicky.“*
- *„Domnívám se, že v současné době nejsme v ohrožení. Počet migrantů v ČR není tak velký jako v jiných státech.“*
- *„Záchyt a zacházení v rámci legislativy dostatečně zamezuje šíření onemocnění od případných nositelů a snižuje riziko zavlečení nových infekčních kmenů do imunitně naivní populace.“*
- *„ČR je bezpečnou zemí.“*
- *„Pokud jde o legální běžence, zdá se, že ČR nepodceňuje rizika nákazy a jedná v souladu s doporučeními WHO.“*

2.4 SWOT Analýza – Bezpečnost států EU při migraci ze západní Afriky v rámci infekčních onemocnění

SWOT je druh strategické analýzy, jejíž podstatou je identifikace jednotlivých vnitřních a vnějších faktorů. Tato metoda byla použita k porovnání faktorů bezpečnosti členských států EU. Jedná se o roztrídění do čtyř kategorií, podle kterých je odvozen i název analýzy. Zkratky anglických slov – Strengths, Weaknesses, Opportunities a Threats. Kritériem jsou tedy silné stránky (strengths), slabé stránky (weaknesses), příležitosti (opportunities) – externí podmínky

pomáhající dosáhnout cíle a ohrožení (threats) – externí podmínky ztěžující dosažení cíle (Keřkovský, 2020).

SWOT analýza byla pojata z pohledu faktorů nahrávajících vzniku rizika narušené bezpečnosti států EU při migraci ze západní Afriky. Do reflexe byly brány okolnosti, které tomuto jevu předcházejí a mají možnost být dalším ukazatelem k tomu, že je nezbytné tuto situaci řešit a předejít jí. Uvažované faktory byly seřazeny do matice tabulky 9 – SWOT analýza, kde jim byla přidělena váha a hodnota. Jednotlivé uvedené faktory jsou pak dále podrobněji rozebrány.

2.3.1 Silné stránky

- Funkční systém surveillance infekčního onemocnění – vždy je kladen cíl podporovat členské státy v účinné komunikaci při prevenci a kontrole infekčních chorob
- Zavedený legislativní rámec kontroly infekčních onemocnění při nelegální migraci zohledňující legislativu Evropského společenství
- Fungující hygienická služba ve státech EU – mezi těmito členy sítě neustále probíhá výměna informací o všech zdravotních rizicích
- Aktivní zapojení všech členských států EU do mezinárodní spolupráce v oblasti veřejného zdraví a omezování zdravotních hrozeb – EU kooperuje v otázkách zdravotní bezpečnosti s mezinárodními aktéry – zlepšení mezinárodní komunikace a řízení rizik; připravenost na mimořádné situace,
- Fungující systém vzdělávání zdravotníků v oblasti prevence šíření infekčních onemocnění v imigračních střediscích – programy kontinuálního vzdělávání na dané téma

2.3.2 Slabé stránky

- Klesající trend proočkovanosti občanů v členských státech EU – z důvodu vedlejších příznaků po vakcinaci u jedinců; nutné vytvoření systému průběžného sledování proočkovanosti a zapojení hygienických stanic do tohoto systému – výsledkem budou aktuální data včetně proočkovanosti ilegálních migrantů v migračních střediscích
- Absence státní politiky daných států EU ohledně vakcinace – WHO uvedla váhavost v přístupu k očkování jako jednu z deseti největších hrozeb v oblasti veřejného zdraví pro rok 2019
- Částečná nekoncepčnost současné legislativy zaměřené na oblast zvládnutí infekčního onemocnění při migraci do EU

- Nejsou dostatečná data pro strukturální surveillance ohledně infekčních onemocnění ze západní Afriky – jsou dostupná data ohledně infekčního onemocnění, ale nejsou již evidovány imigranti dle národnosti

2.3.3 Příležitosti

- Aktivní zapojení se do zvyšování zdravotní gramotnosti a zdravotní osvěty občanů členských států – posilování důvěry občanů k očkování, dodržování hygieny
- Využití potenciálu neziskových organizací a dalších institucí pro realizaci efektivního opatření projektů a aktivit v oblasti podpory zdraví a prevalence onemocnění daných členských států EU – poskytují cizincům všeobecnou podporu a pomáhají ke zlepšení jejich dané situace či jejich integrace do společnosti hostitelské země
- Využití členských států /jejich zástupců/ v efektivní diskuzi a přijímání potřebných opatření ke zlepšení stavu a vývoje ohledně nelegální migrace ze západní Afriky – aktivní role v globální reakci na zajištění nelegální migrace, bezpečnosti a prospěchu skrze infekční onemocnění, ale též choroby psychické či traumata způsobená při nelegální migraci
- Efektivní využití finančních prostředků v migračních střediscích ohledně vstupních lékařských prohlídek a vyšetření daným státem
- Existence mediálně vyzdvihovaných globálních hrozeb způsobených infekčním onemocněním, např. virus ebola ze západní Afriky

2.2.4 Hrozby

- Náhlé zrušení povinnosti očkování občanů členských států EU – z globálního pohledu již nyní nemá 20 milionů dětí základní očkování, dle WHO
- Nárůst infekčního onemocnění ze západní Afriky z důvodu migrace do států EU
- Nedostatek finančních prostředků k realizaci potřebných opatření pro zachování bezpečnosti členských států EU
- Šíření infekčních onemocnění přes hranice členských států EU – vznik epidemie až pandemie
- Neochota nelegálních migrantů zapojit se do aktivní realizace aktivit a projektů zlepšujících životní styl migrantů

Výsledek SWOT analýzy

$$I = S + W \quad I = 3,41 + (-4,27) = -0,86$$

$$E = O + T \quad E = 3,15 + (-2,95) = 0,2$$

$$A = I + E \quad A = -0,86 + 0,2 = -0,66$$

Výsledek SWOT analýzy ohledně bezpečnosti států při migraci ze západní Afriky s rizikem infekčních onemocnění vyšel -0,66 – negativní. Slabé stránky se ukázaly jako nejrizikovější a patří mezi interní stránky SWOT analýzy.

Tabulka 9 – SWOT analýza interní

		Pozitivní			Negativní/Skodlivé					
		Silné stránky			Slabé stránky					
		STRENGTHS			WEAKNESSES					
		<i>váha</i>	<i>hodnocení</i>	<i>výsledek</i>	<i>váha</i>	<i>hodnocení</i>	<i>výsledek</i>			
INTERNÍ	1	Funkční systém surveillance infekčního onemocnění	15%	5	0,75	1	Klesající trend proočkovatosti občanů v členských státech EU	18%	-3	-0,54
	2	Zavedený legislativní rámec kontroly infekčních onemocnění při nelegální migraci zohledňující legislativu Evropského společenství	40%	3	1,2	2	Absence státní politiky daných států EU ohledně vakcinace	17%	-4	-0,68
	3	Fungující hygienická služba ve státech EU	20%	4	0,8	3	Částečná nekoncepčnost současné legislativy zaměřené na oblast zvládnání infekčního onemocnění při migraci do EU	20%	-4	-0,8
	4	Aktivní zapojení všech členských států EU do mezinárodní spolupráce v oblasti veřejného zdraví a omezování zdravotních hrozeb	16%	3	0,48	4	Nejsou dostatečná dostupná data pro strukturální surveillance ohledně infekčních onemocnění ze západní Afriky	45%	-5	-2,25
	5	Fungující systém vzdělávání zdravotníků v oblasti prevence šíření infekčních onemocnění v imigračních střediscích	9%	2	0,18	5		0%	0	0
		Součet	100%		3,41	Součet	100%		-4,27	

Zdroj: vlastní

Tabulka 10 – SWOT analýza externí

EXTERNÍ	Příležitosti				Hrozby				
	OPPORTUNITIES				THREATS				
		<i>váha</i>	<i>hodnocení</i>	<i>výsledek</i>		<i>váha</i>	<i>hodnocení</i>	<i>výsledek</i>	
1	Aktivní zapojení se do zvyšování zdravotní gramotnosti a zdravotní osvěty občanů členských států	20%	3	0,6	1	Náhlé zrušení povinnosti očkování občanů členských států EU	30%	-2	-0,6
2	Využití potenciálu neziskových organizací + další institucí pro realizaci efektivního opatření projektů a aktivit v oblasti podpory zdraví a prevalence onemocnění daných členských států EU	20%	3	0,6	2	Nárůst infekčního onemocnění ze západní Afriky z důvodu migrace do států EU	20%	-3	-0,6
3	Využití členských států (jejich zástupců) v efektivní diskusi a přijímání potřebných opatření ke zlepšení stavu a vývoje ohledně nelegální migrace ze západní Afriky	15%	2	0,3	3	Nedostatek finančních prostředků pro realizaci potřebných opatření pro zachování bezpečnosti členských států EU	25%	-5	-1,25
4	Efektivní využití finančních prostředků v migračních střediscích ohledně vstupních lékařských prohlídek a vyšetření daným státem	40%	4	1,6	4	Šíření infekčních onemocnění přes hranice členských států	15%	-2	-0,3
5	Existence mediálně vyzdvihovaných globálních hrozeb způsobených infekčním onemocněním např. Ebola ze západní Afriky	5%	1	0,05	5	Neochota nelegálních migrantů zapojit se do aktivní realizace aktivit a projektů zlepšující životní styl migrantů	10%	-2	-0,2
	Součet	100%		3,15		Součet	100%		-2,95

Zdroj: vlastní

3 DISKUZE

Povaha a koncept moderní migrace je v současné době na rozmezí několika souvisejících determinantů zdraví – socioekonomického, behaviorálního, genetického, biologického, enviromentálního a také globalizace – obchod, technologie, cestování. Vzájemná provázanost a závislost těchto zmíněných faktorů se dále rozvíjí, jelikož byly navrženy politikou daných zemí, jež určily programy ke zmírnění rizik onemocnění u migrantů. Zánik některých hranic jako filtru pro přijímání nemocí vedl zároveň k situaci, kdy se zmírnění rizik migrací stalo součástí hostitelské či tranzitní země. Realita je však taková, že infekční onemocnění spojené s migrací vytváří nové požadavky na národní zdravotní služby, a to na vyšší úrovni, než na jaké byly doposud nastavené. To výslovně vyžaduje správné zapojení Evropského střediska pro prevenci a kontrolu nemocí, včetně Evropské migrační sítě, ale též pro Českou republiku Státní zdravotní ústav. Vzhledem k tomu, že státní hranice se staly méně účinným omezením pro mezinárodní šíření infekčních chorob, přebírá oblast veřejného zdraví větší mezinárodní význam. Velká migrační krize přišla do Evropy v roce 2015. V bakalářské práci byly zmíněny čtyři země Evropské unie a také západoafrická cesta, která je migranty nejvíce využívána. Právní úprava probíhá jednak na úrovni Evropské unie, ale také na úrovni vnitrostátní. Řízení a kontrola byla ponechána jednotlivým státům, což má za následek, že kontrolní aktivity se budou lišit v závislosti na národních úrovních rozvoje, zdrojů a kapacit při vnímání rizika. V žádném státě Evropské unie nerozlišují, odkud migrant pochází, může to být v důsledku gramotnosti migranta anebo nedostačujících dokladů. Vždy je brán jako cizinec – jen je rozdělen do skupiny žadatelů o azyl, uprchlík, imigrant, legální migrant. Migraci může brát cizinec z jakýchkoliv důvodů – nestabilita země, náboženské, politické faktory, válečné konflikty, ale též již může mít v hostitelské zemi část své rodiny. Ravenstainův zákon říká, že migrace není nikdy jednosměrná, ale vytváří protiproud. Neoklasická teorie zase poukazuje na nerovnoměrné rozdělení práce a kapitálu. Historie africké migrace poukazuje na všechny typy migrace (Uherek a kol., 2015). V dotazníkovém šetření se též ukázalo, že 57 % respondentů se domnívá, že migrace do států EU probíhá z ekonomických důvodů – tzv. push faktor, ale pull faktor byl v nejmenším zastoupení – 0,9 %. Česká republika je brána jako tranzitní země a shodlo se na tom 94 % dotázaných. Značná část respondentů uvedla spíše negativní důsledky migrace pro tranzitní zemi, ale zde opravdu mohou vyvstat první myšlenky ohledně xenofobie, kriminality, přenosu infekčních onemocnění, konflikty mezi migranty. Respondenti mohou být velmi ovlivněni mediálními kauzami a špatnou informovaností ohledně migrace. Náhled na

danou problematiku mohou však ovlivňovat i vyzdvihované globální hrozby způsobené infekčním onemocněním ze západní Afriky. S tím může souviset fakt, že 57,1 % respondentů si nepřeje, aby se Česká republika stala hostitelskou zemí. Nejde jen o všechny ekonomické, zdravotní, sociální či kulturní aspekty, ale také o celistvost dané hostitelské populace a schopnost zvládnout invazi migrace se všemi riziky pro zmíněné státy EU. Opět zde může mít vliv na názor respondentů medializovaný obchod s lidmi, kdy jsou symbolem nelegální migrace zveřejněné snímky migrantů a žadatelů o azyl v přeplněných lodích plujících po moři směrem do Evropy.

Pro metodu komparace byly zvoleny čtyři země Evropské unie. Bylo přihlédnuto k historii africké migrace, kdy v 60. letech 20. století byla cílová destinace migrantů Francie a Německo. Později, v 80. letech 20. století, se ke zmíněným státům, přiřadilo Španělsko. Pro skupinu migrantů byly vytyčeni žadatelé o azyl. Tetaurová (2016), ve své publikaci *Migrace, azyl a uprchlictví v EU* uvádí, že status uprchlíka v EU, při splnění podmínek žádosti o azyl, musí být vždy udělen v souladu s mezinárodněprávními závazky členských států. Daná metoda poukázala na migrační krizi, jelikož v roce 2015–2017 přicházelo do daných zemí mnoho imigrantů ze západní Afriky. Nejvíce jich přicházelo z Nigérie, kdy WHO dle statistik udává značný problém TBC v oblasti veřejného zdraví, přičemž se daný stát dostává na 5. místo mezi 22 zemí s vysokou incidencí tohoto onemocnění. Při srovnání míry incidence onemocnění TBC ve vytyčených zemích EU nedochází k nárůstu onemocnění s migrační vlnou. Převážně jde o nepatrné výchylky v četnosti případů na 100 000 obyvatel daných států. Co se týká incidence HIV/AIDS při migračním rozptylu v letech 2008–2018 četnost případů je převážně v lineární křivce. Nejsou patrné značné odchylky. V České republice v roce 2019 byl zaznamenán Ústavem zdravotnických informací a statistik nárůst HIV pozitivních spíše u residentů – tj. cizinců s dlouhodobým pobytem – 73 případů, což je procentuálně druhý nejvyšší nárůst v historii ČR. Opět pro porovnání Německo udává ve svých statistikách klesající charakter až o 75 % od roku 2009. Byla sledována jen tato dvě onemocnění, a to z důvodu přehledných statistik daných zemí EU. Pro větší ucelení chorob byly dále doplněny tabulky s přehledem hlášených onemocnění u migrantů v roce 2015–2017 při hospitalizaci v EU. Nejednalo se jen o HIV, TBC, ale výskyt onemocnění byl rozmanitý. Africké země predisponují různými chorobami – a i tato onemocnění byla migrována do států EU, ale jejich počty nejsou tak vysoké, aby vznikla epidemie či pandemie. Jednalo se například o bakteriální původ – břišní tyfus, gastroenteritida, meningitida; poté virový původ – virová hepatitida A, chřipka,

spalničky. Ale i nákazy přenesené vektorem, kam se řadí malárie, žlutá zimnice, svrab (Göpfertová, 2006).

Migrace obyvatelstva ze západní Afriky je různorodá a pravděpodobně budou případy mezinárodního onemocnění ve střednědobé perspektivě narůstat, proto je potřeba se připravovat na řešení souvisejících infekčních, ale i neinfekčních následků mobility obyvatelstva dané země. Postupy hodnocení rizik musí být komplexnější a měly by zahrnovat spíše determinanty nemocí, než aby byly založeny seznamy administrativních tříd migrantů. Cizinec se nepotýká jen s infekčním onemocněním, které nemusí mít z počáteční destinace, ale může kdykoliv onemocnět buď při cestě do hostitelské či tranzitní země, nebo též může onemocnět již v dané zemi, jelikož v intercepční fázi, tzv. fázi migračního procesu, je jedinec zpravidla umístěn ve středisku pro zajištění přistěhovalectví či do uprchlického tábora a zde může dojít k škodlivým účinkům na jeho zdraví. Ukázkový příklad je v tabulce 9, kdy se migranti nakazili spalničkami ve Francii ve třech migračních centrech a celkový počet onemocnění byl 44 případů. Další příklad pro onemocnění ze západní Afriky je malárie, kdy se v roce 2017 v Itálii nakazili v průběhu jednoho týdne 4 pracovníci společného zaměstnání, kdy nebyl vyloučen přenos zavazadlem migranta. Stejný případ zaznamenala i Francie ve stejném roce. Výjimečné onemocnění v ČR je svrab. I toto infekční onemocnění převážně dokáže být díky migraci zavlečeno do zemí EU. Jedná se o onemocnění přenesené vektorem. V roce 2016 Francie uváděla 20–30 případů denně postižených tímto onemocněním, ale i toto onemocnění postihlo Itálii a Švýcarsko. Je zřejmé, že většina populace se bojí nálezů HIV/AIDS, TBC a virových hepatitid, ale i tato výše zmíněná onemocnění jsou závažná při migraci. Vždy jsou velmi dobře diagnostikovány tyto choroby a migranti jsou hospitalizováni v nemocnici či v karanténním opatření v daných migračních centrech.

V současné době cizinci podstoupí rutinní imigrační vyšetření. I když jsou tato vyšetření redukována na specifické infekce a některé migranty, jsou v současné době využívána pro národní imigrační požadavky, to znamená, že většina národů využívá screening ohledně zdraví přistěhovalců – prvek screeningu TBC. V dotazníkovém šetření se prokázalo, že česká populace neví, z jakých částí se skládá lékařská prohlídka migrantů. Výsledky spíše ukázaly na subjektivní pocity respondenta. Mnoho respondentů uvedlo, že při migraci mohou cizinci zavléci do ČR TBC – ale jen 19 % odpovědí uvedlo, že se provádí na dané onemocnění screening. Zde vyplývá, že je potřebná informovanost populace ohledně daných vyšetření, poté to může velmi ovlivnit vnímání migranta v dané zemi. Na portálu MVČR lze najít dostupné

informace ohledně vstupních prohlídek u imigrantů. Ale též nesmí být opomenuta vyhláška č. 274/2004 Sb., kde jsou vytyčená onemocnění, která ohrožují veřejné zdraví občanů a podléhají nahlášení Mezinárodního zdravotního řádu. Česká republika má míru prevalence a incidence infekčních onemocnění ze západní Afriky velmi nízkou, ale přesto je intenzivně sledována pomocí systému ISIN.

Co se týká jednotlivých programů Evropské unie, zejména pokud jsou zaměřeny na hrozby a rizika bezpečnosti při migraci a infekčních onemocnění, mohou mít spíše dopad na druhotné příčiny rizik. Z hlediska primární prevence nebudou až tak účinné – zařadit sem můžeme rozvojovou pomoc africkým státům, humanitární pomoc a intervenci v daných postižených oblastech západní Afriky. Ani uprchlická střediska nejsou klíčovým prvkem primární prevence. Evropská unie musí logisticky i finančně podporovat vznik těchto středisek, ale musí brát v potaz, že by měla být zajištěna ochrana uprchlíků co nejbližší jejich domovu. Značnou funkcí je sekundární prevence. Zde musí být spolupráce třetích zemí a EU, tzn. v mnoha případech ujednání vládami členských států, především jsou důležité legální a nelegální migrační toky podložené právními předpisy. Tato ujednání mohou obsahovat: ochranu hranic třetích zemí, boj proti pašeráctví a střediska pro nelegální migranty. V oblasti zdravotní bezpečnosti se zařadí tato prevence: vakcinace, fungující systém vzdělávání zdravotníků, využití potenciálu neziskových organizací v oblasti podpory zdraví a prevalence či incidence onemocnění v daném státu. Terciární prevence již řeší problém zvyšujícího se počtu nelegálních imigrantů na území EU. SWOT analýza vyhodnotila negativní výsledek ohledně bezpečnosti států EU při migraci ze západní Afriky v rámci infekčních onemocnění. V dotazníkovém šetření bylo prokázáno, že 1/3 respondentů se domnívá, že se bude zvyšovat zdravotní bezpečnost, kam se dá zahrnout funkční systém surveillance jako sekundární prevence a 1/3 respondentů uvedla snižování zdravotní bezpečnosti, kam se může shrnout nedostatek finančních prostředků pro realizaci potřebných opatření dané země, kdy tento důsledek byl zahrnut do matice Threats ve SWOT analýze.

Pro shrnutí je důležité lékařské vyšetření imigrantů, podporované vnitrostátními právními předpisy a nařízeními na základě bezpečného veřejného zdraví a zachování bezpečnosti daného státu. Též je důležitá investice do celosvětového dohledu nad infekčními chorobami a připravenost na mimořádné události. Migrace ve svém moderním kontextu odvozeném od mobility hraje stále velkou roli v epidemiologii infekčních onemocnění a tato role bude nadále pokračovat, dokud budou existovat rozdíly v onemocnění daných zemí. Dále populace propojí

vysokou prevalenci a incidencí se státy s nízkou prevalencí a incidencí prostřednictvím migrace. Jen se nikdy nesmí zapomenout na bezpečnost daného státu a vznikající hrozbu šíření infekčního onemocnění přes hranice a vznik epidemie.

ZÁVĚR

Vztahy mezi migrací a infekčními onemocněními jsou opakujícím se příběhem lidských dějin. Zkušenosti s nemocí a migrací se utkaly do společenské, kulturní i zdravotní historie lidstva. Kam se dá shrnout epidemie moru, cholery, syfilis, virové hemoragické horečky, těžký akutní respirační syndrom a virus ebola, kdy vymezily nové politické reakce na ochranu regionálních zájmů v ekonomice, obchodu a bezpečnosti zdraví daných států.

Cílem bakalářské práce bylo analyzovat, komparovat a zhodnotit současnou situaci nejzávažnějších infekčních onemocnění západní Afriky a jejich dopad na bezpečnost v rámci migrace do států EU s akcentem kladeným na Českou republiku. Byly stanoveny tři hypotézy.

První hypotéza byla potvrzena. Bezpečnost členských států Evropské unie není narušena riziky infekčních onemocnění ze západní Afriky. I přes migrační krizi nebyl zaznamenán vyšší výskyt onemocnění HIV, TBC spojený se žadateli o azyl ve dvou hostitelských a tranzitních zemích. SWOT analýza ukázala negativní výsledek, ale na to lze reagovat důslednou prevencí a dodržováním legislativních opatření dané země. Je důležité efektivní využívání finančních prostředků v migračních střediscích ohledně vstupních prohlídek. Poslední krok pro bezpečnost je důslednost těchto prohlídek. Včasná diagnostika infekčních onemocnění pomáhá k udržitelnosti bezpečnosti dané země, kdy následně hostitelská či tranzitní destinace se nemusí vypořádávat s mimořádnými událostmi typu epidemie, či pandemie. Tato hypotéza byla potvrzena pomocí komparace čtyř členských států EU v oblasti žadatelů o azyl včetně vytyčení dvou onemocnění, a to v roce 2008–2018. Poté byla nastavena SWOT analýza, kde se vycházelo z dotazníkového šetření. Vzhledem k epidemiologické situaci západní Afriky bychom se mohli domnívat, že migrant z původní destinace či během tranzitu se může infekčním onemocněním nakazit, jelikož je tam vysoká prevalence a vysoká incidence infekčního onemocnění, a tím pádem by se mohla ovlivnit situace veřejného zdraví v členských státech Evropské unie. Ale jak uvádí WHO, migranti nepředstavují zdravotní ohrožení a nezatěžují zdravotní systém, jsou to jen nepodložené mýty, které podněcují protiimigrační rozpoložení dané populace.

Druhá hypotéza byla nastavena: Je Česká republika jako tranzitní země ohrožena rizikem infekčních onemocnění při migraci ze západní Afriky? Zvýšil se výskyt infekčních onemocnění – HIV, TBC? Tento předpoklad byl vyvrácen. Česká republika je brána jako tranzitní země při

migraci ze západní Afriky. Jen 20 žadatelů požádalo v roce 2018 o azyl, a to z Nigérie. Co se týká TBC, není zřejmý nárůst tohoto onemocnění. Pokračující klesající tendence lze očekávat při udržení surveillance. Případů HIV/AIDS pomalu přibývá, a to díky residentům či migrantům s krátkodobým pobytem, statistiky jen nedokládají původ migranta, proto byla tato hypotéza vyvrácena. Jedná se převážně o přenosy pohlavním stykem. Podařilo se zmapovat v dotazníkovém šetření, že respondenti se obávají příchodu migrantů a jejich onemocnění. Velmi kvalitně zmapovali obávané nemoci při migraci do ČR ze západní Afriky. U dotazovaných bylo vidět i zastoupení v oblasti cestovní medicíny, jelikož popsali i různé druhy tropických nemocí. Jen nesmíme opomenout, že migranti po příchodu do země se málokdy vyskytují s jinými nemocemi než v domácích populacích. Ale jestliže v nové zemi žijí v chudobě, zvyšuje se u nich jiné riziko onemocnění a vznikají chronické nemoci, ke kterým přispívá i změna životního stylu.

Třetí hypotéza byla: Jsou dostačující vstupní lékařské prohlídky migrantů při vstupu do země očima občanů ČR? Tento předpoklad byl potvrzen. V dotazníkovém šetření bylo prokázáno, že populace České republiky má sporadické informace ohledně lékařských prohlídkách migrantů při vstupu do ČR.

Doporučení pro danou problematiku? Je naléhavé zvyšovat podvědomí mezi laickou veřejností, zdravotnickým personálem, personálem v migračních střediscích o potřebách a nárocích nelegálních migrantů a žadatelů o azyl. Též by nemělo být opomíjeno duševní zdraví migranta, a nemělo by být vnímáno jen jako zdroj infekčních onemocnění při migraci do států EU. Imigrační status by neměl být povýšen nad potřebu zdravotní péče při posuzování zdravotní bezpečnosti politiky. Doslovem této bakalářské práce lze říci, že míra infekčních onemocnění v EU, kdy byli vyčleněny jen čtyři státy, je uspokojivá, ale v České republice je míra prevalence velmi nízká. Avšak do České republiky nadále proudí vlna migrantů ze zemí, kde je prevalence a incidence značně vysoká.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

GÖPFERTOVÁ, Dana, Petr PAZDIORA a Jana DÁŇOVÁ, 2006. *Epidemiologie: (obecná a speciální epidemiologie infekčních nemocí)*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-1232-1.

HONOUSKOVÁ, Věra, Eliška FLÍDROVÁ, Linda JANKŮ a kol., 2014. *Dnes migranti – zítra uprchlíci? Postavení migrantů, kteří potřebují ochranu, v mezinárodním právu*. Praha: Univerzita Karlova, Právnická fakulta. ISBN 978-80-8797-523-7.

HUGHES, Barry, 2011. *Improving global health: forecasting the next 50 years*. Boulder, Colo.: Paradigm Publishers. Patterns of potential human progress, v. 3. ISBN 15-945-1897-1.

KELLER, Jan, 2017. *Evropské rozpory ve světle migrace*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). Sociologické aktuality. ISBN 978-80-7419-249-4.

KEŘKOVSKÝ, Miloslav a Oldřich VYKYPĚL, 2002. *Strategické řízení: teorie pro praxi*. Praha: C.H. Beck. C.H. Beck pro praxi. ISBN 80-717-9578-X.

KONVALINKA, Jan a Ladislav MACHALA, 2011. *Viry pro 21. století*. Praha: Academia. Průhledy (Academia). ISBN 978-80-200-2021-5.

KOSCHIN, Felix, 2005. *Demografie poprvé*. Vyd. 2., přeprac. Praha: Oeconomica. ISBN 80-245-0859-1

MOJŽÍŠOVÁ, Adéla a Kateřina KAŠOVÁ, 2004. *Dopady HIV/AIDS a ostatních průvodních onemocnění na kvalitu života sociálně slabých rodin v zemích jižní Afriky*. V Praze: Triton. ISBN 80-7254-566-3.

PÍTROVÁ, Lenka, 2016. *Aktuální právní aspekty migrace*. Praha: Leges. Teoretik. ISBN 978-80-7502-162-5.

PROUZA, Jan, 2019. *Migrace ze Subsaharské Afriky do Evropské unie se zaměřením na Nigérii a Českou republiku*. 1. Praha: Ústav mezinárodních vztahů Praha.

ROŽŇÁK, Petr a Karel KUBEČKA, 2018. *Země Visegrádu a migrace: fenomén procesu migrace, integrace a reintegrace v kontextu bezpečnosti zemí V4*. Ostrava: Key Publishing. Monografie (Key Publishing). ISBN 978-80-7418292-1.

ŠPAČKOVÁ, Michaela a Radim LÍČENÍK, 2015. Doporučené postupy v oblasti medicíny migrantů: Guidelines in refugee medicine. *Informace z NRL a odborných pracovišť SZÚ*. SZÚ, Praha.

TOLLAROVÁ, Blanka, 2007. *Je normální, že cizinec není normální. Sociální nerovnosti v kvalitativním výzkumu*. Praha: Institut sociologických studií Fakulty sociálních věd Univerzity Karlovy.

VIDRIKOVÁ, Dagmar, Kamil BOC, Zdeněk DVOŘÁK a David ŘEHÁK. Critical infrastructure and integrated protection. Ostrava: Association of Fire and Safety Engineering, 2017. ISBN 978-80-7385-190-3.

WHO Global Malaria Programme: World Malaria Report 2015, 2015. World Health Organization. ISBN 978 92 4 156515 8.

Seznam použitých internetových zdrojů

APAP, Joanna, Anja RADĚJOVIC a Alina DOBREVA. *Otázka migrace* [online]. 2019, 12 [cit. 2020-02-23]. Dostupné z: https://what-europe-does-for-me.eu/data/pdf/focus/focus04_cs.pdf

CASAS-CORTES, Maribel, *I-mapa ICMPD o nepravidelných migračných trasách*. In: ResearchGate [online]. 2012 [cit. 2020-02-01]. Dostupné z: <https://www.imap-migration.org/index2.html>.

Centers for Disease Control and Prevention: Ebola (Ebola Virus Disease) [online]. [cit. 2020-02-14]. Dostupné z: <https://www.cdc.gov/vhf/ebola/history/2014-2016-outbreak/index.html>

Člověk v tísní: Václav Krejčí: migrace z Afriky do Evropy, 2016 [online]. Praha [cit. 2020-04-17]. Dostupné z: <https://www.clovekvtisni.cz/vaclav-krejci-migrace-z-afriky-do-evropy-3303gp>

Ec.europa: Adopted legislation [online]. [cit. 2020-02-22]. Dostupné z:
https://ec.europa.eu/home-affairs/e-library/documents/policies_en?policy=433

ECDC. *European Centre for Disease Prevention and Control: About ECDC* [online]. [cit. 2020-02-14]. Dostupné z: <https://www.ecdc.europa.eu/en/about-ecdc>

Epidemiology: Estimated TB incidence 2017 (WHO report 2018) [online]. WHO [cit. 2020-02-14]. Dostupné z: <https://www.molecular-tb.org/?page=epidemiology>

Frontex: Migratory Map, 2020 [online]. A body of the European Union [cit. 2020-02-04]. Dostupné z: <https://frontex.europa.eu/along-eu-borders/migratory-map/>

Frontex: Migratory Routes [online]. [cit. 2020-02-25]. Dostupné z:
<https://frontex.europa.eu/along-eu-borders/migratory-routes/central-mediterranean-route/>

GOMES, P., A. ABECASIS, M. ALMEIDA, R. CAMACHO a K. MANSINHO.
Transmission of HIV-2. *Lancet Infect. Dis* [online]. 2003, (3), 683-684 [cit. 2019-11-26]. DOI: 186. Dostupné z: <https://www.zuova.cz/Content/files/articles/plesnik/smd186.pdf>

GUSHULAK, WEEKERS a MACPHERSON, *Migrants and emerging public health issues in a globalized world: threats, risks and challenges, an evidence-based framework*. [online]. 2009 [cit. 2020-04-29]. DOI: 10.3134/ehj.09.010. Dostupné z:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22460280>

KOŠŤÁLOVÁ, Jana a Zdenka MANDÁKOVÁ, 2018. In: *Výskyt infekčního onemocnění v EU v souvislosti s migrací do Evropy od září 2015 do konce roku 2017* [online]. Praha [cit. 2020-02-24]. Dostupné z:
http://www.szu.cz/uploads/Epidemiologie/Migranti/Infekcni_onemocneni_u_migrantu_v_EU_poster.17.4.2018v.pdf

KŘEČKOVÁ TŮMOVÁ, Naděžda, Karolína DOBIÁŠKOVÁ, Bohumila ČABANOVÁ, Olga VYSKOČILOVÁ, Selma MUHIČ-DIZDAREVIČ a Katka KODADOVÁ, 2003. *Podpora integrace cizinců v ČR – pokračování projektu v roce 2002: I. fáze projektu: Srovnávací analýza poskytování zdravotní péče cizincům ve vybraných zemích* [online]. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky [cit. 2020-03-07]. Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/492-podpora-integrace-cizincu-v-cr-i-fazeprojektu.pdf>

MVČR. *Odbor azylové a migrační politiky* [online]. 2019 [cit. 2020-02-14]. Dostupné z: <https://www.mvcr.cz/migrace/clanek/migrace-casto-kladene-dotazy-casto-kladene-dotazy.aspx>

MVČR: *Legální migrace v České republice – základní dokumenty* [online]. 2020 [cit. 2020-02-24]. Dostupné z: <https://www.mvcr.cz/migrace/clanek/legalni-migrace.aspx>

MVČR: *Nelegální migrace v České republice – základní dokumenty* [online], 2020 [cit. 2020-04-29]. Dostupné z: <https://www.mvcr.cz/migrace/clanek/nelegalni-migrace-v-ceske-republice.aspx?q=Y2hudW09MQ%3d%3d>

Parlamentní listy.cz: *Policie ČR: Nelegální migrace na území České republiky za rok 2019* [online]. 2020 [cit. 2020-02-24]. Dostupné z: <https://www.parlamentnilisty.cz/zpravy/tiskovezpravy/Policie-CR-Nelegalni-migrace-na-uzemi-Ceske-republiky-za-rok-2019-61217>

Regionální zpravodajství NZIS ČR: Nově zjištěné případy HIV/AIDS v krajích ČR [online], 2014. [cit. 2020-03-07]. Dostupné z: <https://reporting.uzis.cz/cr/index.php?pg=statisticke-vystupy--ukazatele-zdravotniho-stavu--infekcni-onemocneni--nove-zjistene-pripady-hiv-aids-v-krajich-cr&ion=cr&year=2014>

RELMAN, David A., Eileen R. CHOFFNES a Alison MACK. *Infectious disease movement in a borderless world: workshop summary* [online]. Washington, D.C.: National Academies Press, c2010 [cit. 2019-04-30]. ISBN 978-0-309-14447-6.

ROCKETT, Population Growth and the Demographic Transition: Demographic / Epidemiologic Transition Framework. In: *Slide Player* [online]. 1999 [cit. 2020-04-29]. Dostupné z: <https://slideplayer.com/slide/1406683/>

RUSSELL, Sharon Stanton. *Refugees: Risk and Challenges Worldwide* [online]. Migration policy institute, 2002 [cit. 2019-11-13]. Dostupné z: <https://www.migrationpolicy.org/article/refugees-risks-and-challenges-worldwide>

SCHILLING, Tobias, Stephan RAUSCHER, Christian MENZEL, Simon REICHENAUER, Martina MÜLLER-SCHILLING, Stephan SCHMID a Michael SELGRAD, 2017. Migrants and Refugees in Europe: Challenges, Experiences and Contributions. *Visceral Medicine* [online]. **33**(4), 295-300 [cit. 2020-02-24]. DOI: 10.1159/000478763. ISSN 2297-4725. Dostupné z: <https://www.karger.com/Article/FullText/478763>

SORIANO, Vicente, José RAMOS, Pablo BARREIRO a Jose FERNANDEZ-MONTERO, 2018. AIDS Clinical Research in Spain—Large HIV Population, Geniality of Doctors, and Missing Opportunities. In: *Viruses* [online]. [cit. 2020-03-07]. DOI: 10.3390/v10060293. ISSN 1999-4915. Dostupné z: <http://www.mdpi.com/1999-4915/10/6/293>

SZÚ. *Tisková zpráva Národní referenční laboratoře pro HIV/AIDS: Trendy vývoje a výskyt HIV/AIDS v roce 2019* [online]. Státní zdravotní ústav [cit. 2020-03-26]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/CeM/HIV_AIDS/rocní_zpravy/2019/Tiskova_zprava_NRL_pro_HIV_AIDS_Trendy_vyvoje_a_vyskyt_HIV_AIDS_v_CR_v_roce_2019.pdf

TETAUROVÁ, Eva, Daniel VOLEK, Barbora OBRAČAJOVÁ, Martin KUTA a Monika ŠÁMOVÁ. *Migrace, azyl a uprchlictví v EU*. Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky: Parlamentní institut [online]. Praha: Kancelář Poslanecké sněmovny, 2016, 2015 [cit. 2019-11-13]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/107116725-Migrace-azyl-a-uprchlictvi-v-eu.html>

The World Bank (a): Adults (ages 15+) newly infected with HIV – Czech Republic, Germany, France, Spain, 2019 [online]. [cit. 2020-04-17]. Dostupné z: https://data.worldbank.org/indicator/SH.HIV.INCD.ZS?end=2018&locations=CZ-DE-FR-ES&name_desc=false&start=2008&view=chart

The World Bank (b): Incidence of tuberculosis (per 100,000 people) - Czech Republic, Spain, France, Germany, 2019 [online]. [cit. 2020-04-17]. Dostupné z: https://data.worldbank.org/indicator/SH.TBS.INCD?end=2018&locations=CZ-ES-FR-DE&most_recent_value_desc=false&start=2000

UNODC. *Global Study on Smuggling of Migrants 2018* [online]. Austria: UNITED NATIONS PUBLICATION, 2018 [cit. 2019-11-29]. ISBN 978-80-8797-523-7. Dostupné z: https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/glosom/GLOSOM_2018_web_small.pdf

WHO region office for Africa: *Hepatitis* [online]. [cit. 2020-02-18]. Dostupné z:
<https://www.afro.who.int/health-topics/hepatitis>

World Health Organization Regional office for Africa: Nigeria Malaria [online]. WHO Regional Office for Afrika [cit. 2020-02-14]. Dostupné z:
<https://www.afro.who.int/countries/979/health-topics>

World Health Organization, Regional office for Africa Nigeria: Nigeria Health Topics [online]. WHO Regional Office for Africa [cit. 2020-02-14]. Dostupné z:
<https://www.afro.who.int/countries/979/health-topics>

World Health Organization: Adults and children estimated to be living with HIV, 2015 By WHO region [online]. WHO [cit. 2020-02-14]. Dostupné z:
http://gamapserv.who.int/mapLibrary/Files/Maps/HIV_all_2015.pngxA

World Health Organization: TB and HIV, and other comorbidities [online]. WHO [cit. 2020-02-14]. Dostupné z: <https://www.who.int/tb/areas-of-work/tb-hiv/en/>

Zákony pro lidi. cz: Vyhláška č. 274/2004 Sb. [online]. [cit. 2020-02-01]. Dostupné z:
<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-274>

ZIMMERMAN, CATHY & KISS, LIGIA & HOSSAIN, a MAZEDA. *Migration and Health: A Framework for 21st Century Policy-Making*. [online]. 2011 [cit. 2019-11-05]. Dostupné z:
<https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001034>

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ČR – Česká republika

ECDC – European Centre for Disease Prevention and Control

EK – Evropská unie

EMN – Evropská migrační síť

EPIDAT – program povinného hlášení, evidence a analýzy výskytu infekčních nemocí v ČR

ES – Evropské společenství

EU – Evropská unie

EURODAC – European dactylographic comparison systém

EUROSTAT – statistický úřad Evropské unie

FRONTEX – Evropská agentura pro řízení operativní spolupráce na vnějších hranicích členských státech EU

HIV/AIDS – Human Immunodeficiency Virus / Acquired Immune Deficiency Syndrome

ISIN – informační systém infekčních nemocí

OSN – Organizace spojených národů

TBC – Tuberkulóza

SWOT – Analýza zkoumající silné a slabé stránky, příležitosti a hrozby

UNHCR – United Nations High Commissioner for Refugees

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

WHO – World Health organization

SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ A TABULEK

Obrázek 1 – Determinanty zdraví.....	13
Obrázek 2 – Rámec fází migrace.....	15
Obrázek 3 – Epidemiologický přechod.....	16
Obrázek 4 – TBC ve světě.....	17
Obrázek 5 – HIV ve světě	18
Obrázek 6 – Malárie ve světě	23
Obrázek 7 – Virus ebola v západní Africe	24
Obrázek 8 – I-mapa ICMPD o nepravdělných migračních trasách.....	32
Graf 1 – Celkový počet migrantů ze západní Afriky od roku 2009–2019.....	34
Graf 2 – Počet žadatelů o azyl ze západní Afriky 2008–2018 do států EU	46
Graf 3 – Četnost onemocnění TBC na 100 000 obyvatel ve vybraných zemích EU 2008–2018	47
Graf 4 – Četnost onemocnění HIV na 100 000 obyvatel ve vybraných zemích EU 2008–2018	47
Graf 5 – Pohlaví respondentů	54
Graf 6 – Vzdělání respondentů.....	55
Graf 7 – Důvody migrace do států EU.....	56
Graf 8 – Druh destinace ČR	57
Graf 9 – Infekční onemocnění při migraci do ČR.....	58
Graf 10 – Vyšetření migrantů při vstupní prohlídce do ČR.....	59
Graf 11 – Budoucí vývoj zdravotní bezpečnosti ČR.....	60
Graf 12 – Snižují bezpečnost ČR migranti ze západní Afriky	61
Graf 13 – Riziko infekčních chorob při migraci do ČR.....	62
Tabulka 1 – Nelegální trasy migrace	33
Tabulka 2 – Žadatelé o azyl podle občanství v letech 2008–2018 v ČR.....	42
Tabulka 3 – Žadatelé o azyl podle občanství v letech 2008–2018, Španělsko	43
Tabulka 4 – Žadatelé o azyl podle občanství v letech 2008–2018, Německo	44
Tabulka 5 – Žadatelé o azyl podle občanství v letech 2008–2018, Francie.....	45

Tabulka 6 – Hlášená onemocnění u migrantů v roce 2015	50
Tabulka 7 – Hlášená onemocnění u migrantů v roce 2016	51
Tabulka 8 – Hlášená onemocnění u migrantů v roce 2017	51
Tabulka 9 – SWOT analýza interní	67
Tabulka 10 – SWOT analýza externí	68

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Dotazník

DOTAZNÍK

Riziko infekčního onemocnění při migraci do ČR ze západní Afriky

Riziko infekčního onemocnění při migraci do ČR ze západní Afriky

Dobrý den,

dovoluji si Vás oslovit a požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí výzkumného šetření. Jeho cílem je zmapovat názor na rizika infekčních onemocnění v oblasti západní Afriky a jejich dopad na bezpečnost v rámci migrace do EU s akcentem na ČR. Dotazník je anonymní, ujistuji Vás, že získané informace budou využity pouze k výzkumným účelům a nebudou nijak zneužity. Za vyplnění dotazníku předem děkuji.

Studentka Bc. Lucie Seifertová DiS,

1. Pohlaví

Nápověda k otázce: Vyberte jednu odpověď

- žena
- muž

2. Do jaké věkové kategorie patříte:

Nápověda k otázce: Vyberte jednu odpověď

- do 20
- 21 -30
- 31-40
- 41-50
- 50 a více

3. Vaše dosažené nejvyšší vzdělání

Nápověda k otázce: Vyberte jednu odpověď

- základní
- odborné
- odborné s maturitou
- středoškolské
- vysokoškolské

4. Zajímáte se aktivně o problematiku migrační krize?

Nápověda k otázce: Vyberte jednu odpověď

- ano
- občas
- ne

5. Jaké jsou podle Vás nejčastější důvody pro migraci do států EU?

Nápověda k otázce: Vyberte jednu odpověď

- ekonomické - zlepšení životních podmínek
- politické - únik před válkou; náboženská hlediska
- zdravotní - nedostatečná zdravotnická péče
- sociální - nedostupnost vzdělání
- nevím
- Jiná...

6. Jaké jsou podle Vás důsledky migrace pro hostitelskou zemi EU?

Nápověda k otázce: Vyberte jednu odpověď

- pozitivní
- spíše pozitivní
- žádné
- spíše negativní
- negativní
- nevím

7. Jaký je Váš názor na migrující populaci ze západní Afriky?

Nápověda k otázce: Vyberte jednu odpověď

- pozitivní
- spíše pozitivní
- neutrální
- spíše negativní
- negativní

8. Je podle Vás ČR tranzitní nebo cílová destinace migrující populace ze západní Afriky?

Nápověda k otázce: Vyberte jednu odpověď

- tranzitní destinace
- cílová destinace
- nevím

9. Jaké jsou podle Vás důsledky migrace ze západní Afriky pro tranzitní zemi resp. ČR?

Nápověda k otázce: Vyberte jednu odpověď

- pozitivní
- spíše pozitivní
- žádné
- spíše negativní
- negativní
- nevím

10. Domníváte se, že migranti ze západní Afriky přinášejí do ČR infekční onemocnění?

Nápověda k otázce: Vyberte jednu odpověď

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne
- nevím

11. Víte, z jakých částí se skládá lékařská prohlídka migrantů při vstupu do ČR?

Nápověda k otázce: Vyberte jednu odpověď

- ano
 tuším
 ne

12. Z jakých částí se skládá lékařská prohlídka migrantů při vstupu do ČR?

Nápověda k otázce: Vyberte jednu nebo více odpovědí

- odběr krve na pohlavní nemoci
 RTG hrudníku - pro screening TBC
 bakteriologické vyšetření stolice
 odběr krve na průkaz HIV
 odběr krve na virové hepatitidy
 nevím
 Jiná...

13. Jak vidíte budoucí vývoj současné zdravotní bezpečnosti v ČR z důvodu migrace?

Nápověda k otázce: Vyberte jednu nebo více odpovědí

- bude se zvyšovat
 bude na stejné úrovni
 bude se snižovat

14. Pokud si myslíte, že migranti ze západní Afriky mohou ohrozit ČR infekčním onemocněním. Napište, kterými si myslíte.

15. Domníváte se, že migranti ze západní Afriky snižují bezpečnost ČR díky riziku přenosu infekčních onemocnění?

Nápověda k otázce: Vyberte jednu odpověď

- ano
 ne
 nejsem si jistý/á

16. Domníváte se, že migranti ze západní Afriky zvyšují riziko přenosu infekčních chorob?

Nápověda k otázce: Vyberte jednu odpověď

- ano
 ne
 nejsem si jistý/á

17. Co si myslíte o bezpečnosti ČR z hlediska nákazy infekčním onemocněním od příchozích migrantů ze západní Afriky?