

Zkušenosti lékařů s interkulturními rozdíly v komunikaci s ukrajinskými uprchlíky v době rusko-ukrajinského ozbrojeného konfliktu

Marie Jelínková¹, Karolína Dobiášová², Jolana Kopsa Těšinová², Michal Koščík³

¹Katedra veřejné a sociální politiky FSV UK v Praze

²Ústav veřejného zdravotnictví a medicínského práva 1. LF UK v Praze

³Ústav veřejného zdraví LF MU v Brně

Čas. Lék. čes. 2023; 162: 76–83

SOUHRN

Cílem studie bylo pohledem lékařů identifikovat a vysvětlit bariéry v komunikaci mezi českými lékaři a uprchlíky z Ukrajiny při poskytování zdravotní péče. Studie reaguje na příchod velkého množství nucených migrantů z Ukrajiny v roce 2022 a nároky, které jejich pobyt klade na český zdravotnický systém, a to zejména v oblasti komunikace lékaře s pacientem-migrantem. Práce je motivována zahraničními poznatky, kdy nedorozumění a nekvalitní komunikace může vést k nižší spokojenosti a adhezenci pacientů, a v důsledku toho i k horším výsledkům zdravotní péče.

Kvalitativní výzkum byl realizován 16 hloubkovými polostrukturovanými rozhovory s lékaři prvního kontaktu poskytujícími zdravotní péči ukrajinským uprchlíkům. Informanti byli vybíráni metodou záměrného výběru s cílem získat co nejpestřejší vzorek. Výsledná data byla analyzována s využitím tematického kódování.

Z výsledků vyplynuly čtyři hlavní oblasti interkulturních bariér mezi lékaři a pacienty-ukrajinskými uprchlíky: (1) jazyk, (2) odlišnosti zdravotnických systémů Česka a Ukrajiny, (3) odlišný přístup ke zdraví a nemoci a (4) předsudky. Největším zdrojem nedorozumění byla odlišnost českého a ukrajinského zdravotnického systému, ze které vyplývají odlišné role a postavení lékařů a pacientů ve zdravotnických systémech.

Závěry výzkumu ukazují, že v poskytování zdravotní péče ukrajinským uprchlíkům hrají významnou roli interkulturní bariéry, které ale lze za využití vhodných nástrojů překlenout. Současná geopolitická situace v Evropě a narůstající diverzita ve společnosti vede k potřebě osvojit si interkulturní kompetence v rámci pregraduálního a celoživotního vzdělávání lékařů. Stejně tak je třeba přijímat opatření, která podporují kulturně kompetentní zdravotní péči.

KLÍČOVÁ SLOVA

uprchlíci, migranti, jazykové bariéry, kulturní bariéry, odlišné zdravotní systémy, Ukrajina

SUMMARY

Jelínková M et al. Physicians' experiences of intercultural differences in communication with Ukrainian refugees during the Russian-Ukrainian armed conflict

The aim of the study was to identify and explore barriers to communication between refugees from Ukraine and physicians providing health care, the perspective of physicians was embraced. The focus of the work reflects on the arrival of many forced migrants from Ukraine in 2022. Further, it focuses on the pressure that the presence of migrants' places on the Czech healthcare system, especially in doctor-migrant patient communication. The objectives of this study are also motivated by existing international evidence that misunderstandings and poor-quality communication can lead to lower patient satisfaction and adherence, and consequently poorer healthcare outcomes. The research was carried out in the form of qualitative research, 16 in-depth semi-structured interviews were conducted with physicians providing health care to Ukrainian refugees. Informants were selected using a purposive sampling method to obtain as diverse a sample as possible. The resulting data were analysed by applying thematic coding.

The results showed that four main areas of intercultural barriers play a key role in the relationship between physicians and Ukrainian patients. These are: (1) language, (2) differences in healthcare systems, (3) different attitudes towards health and illness and (4) prejudice. The major source of misunderstanding was the difference between the Czech and Ukrainian healthcare systems, which leads to a different position of the patient in the healthcare system.

The conclusions prove that intercultural barriers play a significant role in the provision of health care to Ukrainian refugees but can be addressed to a large extent. The current situation in Czechia and the increasing diversity in society call for the need to acquire intercultural competencies in undergraduate and continuing medical education. Similarly, the adoption of measures that promote culturally competent health care is needed.

KEYWORDS

refugees, migrants, language barriers, cultural barriers, different health systems, Ukraine

ÚVOD

Lékaři a ostatní zdravotničtí pracovníci v Česku jsou v důsledku dlouhodobého nárůstu počtu pacientů-migrantů nuceni komunikovat s pacienty cizího původu a žádnou nebo omezenou znalostí českého jazyka.

Počátkem roku 2022 tvořila migrantská populace více než 6 % společnosti (1). Příchod zhruba 480 000 ukrajinských uprchlíků zvýšil počet migrantů na téměř 1,1 milionu osob, a přesáhl tak 10 % patientské populace v Česku (2). Uprchlícká vlna z Ukrajiny také změnila demografické složení populace

migrantů v Česku, protože mezi uprchlíky převažují ženy, děti a starší lidé (3). Vysoký počet ukrajinských uprchlíků i skutečnost, že jejich pobytový status dočasné ochrany umožňuje přístup do veřejného zdravotního pojištění, vedly ke zvýšenému tlaku na poskytovatele zdravotní péče. Náročnost zdravotní péče umocnil nejen velice rychlý nárůst počtu pacientů, ale také přítomnost interkulturních bariér, které s sebou poskytování zdravotní péče uprchlíkům, respektive migrantům celkově, přináší.

Interkulturním bariérám v poskytování zdravotní péče migrantům byla v odborné literatuře věnována pozornost zejména v zemích s větší jazykovou a kulturní diverzitou nebo s větším počtem migrantů a obyvatel migračního původu. Největší pozornosti se dostává jazykové bariéře, která je vnímána jako základní překážka v poskytování a dostupnosti péče (4, 5). Dále jsou zmiňovány kulturní bariéry (6, 7), odlišnosti zdravotních systémů nebo jejich neznalost (8, 9) a další relevantní oblasti, jako jsou např. role tlumočnicků (10, 11), omezená gramotnost uprchlíků (12), vliv technologií na vzájemné dorozumění se (13, 14) či zdravotní gramotnost uprchlíků (15).

Studie, které se tématem migrantů a jejich přístupu ke zdravotní péči zabývají komplexněji, se shodují v tom, že nejruznější bariéry nelze řešit odděleně. Také upozorňují, že samotné překonání jazykové bariéry sice umožní základní porozumění si, ale pro kvalitní komunikaci v oblasti zdraví nestačí (16). Literatury v oblasti výzkumu komunikace s pacienty-migranty v českém prostředí není mnoho, ale závěry zahraničních studií odpovídají v Česku dobře popsané komunikaci lékař-pacient v obecnější rovině (17, 18).

V mnoha zemích vznikl v reakci na potřebu více holistického přístupu ke vzájemnému porozumění mezi lékařem/zdravotníkem a pacientem migrantem koncept tzv. kulturně kompetentní zdravotní péče (*culturally competent healthcare*), který se vyznačuje zapojováním zdravotnického personálu se zkušeností migrace do péče, dostupností tlumočnicků, důkladným proškolením zdravotnického personálu o kulturních, jazykových a systémových odlišnostech a dalšími opatřeními, kterými mohou být například označení a instruktážní informace v jazyce (jazyčích) pacientů a v souladu s jejich kulturními normami (19–22).

Kulturně kompetentní zdravotní péči přitom není pozornost věnována jen z důvodu usnadnění řešení praktických problémů v poskytování zdravotní péče, ale i z důvodu spravedlivé a účinné léčby. Ukazuje se totiž, že i přes zajištění dostupnosti zdravotního pojištění nebo jiné formy úhrady zdravotní péče z veřejných zdrojů dostávají migranti často zdravotní péči nižší kvality než majorita (23–25).

KULTURNĚ KOMPETENTNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE A UKRAJINŠTÍ PACIENTI?

Přestože příchod cca 480 000 ukrajinských uprchlíků znamená velký nápor na české zdravotnictví, nepředstavoval jejich příchod silný kulturní střet (26). Mezi lékaři/zdravotníky a ukrajinskými pacienty je sice nezanedbatelná jazyková bariéra, částečná schopnost starší generace domluvit se rusky a mladší anglicky ji však pomáhá částečně překlenout. Výhodou většiny zdravotnických zařízení jsou i předchozí zkušenosti s ukrajinskými ekonomickými migranty či zkušenost s migranty z postsovětského prostoru. Odhlédnout nejde ani od částečné kulturní blízkosti Česka a Ukrajiny. Významnou roli sehrává i historická zkušenost obou zemí

se sovětským vlivem, který zásadním způsobem formoval fungování institucí včetně zdravotnictví, a který i přes hluboké změny v posledních třiceti letech napomáhá alespoň částečnému interkulturnímu před-porozumění (zejména střední a starší generace).

Vlivu odlišného fungování zdravotnických systémů jako bariéry v poskytování zdravotní péče byla dosud v české literatuře věnována omezená pozornost. V zahraničí nicméně společně s tématy rostoucího počtu migrantů a výzev, které tento nárůst představuje pro zdravotnické systémy přijímajících zemí (27), byla hojně zkoumána připravenost zdravotníků porozumět zdravotním potřebám migrantů a lépe je řešit (28). Ukázalo se, že větší pozornost věnovaná zkušenostem zdravotníků, migrantů i zdravotnickým systémům v zemi původu migrantů vede ke zlepšení kvality poskytované zdravotní péče (29, 30). Ve studii se proto zabýváme bariérami v komunikaci mezi lékaři a uprchlíky z Ukrajiny při poskytování zdravotní péče s cílem identifikovat hlavní příčiny obtížnějšího porozumění.

UKRAJINSKÝ ZDRAVOTNICKÝ SYSTÉM

Pro pochopení některých bariér a neporozumění v komunikaci ukrajinského pacienta a českého lékaře představujeme základní rysy ukrajinského zdravotnického systému.

Po osamostatnění od Sovětského svazu v roce 1991 byl na Ukrajině podobně jako v dalších zemích tzv. východního bloku včetně Česka vysoce centralizovaný zdravotnický systém (tzv. Semaškovův model), který na jedné straně garantuje zákonem poskytování zdravotní péče zdarma všem občanům, na druhé straně je charakterizován špatnou dostupností a nízkou kvalitou zdravotní péče v důsledku neefektivního centrálního plánování a trvale nedostačujícím rozpočtovým prostředkům a investicím do infrastruktury (31).

Přestože na ukrajinské zdravotnictví jde ročně kolem 7,7 % HDP (2018), více než 49 % z celkových výdajů je hrazeno pacienty tzv. z vlastní kapsy (OOP – *out-of-pocket payment*). Vysoké OOP jsou tvořeny zejména náklady na léky, zdravotnický materiál, zdravotnické prostředky a neformálními platbami za zdravotní služby, které by ale měly být poskytovány zdarma v rámci veřejného systému zdravotnické péče (32).

V důsledku politické nestability nebyly v ukrajinském zdravotnictví realizovány až do roku 2017 žádné významnější reformní změny. Došlo jen k decentralizaci systému, přičemž pravomoci v oblasti zdravotnictví byly přeneseny na 27 ukrajinských regionů a na místní úroveň. V zásadních parametrech zůstal zdravotnický systém téměř nezměněn (31). Soukromý sektor v rámci ukrajinského zdravotnictví se rozvinul prakticky jen v oblasti lékárenství, diagnostických metod a u soukromých poskytovatelů zdravotnických služeb, kteří poskytují péči mimo systém veřejného financování. Proto si pacienti většinu léčivých přípravků kupují bez preskripce v lékárnách, kde je velmi liberální přístup při výdeji léků (31, 32).

V roce 2017 byly zahájeny rozsáhlejší reformní procesy zaměřené na změny financování zdravotní péče a provedena velká reforma primární péče, která měla být ukončena v roce 2020. Realizována však byla pouze v některých oblastech země formou pilotních projektů a nebyla dokončena (33). Důvodem byly částečně i pandemie COVID-19 a následně válečný konflikt.

Ukrajinský systém se vyznačuje organizační a finanční neefektivitou, nereflktuje zdravotní potřeby obyvatelstva a vykazuje nedostatečnou nabídku zdravotní péče (33).

PŮVODNÍ PRÁCE

Ukrajina má v přepočtu na 100 000 obyvatel nižší počet lékařů než Česko (3 vs. 4,1) a celkově se potýká s dlouhodobým nedostatkem lidských zdrojů ve zdravotnictví. V kombinaci se zhoršenou kvalitou a dostupností běžné lékařské péče tak došlo na Ukrajině od 90. let k rozmachu alternativních přístupů. Služby těchto tzv. léčitelů využívá asi 5,5 milionu lidí a tento počet nevykazuje žádné známky poklesu (31).

Důsledkem špatně fungujícího zdravotnického systému na Ukrajině jak v oblasti léčby, tak preventivních intervencí je špatný zdravotní stav populace, který se vyznačuje nízkou očekávanou délkou života při narození, která v roce 2019 činila 71,6 roku (66,7 u mužů a 76,7 u žen). Ukrajina je evropskou zemí s nejrychlejším nárůstem výskytu HIV/AIDS a multirezistentní tuberkulózy (32), panuje v ní vysoká míra užívání návykových látek a v porovnání s Českem vysoký výskyt poruch duševního zdraví. Studie poukazují na to, že 30 % ukrajinské populace je v průběhu života vystaveno duševnímu onemocnění¹ (34). Hrubá míra úmrtnosti je 14,8 na 1000 obyvatel ve srovnání s průměrem 10,5 v Evropské unii. Odhaduje se, že 90 % úmrtí na Ukrajině je způsobeno neinfekčními nemocemi včetně ischemické choroby srdeční, cévních mozkových příhod a jaterní cirhózy. Například úmrtnost na kardiovaskulární onemocnění v letech 1994–2015 vzrostla z 11,78 na 21,67 úmrtí na 100 000 obyvatel (32).

METODIKA VÝZKUMU

S ohledem na dosud neprobádané téma byl pro výzkum zvolen kvalitativní metodologický přístup formou explorativní případové studie (35). Sběr dat probíhal prostřednictvím hloubkových polostrukturovaných rozhovorů s praktickými lékaři pro dospělé a pro děti a dorost (dále PL a PLDD), s lékaři pracujícími na UK pointech a lékaři pracujícími na urgentních příjmech nemocnic, kteří mají zkušenosti s poskytováním péče ukrajinským uprchlíkům. Dotazování probíhalo v posledním čtvrtletí roku 2022 (pilotní rozhovory proběhly

v srpnu a září). Většina rozhovorů byla realizována prezenčně, několik jich proběhlo on-line přes platformu Zoom.

Dotazování prováděli členové týmu na základě předem připraveného scénáře rozhovoru. Scénář vznikl na základě studia odborné literatury, výzkumných zkušeností a zkušeností z praxe členů týmu. Byl členěn do několika tematických bloků: představení respondenta, zkušenosti lékařů s ukrajinskými uprchlíky a jinými migranty, dostupnost péče pro ukrajinské uprchlíky, komunikace, vztah lékař – pacient s migračním původem, interkulturní vzdělávání lékařů. Celkem bylo realizováno 16 rozhovorů v délce trvání od 30 do 120 minut. Informanti byli vybíráni metodou záměrného výběru (36), tj. tak, aby byl vzorek co nejpestřejší z hlediska poskytované péče, regionu, ale i věku, pohlaví, a délky praxe lékařů a lékařek. Výsledný vzorek informantů ukazuje *tab. 1*.

Výzkum probíhal v souladu s etickými principy sociologického výzkumu a byl schválen Etickou komisí Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Všichni informanti byli poučeni o záměru a smyslu výzkumu a o dobrovolnosti účasti ve výzkumu a všichni podepsali informovaný souhlas. Rozhovory byly se svolením informantů (prostřednictvím informovaného souhlasu) nahrávány na diktafon, doslovně přepsány a anonymizovány. Analýza kvalitativních dat (přepisů rozhovorů) byla prováděna s využitím pětistupňového tematického kódování (37), které je pro svou flexibilitu vhodné pro výzkum dosud neprobádaných oblastí, jako je tomu v případě této studie. S ohledem na to, že jsme se v širěji zaměřeném datovém souboru zaměřovali pouze na komunikaci, bylo využito manuální kódování.

V první fázi analýzy se členové týmu důkladně seznámili s daty, přečetli si všechny transkripty rozhovorů s cílem nalézt základní části textu vztahující se ke komunikaci mezi lékaři a pacienty uprchlíky. V druhé fázi byly tyto části přepisů kódovány dvěma z autorů (označenými akronymy MJ a KD), přičemž obecné kódy byly diskutovány v rámci celého týmu. Ve třetí fázi byla identifikována základní témata:

¹To je dávano do souvislosti s politickou a ekonomickou nestabilitou země i řadou ozbrojených konfliktů na Ukrajině v oblasti Krymu a Donbasu doprovozených vysídlením cca 1,5 milionu osob (31, 32).

Tab. 1 Charakteristika informantů

Informant	Pohlaví	Délka praxe	Region	Zdravotnické zařízení
Lékař 1	žena	12 let	Praha	PL
Lékař 2	žena	15 let	Vysočina	PL
Lékař 3	muž	10 let	Praha	PL
Lékař 4	muž	37 let	Praha	PL
Lékař 5	muž	23 let	Praha	PL
Lékař 6	muž	2 roky	Praha	nemocnice, LSPP, UK point
Lékař 7	muž	28 let	Praha	PL
Lékař 8	muž	40 let	Brno	PLDD
Lékař 9	žena	20 let	Praha	PLDD
Lékař 10	žena	4,5 roku	Brno a okolí	LSPP
Lékař 11	muž	3 roky	Brno a okolí	LSPP
Lékař 12	muž	25 let	Brno a okolí	PL
Lékař 13	muž	32 let	Brno a okolí	LSPP pro děti
Lékař 14	žena	24 let	Středočeský kraj	PLDD
Lékař 15	žena	28 let	Pardubický kraj	PLDD a UK point
Lékař 16	muž	4 roky	Brno a okolí	LSPP

Pozn.: PL – praktický lékař; PLDD – praktický lékař pro děti a dorost; LSPP – lékařská služba první pomoci; UK point – ambulance pro ukrajinské migranty.

1. jazyková bariéra, 2. odlišnosti zdravotnických systémů Česka a Ukrajiny, 3. odlišné přístupy ke zdraví a zdravotní péči a 4. předsudky, pod které byly podřazeny identifikované kódy. Ve čtvrté fázi proběhlo druhé kolo kódování, kdy byly vytvořeny a definovány vhodné dílčí kódy, které zachycují detailněji oblast komunikace a interkulturních rozdílů mezi českými lékaři a pacienty-uprchlíky z Ukrajiny. Následně dva autoři, každý individuálně, provedli kódování transkriptů pomocí dílčích kódů. V pátém kroku byly v rámci týmu diskutovány podobnosti a rozdíly v provedeném kódování a na základě konsenzu došlo ke sjednocení dílčích kódů a souvisejících segmentů textu s cílem vytvořit finální témata napříč souborem dat. Hlavní výstupy analýzy představuje následující část článku, jehož cílem je identifikovat bariéry v komunikaci mezi lékaři a uprchlíky z Ukrajiny při poskytování zdravotní péče pohledem lékařů. Dalším cílem je pojmenování příčin, ze kterých vzájemná neporozumění pramení.

VÝSLEDKY

V rámci šetření byly identifikovány čtyři okruhy bariér v komunikaci: (1) jazykové bariéry, (2) odlišný zdravotnický systém v Česku a na Ukrajině, (3) přístup ke zdraví a nemoci, (4) předsudky na straně pacientů i lékařů.

JAZYKOVÉ BARIÉRY: PROBLÉMY S DOROZUMĚNÍM SE

Přestože je většina českých lékařů zvyklá na komunikaci v jiném jazyce, bylo jazykové porozumění si s ukrajinskými uprchlíky často zmiňovaným problémem. Mladší generace častěji využívala znalost angličtiny, starší generace lékařů vyzdvihovala výhodu znalosti ruštiny. Jako běžná praxe se ukázalo používání různého softwaru na překládání (nejčastěji Google translatoru). V méně častých případech byl přítomen tlumočník. Nejčastěji jím byl pomocný zdravotnický personál pocházející z Ukrajiny, někdy překládali rodinní příslušníci (včetně dětí), výjimečně byl překladatel na telefonu. V některých zdravotnických zařízeních byli přítomni i ukrajínští lékaři či zdravotní sestry.

Reflexe obtížnějšího jazykového dorozumění se se mezi lékaři zásadně lišila. Ti, kteří měli extenzivnější zkušenosti s cizineckou populací, již měli etablované způsoby dorozumění se a získávání potřebných informací (např. skrze facebookové skupiny lékařů). Pro jiné lékaře, kteří do příchodu uprchlíků z Ukrajiny ošetřovali cizince sporadicky, byla obtížná jazyková komunikace významnou komplikací pro ošetření.

S Ukrajinci, kteří nemají překladatele a nerozumíme si, je to obtížné. (L9)

My vlastně překladatele nemáme, používáme hlavně Google překladač nebo máme možnost využít skutečnosti, že někteří kolegové jsou z Ukrajiny, takže využíváme výjimečně je. Případně máme nižší zdravotnický personál, jako například sanitáře či uklízečky z Ukrajiny, tak někdy výjimečně poprosíme o překlad i je. Ale oficiálního tlumočnicka nemáme. (L16)

Jako velkou pomoc oceňovali lékaři různé anamnestické dotazníky v ruštině a ukrajinštině, překlady a seznam nejčastějších léků na Ukrajině, webové stránky vytvořené lékaři pro sdílení užitečných informací v souvislosti s ukrajinskými uprchlíky². Opakovaně oceňovali podporu různých

lékařských společností a sdružení³. Tato pomoc se ovšem nedostala ke všem dotázaným lékařům.

My máme na Facebooku skupinu praktických lékařů, kde si sdílíme různé zkušenosti. Tak třeba tam jsme si sdílili nějaké dokumenty nebo anamnestické dotazníky v ukrajinštině nebo jsme si psali, jak je to s tím očkovaním na Ukrajině apod. (L2)

Profesní sdružení nachystalo takové česko-ukrajinské dotazníky pro odebírání zdravotní historie. (L3)

JAZYKOVÉ BARIÉRY: TLUMOČENÍ

V případech využití tlumočení ze strany formálních i neformálních tlumočnicků pak lékaři zdůrazňovali vyšší časovou náročnost ošetření. Na druhou stranu přítomnost tlumočnicků s dobrou znalostí českého jazyka přináší lékařům jistotu, že pacient bude poučen srozumitelným způsobem a péče bude poskytnuta na náležité odborné úrovni, *lege artis*⁴. Přestože lékaři nevnímali tlumočení ze strany pomocného zdravotnického personálu či rodinných příslušníků jako problematické, zahraniční literatura (13) poukazuje na řadu rizik, kterou v oblasti poskytování péče migrantům neprofesionální tlumočení přináší.

Je to velmi časově náročné. Když přijde cizinec, který nerozumí, tak třeba já mám pacienty většinou po deseti minutách, pokud chodí na prohlídky, ale pak jeden cizinec zabere půl hodiny, i když přijde s problémem, který bych normálně vyřešila za pět minut. To v provozu dělá potíže. (L2)

JAZYKOVÉ BARIÉRY: INFORMACE OD PACIENTŮ A ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE

Nedostatečné nebo žádné jazykové znalosti češtiny a obtížnější dorozumění v řadě případů v praxi také vedlo k neadekvátnímu poskytování informací ze strany ukrajinských pacientů. Nekomunikace či snaha pacientů rozhovor co nejvíce omezit komplikovaly stanovení diagnózy a nastavení vhodné léčby. Tyto situace byly ztíženy i nedostupností zdravotní dokumentace ukrajinských pacientů nebo zdravotní dokumentací v ruštině či ukrajinštině.

V podstatě odpovídají na některé otázky jen jednoslovně. (L10)

Chybějící dokumentace je velký problém, dokumentace neexistuje skoro žádná. V lepším případě přinesou nějakou propouštěcí zprávu, která je velmi často psaná ručně v azbuce, takže to je zcela nečitelné. Občas, když je to něco těžšího, tak jim řeknu, že si to musí nechat přeložit. (L7)

JAZYKOVÉ BARIÉRY: TELEMEDICÍNA

V oblasti komunikace se ukázala vysoce problémovou oblastí pro uprchlíky telemedicína, kdy s ohledem na jazykovou bariéru jsou migranti při jejím využívání vulnerabilní skupinou. K podobným závěrům došly i jiné tuzemské studie (38).

Ta telefonická komunikace je hodně špatná. Tam ta jazyková bariéra je daleko horší. Oni mají jediný způsob, jak se k nám dostanou, že přijdou rovnou, což samozřejmě je komplikace, protože my dneska máme 100% objednávací systém. (L4)

Objednat se on-line je pro ně problém. Když už pochopí, že se mají touto formou objednat nebo mohou napsat e-mail, tak napíše e-mail v ruštině v azbuce. (L5)

ODLIŠNOST ZDRAVOTNICKÝCH SYSTÉMŮ: VZTAH LÉKAŘE A PACIENTA

Zkušenosti lékařů poměrně intenzivně reflektovaly rozdíly, které vyplývají z odlišnosti zdravotnických systémů Česka

²Například mezi velmi oceňované stránky patřil web Lékaři pro Ukrajinu (<http://lekariproukrajinu.cz>).

³Např. Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP, Mladých lékařů nebo Sdružení praktických lékařů.

⁴Viz § 4 odst. 5 zákona č. 372/2011 Sb.

PŮVODNÍ PRÁCE

a Ukrajiny. Právě odlišné fungování zdravotnictví strukturuje jiný vztah mezi lékařem a pacientem. Přestože v obou zemích jsou lékaři vnímáni jako autorita, lékaři reflektovali, že ukrajinští migranti často přichází se svojí vlastní představou o diagnóze i způsobu léčby a od lékaře očekávají, že je bude léčit dle jejich instrukcí. Postoj ukrajinských pacientů odráží skutečnost, že na Ukrajině si pacient více léčbu řídí sám v důsledku omezeného fungování ukrajinského zdravotnického systému (viz výše). Na Ukrajině také zásadně ovlivňuje vztah lékaře a pacienta existence přímých (často neformálních) plateb za poskytnutí zdravotní péče i zdravotnického materiálu a léků, jak je uvedeno výše.

Tento přístup ukrajinských pacientů byl často lékaři hodnocen jako nepřijemný, vnímali ho jako nedostatek respektu ke svým odborným znalostem. Na druhé straně se ho někteří snažili řešit vysvětlováním českého systému nebo nacházeli řešení v paternalističtějším přístupu.

Pro ně je typické to, že si pěči na Ukrajině hradí, proto přijdou a už mi diktují, co jim mám udělat, což nás jako lékaře rozčiluje. Oni třeba přijdou a neřeknou, že je bolí ruka, ale řeknou, že chtějí rentgen. Takže já se jich pak složitě doptávám, co je ten problém a pak třeba zjistíme, že rentgen není vůbec potřeba, protože je to úplně něco jiného. (...) Na druhé straně jsou zvyklí na paternalistický přístup, ... mají menší míru toho laického vzdoru, než mají naši pacienti. (L4)

Strašně těžko jsem jim vysvětlovala, že prostě ta koloskopie přednostně nebude, ani když chtějí zaplatit 5 000 Kč, že se prostě musí zařadit do fronty jako každý jiný pacient. (L15)

Lékaři se dále shodovali, že by v této souvislosti bylo vhodné ukrajinským uprchlíkům vysvětlit fungování českého zdravotnického systému.

Je opravdu potřeba, aby jim někdo ten český zdravotnický systém vysvětlil. Jsou zvyklí na úplně jiné podmínky. (L15)

Na druhé straně v souvislosti s odlišnostmi ukrajinského zdravotnického systému by většina dotázaných lékařů ocenila, kdyby mohli být proškoleni v tom, jak funguje zdravotnický systém na Ukrajině.

Já si myslím, že by bylo dobré se dozvědět, jak ta zdravotnická péče funguje na Ukrajině, jaká je tam dostupnost lékaře. Díky tomu bychom je lépe chápali, nebo by nám to pomohlo v léčení jak akutních, tak chronických nemocí. Abychom věděli, jestli pacient, když například přichází s chronickými problémy, měl vůbec možnost to řešit na Ukrajině. (L16)

ODLIŠNOST ZDRAVOTNICKÝCH SYSTÉMŮ: ZPŮSOB KOMUNIKACE

Kvůli omezené dostupnosti zdravotní péče v některých ukrajinských regionech také přicházejí někteří ukrajinští pacienti se zkušeností, že o potřebnou zdravotní péči je třeba osobně usilovat, a to často i velmi expresivním způsobem. Oproti Česku jsou na Ukrajině expresivnější vyjadřování potřeb, případně i konflikt vnímány jako přijatelná forma komunikace při vyjednávání (39). Tyto poznatky ovšem nejsou v kontrastu s tím, že většinou lékařů byli uprchlíci z Ukrajiny často popisováni jako velmi vděční a respektující rozhodnutí lékaře.

Pacient primárně přichází s tím, že si pěči musí vybojovat... A myslí si, že je potřeba křičet. (L1)

Pacienti z Ukrajiny jsou vděční za pěči, kterou dostanou. (L6)

ODLIŠNOST ZDRAVOTNICKÝCH SYSTÉMŮ: ZDRAVOTNICKÉ POMŮCKY A MATERIÁL

Skutečnost, že téměř veškeré vybavení potřebné k vyšetření i léčbě je na Ukrajině hrazeno pacientem, vedla k tomu, že si ukrajinští pacienti chtěli zdravotnický materiál a pomůcky kupovat i v Česku. Jejich případné dotazy ohledně placení

pomůcek vyvolávaly u dotazovaných lékařů údiv. I v reakci na to řada lékařů projevovala v rozhovorech zájem o informace, jak funguje zdravotnický systém na Ukrajině.

Nebo třeba si sami kupují (na Ukrajině) i infuzi. V Česku nepředstaví telné. (L1)

ODLIŠNOST ZDRAVOTNICKÝCH SYSTÉMŮ: PRESKRIPCE LÉKŮ

Nejčastěji zmiňovaným problémem se ukázala preskripce léků. Na Ukrajině jsou veškerá léčiva běžně dostupná bez předpisu, a to nejen antibiotika, ale i například léky na léčbu onkologických onemocnění. Odlišné očekávání ukrajinských pacientů pak vedlo k řadě nepochopení. Tato nepochopení se týkala nejen skutečnosti, že pro získání některých léků je nutné mít v Česku recept, ale i preskripčních omezení pro některé odbornosti.

Dost často si ty léky na Ukrajině kupovali...tam se dá sehnat úplně všechno a bez receptu, což je zajímavé. (L5)

Pak je velký problém, že hodně trvají na preskripci těch antibiotik nebo těch léčiv. (L1)

Lékaři se také v praxi často setkávali s tím, že ukrajinští pacienti užívali léky (případně jejich kombinaci), které v Česku nejsou k dispozici nebo se nepoužívají. Zejména v těchto případech bylo pro lékaře obtížné vysvětlit ukrajinským pacientům, že se nejedná o zanedbání péče nebo neochotu léky předepsat, ale o jiný způsob léčby. Ve výjimečných případech pak bylo těžké pacienty přesvědčit, aby akceptovali změnu léčby.

On měl nějakou trojkombinaci léků z Ukrajiny a my jsme mu jí u nás nedali – taková kombinace léků u nás neexistovala, takže pacientovi přišlo, že jsme tady zaostalí, protože nemáme ten lék, který je na Ukrajině normální. (L2)

PŘÍSTUP KE ZDRAVÍ A NEMOCI: DOPLŇKY STRAVY A PSYCHFARMAKA

Dotázaní lékaři se setkávají s tím, že ukrajinští pacienti častěji užívají nejrůznější potravinové doplňky, které často nejsou v Česku běžné, popřípadě dostupné. Pro ukrajinské pacienty pak není snadné rozlišit, kdy se jedná o lék, pro který je třeba lékařský předpis, a kdy pouze o potravinový doplněk. Pokud potravinové doplňky nejsou dostupné v lékárně, mylně se domnívají, že se jedná o léky na předpis jako v případě antibiotik (viz výše).

Všichni ti pacienti, co jsem měla, jsou zvyklí užívat doplňky stravy – propodivně. Ať si to berou, ale oni chtějí, abych jim to předepsala, a když jim říkám, že to je doplněk stravy a není to léčba, tak tomu nerozumí... (L1)

Všichni hledají valerjánské kapky a neví, že je to kozlík lékařský... (L14)

Mezi problematické aspekty komunikace dále lékaři uváděli skutečnost, že ukrajinští pacienti v daleko větší míře využívají i dlouhodobě a ve vysokých dávkách psychofarmaka, která jsou na Ukrajině volně prodejná. V praxi jsou pak ukrajinští pacienti překvapeni, když jim lékaři tyto léky nechťejí předepisovat bez stanovené diagnózy.

Druhá věc je, že jsou hodně zvyklí na ta psychofarmaka na podporu psychiky. Občas jsou to brutální směsi, že občas je v tom guarana, občas jsou v tom účinné látky, že složení některých těch takzvaných doplňků je... Nám to přijde, že je to hrozný dryák, návyková látka. Ale nějaká ukrajinská doktorka nám říkala, že se to tam běžně dává a dlouhé roky to lidé užívají. U nich je to volně prodejná. (L1)

PŘÍSTUP KE ZDRAVÍ A NEMOCI: PŘÍSTUP K LÉČBĚ

Přestože se lékaři shodovali na tom, že Ukrajinci jsou Čechům kulturně blízcí, pojmenovávali některé odlišnosti ve vztahu ke zdraví a nemoci. Z pohledu zdravotně rizikového chování si lékaři všimli například většího výskytu případů

abúzu alkoholu, kdy někteří z ukrajinských pacientů o své závislosti nevědí a její projevy se ukáží až např. při hospitalizaci. Stejně tak ale lékaři zmiňovali vyšší odolnost Ukrajinců při léčbě a vnímali tyto pacienty ve srovnání s českou populací jako „méně zhýčkané“.

Je u nich možná o něco častěji abúzus alkoholu. Také více vydrží. (L6)

Někteří lékaři měli zkušenost s tím, že se u ukrajinských pacientů častěji objevovala somatizace psychických problémů. S tím souvisí i pozorování lékařů, že ukrajínští pacienti, ač vykazují známky stresu, deprese a jiných psychických obtíží, nehovoří o nich a nestěžují si na ně. Příčinou může být skutečnost, že na Ukrajině jsou psychické nemoci velmi stigmatizovány (32), ale i nedostatek jazykových prostředků, jak špatný psychický stav popsat.

Mnoho těch problémů je psychosomatických nebo indukovaných tou psychikou. (L7)

Nejčastěji chodí s vysokým krevním tlakem. Je tam daleko větší zaměření na to „mě bolí srdce“, ale ve skutečnosti je to nespavost, úzkost, deprese. Ten primární rozdíl je, že často somatizují. (L1)

Lékaři se také setkávali s tím, že ukrajínští pacienti přicházejí se zdravotními problémy později, než je tomu u českých pacientů. Tento fakt souvisí s tím, že na Ukrajině je v některých regionech zdravotní péče velmi špatně dostupná (z důvodu vzdálenosti nebo finanční nákladnosti), a lidé proto využívají různé metody samoléčby (31, 33).

Přicházejí později s úrazem než čeští pacienti. Tady je zvykem, že když se něco stane, tak jdu na pohotovost, ideálně uprostřed noci, ale ti ukrajínští pacienti se většinou snaží to sami nějakým způsobem léčit a hodně využívají přírodní přístup k léčbě jako různé bylinkové masti a podobně. Primárně se většinou snaží si dopomocť nějak sami, a až následně vyhledávají tu péči. (L11)

PŘEDSUDKY: OČKOVÁNÍ

Lékaři se pravidelně setkávali s nedůvěrou ukrajinských pacientů vůči očkování obecně. To se někdy projevovalo v tendenci odmítat jakékoliv očkování. Nejčastěji se objevovaly výhrady vůči očkování proti tetanu. Na Ukrajině je v populaci nízká důvěra v očkování způsobená obavami z nežádoucích účinků. Důvěru v očkování na Ukrajině zásadně ovlivnila i série incidentů ve spojitosti s očkovacími látkami, kdy vakcíny byly nekvalitní či neúčinné. Například v letech 2010 a 2013 se kvůli nesprávnému skladování a podávání vakcín objevily u řady lidí nežádoucí reakce, které se úřady snažily utajit. Na Ukrajině je rovněž poměrně rozvinuté antivakcinační hnutí a dezinformační kampaně, za kterými stála/stojí Ruská federace s cílem podkopat důvěru ve zdravotnické orgány a docílit nízké proočkovanosti ukrajinské populace (40, 41).

Je tam absolutní nedůvěra v očkovací látky a přenáší se to i sem, že třeba tetanus tam mají zásadně neočkovaný. Problém jsou žloutenky, které by u nás měly být očkovány. Mají k tomu velkou nedůvěru. (L7)

PŘEDSUDKY: ZNEUŽÍVÁNÍ PÉČE

Ze strany několika lékařů se objevily předsudky o možném zneužívání českého zdravotnického systému ze strany ukrajinských uprchlíků. Tito lékaři domnívali, že ukrajínští pacienti účelově využívají český zdravotnický systém k řešení svých na Ukrajině dlouhodobě neléčených zdravotních obtíží. V některých případech tento předpoklad mohl souviset s konkrétními zkušenostmi z praxe, kdy někteří uprchlíci využili v Čechách dostupnou zdravotní péči, která je na Ukrajině nedostupná nebo velmi finančně nákladná. V některých případech se ale jednalo o určitý stereotyp ukrajinského uprchlíka, který přijíždí účelově, aby zneužil český zdravotnický systém.

Někteří z nich jsou vlastně spíše ekonomičtí migranti. Chtějí toho využít, že mají teď pojištění a chtějí řešit v rámci tohoto pojištění i obtíže, které nejsou úplně akutní a jsou spíše chronické. Vědí, že to tady budou mít zadarmo. (L12)

DISKUSE A DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Zkušenosti zemí s velkými počty uprchlíků (např. Švédska, Kanady) ukazují, že i přes vyspělejší zdravotní péči v těchto hostitelských zemích dochází u uprchlíků k postupnému zhoršování zdravotního stavu (29, 30).

Jedním z klíčových faktorů je omezený přístup migrantů ke zdravotní péči v důsledku interkulturních rozdílů v širokém slova smyslu. Tyto rozdíly se zásadně promítají i do komunikace mezi lékařem a pacientem. Tato studie zaměřená na zkušenosti českých lékařů poskytujících péči ukrajinským uprchlíkům ukazuje, že i přes určitou geografickou, kulturní a jazykovou blízkost mezi Českem a Ukrajinou je vliv interkulturních rozdílů spjatých s poskytováním zdravotní péče ukrajinským uprchlíkům nezanedbatelný.

V rámci studie jsme identifikovali čtyři hlavní oblasti interkulturních bariér ve vztahu lékařů-ukrajínští uprchlíci: jazyk, odlišnosti zdravotnických systémů, odlišný přístup ke zdraví a nemoci a předsudky. V případě ukrajinských uprchlíků byla největším zdrojem neporozumění odlišnost českého a ukrajinského zdravotnického systému, ze které vyplývá jiné postavení pacienta a jiná role lékaře. Identifikované bariéry jsou v souladu s výsledky dalších výzkumů, které mapují interkulturní bariéry v přístupu ke zdravotní péči u migrantů v jiných zemích (42, 43).

V souladu se závěry zahraničních studií (43) i naše výsledky ukázaly, že kvůli výše zmíněným interkulturním bariérám může být výměna informací mezi lékařem a pacientem zkeslená, což může následně ovlivnit kvalitu poskytované péče. S perspektivou budoucího vývoje je proto potřeba reflektovat i další závěry zahraničních výzkumů (44, 45), které jasně dokumentují, že vzájemné neporozumění vede k rostoucímu zdravotnímu nerovnostem mezi migrantskou a hostitelskou populací.

Výsledky výzkumu na jedné straně přinesly zjištění, že interkulturní bariéry se vyskytují ve všech typech prostředí, v nichž se dotázaní lékaři setkávají s ukrajinskými pacienty (UK pointy a urgentní příjmy nemocnic, primární péče). Na druhé straně je nutné zdůraznit, že kontakt mezi lékařem a pacientem-migrantem nemusí být nutně problematický (46). Důležité je i zjištění, že lékaři, kteří mají četnější zkušenosti s léčbou pacientů z řad migrantů, si našli vlastní strategie, jak nejčastější interkulturní bariéry překonat, nebo využili pomoci lékařských společností či svépomocných skupin (např. zapojení ukrajinských zdravotnických pracovníků, zapojení neformálních tlumočnicků, výměna zkušeností na sociálních sítích s ostatními lékaři, organizování odborných seminářů atd.). Někteří lékaři se však k potřebným informacím nedostali. V této souvislosti by do budoucna bylo vhodné, aby se do podpory lékařů zapojilo více i Ministerstvo zdravotnictví ČR a regionální samospráva. Výzvou pro české zdravotnictví do budoucna je také potřeba osvojování si interkulturních kompetencí v rámci pregraduálního a celoživotního vzdělávání lékařů. Zkušenost s ukrajinskými uprchlíky nám ukázala, že i český zdravotnický systém bude muset významněji reagovat na narůstající diverzitu společnosti.

Užitečným nástrojem pro překonání interkulturních bariér mohou být různé informační materiály (videa, internetové

PŮVODNÍ PRÁCE

stránky, brožury, webináře, osvětové kampaně atp.) zaměřené na jejich překlenutí. Pomocí by mohlo být například šíření informací o ukrajinském systému zdravotní péče mezi lékaři a zároveň informací o českém zdravotním systému mezi ukrajinskými pacienty. Nutné je i vyvrácení možných předpokladů a dezinformací. Zároveň by mělo docházet k rozšiřování nabídky dostupných služeb tlumočnicků a interkulturních pracovníků ve zdravotnictví. Pozitivní vliv těchto opatření potvrzuje i řada zahraničních studií (30).

Tato explorativní studie otevřela řadu témat, kterým je třeba věnovat další výzkumnou pozornost. Nejedná se přitom pouze o objektivizaci kvalitativních dat, ale například také o podrobnější zaměření se na vztah lékaře a pacienta-migranta v různých oblastech zdravotnického systému. Opomenuty by neměly být ani výzkumy zprostředkující perspektivu pacientů-migrantů a jejich zkušeností s českým zdravotním systémem.

ZÁVĚR

Poukázali jsme na to, že v případech poskytování péče ukrajinským uprchlíkům hrají významnou roli i neporozumění a očekávání vyvěrající z interkulturních odlišností. Pro české zdravotnictví se stává velkou výzvou potřeba osvojování si interkulturních kompetencí v rámci pregraduálního a celoživotního vzdělávání lékařů. Zkušenost s ukrajinskými uprchlíky jasně ukázala, že český zdravotnický systém by měl reagovat na narůstající diverzitu společnosti směrem ke kulturně kompetentní zdravotní péči.

Čestné prohlášení

Autoři práce prohlašují, že v souvislosti s tématem, vznikem a publikací tohoto článku nejsou ve střetu zájmů a vznik ani publikace článku nebyly podpořeny žádnou farmaceutickou firmou.

Autoři práce prohlašují, že v souvislosti se vznikem a tématem článku nebyli v uplynulých 24 měsících smluvně vázáni ani jiným způsobem nespolečovali s žádnou společností, která by měla jakýkoliv zájem na publikaci či vyznění předkládaných výsledků.

Poděkování

Tato práce vznikla v rámci projektu NPO „Národní institut pro výzkum socioekonomických dopadů nemocí a systémových rizik,“ (SYRI) č. LX22NPO5101, financovaného Evropskou unií – Next Generation EU (MŠMT, NPO: EXCELES).

Seznam použitých zkratk

OOP	out-of-pocket payment (na vlastní náklady)
PL	praktický lékař
PLDD	praktický lékař pro děti a dorost

Literatura

- Cizinci v České republice 2021. Český statistický úřad, 2022. Dostupné na: www.czso.cz/csu/cizinci/number-of-foreigners-data#rok
- Statistika v souvislosti s válkou na Ukrajině. Ministerstvo vnitra ČR, leden 2023. Dostupné na: www.mvcr.cz/clanek/statistika-v-souvislosti-s-valkou-na-ukrajine-archiv.aspx
- Jankowski M, Gujski M. The public health implications for the refugee population, particularly in Poland, due to the war in Ukraine. *Med Sci Monit* 2022; 28: e936808.
- Al Shamsi H, Almutairi AG, Al Mashrafi S et al. Implications of language barriers for healthcare: a systematic review. *Oman Med J* 2020; 35(2): e122.
- Bernard A. Impact of language barrier on acute care medical professionals is dependent upon role. *J Prof Nursing* 2006; 22: 355-358.

- Kalich A, Heinemann L, Ghahari S. A scoping review of immigrant experience of health care access barriers in Canada. *J Immigrant Minority Health* 2016; 18(3): 697-709.
- Kiselev N. Structural and socio-cultural barriers to accessing mental healthcare among Syrian refugees and asylum seekers in Switzerland. *Eur J Psychotraumatol* 2020; 11(1): 1717825.
- Hahn K, Steinhäuser J, Goetz K. Equity in health care: a qualitative study with refugees, health care professionals, and administrators in one region in Germany. *BioMed Res Int*, 2020: 1-8.
- Akhtar SS, Heydon S, Norris P. What do Pakistani women know about New Zealand's healthcare system? *J Prim Health Care* 2022; 14(3): 214-220.
- Messias DKH, McDowell L, Estrada RD. Language interpreting as social justice work: perspectives of formal and informal healthcare interpreters. *ANS Adv Nurs Sci* 2009; 32: 128-143.
- Kale K, Syed HR. Language barriers and the use of interpreters in the public health services. A questionnaire-based survey. *Patient Educ Couns* 2010; 81: 187-191.
- Floyd A, Sakellariou D. Healthcare access for refugee women with limited literacy: layers of disadvantage. *Int J Equity Health* 2017; 16: 195.
- Sheik-Ali S, Dowlut N, McConaghie G. Breaking down language barriers with technology. *Bull R Coll Surg Engl* 2016; 98: 138-140.
- Albrecht UV, Behrends M, Schmeer R et al. Usage of multilingual mobile translation applications in clinical settings. *JMIR Mhealth Uhealth* 2013; 1: e4.
- Wängdahl J, Lytsy P, Mårtensson P et al. Health literacy among refugees in Sweden – a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2014; 14: 1030.
- Schouten BC. Mitigating language and cultural barriers in healthcare communication: Toward a holistic approach. *Patient Educ Couns* 2020; 103: 2604-2608.
- Křivohlavý J. Duševní hygiena zdravotní sestry. *Grada*, Praha, 2004.
- Linhartová V. Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál. *Grada*, Praha, 2007.
- Anderson LM, Scrimshaw SC, Fullilove MT et al. Culturally competent healthcare systems. *Am J Prev Med* 2003; 24: 68-79.
- Handtke O, Schilgen B, Mösko M. Culturally competent healthcare – a scoping review of strategies implemented in healthcare organizations and a model of culturally competent healthcare provision. *PLoS One* 2019; 14: e0219971.
- Douglas MM, Pacquiao D, Purnell L (eds.). Global Applications of Culturally Competent Health Care: Guidelines for Practice. *Springer*, Cham, 2018.
- Olaussen SJ, Renzaho AMN. Establishing components of cultural competence healthcare models to better cater for the needs of migrants with disability: a systematic review. *Aust J Prim Health* 2016; 22: 100.
- Dlouhý M, Barták M, Dobiášová K et al. Editorial: Health and health care for refugees and migrants. *Europ J Public Health*. E-collection 2022. Dostupné na: <https://academic.oup.com/eurpub/pages/health-care-for-refugees-and-migrants#The%20papers>
- Mukumbang FC, Ambe AN, Adebisi BO. Unspoken inequality: how COVID-19 has exacerbated existing vulnerabilities of asylum-seekers, refugees, and undocumented migrants in South Africa. *Int J Equity Health* 2020; 19: 141.
- Markkula N, Cabieses B., Lehti V et al. Use of health services among international migrant children – a systematic review. *Glob Health* 2018; 14: 52.
- Berry JW, Phinney JS, Sam DL et al. Immigrant youth: acculturation, identity, and adaptation. *Applied Psychol* 2006; 55: 303-332.
- Feldman R. Primary health care for refugees and asylum seekers: a review of the literature and a framework for services. *Public Health* 2006; 120: 809-816.
- Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet* 2005; 365: 1309-1314.
- Langlois EV, Haines A, Tomson G et al. Refugees: towards better access to health-care services. *Lancet* 2016; 387: 319-321.
- Mangrio E, Sjögren Forss K. Refugees' experiences of healthcare in the host country: a scoping review. *BMC Health Serv Res* 2017; 17: 814.
- Lekhan V, Rudiy V, Shevchenko M. Ukraine: health system review. *Regional Office for Europe, World Health Organization*, 2015. Dostupné na: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/176099>
- Reinhard S, Dang A, Matesva M et al. Mental Health in Ukraine. *Yale Institute for Global Health Case Competition*, 2021. Dostupné na: https://medicine.yale.edu/yigh/students/case-competition/2021yighcase_fina_407033_46325_v1.pdf
- Romaniuk P, Semigina T. Ukrainian health care system and its chances for successful transition from Soviet legacies. *Glob Health* 2018; 14: 116.

- 34. Weissbecker I, Kondakova KN, Poole LA et al.** Mental health in transition: assessment and guidance for strengthening integration of mental health into primary health care and community-based service platforms in Ukraine. *World Bank Group*, 2017.
- 35. Flick U.** An introduction to qualitative research. *SAGE*, Los Angeles, 2011.
- 36. Reichel J.** Kapitoly metodologie sociálních výzkumů. *Grada*, Praha, 2009.
- 37. Braun V, Clarke V.** Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol* 2006; 3: 77–101.
- 38. Dobiášová K, Kopsa Těšínová J, Tulupova E.** Zkušenosti pacientů s využíváním informačně komunikačních technologií v primární péči v době pandemie COVID-19. *Praktický lékař* 2022; 102: 55–68.
- 39. Mizin K, Slavova L, Lyashuk A et al.** The emotion concept of SHAME as one of the markers of social infantilism: cross-cultural analysis based on language corpora data. *AI* 2021; 10: 97–106.
- 40. Malchrzak W, Babicki M, Pokorna-Katwak D et al.** COVID-19 vaccination and Ukrainian refugees in Poland during Russian-Ukrainian War – Narrative Review. *Vaccines* 2022; 10: 955.
- 41. Rzymiski P, Falfushynska H, Fal A.** Vaccination of Ukrainian refugees: need for urgent action. *Clin Infect Dis* 2022; 75: 1103–1108.
- 42. Anikeeva O, Bi P, Hiller JE et al.** The health status of migrants in Australia: a review. *Asia Pac J Public Health* 2010; 22: 159–193.
- 43. Ahmed S, Lee S, Shommu N et al.** Experiences of communication barriers between physicians and immigrant patients: a systematic review and thematic synthesis. *Patient Experience J* 2017; 4: 122–140.
- 44. Gerritsen AAM, Bramsen I, Devillé W et al.** Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Soc Psychiat Epidemiol* 2006; 41: 18–26.
- 45. Mackenbach JP.** Trends in inequalities in premature mortality: a study of 3.2 million deaths in 13 European countries. *J Epid Commun Health* 2015; 69: 207–217.
- 46. Suurmond J, Seeleman C.** Shared decision-making in an intercultural context. *Patient Educ Couns* 2006; 60: 253–259.

ADRESA PRO KORESPONDENCI:

PhDr. Karolína Dobiášová, Ph.D.

Ústav veřejného zdravotnictví

a medicínského práva 1. LF UK

Karlovo nám. 40, 120 00 Praha 2

Tel: 224 963 275

e-mail: karolina.dobiasova@fsv.cuni.cz