

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Studijní program

**MULTIKULTURNÍ PÉČE VE VYBRANÉM
ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ**

Bakalářská práce

Autor práce: Hana Shaikhkhalilová

Vedoucí práce: Mgr. Jana Bubláková

Jihlava 2026

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Hana Shaikhkhalilová
Studijní program:	Všeobecné ošetřovatelství
Garant studijního programu:	doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD.
Název práce:	Multikulturní péče ve vybraném zdravotnickém zařízení ČR
Vedoucí práce:	Mgr. Jana Bubláková
Konzultant práce:	Mgr. Jana Bubláková
Cíl práce:	Zmapovat pohled sester na poskytování kulturně uzpůsobené péče.

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá problematikou multikulturního ošetrovatelství a přístupem sester k pacientům z odlišného kulturního prostředí. Cílem práce bylo zmapovat kvalitu multikulturní ošetrovatelské péče a zjistit, jak zdravotnický personál vnímá potřeby těchto pacientů a možnosti přizpůsobení péče. Teoretická část práce se zaměřuje na vymezení základních pojmů souvisejících s multikulturním ošetrovatelstvím, popisuje kulturní odlišnosti pacientů, jejich specifické potřeby a význam kulturní kompetence v ošetrovatelské péči, včetně možností vzdělávání zdravotnického personálu v této oblasti. Výzkumné šetření bylo realizováno kvantitativní metodou pomocí anonymního dotazníku. Výzkumný soubor tvořilo 103 respondentů z řad ošetrovatelského personálu. Z výsledků vyplývá, že sestry vnímají specifické potřeby pacientů zejména v oblasti komunikace, stravovacích zvyklostí a náboženských zvyklostí. Přizpůsobení péče považují za důležité, poukazují však na nedostatek vzdělávání v této oblasti. Zároveň projevují zájem o další vzdělávání, především praktického charakteru.

Klíčová slova

komunikace, kulturní kompetence, kulturní odlišnosti, multikulturní ošetrovatelství, ošetrovatelská péče, vzdělávání sester

Abstract

The bachelor's thesis deals with the issue of multicultural nursing and the approach of nurses to patients from different cultural backgrounds. The aim of the thesis was to assess the quality of multicultural nursing care and to determine how healthcare staff perceive the needs of these patients and the possibilities of adapting care. The theoretical part of the thesis focuses on defining the basic concepts related to multicultural nursing, describes cultural differences among patients, their specific needs, and the importance of cultural competence in nursing care, including the possibilities of educating healthcare staff in this area. The research was conducted using a quantitative method through an anonymous questionnaire. The research sample consisted of 103 respondents from nursing staff. The results indicate that nurses perceive patients' specific needs mainly in the areas of communication, dietary habits, and religious practices. They consider the adaptation of care to be important; however, they point to a lack of education in this field. At the same time, they express interest in further education, particularly of a practical nature.

Keywords

communication, cultural competence, cultural differences, multicultural nursing, nursing care, nursing education

Prohlašuji, že předložená Zvolte položku. práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou Zvolte položku. práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle Směrnice pro vedení, vypracování a zveřejňování závěrečných prací na VŠPJ, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé Zvolte položku. práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé Zvolte položku. práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své Zvolte položku. práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mě požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne Klikněte nebo klepněte sem a zadejte datum.

.....

Podpis studenta/ky

Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala paní Mgr. Bublákové za odborné vedení, cenné rady, ochotu a trpělivost při zpracování mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat své rodině za podporu, pochopení a motivaci po celou dobu studia.

Obsah

Seznam tabulek	8
Úvod	9
1 Současný stav problematiky	10
1.1 Multikulturní ošetřovatelství v českém zdravotnictví	10
1.2 Bariéry a problémy multikulturního ošetřovatelství	11
1.3 Definice pojmů pro Multikulturního ošetřovatelství.....	11
1.4 Vývoj legislativy v multikulturním ošetřovatelství.....	13
1.5 Role sestry v multikulturním ošetřovatelství.....	14
1.6 Návrhy na zlepšení multikulturního ošetřovatelství.....	15
1.7 Modely hodnocení multikulturní ošetřovatelské péče.....	15
1.8 Rady v péči o pacienty jiných etnik a kultur	16
1.9 Specifika ošetřovatelské péče u vybraných etnických skupin	17
1.10 Specifika ošetřovatelské péče u vybraných náboženství.....	18
2 Výzkumná část / Praktická část	21
2.1 Cíl výzkumu	21
2.2 Výzkumné otázky	21
2.3 Metodika výzkumu	21
2.4 Výzkumné prostředí a vzorek respondentů.....	22
2.5 Výsledky výzkumu a jejich interpretace	26
3 Diskuse	45
3.1 Specifické potřeby pacientů z odlišného kulturního prostředí.....	45
3.2 Vnímání a přizpůsobení péče.....	45
3.3 Zdroje informací o kulturní péči	46
3.4 Možnosti a potřeby vzdělávání.....	47
4 Návrhy a doporučení pro praxi.....	49
Závěr	50
Seznam použitých zdrojů.....	51
Přílohy.....	51

Seznam tabulek

Tabulka 1 Věk respondentů	23
Tabulka 2 Pracovní oddělení respondentů	25
Tabulka 3 Frekvence kontaktu respondentů s pacienty z vybraných etnických skupin	26
Tabulka 4 Frekvence kontaktu respondentů s pacienty z vybraných náboženských skupin	28
Tabulka 5 Očekávané kulturní odlišnosti u pacientů z vybraných náboženských skupin	30
Tabulka 6 Očekávané kulturní odlišnosti u pacientů z vybraných etnických skupin	32
Tabulka 7 Oblasti, ve kterých respondenti považují za nejdůležitější přizpůsobit péči kulturním potřebám pacienta.....	37
Tabulka 8 Využívané zdroje informací pro přizpůsobení péče a komunikaci s pacienty z odlišného kulturního prostředí.....	39
Tabulka 9 Preferované formy vzdělávání respondentů v oblasti multikulturního ošetřovatelství	43

Úvod

V současné době se zdravotničtí pracovníci stále častěji setkávají s pacienty z odlišného kulturního a náboženského prostředí. Multikulturní péče se tak stává nedílnou součástí každodenní práce všeobecných sester. V péči o tyto pacienty je důležité nejen zajištění kvalitní zdravotní péče, ale také respektování jejich zvyků a přesvědčení, které se mohou lišit v závislosti na etniku či náboženství.

Každý pacient je individuální, a je proto nutné k němu takto přistupovat. U pacientů z odlišného kulturního prostředí je třeba věnovat zvýšenou pozornost zejména oblasti komunikace, stravovacích zvyklostí a náboženských či kulturních tradic. Pokud nejsou potřeby těchto pacientů dostatečně respektovány, může docházet k nedorozuměním, ztrátě důvěry ve zdravotnický personál a snížení celkové kvality poskytované péče.

Klíčovou roli v poskytování individualizované péče pacientům z odlišného kulturního prostředí hraje především komunikace, empatie a schopnost sestry přizpůsobit svůj přístup každému pacientovi. Vzhledem k rostoucí migraci nejen mezi státy, ale i mezi kontinenty, nabývá toto téma stále většího významu. Zvýšená migrace klade na zdravotnický personál vyšší nároky, zejména v oblasti kulturních kompetencí a schopnosti individualizovat péči.

Tématem této bakalářské práce je „Multikulturní ošetrovatelská péče v praxi všeobecné sestry“. Cílem práce je zjistit kvalitu multikulturní ošetrovatelské péče a zmapovat přístup sester k pacientům z odlišného kulturního prostředí. Práce se zaměřuje především na to, jak sestry vnímají specifické potřeby těchto pacientů, jak hodnotí přizpůsobení péče kulturním odlišnostem, jaké zdroje informací při péči využívají a jaké mají možnosti a zájem o další vzdělávání v oblasti multikulturního ošetrovatelství.

Práce je rozdělena na dvě části. Teoretická část se zaměřuje na základní pojmy související s multikulturním ošetrovatelstvím a na charakteristiku vybraných kulturních a náboženských skupin. Výzkumná část je realizována formou kvantitativního šetření pomocí anonymního dotazníku mezi zdravotnickým personálem. Získaná data jsou následně zpracována a prezentována pomocí grafů a tabulek.

Motivace

Téma bakalářské práce jsem si vybrala především na základě vlastní zkušenosti z praxe i z osobního života. Ve své praxi jsem narážela na situace kdy přístup zdravotnických pracovníků k pacientům s odlišného kulturního prostředí nebyl vhodný a oboustranně docházelo ke konfliktům.

Osobně se snažím ke každému pacientovi přistupovat individuálně respektovat jeho potřeby. Chápu, že každý člověk má jiné hodnoty, které jsou ovlivněny jeho kulturou a zvyklostmi.

Zaměřila jsem se především na to, jakými problémy se sestry při poskytování péče setkávají, jak problémy řeší, jak celou tuto problematiku vnímají, součástí práce je také vyhodnocení jejich zájmu o další vzdělávání.

1 Současný stav problematiky

Multikulturní ošetřovatelství představuje nedílnou součást současné ošetřovatelské péče, která reaguje na stále se zvyšující počet pacientů přicházejících z různých kulturních prostředí. Základním principem je poskytovat vhodnou a individualizovanou péči jedincům dle jejich specifik, s důrazem na respektování jejich hodnot, zvyků, víry a životního stylu. Multikulturní ošetřovatelství je teoretický, ale i praktický obor zaměřený na studium rozdílů a podobností různých kultur. Poskytování takové péče vyžaduje znalost kulturních specifik pacientů, jejich postojů, způsobů komunikace, náboženských potřeb i rodinných zvyklostí. Cílem této péče je poskytovat nejen odborně správnou, ale i kulturně přijatelnou a respektující péči každému pacientovi (Šiklová, Vrabelová, Lidická 2018; Plevová 2019).

1.1 Multikulturní ošetřovatelství v českém zdravotnictví

V současné době je typická zvýšená migrace, a tím i vyšší počet klientů s nároky na změnu či úpravu péče dle jejich multikulturních aspektů. Multikulturní ošetřovatelství je významnou součástí moderní ošetřovatelské praxe, jejímž cílem je poskytování kulturně citlivé, respektující a individualizované péče pacientům z odlišného kulturního prostředí. V České republice se začala multikulturní péče rozvíjet především v důsledku zvýšené migrace a imigrace. Zdravotníci se čím dál častěji setkávají s odlišnostmi a zvyklostmi vycházejícími z kulturních tradic klientů. Mezi tyto odlišnosti patří především rozdílné kulturní zvyklosti, jazyk, náboženství a hodnotové systémy. Tyto odlišnosti kladou zvýšené nároky nejen na odborné znalosti zdravotníků, ale i na jejich komunikační dovednosti a schopnost respektovat kulturní odlišnosti při poskytování zdravotní péče. Multikulturní ošetřovatelství je v České republice zakotveno především v etických principech ošetřovatelství, legislativních normách a dokumentech týkajících se práv pacientů. Základním rámcem je respekt k lidské důstojnosti, rovný přístup ke zdravotní péči a zákaz diskriminace. Přestože tyto principy tvoří pevný základ, jejich aplikace v každodenní ošetřovatelské praxi není vždy dostatečně sladěna a důsledně uplatňována. V oblasti vzdělávání je problematika multikulturního ošetřovatelství již zařazována do studijních programů nelékařských zdravotnických oborů, zejména ošetřovatelství. Výuka je často realizována formou samostatných předmětů nebo tematických celků zaměřených na kulturní dovednosti, komunikaci s pacientem z jiné kultury a aspekty individualizované péče. Rozsah a hloubka této výuky se však liší, což může vést k nejednotné připravenosti absolventů na multikulturní praxi. V praxi se zdravotníci nejčastěji potýkají s jazykovou bariérou, odlišnými představami o zdraví a nemoci, rozdílnými stravovacími návyky, náboženskými zvyklostmi či specifickými požadavky na ošetřovatelskou péči. Další překážkou je nedostatek tlumočnických služeb, omezený čas na přípravu individualizované péče a absence jednotných postupů, které negativně ovlivňují kvalitu poskytované péče. Současný stav multikulturního ošetřovatelství v České republice lze hodnotit jako postupně se rozvíjející, avšak stále nedostatečně systémově zvládnutý. Přetrvává potřeba dalšího vzdělávání zdravotnického personálu, tvorby standardů kulturně kompetentní péče a rozvoje mezioborové spolupráce (Ivanová, Špirudová a Kutnohorská, 2013).

1.2 Bariéry a problémy multikulturního ošetřovatelství

Multikulturní ošetřovatelství klade důraz na individuální a respektující přístup k různým etnikům a rasám a reaguje především na rostoucí rozmanitost pacientů. V přímém kontaktu s klienty je důležitá zejména komunikace a znalost kulturních specifik. Mezi hlavní bariéry ošetřovatelské péče patří jazyková bariéra, neznalost kulturních a náboženských odlišností a nedostatečná připravenost personálu. Tyto bariéry ztěžují nejen sběr dat o pacientech, ale i edukaci a spolupráci s klientem, což se může negativně projevit na kvalitě poskytované péče i na důvěře mezi pacientem a personálem. Proto je nutné rozvíjet kulturní kompetence zdravotníků a zlepšovat podmínky multikulturního ošetřovatelství, včetně přizpůsobení péče individualitám pacientů (Šliková, Vrabelová, Lidická 2018).

Organizační a systémové faktory představují další významnou oblast problémů. Mezi tyto faktory patří časová zátěž zdravotnického personálu, nedostatek metodických postupů pro multikulturní péči, omezená dostupnost tlumočnických služeb a absence standardů v oblasti kulturně zaměřené ošetřovatelské péče. Tyto okolnosti často znemožňují individuální přístup k pacientovi a zohlednění jeho kulturních potřeb (Špirudová, 2015).

1.3 Definice pojmů pro Multikulturního ošetřovatelství

Jandourek (2012) definuje kulturu jako soubor životních forem, hodnotových představ a životních podmínek lidí na časově a prostorově omezeném úseku a naznačuje, že lidé nežijí pouze podle pravidel daných přírodními zákonitostmi. Za kulturu se považuje také souhrn názorů, přesvědčení a praktik, které přecházejí z generace na generaci.

1.3.1 Stereotypy a předsudky

Stereotypy a předsudky hrají významnou roli v multietnickém a multikulturním světě. Někteří odborníci rozlišují předsudky jako názory a postoje, které obsahují nepřátelské postoje vůči druhým, zatímco stereotypy nemusí být nutně negativní a mohou zahrnovat i pozitivní hodnocení. Příkladem může být názor, že kluci jsou dobří v matematice, a proto by měli tyto obory studovat, nebo označení Čechů jako „zlaté české ručičky“. Stereotyp tedy nemusí mít nutně rasistický podtext. Problém pozitivních stereotypů však spočívá v tom, že ovlivňují individualitu jedince a mohou vést k diskriminaci. Příkladem je přesvědčení, že děvčata nemohou studovat matematiku, nebo že pokud někdo není Čech, neumí nic opravit. Stereotyp je definován jako mínění o jednotlivcích, skupinách nebo objektech, na které je nahlíženo podle určité šablony bez ohledu na individuální odlišnosti. Stereotypy slouží ke kategorizaci nebo klasifikaci na základě našich zkušeností, avšak tyto názory mohou vycházet ze špatných či nedostatečných informací. Příkladem může být tvrzení, že lidé romského původu jsou hluchí a nevzdělaní. Stereotyp tedy můžeme charakterizovat jako generalizaci o všech členech určité skupiny bez rozlišování individuálních rozdílů (Renek, 2021).

Předsudky jsou souborem nezdůvodněných postojů a názorů, které si člověk osvojil pod vlivem prostředí či autority. Představují zjednodušené způsoby utváření vlastního názoru v neznámých nebo neočekávaných situacích. Předsudek lze označit jako předem vytvořený názor, který může vést k diskriminaci. Předsudky mohou vyvolávat obavy z cizího a neznámého, což vede k napětí mezi jednotlivci nebo skupinami a může přerůst v xenofobii, při níž jsou lidé posuzováni na

základě etnické či národnostní příslušnosti. Z xenofobie se mohou vyvíjet nenávistné ideologie, jako jsou rasismus, šovinismus, nacionalismus či fašismus. Xenofobní nálady ve společnosti zpravidla narůstají v období krizí, ať už sociálních, ekonomických či politických. Přesná právní definice xenofobie neexistuje, jelikož se nejedná o jev, který by byl přímo právně regulován. Jedná se spíše o subjektivní pocity a postoje než o ucelený systém názorů, přičemž právo zasahuje až v případě konkrétního jednání vycházejícího z xenofobie (Tóthová, 2024).

1.3.2 Rasa

Rasa z biologického pohledu je definována jako skupina lidí se společným genetickým původem, který se může projevovat různými somatickými rysy. Rozlišujeme rasu euroasijskou, což jsou lidé „bílí“, původně z Evropy, Malé a Přední Asie, Kavkazu a severozápadní Indie, dále rasu asijsko-americkou, označovanou jako „žlutohnědí“, kam patří obyvatelé asijské pevniny, jihovýchodní Asie a původní obyvatelé Ameriky, a poslední rasu ekvatoriální, tedy „černou“, s centrem rozšíření v Africe na jih od Sahary a v některých částech jihovýchodní Asie. V současné době antropologové poukazují na to, že tzv. čisté rasy již neexistují, protože v průběhu dějin docházelo a stále dochází k mísení lidí různého původu. Z tohoto důvodu vznikají mulati (míšenci bílého a černého plemene), mestici (míšenci bělocha a indiána) a kajoti (míšenci mulata a mestice). Stejně tak vznikají i další skupiny, například kreolové (míšenci evropských kolonistů a indiánů nebo černochů). Vlivem migrace přibývá míšenců různých ras také v Evropě (Ivanová, Špirudová a Kutnohorská, 2013).

Třídění podle fyzických znaků není jediným možným způsobem klasifikace. Lze také rozdělovat podle kulturních znaků, sociologických, psychologických či filozofických hledisek. Tato rozdělení nepoužívají anatomická kritéria, ale vycházejí z kulturních odlišností, jako jsou chování, jazyk nebo náboženství. Dle tohoto pojetí se skupiny označují například jako germánské, románské, nordické, arabské či židovské. Podle Průchy (2001) však existuje mnoho nejasností v tom, jaké jsou souvislosti mezi somatickými znaky, kulturními charakteristikami a chováním jednotlivých skupin. Ideologie, která tvrdí, že psychologické vlastnosti jednotlivců jsou pevně spojeny s jejich rasovými znaky a jsou neměnné, se nazývá rasismus. Základem těchto teorií je představa fyzické a psychické nerovnocennosti ras, kdy jsou některé rasy považovány za nadřazené a jiné za podřadné. Rasismus tak představuje teorii, která privileguje určité skupiny lidí na základě jejich vlastností, jazyka či zvyků, zatímco jiné skupiny označuje za méněcenné a nežádoucí. Filozofický základ rasismu byl v historii často využíván k ospravedlnění nadvlády jednoho národa nad druhým a k legitimizaci válek. Rasismus vychází z nevědeckých tezí o méněcennosti ras, falešných představ a předsudků, často založených na zkreslených nebo neúplných informacích. V podstatě jde o ideologii, která je zaměřena proti lidem odlišné rasy. Rasismus bývá používán jako ospravedlnění dominance jedné skupiny nad druhou, například v historii při nadvládě Římanů nad dobytými kmeny, a v moderní době byl součástí ideologií fašismu a nacismu. Projevy rasismu ve vzdělávání, na trhu práce i v běžném životě mohou vést k rasové diskriminaci a násilí (Ransdorf, Linhart 2017; Aiyetoro 2023).

Produktem rasismu je diskriminace, která se může projevovat různými formami nevhodného chování a často slouží jako nástroj kontroly nebo udržení distance mezi sociálními skupinami. Právní definice uvádí, že diskriminace představuje jakékoliv rozlišování, vylučování nebo znevýhodňování na základě rasy. Diskriminace má dva základní druhy: vědomou a strukturální. Vědomá diskriminace je úmyslné jednání namířené proti jedinci nebo skupině, například

odepření pracovního místa. Strukturální diskriminace je naopak součástí systému, který znevýhodňuje celou skupinu obyvatel. Příkladem může být ztížený přístup ke vzdělání u určité skupiny, kdy není zohledněna jejich jazyková vybavenost.

Rasovým násilím označujeme násilné chování, například fyzické útoky s rasovým motivem vůči příslušníkům odlišné skupiny. Charakteristickým znakem rasového násilí je, že oběť není vnímána jako jedinec, ale jako zástupce určité rasy. Do této kategorie patří úmyslné ublížení na zdraví z důvodu rasy, způsobení těžké újmy na zdraví, ale i další závažné činy, jako je ničení skupiny nebo způsobení škody velkého rozsahu (zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákoník).

Mezi projevy rasismu patří také genocida, která představuje jeho extrémní formu a je charakterizována snahou o vyhlazení určité skupiny obyvatel (Ivanová, Špirudová a Kutnohorská, 2013).

1.4 Vývoj legislativy v multikulturním ošetřovatelství

Česká republika se se zvýšenou migrací setkává zejména po roce 1989, přičemž funguje nejen jako tranzitní, ale i cílová země. Počet cizinců dlouhodobě narůstá, což klade vyšší nároky na přizpůsobení zdravotní a sociální péče jejich individuálním potřebám. Mezi nejpočetnější skupiny cizinců patří občané Slovenska, Ukrajiny, Vietnamu a dalších států. Rostoucí migrace vede k nutnosti rozvíjet integrační politiku, která směřuje k respektování práv a potřeb všech osob žijících na území České republiky. Problematika zdravotní péče o cizince vychází z mezinárodních dokumentů, národní legislativy a koncepce zdravotnictví, přičemž zdravotnický systém se musí přizpůsobovat rostoucímu počtu pacientů z odlišného kulturního prostředí (Ministerstvo vnitra ČR, 2024; Český statistický úřad, 2026).

Programy Světové zdravotnické organizace stanovují priority a cíle v oblasti veřejného zdraví jako technická a strategická doporučení. Tato doporučení nejsou pro členské státy právně závazná, ale slouží jako podklad pro tvorbu národních strategií a standardů zdravotní politiky (World Health Organization, 2025; WHO Česká republika, 2025).

WHO zdůrazňuje, že státy jsou zodpovědné za zdraví všech svých obyvatel a stanovuje, že každý člověk má právo na život ve zdraví bez rozdílu rasy, náboženství či politického přesvědčení. Směrování globálních programů, které vycházejí z těchto principů, bylo aktualizováno Deklarací z Astany (2018), jež obnovuje závazek států zajistit rovný přístup ke zdravotní péči pro všechny a posílit primární zdravotní péči jako základní nástroj pro dosažení práva na zdraví (World Health Organization, 2018). Tyto principy jsou implementovány také prostřednictvím zdravotní politiky České republiky, která se snaží zajistit integrovanou a participativní zdravotní péči pro všechny obyvatele, včetně migrantů a uprchlíků (World Health Organization, 2024; Shuranova et al., 2025).

V České republice byla vytvořena Koncepce integrace cizinců (2000), která stanovuje rámec pro začlenění dlouhodobě legálně pobývajících cizinců do společnosti a zajišťuje jejich přístup ke zdravotní péči a sociálním službám. Koncepce se zaměřuje na cizince s uděleným pobytem, azylem nebo vízem za účelem sloučení rodiny a klade důraz na respektování jejich náboženství, jazyka a kulturních zvyklostí. Na tvorbě a realizaci koncepce se podílejí Ministerstvo vnitra, Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo práce a sociálních věcí, Ministerstvo školství a další

státní instituce, stejně jako zdravotní pojišťovny, poskytovatelé zdravotní péče a nevládní organizace (Cizinci.cz, 2000; Shuranova et al., 2025).

Současné hodnocení zdravotního systému pro migranty v České republice ukazuje, že hlavními bariérami jsou jazykové překážky, nejasnosti ve zdravotním pojištění a omezené informace o dostupných službách. Implementace doporučení WHO má za cíl tyto nerovnosti minimalizovat a zajistit rovný přístup ke zdravotní péči pro všechny skupiny obyvatel (World Health Organization, 2024).

1.5 Role sestry v multikulturním ošetřovatelství

Všeobecná sestra vykonává v multikulturním ošetřovatelství nezastupitelnou úlohu. Je v každodenním kontaktu s pacientem a realizuje i hodnotí ošetřovatelskou péči. Jejím úkolem je navrhnout a naplánovat takovou péči, která bude respektovat kulturní, etnické, náboženské a sociální odlišnosti pacienta, a zároveň bude kvalitní a bude odpovídat standardům ošetřovatelské péče. Naplánovaná péče má být nejen odborně správná a profesionální, ale také přizpůsobená kulturním požadavkům pacienta (Špirudová, 2015; McFarland, Wehbe-Alamah, 2018).

Důležitou součástí práce s klientem a jeho rodinou je komunikace. Sestra je často prvním zdravotníkem, se kterým přichází pacient do styku, a tento kontakt může pozitivně i negativně ovlivnit vnímání další péče i důvěru v celý zdravotnický tým. Pokud dojde k jazykové bariéře, měla by sestra využít tlumočnické služby, karty s překlady do jiných jazyků a především dbát na neverbální komunikaci, stejně jako na zvyky a normy daného etnika (Jarošová et al., 2016; Giger a Powell-Young, 2025).

Sestra má také dohlížet na dodržování pacientových práv, potřeb a kulturních hodnot v rámci poskytované zdravotní péče. To je významné především v situacích, kdy pacient není schopen porozumět poskytované péči nebo se vyjádřit k prováděným výkonům. Je důležité zajistit, aby pacient plně porozuměl poskytované péči v souladu s etickými principy, respektem a platnou legislativou (Česko, 2011).

Další důležitou rolí sestry je edukace, a to nejen o ošetřovatelských postupech, ale také o stravování, aplikaci léčivých přípravků či hodnocení bolesti. Tato edukace musí být přizpůsobena tak, aby jí pacient porozuměl a byl schopen spolupracovat. Je nutné ji přizpůsobit nejen jazykově, ale i s ohledem na kulturní zvyklosti pacienta. Sestra je rovněž nedílnou součástí mezioborového týmu, kde ve spolupráci s lékaři, sociálními pracovníky, psychology, tlumočníky a nutričními terapeuty vytváří komplexní, individualizovanou péči pro pacienty z odlišného kulturního prostředí. V tomto procesu často zaujímá roli koordinátora návaznosti péče. Funkce sestry v multikulturním ošetřovatelství je tedy velmi široká a vyžaduje vysokou míru odbornosti, empatie a kulturní citlivosti. Proto je pro zvyšování kvality a bezpečnosti péče nezbytné další prohlubování vzdělávání sester (Špirudová, 2015).

1.6 Návrhy na zlepšení multikulturního ošetřovatelství

S ohledem na rostoucí kulturní rozmanitost patientské populace a zjištěné bariéry v oblasti multikulturní péče je nezbytné provádět systematické změny v multikulturním ošetřovatelství. Cílem je zvýšení kvality, bezpečnosti a dostupnosti ošetřovatelské péče poskytované pacientům z odlišného kulturního prostředí. Základním krokem je zlepšení vzdělávání v oblasti multikulturního ošetřovatelství. Výuka by se měla objevovat nejen na vysokých školách, ale měla by být zařazena již do vzdělávání na středních školách a do systému celoživotního vzdělávání. Systém výuky by měl obsahovat nejen teoretické znalosti, ale i praktické dovednosti a komunikační metody, například jak komunikovat při jazykové bariéře. Vhodný je také nácvik neverbální komunikace s různými etniky. Celoživotní vzdělávání přináší nejen větší jistotu a profesionalitu v chování sester, ale také zvyšuje kvalitu péče a zlepšuje vztah i pocit bezpečí mezi zdravotníky a pacienty (Campinha-Bacote, 2011; Jarošová et al., 2016).

Důležitým krokem ke zlepšení je také tvorba a zavádění standardů. Metodické postupy mohou sjednotit a usnadnit poskytování péče pacientům z různých kulturních prostředí. Standardy by měly obsahovat postupy komunikace, úpravy stravy a respektování náboženských potřeb, čímž by se péče stala jednodušší a její poskytování jednodušší (Špirudová, 2015).

Dalším krokem ke zlepšení je prohlubování a podpora mezioborové spolupráce. Tvorba a rozvoj takových týmů podporuje komplexní pohled na problematiku a usnadňuje koordinaci kulturně přizpůsobené péče. Součástí těchto týmů by měli být sestry, lékaři, psychologové, sociální pracovníci, ale i tlumočníci či nutriční terapeuti (McFarland, Wehbe-Alamah, 2018).

V neposlední řadě je také potřeba, aby sestra byla nápomocná při vyhledávání specifických potřeb pacienta, aktivně dbala na dodržování jeho práv a upozorňovala na nedostatečné poskytování kulturně či nábožensky individualizované péče. Tento aspekt je důležitý zejména v situacích, kdy má pacient sníženou schopnost komunikace nebo orientace v systému (Jarošová et al., 2016).

Mezi neméně důležité úkoly patří také zvyšování povědomí o problematice multikulturního ošetřovatelství mezi zdravotníky, například prostřednictvím workshopů, seminářů a snah o odbourávání stereotypů a předsudků. Zařazování těchto témat do pravidelných školení a odborných diskusí může přispět ke zlepšení kvality poskytované péče (Giger a Powell-Young, 2025).

Na závěr lze říci, že ke zlepšení multikulturní péče je potřeba komplexní a dlouhodobá strategie, která zahrnuje vzdělávání, vytváření standardů, rozvoj znalostí a systémové řízení tohoto procesu. Začlenění všech těchto kroků může vést k významnému zvýšení kvality, bezpečnosti a efektivity poskytované péče.

1.7 Modely hodnocení multikulturní ošetřovatelské péče

V multikulturním ošetřovatelství existuje několik teoretických modelů, které slouží k hodnocení kulturních potřeb pacienta a k poskytování kulturně kompetentní ošetřovatelské péče. Tyto modely pomáhají zdravotnickým pracovníkům porozumět kulturním odlišnostem, předcházet nedorozuměním a individualizovat péči s ohledem na hodnoty, přesvědčení a životní styl pacienta (Tóthová, 2017).

1.7.1 Model kulturní péče Madeleine Leininger (Sunrise Model)

Model kulturní péče Madeleine Leininger je považován za základní a nejvýznamnější model transkulturního ošetřovatelství. Vychází z teorie diverzity a univerzality kulturní péče, která zdůrazňuje nutnost porozumění kulturním hodnotám, náboženským přesvědčením, sociálním strukturám a životnímu stylu pacienta. Model znázorňuje faktory ovlivňující zdraví a péči v podobě vycházejícího slunce (Sunrise Model). Cílem modelu je dosažení kulturně kongruentní péče prostřednictvím zachování, přizpůsobení nebo restrukturalizace péče (McFarland, Wehbe-Alamah, 2018).

1.7.2 Model transkulturního hodnocení Giger

Model Giger a Davidhizar se zaměřuje na šest kulturních fenoménů, které ovlivňují poskytování zdravotní péče: komunikaci, prostor, sociální organizaci, časovou orientaci, kontrolu nad prostředím a biologické variace. Tento model je prakticky využitelný v klinické praxi, protože poskytuje strukturovaný rámec pro posouzení individuálních kulturních potřeb pacienta a jejich zohlednění při plánování ošetřovatelské péče (Giger a Powell–Young, 2025).

1.7.3 Purnellův model kulturní kompetence

Purnellův model je komplexní a holistický rámec, který hodnotí kulturní charakteristiky pacienta ve dvanácti oblastech, například rodinu, komunikaci, výživu, spiritualitu, zdravotní praktiky či pojetí smrti. Model zdůrazňuje nutnost vnímat pacienta v širším sociálním a kulturním kontextu a je využíván jak v klinické praxi, tak ve vzdělávání zdravotnických pracovníků (Purnell, 2019).

1.8 Rady v péči o pacienty jiných etnik a kultur

V praxi se často objevují problémy ve způsobu komunikace s pacienty z různých etnických a kulturních skupin, proto je nezbytné každou situaci vyhodnotit individuálně a identifikovat možné bariéry. Komunikace může probíhat verbálně i neverbálně – gesty, mimikou nebo pohybem. Vhodné je využití prostředníků, například tlumočnicků či rodinných příslušníků, a také pomůcek, jako jsou komunikační karty, obrázky či slovníky. Chování a kulturní zvyklosti pacientů se mohou výrazně lišit od očekávání ošetřujícího personálu, což může ovlivnit efektivitu péče. Proto je nutné si tyto odlišnosti uvědomovat a aktivně se vzdělávat v oblasti kulturních specifik pacientů. Edukace musí být přizpůsobena jejich úrovni porozumění a kulturním normám, přičemž nezbytným prvkem je empatie a schopnost vcítění se do kulturního kontextu. Pro minimalizaci etnocentrismu je důležité udržovat objektivní pohled na odlišné kultury a respektovat jejich náboženské a kulturní praktiky, například možnost nosit tradiční oděv nebo praktikovat víru. Tempo, hlasitost, intonace a barva hlasu v komunikaci by měly být upraveny tak, aby pacient nevnímal projev zdravotnického personálu jako nevhodný či degradující. Budování důvěry a efektivního vztahu mezi pacientem a ošetřujícím personálem vyžaduje trpělivost a dlouhodobou péči. Každá kultura je odlišná, a proto je poznání vlastních kulturních hodnot nezbytné nejen pro zdravotnické pracovníky, ale i pro samotné pacienty (Leininger, 2018; McFarland, 2018; Purnell, 2019).

1.9 Specifika ošetrovatelské péče u vybraných etnických skupin

Při poskytování multikulturní ošetrovatelské péče je nezbytné respektovat biologické, kulturní, sociální a náboženské odlišnosti pacientů. Následující přehled uvádí vybraná specifika péče u jednotlivých ras a etnických skupin, přičemž je nutné zdůraznit, že každý pacient je jedinečný a uvedené charakteristiky nelze chápat stereotypně. Specifika ošetrovatelské péče u jednotlivých ras a etnických skupin představují důležitý aspekt multikulturního ošetrovatelství. Znalost těchto specifik umožňuje zdravotnickému personálu poskytovat kulturně citlivou a individualizovanou péči. Základním principem však zůstává respekt k individualitě pacienta a vyhýbání se stereotypnímu přístupu (Giger a Powell-Young, 2025).

1.9.1 Pacienti evropského (kavkazského) původu

U pacientů evropského původu se péče obvykle řídí standardními ošetrovatelskými postupy běžnými v českém zdravotnictví. Tito pacienti často preferují otevřenou komunikaci, aktivní zapojení do rozhodování o léčbě a důraz na autonomii. Náboženské potřeby bývají individuální a méně výrazné, přesto je nutné je respektovat (Giger a Powell-Young, 2025).

1.9.2 Pacienti ukrajinského etnika

Občané Ukrajiny pobývají v České republice nejčastěji z důvodu nepříznivé ekonomické situace ve své domovské zemi. V roli pacientů bývají zpravidla ukázněni a oceňují poskytovanou zdravotní péči, mimo jiné i proto, že úroveň zdravotnictví na Ukrajině je nižší. Při komunikaci je důležité ověřit, zda pacient sděleným informacím skutečně porozuměl, protože z důvěry ve zdravotnický personál mají tendenci souhlasit i s tím, čemu zcela nerozumí. Zároveň je vhodné věnovat pozornost otázce zdravotního pojištění, aby se předešlo případným finančním potížím spojeným s náklady na hospitalizaci (Dingová Šliková, Vrabelová a Lidická, 2018).

1.9.3 Pacienti afrického původu

U pacientů afrického původu je nutné zohlednit biologická specifika, například vyšší predispozici k hypertenzi, srpkovité anémii nebo diabetu. Tmavší pigmentace kůže může ztěžovat hodnocení cyanózy, bledosti či zarudnutí, proto je vhodné sledovat sliznice a nehtová lůžka. Kulturně může být významná role rodiny, duchovních autorit a víra v tradiční léčebné postupy. Důležitá je citlivá komunikace a respekt k náboženským přesvědčením (Purnell, 2015).

1.9.4 Pacienti asijského původu

Vietnamští pacienti obvykle kladou důraz na respekt k autoritám, včetně zdravotnického personálu, a mají tendenci nevyjadřovat otevřeně nesouhlas či bolest. To může vést k podcenění jejich obtíží ze strany zdravotníků. Rodina hraje významnou roli v rozhodování o zdravotní péči a často se podílí na komunikaci s personálem. Jazyková bariéra je častým problémem, a proto je vhodné využívat tlumočnicka nebo písemné informace v mateřském jazyce pacienta. Tradiční vietnamská medicína a bylinná léčba mohou být pacienty preferovány, což je třeba zohlednit a případně konzultovat z hlediska možných interakcí s konvenční léčbou. Co se týče stravování, mezi základní potraviny patří rýže, ryby a drůbež (McFarland, Wehbe-Alamah, 2018).

1.9.5 Pacienti arabského a blízkovýchodního původu

Arabští pacienti představují kulturně rozmanitou skupinu, avšak společným rysem je silná orientace na rodinu, náboženství a tradiční hodnoty. Rodina často hraje klíčovou roli při rozhodování o léčbě a může požadovat podrobné informace o zdravotním stavu pacienta. V ošetrovatelské péči je nutné respektovat potřebu zachování intimity a důstojnosti, zejména u žen, které mohou preferovat péči poskytovanou zdravotníkem stejného pohlaví. Komunikace může být nepřímá a emocionálně zabarvená, přičemž otevřené sdělování nepříznivých diagnóz bývá v některých rodinách považováno za nevhodné. Významnou roli hraje také náboženství, zejména islám, který ovlivňuje stravovací zvyklosti, modlitební rituály a postoje k léčbě i umírání (Papadopoulos, 2018).

1.9.6 Pacienti romského etnika

U romských pacientů hraje zásadní roli rodina a širší příbuzenstvo, které se často zapojuje do péče o nemocného. Přítomnost většího počtu rodinných příslušníků u pacienta může být vnímána jako projev podpory, avšak v nemocničním prostředí může zároveň představovat organizační či hygienické problémy. Zdraví a nemoc jsou u Romů často vnímány spíše emocionálně než racionálně, což se může projevit zvýšenou úzkostí, nedůvěrou nebo naopak pasivním přístupem k léčbě. Důležitá je srozumitelná komunikace bez odborných výrazů, opakované vysvětlování a ověřování porozumění. V některých případech se mohou objevovat alternativní představy o příčinách onemocnění a léčbě, proto je nutné postupovat citlivě a bez hodnotících soudů. Strava nemá výrazná specifika, nespotřebované jídlo bývá často vyhazováno. Romové mohou pociťovat výrazný strach z bolesti a ze smrti (Jarošová et al., 2016; Olišarová, Tóthová, Toumová, 2017).

1.9.7 Pacienti ruského etnika

Občané Ruské federace tvoří v České republice menšinovou skupinu, přičemž si často zakládají na své národní identitě. Záměna s jinými národnostmi, například s Ukrajinci, může být vnímána negativně. V některých případech se lze setkat s dominantnějším vystupováním nebo s nedůsledným dodržováním léčebných doporučení. Přístup k dodržování časových harmonogramů či dohod může být odlišný, přičemž zpoždění nebývá vždy považováno za problém. Ve vztahu k autoritám však mohou být poměrně respektující. Při komunikaci je vhodné věnovat pozornost slovům, která znějí v češtině a ruštině podobně, avšak mají odlišný význam. Oslovování obvykle zahrnuje křestní jméno doplněné o jméno po otci, proto je vhodné si předem ujasnit preferovaný způsob oslovení. Věřící se často hlásí k pravoslavnému vyznání (Dingová Šlíková, Vrabelová a Lidická, 2018).

1.10 Specifika ošetrovatelské péče u vybraných náboženství

Při poskytování ošetrovatelské péče u pacientů z různých náboženských skupin je důležité dbát na respektování jejich duchovních potřeb a náboženských zvyklostí. Příslušnost k náboženství ovlivňuje chování pacienta ve zdraví i v nemoci. Omezení se mohou týkat stravovacích návyků, duchovních potřeb, přítomnosti rodiny při ošetřování, zachování intimity i preference pohlaví

zdravotníka. Znalost těchto individuálních specifíků umožňuje zdravotnickému personálu poskytovat kulturně citlivou a individualizovanou péči (Sovářiová Sošová, 2022).

1.10.1 Pacienti muslimského vyznání

Při poskytování zdravotní péče pacientům muslimského vyznání je důležitý citlivý, respektující a individuální přístup. V komunikaci je vhodné zachovávat kulturní a náboženské zvyklosti, například respektovat preference kontaktu s personálem stejného pohlaví, zachovávat stud a soukromí při vyšetření a ošetření a vyhýbat se zbytečně intimním tématům. Je třeba brát ohled na modlitební režim, hygienické návyky i stravovací omezení (zejména zákaz vepřového masa a alkoholu). Specifická pozornost by měla být věnována období ramadánu, otázkám rodinné přítomnosti a také situacím spojeným s umíráním a smrtí. Základem je otevřená komunikace, respekt a absence stereotypního posuzování (Kuba, 2021).

1.10.2 Pacienti vyznání Svědků Jehovových

U Svědků Jehovových je klíčovým specifíkem jejich postoj k léčbě, zejména odmítání transfúze krve a krevních derivátů, a to i v život ohrožujících stavech. Toto odmítání vychází z náboženského přesvědčení a je nutné jej respektovat. Tito pacienti často disponují písemným prohlášením o nesouhlasu s transfuzí, které by mělo být součástí zdravotnické dokumentace. Zvláštní pozornost je nutné věnovat nezletilým pacientům, u nichž se postupuje v souladu s platnou legislativou a etickými zásadami. Tito pacienti nemají specifická omezení v oblasti stravování (Dingová Šliková, Vrabelová a Lidická, 2018)

1.10.3 Pacienti židovského vyznání

Židovští pacienti mohou v rámci zdravotní péče dodržovat zásady judaismu, které se týkají stravování, náboženských svátků i přístupu ke smrti. Košer strava zahrnuje zákaz některých potravin, zejména vepřového masa a mořských plodů, a také oddělování mléčných a masitých pokrmů. Platí rovněž přísný zákaz konzumace krve. Významným obdobím je sabat, který trvá od pátečního do sobotního večera a během něhož mohou být omezeny určité činnosti, pokud to zdravotní stav dovoluje. V oblasti ošetrovatelské péče je důležité respektovat nošení náboženských symbolů a umožnit pacientovi modlitbu. Po smrti pacienta je kladen důraz na důstojné zacházení s tělem, rychlé pohřbení a minimalizaci manipulace. Vhodná je spolupráce s rodinou nebo rabínem. Tito pacienti mohou mít výhrady ke kremaci. Zdravotnický personál by měl zajistit, aby amputované končetiny či orgány byly předány rodině k pohřbení (Ivanová, Špirudová a Kutnohorská, 2013).

1.10.4 Pacienti s buddhistickou vírou

Buddhisté přistupují ke zdraví a nemoci více z filozofického a duchovního hlediska, přičemž je kladen důraz na rovnováhu, klid a harmonii. V ošetrovatelské péči je důležité vytvořit klidné prostředí, umožnit pacientovi meditaci a respektovat jeho přání týkající se léčby. Zároveň je nezbytný individuální přístup a vyvarovat se paušálního zákazu léčebných postupů. Buddhismus nestanovuje jednotné zákazy v oblasti léčby, podávání léků, transfuzních přípravků ani očkování.

V praxi však někteří věřící dodržují vegetariánství. Klíčová je komunikace a respektující přístup zdravotnického personálu (Šliková, Vrábelová, Lidická, 2018).

1.10.5 Pacienti mormonské víry

Členové této církve vyznávají víru v Boha a Ježíše Krista. Za stěžejní náboženské texty považují Knihu Mormonovu a Bibli. Ve svém životě se řídí Desaterem a při křtu se zavazují k jeho dodržování. Důležitou součástí jejich víry je přesvědčení o posmrtném životě a o tom, že rodina může zůstat sjednocena i po smrti. V případě nemoci mohou požádat o zvláštní požehnání udělované držitelem kněžství. Součástí tohoto obřadu bývá pomazání čela olivovým olejem a následné vložení rukou spojené s modlitbou. Každodenní modlitba je běžnou součástí jejich života a velký význam přikládají také rodině a genealogii. Dodržují zásady zdravého životního stylu – vyhýbají se alkoholu, kouření, kávě, černému i zelenému čaji a dalším návykovým látkám. Tělo vnímají jako posvátný dar, o který je třeba pečovat. V rámci ošetrovatelské péče je proto vhodné zajistit nápoje bez kofeinu, umožnit pacientovi soukromí pro modlitbu nebo náboženské úkony a respektovat význam rodiny, včetně častější přítomnosti blízkých osob (ChurchofJesusChrist.org, 2026; TheChurchofJesusChrist.com, 2026).

2 Výzkumná část / Praktická část

2.1 Cíl výzkumu

Cílem bakalářské práce je zmapovat problematiku poskytování péče o pacienty z jiného kulturního prostředí.

2.2 Výzkumné otázky

Jaké specifické potřeby mají pacienti z odlišného kulturního prostředí v kontextu ošetrovatelské péče?

Jak ošetrovatelský personál vnímá přizpůsobení péče kulturním odlišnostem pacientů?

Jaké zdroje informací mají sestry k dispozici při poskytování péče pacientům z jiného kulturního prostředí?

Jak sestry vnímají potřebu dalšího vzdělávání v oblasti multikulturního ošetrovatelství?

2.3 Metodika výzkumu

Pro výzkumné šetření byla zvolena kvantitativní metoda sběru dat formou anonymního dotazníku, který obsahoval celkem 18 otázek. Samotný sběr dat probíhal v období leden–únor 2026 v jednom zdravotnickém zařízení Pardubického kraje.

Tomuto období předcházela přípravná fáze v měsících říjen–listopad, která zahrnovala tvorbu dotazníku, studium odborné literatury a konzultace s vedoucím práce.

V prosinci 2025 probíhala distribuce dotazníku online, tato forma však byla pro nízký počet respondentů (14 respondentů) ukončena. V lednu až únoru 2026 byl dotazník následně distribuován v tištěné formě přímo na jednotlivá oddělení.

Na základě získané zpětné vazby proto došlo k úpravě formy dotazníku a následně k jeho distribuci v tištěné podobě.

Dotazník byl vlastní konstrukce (viz příloha A). V dotazníku byly použity dvě otevřené, jedenáct uzavřených a šest polootevřených otázek. U některých otázek bylo možné zvolit více odpovědí, aby respondenti mohli vybrat variantu odpovídající jejich zkušenostem a názoru.

Prvních pět otázek bylo zaměřeno na identifikační údaje respondentů, konkrétně na věk, pohlaví, nejvyšší dosažené vzdělání, délku praxe ve zdravotnictví a oddělení či ambulanci, na kterém pracují. Další otázky byly orientovány na problematiku multikulturního ošetrovatelství. Zjišťovaly zejména, jak často se respondenti ve své praxi setkávají s pacienty z odlišného kulturního nebo etnického prostředí a zda se domnívají, že tito pacienti mají specifické potřeby.

Další část dotazníku byla zaměřena na očekávané odlišnosti u pacientů z jiného kulturního prostředí, na obtížnost přizpůsobení ošetrovatelské péče a na to, zda má přizpůsobení péče vliv na pocit bezpečí a důvěry ze strany pacientů. Součástí dotazníku byly také otázky týkající se toho, kterým skupinám pacientů je podle zdravotnického personálu nejvíce nutné péči přizpůsobit, dále otázky zaměřené na komunikaci s pacienty a na pomůcky využívané při komunikaci.

Závěrečná část dotazníku byla zaměřena na zjištění zájmu respondentů o další vzdělávání v oblasti multikulturního ošetrovatelství a na jejich názor, zda by tato problematika měla být součástí odborného vzdělávání zdravotnického personálu. V případě kladné odpovědi byli respondenti dále dotázáni na preferovanou formu vzdělávání.

Pro zpracování a vyhodnocení dat byl použit program Google Forms.

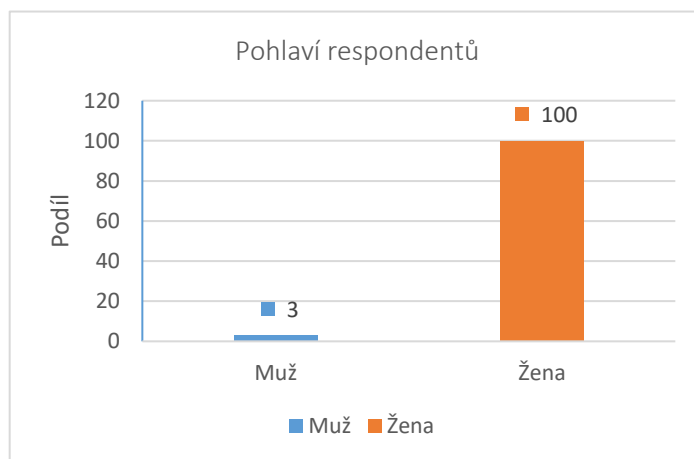
Struktura dotazníku odpovídá uvedeným výzkumným otázkám. Otázky č. 1–5 byly zaměřeny na identifikační údaje respondentů. Otázky č. 6–9 se vztahují k výzkumné otázce č. 1. Výzkumnou otázku č. 2 pokrývají otázky č. 10–13. K výzkumné otázce č. 3 se vztahují otázky č. 14 a 15 a výzkumné otázce č. 4 odpovídají otázky č. 16–18.

2.4 Výzkumné prostředí a vzorek respondentů

Dotazníky pro výzkumné šetření byly distribuovány střednímu zdravotnickému personálu na lůžkových i ambulantních odděleních v jedné z nemocnic Pardubického kraje. Výběr respondentů byl proveden náhodným způsobem. Do výzkumného souboru byli zařazeni zdravotničtí pracovníci ze středního zdravotnického personálu, kteří vykonávali praxi ve vybraném zdravotnickém zařízení a byli v přímém kontaktu s pacienty. Za účelem realizace výzkumu byla oslovena náměstkyně ošetrovatelské péče, paní Mgr. Pavla Angelová (viz příloha B), dále staniční sestry jednotlivých lůžkových oddělení a všeobecné a praktické sestry pracující v daném zdravotnickém zařízení.

V období od ledna do února 2026 bylo celkem rozdáno 120 dotazníků. Z tohoto počtu se vrátilo 103 dotazníků, což představuje návratnost 85,8 %. Všechny vrácené dotazníky byly vyplněny správně a úplně, proto nebyl žádný z nich z dalšího zpracování vyřazen.

Otázka č. 1: Pohlaví



Graf 1 Rozložení pohlaví respondentů

Zdroj: autor práce

Otázka č. 1 byla zaměřena na pohlaví respondentů. Z celkového počtu 103 respondentů bylo 100 žen (97,1 %) a 3 muži (2,9 %).

Otázka č. 2: Věk

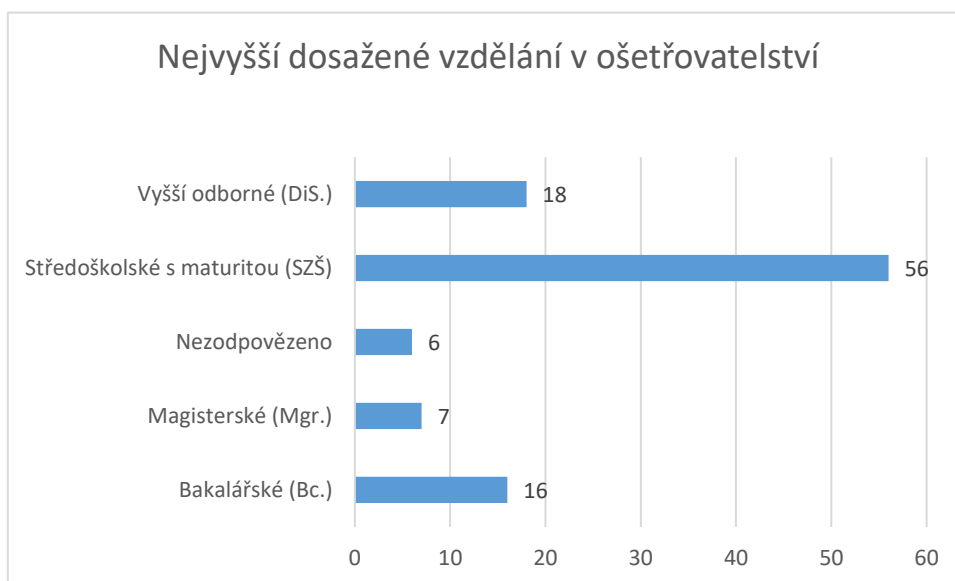
Věková hranice	Počet
20-30	28
31-40	23
41-50	25
51-60	22
61-65	4

Tabulka 1 Věk respondentů

Zdroj: autor práce

Tabulka č. 1 zobrazuje věkové rozpětí respondentů. Z celkového počtu 103 respondentů uvedlo 28 respondentů věk 20–30 let (27,2 %). Věkovou skupinu 31–40 let označilo 23 respondentů (22,3 %). Ve věku 41–50 let bylo 25 respondentů (24,3 %). Věkovou kategorii 51–60 let uvedlo 22 respondentů (21,4 %) a věk 61–65 let označili 4 respondenti (3,9 %).

Otázka č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání v ošetrovatelství:

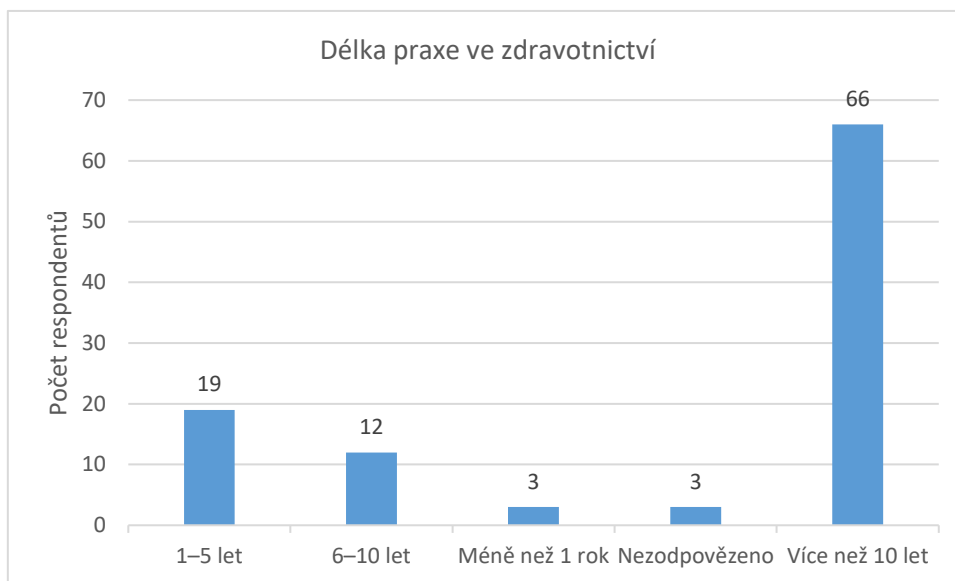


Graf 2 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů v ošetrovatelství

Zdroj: autor práce

Otázka č. 3 byla zaměřena na zjištění nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů v oboru ošetrovatelství. Z celkového počtu 103 respondentů uvedlo 56 respondentů středoškolské vzdělání s maturitou (54,4 %). Vyšší odborné vzdělání uvedlo 18 respondentů (17,5 %). Bakalářského vzdělání dosáhlo 16 respondentů (15,5 %) a magisterské vzdělání uvedlo 7 respondentů (6,8 %). Jeden respondent na tuto otázku neodpověděl (1,0 %).

Otázka č. 4: Délka praxe ve zdravotnictví:



Graf 3 Délka praxe respondentů ve zdravotnictví

Zdroj: autor práce

Otázka č. 4 byla zaměřena na délku praxe respondentů ve zdravotnictví. Z celkového počtu 103 respondentů uvedlo 66 respondentů délku praxe více než 10 let (64,1 %). Délku praxe 6 až 10 let uvedlo 12 respondentů (11,8 %). Praxi v délce 1 až 5 let uvedlo 19 respondentů (18,6 %). Praxi kratší, než jeden rok uvedli 3 respondenti (2,9 %). Jeden respondent na tuto otázku neodpověděl (1,0 %).

Otázka č. 5: Oddělení / ambulance, kde pracujete

Oddělení	Počet
DIOP	1
Interní oddělení	25
Chirurgie JIP	2
Dětská skupina	1
Oddělení NIP	1
Chirurgické oddělení	17
JIP	7
Novorozenecké oddělení	4
Kardiologie	2
Ordinace praktického lékaře	1
Plicní ambulance	2
Psychiatrie	10
Dětské oddělení	10
Urologie	7
Oddělení ORL	3
Porodní sály	5
Gynekologické oddělení	5

Tabulka 2 Pracovní oddělení respondentů*Zdroj: autor práce*

Otázka č. 5 byla zaměřena na zjištění pracovního oddělení respondentů. Celkem odpovědělo 103 respondentů. Nejvíce respondentů pracuje na interním oddělení, a to 25 respondentů (24,3 %). Na chirurgickém oddělení pracuje 17 respondentů (16,5 %). Na psychiatrickém a dětském oddělení pracuje shodně 10 respondentů (9,7 %). Na jednotce intenzivní péče a na urologickém oddělení pracuje shodně 7 respondentů (6,8 %). Na porodních sálech a na gynekologickém oddělení pracuje shodně 5 respondentů (4,9 %), na novorozeneckém oddělení 4 respondenti (3,9 %) a na oddělení ORL 3 respondenti (2,9 %). Na kardiologii, v plicní ambulanci a na chirurgické JIP pracují shodně 2 respondenti (1,9 %). Po jednom respondentovi (1,0 %) uvedli pracoviště DIOP, NIP, dětskou skupinu a ordinaci praktického lékaře.

2.5 Výsledky výzkumu a jejich interpretace

Otázka č. 6 – Jak často se setkáváte s pacient/klienty z následujících etnických skupin?

	Denně	Max, 1-2 týdně	Několikrát měsíčně	Zřídka 2-3 za rok	Nikdy	Nedokážu posoudit
Romové	15	25	55	8	0	1
Ukrajinci	20	32	42	8	0	1
Vietnamci	1	5	23	59	10	5
Arabové	2	0	3	41	36	21
Rusové	3	0	9	32	34	25
Slovenská	4	2	25	59	5	9
Mongolská	0	0	8	37	29	29

Tabulka 3 Frekvence kontaktu respondentů s pacienty z vybraných etnických skupin

Zdroj: autor práce

Otázka číslo 6 se zaměřuje na to, jak často se respondenti setkávají s klienty pacienty z jiných etnických skupin. Celkového počtu 103 respondentů uvedlo že s Romy se setkává denně 15 respondentů což je 15,4 %, maximálně jednou až dvakrát týdně 25 respondentů což je 25,7 %, několikrát měsíčně 55 respondentů což je 56,6 % zřídka 2–3 za rok 8 respondentů což je 8,24 %.

Z Ukrajinci se denně setkává 20 respondentů což je 20,6 %, maximálně 1 -2týdně 32 respondentů což je 32,9 %, maximálně jednou až dvakrát měsíčně 42 respondentů což je 47,2, zřídka 2-3 za rok 8 respondentů což je 8,2 % a nedokáže posoudit 1 respondent což je 1 %.

S Vietnamci se denně setkává jeden respondent což je 1 %, maximálně 1-2 týdně 5 respondentů což je 5,1 %, několikrát měsíčně 23 respondentů což je 23,6 %, z řídka 2-3 za rok 59 respondentů což je 60,7 %, nikdy 10 respondentů což je 10,3 % a nedokáže posoudit 5 respondentů což je 5,1 %.

S Araby se denně setkávají 2 respondenti což jsou 2 procenta, několikrát měsíčně 3 respondenti což jsou 3 %, zřídka 2-3 za rok 41 respondentů což jsou 42,2 %, nikdy 36 respondentů což je 37,8 %, nedokáže posoudit 21 respondentů což je 21,6 %.

S Rusy se denně setkávají 3 respondenti což jsou 3 %, několikrát měsíčně 9 respondentů což je 9,2 %, zřídka 2-3 za rok 32 respondentů což je 32,9 %, nikdy 34 respondentů což je 30,5 %, nedokáže posoudit 25 respondentů což je 25,7 %.

Se Slováci se denně setkávají 4 respondenti což jsou 4,1 %, maximálně 1-2 týdně 2 respondenti což jsou 2 %, několikrát měsíčně 25 respondentů což je 26 %, zřídka 2-3 za rok 59 respondentů což je 61,3 %, nikdy 5 respondentů což je 5,2 %, nedokážu posoudit 9 respondentů což je 9,3 %.

S Mongoly se setkává několikrát měsíčně 8 respondentů což je 8,2 %, zřídka 2-3 za rok 37 respondentů což je 38,1 %, nikdy 29 respondentů což je 29,8 %, a nedokáže posoudit 29 respondentů což je 29,8 %.

Otázka č. 7: Jak často se setkáváte s klienty/pacienty z následujících náboženských skupin?

	Denně	Max 1-2 týdně	Několikrát měsíčně	Zřídka 2-3 za rok	Nikdy	Nedokážu posoudit
Mormoni	0	0	1	2	36	64
Muslimové	0	0	7	34	15	47
Pravoslavní	0	1	16	20	8	59
Katolíci	13	5	19	6	2	58
Buddhisté	0	0	2	8	27	66
Židé	0	0	2	15	14	72

Tabulka 4 Frekvence kontaktu respondentů s pacienty z vybraných náboženských skupin

Zdroj: autor práce

Otázka číslo 7 se zaměřuje na to, jak často se respondenti setkávají s pacienty z různých náboženských skupin. Z celkového počtu 103 respondentů uvedl u pacientů mormonského vyznání 1 respondent „několikrát měsíčně“ (1 %), 2 respondenti „zřídka, 2–3× za rok“ (2 %), 36 respondentů „nikdy“ (37 %) a 64 respondentů „nedokážu posoudit“ (62,1 %).

S pacienty muslimského vyznání se 7 respondentů setkává „několikrát měsíčně“ (7,2 %), 34 respondentů „zřídka, 2–3× za rok“ (33 %), 15 respondentů uvedlo „nikdy“ (14,6 %) a 47 respondentů „nedokážu posoudit“ (45,6 %).

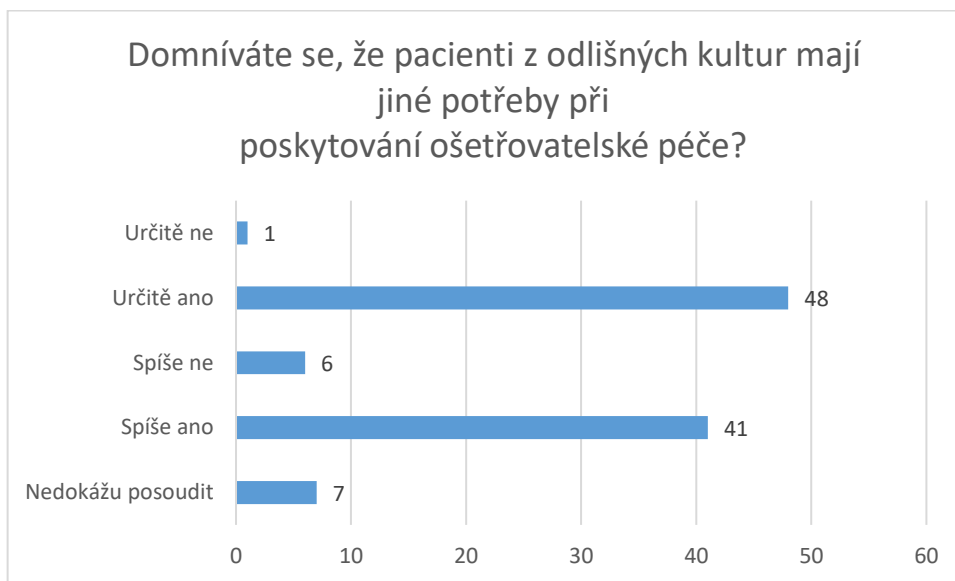
S pacienty pravoslavného vyznání se 1 respondent setkává „maximálně 1–2× týdně“ (1 %), 16 respondentů „několikrát měsíčně“ (15,5 %), 20 respondentů „zřídka, 2–3× za rok“ (19,4 %), 8 respondentů uvedlo „nikdy“ (7,8 %) a 59 respondentů „nedokážu posoudit“ (57,3 %).

S pacienty katolického vyznání se 13 respondentů setkává „denně“ (12,6 %), 5 respondentů „maximálně 1–2× týdně“ (4,9 %), 19 respondentů „několikrát měsíčně“ (18,4 %), 6 respondentů „zřídka, 2–3× za rok“ (5,8 %), 2 respondenti uvedli „nikdy“ (1,9 %) a 58 respondentů „nedokážu posoudit“ (56,3 %).

S pacienty buddhistického vyznání se 2 respondenti setkávají „několikrát měsíčně“ (2 %), 8 respondentů „zřídka, 2–3× za rok“ (7,8 %), 27 respondentů uvedlo „nikdy“ (26,2 %) a 66 respondentů „nedokážu posoudit“ (64,1 %).

S pacienty židovského vyznání se 2 respondenti setkávají „několikrát měsíčně“ (2 %), 15 respondentů „zřídka, 2–3× za rok“ (14,6 %), 14 respondentů uvedlo „nikdy“ (13,6 %) a 72 respondentů „nedokážu posoudit“ (69,9 %).

Otázka č. 8 - Domníváte se, že pacienti z odlišných kultur mají jiné potřeby při poskytování ošetrovatelské péče?



Graf 4 – Názor respondentů na odlišnost potřeb pacientů z jiných kulturních prostředí

Zdroj: autor práce

Otázka 8 se snaží zjistit, zda se respondenti domnívají, že pacienti s odlišných kultur mají odlišné potřeby při poskytování ošetrovatelské péče. Z celkového počtu 13 respondentů určitě ano odpověděla 48 respondentů což je 46,6 %, spíše ano odpověděl 41 respondentů což je 39,8 %, určitě ne odpověděl 1 respondent což je 1 %, spíše ne odpovědělo 6 respondentů což je 5,8 %, nedokážu posoudit odpověděla sedm respondentů což je 6,8 %.

Otázka č. 9 - Jaké kulturní odlišnosti u těchto pacientů byste očekával/a?

	Muslimové	Jehovisti	Židé	Buddhisté
Komunikační problémy	71	29	18	39
Odlišné stravovací návyky (např. zákaz konzumace vepřového masa, půst)	99	31	41	34
Odlišné náboženské zvyklosti (modlitby, svátky, oblečení)	92	50	67	71
Odlišné pojetí zdraví, nemoci a léčby	50	80	27	39
Odlišný přístup k bolesti	60	25	23	36
Odlišné chápání role ženy a muže	95	13	22	18
Odlišný způsob komunikace (gesta, oční kontakt, vzdálenost při hovoru)	81	16	19	29
Odlišný přístup k hygieně	63	16	29	32
Odlišný vztah k autoritě zdravotníka	59	29	16	15
Požadavek přítomnosti rodiny při ošetřování	66	26	22	14
Rozdílné pojetí intimity a osobního prostoru	84	24	33	33

Tabulka 5 Očekávané kulturní odlišnosti u pacientů z vybraných náboženských skupin

Zdroj: autor práce

Pozn.: Hodnoty představují absolutní počet respondentů

Tabulka číslo 9 se zaměřuje na to, jaké kulturní odlišnosti ošetřující personál očekává u pacientů různých náboženských skupin. Z celkového počtu 103 respondentů uvedlo, že očekává komunikační problém 71 respondentů u muslimů, 29 respondentů u svědků Jehovových, 18 respondentů u židů a 39 respondentů u buddhistů.

Odlišné stravovací návyky očekává 99 respondentů u muslimů, 31 respondentů u svědků Jehovových, 41 respondentů u židů a 34 respondentů u buddhistů.

Odlišné náboženské zvyklosti očekává 92 respondentů u muslimů, 50 respondentů u svědků Jehovových, 67 respondentů u židů a 71 respondentů u buddhistů.

Odlišné pojetí zdraví a nemoci očekává 50 respondentů u muslimů, 80 respondentů u svědků Jehovových, 27 respondentů u židů a 39 respondentů u buddhistů.

Odlišný přístup k bolesti očekává 60 respondentů u muslimů, 25 respondentů u svědků Jehovových, 23 respondentů u židů a 36 respondentů u buddhistů.

Odlišné chápání role ženy a muže očekává 95 respondentů u muslimů, 13 respondentů u svědků Jehovových, 22 respondentů u židů a 18 respondentů u buddhistů.

Odlišnosti ve způsobu komunikace očekává 81 respondentů u muslimů, 13 respondentů u svědků Jehovových, 19 respondentů u židů a 29 respondentů u buddhistů.

Odlišný přístup k hygieně očekává 63 respondentů u muslimů, 16 respondentů u svědků Jehovových, 29 respondentů u židů a 32 respondentů u buddhistů.

Odlišný vztah k autoritě zdravotníka očekává 59 respondentů u muslimů, 29 respondentů u svědků Jehovových, 16 respondentů u židů a 15 respondentů u buddhistů.

Požadavek na přítomnost rodiny při ošetřování očekává 66 respondentů u muslimů, 26 respondentů u svědků Jehovových, 22 respondentů u židů a 14 respondentů u buddhistů.

Rozdílné pojetí intimity a osobního prostoru očekává 84 respondentů u muslimů, 24 respondentů u svědků Jehovových, 33 respondentů u židů a 33 respondentů u buddhistů.

Otázka č. 10 - Jaké kulturní odlišnosti u těchto pacientů byste očekával/a?

	Romové	Vietnamci	Ukrajinci	Arabové
Komunikační problémy	31	78	56	80
Odlišné stravovací návyky (např. zákaz konzumace vepřového masa, půst)	12	39	4	92
Odlišné náboženské zvyklosti (modlitby, svátky, oblečení)	14	31	22	89
Odlišné pojetí zdraví, nemoci a léčby	48	46	17	55
Odlišný přístup k bolesti	64	34	12	33
Odlišné chápání role ženy a muže	47	14	5	84
Odlišný způsob komunikace (gesta, oční kontakt, vzdálenost při hovoru)	41	38	5	60
Odlišný přístup k hygieně	67	15	9	46
Odlišný vztah k autoritě zdravotníka	64	9	7	43
Požadavek přítomnosti rodiny při ošetřování	68	16	7	50
Rozdílné pojetí intimity a osobního prostoru	32	29	8	63

Tabulka 6 Očekávané kulturní odlišnosti u pacientů z vybraných etnických skupin

Zdroj: autor práce

Komunikační problém očekávalo 31 respondentů u Romů, 78 respondentů u Vietnamců, 80 respondentů očekávalo problém u muslimů, 56 respondentů u Ukrajinců. Odlišné stravovací návyky očekávalo 12 respondentů u Romů, 39 respondentů u Vietnamců, 4 respondenti u Ukrajinců a 92 respondentů u Arabů.

Jiné odlišné náboženské zvyklosti očekává 1 respondentů u Romů, 31 respondentů u Vietnamců, 22 respondentů u Ukrajinců a 89 u Arabů.

Odlišné pojetí zdraví a nemoci očekávalo 48 respondentů u Romů, 46 respondentů u Vietnamců, 17 respondentů u Ukrajinců a 55 respondentů u Arabů.

Odlišný přístup k bolesti očekávalo 64 respondentů u Romů, 34 respondentů u Vietnamců, 12 u Ukrajinců a 33 respondentů u Arabů.

Odlišné chápání role ženy a muže očekává 47 respondentů u Romů, 14 respondentů u Vietnamců, 5 respondentů u Ukrajinců a 84 respondentů u Arabů.

Odlišnosti ve způsobu komunikace očekává 41 respondentů u Romů, 38 respondentů u Vietnamců, 5 respondentů u Ukrajinců a 60 respondentů u Arabů.

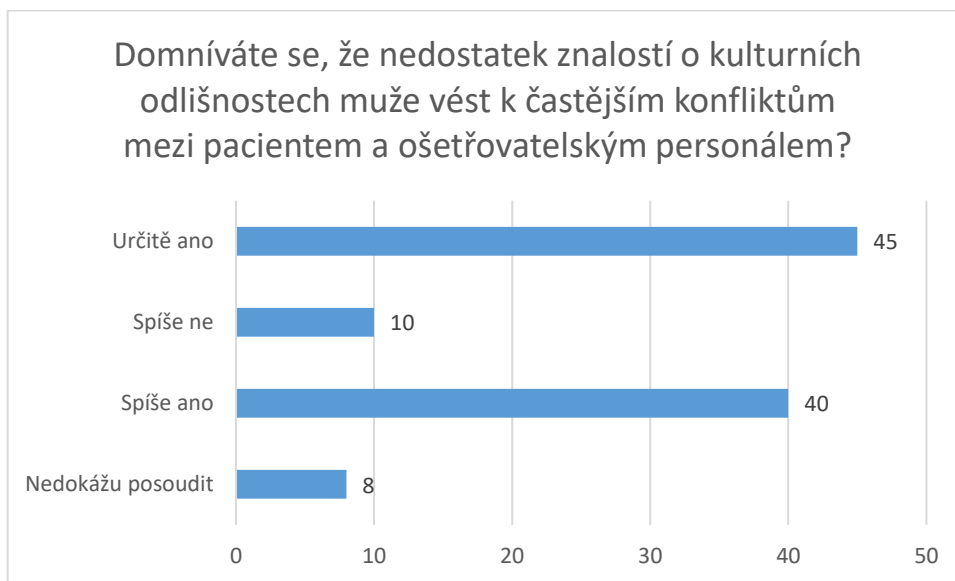
Odlišný přístup k hygieně očekává 67 respondentů u Romů, 15 respondentů u Vietnamců, 9 respondentů u Ukrajinců a 46 respondentů u Arabů.

Odlišný vztah autoritě zdravotníka očekává 64 respondentů u Romů, 9 respondentů u Vietnamců, 7 respondentů u Ukrajinců a 43 respondentů u Arabů.

Požadavek na přítomnost rodiny při ošetřování očekává 68 respondentů u Romů, 16 respondentů u Vietnamců, 7 respondentů u Ukrajinců a 50 respondentů u Arabů.

Rozdílné pojetí intimity a osobního prostoru očekává 32 respondentů u Romů, 29 respondentů u Vietnamců, 8 respondentů u Ukrajinců a 63 respondentů u Arabů.

Otázka č. 11 - Domníváte se, že nedostatek znalostí o kulturních odlišnostech může vést k častějším konfliktům mezi pacientem a ošetřovatelským personálem?



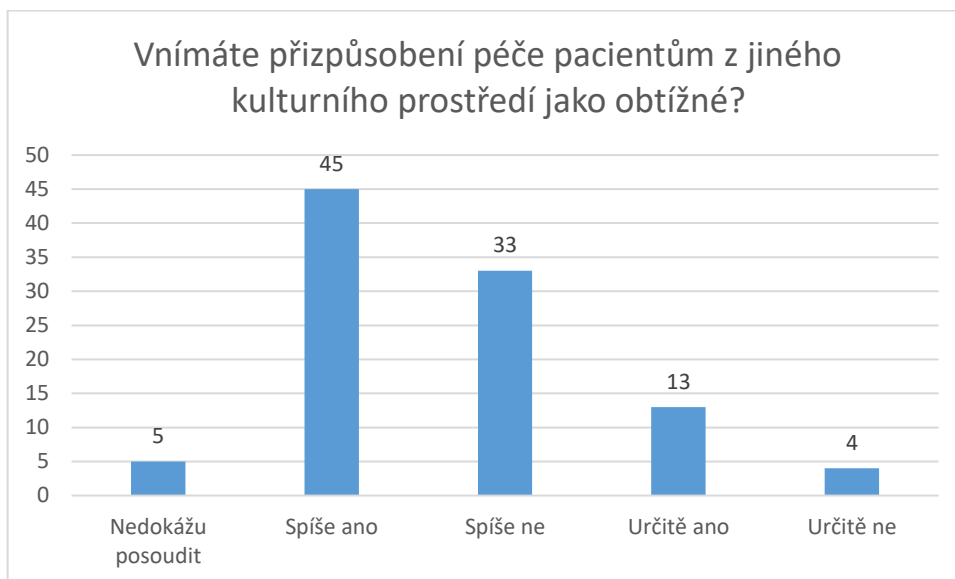
Graf 5 - Názor respondentů na vliv nedostatku znalostí kulturních odlišností na vznik konfliktů mezi pacientem a ošetřovatelským personálem

Zdroj: autor práce

Graf číslo 5 znázorňuje odpovědi na otázku: Domníváte se, že nedostatek znalostí o kulturních zvyklostech může vést k častějším konfliktům mezi pacientem a ošetřovatelským personálem?

Na tuto otázku odpovědělo 45 respondentů „určitě ano“ (43,7 %). Odpověď „spíše ano“ uvedlo 40 respondentů (38,8 %). Možnost „spíše ne“ označilo 10 respondentů (9,7 %) a odpověď „nedokážu posoudit“ uvedlo 8 respondentů (7,8 %). Žádný z respondentů nevolil odpověď „určitě ne“ (0 %).

Otázka č. 12 - Vnímáte přizpůsobení péče pacientům z jiného kulturního prostředí jako obtížné?



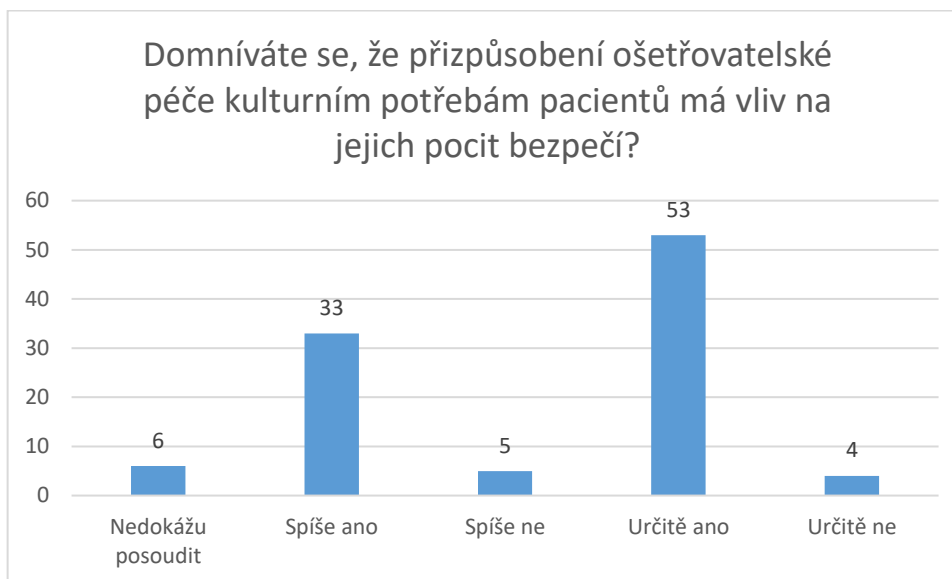
Graf 6 - Vnímání obtížnosti přizpůsobení péče pacientům z odlišného kulturního prostředí

Zdroj: autor práce

Graf číslo 6 znázorňuje odpovědi na otázku: Vnímáte přizpůsobení péče pacientům z jiného kulturního prostředí jako obtížné?

Z celkového počtu 103 respondentů odpovědělo 13 respondentů „určitě ano“, což představuje 13 %. Odpověď „spíše ano“ uvedlo 45 respondentů (45 %). Možnost „určitě ne“ zvolili 4 respondenti (4 %) a „spíše ne“ označilo 33 respondentů (33 %). Odpověď „nedokážu posoudit“ uvedlo 5 respondentů (5 %). Na tuto otázku neodpověděli 3 respondenti.

Otázka č. 13 - Domníváte se, že přizpůsobení ošetrovatelské péče kulturním potřebám pacientů má vliv na jejich pocit bezpečí?



Graf 7 - Názor respondentů na vliv přizpůsobení ošetrovatelské péče na pocit bezpečí pacientů

Zdroj: autor práce

Graf číslo 7 znázorňuje odpovědi na otázku: Domníváte se, že přizpůsobení ošetrovatelské péče kulturním potřebám pacientů má vliv na jejich pocit bezpečí?

Z celkového počtu 103 respondentů odpovědělo 53 respondentů „určitě ano“, což představuje 52,5 %. Odpověď „spíše ano“ uvedlo 33 respondentů (32,7 %). Možnost „určitě ne“ zvolili 4 respondenti (4 %), „spíše ne“ označilo 5 respondentů (5 %). Odpověď „nedokážu posoudit“ uvedlo 6 respondentů (5,9 %). Na tuto otázku neodpověděli 2 respondenti.

Otázka č. 14 - V jakých oblastech je podle vás nejdůležitější přizpůsobit péči kulturním potřebám pacienta?

Oblasti	Zcela nesouhlasím	Spíše nesouhlasím	Nevím / nemám názor	Spíše souhlasím	Zcela souhlasím
Přizpůsobení komunikace (jazyk, neverbální projevy, respekt k osobnímu prostoru) je zásadní pro kvalitní péči.	2	5	9	38	49
Je důležité zohlednit náboženské a duchovní potřeby pacienta (např. modlitba, svátky, obřady).	2	10	14	55	22
Je vhodné přizpůsobit stravování kulturním nebo náboženským zvyklostem pacienta.	2	10	12	43	36
Při poskytování péče je třeba brát ohled na rozdílné chápání role ženy a muže.	6	14	14	50	19
Je důležité respektovat kulturní pojetí zdraví, nemoci a léčby pacienta.	1	11	14	56	22
Péče by měla zohlednit kulturní přístup k bolesti a jejímu vyjadřování.	1	7	19	55	22
Je nutné přizpůsobit hygienické postupy kulturním zvyklostem pacienta, pokud to neohrožuje bezpečnost	3	19	13	52	16
Je vhodné respektovat požadavky na přítomnost rodiny při ošetřování nebo rozhodování o léčbě.	1	17	11	46	28
Přizpůsobení péče kulturním potřebám zvyšuje důvěru pacienta ve zdravotnický personál.	2	3	9	46	43
Přizpůsobení péče kulturním potřebám zvyšuje kvalitu poskytované péče.	1	6	17	45	34

Tabulka 7 Oblasti, ve kterých respondenti považují za nejdůležitější přizpůsobit péči kulturním potřebám pacienta

Zdroj: autor práce

Otázka číslo 15 obsahovala několik tvrzení, ke kterým se respondenti vyjadřovali pomocí škály souhlasu. Tato otázka zjišťovala, v jakých oblastech je podle respondentů nejdůležitější přizpůsobit ošetrovatelskou péči kulturním potřebám pacienta.

U tvrzení číslo 1 „Přizpůsobení komunikace je zásadní pro kvalitní péči“ z celkového počtu 103 respondentů zcela nesouhlasili 2 respondenti (2 %), spíše nesouhlasilo 5 respondentů (5,1 %), možnost „nevím / nemám názor“ zvolilo 9 respondentů (9,2 %), spíše souhlasilo 38 respondentů (36,9 %) a zcela souhlasilo 49 respondentů (47,6 %).

U tvrzení číslo 2 „Je důležité zohlednit náboženské a duchovní potřeby pacientů“ zcela nesouhlasili 2 respondenti (2 %), spíše nesouhlasilo 10 respondentů (10,3 %), možnost „nevím / nemám názor“ označilo 14 respondentů (14,4 %), spíše souhlasilo 55 respondentů (53,4 %) a zcela souhlasilo 22 respondentů (21,4 %).

U tvrzení číslo 3 „Je vhodné přizpůsobit stravování kulturním a náboženským zvyklostem pacienta“ zcela nesouhlasili 2 respondenti (2 %), spíše nesouhlasilo 10 respondentů (10,3 %), možnost „nevím / nemám názor“ uvedlo 12 respondentů (11,7 %), spíše souhlasilo 43 respondentů (41,7 %) a zcela souhlasilo 36 respondentů (35 %).

U tvrzení číslo 4 „Při poskytování péče je třeba brát ohled na rozdílné chápání role muže a ženy“ zcela nesouhlasilo 6 respondentů (6,1 %), spíše nesouhlasilo 14 respondentů (14,4 %), možnost „nevím / nemám názor“ označilo 14 respondentů (14,4 %), spíše souhlasilo 50 respondentů (48,5 %) a zcela souhlasilo 19 respondentů (18,4 %).

U tvrzení číslo 5 „Je důležité respektovat kulturní pojetí zdraví, nemoci a léčby pacienta“ zcela nesouhlasil 1 respondent (1 %), spíše nesouhlasilo 11 respondentů (10,7 %), možnost „nevím / nemám názor“ označilo 14 respondentů (14,4 %), spíše souhlasilo 56 respondentů (54,4 %) a zcela souhlasilo 22 respondentů (21,4 %).

U tvrzení číslo 6 „Péče by měla zohlednit kulturní přístup k bolesti a jejímu vyjadřování“ zcela nesouhlasil 1 respondent (1 %), spíše nesouhlasilo 7 respondentů (6,8 %), možnost „nevím / nemám názor“ označilo 19 respondentů (18,4 %), spíše souhlasilo 55 respondentů (53,4 %) a zcela souhlasilo 22 respondentů (21,4 %).

U tvrzení číslo 7 „Je nutné přizpůsobit hygienické postupy kulturním zvyklostem pacienta, pokud to neohrožuje jeho bezpečnost“ zcela nesouhlasili 3 respondenti (2,9 %), spíše nesouhlasilo 19 respondentů (18,4 %), možnost „nevím / nemám názor“ označilo 13 respondentů (12,6 %), spíše souhlasilo 52 respondentů (50,5 %) a zcela souhlasilo 16 respondentů (15,5 %).

U tvrzení číslo 8 „Je vhodné respektovat požadavky na přítomnost rodiny při ošetřování nebo rozhodování o léčbě“ zcela nesouhlasil 1 respondent (1 %), spíše nesouhlasilo 17 respondentů (16,5 %), možnost „nevím / nemám názor“ uvedlo 11 respondentů (10,7 %), spíše souhlasilo 46 respondentů (44,7 %) a zcela souhlasilo 28 respondentů (27,2 %).

U tvrzení číslo 9 „Přizpůsobení péče kulturním potřebám zvyšuje důvěru pacienta ve zdravotnický personál“ zcela nesouhlasili 2 respondenti (2 %), spíše nesouhlasili 3 respondenti (2,9 %), možnost „nevím / nemám názor“ označilo 9 respondentů (8,7 %), spíše souhlasilo 46 respondentů (44,7 %) a zcela souhlasilo 43 respondentů (41,7 %).

U tvrzení číslo 10 „Přizpůsobení péče kulturním potřebám zvyšuje kvalitu poskytované péče“ zcela nesouhlasil 1 respondent (1 %), spíše nesouhlasilo 6 respondentů (5,8 %), možnost „nevím / nemám názor“ označilo 17 respondentů (16,5 %), spíše souhlasilo 45 respondentů (43,7 %) a zcela souhlasilo 34 respondentů (33 %).

Otázka č. 15 - Jaké zdroje informací využíváte k úpravě péče a komunikaci s pacienty z jiných kulturních prostředí? (možnost označit více možností)

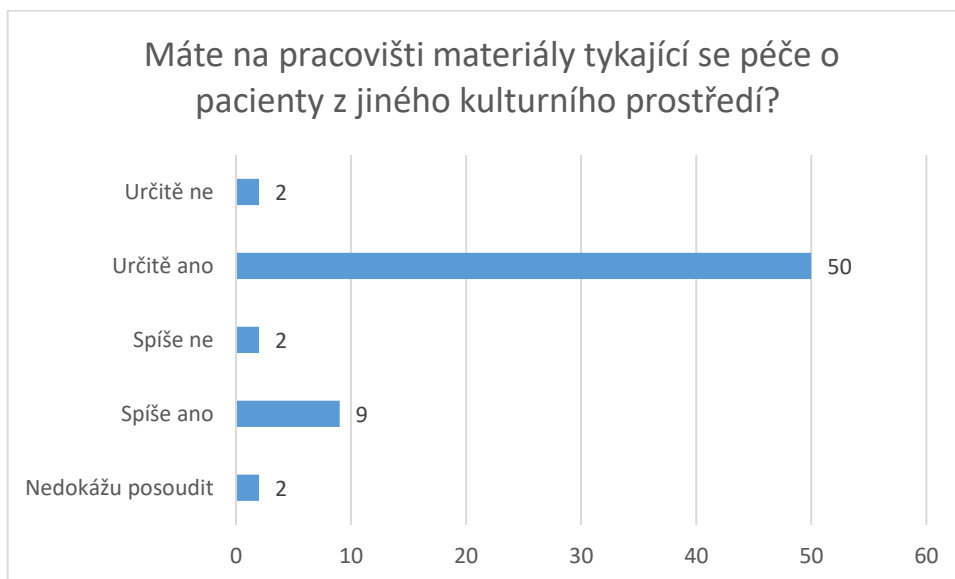
Zdroje informací	Počet
Překladatel / tlumočnick	64
Překladatelské aplikace (např. Google Translate)	86
Karty / materiály s kulturními pokyny	76
Interní protokoly / směrnice zdravotnického zařízení	41
Odborná literatura / knihy o transkulturním ošetřovatelství	11
Školení / kurzy kulturní kompetence	14
Konzultace s kolegy nebo supervizor	45
Internetové zdroje / webové stránky o kulturní péči	52
Cizojazyčný lékař jako překladatel	1

Tabulka 8 Využívané zdroje informací pro přizpůsobení péče a komunikaci s pacienty z odlišného kulturního prostředí
Zdroj: autor práce

Otázka číslo 15 se zaměřuje na to, z jakých zdrojů informací čerpají respondenti při úpravě péče o pacienty z jiného kulturního prostředí. Z celkového počtu 103 respondentů uvedlo 64 respondentů (62,1 %), že využívají překladatele nebo tlumočnicka. Překladatelské aplikace používá 86 respondentů (83,5 %). Karty nebo materiály s kulturními pokyny využívá 76 respondentů (73,8 %). Interní protokoly a směrnice používá 41 respondentů (39,8 %).

Odbornou literaturu a knihy o transkulturním ošetřovatelství využívá 11 respondentů (10,7 %) a školení nebo kurzy zaměřené na kulturní kompetence uvedlo 14 respondentů (13,6 %). Konzultace s kolegy nebo supervizory využívá 45 respondentů (43,7 %) a internetové zdroje používá 52 respondentů (50,5 %). Jeden respondent (1 %) uvedl, že při komunikaci využívá cizojazyčného lékaře jako překladatel

Otázka č. 16 - Máte na pracovišti materiály týkající se péče o pacienty z jiného kulturního prostředí?



Graf 8 - Dostupnost materiálů na pracovišti pro péči o pacienty z odlišného kulturního prostředí
Zdroj: autor práce

Graf se zaměřuje na zjištění, zda mají respondenti na svých odděleních k dispozici materiály týkající se péče o pacienty z jiného kulturního prostředí. Z celkového počtu 103 respondentů uvedlo 75 respondentů (72,8 %) odpověď „určitě ano“ a 17 respondentů (16,5 %) odpověď „spíše ano“. Odpověď „určitě ne“ zvolili 3 respondenti (2,9 %) a „spíše ne“ uvedli 4 respondenti (3,9 %). Možnost „nedokážu posoudit“ označili 3 respondenti (2,9 %).

Otázka č. 17 - Máte zájem o další vzdělávání v oblasti kulturní kompetence v ošetrovatelství?

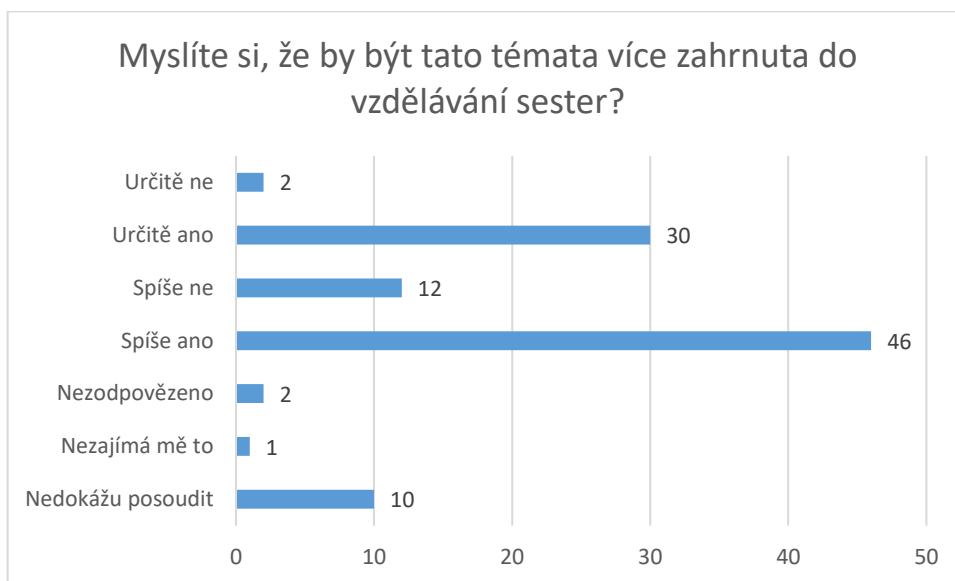


Graf 9 - Míra zájmu respondentů o další vzdělávání v oblasti kulturní kompetence

Zdroj: autor práce

Graf 9 se zaměřuje na to, zda mají sestry zájem o další vzdělávání v oblasti multikulturního ošetrovatelství. Z celkového počtu 103 respondentů odpovědělo 17 respondentů (16,5 %) „určitě ano“ a 32 respondentů (31,1 %) „spíše ano“. Odpověď „určitě ne“ uvedlo 5 respondentů (4,9 %) a „spíše ne“ zvolilo 33 respondentů (32 %). Možnost „nedokážu posoudit“ označilo 12 respondentů (11,7 %) a 2 respondenti (1,9 %) uvedli odpověď „nezajímá mě to“.

Otázka č. 18 - Myslíte si, že by být tato témata více zahrnuta do vzdělávání sester?



Graf 10 - Názor respondentů na zařazení multikulturního ošetřovatelství do vzdělávání sester

Zdroj: autor práce

Graf 10 se zabývá tím, zda si respondenti myslí, že by měla být problematika multikulturního ošetřovatelství více zahrnuta do vzdělávání. Z celkového počtu 103 respondentů uvedlo 30 respondentů (29,1 %) odpověď „určitě ano“ a 46 respondentů (44,7 %) odpověď „spíše ano“. Odpověď „určitě ne“ zvolili 2 respondenti (1,9 %) a „spíše ne“ uvedlo 12 respondentů (11,7 %). Možnost „nedokážu posoudit“ označilo 10 respondentů (9,7 %) a 1 respondent (1 %) uvedl, že ho tato problematika nezajímá.

Otázka č. 19 - Jaké formy vzdělávání byste preferoval/a? (vyjádřete se ke všem možnostem)

Formy vzdělávání	Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne
Prezenční školení / workshop	34	29	24	16
Online kurz / e-learning	40	33	10	20
Semináře / přednášky	32	40	14	17
Praktická školení přímo na pracovišti	31	27	22	23
Supervize a mentoring	13	19	39	33
Studijní materiály / příručky	32	39	12	21
Skupinové diskuse / workshopy s kolegy	22	25	29	27
Simulační cvičení / role-playing	13	23	29	39
Konference a odborné setkání	22	36	22	23

Tabulka 9 Preferované formy vzdělávání respondentů v oblasti multikulturního ošetrovatelství

Zdroj: autor práce

Tabulka k otázce číslo 19 se zaměřuje na zjištění, jaké formy vzdělávání respondenti preferují. Z celkového počtu 103 respondentů preferuje prezenční školení nebo workshopy 34 respondentů (35 %) – odpověď „ano“, 29 respondentů (28,2 %) – „spíše ano“, 24 respondentů (23,3 %) – „spíše ne“ a 16 respondentů (15,5 %) označilo odpověď „ne“.

Online kurzy (e-learning) preferuje 40 respondentů (38,8 %) – „ano“, 33 respondentů (32 %) – „spíše ano“, 10 respondentů (9,7 %) – „spíše ne“ a 20 respondentů (19,4 %) – „ne“.

Semináře a přednášky preferuje 32 respondentů (31,1 %) – „ano“, 40 respondentů (38,8 %) – „spíše ano“, 14 respondentů (13,6 %) – „spíše ne“ a 17 respondentů (16,5 %) – „ne“.

Praktická školení přímo na pracovišti preferuje 31 respondentů (30,1 %) – „ano“, 27 respondentů (26,2 %) – „spíše ano“, 22 respondentů (21,4 %) – „spíše ne“ a 23 respondentů (22,3 %) – „ne“.

Supervize a mentoring preferuje 13 respondentů (12,6 %) – „ano“, 19 respondentů (18,4 %) – „spíše ano“, 39 respondentů (37,9 %) – „spíše ne“ a 33 respondentů (32 %) – „ne“.

Studijní materiály a příručky preferuje 32 respondentů (31,1 %) – „ano“, 39 respondentů (37,9 %) – „spíše ano“, 12 respondentů (11,7 %) – „spíše ne“ a 21 respondentů (20,4 %) – „ne“.

Skupinové diskuse a workshopy s kolegy preferuje 22 respondentů (21,4 %) – „ano“, 25 respondentů (24,3 %) – „spíše ano“, 29 respondentů (28,2 %) – „spíše ne“ a 27 respondentů (26,2 %) – „ne“.

Simulační cvičení preferuje 13 respondentů (12,6 %) – „ano“, 23 respondentů (22,3 %) – „spíše ano“, 29 respondentů (28,2 %) – „spíše ne“ a 39 respondentů (37,9 %) – „ne“.

Konference a odborná setkání preferuje 22 respondentů (21,4 %) – „ano“, 36 respondentů (35 %) – „spíše ano“, 22 respondentů (21,4 %) – „spíše ne“ a 23 respondentů (22,3 %) – „ne“.

3 Diskuse

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat kvalitu multikulturní ošetrovatelské péče a přístup ošetrovatelského personálu k pacientům z odlišného kulturního prostředí. Z výzkumného šetření lze konstatovat, že zdravotnický personál se s pacienty z odlišného kulturního prostředí setkává a zároveň si uvědomuje význam kulturních odlišností. Výsledky však poukazují na nedostatky především v oblasti vzdělávání.

3.1 Specifické potřeby pacientů z odlišného kulturního prostředí

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že zdravotnický personál se ve své praxi setkává s pacienty z odlišného kulturního prostředí a zároveň si uvědomuje jejich specifické potřeby. Ty se nejčastěji týkají oblasti komunikace, stravovacích zvyklostí a náboženských potřeb, což odpovídá i závěrům dalších prací zaměřených na multikulturní ošetrovatelství.

Výsledky tohoto šetření jsou v souladu s prací Marečkové (2019), která uvádí, že dochází ke zvyšování počtu pacientů z odlišného kulturního prostředí. Zároveň poukazuje na to, že ošetrovatelský personál tyto odlišnosti vnímá a reflektuje jejich specifické potřeby, především v oblasti stravování. Tento závěr koresponduje s výsledky vlastního výzkumu, kde byla oblast stravovacích zvyklostí rovněž identifikována jako významná.

Podobné závěry uvádí i Průšová (2017), podle které se sestry nejčastěji setkávají s pacienty romského, vietnamského a ukrajinského původu, což odpovídá i zjištěním tohoto šetření. Autorka dále poukazuje na rozdíly v přístupu zdravotnického personálu v České republice a v zahraničí, přičemž zahraniční zdravotnický personál vnímá práci s pacienty z odlišného kulturního prostředí častěji jako obohacující. Tento rozdíl může souviset s vyšší mírou zkušeností i lepší podporou vzdělávání v oblasti multikulturní péče.

Na význam zkušeností a četnosti kontaktu s pacienty z odlišného kulturního prostředí upozorňuje také Moudilou-Mouanga (2018), která uvádí, že častější kontakt vede k lepší orientaci zdravotnického personálu v potřebách těchto pacientů. Toto zjištění odpovídá i výsledkům vlastního výzkumu, kde byla zkušenost s pacienty z jiného kulturního prostředí spojena s lepším vnímáním jejich specifických potřeb.

Na základě uvedených zjištění lze konstatovat, že výsledky výzkumného šetření jsou v souladu s odbornou literaturou a potvrzují, že pacienti z odlišného kulturního prostředí mají specifické potřeby, které je nezbytné v rámci ošetrovatelské péče respektovat a zohledňovat.

3.2 Vnímání a přizpůsobení péče

Z výzkumného šetření vyplývá, že pacienti z odlišného kulturního prostředí mají specifické potřeby, a to především v oblasti komunikace, stravování, náboženských zvyklostí, ale také v přístupu ke zdravému životnímu stylu a edukaci. Tyto oblasti jsou zdravotnickým personálem vnímány jako důležité, zároveň však jejich uspokojování může být v praxi náročné.

Výsledky výzkumného šetření jsou shodné s českými odbornými pracemi z oblasti multikulturního ošetrovatelství. Průšová (2017) upozorňuje na význam kulturních odlišností a klade důraz na individuální přístup k pacientům. Ve své práci uvádí, že při péči o pacienty z

odlišného kulturního prostředí může častěji docházet k nedorozuměním (otázka č. 16), což je v souladu s výsledky tohoto šetření.

Průšová (2017) také uvádí, že většina respondentů považuje přizpůsobení péče pacientům ze stejného kulturního prostředí za jednodušší (otázka č. 17). Tento výsledek ukazuje, že kulturní rozdíly mohou tvořit bariéry v poskytování individualizované péče. V otázce č. 15 se ukázalo, že čeští i němečtí respondenti spíše nesouhlasí s tvrzením, že se jim daří plně uspokojovat potřeby pacientů z odlišného kulturního prostředí. To naznačuje, že i přesto, že se zdravotnický personál snaží, existují stále limity v poskytování kulturně přizpůsobené péče.

Podobné závěry uvádí také Marečková (2019), která zjistila, že ošetřovatelský personál vnímá důležitost přizpůsobování péče pacientům z jiného kulturního prostředí (otázka č. 11). Na tuto otázku většina respondentů odpovídala „částečně“ nebo „ano“. V otázce č. 12, zaměřené na zachování kulturních zvyklostí pacientů, nebyly odpovědi jednoznačné, což může značit nejistotu zdravotnického personálu v této oblasti a při poskytování této specifické péče.

Na základě těchto zjištění lze konstatovat, že zdravotnický personál si je vědom významu přizpůsobení ošetřovatelské péče pacientům z odlišného kulturního prostředí, avšak samotné přizpůsobení této péče je spojeno s řadou komplikací. Tyto komplikace souvisejí především s nedostatkem zkušeností, jazykovou bariérou a nejistotou při řešení kulturně specifických situací. Výsledky tak poukazují na potřebu dalšího vzdělávání a rozvoje kulturních kompetencí zdravotnického personálu.

3.3 Zdroje informací o kulturní péči

Z výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že zdravotnický personál získává informace o multikulturní péči především z vlastních zkušeností, od kolegů a z dostupných materiálů na pracovišti. Naopak systematické a dlouhodobé vzdělávání v této oblasti, jako jsou odborná školení či studium odborné literatury, je využíváno spíše minimálně.

Získávání informací z vlastních zkušeností sice ukazuje na praktickou zručnost ošetřovatelského personálu, může však vést k nedostatečné připravenosti zdravotnického personálu. Získávání informací pouze z neformálních zdrojů, jako jsou zkušenosti nebo rady kolegů, může vést k tomu, že takto získané informace budou nepřesné a nekompletní.

Výsledky výzkumného šetření jsou v souladu s prací Marečkové (2019), která uvádí, že sestry nejčastěji využívají vlastní zkušenosti a spolupracují s kolegy. Ve své práci dále zjistila, že většina zdravotnického personálu ve VÚN si je vědoma existence překladatelských služeb a komunikačních karet s piktogramy (otázky č. 18 a 20). Na druhou stranu však ne všichni respondenti věděli o existenci multikulturního týmu, který by mohl napomoci komunikaci s pacienty z odlišného kulturního prostředí a podpořit přizpůsobení péče (otázka č. 19). Z otázky č. 26 rovněž vyplývá, že zdravotnický personál nejčastěji využívá vlastní jazykové schopnosti a konzultace s kolegy, což odpovídá i výsledkům tohoto šetření.

Podobné závěry uvádí i Moudilou-Mouanga (2018), která ve svém výzkumu zdůrazňuje, že je dostupná možnost získání komunikačních karet v různých jazycích, například prostřednictvím Ministerstva zdravotnictví ČR. Přesto tyto nástroje nejsou v praxi běžně využívány. Jako nejčastěji používaný prostředek komunikace byl ve výzkumu označen překladáč Google, což poukazuje na preferenci rychlých a dostupných řešení před systematickými nástroji.

Výsledky jsou v souladu s diplomovou prací Balounové (2022), která uvádí, že sestry se setkávají s různými kulturními odlišnostmi a jako významnou bariéru vnímají zejména jazykovou bariéru. Zároveň zdůrazňuje potřebu dalšího vzdělávání.

Tyto závěry potvrzuje i Průšová (2017), která poukazuje na nedostatečné systematické vzdělávání v oblasti multikulturní péče, a Morávková (2020), která uvádí, že zdravotnický personál využívá především neformální zdroje informací. Obdobné výsledky přináší také zahraniční studie Gradellini et al. (2021), která upozorňuje na nedostatek systematického vzdělávání v oblasti kulturní kompetence ve zdravotnictví.

Na základě těchto zjištění lze konstatovat, že i když mají zdravotničtí pracovníci k dispozici různé nástroje a zdroje pro komunikaci s pacienty z odlišného kulturního prostředí, nejsou tyto zdroje plně využívány. Zdravotnický personál využívá především neformální a snadno dostupné zdroje, což poukazuje na potřebu posílení systematického vzdělávání a podpory zdravotnického personálu v této oblasti.

3.4 Možnosti a potřeby vzdělávání

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že zdravotnický personál vnímá potřebu dalšího vzdělávání v oblasti multikulturní péče pozitivně a projevuje zájem o rozvoj kulturních kompetencí. Respondenti preferují především prakticky zaměřené formy vzdělávání, které mohou přímo využít ve své každodenní praxi.

Tyto výsledky jsou v souladu s prací Průšové (2017), která poukazuje na nedostatek systematického vzdělávání v oblasti multikulturního ošetřovatelství. Ve své práci zároveň uvádí, že jak čeští, tak i němečtí respondenti se shodují v tom, že vzdělávání v této oblasti je přínosné (otázka č. 18), což odpovídá i výsledkům tohoto výzkumného šetření.

Podobné závěry uvádí také Marečková (2019), která konstatuje, že zdravotnický personál sice disponuje určitými praktickými zkušenostmi, nemá však dostatečné možnosti dalšího vzdělávání. Z jejího výzkumu dále vyplývá, že většina respondentů považuje za vhodné zařadit problematiku multikulturní péče nejen do adaptačního procesu zdravotnických pracovníků, ale také do pregraduálního vzdělávání. V otázce č. 29 většina respondentů uvedla, že by uvítala více edukačních materiálů, což je ve shodě s výsledky tohoto šetření a potvrzuje zájem zdravotnického personálu o další vzdělávání.

Moudilou-Mouanga (2018) ve své diplomové práci uvádí, že respondenti preferují především prakticky zaměřené kurzy a vzdělávání, což koresponduje s výsledky tohoto výzkumného šetření. Tento trend poukazuje na potřebu propojení teoretických poznatků s praktickými dovednostmi.

V souladu s výsledky této práce je také zahraniční studie Gradellini et al. (2021), která zdůrazňuje význam vzdělávání v oblasti kulturní kompetence pro zajištění kvalitní a bezpečné zdravotní péče. Studie zároveň doporučuje zařazení této problematiky do systému dalšího vzdělávání zdravotnického personálu.

Výsledky výzkumného šetření jsou v souladu také se zjištěními Koudelákové (2022), která poukazuje na význam zkušeností sester z vlastní praxe. Uvádí, že sestry, které pracovaly v zahraničí, mají cenné znalosti a dovednosti v této oblasti. Tyto zkušenosti pozitivně ovlivňují jejich přístup k pacientům z odlišného kulturního prostředí. Tento závěr je shodný s výsledky

výzkumného šetření, kde respondenti rovněž vnímají význam kulturních kompetencí a potřebu jejich dalšího rozvoje prostřednictvím vzdělávání.

Na základě těchto zjištění lze konstatovat, že zdravotnický personál má zájem o další vzdělávání v oblasti multikulturní péče, pociťuje však nedostatek příležitostí k jeho realizaci. Výsledky tak poukazují na potřebu systematického a cíleného vzdělávání, které by vedlo ke zvýšení kulturní kompetence zdravotnického personálu a ke zkvalitnění poskytované péče.

4 Návrhy a doporučení pro praxi

Na základě výsledků výzkumného šetření lze formulovat doporučení pro zlepšení poskytování ošetrovatelské péče pacientům z odlišného kulturního prostředí.

Z výsledků vyplývá, že zdravotnický personál se s pacienty z odlišného kulturního a náboženského prostředí setkává, avšak ne vždy má dostatek informací k adekvátnímu přizpůsobení péče. Z tohoto důvodu je vhodné zaměřit se na dlouhodobé a systematické vzdělávání sester v oblasti multikulturního ošetrovatelství. Vhodné by bylo zavedení pravidelných školení zaměřených na praktické situace z klinické praxe.

Výsledky dále ukázaly, že sestry vnímají jako klíčovou oblast komunikaci s pacientem. V rámci doporučení je proto vhodné posílit dostupnost tlumočnických služeb a podpořit využívání překladatelských pomůcek, jako jsou mobilní aplikace či komunikační karty. Dalším vhodným opatřením je rozvoj komunikačních dovedností zdravotnického personálu.

Doporučuje se také vytváření interních doporučení a postupů zaměřených na specifika jednotlivých náboženství a etnik, které by pomohly personálu lépe se orientovat v potřebách různých kulturních skupin, například v oblasti stravování, hygieny, edukace či zapojení rodiny do péče.

Z výzkumu rovněž vyplynula potřeba lepší dostupnosti informací. Doporučuje se proto zajistit snadný přístup k informacím, například formou interních materiálů nebo online databází zaměřených na multikulturní problematiku.

Realizací těchto doporučení může dojít ke zvýšení kvality poskytované péče, spokojenosti pacientů a také k větší jistotě zdravotnického personálu při poskytování ošetrovatelské péče.

Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zaměřit se na problematiku multikulturní ošetrovatelské péče v prostředí českého zdravotnického zařízení a současně zmapovat přístup ošetrovatelského personálu k pacientům z odlišného kulturního prostředí. Tato problematika nabývá v současné době na významu, a to především v souvislosti s rostoucí kulturní odlišností pacientů a s tím souvisejícími nároky na poskytování individuální a kulturně citlivé péče.

V rámci první výzkumné otázky bylo zjištěno, že pacienti z odlišného kulturního prostředí mají specifické potřeby, zejména v oblasti komunikace, stravovacích zvyklostí a respektování náboženských a kulturních tradic. Dále bylo zjištěno, že sestry tyto potřeby vnímají jako důležité.

Druhá výzkumná otázka se zabývala problematikou přizpůsobení péče. Z výsledků lze říci, že sestry vnímají přizpůsobení péče jako důležité, avšak někdy i náročné. Hlavní překážkou je především jazyková bariéra a nedostatek informací o kulturních odlišnostech. Nedostatečná jazyková vybavenost či nedostatek znalostí může vést k častějším nedorozuměním nebo konfliktům.

V rámci třetí výzkumné otázky bylo zjištěno, že sestry získávají informace o pacientech z jiného kulturního prostředí především z vlastní zkušenosti, od kolegů nebo z dostupných internetových zdrojů. Některé sestry uváděly, že o existenci materiálů napomáhajících péči o pacienty z jiného kulturního prostředí vědí, avšak chybí metodické postupy, které by jim tuto péči usnadnily.

Čtvrtá výzkumná otázka se zabývala vzděláváním v oblasti multikulturní péče. Z výsledků je zřejmé, že většina sester má zájem o další vzdělávání v této oblasti a vnímá jeho důležitost. Jako preferované formy vzdělávání byly označovány především prakticky zaměřené formy, jako jsou školení nebo workshopy.

Na základě výsledků výzkumného šetření lze konstatovat, že multikulturní ošetrovatelská péče je v praxi poskytována, avšak existují zde určité rezervy, zejména v oblasti systematické podpory vzdělávání a dostupnosti metodických materiálů. Zlepšení v těchto oblastech by mohlo vést ke zvýšení kvality poskytované péče pacientům z odlišného kulturního prostředí.

Z výsledků výzkumného šetření lze konstatovat, že stanovený cíl byl splněn.

Seznam použitých zdrojů

- AIYETORO, Adjoa A. Social Construction of Race Undergirds Racism by Providing Undue Advantages to White People, Disadvantaging Black People and Other People of Color, and Violating the Human Rights of All People of Color. *University of Colorado Law Review* [online]. 2023, roč. 94, č. 2, s. 415–442 [cit. 2026-04-07]. Dostupné z: <https://scholar.law.colorado.edu/lawreview/vol94/iss2/7>
- BALOUNOVÁ, Lucie. *Kulturní kompetence sester v intenzivní ošetrovatelské péči*. Online. Diplomová práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 2022. Dostupné z: <https://theses.cz/id/gyu27y/>.
- CIZINCI.CZ. *Cizinci.cz* [online]. 2023, Dostupné z: <https://www.cizinci.cz/koncepcni-a-politicke-dokumenty-cr>. [cit. 2026-04-18].
- ČERVENÝ, Martin a TÓTHOVÁ, Valérie. Self-reported cultural competence among Czech and Slovakian nurses: A comparative correlation study. *International Nursing Review* [online]. 2024, vol. 71, no. 4, s. 1072-1079. ISSN 0020-8132. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/inr.12969>. [cit. 2026-04-18].
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Počet cizinců, demografické události* [online]. 2025, 5.2.2026. Dostupné z: <https://csu.gov.cz/pocet-cizincu-demograficke-udalosti?pocet=10&start=0&podskupiny=291&razeni=-datumVydani>. [cit. 2026-04-18].
- DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, Martina; VRABELOVÁ, Lucia a LIDICKÁ, Lucie. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 9788027107179.
- GRADELLINI, Cinzia; GÓMEZ-CANTARINO, Sagrario; DOMINGUEZ-ISABEL, Patricia; MOLINA-GALLEGO, Brigida; MECUGNI, Daniela et al. Cultural Competence and Cultural Sensitivity Education in University Nursing Courses. A Scoping Review. *Frontiers in Psychology* [online]. 2021, roč. 12. ISSN 1664-1078. Dostupné z: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.682920>. [cit. 2026-04-18].
- MAREČKOVÁ, Marcela. *Multikulturní ošetrovatelství v Ústřední vojenské nemocnici – Vojenské fakultní nemocnici Praha*. Online. Diplomová práce. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. 2019. Dostupné z: <https://theses.cz/id/ji4c31/>.
- MCFARLAND, Marilyn R. a WEHBE-ALAMAH, Hiba B. *Leininger's transcultural nursing: concepts, theories, research, & practice*. Fourth edition. New York: McGraw-Hill Education, [2018]. ISBN 978-0-07-184113-9.
- MINISTERSTVO VNITRA. *Zpráva o situaci v oblasti migrace a integrace cizinců na území České republiky v roce 2023* [online]. 2024, 2026. Dostupné z: <https://mv.gov.cz/clanek/vyrocnizprava-o-situaci-v-oblasti-migrace-a-integrace-za-rok-2023.aspx>. [cit. 2026-04-18].
- MOUDILOU-MOUANGA, Natalija. *Transkulturní ošetrovatelství v ČR*. Online. Diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta. 2018. Dostupné z: <https://theses.cz/id/rcbaqi/>.

- MORÁVKOVÁ, Markéta. *Multikulturní ošetrovatelská péče – nejčastější mýty a hlavní fakta*. Online. Diplomová práce. Západočeská univerzita v Plzni, 2020. Dostupné z: <http://hdl.handle.net/11025/41547>. [cit. 2026-04-18].
- KUBA, Michal. Muslimský pacient. *Urgentní medicína*. 2021, 24(3), s. 26. ISSN 1212–1924.
- PAPADOPOULOS, Irena. *Culturally competent compassion: a guide for healthcare students and practitioners*. London: New York, 2018. ISBN 9781138674905.
- PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství II*. Grada, 2011. ISBN 978-80-247-7104-5. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/osetrovatelstvi-ii-1940/>.
- PRŮŠOVÁ, Kristýna. *Transkulturní problematika v současném ošetrovatelství*. Online. Diplomová práce. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. 2017. Dostupné z: <https://theses.cz/id/d49rw9/>.
- PURNELL, Larry D. (ed.). *Transcultural health care: a culturally competent approach*. 4th edition. Philadelphia: F.A. Davis Company, [2013]. ISBN 978-0803637054.
- RENDEK, Zuzana. Předsudky a stereotypy vůči cizincům: Jak vést žáky k větší toleranci? *Zapojmevsechny.cz* [online]. 2021 [cit. 2026-04-07]. Dostupné z: <https://zapojmevsechny.cz/clanek/predsudky-a-stereotypy-vuci-cizincum-jak-vest-zaky-k-vetsi-toleranci>
- ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Doprovázení v ošetrovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 9788024757100.
- OLIŠAROVÁ, Věra; TÓTHOVÁ, Valérie a TOUMOVÁ, Kristýna. *Teoretická a filozofická východiska problematiky menšin v ošetrovatelské péči*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2017. ISBN 978-80-7394-674-6.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Declaration of Astana: Global Conference on Primary Health Care: Astana, Kazakhstan, 25 and 26 October 2018*. Geneva: World Health Organization, 2018. [cit. 2026-04-18]. Dostupné z: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.61>.
- WORLD HEALTH ORGANISATION. *World Report on the Health of Refugees and Migrants*. B.m.: World Health Organization, 2022. ISBN 9789240054462.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Refugee and Migrant Health System review: Challenges and Opportunities for long-term Health System Strengthening in Czechia*. B.m.: World Health Organization, 2024. ISBN 9789240089228.

Přílohy

Příloha A – Dotazník

Příloha B – Souhlas s výzkumným šetření