

Kulturně ohleduplná péče pohledem rodiček vietnamského etnika

Lamková, I.; Šalanská, E.

Fakulta zdravotnických studií, Univerzita J. E. Purkyně Ústí nad Labem

Abstrakt

Úvod: Majoritní skupina obyvatel v ČR se obává probíhajícího přílivu cizinců, to však nemůže být důvodem neposkytnutí adekvátní zdravotní péče migrantům, zvláště ženám rodičkám.

Cíl: Zmapovat specifické potřeby respondentek vietnamské národnosti, které se již setkaly s ošetrovatelskou péčí našich porodních asistentek v rámci poskytování ošetrovatelské péče při hospitalizaci. Byly formulovány čtyři výzkumné otázky: zda vietnamským ženám vyhovuje péče v těhotenství, za porodu a v šestinedělí vzhledem k jejich zvyklostem, jaké potřeby mají vietnamské rodičky v těhotenství, za porodu a v šestinedělí, zda hlavní překážkou při pobytu ve zdravotnickém zařízení je komunikační bariéra, zda by tyto rodičky volily porod raději v domácím prostředí nebo v nemocnici.

Metodika: K výzkumu dané problematiky byl zvolen kvalitativní přístup pomocí polostrukturovaného interview, který byl realizován se ženami po ukončení hospitalizace ve zdravotnickém zařízení v Ústeckém kraji. Výběr respondentek byl stratifikován příslušností k vietnamskému etniku, legálním trvalým pobytem v ČR a zkušeností s péčí při hospitalizaci. Rozhovor byl přítomen tlumočnick nebo rodinný příslušník. Vzorek probandů byl 10 žen. Ke sběru a utřídění dat byl použit krátký etnoošetrovatelský odhad dle Leiningerové.

Výsledky: Vietnamské rodičky jsou spokojeny s prenatální péčí poskytovanou v ČR, jejich potřeby jsou uspokojovány částečně, hlavní překážkou při hospitalizaci je komunikační bariéra a vzhledem ke schopnosti přizpůsobit se rodí v ČR raději v nemocnici.

Závěr: Ženy rodičky vietnamského etnika jsou celkově spokojeny se zdravotnickou péčí, velkým problémem při sdělování svých potřeb zdravotníkům při hospitalizaci je jazyková bariéra. Je třeba vzít na vědomí uzavřenost členů tohoto etnika a aktivně pátrat po jejich potřebách.

Klíčová slova: kulturně ohleduplná péče, kulturní způsobilost, minorita, specifické potřeby, vietnamské etnikum

Abstract

Introduction: The concerns of the population majority in the Czech Republic regarding the ongoing influx of foreigners cannot justify a failure to provide adequate health care for migrants, especially pregnant women.

Aim: To map the specific needs of female Vietnamese respondents who have already come across with nursing care of our midwives during hospitalization. There were four research questions formulated. First, whether or not the care during pregnancy, at labour and at the postpartum period suits the Vietnamese women with respect to their habits. Second, what are the needs of Vietnamese women during pregnancy, labour and the postpartum period.

Third, whether the communication barrier is the main obstacle during hospitalization. Fourth, whether these women would prefer giving birth in a hospital or at home.

Method: The research was conducted with women after hospitalization in a medical facility in the Usti region, using the qualitative approach with the help of semi-structured interview. Selection of respondents was stratified by belonging to Vietnamese ethnic, permanent residence in the Czech Republic and experience with care during hospitalization. The interview attended an interpreter or family member. Interviewed sample included 10 randomly selected women. For data collection and categorization a short ethno-nursing assessment according to Leininger was used.

Results: Vietnamese mothers are satisfied with perinatal care provided in the Czech Republic. Their needs are partially satisfied with the main obstacle being the communication barrier during hospitalization. Due to their ability to adapt they prefer to give birth in the hospital.

Conclusion: Vietnamese women are generally satisfied with the medical care in Czech Republic. The major problem is the language barrier when communicating their needs to medical staff during hospitalization. In addition the closeness of this ethnic group member should be considered when actively seeking their needs.

Keywords: cultural competence, culturally respectful care, minority, specific needs, Vietnamese ethnic

Úvod

Naše země, patří k zemím postkomunistického bloku, byla v minulosti vzhledem k vnitropolitické situaci pro okolní svět poměrně uzavřená. Obyvatelé nebyli v předchozím období ve větší míře konfrontováni s problémy vyplývajícími ze soustavného soužití s jinými etniky a národnostmi. Do České republiky sice přicházeli již v předchozích letech studenti vietnamské a kubánské národnosti aj., avšak jejich výskyt v naší zemi byl pouze ohniskový a kontakt s majoritou omezený, neboť setrvali ve svých komunitách. Na počátku 90. let se Česká republika zásluhou změny politické situace otevřela okolnímu světu.

Organisation For Economic Co-Operation and Development (OECD) ve zprávě o sociální a ekonomické situaci v členských zemích konstatuje, že ČR v klíčových letech 1992–2002 byla ze všech zemí OECD zemí s největším přírůstkem cizinců. Celkový počet cizinců s legálním pobytem žijících v ČR je 439 189 ke dni 31. 12. 2014, což činí asi 4,4 % populace. Statistika uvádí 3 500 dětí narozených cizinkám v ČR v roce 2014 (zdroj Český statistický úřad). Přibližně 40 % cizinců má trvalý pobyt v ČR, mezi nimi je přibližně 40 % žen. Počet Vietnamců se pohybuje okolo 60 000, věkově se pohybují především mezi 30 a 50 lety, tedy v produktivním a fertlním věku.

Imigrační politika každého státu se odvíjí od charakteru migrace a počtu migrantů. Je vyjádřením postoje dané země k přistěhovalcům. K základním principům imigrační politiky v evropských demokratických společnostech patří princip rovnosti jako vyjádření respektu k obecným lidským právům a politika integrace a participace imigrantů na společenském životě. Vietnamci, kteří do Česka přijíždějí, využívají rozsáhlých rodinných vazeb k lepší pomoci při integraci. Tento fakt souvisí i s účelem pobytu v České republice (Trbola a Rákoczyová, 2010). Za zásadní moment určující novodobý přístup k migraci v Evropě je

považován masový příliv nových obyvatel do západoevropských států po rozpadu evropských federativních a koloniálních politických uskupení v druhé polovině dvacátého století, útek před vojenskými konflikty na počátku 21. století a rozmáhající se skrytá ekonomická migrace mladých lidí za lepším životním standardem.

Lidé z minoritních skupin pobývající na území České republiky přirozeně potřebují zdravotnickou péči. Právě na půdě ošetrovatelské praxe dochází ke střetu kultur, na který stále nejsou naše všeobecné sestry a porodní asistentky dostatečně odborně ani postojově připraveny. Dokladem toho jsou zaznamenávané konflikty vyplývající ze vzájemného neporozumění.

Někteří nemocní, kteří nemluví stejným jazykem nebo jejich komunikační schémata jsou odlišná, mohou mít pocit bezmoci a odsouzení (Giger a Davidhizar, 1999).

Vzniká nový druh nerovností při poskytování péče, která je odvislá od schopností jednotlivých členů minorit komunikovat a orientovat se v pro ně novém prostředí. Význam má i sociální status jedince (v tomto případě rodičky), odvíjející se od jejího postavení v majoritní společnosti. Všechny tyto atributy mohou významně zasahovat nejen do samotného průběhu jejího porodu, ale i do konečné volby porodnice, která sama o sobě podobu péče značně ovlivňuje (Hrešanová a Hasmanová Marhánková, 2008, s. 93).

Naše porodní asistentky poskytující odbornou péči těhotným a rodícím ženám zatím nebývají kulturně způsobilé poskytnout jim adekvátní, profesionální kulturně uzpůsobenou péči oproštěnou od etnocentrismu, předsudků a stereotypie. Tato péče zohledňující specifika kultur je stále vnímána společností i zdravotníky často jako nadstandardní.

Členové minorit, kteří přicházejí do země, ať už za účelem výtěžku nebo lepšího života jsou těmi, kteří by se měli seznámit s tradičními hodnotami majoritního obyvatelstva a přizpůsobit do určité míry své chování a zvyky. Přizpůsobení se běžným zvyklostem je na straně přicházejících a poté na toleranci majoritního obyvatelstva. Baršová a Barša (2005) uvádějí, že stěžejní odpovědnost je na těch, kteří žádají přijetí majoritou, nikoli na těch, kteří jsou v zemi starousedlíky. Tento model platí v případě, že imigranti jsou zdraví a jsou schopni se o sebe postarat, pak lze požadovat jejich aktivní integraci. Jiná situace nastává v okamžiku, kdy se cizinec dostává do náročné životní situace a potřebuje zdravotní péči z důvodu úrazu nebo onemocnění, u žen v případě porodu. V této situaci nelze od imigranta požadovat pokračování v jeho aktivní integraci. Je nezbytné co nejvíce mu usnadnit jeho postavení a účast při léčení nebo hospitalizaci. V tomto okamžiku jsou to zdravotníci, kteří přejímají zodpovědnost za pocit jistoty a bezpečí, za porozumění léčbě i za zachování důstojnosti a integrity osobnosti nemocného.

Získávání znalostí odlišností a specifík jednotlivých kultur a náboženství sestrami a porodními asistentkami se stává významnou složkou péče, ke které může značnou měrou pomoci i pohled členů minorit. Jedině s těmito znalostmi a informacemi budou schopny dostát všem požadavkům potřebným k dovednosti v realizaci kulturně ohleduplné péče v praxi.

Nemocnice realizují metodu péče prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Ustavené týmy vytvářejí standardy ošetrovatelské péče, ale zatím v nich nebývá zohledněn multikulturní přístup k nemocným cizincům.

Cíl

Studie si klade za cíl zmapovat specifické potřeby žen rodiček vietnamské národnosti ve zdravotnickém zařízení oslovením respondentek, které se již setkaly s péčí českých porodních asistentek v rámci poskytování ošetrovatelské péče při hospitalizaci. Na základě vlastní prožité zkušenosti jsou schopny identifikovat možné problémy, které vznikly při komunikaci a zohlednění resp. nezohlednění jejich specifických potřeb, rituálů, zvyklostí nebo hodnotové orientace v této pro ně náročné životní situaci.

Metodika

Byly stanoveny čtyři výzkumné otázky: jak vietnamským ženám v ČR vyhovuje péče v těhotenství, při porodu a v šestinedělí; jaké potřeby mají v tomto období; jaký vnímaly hlavní problém při pobytu ve zdravotnickém zařízení; zda by volily porod raději v domácím prostředí nebo v nemocnici.

Výběr zkoumaného souboru byl stratifikovaný, neboť výběr respondentů byl určen na základě základního kritéria etnické příslušnosti. Pro výběr respondentů byla použita následující kritéria: respondentka porodila v České republice, žije v České republice déle než 2 roky, žije v České republice legálně, bydlí v Ústeckém kraji, oba rodiče jsou vietnamské národnosti, rodila ve zdravotnickém zařízení.

Vietnamské rodičky byly oslovovány na oddělení šestinedělí ve zdravotnických zařízeních Krajské zdravotní a.s., která čítá pět regionálních nemocnic (Ústí nad Labem, Most, Děčín, Teplice a Chomutov), mj. bylo využito metody „snowball sampling“. Samotný rozhovor byl posléze realizován již mimo zdravotnické zařízení po předchozí domluvě s šestinedělkou.

Před výzkumem byl proveden u vietnamského etnika etnoošetrovatelský odhad A dle teorie Leiningerové se systematickým studiem charakteristických ošetrovatelských fenoménů.

Rozhovory byly realizovány pouze jednou osobou pro zachování jednoty pohledu a interpretace při pozdějším vyhodnocování dat. O každém jednotlivém interview byl proveden záznam, ze kterého byla data týkající se výzkumných otázek kategorizována. K jejich uspořádání byl použit etnoošetrovatelský odhad B.

Rozhovory byly vedeny v českém nebo mateřském jazyce (vietnamština) vždy za přítomnosti tlumočnicka, který byl většinou členem rodiny respondentky (třikrát byl přítomen profesionální tlumočnick – vždy žena). Volba prostředí pro rozhovor byla ponechána na respondentce. Délka interview se pohybovala v rozmezí 40–70 minut.

Výsledky

Interview bylo realizováno u 10 vietnamských rodiček. V případě vietnamského etnika jako dálně-východní kultury není téměř možné při prvním kontaktu s respondentkou získat souhlas k okamžité realizaci rozhovoru. Rozhovor je třeba naplánovat na další setkání v přítomnosti tlumočnicka nebo rodinného příslušníka. Celý proces je tak časově náročný. Některé dotazy musely být doplněny podotázkami pro potřebu do vysvětlení zkoumané problematiky. Ve studii uvádíme vybrané výsledky z realizovaných interview, které se týkají v této studii řešených výzkumných otázek.

Věk respondentek se pohyboval od 18 do 39 let, s průměrem 27,3 let. Počet porodů se pohyboval od jednoho do čtyř. Tři ženy byly svobodné a žily v nesezdaném páru, vdaných

bylo sedm. Nejvyšší ukončené základní vzdělání mělo pět žen, čtyři měly středoškolské, jedna byla vyučená, vysokoškolské neměla žádná. Délka pobytu respondentek je v průměru 9,75 roku. Jedna respondentka se v Čechách narodila, dvě zde žijí od útlého dětství, ostatní udávají délku pobytu od 2 do 9 let.

Za svůj rodný jazyk považuje devět respondentek vietnamštinu, jedna respondentka češtinu a vietnamštinu. Tři ženy se česky naučily ve škole, dvě chodily na kurz „Čeština pro cizince“ po dobu šesti měsíců, další způsoby učení českému jazyku byly knihy, slovníky, časopisy, televize, rodina, rádio.

Kulturní zvyky a tradice v rodině dodržují v určité míře všechny ženy, nejčastěji uváděly společně se sejit s rodinou u večeře a modlit se za příbuzné, kteří museli zůstat ve Vietnamu, pevnou soudržnost rodiny, patriarchy, úctu ke starším a důležitost vzdělání, víru. Důraz kladly i na stravu, její úpravu a složení.

Všechny respondentky považovaly za důležité navštěvovat prenatální poradnu, záleží jim na zdraví jejich dítěte, u některých výkonů nevěděly, proč se provádějí. V těhotenství nevykazovaly ženy významné zvláštnosti v chování a jednání, tři respondentky si čistily zuby slanou vodou; šest zdůraznilo teplé oblékání, aby neprochladly; polovina žen uvedla, že se vyhýbaly nadměrné zátěži.

Většina rodiček odpověděla, že na porod se nijak zvláště nepřipravují, tři rodičky navštěvovaly předporodní kurz, čtyři se připravovaly čtením knih, sledováním televize, dvě prováděly meditace a všechny dostávaly rady a zkušenosti od příbuzných žen. Všechny se těsně před samotným porodem koupaly.

Na otázku místa porodu by čtyři ženy raději volily porod doma, ale souhlasily s porodem v nemocnici, protože se bály komplikací během porodu a o zdraví svého dítěte.

Blízkou osobu při porodu mělo pět žen, druhá polovina si přála родit sama. Všechny ženy rodily vaginálně.

Spokojenost s péčí porodních asistentek vyjádřily všechny ženy, možné zlepšení vyjádřily čtyři v oblasti komunikace a tři v oblasti aktivního přístupu personálu. Nejvíce vnímaly respondentky při porodu a na oddělení šestinedělí absenci intimity a soukromí (pět žen) a vstřícný postoj porodních asistentek (čtyři ženy). Největší překážkou pro ně byla komunikační bariéra. Čtyři respondentky se domnívají, že zdravotnický personál by měl lépe poznat jejich kulturu.

Diskuze

Ve Vietnamu je celková porodnost 1,94 narozených dětí na 1 ženu. Kojenecká úmrtnost je 25,95/1000 živě narozených. Průměrný přírůstek obyvatelstva je 1,4 % (hanojská agentura OSN – UNFPA udává vysoký poměr potratovosti: 45 potratů/100 těhotenství, poměr ve skupině vdaných žen 15–49 let činí 65 %, tj. průměrně 2,5 potratů na 1 ženu!).

V naší studii pět žen, které rodily poprvé, bylo ve věku kolem 20 let. Tři ženy rodily podruhé, jedna potřetí a jedna počtvrté. Všechny respondentky měly partnera, žádná nebyla osamělá, což je zřejmě dáno jejich silným vztahem k rodině a rodinným vazbám. Tyto odpovědi potvrzují nejtýpickejší znak pro vietnamskou kulturu: na prvním místě žebříčku hodnot je rodina, která je pro ně velmi důležitá (Typická vietnamská rodina, 2011–2016).

Nejvyšší ukončené vzdělání bylo u poloviny žen základní. Jednalo se o ženy, které zde žily kratší dobu, ve Vietnamu neměly příležitost se vzdělávat. Mladší rodičky, které již žily na našem území více let, měly vzdělání střední a středoškolské. Vietnamci velmi dbají na vzdělání, rodiče kladou důraz na prospěch svých dětí ve škole.

Ženy žijící kratší dobu v ČR neumějí česky a vždy je doprovází osoba, která jim tlumočí. Vietnanky žijící delší dobu v Čechách, nebo které se zde narodily, nemají výraznější problémy s komunikací. Osm respondentek se snažilo o komunikaci v českém jazyce. Dvě ženy, které chodily na kurz češtiny pro cizince, zjistily, že se naučí pouze základy a gramatiku, ale mají problém s výslovností, protože nevyužily možnost komunikace v českém prostředí.

Všechny respondentky respektovaly nastavená pravidla prenatalní péče, protože jim velmi záleží na zdraví dítěte, i když ve Vietnamu není zvykem chodit tak často do poradny. Chodí pouze třikrát po dobu trvání těhotenství, a to v prvním trimestru, kolem 20. týdne a kolem 36. týdne. Vietnamské ženy přistupují k těhotenství velmi zodpovědně. Pokud jim však sestra nebo lékař nevsvětlí a nezdůrazní důležitost preventivních prohlídek, samy je vyhledávat nebudou. Některé ženy vypovídaly, že nevěděly, proč se jim některé výkony provádí. Příčinou je neochota resp. nedostatek času na vysvětlení zdravotnickým personálem pro časovou náročnost a jazykovou bariéru. Je tedy na ženách, zda si prosadí svůj zájem o vysvětlení.

V těhotenství dbají na zdravou výživu a dostatek odpočinku. Těhotenství věnují hodně pozornosti. Namáhavá činnost je pro ně nevhodná, zvláště pak v posledním trimestru. Vietnamci jako národ mají rádi teplo, nejinak je tomu i v těhotenství, což dokazují i preference našich respondentek. Zájem o jejich potřeby porodními asistentkami nebyl zaznamenán, což potvrzuje i studie Mockové (2012, s. 47).

I další zvyklosti potvrzuje naše studie: během těhotenství ženy o ni dbá celá rodina, soustředí se hlavně na to, aby jedla hodně vitamínů, masa a vejce – to vše pro zdraví dítěte. Mezi hygienické návyky v těhotenství patří dodržování speciální hygieny (např. čištění zubů slanou vodou, která má pro ně dezinfekční účinky bez vedlejších účinků). Osobní hygiena pro Vietnamky je velmi důležitá. Pokud to jde, raději vykonávají hygienu samy. V případě, že nemohou, chtějí, aby jim pomáhal člen z rodiny stejného pohlaví (toto je třeba, pokud to lze, respektovat i za hospitalizace). Pokud budoucí rodiče navštěvují předporodní kurz, otec dítěte bude chtít být přítomen i u porodu, což se týkalo dvou respondentek, které otce u porodu později skutečně měly.

Vietnamské ženy jsou při prožívání porodní bolesti velmi trpělivé. Dobrovolně nepožádají o léky na bolest, a to z důvodu strachu z návyku či z možnosti vedlejších účinků na dítě. Vietnamské rodičky trpí velmi tiše, proto i když nenařikají, trpí uvnitř a chtějí se s bolestí vypořádat samy. Zvláště pak jestliže je přítomen otec u porodu, chtějí mu dokázat, že jsou statečné a jsou na bolest připraveny a vydrží ji. Vietnamské ženy odmítají jakýkoliv pro ně „agresivní zákrok“, o všem se budou radit s manželem. Všechny zúčastněné ženy rodily vaginálně, tento způsob porodu upřednostňují, což potvrzují i Ivanová a kol. (2005, s. 196). Při jakékoli komplikaci při porodu dají na slovo lékaře, nechají si vše vysvětlit a souhlasí se všemi řešeními, které jsou nejlepší pro zdraví jejich dítěte. Vietnamské rodičky by raději volily porod v domácím prostředí mezi svými bližními, jak je zvykem ve Vietnamu. Ve Vietnamu se shromáždí celá rodina u porodu (hlavně ženy a otec dítěte), kteří podpoří rodičku, do domu přijde porodní asistentka nebo lékařka, nejlépe žena, která porod

odvede. Vietnamci si myslí, že domov je pro dítě přirozené prostředí, kde by se mělo narodit. Plně si však uvědomují rizika spojená s porodem a v České republice preferují porod v porodnici. Všechny respondenty se rozhodly родit v nemocnici i přes případné obavy z neznámého prostředí a možné bariéry v komunikaci. Tento postoj souvisí se snahou kulturního přizpůsobení se našim zvykům. Těsně před porodem provádějí Vietnamky rituál očisty. Rády se před porodem vykoupu, a to za přítomnosti otce dítěte nebo samy. Tento rituál provedly všechny dotázané ženy.

Blízkou osobu při porodu mělo pět žen, tři měly partnera, jedna partnera a matku, jedna kamarádku. Druhá polovina rodila na své přání bez doprovodu, avšak tři z nich své rozhodnutí přehodnotily, příště by rodily s partnerem. Důvodem je cizí prostředí a jazyková bariéra v komunikaci, pocit opomíjení a nedostatek empatie.

Ačkoli všechny ženy na dotaz o spokojenosti s péčí odpovídaly v převážné většině ano, je třeba si uvědomit, že v rámci typického chování jejich kultury neříkají NE, ale spíše „Ano, byla jsem spokojená, ale...“. Negativní vyjádření je považováno za neslušné. Proto je třeba aktivně pátrat a dotazovat se na jejich potřeby.

Vietnamky jsou jako matky velice zodpovědné ke svému dítěti. Pokud se vyskytnou problémy s dítětem, je lepší prodiskutovat je nejprve s otcem dítěte nebo s jiným členem rodiny zodpovědným za ženu. Tato osoba se pak rozhodne, kdo problém oznámí matce. Jedná se o rituál sdělování informací. Pokud nastane situace, kdy by v případě úmrtí dítěte byla nutná pitva, prodiskutuje tento problém celá rodina. Podle vietnamské kultury by se vietnamské ženy v prvních dnech šestinedělí neměly vůbec koupat, ale protože si Vietnamky uvědomují, že v českých zdravotnických zařízeních by se nesetkaly s pochopením této tradice, podřídí se našim zvyklostem, které jsou pro nás základem a samozřejmostí, pro ně však porušováním „jejich“ pravidel.

Spokojenost s péčí porodních asistentek vyjádřily všechny ženy, přání možného zlepšení vyjádřily čtyři v oblasti komunikace a tři v oblasti aktivního přístupu personálu. Při porodu jim byla oporou mj. jejich víra. Nejvíce respondenty při porodu a na oddělení šestinedělí vnímaly absenci intimity a soukromí (pět žen) a postrádaly vstřícný postoj porodních asistentek (čtyři ženy). Největší překážkou pro ně byla komunikační bariéra. Čtyři respondenty se domnívají, že zdravotnický personál by měl lépe poznat jejich kulturu. Pocit nedostatku soukromí a nerespektování intimity u poloviny dotázaných během porodu a na oddělení šestinedělí se netýká pouze vietnamských žen. Potřeba intimity je stále opomíjena, a to nejen u žen jiných etnik a kultur. Pro Vietnamky je tato potřeba ve zvýšené míře významná nejen z osobního, ale i morálního hlediska, mají větší pocit studu než Evropanky.

Jako nezávažnější problém při hospitalizaci definovaly respondenty komunikační bariéru, a to nejen jazykovou, ale i neverbální. Jako řešení problému jmenují na prvním místě svůj vlastní jazykový handicap a naučit se česky, na druhém místě vyslovily přání, aby zdravotnický personál lépe poznal jejich kulturu.

Závěr

V naší studii jsme si stanovili čtyři výzkumné otázky, na které jsme hledali odpovědi: jak vietnamským ženám v ČR vyhovuje péče v těhotenství, při porodu a v šestinedělí; jaké potřeby mají v tomto období; jaký vnímaly hlavní problém při pobytu ve zdravotnickém zařízení; zda by volily porod raději v domácím prostředí nebo v nemocnici.

Vietnamským ženám, které mluví dobře česky, vyhovuje péče v těhotenství, za porodu a v šestinedělí. Ženy, které žijí v naší zemi kratší dobu a neznají jazyk, šly do českých porodnic přes obavy z jazykové bariéry a neznalosti cizího prostředí, což dokazuje jejich přizpůsobivost k jiné kultuře. Ze strany zdravotnického personálu by bylo vhodné vyvinout větší aktivitu ze strany zdravotnického personálu v navazování kontaktů s těmito ženami a snažit se najít řešení pro snazší komunikaci za hospitalizace, např. použití piktogramů, obrázků, brožur nejčastějších frází, využití světového jazyka apod. Zdravotnický personál, by se měl také více zajímat o specifika jiných etnik, zvláště v Ústeckém kraji, kde je oblast vysoké koncentrace nejen vietnamského etnika, ale i romského, arabského a ukrajinského. Kulturně ohleduplná péče je možností, jak docílit poskytování péče cizincům v souladu s jejich zvyky a tradicemi, přičemž umožňuje porodním asistentkám disponovat znalostmi z mnoha společenskovedních oblastí.

Chceme-li lépe porozumět zdraví a nemoci v kontextu kultury, je nezbytné hledat hlubší pochopení života lidí v odlišných kulturách a sociálních situacích.

Etické aspekty a konflikt zájmu

Príspevek neporušuje etické princípy a není v konfliktu zájmů účastníků studie.

Bibliografické odkazy

Baršová, Andrea a Barša, Pavel, 2005. *Od multikulturalismu k občanské integraci. Změny v západoevropských politikách integrace přistěhovalců*. Brno: Masarykova univerzita.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Populační prognóza ČR do r. 2050* [online]. Praha, 2004 [cit. 2015-11-26]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/cizinci.nsf/kapitola/ciz_zdravotni_pece

GIGER, Joyce Newman a DAVIDHIZAR, Ruth Elanie, 1999. *Transcultural nursing: Assessment and intervention*. St. Louis: Mosby. ISBN 0-3230-0287-0.

HREŠANOVÁ, Ema a HASMANOVÁ MARHÁNKOVÁ, Jaroslava, 2008. Nové trendy v českém porodnictví a sociální nerovnosti mezi rodičkami. *Sociologický časopis*. 44(1), 87–111.

IVANOVÁ, Kateřina, ŠPIRUDOVÁ, Lenka a KUTNOHORSKÁ, Jana, 2005. *Multikulturní ošetřovatelství*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN: 80-247-1212-1.

MOCKOVÁ, Markéta, 2012. *Vnímání těhotenství a porodu u vietnamské komunity*. Pardubice. Závěrečná práce. Univerzita Pardubice, Filozofická fakulta.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT, 2006. OECD: *Zpráva o sociální a ekonomické situaci v členských zemích*. Brusel: OECD.

Dostupné také z: <http://www.oecd.org/>

TRBOLA, Robert a RÁKOCZYOVÁ, Miroslava, 2010. *Vybrané aspekty života cizinců v České republice*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v.v.i.

Typická vietnamská rodina [online]. © Viet.cz, 2011–2016 [cit. 2016-03-25].

Dostupné z: <http://www.viet.cz/clanky/16-typicka-vietnamska-rodina>

Mgr. Ivana Lamková, Ph.D.
Fakulta zdravotnických studií
Univerzita J. E. Purkyně Ústí nad Labem
e-mail: ivana.lamkova@ujep.cz