

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2016

Veronika Šlampová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Specifika péče porodní asistentky o ženy jiného etnika

Veronika Šlampová

Bakalářská práce

2016

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Veronika Šlampová**
Osobní číslo: **Z12171**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Název tématu: **Specifika péče porodní asistentky o ženy jiného etnika**
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

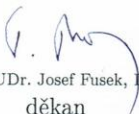
1. KELNAROVÁ, Jarmila. Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2831-5.
2. KLVAČOVÁ, Petra. Biografie a identity cizinců usilujících o integraci do české společnosti. 1. vyd. Praha: Národohospodářský ústav Josefa Hlávky, 2012. ISBN 978-80-86729-79-4.
3. KUTNOHORSKÁ, Jana. Výzkum v ošetrovatelství. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2713-4.
4. KUTNOHORSKÁ, Jana. Multikulturní ošetrovatelství pro praxi. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4413-1.
5. PRŮCHA, Jan. Multikulturní výchova: příručka (nejen) pro učitele. 2. vyd. Praha: Triton, 2011. ISBN 978-80-7387-502-2.

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Zdeněk Čermák

Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: 7. června 2016

Termín odevzdání bakalářské práce: 25. srpna 2016


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 15. června 2016

Prohlášení autora

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Břeclavi dne 06. 08. 2016

Veronika Šlampová

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji Mgr. Zdeňkovi Čermákovi a Mgr. Zuzaně Škorníčkové za odborné vedení, cenné rady, připomínky a trpělivost při tvorbě mé bakalářské práce. Dále děkuji všem respondentům, kteří se zúčastnili mého výzkumu. A v neposlední řadě celé mé rodině za podporu a za to že jsou.

ANOTACE

Předmětem této práce je specifická péče porodních asistentek o ženy jiného etnika. Zaměřuje se na vietnamské ženy, které stojí na prvním místě v počtu narozených dětí v našich porodnicích. Teoretická část se zabývá multikulturálním ošetřovatelstvím, správnou komunikací s cizinci, specifiky ošetřovatelské péče a péče v porodní asistenci především o Vietnamky. Praktická část je zaměřena na porodní asistentky, jejich zkušenosti a znalosti především o vietnamské ženy, ale i zajímavostmi o jiných etnických skupinách.

KLÍČOVÁ SLOVA

Etnikum, komunikace, kultura, multikulturální ošetřovatelství, Vietnamci

TITLE

Specific of midwifery care to women of another ethnicity

ANNOTATION

The thesis deals with the subject is specific of midwifer care of to women of another ethnicity. The thesis focus on Vietnamese womens, who stand on first in the number of children born in our hospitals. The theoretical part deals with multicultural nursing, proper communications with foreigners and the specific nursing and midwifer care chicly of Vietnamese womens. The practical part is aimed at midwives, their experience and knowledge mainly Vietnamese women, as well as interesting facts about other ethnic groups.

KEYWORDS

Ethnicity, communication, culture, multicultural Nursing, Vietnamese

OBSAH

Seznam ilustrací a tabulek	10
Seznam zkratk a značek	11
0 Úvod.....	12
CÍLE PRÁCE.....	14
I TEORETICKÁ ČÁST.....	15
1 Multikultura	15
1.1 Základní pojmy související s etnicitou.....	15
1.2 Multikulturní a transkulturní ošetrovatelství.....	16
1.3 Teorie transkulturního ošetrovatelství dle Madeleine Leininger	17
1.3.1 Model vycházejícího slunce.....	18
1.3.2 Kulturně shodná péče.....	19
1.4 Model Iren Papadopoulos pro rozvíjení kulturní kompetence.....	20
1.5 Doporučení k pochopení klienta/ky z odlišné kultury	21
2 KOMUNIKACE	23
2.1 Specifika multikulturní komunikace	23
2.2 Verbální komunikace	25
2.3 Neverbální komunikace	26
3 Specifika etnických skupin	28
3.1 Romové	28
3.1.1 Péče v porodní asistenci.....	29
3.2 Ukrajinci.....	31
3.2.1 Péče v porodní asistenci.....	32
4 Specifika Vietnamského etnika	33
4.1.1 Péče v porodní asistenci.....	36
II VÝZKUMNÁ ČÁST	39
5 METODIKA A VÝZKUM.....	39

5.1	Výzkumné otázky.....	39
5.2	Charakteristika výzkumného vzorku.....	40
5.3	Zpracování a vyhodnocení dat	40
6	PREZENTACE VÝSLEDKŮ	41
7	DISKUZE	54
8	ZÁVĚR	60
9	POUŽITÁ LITERATURA	62
10	PŘÍLOHY	65

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Obrázek 1 Péče o ženu jiného etnika	41
Obrázek 2 Jak často pečují PA o ženy jiného etnika	42
Obrázek 3 Ženy jiného etnika, se kterými se PA setkávají nejčastěji	43
Obrázek 4 "jiné" etnické skupiny, se kterými se PA setkávají	44
Obrázek 5 Největší potíže v komunikaci	45
Obrázek 6 Vyhledávání informací o vietnamském etniku.....	46
Obrázek 7 Příležitosti, kdy si PA vyhledávaly informace	47
Obrázek 8 Kde PA vyhledávaly informace	48
Obrázek 9 Prožívání bolesti u Vietnamek	49
Obrázek 10 Nápoj pro vietnamské ženy	50
Obrázek 11 Vietnamci a sprchování	51
Obrázek 12 Zajímavé zkušenosti PA v péči o ženy jiného etnika	52
Obrázek 13 Zobrazení pojmu "multikultura" (Kutnohorská, 2005, s. 14).....	66
Obrázek 14 Zobrazení pojmu "transkultura" (Kutnohorská, 2005, s. 15)	66
Obrázek 15 Komunikační karta 1 (Tóthová, 2010, s. 158 – 160).....	66
Obrázek 16 Komunikační karta 2 (Tóthová, 2010, s. 158 – 160).....	66
Tabulka 1 Přípustnost a nepřípustnost doteků	27

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

Aj.	a jiné
Angl.	Anglicky
Atd.	A tak dále
ČR	Česká republika
ČSÚ	Český statistický úřad
ISBN	International standard Book Number
Např.	Například
PA	Porodní asistentka
USD	Americký dolar
s.	Strana
Sb.	Sbírky
Tzv.	Tak zvaný
Zk.	Zkratka

0 ÚVOD

„Cítím se spíše jako Češka, ovlivněná českou i vietnamskou výchovou, a beru si z obou to nejlepší, co můžu. Doma jsem tady v Česku, mám ale kořeny ve Vietnamu a na to nezapomínám. Je to domov mých rodičů a předků. Je to krásná země, krásní lidé. Ale jsem spojená s Českem, s Prahou. Domov celkově nevnímám jako stát, ale spíš místo, kde chodím nejrady na záchod“ (Freidingerová, 2014, s. 80).

Tato bakalářská práce pojednává o problematice specifík porodní péče o ženy jiného etnika. Z postkomunistických zemí Česká republika zaujímá první příčky s největším podílem cizinců. Zároveň se zvýšil počet dětí, které se cizincům v České republice narodily. Z toho se dá usoudit, že setkat se s rodičkou jiného etnika, v našich porodnicích, pravděpodobně není a nebude ničím neobvyklým. V roce 1995 se na našem území narodilo cizincům 667 dětí, v roce 2014 to bylo už 3 482 dětí. Nejvíce dětí se v České republice narodilo Vietnamcům (996), Ukrajincům (846) a Slovákům (530), (Cizinci, CZSO, 2014). Z tohoto důvodu by porodní asistentky měly usilovat o prohloubení znalostí odlišných kultur, aby přispěly k lepší péči o tyto ženy.

Neexistuje žádný jednotný návod, jak pomoci klientům/ám odlišné kultury, náboženství a socio-ekonomického prostředí. Kulturní přehled napomáhá porozumět a eliminovat etickému stresu a velkému množství konfliktů. Brát na vědomí, že jednotlivé kultury mohou vyznávat odlišnou víru, mít rozdílné zvyky, způsoby léčby i životní hodnoty. Pro zdraví, léčbu a pohodu je nezbytná humánní péče respektující právě tyto kulturní odlišnosti. Za jednu z nejdůležitějších priorit v péči o klienty/ky odlišné kultury se dá považovat naslouchání. Naslouchat jednotlivým problémům, pochybám a nechat si vysvětlit, proč se chovají, tak jak se chovají (Kutnohorská, 2013, s. 38 – 39).

Teoretická část práce popisuje multikulturní ošetřovatelství s vymezením základních pojmů a ošetřovatelským modelům podle Madeleine Leininger a Iren Papadopoulos. Dále se zabývá důležitostmi komunikace s ženami jiného etnika. Specifik ošetřovatelské péče a péče v porodní asistenci o jednotlivá etnika. V závěru teoretické části práce se věnuji Vietnamskému etniku a jeho specifikům při ošetřování v nemocnicích a porodnicích.

Výzkumná část této práce se věnuje porodním asistentkám a jejich zkušenostem při práci s ženami jiného etnika, především s vietnamskými ženami. V této části práce se pokouším objasnit odpovědi na následující otázky: Vědí porodní asistentky, že Vietnamky dávají

přednost teplým nápojům a sprchují se v ranních hodinách? Vyhledávají si informace o ženách jiného etnika? Pokud ano, kde si informace vyhledávají.

Ve výzkumné části se bakalářská práce zaměřuje na ženy Vietnamského etnika. Tuto skupinu jsem si vybrala, protože je o ní dostatečného množství literatury, ale také díky osobním sympatiím k tomuto velmi zajímavému a dle mého názoru milému etniku.

CÍLE PRÁCE

Zpracovat teoretické a praktické poznatky na téma: Specifika péče porodní asistentky o ženy jiného etnika.

Cíle teoretické části

1. Vymežit pojem multikultura.
2. Zjistit zvláštnosti komunikace odlišných etnických skupin.
3. Rozebrat specifika romského a ukrajinského etnika v nemocnici a porodnici.
4. Rozebrat specifika vietnamského etnika v nemocnici a porodnici.

Cíle výzkumné části

1. Zjistit, s jakými etnickými skupinami žen se porodní asistentky setkávají na svých pracovištích nejčastěji.
2. Zjistit, jaké největší problémy mají porodní asistentky v péči o ženu jiného etnika.
3. Zjistit, jak získávají porodní asistentky informace o vietnamském etniku.
4. Zjistit, zda mají porodní asistentky znalosti v péči o vietnamské ženy.
5. Zjistit zajímavé zkušenosti z praxe porodních asistentek, při ošetřování žen jiného etnika.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 MULTIKULTURA

Každý z nás je ovlivněn kulturním prostředím, ve kterém se narodil, žije, pracuje či studuje. V procesu socializace se snažíme naučit, co od nás společnost vyžaduje, abychom se mohli stát jejími členy. V rámci jedné kultury se během života stáváme členy různých podskupin (subkultur), které mají svá vlastní pravidla a zvyky, kterými se odlišují od většinových kulturních norem. Každá kultura má své vlastní pojetí zdraví a nemoci. Jednotlivá etnika mají svůj pohled na to, co je „normální chování“ a co naopak není „normální chování“. Náš jazyk, historie, náboženství, mezilidské vztahy patří k holistickému, celistvému vnímání jedince (Kutnohorská, 2013, s. 13).

„Integrovaná Evropa má ve svém štítě motto: In varietate concordia. – jednota v různosti. Obsahovou náplní motto je tolerance, respekt k odlišnostem, a to za podmínky, že navzájem uznáváme stejné základní hodnoty. Multikultura je fenomén, který je součástí naší kultury, je také součástí globalizace“ (Kutnohorská, 2013, s. 13).

Ideální stav nastane, pokud příslušníci rozdílných národů jsou schopni harmonicky spolupracovat společně a přijmout navzájem odlišné zvyky, tradice a rituály. Nejlépe zaznamenaly vývoj civilizace tam, kde odlišné kultury žily v kontaktu a byly nucené se vůči nim vymezovat či s nimi soutěžit (Kutnohorská, 2013, s. 13 – 14, Eriksen, 2008, s. 337).

1.1 Základní pojmy související s etnicitou

Etnikum je skupina lidí se stejným původem, jazykem a společnou kulturou. Slovo „*etnikum*“ neboli „*ethos*“ pochází ze staré řečtiny a v překladu znamená kmen, rasa a národ (Průcha, 2011, s. 23 – 24).

Etnicita je pojem ústřední. To proto, že se jedná o souhrn jazykových, kulturních, rasových, historických osudů, představ o společném původu a teritoriálních faktorů či vlastností, které vymezují etnikum (Průcha, 2011, s. 24).

Etnické vědomí (etnická identita) nastává, když si je člověk vědom sounáležitosti s určitou etnickou skupinou, na základě společně sdílených objektivních znaků etnicity nebo rodového původu (Kutnohorská, 2013, s. 19 – 20; Průcha 2011, s. 24).

Národ je osobité a vědomé kulturní a politické společenství, na jehož vzniku mají největší podíl společné dějiny a společné území (Průcha, 2011, s. 27).

Národnostní menšina v České republice je dle zákona č. 273/2001 Sb., § 2 o právech příslušníků národnostních menšin a o změně některých zákonů, je definována takto:

„Národnostní menšina je společenství občanů České republiky žijících na území současné České republiky, kteří se odlišují od ostatních občanů zpravidla společným etnickým původem, jazykem, kulturou a tradicemi, tvoří početní menšinu obyvatelstva a zároveň projevují vůli být považováni za národnostní menšinu za účelem společného úsilí o zachování a rozvoj vlastní svébytnosti, jazyka a kultury a zároveň za účelem vyjádření a ochrany zájmů jejich společenství, které se historicky utvořilo.

Příslušníkem národnostní menšiny je občan České republiky, který se hlásí k jiné než české národnosti a projevuje přání být považován za příslušníka národnostní menšiny spolu s dalšími, kteří se hlásí ke stejné národnosti“ (Zákon č. 273/2001 Sb., § 2).

Kultura se vždy vyznačuje kolektivním jevem. Jedná se o celistvý systém hodnot a společenských norem, kterými si lidé, kteří v ní žili nebo aktuálně žijí, řídí a prostřednictvím socializace ji předávají z generace na generaci (Kutnohorská, 2013, s. 23; Průcha, 2011, s. 35).

Minoritu neboli menšinu lze definovat jako, jakoukoliv skupinu s určitým společným sociologickým znakem např. náboženská menšina, národnostní komunita, která se nemůže rovnat jiné skupině a která v dané společnosti tvoří většinu. Mají své fyzické a kulturní charakteristiky, kterými se vyčleňují od společnosti, ve které žijí. Jsou do jisté míry sociálně znevýhodněni (Kutnohorská, 2005, s. 33).

Kulturní šok patří mezi stresovou situaci, se kterou se vyrovnává každý jedinec, který se ocitne v novém a neznámém prostředí. Pokud se s nastalou stresovou situací nejsme schopni vyrovnat, může to mít hluboké a dlouhodobé dopady na člověka (Kutnohorská, 2013, s. 73).

1.2 Multikulturní a transkulturní ošetřovatelství

Pojmům multikulturní a transkulturní předcházela pojem asimilace migrantů, jako odezva pro vyrovnání se s fenoménem migrace v zemích, kde cizinci zaujímali vysoké procento z celkového počtu obyvatel dané země. Tento pojem se však neujal. V 60. a 70. letech 20. století byl přijat koncept multikulturalismu, který podporoval kulturní identitu migrantů (Kutnohorská, 2005, s. 14 – 15).

Pojmy multikulturní a transkulturní ošetrovatelství se často používají jako vzájemná synonyma pro vyjádření péče o pacienty různých etnických skupin. V české literatuře se spíše užívá pojem multikulturní ošetrovatelství. Transkulturní ošetrovatelství se v českých kruzích objevuje méně, ale naopak je více používán u předních odborníků (Leininger, 1991, Papadopoulos, 2006) zabývajících se touto problematikou (*transcultural nursing*). Slovo multikulturní se v zahraniční literatuře pojí spíše s multikulturní společností (*multicultural society*) nebo s multikulturním světem (*multicultural world*). Pojmy multikulturní a transkulturní mají i tak jemný rozdíl významnosti.

Multikulturní – vyjadřuje mnohočetnost (příloha A). Jednotlivé kultury stojící vedle sebe, izolovaně, navzájem se neovlivňují. Nejsou zde vymezeny společné prvky.

Transkulturní – vyjadřuje přesahující hranice kultur (příloha A). Jednotlivé kultury se vzájemně ovlivňují, mají mezi sebou identifikovatelné prvky (Plevová, 2011, s. 129, Kutnohorská, 2013, s. 36).

Každá porodní asistentka by si měla uvědomit, že naše středoevropské kultura, není jedinou kulturou, zdaleka není ani všudy přítomnou a vždy akceptovanou kulturou na světě.

Při hledání společného cíle klientem/ky, je dobré si najít společné nebo podobné postoje, názory, ale například i shodné slovní obraty. Dále pamatovat, že co je považováno v jedné kultuře za akceptovatelné v jiné být nemusí. Nezapomínat, že se mohou vyskytovat rozdíly i v rámci jedné kultury, např. v oblasti sociální třídy či pohlaví. Základním kamenem pro adekvátní péči je v první řadě porozumět sobě samému, vlastní kultuře, hodnotám, vlastnímu způsobu bádání odlišných kultur a především touze a ochotě pomáhat jiným lidem. (Kutnohorská, 2005, s. 45 – 46).

1.3 Teorie transkulturního ošetrovatelství dle Madeleine Leininger

Madeleine Leininger je považována za zakladatelku transkulturního ošetrovatelství a teorie kulturní péče. Její myšlenka se zrodila v padesátých letech dvacátého století, kdy pracovala jako sestra specialistky na dětské psychiatrii, kde pečovala o děti odlišných národností (africké, židovské, německé, mexické). Díky tomu začala rozpoznávat velké kulturní rozdíly mezi svými pacienty/klienty. Navzájem se lišili v postoji k léčbě, v odlišných spánkových a odpočinkových režimech, každý upřednostňoval jiné hry a druhy jídla. Spojením studie kulturní, sociální a biologické antropologie prováděla první výzkumy (Plevová, 2011, s. 129 – 130).

Leininger spojila dva pojmy „*kultura*“ a „*péče*“, tím položila základní kámen „*kulturní péči*“. Svou první teorii nazvala „*kulturní péče různorodosti a univerzálnosti*“ (angl. *cultural care diversity and universality*). Postupně tuto teorii vylepšila a rozpracovala v podobě modelu „*vycházející slunce*“ (angl. *sunrice model*), (Špirudová, 2006, s. 24 – 25, Plevová, 2011, s. 129 – 130).

Metaparadigma oboru: jednotlivé teorie se liší odlišným pohledem na čtyři základní komponenty ošetrovatelství (osoba, prostředí, zdraví, ošetrovatelství). Leininger definovaly tyto komponenty následovně:

Osoba je holistická bytost ovlivněna sociálním prostředím. Člověk, který je schopen se postarat sám o sebe, uspokojuje své potřeby, ale i druhých. Jedinec by měl uskutečnit pohodu a především přežít. K tomu využívají různé prostředky závislé na jejich kultuře a prostředí. Lidé jednotlivých kultur nahlížejí na zdraví, nemoc, péči, léčbu, závislost a nezávislost odlišně.

Prostředí je vzájemně závislý a související systém, který působí na osobu. Skládá se z politického, vzdělávacího, sociálního, ekonomického, náboženského a kulturního systému.

Zdraví je úplný stav pohody (angl. *well-being*), kdy se odráží schopnost jedince nebo jedinců vykonávat každodenní činnosti, které jsou kulturně vyjádřeny, užitečnými a vzorovými způsoby. Také Leininger tvrdí, že vnímání zdraví a nemoc mají kulturní podklad, proto nemohou být všeobecně definované. Světový názor, víra a sociální struktura ovlivňující zdraví do takové míry, že je nelze od sebe oddělit.

Ošetrovatelství je transkulturní vědní disciplína, která poskytuje péči všem osobám bez ohledu na kulturu. Snahou je péči vést, tak aby byla shodná s kulturou klienta/ky. Může docházet ke konfliktům mezi poskytovatelem a příjemcem (Špirudová, 2006, s. 28 – 29, Kutnohorská, 2013, s. 43 – 44).

1.3.1 Model vycházejícího slunce

Model vycházejícího slunce byl vytvořen, jako koncepční holistický výzkumný průvodce nebo návod rozboru mnohočetným teoretickým faktorům. Vyskytují se v něm rozdílné faktory a komponenty, které je potřeba systematicky a teoreticky studovat. Model poukazuje na možné obtíže při ošetrovatelství ve vztahu k historii, kultury, sociálnímu prostředí, názorem na svět a další faktory. Primárním cílem je, teoretické poznatky o daných kulturách uvést

do praxe v kulturně specifické a uzpůsobené péči o etnicky specifické pacienty v péči o jejich zdraví a potřeby. Prezentace modelu v kruhové podobě, znázorňuje tradiční a profesionální péči, ošetřovatelské systémy a subsystémy (Špirudová, 2006, s. 36 – 38).

Úrovně modelu:

1. **Úroveň** – obsahuje filozofický názor a úroveň sociálního systému, jenž se řadí nad kulturou.
2. **Úroveň** – zahrnuje informace o jedinci, rodině, sociálních skupinách v různorodých zdravotnických systémech a zároveň utváří kulturně specifické a významné vztahy k péči o zdraví.
3. **Úroveň** – charakteristika každé specifické péče.
4. **Úroveň** – rozhodnutí a poskytnutí ošetřovatelské péče s možností zachovat, přizpůsobit, vytvořit novou nebo restrukturalizovat existující kulturní vzorce. Jedná se o péči, která je shodná s hodnotami kultury, ke které pacient/klient patří (Kutnohorská, 2013, s. 46).

1.3.2 Kulturně shodná péče

Kulturně shodnou péči lze uskutečnit dle Leininger třemi způsoby. Záleží na tom, v jaké situaci se klient/ka právě nachází, vymezit jeho hlavní problémy a potřeby v daném stavu.

Kulturní péče pomáhající uchovávat nebo získávat zdraví: tento typ má za úkol poskytnout takovou asistenci, která napomáhá a podporuje prostřednictvím profesionální péče uchovávat pohodu lidem jednotlivých kultur, dále zotavovat se z těžkostí a čelit postižení.

Kulturní péče umožňující adaptaci: tento druh péče v sobě skrývá všechny intervence, které napomáhají klientovi/ce se adaptovat na nový kulturní způsob péče. PA/sestry napomáhají klientovi/ce se adaptovat na nové životní role, do kterých se dostávají. Role pacienta je považována za nejčastější, v porodní asistenci pomáháme s adaptací nové životní role v podobě matky. PA/sestry mají za úkol domluvit se s klientem/kou na takových aktivitách, které budou vyhovovat právě jim, a zároveň budou splňovat požadavky nemocničního systému.

Kulturní péče pomáhající uskutečnit změnu: tento typ péče se dostává do popředí v případě potřeby plné změny přístupu klienta/ky ke svému zdraví. Příkladem se dá uvést změna ve stravovacích návycích. PA/sestra se snaží společně s klientem/kou najít taková jídla, která by vyhovovala dietnímu režimu a zároveň splňovala náboženské, kulturní nebo finanční normy (Kutnohorská, 2013, s. 46 -47, Špirudová, 2006, s. 39).

1.4 Model Iren Papadopoulos pro rozvíjení kulturní kompetence

Rozvoj transkulturního ošetrovatelství v USA vedla Leiniger a v Evropě se ho chopila Iren Papadopoulos společně se svými kolegyněmi (Mary Tilki a Gina Taylor). V roce 1994, po předešlém výzkumné studii transkulturního vzdělávání, společně vytvoř model kulturní kompetence s cílem prosadit transkulturní vzdělávání do profesní přípravy PA/sester. Stěžejním bylo, aby pomohly studentkám vytvořit si kulturní kompetence. Kulturní kompetence přirovnávaly k procesu tak i výsledku znalostí a dovedností, které si vytváříme během života. Pro lepší využití získaných znalostí, dovedností a jejich snadnějšího učení, navrhovaly konstrukty a fáze modelu (Tóthová, 2010, s. 23, Plevová, 2011, s. 133).

První fáze – kulturní uvědomění. Touto fází prověříme naše osobní hodnotové priority a názory. Naše hodnoty a názory ovlivňují celý náš život a díky nim se rozhodujeme a děláme úsudky. Srovnám-li naše životní hodnoty s hodnotami člověka odlišné kultury, budou více méně stejné např. láska, rodina a zdraví. Ale budou se lišit ve výkladu např. interpretace lásky. A právě tyto rozdíly jsou důležité, ony formují naši jedinečnost. Tuto fází velmi ovlivňují tradice a zkušenosti, které jsme si převzali z dětství, z naší rodiny.

Druhá fáze – znalost kultury. Kulturní znalosti jsme schopni získávat z mnoha vědních oborů jako např. antropologie, sociologie, psychologie, biologie, ošetrovatelství i umění. Nejvíce se kulturou zabývá kulturní antropologie. Pomáhá nám rozpoznávat kulturní odlišnosti a chápat proč tyto rozdíly existují a jak moc ovlivňují naše názory a praktické chování. Znalost kultury zahrnuje znát způsob života, hodnoty, přesvědčení, názory, ale třeba i navenek zjevné kulturní prvky např. oblečení, hudba, jazyk a zvyky. Kromě získání kulturních znalostí teoreticky, je velmi důležité získat i zkušenosti z praktického života, tedy přímo z kontaktu s lidmi odlišné kultury. Právě tyto zkušenosti nám mohou pomáhat ohledně názorů, chování a potíží se zdravím osob odlišné kultury (Tóthová, 2010, s. 23 – 25, Plevová, 2011, s. 133 – 134).

Třetí fáze – kulturní citlivost (senzitivita). Za nejdůležitější v této fázi se považuje, jak PA/sestra nazírá na klienty/ku, kterým poskytují péči. V případě, kdy nejsou klienti/ky považováni za rovnocenného partnera, nejedná se kulturně citlivou péči. Rovnocenné partnerství spočívá v důvěře, akceptování a respektu. Důvěra a účinná komunikace jsou prioritami pro rovnocenné partnerství mezi klientem/kou a poskytovanou péčí.

Čtvrtá fáze – kulturní kompetence. Pro dosažení čtvrté fáze je zapotřebí syntézy a uplatnění předešlých tří fází: kulturního uvědomění, znalost kultury a kulturní citlivosti. Dále je důležitá

praktická zručnost, jako posoudit potřeby klienta/ky, diagnostika a další kompetence týkající se péče. Papadopoulos rozlišuje kulturní kompetence obecné (pochopení, kulturní identita) a kulturní kompetence specifické pro konkrétní specifickou kulturu (Tóthová, 2010, s. 25, Plevová, 2011, s. 135).

1.5 Doporučení k pochopení klienta/ky z odlišné kultury

Rozpoznat a vážit si kulturních odlišností: naše osobní přesvědčení a činnosti se mohou velmi výrazně lišit od přesvědčení a činností našich klientů/ek. Základem je si rozdíly uvědomit!

Chápat kulturní důvody chování klienta/ky: zde je zapotřebí aktivně si vyhledávat informace o daných kulturách.

Být empatický k odlišné kultuře klientů: Informace a snaha pochopení nestačí. Je zapotřebí překonat egocentrismus, jinak naše úvahy o klientech/kách budou zkreslené.

Projevovat úctu ke klientům/kám a jejich kultuře: Dá se říct, že je to jedna z cest, jak překonávat překážky ve vzájemné komunikaci. Každý z nás potřebuje upevnit svou hrdost, důstojnost, sebevědomí, vědět, že si nás okolí váží a respektuje nás. Projev úcty lze několika způsoby, např. pomocí správných paralingvistických prostředků, zapojit klienta/ku do rozhodování, podporovat jejich zvyky a jiné.

Mít trpělivost: Dosáhnutí potřebného vztahu se vzájemnou důvěrou potřebuje dostatek času a především trpělivosti.

Analyzovat své chování: Uvědomit si sama sebe, své kulturní hodnoty a odlišnosti. Památovat na rozdílnost kultur mezi zdravotníkem a klientem/kou. Pro pečující je také důležité znát názor klienta/ky na kulturu, ke které právě pečující náleží (Kutnohorská, 2013, s. 47 – 48).

V rámci evropské rady světové zdravotnické organizace o právech pacientů schválila v Amsterdamu ve dnech 28. – 30. března 1994 dokument Principy práv pacientů v Evropě. Jedná se o soubor zásad, které podporují a uplatňují práva pacientů evropských členských států EU. V dokumentu je několikrát zdůrazňováno, že při poskytování zdravotní péče musíme brát ohled na kulturu klienta/ky (Říčková, 2003).

„Každý má právo, aby byly respektovány jeho morální a kulturní hodnoty, náboženské a filozofické přesvědčení“ (Principy práv pacientů v Evropě, Lidská práva a hodnoty zdravotní péče, oddíl 1, bod 5).

„Informace se musí pacientovi podávat způsobem vhodným pro jeho možnost pochopit ji, je nutné omezit na minimum technickou terminologii. Když pacient neovládá jazyk, v němž se s ním komunikuje, je třeba zajistit vhodnou interpretaci“ (Principy práv pacientů v Evropě, Informovanost, oddíl 2, bod 4).

„Pacienti mají právo, aby se s nimi zacházelo důstojně ve vztahu k jejich diagnóze, léčbě a ošetření, a to při respektování jejich kultury a žebříčku hodnot“ (Principy práv pacientů v Evropě, Péče a léčba, oddíl 5, bod 8), (Kutnohorská, 2005, s. 46).

2 KOMUNIKACE

Největším problémem mezi lidmi různých kultur je bezesporu verbální, neboli slovní komunikace. Dále jsou to rituály a neverbální komunikace (Plevová, 2011, s. 140).

Pro dobrou a především efektivní komunikaci s klientem/kou je potřeba naučit se porozumět jeho názorům, hodnotám, pravidlům chování a jednání. V praktické rovině je třeba zahrnouti jazykové dovednosti, paralingvistické dovednosti, neverbální komunikaci, vnímání času, názor na svět či oslovení klienta. Přehlížení zmiňovaných složek můžeme zapříčinit komunikační bariéru (Plevová, 2011, s. 140 – 141, Kelnarová, 2009, s. 77).

Úcta k člověku je základním kamenem k dobré komunikaci. Pokud projevíme úctu k člověku, znamená to, že respektujeme jeho důstojnost. Uznáváme jeho osobu, ceníme si ho, klademe obdiv k jeho kvalitám. Úctu můžeme projevit navenek, slovy nebo gesty. Neměli bychom klientem/kou opovrhovat, vystavovat ho/ji riziku neinformovanosti, lhostejnosti nebo ho dokonce ponižovat (Kutnohorská, 2013, s. 57).

2.1 Specifika multikulturní komunikace

PA, lékař, každý zdravotnický pracovník, který poskytuje zdravotnickou péči klientům/kám různých kultur, by měl ovládat minimální dovednosti v oblasti multikulturní komunikace, protože při poskytování zdravotní péče nelze nekomunikovat! Především neverbální komunikace je velmi významná. Je těžké se ji naučit, ale má velký vliv. Klient/ka si většinou nepamatuje, co jemu/ji sdělíme, ale pamatuje si, jak to sdělíme, jak se přitom cítil/a. Zásadní je první dojem a to nejen v komunikaci s cizinci! Pro vytvoření prvního dobrého dojmu, který je zásadní zejména pro získání klienta ke spolupráci, je velmi důležité především pozdravení. V asijských kulturách první dojem uděláme tím, že pozdravíme – tedy se mírně ukloníme (Kutnohorská, 2013, s. 68, Průcha, 2010, s. 148 - 149).

Překážky v komunikaci nemusejí být zapříčiněny jen neznalostí jazyka nebo špatnými projevy neverbální komunikace. Mohou být zapříčiněny jinými stereotypy a etnofaulismy (neoficiální pojmenování dané kultury, mají většinou ironický až vulgární význam, Slovník cizích slov, 2016), (Kutnohorská, 2013, s. 68).

Základní pravidla při komunikaci s klientem/kou odlišné kultury. Při prvním setkání je v nejlepším případě navázat rozhovor pozdravem v jeho/jejím rodném jazyce. Neznáme-li jazyk, ve kterém mluví, nesnažíme se mluvit příliš nahlas, výrazně artikulovat a vytvářet

jednoduché věty. Klient/ka nejsou mentálně postižení nebo nedoslýchaví, ale mají potíže v neznalosti jazyka a schopnosti s tímto jazykem verbálně komunikovat.

Nejlepším řešením je poskytnutí tlumočnicka. V případě, že tlumočnick není k dispozici, pomáháme si neverbální komunikací (gesta, mimika, piktogramy atd.). Důležité je brát na zřetel, že klient/ka jsou v neznámém prostředí, mají stud, mohou mít bolesti, cítit se nejistě, proto k nim přistupujeme co nejvlídněji, s trpělivostí. Dbáme na vlastní způsob chování, protože právě gesta, mimika, osobní úprava, jsou základními informacemi, které si klient/ka uvědomují a zapamatují (Halmo, Špirudová, 2006, s. 77 – 79).

Komunikační karty neboli piktogramy jsou jednou z mnoha pomůcek při komunikaci s klienty jiného etnika. Využívají se především v případě, jedná-li se o negramotného klienta/ku nebo dítě. Každé pracoviště by mělo mít své vlastní komunikační karty, které vystihují právě jejich oddělení i se specifickými požadavky. Piktogramy, by měly být především co nejjednodušší a nejmýstižnější (Špirudová, 2013, s. 77 – 78).

Ústní tlumočení neboli nasazení ústního tlumočnicka se provádí na základě vneseného požadavku. Každé zdravotnické zařízení má přístup k internetu, kde je aktuální seznam překladatelů vnitřní nemocniční tlumočnické služby. Pracovník si může vyhledat konkrétního tlumočnicka a osobně se s ním kontaktovat. Tento seznam je každé čtvrtletí aktualizován. V případě nenalezení vhodného tlumočnicka z vnitřní nemocniční tlumočnické služby, se přechází k hledání vhodného tlumočnicka v neziskových organizacích (např. Most pro lidská práva) a v posledním případě se hledá v oblasti tlumočnických agentur, kdy náklady za poskytnuté služby si hradí klient/ka sám, pokud tomu není jinak (Janáčková, 2011–12, s. 10).

Tlumočení po telefonu je v České republice zatím na začátku, ale ve světě hojně využívaná alternativa v komunikaci s cizinci. Agentury v zahraničí nabízejí dokonale vypracované programy od vzdělávání tlumočnicků až po jejich realizaci s klienty (Perníková, 2012, s. 5).

Zásady při komunikaci s klientem/kou jiné kultury

- 1) Jazyk – zjistit si v jakém jazyce dotyčný/á komunikuje, zda je potřeba zajistit si tlumočnicka, aby byla péče o klientku efektivní.
- 2) Hovořit pomalu, artikulovat, zbytečně nezvyšovat hlas, v případě částečné znalosti jazyka.
- 3) Mluvit v jednoduchých větách.
- 4) Naučit se alespoň základní slova z jazyka, ve kterém klient/ka dovede komunikovat.

- 5) Neuspěchat hovor s klientem/kou, vymezit si dostatek času.
- 6) Nevytvářet si zbytečné jazykové a kulturní předsudky.
- 7) Pozorně naslouchat a všímat si i projevů neverbální komunikace.
- 8) Je-li to možné, poskytnout klientovi/ce informační materiály v jazyce, kterému rozumí.
- 9) Pro upřesnění informací používat obrázky, piktogramy.
- 10) Respektovat osobu klienta/ky, jako jedinečnou osobnost, která má své návyky, náboženské vyznání atd. (Plevová, 2011, s. 141).

2.2 Verbální komunikace

Verbální komunikace je specifický prostředek komunikace mezi lidmi, ve formě mluvené nebo psané. Z historického hlediska se jedná o nejmladší a nejvyspělejší formu komunikace. Verbální komunikace je dorozumívání pomocí slov, je zprostředkována jazykem a jeho významem.

Pokud klient z důvodu neznalosti jazyka nedovede vyjádřit a popsat své obtíže, jedná se o neuspokojování potřeby komunikace (Kutnohorská, 2013, s. 68, Kutnohorská, 2005, s. 63).

Způsob oslovování může být napříč kulturami odlišné, v závislosti zda se jedná o oslovení na veřejnosti nebo v soukromí. V Česku, Polsku, Rakousku, Maďarsku a Slovensku je preferovanější formální oslovení s hojným používáním titulů před jmény. Základem je, zeptat se klienta, jak si přeje být oslovován. Získané informace zaznamenáme do ošetrovatelské dokumentace, pro své kolegy. Při prvním kontaktu s klientem bychom se neměli zapomenout představit sami!

Tvorba jména se může také lišit. V České republice jsme zvyklí, že vdaná žena přejímá příjmení po svém muži a děti přebírají příjmení po otci. V Rusku, dítě dostává křestní jméno otce, zároveň i příjmení otce. V Latinské Americe, kde se mluví španělsky, dostávají děti příjmení po otci a hned za ním i příjmení po matce, ale v běžném životě užívají pouze příjmení otce. V Jižní a Severní Koreji celé jméno začíná příjmením, následuje střední jméno a nakonec křestní jméno. Podobný systém mají i Vietnamci.

Pravda je pro Evropany v rozhovoru běžná. Pokud při svém projevu lže, je si vědom amorálního jednání. Za to např. Afgánci se pravdy nedrží striktně a nepovažují toto chování

za amorální. V jejich kultuře může někdy pravda více ublížit nebo urazit a proto volí variantu lži.

Tykání/vykání je pro Českou zemi přirozené. Pro vyjádření jednotného a množného čísla 2. osoby máme dva tvary (ty/vy). Obdobné je to i u většiny slovanských jazyků. Ale např. i u francouzů a německy mluvících národů. V angličtině používají tvar (you), který vyjadřuje jednotné a množné číslo. Chtějí-li vyjádřit úctu, používají oslovení pan (Mr.), paní (Mrs.), nebo slečna (Miss). V přátelském vztahu používají křestní jméno. Ve Vietnamštině neexistují slova „já“, „ty“ a „vy“. Vyjádření úcty záleží na dané situaci, zda se jedná o osobu stejného věku, starší osobu nebo mladší, oslovují se pán/paní nebo použijí jméno a využívají spoustu zdvořilostních obrátů (Kutnohorská, 2005, s. 64 – 65).

Způsob mluvy, zde je důležité znát, jakým způsobem lidé mluví v zemích, kde mají velký vliv normy a hodnoty dané kultury. Anglosaská kultura považuje za velmi nezdvořilé přerušování řeči, v momentu kdy domluví jeden, může teprve začít mluvit další. Románské kultury naopak skákání do řeči akceptují, zvládají mluvit a zároveň poslouchat. V Japonsku je konverzace přerušována chvílemi ticha. PA/zdravotník může mít pocit, že mu klient nerozumí, ale naopak mu tím dává najevo respekt a naznačuje tím, že o daném problému/doporučení přemýšlí (Kutnohorská, 2013, s. 69).

2.3 Neverbální komunikace

Neverbální komunikace je v praxi nepostradatelná a velmi důležitá. Je významná jak už při znalosti či neznalosti jazyka klienta/ky, ale i při komunikaci ve společném jazyce, kterým je v dnešní době většinou angličtina. Při ošetřování musíme myslet především na fakt, že klient je na prvky verbální nebo neverbální komunikace citlivější.

Výraz tváře je jeden z projevů neverbální komunikace, kde nenajdeme rozdíly, s ohledem na původ člověka. Lidé shodně vnímají a projevují překvapení, strach, hněv, smutek, znechucení a překvapení. Výraz tváře je vrozený jev (Kutnohorská, 2013, s. 69 – 70).

Pozdrav a podání ruky – pozdrav je další velmi významný projev neverbální komunikace. Ve většině evropských zemí je podání ruky součástí pozdravu. Dáváme tím najevo náklonnost. Podání ruky můžeme vyjádřit projev úcty, např. při kondolenci podání ruky znamená, že s dotyčným soucítíme a máme pochopení pro jeho těžkou chvíli.

Francouzi a Němci pevným styskem ruky potřesou jednou nebo dvakrát a potom ji krátce podrží. Angličané potřesou rukou třikrát až pětkrát a v Americe pětkrát až sedmkrát. Arabové,

Asiaté, Indiáni někdy po potřesení vyčkávají v delším podržení ruky. V některých zemích s k potřesení rukou přidává polibek na tvář. Například ve Skandinávii se spokojí s jedním polibkem, Francouzi dávají přednost dvěma políbením na obě tváře. Rusové, Holanďané a Belgičané dávají trojitě políbení na tvář. Polský gentleman vyjádří úctu ženě políbením na ruku. Jiné národy považují tělesný kontakt za vyjádření nezdvořilosti. Japonci se při prvním představení před sebe postaví a navzájem se ukloní. Čím je člověk společensky významnější, tím je jeho úklon menší a naopak (Kutnohorská, 2013, s. 70).

Dotek při rozhovoru může v některých případech způsobit pohoršení. Následující tabulka (Tabulka 1), uvádí přehled zemí, kde je dotýkání přijatelné a naopak kde, je nepřijatelné. Ve zdravotnictví může mít dotek hlubší význam, při vyšetření nebo při projevu empatie.

Tabulka 1 Přípustnost a nepřípustnost doteků

Nedotýkat se	Dotýkání dovoleno
Německo	Indie
Japonsko, Vietnam	Turecko
Anglie	Francie
USA a Kanada	Itálie
Austrálie	Řecko
Nový Zéland	Španělsko
Estonsko	Střední východ
Portugalsko	Severní část Asie
Severní Evropa	Rusko
Skandinávie	

Kutnohorská, 2013, s. 71.

Gestikulace je podmíněná danou kulturou. Výraznější gestikulaci mají jižní národy, severní naopak méně výraznou. Také „Asiaté“ gestikulují méně, ale konkrétní gesta mají svůj význam např. úklon znamená pozdrav a projev úcty (Kutnohorská, 2013, s. 70 – 71).

Smrkání – Evropané a Američané smrkají do látkových nebo papírových kapesníků. Na rozdíl, Asiaté frkají a plivají. Vzájemně tyto skupiny považují toto chování za neslušné. Přitom smrkání do kapesníků má své opodstatnění, v podobě prevence šíření proti tuberkulóze. Protože plivání a frkání okolo sebe přispívá k šíření nejen tuberkulózy. V západních zemích je považováno za velmi nevlídné (Kutnohorská, 2013, s. 71).

3 SPECIFIKA ETNICKÝCH SKUPIN

Důvody, proč cizinci přicházejí do České republiky, jsou různé. Především jsou motivováni ekonomicky a hledají zde práci. Není tedy překvapením, že nejvíce se do České republiky stěhují mladí muži ve věku 25 – 39 let, např. Ukrajinské a Vietnamské národnosti. Menší počet imigrantů představují studenti, kteří v České republice chtějí získat vzdělání a možnost lepšího pracovního uplatnění a celkově lepšího postavení v dalším životě. Dále jsou to děti a lidé v post produktivním věku, kteří doprovázejí své rodiče a příbuzné (Šerek, 2012, s. 30).

Následující kapitola se věnuje specifikům péče v porodní asistenci a zdravotní péči u romského, mongolského u ukrajinského etnika. Výběr zmíněných etnických skupin byl dle vlastního uvážení a byly zařazeny i do dotazníkového šetření. Za předpokladu, že právě tyto etnické skupiny se nejčastěji vyskytují v našich zdravotnických zařízeních.

3.1 Romové

Původem pocházejí z Indie. V dnešní době žijí po celém světě, nejčastěji však v Evropě. Na území Čech a Moravy přišli ve 14. století. Romové netvoří jednotnou skupinu, ale dělí se do několika skupin, podskupin a rodů. V České republice jsou děleni do pěti subetnických skupin. Jednotlivé skupiny mají své zvyklosti, dialekt, rodové profese a styl života (Tóthová, 2012, s. 21, Plevová, 2011, s. 163).

Romům bývá vyčítáno, že se neumí „kulturně“ chovat. Paradoxně, právě jejich kultura je nejvíce obdivována a obyvatelstvo o ní jeví největší zájem. Znakem romské kultury je vnitřní síla a energie. Většina českých Romů se hlásí k římskokatolickému náboženství. Traduje se, že jejich skutečná víra je zajímavou symbiózou vlastních zvyků a pověr, které si přinesli z dob Indie. Víru v Boha chápou v širším slova smyslu (Plevová, 2011, s. 164 – 165).

Rodina je pro ně v žebříčku životních hodnot, vždy na prvním místě. Nenajdeme snad jiný národ s tak velkými rodovými vazbami. Žijí ve třech i více-generačním příbuzenstvu. Ve většině případů nerozlišují stupně příbuznosti (sestra, sestřenice). Muž je hlavou rodiny, rozhoduje, nese za rodinu zodpovědnost. Žena o rodinu pečuje, vychovává děti a poslouchá svého muže. v rodině si všichni pomáhají a podporují se (Kelarová, 2009, s. 80).

Komunikace – ve verbální komunikaci preferují romštinu, ale většina se velmi dobře domluví česky. Neverbální komunikace je velmi živá a bohatá. Verbálně i neverbálně výrazně projevují své aktuální city. Naopak jsou velmi dobře vnímaví a zpracují většinu

informací mimoslovně. Dovedou vyčíst podtext každé věty a zjistit, zda to opravdu dotyčný myslí upřímně.

Zdraví a nemoc – zdraví pro Romy znamená jednak fyzickou odolnost, ale také sociální zajištění a toleranci společnosti. V období nemoci a léčby mohou mít slabou vůli. Rodina v době nemoci hraje velkou roli. Bez ní jsou nesamostatní a ustrašení. Díky tomu se mohou projevovat stavy méněcennosti a mohou být agresivní vůči zdravotnickému personálu. Za největší obtíž je považována především nedůvěra vůči personálu. Naopak pokud si jejich důvěru pracovník získá, jejich vděk a laskavost nezná mezí. Problémem také bývá v komunikaci s rodinou. Je potřeba zjistit, komu se mohou podávat informace a s kým z rodiny bude personál jednat. Romové velmi intenzivně pocítují strach z bolesti a ze smrti. Ke každému romskému klientovi/ce přistupujeme individuálně, trpělivě, dbáme na důkladnou edukaci a ověřujeme si, zda všemu rozumí. Při komunikaci volíme vhodné výrazy, aby jim klient/ka rozuměli (Ivanová, 2005, s. 183 – 185, Tóthová, 2012, s. 35 – 36).

3.1.1 Péče v porodní asistenci

V romské komunitě dodnes přetrvává trend, že sexualita je v tabu a nemluví o ní. Romská děvčata, tak nemají více méně žádné informace a např. antikoncepce jim nic neříká. Není ničím neobvyklým, že romské dívky své první dítě přivádějí na svět ve svých šestnácti letech, i když menstruace bývá u romských žen posunuta. Díky nízkému věku, kdy nebyl dokončen jejich duševní i tělesný vývin, mívají v těhotenství a při porodu řadu problémů. Intervaly mezi porody jsou někdy i do roka od narození jednoho dítěte (Klimková, 2016, s. 22 - 23 , Plevová, 2011, s. 166, Tóthová, 2012, s. 29).

Obecně lze říci, že romské ženy mívají délku těhotenství kratší. Spousty romských dětí se narodí předčasně a to je i jedna z příčin, že porodní váha bývá u romských dětí menší. Na rozdíl od předčasně narozených neromských dětí, prospívají lépe (Tóthová, 2012, s. 29).

Těhotenství

Těhotná žena je v romské kultuře „*požehnaním*“ a přináší štěstí. Traduje se, že se v době těhotenství se žena nesmí dívat na postižené lidi, zesnulé a na škaredá zvířata např. hady, pavouky, žáby aj. z důvodu „*ochrany plodu*“. Také by neměly sahat na zvířata se srstí, aby se dítě nenarodilo s chlupy. Dříve těhotné do poslední chvíle pracovaly. Žena, která byla šetřena by měla těžký porod.

Těhotné ženy mají v rodině dobré postavení a jsou privilegované. Například musí dostat vše k jídlu, na co mají právě chuť. Při soužití ve společných osadách, musely ostatní ženy nabídnout své jídlo těhotné ženě. Naopak těhotná nesměla nabídnuté jídlo odmítnout. V některých romských skupinách se traduje, že by těhotná neměla jíst kyselé, jinak bude mít zlé dítě. Těhotná se nesmí nikde lesknout, kdyby se leskla a dotkla se některého místa na těle, na tom samém místě by dítě mělo skvrnu. Po celou dobu těhotenství nesmí nosit žádné korále, řetízky, nic co je svazuje, dítě by se mohlo omotat kolem pupečníku. Pokud má žena břicho kulaté, má chuť na sladké a nečistou pleť, narodí se jí holčička. Pokud bude mít břicho špičaté, chuť na ostrá jídla a pleť čistou, narodí se jí chlapeček. Do společnosti chodí vždy v doprovodu partnera. Neměla by nadávat a používat neslušné slova. Naopak by měla být veselá a zpívat si (Klimková, 2016, s. 24 -25, Tóthová, 2012, s. 29, Bystrý, 2010).

Porod

Dříve romské ženy rodily ve svých domácnostech, s porodními bábami, nyní ale rodí v porodnicích. Zde jim velmi chybí přítomnost a podpora rodiny. Proto není ničím neobvyklým v době porodu potkat rodinné příslušníky v okolí porodnice. Také mohou být v bezprostředním kontaktu s rodičkou. Díky tomu se ostatním mohou zdát velmi hluční a jejich chování může být považováno za nepatřičné.

Při porodech jsou romské ženy velmi citlivé na bolest. Některé romské ženy po porodu odcházejí domů, aby měly pohlavní styk s otcem dítěte. Bojí se, že kdyby tak neučinily, muž by jim utekl za jinou ženou. Do porodnice se vracejí až pro své novorozené dítě. (Kelnarová, 2009, s. 80, Ivanová, 2005, s. 181, Plevová, 2011, s. 166).

Traduje se, že v době porodu ležely na zemi, měly rozpuštěné vlasy a nesměly na sobě mít žádné ozdoby, sponky, šperky a kovové předměty, neboť by měly těžký porod. Nešťastné dny pro narození dítěte považují pondělí, pátek, také v době půlnoci nebo na dušičky. Nejšťastnější období pro narození miminka je okolo Vánoc a v ranních hodinách. Během porodu ženě omývali obličej svícenou vodou a proti bolesti ji dávali napít čaje nebo alkoholu. Předměty, které byly použity při porodu zahrabávali společně s placentou. Někdy zanechali otci pro štěstí pupeční šňůru (Ivanová, 2005, s. 180 - 182 , Bystrý, 2010).

Šestinedělí

V době šestinedělí, byla žena považována za nečistou. Nesměla se dotýkat jiných dětí, dívat se do zrcadla, aby nepopraskalo. V některých skupinách zakazovali maminkám,

aby se ukazovaly mužům, tento zákaz končil uplynutím doby šestinedělí. S chodem rodiny dopomáhaly sousedky. Dříve ženy kojily i několik let, jedly dostatek polévek, prsa uchovávaly v teple, aby podporovaly tvorbu mléka. Dnes kojí do jednoho roku dítěte. Mívali strach o novorozence, do doby než byl pokřtěn. Především z uhranutí a záměny dítěte. Pro jejich ochranu jim na předloktí, na kočárek atd. uvazovaly šňůrky, především červené barvy, nikdy ne však bílé barvy. Tyto šňůrky měly odpuzovat zlé síly a zabránit lidem, aby se dívali miminku do očí. Díky výrazné červené barvě jejich pohled spadl právě na šňůrku a dítě bylo zachráněno. Po křtu dítěte byly zlé síly zažehnány. Křest celkově považují za velmi významnou událost a nesmírně si váží kmotrů. Dokonce si s nimi z úcty začínají vykat, i když před křtem byli dobrými přáteli a tykali si (Klimková, 2016, s. 26, Bystrý, 2010).

3.2 Ukrajinci

Ukrajina se nachází ve střední a východní Evropě a má status republiky. Po Rusku je druhou největší zemí Evropy. Česká země je pro ukrajinské imigranty tradičně hostitelským prostorem. Přítomnost Ukrajinců na českém území se traduje od 16. a 17. století. V posledních letech je Česká republika pro Ukrajince především cesta za lepším životem, přestože většina ukrajinských přistěhovalců neplánuje v Česku zůstat natrvalo.

Ukrajinská kultura vychází z náboženských (křesťanských) tradic. Především pravoslavi, ale také řeckého katolictví. Také ruský vliv má na ukrajinskou kulturu velmi silný vliv (Plevová, 2011, s. 142 – 144, Tóthová, 2012, s. 53 – 60).

Rodina je pro Ukrajince velmi důležitá a velmi si ji váží. Dříve býval živitelem rodiny vždy muž. V dnešní těžké ekonomické době, kdy roste velká nezaměstnanost, spíše živobytí obstarává žena. Počet dětí v rodinách výrazně klesá, z již zmíněných ekonomických důvodů a potíží. (Kelnarová, 2009, s. 86).

Komunikace – jejich rodným a státním jazykem je ukrajinština. V úředním styku je také používána ruština. Ukrajinci v Česku mají velmi slabé znalosti cizích jazyků, proto komunikace s nimi bývá obtížná. Jsou velmi přímočaří a řeknou vše, jak cítí, při otázce „*jak se máte*“ se rozprávají dopodrobna o svých pocitech. Při rozhovoru se zpravidla dívají přímo do očí. Jsou velmi svérázní k dodržování termínů. Přesnost považují za váženou, ale je třeba počítat do jisté míry s nespolehlivostí. Jsou velmi trpěliví, naslouchají a dovedou druhému projevit takovou poklonu, jako jiný národ na světě (Plevová, 2011, s. 144 – 145, Kutnohorská, 2013, s. 116).

Role pacienta – Ukrajinci jsou jako klienti/ky velmi milý, ukáznění, emocionálně se moc neprojevují a nemají žádné speciální požadavky. Rodinní příslušníci do nemocnice velmi často nezavítají, protože většina z nich nebydlí na území ČR. Největším problémem může být komunikace a neznalost jazyka. Velkou pozornost musíme věnovat zdravotnímu pojištění, zda a kde jsou pojištěni (Plevová, 2011, s. 146).

3.2.1 Péče v porodní asistenci

Sociální a ekonomická situace je na Ukrajině spíše špatná. Těhotná žena si musí veškerou péči za porod hradit sama. Stát ji hradí pouze v rámci předporodní péče sanatorium. Porod bez komplikací v Užhorodské oblastní nemocnici stojí 300 USD, což představuje asi 7000 Kč a to není vše. Dále si musí obstarat veškeré léky a pomůcky k porodu, což stojí v rozmezí 60 – 100 USD (cca 2000 Kč). Veškeré zmíněné finance, jsou hrazeny za standardní péči, nikoliv za nadstandardní. Některé rodičky dokonce jezdí rodit do Maďarska, kde porod stojí okolo 1000 USD (24000Kč), z toho se dá soudit, že Užhorodská nemocnice nebude příliš kvalitní. Co se týče péče, nejlepší zdravotní zařízení jsou v Zakarpatí. Také je dobré si porodníka a nemocniční zařízení zajistit s co největším předstihem (Ukrajina, 2011).

Antikoncepce je na Ukrajině také příliš drahá a pro většinu ukrajinského obyvatelstva stejně nedostupná jako interrupce. Nechtěná těhotenství se proto ukončují (ze sociálních nebo finančních důvodů) v pokročilých stádiích těhotenství (Kelnarová, 2009, s. 86).

Ukrajinské rodičky bývají velmi vstřícné a nemají žádné zvláštní požadavky na péči. Své emoce příliš neprojevují.

Ukrajinci, žijící na našem území, považují prenatální péči za velmi důležitou a pravidelně docházejí na pravidelné kontroly. V těhotenství se chovají velmi zodpovědně. Stále častěji se setkáme, že ukrajinské ženy doprovází k porodu partner. Dříve tomu tak nebylo. Ukrajinské rodičky bývají velmi vstřícné a nemají žádné zvláštní požadavky na péči. Své emoce příliš neprojevují (Kelnarová, 2009, s. 86, Nováková, 2014, s. 29, Plevová, 2011, s. 145 – 146).

4 SPECIFIKA VIETNAMSKÉHO ETNIKA

Vietnam je neformálně označené pro Socialistickou republiku Vietnam, která se rozkládá na v oblasti jihovýchodní Asie na východě poloostrova Zadí Indie při pobřeží Jihočínského moře. Při pobřeží se rozkládají nížiny v nitrozemí se vypínají hory. Pro Vietnam jsou typické nekonečná rýžová pole a stálezelené tropické lesy. Hlavní obživou obyvatel je zemědělství, zejména pěstování rýže, kávy, pepře a kešu ořechů. Vietnam má velmi bohatou historii, která se formovala a rozvíjela od pradávna až do dnešní podoby (Tóthová, 2010, s. 33).

V souladu společenskými, politickými, ideologickými a mocenskými změnami v první polovině 20. století začala migrace vietnamských učňů a studentů i do českých zemí, především od druhé poloviny 50. let. Zprvu to bylo pouze pár studentů ročně. Od 70. let se počet navyšoval až na několik tisíc ročně. Do roku 1989 se jednalo výlučně o organizované pobyty, např. několikaleté pracovní a studijní pobyty podléhající mezivládním dohodám mezi oběma zeměmi. Po listopadu 1989 se naopak povaha migrace změnila za účelem sjednocení rodiny. Vyskytlo se i spousta navrátilců, kteří migrovali zpět do Vietnamu (Freidingerová, 2014, s. 80).

V dnešní době je u vietnamského obyvatelstva prioritou realizace zaměstnání a podnikání (6 666 Vietnamců), slučování rodin (3 675 Vietnamců), humanitní a jiné (532 Vietnamců), studijní aktivity (205 Vietnamců), (Český statistický úřad, 2015).

Jazyk a písmo – Vietnamci mají tzv. tonální jazyk, kde se rozlišuje 6 tónů. Zapisuje se latinkou s hojným výskytem diakritických znamének a tónových značek. Celou slovní zásobu tvoří jednoslabičná slova.

Ve Vietnamštině neexistuje vykání nebo tykání. Pokud chtějí vyjádřit zdvořilost, používají spoustu zdvořilostních obrátů, kde nejvýznamnějším podnětem je věk komunikujících.

Ve Vietnamské komunikaci se téměř nesetkáme se záporem. Na otázku ano či ne dostaneme odpověď „*musíme si to promyslet*“ (Tóthová, 2010, s. 35 – 36).

Náboženství – Ve Vietnamu nalezneme zastoupení hned několika náboženských směrů. Především buddhismus mahájánového typu (asi 50% obyvatel). Nemalou část buddhistů tvoří zen-budhisti. Další část buddhistů tvoří sekta Hoa Hao, upřednostňující osobní víru, před komplikovanými rituály.

Ve Vietnamu najdeme i velkou část katolíků, přibližně 8 milionu věřících, což představuje skoro 10% z celkového počtu obyvatelstva. Dalším náboženskými směry jsou taoismus a konfucianismus.

Okrajově je zastoupen i islám (přibližně 0,5% populace) a hinduismus (zbytky indické komunity). Přibližně 2 miliony obyvatel se přiklání k sektě Cao Dai, která dokázala skloubit filozofii a náboženství nejdůležitějších východních a západních směrů (Plevová, 2011, s. 154).

Etiketa a komunikace – Do pravidel slušného chování zahrnují Vietnamci např. nezatěžovat své blízké stížnostmi svými problémy. Cizí muž se nedotýká cizí ženy. Za neslušné považují položení nohou na nábytek. Pokud podávají jakoukoliv věc, podávají ji oběma rukama a přitom provedou malý úklon, tím dávají najevo svou úctu. Při podání rukou, levou rukou ještě stisknou již stisknuté pravice. Nepoužívají kapesník, považují to za neslušné, místo toho frkají a plivají okolo. Příímý pohled do očí je pro ně projevem domýšlivosti a povýšenosti. Pokud chtějí někoho přivolat, nepoužijí ukazováček, ale hřbet ruky, který otočí směrem nahoru a pokyvují rukou v zápěstí. Zkřížení rukou na prsou naznačuje rozčilení nad daným rozhovorem. Je pro ně nepřijatelné líbání na veřejnosti.

Pro uctivé chování volíme pomalé a klidné pohyby. Vietnamci jsou velmi dochvilní a na sjednanou schůzku přicházejí včas. Při návštěvě vietnamské rodiny vždy přineseme malý dar, ale pozor nikdy nevolíme červené růže. Nebavíme se o politice a intimních záležitostech. Při rozhovoru v zdravotnickém zařízení připomeneme, že intimní otázky jsou součástí anamnézy, která je nezbytná k další možnosti léčby.

Pohlazení po vlasech je výsadou rodičů, jedná se o velmi osobní záležitost. Především pro vietnamské dívky jsou vlasy tím jediným „pokladem“ a ozdobou co mají. Hlava je považována za něco cenného „sídllo života“, neměli bychom hladit po vlasech ani malé děti (Plevová, 2011, s. 154, Kutnohorská, 2013, s. 111, Tóthová, 2010, s. 156).

Při oslovení používají pán/paní nebo jméno. Muži se často drží za ruce, jako výraz přátelství. Objímání si nechávají pro rodinné příslušníky v soukromí domova. Často se usmívají a nahlas smějí. Může to být reakce na to, že vám nerozumí, jsou v nesnázích a neví si rady. Úsměv může vyjadřovat i omluvu, pozdrav (ahoj) nebo děkuji. Přikývnutím vyjadřují souhlas, mrknutím naopak nesouhlas a nevhodnost. Vietnamci, kteří jsou v ČR jen krátkou dobu, nerozumí česky a mluví pouze ve vietnamštině. Komunikaci v českém jazyce za ně přebírá vedoucí představitel jejich komunity (Plevová, 2011, s. 154 – 155, Ivanová, 2005, s. 195).

Stravování – Vietnamci se v ČR stravují pravidelně a podle požadavků zdravé výživy. Ve svém jídelníčku upřednostňují maso, zeleninu a ovoce. Každý den konzumují rýži.

Jedí třikrát denně, oběd a večeře jsou hlavní jídla. Ústy nepřijmou nic studeného. Hodně pijí, především čaje bez citronu a cukru a vodu pokojové teploty. Nepijí žádné studené nápoje, vůbec nepoužívají led do pití. Minimálně konzumují mléko a mléčné výrobky, věří, že způsobují střevní obtíže. Sůl používají velmi jemně.

V době nemoci nejraději konzumují rýžovou kaši, zeleninu, ovoce a teplé vývary se zeleninou a rýží. Při hospitalizaci mají problém s českými jídly. Většina z nich i v této době konzumuje především asijská jídla, která jim přináší rodinní příslušníci a známí (Tóthová, 2010, s. 87, 137 – 138, Ivanová, 2005, s. 197).

Rodina – Struktura rodiny je ve většině případů patriarchální. V rodině rozhoduje tedy otec nebo nejstarší syn, který dědí veškerý majetek. Manželka je podřízená. Při výchově svých dětí šetří chválou a kladou důraz na úspěch, samostatnost a nezávislost. Rodina je pro ně celkově velmi důležitá, uctívají své předky.

Spory v rodině a další problémy řeší v soukromí, nevyhledávají soudní instituce. Děti jsou ke svým rodičům uctívají a považují je za přirozenou autoritu. O své rodiče se starají až do konce života (Kelnarová, 2009, s. 83 – 84, Plevová, 2011, s. 155).

Zdraví a nemoc – Pro Vietnamského klienta/ku je nemoc poruchou rovnováhy mezi jin a jang = rovnováha a harmonie. Většina z nich prvně zkouší domácí léčení a až v případě nelepšícího nebo zhoršujícího se stavu, navštíví lékaře. Závažnost stavu klienta/ky, je vhodné prvně konzultovat s rodinou. Především s otcem rodiny nebo s nejstarším bratrem. Konzultace je vhodná především z důvodu, že příbuzní si nepřejí, aby nemocný trpěl, byl ve stresu a sami chtějí rozhodnou jaké informace nemocnému podat.

Je nutné respektovat intimitu a to především u vietnamských žen. Nejčastěji se sprchují ráno a nevyžadují pomoc, ale v případě dopomoci u hygieny upřednostňují rodinné příslušníky stejného pohlaví nebo zdravotníky stejného pohlaví.

Říká se o nich, že mají velmi vysoký práh bolesti. Nechtějí brát žádné tišící látky proti bolesti ze strachu, že může vzniknout návyk na tyto látky. Proto je velmi důležité pozorovat, zda nemají bolesti, zda něco nepotřebují, protože sami si o pomoc nepožádají. To platí i u zvracení, zácpě nebo průjmu. Při obtížích se samy neozvou, leda až ve velmi závažném stádiu nebo dokud se zdravotník nezeptá sám (Tóthová, 2010, s. 136 – 138).

4.1.1 Péče v porodní asistenci

Vietnamská minorita uznává plánované rodičovství. Mezi nejčastější antikoncepční metody volí kondom (43%) a antikoncepci hormonální (25%). Nitroděložní tělísko je méně časté (11%). Na otázku umělého přerušování těhotenství nemají Vietnamci žijící v ČR jednotný názor. Někteří souhlasí s tím (44%), že nechtěné těhotenství má být ukončeno interrupcí, jiní s interrupcí nesouhlasí (32%), (Tóthová, 2010, s. 112).

Jak se rodí ve Vietnamu

Zdravotnická péče není ve Vietnamu nikterak dobrá. Nemocnice a zdravotnická střediska se nacházejí pouze ve větších městech a ani ty nemají příliš dobrou úroveň. Dokonce se při těžších případech a komplikacích jezdí do některých zařízení v Thajsku (Minaříková, 2012, s. 32).

V horských oblastech, je situace ještě vážnější. Prenatální péče zde téměř neexistuje. Porodní asistentky, zde sice pracují v zdravotnických centrech, kde se 18 měsíců školily a učily k povolání, ale téměř většina tamních žen stejně rodí ve svých domácnostech. Snaha porodních asistentek je těhotné přemluvit, aby rodily ve zdravotnických centrech. Musejí bojovat s předsudky samotných rodin rodičky, politickými a kulturními názory, v neposlední řadě i tradicemi. Věří, že pokud se placenta pohrbí v jejich domě pod postelí, bude mít nemluvně dobré zdraví.

Pokud jsou PA úspěšné, rodička i její rodina souhlasí s porodem v centru, musí jít sama bez dopomoci do zařízení, které je vzdálení i tři hodiny cesty autem. V těchto zařízeních je vybavení velmi skromné. Není zde ani ultrazvuk, první dobu porodní rodička stráví na chodbě. Při samotném porodu je na porodním sálku, kde jsou potřebné pomůcky, lékaři a především čisté prostředí. Po porodu je přenesena na lůžko, kde může odpočívat. V centru zůstává 3 až 4 dny nebo dle názoru lékaře (Ahlmarm, Birthrights - The Mountain Midwives of Vietnam, 2011).

Těhotenství

Těhotenství berou Vietnamské ženy velmi zodpovědně. Dbají správné životosprávy v podobě dostatku masa, zeleniny, vajec a vitamínů. Některé Vietnamky dodržují speciální dietní opatření, aby se vyhnuly porodu velkého plodu. Dle filozofie Jing Jang v prvním trimestru těhotenství nesmí těhotná nic z „*horkých potravin*“ např. zázvor, černý pepř, alkohol a pálivé polévky. Také je dobré se vyhnout melounu, špenátu, ananasu, citrónu a „chladným

potravinám“ např. zmrzlin. Ve druhém trimestru jsou povoleny všechny potraviny. Ve třetím trimestru je ženám doporučeno zmenšit množství jídla a vyhnout se veškerým přírodním náhražkám (Tóthová, 2010, s. 111 – 114, Minaříková, 2012, s. 38).

Během těhotenství nesmí ženy vykonávat žádnou namáhavou práci, především ve třetím trimestru těhotenství. Těhotná žena musí být v teple a dodržuje speciální hygienu např. čištění zubů pomocí slané vody. Velmi těsně před porodem vykonávají speciální očistné rituály a před samotným porodem se samy nebo za přítomnosti otce dítěte vykoupají (Tóthová, 2010, s. 111 – 114).

Je zapotřebí zdůrazňovat důležitost pravidelných preventivních prohlídek, protože je nebudou samy vyhledávat ani využívat. Pokud žena na pravidelné preventivní prohlídky dochází, tak vždy v doprovodu manžela nebo jiného člena rodiny, kterého si žena určí. Těhotenství prožívá celá rodina, pečuje o ženu a věnuje jí hodně pozornosti. Bude-li se muset během těhotenství řešit jakýkoliv problém, bude jej řešit celá rodina, případně žena a její partner. V případě úmrtí dítěte a následně nutné pitvy by opět nastalou situaci řešila celá rodina. Budou-li rodiče nenarozeného dítěte navštěvovat předporodní kurz společně, otec dítěte bude chtít být přítomen u porodu.

Při vyšetření upřednostňují lékařky, tedy gynekoložky. Při neznalosti jazyka volí místo tlumočníku někoho z rodiny, kdo jim překládá (Tóthová, 2010, s. 111 – 114, Minaříková, 2012, s. 38).

Jsou velmi citliví na případné prozrazení pohlaví dítěte, je potřeba si dát pozor při sdělování informací. V porodnici vietnamské ženy dodržují některá z pravidel jejich kultury, proto je nikdy nevidíme smrkat, považují to za neslušné. Je velmi důležité se jich ptát na jakoukoliv možnost potíží přímo, např. zda netrpí zácpou. Samy s obtížemi nepřijdou, prvně zkouší samoléčbu v podobě zvýšeného příjmu tekutin, požívání listové zeleni aj. (Mocková, 2006, s. 3).

Porod

Vietnamské ženy preferují vaginální porod před císařským řezem. Další jejich preferencí je domácí porod, který mohou prožít v rodinném kruhu. Jsou si, ale plně vědomy možných rizik, proto raději svolí k porodu v nemocničním prostředí. Pokud při porodu nastane komplikace, prvně se projedná s otcem dítětem nebo rodinnými členy, zda se tyto komplikace oznámí matce.

Při bolestech si nepožádají i tisíce léky, vše si chtějí odtrpět a zvládnout samy. Pokud budou mít obtíže v podobě vomitu, své obtíže nahlásí až těsně před zvracením nebo vše uklidí a nic neřeknou. Neoznámí únavu ani si nevezmou léky na spaní. Vše vyřeší dostatečný a kvalitní spánek. V první době porodní se vyhýbají nadměrným pohybům a preferují polohu vleže. Nejlépe na boku s podloženou hlavou (Mocková, 2006, s. 3 – 4, Minaříková, 2012, s. 38 – 39, Tóthová, 2010, s. 114).

Šestinedělí

Po porodu je pro vietnamské ženy nejdůležitější spánek a odpočinek. Vietnamky by se neměly po porodu koupat. Některé si dokonce neumývají vlasy po dobu, než začnou plně obstarávat domácnost, což může trvat i měsíc. Přípustné je pouze omytí mořskou houbou. Vietnamky si jsou vědomy, že v našich porodnicích by se s pochopením nekoupat se neuspěly, proto respektují naše pravidla a hygienu dodržují. Dbají na důležitost ve stravování šestinedělky. Ve většině případů Vietnamky nejsou se stravou v českých porodnicích spokojeny, proto jim rodiny nosí jídlo z domova. Nejčastěji rýži, kuřecí vývary a kukuřici.

U novorozence jsou velmi citliví na pohlazení dítěte po vláscích, považují to za neuctivé. Proto je lepší se hlavičky novorozence nedotýkat. Pojmenování dítěte někdy oddalují. Z důvodu, že pojmenování doprovází ceremoniál, který je prováděn až v domě rodičů. Někteří věří v duchy a po narození miminka se o něj z našeho pohledu nestarají a jsou k němu lhostejní. Jen jej nakrmí, přebalí a jinak se o něj nezajímají. Je to z důvodu ochrany proti zlým duchům, aby novorozeně duchové nezczizili. Většina vietnamských mužů si přeje mít první dítě chlapce. Po narození je dítě považováno za 1 rok staré (Tóthová, 2010, s. 114, Mocková, 2006, s. 5).

Některé ženy začínají s kojením až v době plně rozběhlé laktace. Jiné z obavy z nedostatku mléku, velmi brzy dítě odstaví. Všeobecně je ve vietnamské komunitě kojení považováno za nejlepší možnou volbu potravy pro dítě. V průměru kojí do jednoho roku dítěte. Příkrmy dávají nejčastěji v podobě rýžové kaše. Dobře živené dítě je známkou zdraví (Mocková, 2006, s. 5). Velmi zajímavý je pohled Vietnamců na placentu. Neberou ji jako odpad, ale jako lék a je velmi ceněna. V dnešní době se asi Vietnamky nepouštějí do výroby léků z placenty, ale potřebné postupy znají (Tóthová, 2010, s. 111 – 114).

II VÝZKUMNÁ ČÁST

5 METODIKA A VÝZKUM

Tato bakalářská práce je teoreticky – výzkumnou prací. Výzkumné šetření bylo prováděno kvantitativní výzkumnou metodou. Nástrojem šetření byl dotazník (příloha C) vlastní konstrukce s celkovým počtem 14 otázek. Dotazník se skládal z otevřených, tak i uzavřených otázek, u otázek č. 7, 8 a 10 bylo možno vybrat více odpovědí.

Výzkum probíhal v období od 20. 1. 2015 do 28. 2. 2015 na gynekologicko-porodnických oddělení, čtyř zdravotnických zařízení v České republice: fakultní nemocnice, krajská nemocnice, nemocnice oblastní, odborný léčebný ústav. Výběr zdravotnických zařízení byl vybrán záměrně, aby obsáhl základní zdravotnické pracoviště nemocniční (ústavní) péče, kde je možné pracovat jako porodní asistentka.

Po domluvě a schválení výzkumu s vrchními sestrami, daných zdravotnických zařízení, byly dotazníky předány staničním sestram na gynekologicko-porodnických oddělení.

Celkem bylo rozdáno 70 dotazníků, kdy ve fakultní nemocnici, krajské nemocnici a odborném léčebném ústavu bylo rozdáno po 20 dotaznicích. Jen v oblastní nemocnici po přání a domluvě se zdejší vrchní sestrou bylo rozdáno 10 dotazníků. Z celkového počtu dotazníků se vrátilo 64 % (45) dotazníků. Žádný z dotazníků nebyl vyloučen. Konečný počet dotazníků pro výzkum tedy činil 45 dotazníků.

5.1 Výzkumné otázky

Na základě stanovených cílů jsme zvolili následující výzkumné otázky:

- 1) S jakými etnickými skupinami žen se porodní asistentky setkávají na svých pracovištích nejčastěji?
- 2) Jaký největší problém mají porodní asistentky v péči o ženu jiného etnika?
- 3) Jakým způsobem získávají porodní asistentky informace o vietnamském etniku?
- 4) Jaké znalosti mají porodní asistentky v péči o vietnamské ženy?
- 5) Jaké zajímavé zkušenosti mají porodní asistentky ze své praxe při ošetřování žen jiného etnika?

5.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumného šetření se zúčastnilo 45 porodních asistentek, ve věkovém rozhraní 23 – 61 let.

Dotazované PA pracovaly na gynekologicko-porodnických odděleních ve čtyřech nemocničních zařízeních v ČR (fakultní nemocnice, krajská nemocnice, oblastní nemocnice a odborný léčebný ústav). Ve fakultní nemocnici pracovalo 38% (17 PA), v oblastní nemocnici 22 % (10 PA). Dvacet procent PA pracovalo v krajské nemocnici a v odborném léčebném ústavu pracovalo taktéž 20 % PA (9).

Porodní asistentky pracovaly v rámci gynekologicko-porodnických klinik na oddělení šestinedělí 22 % (10 PA), gynekologického oddělení 9 % (4 PA) a porodních sálů 69 % (31 PA). Ve výzkumné části nebylo záměrem zaměřit se na porodní sály, které s velkou převahou dominují, ale obsáhnout všechny gynekologicko-porodnická oddělení, kde je možné pečovat o ženu jiného etnika. Bohužel z oddělení rizikového těhotenství a případně jiného specializovaného oddělení se nezdařilo najít ani jednu respondentku.

Dalším charakteristickým rozdělením porodních asistentek bylo dle odpracovaných let. Škála více než 15 let představovala nejvyšší možnou škálu s odpracovanými roky a zároveň i nejčastěji vybranou možností tedy 27 % (12 respondentek). Rozmezí 11 – 15 let představovalo 11 % (5 respondentek). Druhou nejčastější škálou odpracovaných let se stalo rozmezí 6 – 10 let s 22 % (10 respondentek). Škála 4 – 5 let představovala 18 % (8 respondentek), škála 1 – 3 roky 16 % (7 respondentek). Nejmenší zastoupení se 7 % (3 respondentky) představuje škála, ve které porodní asistentky neodpracovaly ještě ani jeden rok v oboru.

5.3 Zpracování a vyhodnocení dat

Ke zpracování a vyhodnocení dat byly použity programy Microsoft Office Word 2007 a Microsoft Office Excel 2007. Data byly znázorněny pomocí sloupcových grafů a popisné statistiky.

Σ - Suma (součet řady)

n – Počet prvků (celkový počet PA)

n_i – Absolutní četnost (počet PA, které odpovídaly na danou otázku)

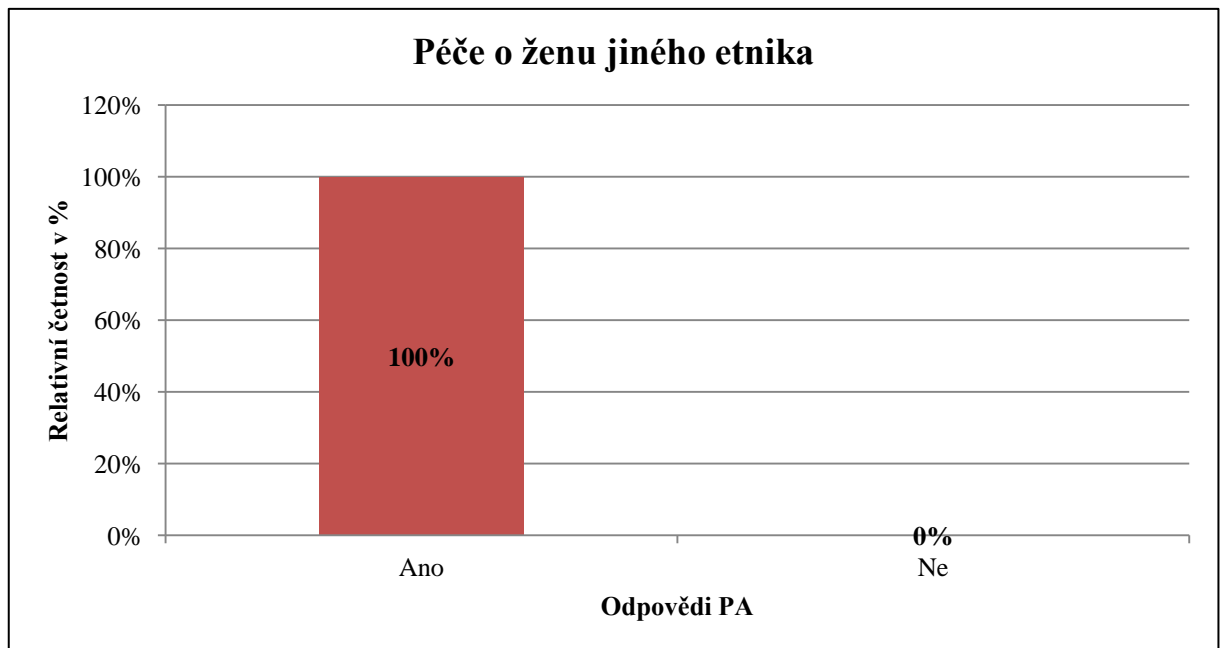
f_i – Relativní četnost (poměrné zastoupení dané varianty, vyjádřena v %)

Vzorec pro výpočet Relativní četnosti je $f_i (\%) = n_i/n \times 100$

6 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

Následující kapitola se zabývá grafickým a písemným vyhodnocením jednotlivých otázek.

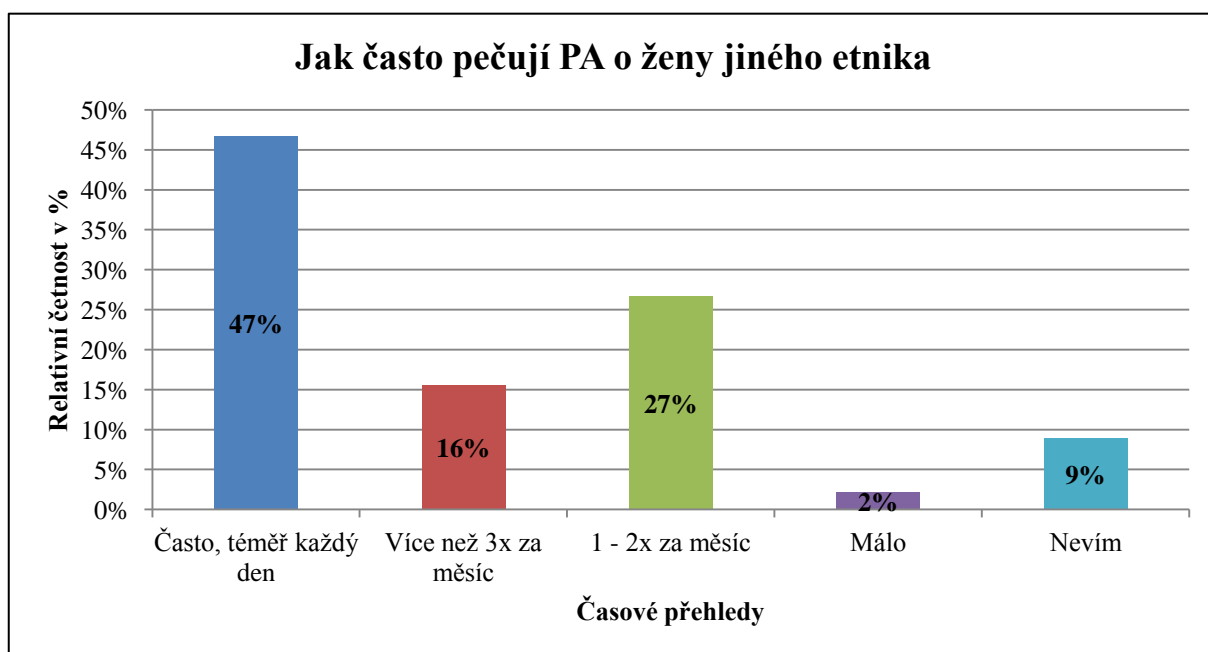
Otázka č. 5: Pečovala jste někdy o ženu jiného etnika?



Obrázek 1 Péče o ženu jiného etnika

Otázka číslo pět byla vybrána z důvodu zjistit, zda vůbec někdy dotazované respondentky pečovaly o ženu jiného etnika. Z obrázku č. 1 je jednoznačně vyplývající, že každá dotazovaná porodní asistentka, alespoň jednou o ženu jiného etnika pečovala.

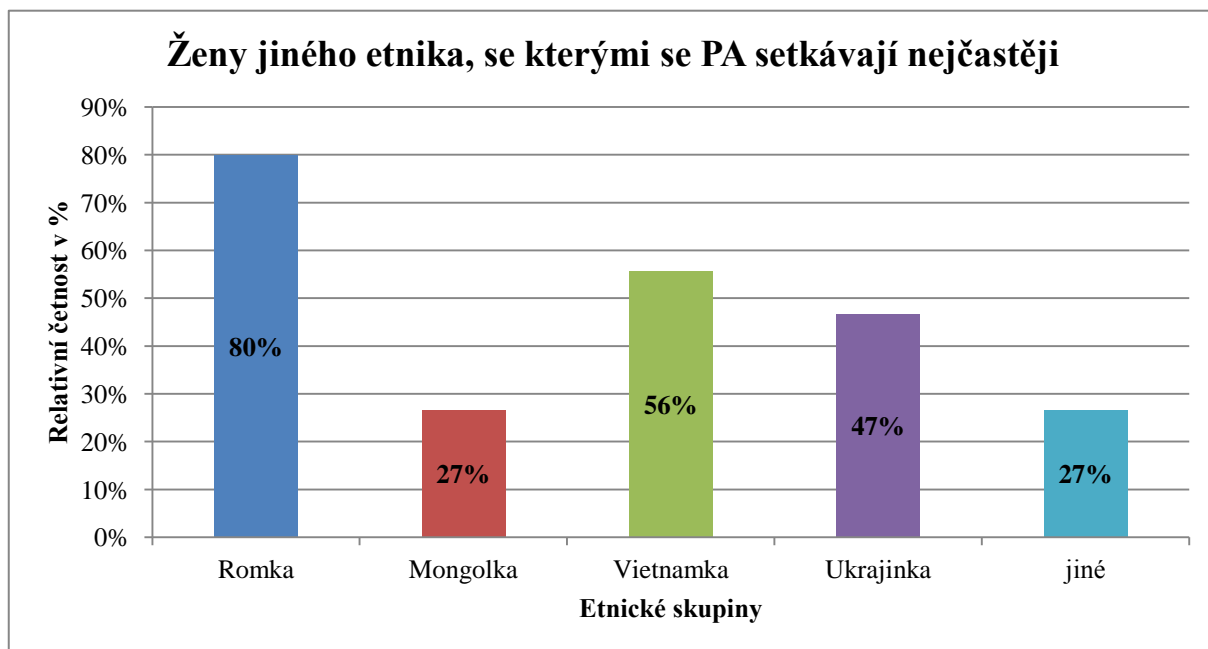
Otázka č. 6: Jak často pečujete o ženu jiného etnika?



Obrázek 2 Jak často pečují PA o ženy jiného etnika

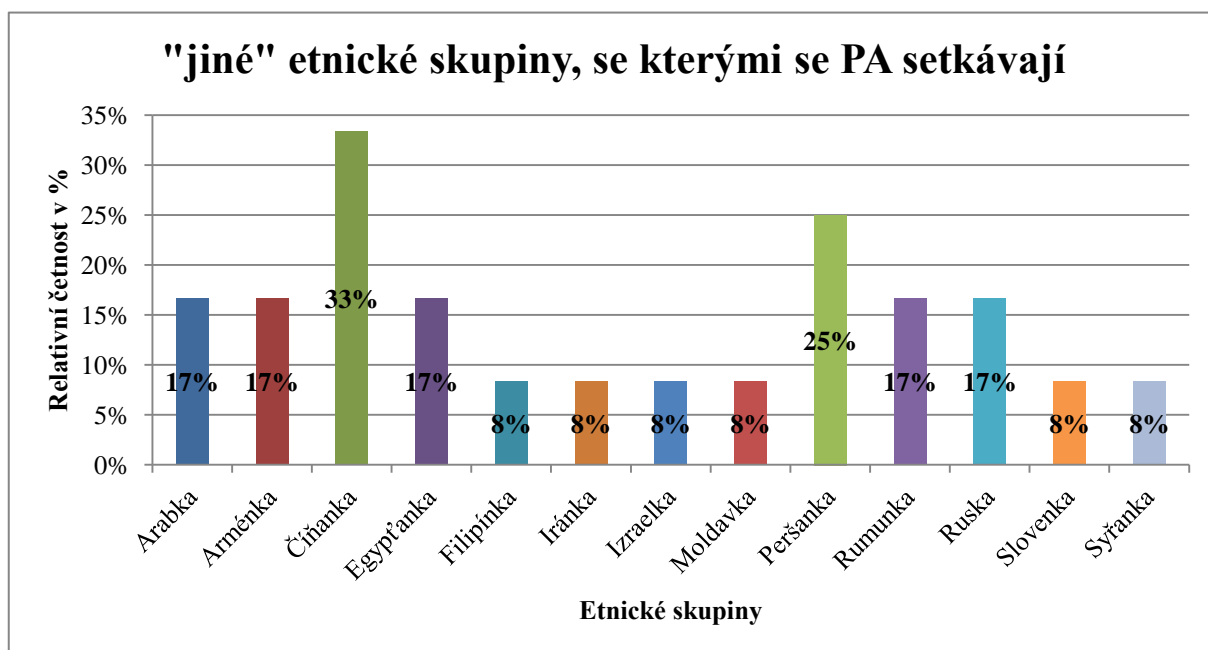
Šestá otázka byla typu otevřeného, kde porodní asistentky měly napsat, jak často se při výkonu své práce setkávají s ženami jiného etnika. Po sesbírání dat a po přechtení odpovědí od PA, bylo vytvořeno šest oddílů, které jsou znázorněny na obrázku č. 2 a do kterých byly jednotlivé odpovědi rozřazeny. Nejvíce se vyskytovala odpověď typu „často, téměř každý den“ 47 % (21 respondentek). Následovala odpověď „1 – 2x za měsíc“ s 27 % (12 respondentek). S odpovědí „více než 3x za měsíc“ bylo zařazeno 16 % (7 respondentek) PA. Devět procent PA (4 respondentky) „neví“, jak často pečují o ženy jiného etnika. Poslední příčku se 2 % (1 respondentka) zaujímá odpověď „málo“.

Otázka č. 7: S ženou jakého etnika se při své práci setkáváte nejčastěji? (možno i více odpovědí)



Obrázek 3 Ženy jiného etnika, se kterými se PA setkávají nejčastěji

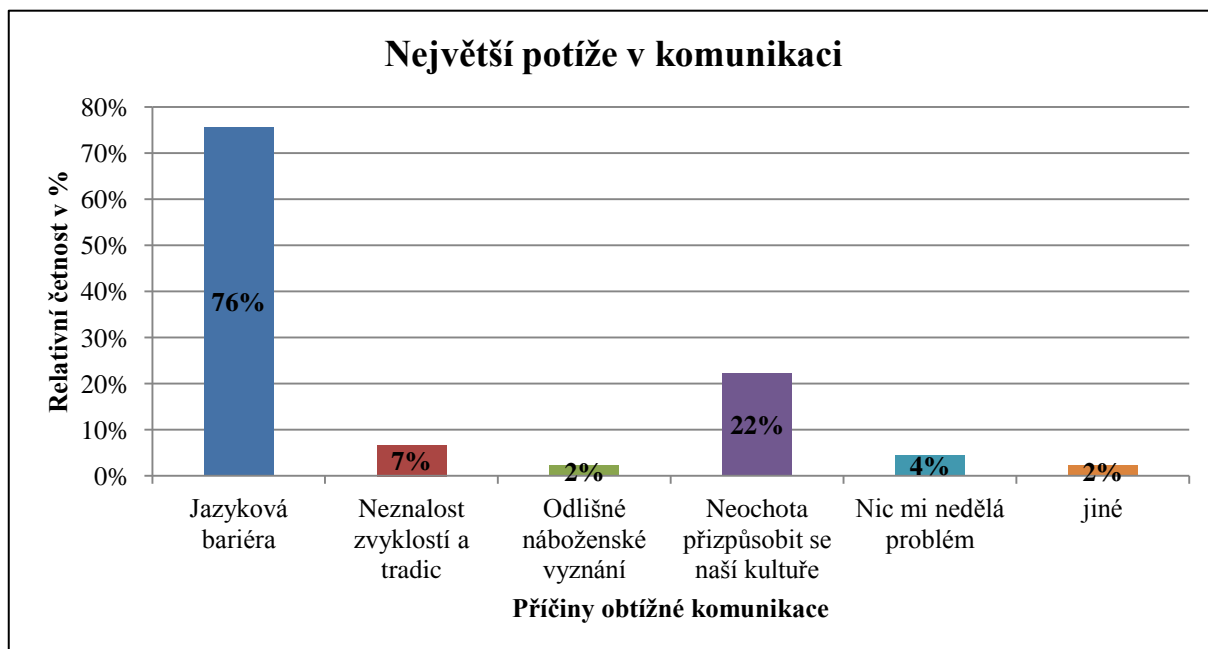
Sedmá otázka měla za úkol zjistit, se kterými konkrétními etniky se dotazované setkávají při výkonu své práce nejčastěji. Porodní asistentky měly možnost výběru i více možností. Kromě dané nabýdky etnických skupin, jenž zobrazuje obrázek č. 3, představovaly Romky 80% (36 respondentek), Mongolky 27% (12 respondentek), Vietnamky 56% (25 respondentek) a Ukrajinky 47% (21 respondentek), měly možnost samostatně uvést etnické skupiny, se kterými se v ošetrovatské a péči v porodní asistenci setkaly 27% (12 respondentek). Záměrem bylo získat jiné a různorodé národnosti. Výsledkem byly sice zanedbatelné počty jednotlivých etnik, ale jejich různorodost a odlišnost se naplnila. Na následujícím obrázku č. 4 jsou podrobně znázorněny etnické skupiny, které respondentky uváděly.



Obrázek 4 "jiné" etnické skupiny, se kterými se PA setkávají

Z obrázku č. 4 je patrné, že rozmanitost národností byla opravdu pestrá. Celkově bylo v dotazníkovém šetření uvedeno 13 dalších etnických skupin, se kterými se PA setkaly. Z kolekce uvedených národností 4 dotazované (33%) pečovaly o čínskou ženu a 3 PA (25%) pečovaly o ženy peršanského původu. Sedmnáct procent (po 2 označeních) dostaly Arabka, Arménka, Egypťanka, Rumunka a Ruska. Přehled netolika obvyklých národností, které se vyskytují v ČR uzavírala po jednom označení (8%) Filipínka, Iránka, Izraelka, Moldavka a Syřanka. Jedno označení se objevilo i u slovenské národnosti.

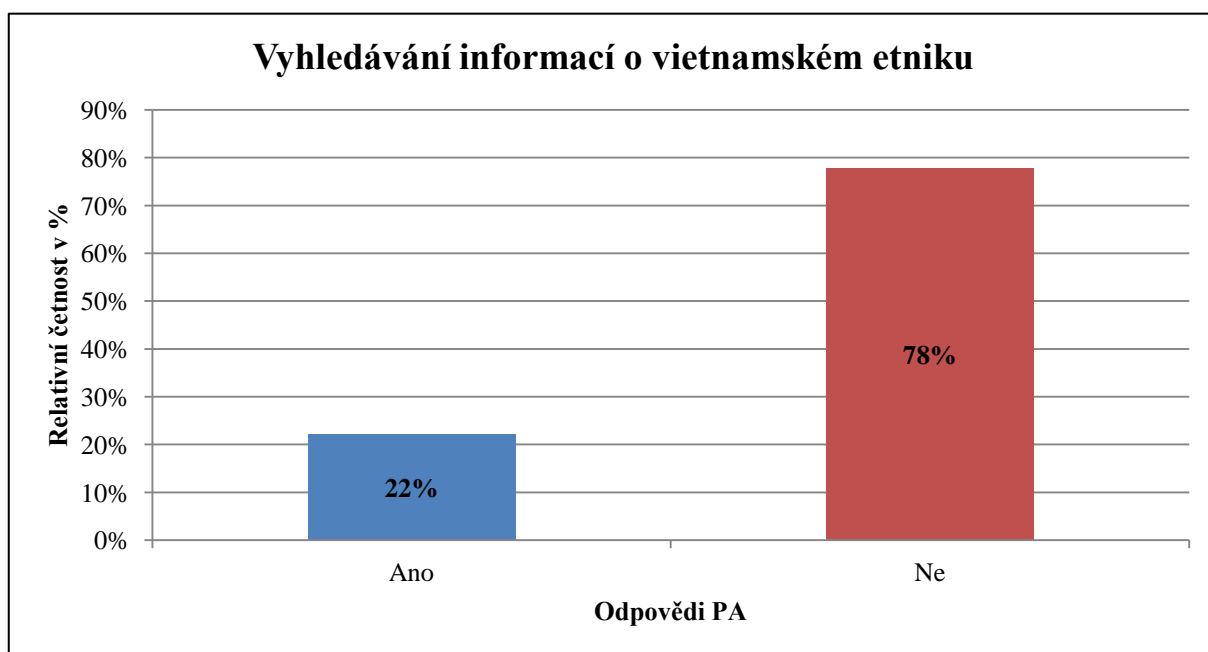
Otázka č. 8: Co považujete za největší problém v péči o ženu jiného etnika? (možno i více odpovědí)



Obrázek 5 Největší potíže v komunikaci

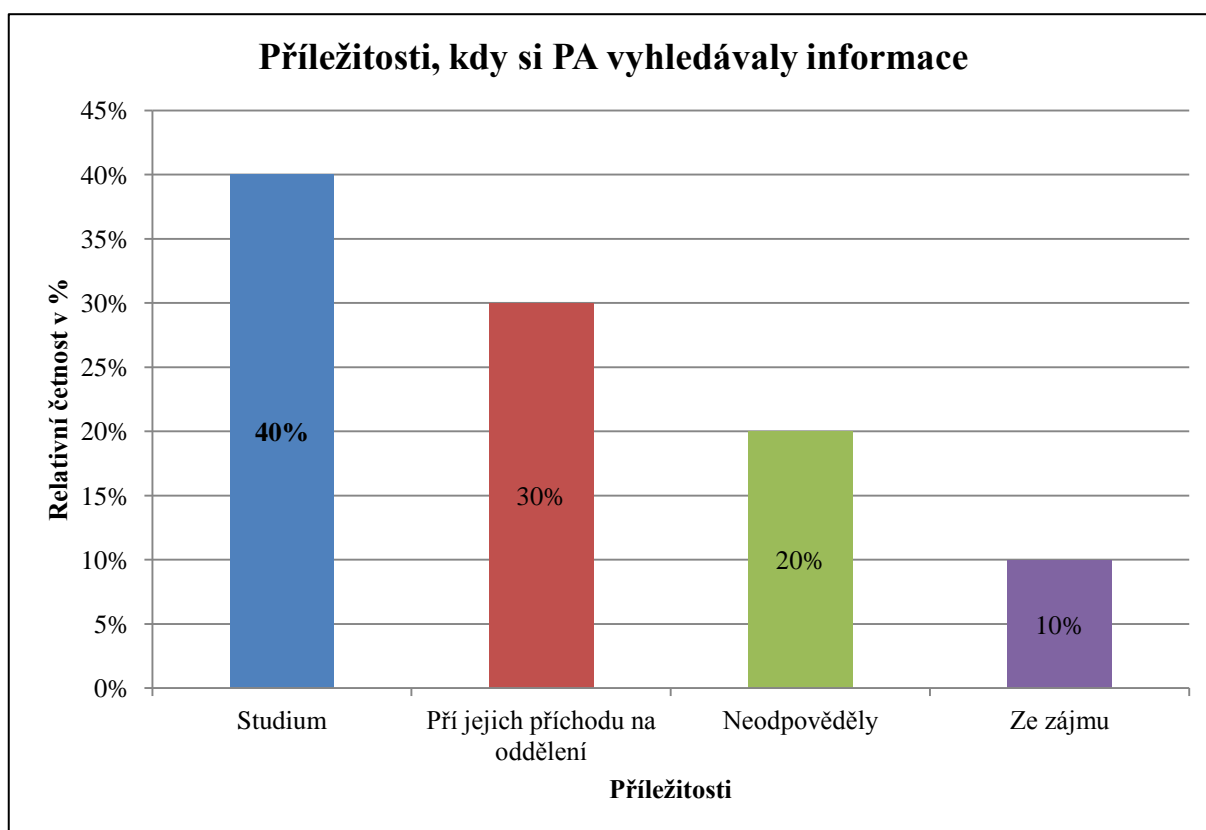
Osmá otázka byla do dotazníkového šetření zařazena z důvodu zjistit, jaké největší potíže při péči v porodní asistenci mají porodní asistentky s ženami jiné kultury. Zda se nacházejí odlošnosti při péči z důvodu neznalosti zvyklostí a tradic 7% (3 respondentky) nebo spíše neochoty přizpůsobit se naší kultuře 22% (10 respondentek). Největší zastoupení se celkem jednoznačně jeví i dle obrázku č. 5 v neznalosti jazyka 76% (34 respondentek), naopak v problému vyznání víry pouze 2% (1 respondentka). Podoba nejpozitivnější odpovědi, která byla k mání „*nic mi nedělá problém*“ odpověděly 2 respondentky (4%). Dotazované měly opět možnost uvést i plně jinou obtíž, jenž nebyla zmíněná a kterou považují za zásadní. Využila ji pouze jedna respondentka (2%) která odpověděla: „*U Romského etnika, nespolutracující rodička, agresivita*“.

Otázka č. 9: Vyhledávala jste si někdy informace o vietnamském etniku?



Obrázek 6 Vyhledávání informací o vietnamském etniku

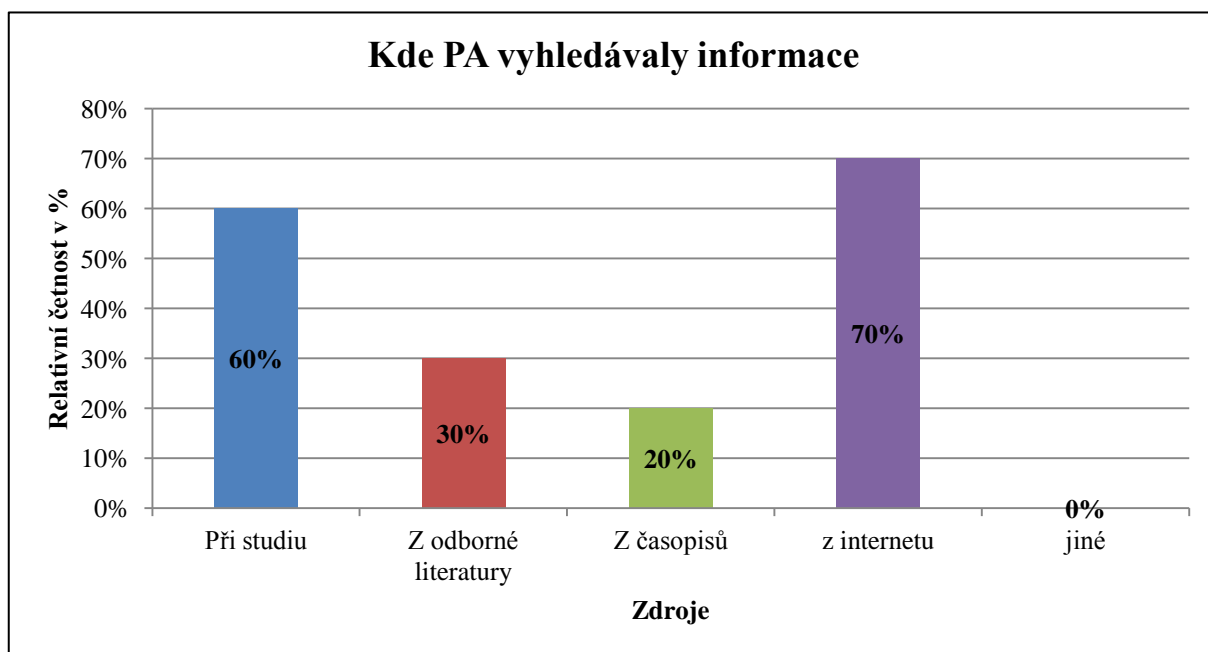
Bakalářská práce, především tedy výzkumné šetření bylo zaměřeno na vietnamské etnikum, proto bylo u otázky číslo devět cílem zjistit, zda si porodní asistentky vyhledávají informace o vietnaském etniku. Obrázek č. 6 znázorňuje, že převládala odpověď ne, tedy 78 % (35) respondentek si informace nikdy nevyhledávala. Celkem 10 tázaných (22 %) si informace o vietnamském etniku někdy vyhledávala. Tyto respondentky měly možnost napsat, při které příležitosti, tak učinily. Na následující obrázku č. 7 jsou znázorněny čtyři příležitosti, které PA udávaly.



Obrázek 7 Příležitosti, kdy si PA vyhledávaly informace

Obrázek č. 7 přehledně znázorňuje výsledky deseti porodních asistentek, které odpověděly, že si informace někdy vyhledávaly. Čtyřicet procent PA (4 respondentky) považují jako nejčastější příležitost, studium na vysoké škole. Třicet procent (3 respondentek) přinutilo vyhledat si informace o vietnamském etniku ve chvíli, kdy o tuto ženu měly pečovat. Dvě respondentky (20 %) se nevyjádřily. Pouze jedna porodní asistentka (10 %) si vyhledávala informace ze své vlastní iniciativy.

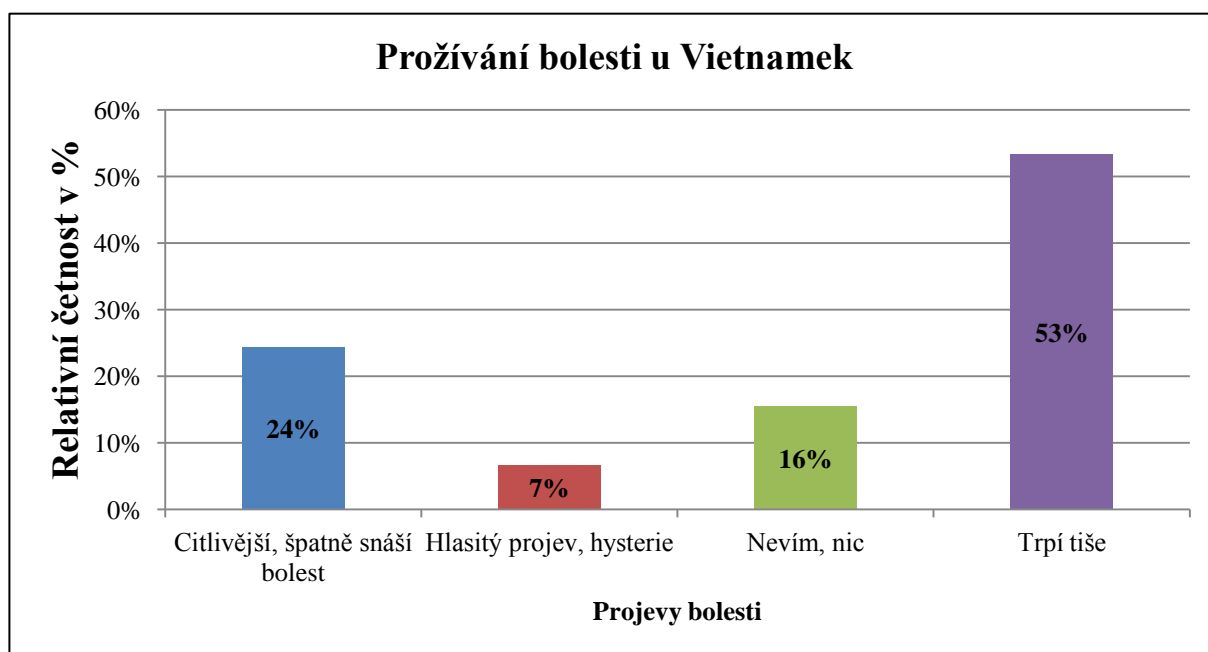
Otázka č. 10: Kde jste si informace získávala? (možno i více odpovědí)



Obrázek 8 Kde PA vyhledávaly informace

Na otázku číslo deset odpovídaly respondenty, které u předchozí otázky zvolily odpověď ano. Jednalo se tedy o deset respondentek a měly možnost vybrat z více variant. Největším pomocníkem při vyhledávání informací se stal internet se 70 % (7 respondentek). Dále informace respondenty získávaly při studiu na vysoké škole 60 % (6 respondentek). Odbornou literaturu při vyhledání informací využilo 30 % (3 respondenty). Časopisy byly nápomocné pro 20 % (2 respondenty), jak je patrné z obrázku č. 8. možnost „jiné“ nevyužila ani jedna z deseti porodních asistentek.

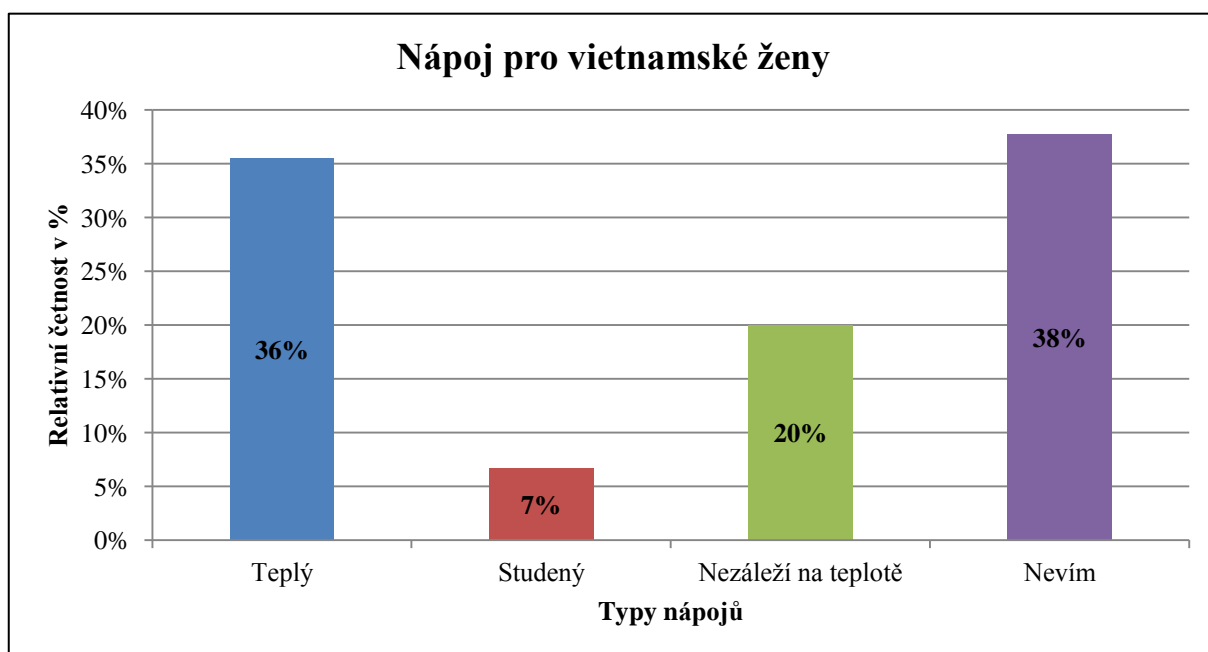
Otázka č. 11: Co je typické v prožívání bolesti u vietnamských žen?



Obrázek 9 Prožívání bolesti u Vietnamek

Jedenáctá otázka se zabývala prožíváním bolesti u vietnamského etnika. Tato otázka byla zařazena z důvodu, že právě prožívání bolesti u vietnamské kultury je velmi specifické. Respondentky měly možnost samostatně se vyjádřit, k dané problematice a uvést své vlastní vědomosti a zkušenosti. Na základě získaných odpovědí byly vytvořeny čtyři kategorie, které znázorňuje obrázek č. 9. Nejčastější písemnou odpovědí bylo, že vietnamské ženy „trpí tíše“ 53% (24 respondentek). Úplným opak byly odpovědi v podobě „hlasitý projev, hysterie“ 7% (3 respondentky). Následovalo vyjádření v podobě „citlivější, špatně snášejí bolest“ 24 % (11 respondentek). V poslední kategorii se respondentky nevyjádřily nijak konkrétně nebo nevěděly, jak mají odpovědět 16% (7 respondentek).

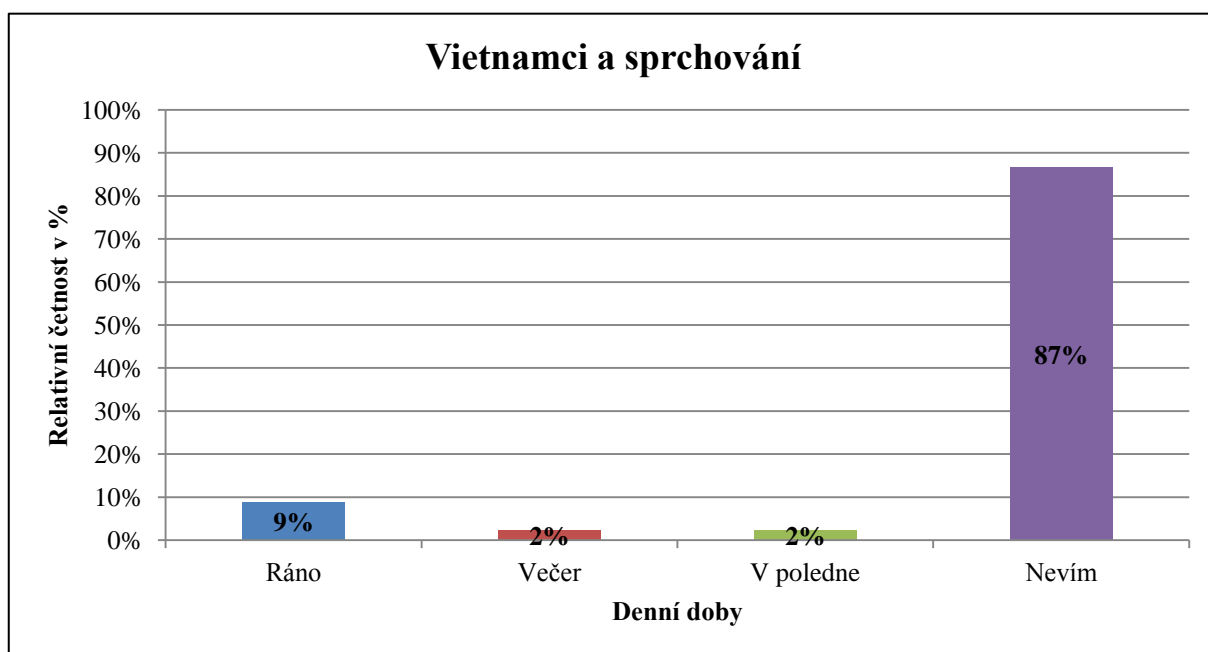
Otázka č. 12: Jaký nápoj byste podala vietnamské ženě?



Obrázek 10 Nápoj pro vietnamské ženy

Otázka číslo dvanáct se zabývala teplotou nápoje, který vietnamské etnikum preferuje. Cílem bylo zjistit, zda porodní asistentky vědí, jakou teplotu nápoje upřednostňují nebo mají povědomí, že by vietnamská žena uvítala teplejší vodu před studenou. Povědomí některé PA zřejmě mají, jelikož 36% (16 respondentek) odpovědělo správně. Z výsledku téké plyne, že téměř shodný počet 17 PA (38%) povědomí nemá a tudíž neví, jakou teplotu nápoje upřednostňují. Studený nápoj by vietnasmké ženě podaly 3 PA (7%) a teplotu vody či jiného nápoje by neřešilo dle obrázku č. 10, dvacet procent respondentek (9 PA).

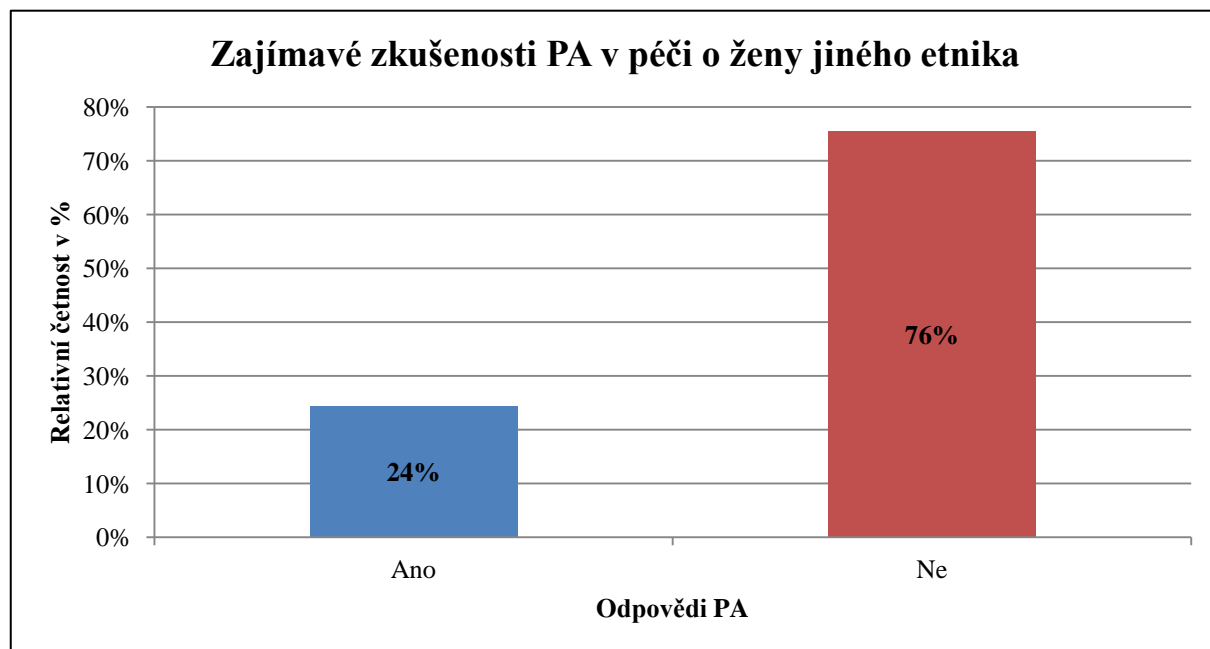
Otázka č. 13: Kdy upřednostňují Vietnamci sprchování?



Obrázek 11 Vietnamci a sprchování

Třináctá otázka byla poslední, která se zaměřovala výhradně na vietnasmké etnikum. Opět bylo hlavním cílem zjistit, zda porodní asistentky mají povědomí nebo vědomosti o vietnasmkých ženách, tentokrát v oblasti hygieny. Tedy v kterou denní dobu upřednostňují sprchování. Z obrázku č. 11 je jednoznačné, že v této oblasti dotazované nevěděly 87% (39 respondentek), která denní doba je tou ideální. Po dvou procentech (vždy 1 respondentka) uvedly odpověď „večer a v poledne“. Ani jedna z těchto PA však neodpověděla dobře. Zbylé čtyři dotazované PA (9%), odpověděly správně, tedy ranní doba je pro vietnamky tou ideální.

Otázka č. 14: Setkala jste se ve svém zaměstnání s něčím zajímavým při péči o ženu jiného etnika?



Obrázek 12 Zajímavé zkušenosti PA v péči o ženy jiného etnika

Čtrnáctá a zároveň i poslední otázka výzkumného šetření měla za úkol zjistit, zda dotazované PA se při své praxi setkaly s něčím zajímavým v oblasti péče o ženy jiného etnika. Třicetčtyři dotazovaných, jak je patrné z obrázku č. 12 (76%) neuvedlo žádné zajímavé zkušenosti. Zbýlých 11 porodních asistentek (24%) se podělilo o své zkušenosti. Níže jsou uvedeny jejich odpovědi:

- 1) *„Mongolka – rodina přinesla těsně po porodu horké mléko s masem.“*
- 2) *„V mnoha případech odmítají lékaře – muže.“*
- 3) *„Nosí si vlastní jídla.“*
- 4) *„Každá má své návyky a zvyklosti. Ať už hygienické či v péči o dítě.“*
- 5) *„Přítomnost dětí u porodu – Filipínky.“*
- 6) *„Romky chodí po porodu domů – pohlavní styk s manželem do 24 hodin po porodu. Vietnamky – hodné, vděčné poslušné. Mongolky – Foxcon a překladatel. Ukrajinky – většinou dobrá domluva.“*
- 7) *„Vietnamka – vata do uší.“*
- 8) *„Drží po hromadě jako rodina nebo jako celé etnikum.“*

- 9) *„Upřednostňují vlastní stravu – nosí si ji z domu.“*
- 10) *„Nevím jestli je to zajímavé, ale často se stává, že cizinci počítají s tím, že se přizpůsobíme jejich etniku a jazyku.“*
- 11) *„Vietnamská žena na šestinedělí přiložila cizí dítě k prsu v nepřítomnosti jeho matky. Útěk romské ženy z porodnice čerstvě po porodu za účelem pohlavního styku s manželem.“*

7 DISKUZE

Na úplném začátku této bakalářské práce byly stanoveny výzkumné otázky. Díky získaným výsledkům mohou nyní být stanovené otázky hlouběji rozebrány a zodpovězeny jejich cíle.

Výsledky výzkumného šetření:

Výzkumná otázka č. 1: S jakými etnickými skupinami žen se porodní asistentky setkávají na svých pracovištích nejčastěji?

Výzkumnou otázkou číslo jedna se zabývaly otázky: pět, šest a sedm.

Již v úvodu práce je zmíněná informace podle Českého statistického úřadu, kdy v roce 1995 se cizincům narodilo na území ČR 667 dětí, v roce 2014 to bylo již 3 482 dětí jiné národnosti (Cizinci, CZSO, 2014). Z této informace lze usuzovat, že setkat se s ženou jiného etnika, v českých porodnicích a nemocnicích, nebude ničím neobvyklým. Proto stoprocentní výsledek odpovědi ano (pečovala jsem někdy o ženu jiného etnika) u otázky č. 5, lze považovat za pozitivní s ohledem k samotnému výzkumu, ale i k výsledkům Českého statistického úřadu. V rámci první výzkumné otázky bylo dále zjištěno, že téměř polovina z dotazovaných PA se s ženou jiného etnika setkávají každý den nebo téměř každý den. Menší část z dotazovaných porodních asistentek se o tyto ženy stará několikrát do měsíce. Nejmenší část tvořily respondenty, které odpověděly možností „málo“ 2 % nebo „nevím“ 9 %. Primárním cílem první výzkumné otázky bylo zjistit, se kterými etnickými skupinami žen se porodní asistentky při výkonu své práce setkávají nejčastěji. Na pomyslném prvním místě se umístily romské ženy (80%). Dále ženy vietnamského etnika (56%), kterým byla věnována celá kapitola v teoretické části a zároveň se na tyto klientky zaměřovalo i výzkumné šetření. Třetí místo obsadily Ukrajinky (47%). S Mongolskými ženami, které byly jako čtvrtá možnost z uvedené nabídky, se PA setkávají méně často (27%). Porodní asistentky dále mohly uvést i jinou národnost žen, krom uvedených z nabídky. Danou příležitost využilo 27% PA. Získané informace byly srovnány se dvěma výzkumy. V prvním srovnání, dle výzkumu Sedlákové (2011), která se ptala 189 porodních asistentek podobně zvolenou otázkou, se kterými klientkami jiné národnosti se setkávají nejčastěji, byly nejvíce zastoupeny vietnamské ženy (41%), na druhém místě Ukrajinky (34%) a na třetím místě Mongolky (7%). K druhému porovnání výsledků, jsou opět k dispozici data z Českého statistického úřadu (Cizinci, CZSO, 2014). Český statický úřad uvádí, že v roce 2014 se na území České republiky nejvíce děti jiné národnosti narodilo Vietnamcům (996), Ukrajincům (846) a Slovákům (530). Romské ženy se u Sedlákové (2011) ani ve výsledcích ČSÚ neobjevují. Dle mého názoru především

z důvodu, že u Sedlákové (2011) romské ženy nebyly zastoupeny v přehledu možností, jednotlivých etnických skupin (Ukrajinky, Vietnamky, Polky, Číňanky, Mongolky a jiné) a romské ženy pravděpodobně nepovažuje za etnickou skupinu, ale součást českého obyvatelstva. Taktéž podobně byly asi vnímány romské ženy i ve výzkumu ČSÚ. V případě mého výzkumného šetření byly romské ženy zařazeny z důvodů získaných informací z literatury, která uvádí, že Romové jsou nejčtenější etnickou minoritou na našem území (Tóthová, 2012, s. 21). Taktéž téměř každá kniha o multikulturním ošetřovatelství (Kutnohorská, 2005; Plevová, 2011; Kelnarová, 2009) uvádí Romy jako kulturně specifické klienty/ky. Já osobně Romy považuji za součást českého obyvatelstva, ale již zmíněná kulturní specifičnost se jim nedá upřít.

Výzkumná otázka č. 2: Jaký největší problém mají porodní asistentky v péči o ženy jiného etnika?

Výzkumnou otázkou číslo dva se zabývala otázka číslo: osm a devět

V teoretické části bakalářské práce je věnována jedna kapitola komunikaci. Z důvodu, že se dá předpokládat, že právě komunikační (verbální) bariéra bude hlavním úskalím při pečování o ženy odlišné kultury. Mé dané tvrzení se shoduje s výsledky výzkumu, tedy „*jazyková bariéra*“ je dle respondentek považována za nejvíce problémovou (76%). Naopak „*neznalost zvyklostí a tradic*“, která by se částečně dala dle mé úvahy zařadit do neverbální komunikace, už tak častá nebyla (7%). Pouze jedna z respondentek považuje za obtíž rozdílné náboženské vyznání. Usuzovala jsem, s ohledem na dění v dnešní celosvětové společnosti, že oblast náboženství bude více problémovou. Opaku lze přikládat fakt, že naše společnost je ve velké míře bez náboženského vyznání (věřících 20,8%, nevěřících 34,5%, nezjištěno 44,7%), (Náboženská víra obyvatel podle sčítání lidu, 2014). Další významný faktor se dá přikládat tomu, pokud budu vycházet z výsledků výzkumu a teoretické části, tedy že nejčastěji PA pečují u Romky, Vietnamky a Ukrajinky, kdy tzv. „*čeští*“ Romové jsou především římskokatolického vyznání, ukrajinské obyvatelstvo vychází z křesťanských tradic (pravoslaví a řecké katolictví) a až 8 miliónů Vietnamců se hlásí ke katolické víře (Plevová, 2011, s. 143, 164, 154). S ohledem na to, že i když je většina českého obyvatelstva bez náboženského vyznání, dle mého názoru, má přece jen ke křesťanské víře nejbliže a proto dotazované PA nepovažují rozdílné náboženské vyznání za větší problém v péči o ženy jiného etnika. Druhým nejčastějším problémem byla udávána „*neochota přizpůsobit se naší kultuře*“ (22%). K této možnosti bych dle svého názoru přiřadila i slovní odpověď „*U romského*

etnika, nespolupracující rodička, agresivita“, která byla uvedena jako jediná u možnosti „jiné“. Usuzuji proto, že právě specifické chování romské minority je považováno za „kulturně odlišné“ a za hlavní důvod, proč jsou Romové dle některých neschopni se přizpůsobit „naší kultuře“, podotýkám, že se jedná čistě o můj osobní názor a v žádném případě se nechci nikoho dotknout. Za nejvíce obdivuhodné, považuji odpověď „*nic mi nedělá problém*“, ke které se přiklonily dvě z dotazovaných. Pro srovnání s výsledky byl využit výzkum Pálkové (2012), která se v otázce č. 4 věnuje „*největším překážkám v ošetřovatelství*“. Sto procent respondentek s vysokoškolským vzděláním, za největší obtíž považuje komunikační bariéry (dále byly uvedeny možnosti: „*přístup rodiny, kulturní odlišnosti a jiné*“). Dle jednoznačných výsledků Pálkové (2012) a dat získaných z mého výzkumného šetření si dovoluji vyhodnotit, že komunikační (jazyková) bariéra je považována za největší problém, při péči o ženy jiného etnika. Rozřazovací otázka devět, ukazuje na fakt, že větší polovina dotazovaných (78%), dle mého názoru nemá větší zájem pro vyhledávání informací o etnických skupinách, tudíž nemohou ani přispět k odstranění jakéhokoliv problému v péči o tyto ženy. I po tomto zjištění a úsudku, pro zlepšení situace především v zmíněné oblasti jazykové bariéry, bych navrhovala studium jazyků. Nedá se předpokládat, že se porodní asistentky začnou učit vietnamsky, ale dle mého názoru kurzy angličtiny, by určitě zajistily větší komfort jak pro porodní asistentky, ale také pro ženy jiné národnosti. V teoretické práci zmiňuji možnost tlumočení po telefonu, které je v České republice na samém začátku, osobně se mi tato varianta tlumočení zamlouvá a myslím, že má budoucnost.

Výzkumná otázka č. 3: Jakým způsobem získávají porodní asistentky informace o vietnamském etniku?

Výzkumnou otázkou číslo tři se zabývaly otázky číslo: devět a deset.

Otázka číslo devět byla rozřazovací otázkou, kde v případě odpovědi NE: „*nevyhledávala jsem si informace o vietnamském etniku*“, dotazované porodní asistentky rovnou přešly k otázce číslo jedenáct. Tuto možnost využilo přes polovinu PA, přesněji 78%. Zbýlých deset porodních asistentek (22%) u otázky číslo devět odpovědělo kladně, tudíž se mohly vyjádřit konkrétněji, při jaké příležitosti informace získávají. Nejčastějším důvodem bylo studium na vysoké škole, kde dané téma bylo součástí zápočtové práce nebo součástí předmětu multikulturního ošetřovatelství. Dále porodní asistentky uvedly zájem v hledání informací o vietnamských ženách ve chvíli, kdy přišly na porodní sál a pečovaly o ně. Tento přístup osobně považuji za kladný a určitě i obohacující, protože z vlastní zkušenosti mohu potvrdit,

že nejvíce informací si vstúpím ve chvíli, kdy teoretické znalosti využiji v praxi. Dvě porodní asistentky se přesněji nevyjádřily. Jednoznačně za nejvíce překvapivou a pozitivní odpověď považují, kdy si dotyčná informace vyhledávala čistě ze zajímavosti a neměla k tomu jiný pracovní či studijní důvod. Otázka číslo deset měla za cíl zjistit, jaké dostupné prostředky porodní asistentky k vyhledávání informací využívají. Dotazované mohly vybírat i více než jednu možnost. Možnosti byly v podobě internetu (70%), studia (60%), z odborné literatury (30%), z časopisů (20%) a možnosti jiné, kterou nevyužila ani jedna PA. Pro srovnání právě těchto výsledků, byl využit výzkum Vaculíkové (2010), která se u otázky číslo osm při předchozí kladné odpovědi ptá, kde informace o odlišném etniku její respondenti vyhledávali. Dotazovaní měli výběr z možností: „časopisy, knihy, televize, internet, konference a jiné zdroje“. V případě výsledků Vaculíkové (2010) první příčku obsadil taktéž internet, což nelze pokládat za nic výjimečného. Zajímavým kontrastem však je umístění možnosti „časopisy“, která v případě Vaculíkové (2010) dominuje na druhém místě, v případě mého výzkumu až na příčce poslední. Dalším srovnatelným parametrem bych pokládala možnosti v podobě „knih a odborné literatury“. V obou případech zaujímají prostřední, tedy třetí pozici. Možnost „jiné zdroje“ byla ve výzkumu Vaculíkové (2010), využívána k odpovědi „studium na vysoké škole“ a zároveň byla nejméně využívanou variantou. Tyto informace si dovoluji využít se srovnáním druhé příčky (studia) v případě mého výzkumu, kdy se umístění našich vzájemných výsledků liší a objevuje se druhý kontrast. Možnosti „televize a konference“ dále nespecifikuji, z důvodu odlišnosti k mému výzkumu.

Výzkumná otázka č. 4: Jaké znalosti mají porodní asistentky v péči o ženy vietnamského etnika?

Výzkumnou otázkou číslo čtyři se zabývaly otázky číslo: jedenáct, dvanáct a třináct.

Pro vietnamské ženy je nejvíce typické v prožívání bolesti, dle mého názoru, tzv. „trpí tiše“. Tuto informaci si pamatuji již ze střední školy, kde jsme se v psychologii věnovali etnickým skupinám, ale i z vlastní zkušenosti mohu toto tvrzení potvrdit. Z výsledků mého dotazníkového šetření se jako nejčastější odpověď, taktéž objevovalo dané tvrzení („trpí tiše“, 53%). Další odpovědi se vyskytovaly v podobě: „citlivější a špatně snáší bolest (24%), hlasitý projev, hysterie (7%) a nevím (6%)“. Pro srovnání byly využity hned dvě závěrečné práce. V prvním srovnání s Bubeníkovou (2011), která se v otázce číslo osm ptá, zda se vietnamské ženy chovají při porodu jinak než většina žen, odpovědělo 30% respondentů „ano“. Dále tito respondenti konkretizovali svá tvrzení, nejčastěji v podobě: „tiché, nedávají nahlas najevo

bolest, trpělivé“. Nemohu, ale zapomenout podotknout, že 70% dotazovaných zvolilo možnost „*ne, neprojevují se jinak než většina žen*“. Ve druhém srovnání byla opět využita závěrečná práce Vaculíkové (2010), která u otázky číslo dvanáct zjišťuje, která z uvedených národností (Vietnamci, Muslimové, Ukrajinci a Romové) si nepostěžuje, že je něco bolí. S velkou převahou 72% byli nejvíce označováni právě Vietnamci. Z daných výsledků mého šetření a porovnání se závěrečnými pracemi Bubeníkové (2011) a Vaculíkové (2010) si dovoluji vyhodnotit, že vietnamské ženy budou patřit mezi klientky, které prožívání bolesti projevují v menší míře. Samozřejmě ne vždy tomu, tak je a opak potvrzuje pravidlo. Pro další ověřující otázky v oblasti znalostí porodních asistentek v péči o ženy vietnamského etnika, byly vybrány další dvě otázky. Po nastudování literatury, která uvádí, že Vietnamci nepijí žádné studené nápoje, vůbec nepoužívají led do pití a nejčastěji se sprchují ráno, kdy nevyžadují dopomoc, jsem vyhodnotila právě tyto informace, jako nejvhodnější, pro zpracování otázek do samotného dotazníku (Ivanová, 2005, s. 197, Tóthová, 2010, s. 136). Otázka v podobě vhodného nápoje pro vietnamské klientky, správně zvolilo 36% PA. Z toho vyplývá, že chybně odpověděla větší polovina dotazovaných (studený 7%, nezáleží na teplotě 20% a nevím 38%). Poslední otázka v rámci znalostí porodních asistentek v péči o vietnamské ženy se věnovala hygieně. Přesněji v jakou denní dobu vietnamky upřednostňují sprchování. Správnou odpověď, vietnamky preferují sprchování ráno, vybralo pouze 9% dotazovaných. Téměř většina PA (89%) neznala správnou odpověď a zvolila možnost „*nevím*“. Zbylé čtyři procenta si rozdělily možnosti „*večer a v poledne*“. Pro zlepšení situace v oblasti vědomostí, bych navrhovala vytvoření malých informačních kartiček, kde by byly uvedeny základní specifické požadavky nejen pro vietnamské etnikum. Tyto informační karty by byly k dispozici na každém oddělení a věřím, že by zlepšily samotnou informovanost a péče porodních asistentek o tyto ženy by se ještě více zkvalitnila. Ještě bych ráda zmínila, dle svých získaných vědomostí, především nedojít k závěru, že vietnamské ženy nic nebolí a tím pádem se jim tolik nevěnovat. Vietnamské ženy bolest cítí, jen ji ve většině případů nedávají tolik najevo. O to víc, bychom si jich měli všimnout a komunikovat s nimi, zda nepotřebují pomoci. Samozřejmě se to netýká pouze vietnamských žen, ale každé jednotlivé ženy, se kterou přijde PA do kontaktu.

Výzkumná otázka č. 5: Jaké zajímavé zkušenosti mají porodní asistentky ze své praxe při ošetřování žen jiného etnika?

Výzkumnou otázkou číslo pět se zabývala otázka číslo: čtrnáct.

Poslední výzkumná otázka si kladla za cíl zjistit nové informace a zkušenosti samotných porodních asistentek. Tyto jednotlivé osobní zkušenosti jsou dle mého názoru nejcennější. Jak už jsem jednou zmínila, nejvíce vědomostí si sama osobně nejvíce pamatuji ze samotné praxe a ze situací, na které žádná kniha většinou zdravotníka nepřipraví. V případě poslední otázky, 76% porodních asistentek neuvedlo žádnou zajímavou situaci či zkušenost. Zbýlých jedenáct PA (24%) se o své zkušenosti podělila. Některé uvedené příklady nejsou blíže specifikovány a nelze z nich jednoznačně vyčíst, o které konkrétní etnikum se jedná. Příkladem může být odpověď: „*V mnoha případech odmítají lékaře – muže*“. Dle mého úsudku, by se mohlo jednat právě o Vietnamky, které při vyšetřování upřednostňují gynekoložky – ženy. Dvakrát bylo zmíněno: „*Nosí si vlastní stravu*“. V tomto případě by se dle mého názoru mohlo opět jednat především o vietnamské ženy, které si nechávají od rodiny přinášet svá vlastní jídla. „*Drží po hromadě jako rodina nebo jako celé etnikum*“, zde bych se osobně přiklonila k názoru, že se jedná opravdu o všechny etnika bez výjimky. Za nejzajímavější odpovědi považují: „*Přítomnost dětí u porodu – Filipínky a vietnamská žena na šestinedělí přiložila cizí dítě k prsu v nepřítomnosti jeho matky*“. V obou případech jsem se s podobnou situací nikdy nesešla a ani jsem o ní doposud neslyšela.

8 ZÁVĚR

Práce porodní asistentky je velmi krásným a úctyhodným posláním. Je však vykoupeno svou náročností. V našich porodnicích a gynekologických odděleních se můžeme setkat s různými typy žen. Je velmi složité každé ženě vyhovět. O to náročnější je vyhovět ženě odlišné kultury. I pro tyto ženy je často velmi náročné a stresující se vyrovnat s našimi pravidly a postupy, které se jim třeba zdají být nesmyslné a zvláštní. Proto bychom se měli nejprve zamyslet, jak se asi tyto ženy cítí a přistupovat k nim co nejempatičtěji.

Záměrem této bakalářské práce bylo získat informace v oblasti multikulturní péče a komunikaci, se zaměřením na péči v porodní asistenci o ženy jiného etnika. Především prohloubení informací o vietnamském etniku a dále v menší míře také o romském a ukrajinském etniku. Na samém počátku této práce bylo vytyčeno pět stěžejních cílů. Během studia odborné literatury, sbírání dat a prohlubování se do jádra tématu, jsem postupně k jednotlivým cílům nacházela odpovědi a nové poznatky.

První z cílů měl za úkol zjistit, se kterými ženami jiného etnika se porodní asistentky setkávají nejčastěji. Ze získaných dat vyplynulo, že každá z dotazovaných PA o ženu jiného etnika, alespoň jednou pečovala. Dotazované porodní asistentky nejčastěji pečují o Romky, Vietnamky a Ukrajinky.

Druhým cílem bylo zjistit, jaký největší problém mají porodní asistentky v péči o tyto ženy. Dle většinových výsledků z dat, které jsem získala. Se současným příkloněním k výsledkům práce, kterou jsem srovnávala s mými získanými daty, považuji jazykovou bariéru za největší problém.

Zjistit, jakým způsobem si porodní asistentky vyhledávají informace o ženách vietnamského etnika, měl zjistit cíl číslo tři. Odpověď v podobě internetu se stala nejčtenější volenou možností. V rámci svého studia porodní asistentky přišly nejčastěji do kontaktu s informacemi o vietnamském etniku.

Čtvrtým cílem bylo zjistit, jaké znalosti mají porodní asistentky o vietnamských ženách. Byly záměrně zvolené otázky, které poukazovaly na tři specifické oblasti vietnamského etnika. První oblast se zaměřovala na prožívání bolesti, kde informovanost byla dle mého uvážení na velmi dobré úrovni. Znalost preference teplého nápoje a ranní sprchy, si dovoluji ohodnotit ve větší míře jako nedostačující.

Poslední položka měla za cíl zjistit, jaké zajímavé zkušenosti porodní asistentky zažily při péči v porodní asistenci žen jiného etnika. Porodní asistentky se mohly samy vyjádřit ke svým zkušenostem. Výsledkem byly informace, které považuji za velmi cenné.

Závěrem bych ráda uvedla úryvek, který dle mého názoru udává pěkný příklad toho, proč je komunikace, znalost odlišností a především respektování potřeb ženy při porodu, a nejen při něm, velmi důležitá!

Afroamerická žena, která pocházela z venkova, přicházela na příjem k porodu. Měla ovázané břicho šňůrou a uzly. Porodní asistentka to komentovala slovy: „*Ta šňůru musíte sundat, protože je špinavá a zbytečně překáží*“. Bez toho, aby se s rodičkou domluvila, šňůru ji sundala a hodila do koše. Rodička však šňůru vytáhla z koše a opět si ji připevnila na břicho. Vysvětlila to slovy: „*Musím ji mít, aby porod byl úspěšný*“. Ženě musela být podána anestezie a v tu chvíli PA opět šňůru rodičce odvázála a vyhodila. Naneštěstí dítě při porodu zemřelo a velmi zarmoucená rodička vinu za smrt svého dítěte přičetla právě porodní asistence: „*Zabila jste moje dítě a zničila můj uzlový pás – ztratila jsem oba*“ (Mastilíková, 2003).

Na základě výsledků, si dovoluji tvrdit, že jsem dosáhla všech původně vytyčených cílů.

9 POUŽITÁ LITERATURA

- 1) ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Cizinci v České republice*. Praha: Czech Statistical Office, 2015. ISBN 978-80-250-2670-0.
- 2) ERIKSEN, Thomas Hylland. *Sociální a kulturní antropologie. Příbuzenství, národnostní příslušnost, rituál*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-465-6.
- 3) FREIDINGEROVÁ, Tereza. *Vietnamci v Česku a ve světě*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2014. ISBN 978-80-7419-174-9.
- 4) HALMO, Renata a kol. *Pečujeme o klienty odlišných etnik a kultur. Transkulturní péče v praxi aneb jak překonávat komunikační a kulturní bariéry při péči o pacienty odlišných etnik a kultur. Uživatelský manuál pro lůžková zařízení v ČR (výstup projektu „Překonávání komunikačních a kulturních bariér při péči o pacienty odlišných etnik a kultur“ pro MR ČR)*.
- 5) IVANOVÁ, Kateřina, Lenka ŠPIRUDOVÁ a Jana KUTNOHORSKÁ. *Multikulturní ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1212-1.
- 6) KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie a komunikace*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2831-5.
- 7) KLVÁČOVÁ, Petra. *Biografie a identity cizinců usilujících o integraci do české společnosti*. Praha: Národohospodářský ústav Josefa Hlávky, 2012. ISBN 978-80-86729-79-4.
- 8) KUTNOHORSKÁ, Jana. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4413-1.
- 9) KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství. 1. vyd.* Praha: Grada, 2009. ISBN 98-80-247-2713-4.
- 10) MASTILIKOVÁ, Dagmar. *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče*. Ostarva: Ostravská Univerzita. Zdravotně sociální fakulta, 2003. ISBN 80-7042-344-7.
- 11) NOVÁKOVÁ, Markéta. *Specifika prenatální péče u žen z vybraných minorit v gynekologické ambulanci*. České Budějovice, 2014. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence. Vedoucí práce PhDr. Drahomíra Filausová.
- 12) PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3558-0.
- 13) PRŮCHA, Jan. *Multikulturní výchova: příručka (nejen) pro učitele, 2. aktualiz.a rozš. vyd.* Praha: Triton, 2011. ISBN 978-80-7387-502-2.

- 14) ŠPIRUDOVÁ, Lenka, Danuška TOMANOVÁ, Pavla KUDLOVÁ a Renata HALMO. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1213-X.
- 15) TÓTHOVÁ, Valérie. *Kulturně kompletní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-645-6.
- 16) TÓTHOVÁ, Valérie a kol. *Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o Vietnamskou a Čínskou minoritu*. Praha: Triton, 2010. ISBN 978-80-7387-414-8.

Internetové zdroje:

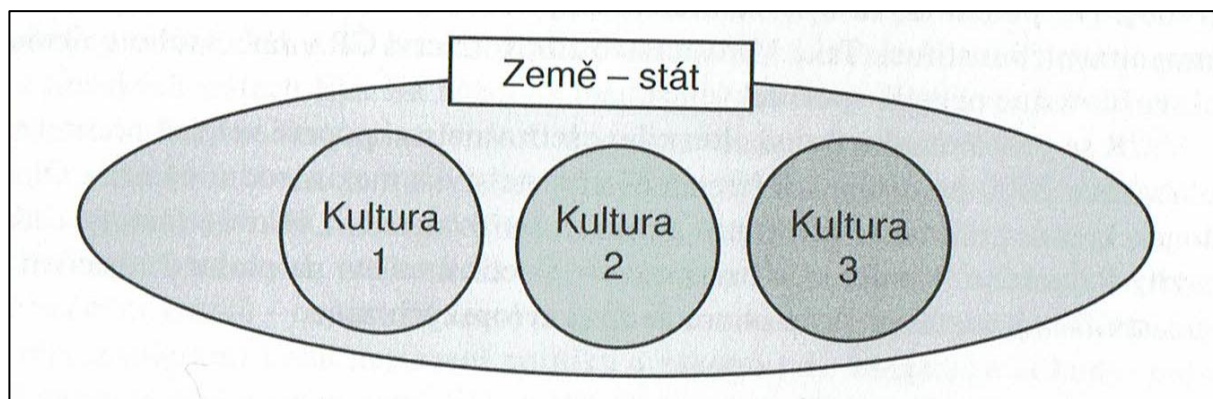
- 1) AHLMARK, Nick. Birthrights – The Mountain Midwife of Vietnam. IN: In: YouTube [online]. 25. 4. 2011[cit. 2016-07-07]. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=1fINZmT47YA>
- 2) BUBENÍKOVÁ, Štěpánka. *Kulturní antropologie v porodní asistenci*. [online]. Olomouc. 2011. [cit. 2016-04-11]. Dostupné z: https://theses.cz/id/qwj1bg/Bubenikova_Stepanka_Kulturni_antropologie_v_porodni_asist.pdf
- 3) BYSTRÝ Tomáš, *Narození potomka v romské rodině*. In: YouTube [online]. 7. 1. 2010 [cit. 2016-04-07]. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=hEWga0xqTbs>
- 4) Cizinci: Demografické události cizinců. CZSO: Český statistický úřad [online]. 2014 [cit. 2016-02-16]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/cizinci/4-ciz-demogr-udalosti#cr>
- 5) JANÁČKOVÁ, Tereza. *Tlumočení a komunikace v cizím jazyce ve Fakultní nemocnici Hradec Králové* [online]. Hradec Králové. 2011-12. [cit. 2016-02-07]. Dostupné z: http://www.jtpunion.org/spip/article.php3?id_article=3454
- 6) KLIMKOVÁ, Marta. *Postoj romských žen k reprodukčnímu zdraví* [online]. Brno. 2016. [cit. 2016-04-07]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/411139/lf_b/Postoj_romskych_zen_k_reprodukcnimu_zdravi.pdf
- 7) MINAŘÍKOVÁ, Zuzana. *Jak se rodí po vietnamsku?* [online]. Brno. 2012. [cit. 2016-07-07]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/102094/lf_b/Plny_text_prace.pdf
- 8) MOCKOVÁ, Jana. *Specifika ošetrovatelské péče u vietnamských žen v souvislosti s těhotenstvím, porodem a šestineděním* [online]. Praha. 2006. [cit. 2016-07-07]. Dostupné z: <https://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2006-10/?pdf=57>
- 9) Náboženská víra obyvatel podle výsledků sčítání lidu. CZCO: Český statistický úřad [online]. 2014 [cit. 2016-03-08]. Dostupné z:

<https://www.czso.cz/documents/10180/20551795/17022014.pdf/c533e33c-79c4-4a1b-8494-e45e41c5da18?version=1.0>

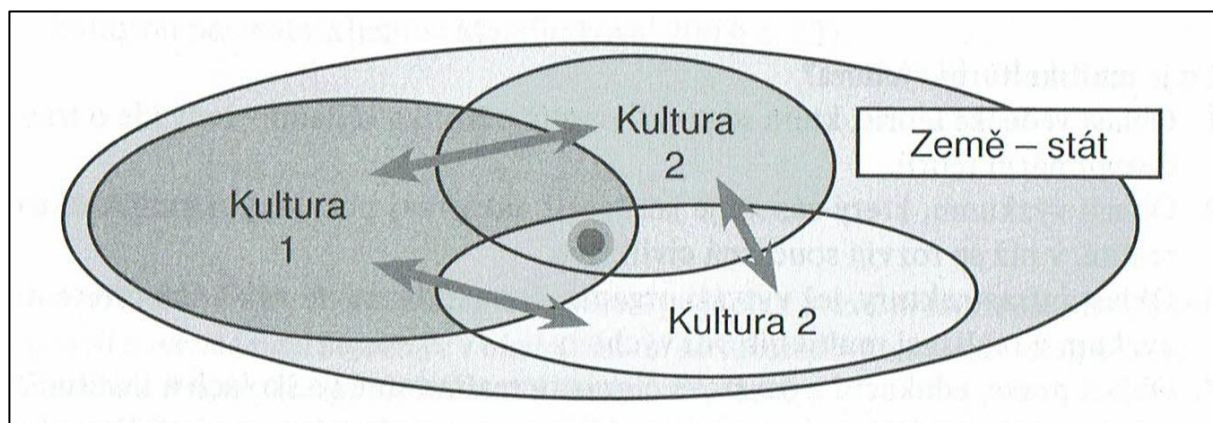
- 10) PÁLKOVÁ, Zuzana. Specifika ošetrovateľskej péče u vietnamskej minority [online]. Plzeň. 2012. [cit. 2016-04-03]. Dostupné z: https://otik.uk.zcu.cz/bitstream/handle/11025/3781/Specifika_osevovatelске_pece_u_vietnamske_minority.pdf?sequence=1
- 11) PERNÍKOVÁ, Michaela. *Tlumočení po telefonu* [online]. Praha. 2012. [cit. 2016-02-07]. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/90464/>
- 12) ŘÍČKOVÁ, Hana. *Práva pacientů v České republice* [online]. Brno. 2003. [cit. 2016-01-07]. Dostupné z: <file:///C:/Users/Verunka/Downloads/10998t.pdf>
- 13) SEDLÁKOVÁ, Alena. Jazyková bariéra jako překážka ošetrovateľskej péče u rodičích žen vietnamskej národnosti z pohľadu porodní asistentky [online]. České Budějovice. 2011. [cit. 2016-04-10]. Dostupné z: https://theses.cz/id/zupl2m/Jazykov_barira_jako_pekka_oetovatelске_pe_u_rodch_en_viet.pdf
- 14) Slovník cizích slov [online]: *ABZ slovník cizích slov*. 2016 [cit. 2016-02-14] Dostupné z: www.slovník-cizich-slov.abz.cz
- 15) UKRAJINA FÓRUM TV. *Zdravotníctví na Ukrajině* [online]. Užhorod. 5. 4. 2011 [cit. 2016-05-07]. Dostupné z: <http://forum.ukrajina.tv/viewtopic.php?t=234&f=19>
- 16) VACULÍKOVÁ, Lenka. *Antropologické a pedagogické aspekty multikulturního ošetrovateľství* [online]. Zlín. 2010. [cit. 2016-04-03]. Dostupné z: http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/13086/vacul%C3%ADkov%C3%A1_2010_bp.pdf?sequence=1&isAllowed=y

10 PŘÍLOHY

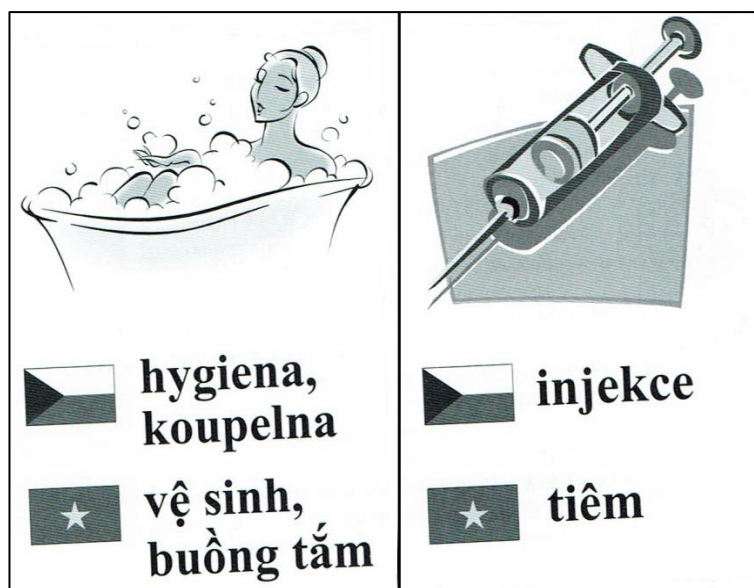
Příloha A Znáznění pojmu „Multikulturní a Transkulturní“	62
Příloha B Piktogramy – Komunikační karty 1 a 2	63
Příloha C Dotazník	64



Obrázek 13 Zobrazení pojmu "multikultura" (Kutnohorská, 2005, s. 14)



Obrázek 14 Zobrazení pojmu "transkultura" (Kutnohorská, 2005, s. 15)



Obrázek 15 Komunikační karta 1 (Tóthová, 2010, s. 158 – 160)



Obrázek 16 Komunikační karta 2 (Tóthová, 2010, s. 158 – 160)

Příloha C *Dotazník*

Dobrý den, vážené porodní asistentky,

jmenuji se Veronika Šlampová a jsem studentkou 3. ročníku studijního oboru Porodní asistentka na Fakultě zdravotnických studií v Pardubicích.

Chtěla bych Vás touto cestou požádat o vyplnění dotazníku, který se zabývá specifiky péče porodních asistentek o ženy jiného etnika. Dotazník je zcela anonymní a bude sloužit jako podklad k výzkumnému šetření mé bakalářské práce. K jiným účelům nebudou zjištěné informace použity. Dotazník obsahuje 14 otázek. U každé otázky zakroužkujte prosím jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak.

Mockrát Vám děkuji za Váš čas a přeji příjemný zbytek dne

1. Kolik Vám je let?

.....

2. Do jakého typu spadá zdravotnické zařízení, ve kterém pracujete?

- a) Fakultní nemocnice
- b) Krajská nemocnice
- c) Nemocnice oblastní
- d) Odborný léčebný ústav

3. Jak dlouho pracujete jako porodní asistentka?

- a) Méně než rok
- b) 1 – 3 roky
- c) 4 – 5 let
- d) 6 – 10 let
- e) 11 – 15 let
- f) Více než 15 let

4. Na jakém oddělení v rámci vašeho zdravotnického zařízení pracujete?

- a) Porodní sál
- b) Oddělení šestinedělí
- c) Oddělení rizikového těhotenství
- d) Gynekologické oddělení
- e) Jiné.....

5. Pečovala jste někdy o ženu jiného etnika?

- a) Ano
- b) Ne (v případě této volby dále pokračujte otázkou č. 8)

6. Jak často pečujete o ženu jiného etnika?

7. S ženou jakého etnika se při své práci setkáváte nejčastěji? (možno i více odpovědí)

- a) Romka
- b) Mongolka
- c) Vietnamka
- d) Ukrajinka
- e) Jiné.....

8. Co považujete za největší problém v péči o ženu jiného etnika? (možno i více odpovědí)

- a) Jazykovou bariéru
- b) Neznalost zvyklostí a tradic
- c) Odlišné náboženské vyznání
- d) Neochota přizpůsobit se naší kultuře
- e) Nic mi nedělá problém
- f) Jiné.....

9. Vyhledávala jste si někdy informace o vietnamském etniku?

- a) Ano, při jaké příležitosti?

.....
.....
.....

- b) Ne (v případě této volby přeskočte k otázce č. 11)

10. Kde jste informace získávala? (možno i více odpovědí)

- a) Při studiu
- b) Z odborné literatury
- c) Z časopisů
- d) Z internetu
- e) Jiné.....

11. Co je typické v prožívání bolesti u vietnamských žen?

.....
.....
.....

12. Jaký nápoj byste podala vietnamské ženě?

- a) Teplý
- b) Studený
- c) Nezáleží na teplotě
- d) Nevím

13. Kdy upřednostňují Vietnamci sprchování?

- a) Ráno
- b) Večer
- c) V poledne
- d) Nevím

14. Setkala jste se ve svém zaměstnání s něčím zajímavým při péči o ženu jiného etnika?

- a) Ano, s čím?

.....
.....
.....

- b) Ne

Děkuji