



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Multikulturní péče o ženu při porodu

Vypracoval: Petra Šabatková
Vedoucí práce: Mgr. Romana Belešová

České Budějovice 2015

Abstrakt

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku multikulturní péče o vietnamské rodičky a vztahu těchto žen k těhotenství a porodu. Dále pak na postoje porodních asistentek k vietnamským ženám a na péči, která je jim poskytována při porodu. Práce je rozdělena na dvě části, část teoretickou a výzkumnou. Teoretická část bakalářské práce byla vypracována na podkladě odborné literatury.

V úvodu teoretické části je definován pojem porod. Následně jsou popsány kapitoly mechanismus I., II., III. doby porodní, definice porodní asistentky a ošetřovatelská péče o rodičku. Dále byla bakalářská práce zaměřena na multikulturní péči v porodní asistenci, kde jsou popisovány podkapitoly základní pojmy v multikulturní péči, kulturní šok, model vycházejícího slunce Madeleine Leiningerové. V závěru teoretické práci je věnována pozornost kapitole vietnamské etnikum, ve kterém popsány podkapitoly rodina a vztahy, zdraví a životní styl, interkulturní komunikace a role porodní asistentky při porodu ženy vietnamské národnosti.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak vnímají porodní asistentky vietnamské ženy při porodu a dále pak, zjistit, jak vietnamské ženy v ČR vnímají péči porodních asistentek. Byly položeny dvě výzkumné otázky: Jak přistupují porodní asistentky k vietnamským rodičkám? A jak vnímají vietnamské ženy péči poskytovanou porodními asistentkami v ČR? Ve výzkumné části bylo využito kvalitativní výzkumné šetření a sběr dat probíhal pomocí rozhovoru, který byl zaznamenáván na diktafon a následně přepsán. Byly vytvořeny dva výzkumné soubory. Bylo zvoleno pět spolupracujících vietnamských žen po porodu, ležících na oddělení šestinedělí a dále pak pět porodních asistentek pracujících na porodním sále. Hlavními kritérii při výběru respondentek byla u porodních asistentek ochota spolupracovat, zdravotnické vzdělání a práce na porodním sále. U vietnamských žen byla jako kritéria zvolena hlášení se k vietnamské národnosti, být po porodu, znalost českého jazyka buď ženy nebo jejího partnera a dále pak ochota spolupracovat. Výzkumná část byla rozdělena do významových kategorií a podkategorií. Rozhovory byly vedeny na odděleních porodní sál a dále pak na oddělení šestinedělí v Nemocnici České Budějovice v období dubna a května roku 2015. Všechny respondentky účastnící se výzkumného šetření písemně

souhlasily s poskytnutím rozhovorů a s jejich následným použitím pro výzkumnou část bakalářské práce. Získaná data z výzkumného šetření byla zpracována metodou barvení textu. Následně byly vytvořeny hlavní významové kategorie a jejich podkategorie. U výzkumného šetření s vietnamskými ženami byly stanoveny tři hlavní kategorie Znalosti vietnamských žen a k ní podkategorie Druh poskytnutých informací od porodních asistentek, Spokojenost s podanými informacemi. Druhá hlavní kategorie Pocity a k ní podkategorie Spolupráce s porodními asistentkami, Přítomnost partnera u porodu a Pocity diskriminace. A třetí hlavní kategorie Komunikace žen s porodní asistentkou a k ní podkategorie Způsob komunikace. Při zpracování výzkumného šetření s porodními asistentkami byly stanoveny dvě hlavní kategorie Péče porodní asistentky a k ní podkategorie Nahlížení na vietnamskou rodičku a Péče porodní asistentky o vietnamskou rodičku. Druhá hlavní kategorie Komunikace s vietnamskou rodičkou a k ní podkategorie Způsoby komunikace. Při zpracovávání byly použity přímé řeči respondentek, které jsou v textu odlišené kurzívou.

Obě výzkumné otázky se ve výzkumném šetření podařilo zodpovědět. Z výzkumného šetření vyplynulo, že všechny dotazované porodní asistentky mají kladný vztah k vietnamským rodičkám. Přístupují k nim jako ke všem ostatním rodičkám a poskytují jim stejnou péči. V oblasti komunikace je ale ještě hodně, co zlepšovat. Porodní asistentky by měly zvládnout alespoň základní komunikační fráze, už jen proto, aby s ženami navodily důvěrnou atmosféru.

Vietnamské rodičky vnímaly poskytovanou péči jako kvalitní a nadstandardní, protože věděly jaká je zdravotní péče ve Vietnamu.

Tato bakalářská práce může sloužit jako informační materiál pro porodní asistentky pracující na gynekologicko-porodnickém oddělení nebo jako vzdělávací materiál pro laickou veřejnost.

Klíčová slova: porodní asistentka, multikulturní péče, vietnamská žena, porod

Abstract

Bachelor thesis is focused on multicultural care of Vietnamese mothers and the relationship of these women to pregnancy and childbirth. Furthermore, the attitude of midwives to Vietnamese women and the care they receive during childbirth. The work is divided into two parts, theoretical and experimental. The theoretical part was drawn up on the basis of scientific literature.

The introduction of the defined term birth. Subsequently, the mechanism described in Chapter I., II., III. of labor, the definition of midwifery and nursing care for the mother. Furthermore, the thesis focused on multicultural care in midwifery, which are described in subsections basic concepts of multicultural care, culture shock, a model of the Rising Sun Madeleine Leininger. In conclusion, the theoretical work is given to the chapter Vietnamese ethnic group, which describes subchapters family and relationships, health and lifestyles, intercultural communication and the role of the midwife in the birth of Vietnamese women.

The aim of this thesis was to find out how they perceive midwives Vietnamese women in childbirth and then find out how Vietnamese women in the Czech Republic perceive the care of midwives. Research was asked two questions: How midwives access to the Vietnamese pregnant women? And how they perceive the Vietnamese women care provided by midwives in the Czech Republic? In the research part was used qualitative research and data collection was carried out through interviews, which were recorded on a Dictaphone and then transcribed. They have developed two research files. It was elected five cooperating Vietnamese women after childbirth, lying on the Department confinement and then five midwives working in the delivery room. The main criteria in the selection of the respondents were in midwives willingness to cooperate, medical education and work in the delivery room. For Vietnamese women was selected as a criterion message to the Vietnamese nationality, be postpartum knowledge of the Czech language, either a woman or her partner and then the willingness to cooperate. The research part was divided into semantic categories and subcategories. Interviews were conducted in departments delivery room and then to the Department confinement in hospital Czech Budejovice in the period of April and May

2015. All respondents participating in the survey in writing agreed to provide interviews and their subsequent use for the research part of the thesis. The data obtained from the survey were processed by dyeing text. Subsequently they created major semantic categories and their subcategories. In research with Vietnamese women are three main categories of knowledge of Vietnamese women and the sub type of information provided by midwives, satisfaction with submitted information. The second major category of feelings and the sub collaboration with midwives presence of a partner during childbirth and feelings of discrimination. A third major category of Communication women with a midwife and her subcategories method of communication. When processing research midwives were set two main categories of care of a midwife and her subcategories Consultation on Vietnamese woman in labor and midwifery care Vietnamese woman in labor. The second major category of communication with the Vietnamese woman in childbed and the sub Methods of communication. When processing used direct speech respondents who are distinguished in the text in italics.

The two research questions in the research study been answered. The research revealed that all interviewed midwives have a positive attitude towards Vietnamese pregnant women. They treat them like all other pregnant women and provide them with the same care. In the field of communication but still much room for improvement. Midwives should handle at least basic communication phrases, if only to women evoke intimate atmosphere.

Vietnamese mothers provided care as perceived quality and premium because they knew what health care in Vietnam.

This thesis can serve as a source of information for midwives working in the gynecology-obstetrics department or as educational material for the general public.

Keywords: midwife, multicultural care, the Vietnamese woman, childbirth

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 12.8.2015

.....

Petra Šabatková

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala Mgr. Romaně Belešové za odborné vedení mé bakalářské práce, cenné rady a připomínky. Děkuji také své rodině, která mne během celého studia podporovala.

Obsah	
OBSAH	8
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	10
ÚVOD	11
1 SOUČASNÝ STAV	12
1.1 POROD	12
1.1.1 <i>I., II. a III. doba porodní</i>	12
1.1.2 <i>Definice porodní asistentky</i>	15
1.1.3 <i>Ošetrovatelská péče o rodičku</i>	16
1.2 MULTIKULTURNÍ PÉČE V PORODNÍ ASISTENCI.....	18
1.2.1 <i>Základní pojmy v multikulturní péči</i>	19
1.2.2 <i>Kulturní šok</i>	21
1.2.3 <i>Model vycházejícího slunce Madeleine Leininger</i>	22
1.3 VIETNAMSKÉ ETNIKUM	24
1.3.1 <i>Rodina a vztahy</i>	25
1.3.2 <i>Zdraví a životní styl</i>	26
1.3.3 <i>Interkulturní komunikace</i>	26
1.3.4 <i>Role porodní asistentky při porodu ženy vietnamské národnosti</i>	28
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	30
2.1 CÍLE PRÁCE	30
2.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	30
3 METODIKA	31
3.1 METODIKA VÝZKUMU	31
3.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	32
4 VÝSLEDKY	33
4.1 ROZHOVORY S VIETNAMSKÝMI ŽENAMI.....	33

4.2	ROZHOVORY S PORODNÍMI ASISTENTKAMI	42
5	DISKUZE	49
6	ZÁVĚR	54
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	55
8	SEZNAM PŘÍLOH.....	59

Seznam použitých zkratk

ČR – Česká Republika

cm - centimetr

ml - mililitr

i.v. – intravenózně

např. – například

aj. – a jiné

resp. - respektive

Úvod

Téma Multikulturní péče o ženu při porodu jsem si pro svou bakalářskou práci zvolila proto, že cítím vlastní subjektivní zájem o vietnamskou menšinu, především o jejich kulturní život a znaky, kterými se od naší majoritní společnosti liší. S příchodem velkého množství migrantů z Vietnamu po roce 1989 nastala pro majoritní obyvatelstvo ČR nutnost zkvalitnění společného soužití, především tolerance s vietnamskou minoritní společností.

Počet Vietnamců se v České republice každým rokem zvětšuje, a tím pádem se jejich počty zvyšují i v našich nemocnicích. Vietnamská minorita je po Slovácích a Ukrajincích nejpočetnější komunitou na území České republiky. Ošetrovatelská péče v porodní asistenci nahlíží na každou rodičku jako na holistickou bytost, tedy klade důraz na bio-psycho-sociální a spirituální potřeby každé rodičky bez ohledu na její vyznání nebo národnostní příslušnost. Problematikou poskytování ošetrovatelské péče v souladu se zvyky a tradicemi příslušníků odlišných etnických skupin se zabývá multikulturní ošetrovatelská péče.

Je nezbytné, aby porodní asistentky měly základní informace a znalosti o vietnamských rodičkách, aby mohly lépe a kvalitněji uspokojovat jejich potřeby.

Pevně věřím, že bakalářská práce přinese dostatečné informace o vietnamské kultuře a o ošetrovatelské péči o vietnamské rodičky.

1 Současný stav

1.1 Porod

Porodem (partus) je nazýváno každé zakončení těhotenství narozením živého nebo mrtvého novorozence. Za narození živého dítěte je považováno úplné vypuzení nebo vynětí plodu z ženina těla bez ohledu na délku těhotenství, jestli plod po narození dýchá nebo projevuje alespoň nějakou ze známek života. Za známky života se považuje srdeční činnost, pulzace pupeční šňůry nebo nesporný pohyb kosterního svalstva bez ohledu na to, zda byla pupeční šňůra přerušena nebo placenta připojena (Hájek, 2014).

Majoritní skupina těhotných žen se dnes připravuje na svůj porod cílevědomě a systematicky. Navštěvují psychoprofylaktickou přípravu u svého gynekologa nebo porodní asistentky, jejímž cílem je zbavit nebo zmírnit pocit strachu u žen, poučit je o anatomických a fyziologických změnách v těhotenství, seznámit je s postupem porodu a naučit je, jak například správně dýchat, tlačit a uvolňovat pánevní dno v jednotlivých porodních dobách. Podle současně platné legislativy může fyziologický porod vést porodní asistentka. (Simočková, 2011).

1.1.1 I., II. a III. doba porodní

Samotný porod probíhá v porodních dobách (Simočková, 2011). V první fázi se připravuje děložní hrdlo a dochází k jeho otevírání, během druhé fáze dochází k vypuzení dítěte na svět, ve třetí fázi se odlučuje a odchází placenta a plodové obaly a čtvrtá fáze se nazývá poporodní období (Gaskin, 2010). Přibližně dva týdny před porodem může rodička pociťovat silnější tvrdnutí dělohy tzv. předzvěstné stahy (dolores praesagientes) nazývané také jako „poslíčci“. Vyznačují se nepravidelným tvrdnutím podbřišku, různé síly s různě dlouhými pauzami, čímž přispívají k dozrání porodních cest – zkracování, měknutí hrdla děložního a otvírání porodních cest. Jsou jiné od kontrakcí – porodních stahů, kterými již začíná porod. Kontrakce jsou typické

svou pravidelností, postupně se navyšující silou a zkracováním doby trvání mezi kontrakcemi (Simočková, 2011).

První doba porodní je zahájena aktivní činností dělohy, která vede ke zjevnému rozvíjení dolního děložního segmentu, děložního hrdla a branky. Frekvence otvíracích kontrakcí obvykle zpočátku nepřesahuje 1 za 10 minut. V přibližně patnácti procentech začíná samotný porod spontánním odtokem plodové vody. Pokud do jedné hodiny nenásledují porodní kontrakce, mluvíme o předčasném odtoku plodové vody (Čech, 2006).

První doba porodní se dá rozdělit na tři fáze. Během první fáze (latentní) se děložní stahy stabilizují a navyšuje se jejich počet, trvání a síla. Kontrakce na začátku první doby porodní mají slabou intenzitu a objevují se přibližně po 10-15 minut a trvají 15-20 vteřin. Na konci latentní fáze se kontrakce objevují každých 5-7 minut a trvají 30-40 vteřin. Postupně dochází ke spotřebovávání čípku. Děložní hrdlo se zkracuje až vznikne tenká porodnická branka. Její průměr je ke konci latentní fáze 2-2,5 cm. Během tohoto období dochází k sestupu hlavičky do porodních rovin. Bolestivost děložních stahů se zvyšuje a projevuje se buď bolestmi v podbřišku, nebo v křížové oblasti. Délka této fáze je závislá na paritě rodičky (Roztočil, 2008, Čech, 2006).

Aktivní fáze je období mezi koncem latentní fáze (dilatace branky 2,5 cm) a rozšířením branky do 8 cm. Aktivní fáze je charakterizována zrychlením jednotlivých kontrakcí. Kontrakce jsou poměrně krátké a vedou k rychlému rozvoji porodního nálezu na brance. Za jednu hodinu dojde u vícerodiček ke zvětšení nálezu o přibližně 3 cm, u prvorodiček o zhruba 1,2 cm. Tyto údaje jsou pouze orientační. Za tranzitorní fázi je označováno období mírného zpomalení rozvoje porodního nálezu na brance a to od 8 cm až do celkového zajetí branky. V tomto období dochází k sestupování naléhající části plodu do nižších rovin porodního kanálu. Frekvence děložních stahů se zvyšuje, přicházejí po 1-2 minutách a trvají 50-60 vteřin. V tranzitorní fázi většinou dochází ke spontánní ruptuře vaku blan. Může dojít i k mírnému zakrvácení jako následku rozšíření děložního hrdla. Zvyšuje se intenzita křížových bolestí (Roztočil, 2008).

První doba porodní je zakončena fází, kdy děložní branka už není hmatná a je tedy kompletně zašlá. Tehdy její průměr činí asi 11 – 12 cm. Název otevírací doba vyjadřuje

základní princip porodního děje v první době porodní – otevírání a rozvíjení porodních cest (Pařízek, 2005). Přibližná doba trvání první doby porodní se u primipar průměrně pohybuje okolo 6-7 hodin a u multipar se jedná o cca 3-4 hodiny (Hájek, 2014).

Vypuzovací doba nastává momentem zániku branky a plod v jejím průběhu prostupuje tvrdými porodními cestami. Při polohách podélných hlavičkou se uplatňuje mechanismus porodu hlavičky a ramének (Čech, 2006).

Mechanismus porodu hlavičky ve druhé době porodní se dá rozdělit do pěti fází. Patří sem iniciální flexe a vstup hlavičky do pánevního vchodu, dále progresse hlavičky do pánevní šíře a úžiny, v této fázi zapojuje rodička při kontrakcích břišní lis, a tím značně zesiluje intenzitu porodních sil. Rodička se aktivně začleňuje do porodního děje, což většinou pociťuje jako psychickou úlevu, i když úsilí spojená s použitím břišního lisu klade především na prvorodičku velké fyzické nároky. Během zapojování břišního lisu se pozitivně uplatňuje fyzická příprava během těhotenství s logickým nácvikem především dýchání a zapojování svalstva a se systematickým zvyšováním celkové fyzické zdatnosti. Další fáze mechanismu porodu hlavičky je normální či abnormální vnitřní rotace. Při normální vnitřní rotaci platí, že vedoucí bod (malá fontanela) se otáčí dopředu za sponu, bez zřetele na to, kde se před touto rotací nacházel. Při abnormální rotaci hlavičky se vedoucí bod rotuje naopak dozadu směrem ke kostrči. Další etapa je rotace hlavičky kolem dolního okraje stydné spony, kterou následuje zevní rotace a mechanismus porodu je zakončen porodem ramének (Hájek, 2014).

Mezi faktory, které určují průběh II. doby porodní patří děložní kontrakce (jejichž intenzita ve vypuzovací době vrcholí), břišní lis, vzájemné odlišnosti průměrů jednotlivých pánevních rovin, konkavita porodních cest a tvar hlavičky plodu (Čech, 2006).

Pro rodičku znamená druhá doba porodní značnou úlevu. Nakonec se smí aktivně zapojit a začít tlačit a může tak pomáhat svému dítěti na svět. Ačkoliv je většina rodiček po první době porodní vyčerpaná a unavená, příchod druhé doby porodní pociťují jako náhlý příliv nové síly a energie (Lábusová, 2004).

Třetí doba porodní se také nazývá dobou k lůžku (placentární). Začíná porozením dítěte a končí odloučením a vypuzením placenty. Je nejkratší dobou porodní, která trvá

obvykle 10-20 minut. Ovšem i trvání 60 minut se ještě pokládá za normální pokud rodička nekrvácí. Placenta může být vypuzena třemi způsoby. O Baudelocquea-Schultzeho mechanismu mluvíme pokud se jako první při vypuzení placenty objeví lesklá plodová strana placenty. Duncanův mechanismus je popisován jako vypuzení placenty hrubou mateřskou částí. A poslední způsob je mechanismus podle Gessnera, kdy se placenta odlučuje od okrajů, pak se ale tím, že sestupuje do pochvy kornoutovitě stočí a vystupuje z porodních cest napřed svou fetální stranou. Porodní asistentka či porodník by se měly kontrolou placenty přesvědčit, že placenta skutečně odešla celá. Malé části placenty, které zůstanou v děloze totiž mohou narušit průběh kontrahování a zavinování dělohy, které ovlivňují krvácení. Je nutné, aby se děloha po vypuzení placenty rychle stáhla, aby se zabránilo krvácení z cév, které před porodem zásobovaly placentu. Silnou kontrakci stimuluje oxytocin. Obvykle se proto přidává v infuzi nebo může být podán bolus intravenózně. Bolest během třetí doby porodní je spíše výjimkou. Při odlučování a vypuzování placenty může rodička krátce pocítit křeče v břiše (Leifer, 2004, Hájek, 2014).

Poslední doba porodní, která se také nazývá poporodní období se vyznačuje kompletní retrakcí dělohy po porodu placenty a plodových obalů. Konstrikcí přetržených cév na rané ploše nastává parciální mechanická hemostáza. Stěny takto komprimovaných cév k sobě přilehnou a záhy se slepí, takže se nevytváří žádný trombus. Jen z nedokonale stlačené cévy se vytvořením trombů zastavuje krvácení pomocí koagulační hemostázy. Tato porodní doba, která však již patří do raného šestinedělí trvá asi dvě hodiny a označujeme je jako poporodní období. Celkové krevní ztráty při fyziologickém porodu a v poporodním období nepřesahují 300 ml (Hájek, 2014).

1.1.2 Definice porodní asistentky

Světová zdravotnická organizace (WHO), Mezinárodní konfederace porodních asistentek (ICM) a Mezinárodní federace gynekologů a porodníků (FIGO) vytvořily v roce 1972 dokument nazvaný Definition of the Midwife (Definice porodní asistentky).

Znění tohoto dokumentu bylo poprvé upraveno v roce 1990, druhá úprava byla v roce 2005.

Porodní asistentka je osoba, která úspěšně ukončila oficiální vzdělávací program pro porodní asistentky uznávaný v dané zemi, a dosáhla tak požadované kvalifikace pro získání registrace – úředního povolení k výkonu povolání porodní asistentky.

Porodní asistentka je uznávána jako plně zodpovědný zdravotnický pracovník, který pracuje jako partner ženy, poskytuje jí potřebnou podporu, péči a radu během těhotenství, porodu a v době poporodní, vede porod na svou vlastní zodpovědnost, poskytuje péči novorozencům a dětem v kojeneckém věku. Tato péče zahrnuje preventivní opatření, podporu normálního porodu, zjišťování komplikací u matky nebo dítěte, zprostředkování přístupu k lékařské péči nebo jiné vhodné pomoci a provedení nezbytných opatření při mimořádné naléhavé situaci.

Porodní asistentka má důležitou úlohu ve zdravotním poradenství a vzdělávání nejen žen, ale i v rámci jejich rodin a celých komunit. Tato práce by měla zahrnovat předporodní přípravu a přípravu k rodičovství a může být rozšířena i do oblasti zdraví žen, sexuálního nebo reprodukčního zdraví a péči o dítě.

Porodní asistentka může vykonávat svou profesi v jakémkoli prostředí, včetně domácího prostředí, ambulantních zdravotnických zařízení, nemocnic, klinik, nebo zdravotnických středisek (pdcap.cz, 2013, online).

1.1.3 Ošetřovatelská péče o rodičku

O rodičku v průběhu porodu pečuje a veškerou ošetřovatelskou péči poskytuje porodní asistentka. Níže uvedené intervence týkající se ošetřování rodičky se mohou na jednotlivých pracovištích lišit dle zvyklostí nemocnice. Ošetřovatelská péče porodní asistentky začíná již u příjmu rodičky. Rodička je přijímána na porodnické oddělení při prvních známkách porodní činnosti (pravidelné děložní kontrakce nebo odtok plodové vody). Po prohlídce se vyhodnotí postup porodu a podle vaginálního nálezu se určí jaký bude rozsah přípravy na porod. Při příjmu rodičky porodní asistentka vypíše potřebnou dokumentaci (anamnézy) a informované souhlasy, provede základní fyzikální vyšetření (krevní tlak, moč, tělesná teplota, hmotnost, výška, natočí kardiotokeografický záznam),

zevně rodičku vyšetří a v případě, že s tím rodička vysloví svůj souhlas, tak jí oholí genitálie a podá očistný klystýr a rodička se poté osprchuje (Simočková, 2011).

Během první doby porodní je úlohou porodní asistentky pravidelné sledování ozev plodu stetoskopem v 15-30 minutových intervalech, případně kardiokograficky. Poté porodní asistentka u rodičky sleduje pravidelnost děložních stahů, odtok plodové vody (potvrzuje se Temešváryho roztokem – pokud se jedná o odteklou plodovou vodu, tak se vlhká vložka zbarví na modro), dále sleduje jak postupuje porod, vitální funkce a vyprazdňování močového měchýře, který může případně jednorázově vycévkovat. Porodní asistentka dohlédne na přísun tekutin a lehce stravitelné stravy pro ženu (ovšem v omezené míře). Někdy rodička lépe zvládá porodní bolesti pod teplou vodou ve sprše, ve vaně, ve dřepu nebo v lehu na boku. Podle vybavenosti pracoviště a zdravotního stavu je vhodné rodičce umožnit svobodný pohyb a volbu polohy. Všechny údaje zaznamenává porodní asistentka do porodopisu.

V druhé době porodní je úkolem porodní asistentky nachystat před začátkem porodu sterilní porodnický balíček. Porodní asistentka musí po každém děložním stahu kontrolovat ozvy plodu, vyzývat ženu, aby při každém stahu zatlačila a dále je úlohou porodní asistentky odvést porod, pokud je fyziologický a v jeho průběhu se neobjevila žádná patologie. Důležitý je dohled na dokumentaci, přesné zaznamenání času porodu, pohlaví dítěte a jiných náležitostí (Holomáň, 2004, Simočková, 2011).

Během třetí doby porodní se porodní asistentka postará o placentu. Třetí doba porodní je vedena aktivně (v druhé době porodní se rodičce podají uterotonika - 5j. Oxytocinu i.v.). K roditelům ženy se položí sterilní emitní miska a postaví se do ní peán s uchyceným pupečnickem. Sledují se známky odlučování placenty jako např. při zatlačení na fundus se pupečník nevtahuje dovnitř. Pokud se placenta začíná odlučovat, rodička zatlačí a placenta se uchopí oběma rukama a je vybavena. Dále je nutné zkontrolovat kompletně celistvost placenty a plodových obalů. Pokud je placenta v pořádku, porodní asistentka jí zváží a uloží na určené místo. Případné porodní poranění ošetří lékař za spolupráce porodní asistentky (Sák, 2008).

Po porodu placenty a ošetření porodních poranění jako mohou být ruptury hráze nebo epiziotomie zůstává následně rodička minimálně dvě hodiny na porodním sále,

kde je monitorován její zdravotní stav a zdravotní stav novorozence. Spolu s ní může po prvním ošetření novorozence zůstat i partner rodičky, případně jiný doprovod pokud to dovoluje zdravotní stav rodičky a novorozence. U rodičky porodní asistentka kontroluje vitální funkce, krvácení z dělohy, zavinování dělohy a bolest. Podporuje se vytváření vazby a náklonosti mezi novorozencem a jeho matkou. Pro rozvoj laktace je důležité včasné přiložení k prsu matky. Před převezením rodičky na stanici šestinedělí porodní asistentka opět zkontroluje vitální funkce a krvácení a veškeré prováděné výkony zapíše do dokumentace rodičky. Po převezení na stanici šestinedělí začíná pro ženu období šestinedělí (Simočková, 2011).

1.2 Multikulturní péče v porodní asistenci

Problematika multikulturismu dnes zní světovým společenstvím intenzivněji díky možnosti cestování, svobodě člověka a politicko-ekonomické situaci. (Líšková, 2006). Myšlenkou kulturně uzpůsobené ošetrovatelské péče se začala jako první na světě zabývat profesorka Madeleine Leiningerová v padesátých letech 20. století. Transkulturní ošetrovatelství definovala jako: „Transkulturní ošetrovatelství je významná oblast studia a praxe orientovaná na komparativní významy kulturní péče (pečování), víry a praktiky individuů či skupin stejných či odlišných kultur. Cílem transkulturního ošetrovatelství je poskytovat kulturně shodnou a diferencovanou péči praktikovanou pro zdravé a nemocné lidi anebo jim pomáhat čelit nepříznivým lidským podmínkám, chorobě či umírání kulturně vhodným způsobem” (Špirudová, 2006, s. 27). Na začátku 21. století je problematika migrace jedním z nejdiskutovanějších celosvětových problémů. K nejčastějším důvodům pro migraci obyvatelstva patří hlavně politická, ekonomická, sociální a humanitární situace v rodné zemi migrantů. Mnoho lidí také opouští svou zemi za účelem studijním či pracovním. Migranti z řad cizinců se velmi často mohou setkat s celou řadou problémů. Tyto problémy a náročné životní situace mohou prožívat v podobě kulturního šoku (Špirudová, 2002). Česká republika, jako cílový stát pro některé migrující obyvatelstvo by měla být připravena na to, že i zde se budou setkávat lidé různého původu, rasy a náboženství. V České republice je problematice multikulturního péče věnována pozornost až v posledním

desetiletí. Vzhledem k tomu, že v České republice počet cizinců rok od roku stoupá, je plně žádoucí, aby zdravotníci byli připraveni pro praxi (Kutnohorská, 2013).

1.2.1 Základní pojmy v multikulturní péči

Tato podkapitola je zaměřena na vysvětlení některých hlavních pojmů, které se týkají multikulturní péče. V první řadě je třeba vymezit co to je multikulturní společnost, transkulturní péče, kultura, akulturace, asimilace, enkulturace. Tyto pojmy je nezbytně nutné pochopit k lepší orientaci v dané problematice.

Multikulturní společnost je tvořena přítomností různých etnických, sociálních a náboženských podskupin. Pojem „multikulturní“ slouží k vyjádření rozmanitosti, početného seskupení kultur, které stojí izolovaně vedle sebe vzájemně se neovlivňují a nemají společně definované prvky. Multikulturní společností lze nazvat početné seskupení kultur, které se navzájem neovlivňují a mohou vedle sebe izolovaně existovat. V návaznosti na takovou společnost je nutné poskytovat ve zdravotnických zařízeních také transkulturní péči (Špirudová, 2006).

Transkulturní péče je v praxi často synonymum k pojmu multikulturní ošetrovatelství. Transkulturní přístup vychází ze vzájemné interakce mezi majoritou a minoritou. Snahou transkulturního ošetrovatelství je naplnit potřeby rodiček takovým způsobem, aby nepociťovaly nespokojenost a spolupracovaly při poskytování ošetrovatelské péče (Špirudová, 2006). Transkulturní péče se zaměřuje na porozumění kulturám a k tomu se vztahujícím specifickým potřebám péče. A to zejména v respektování kulturních odlišností a hledání společných kulturních hodnot. (Kutnohorská, 2013).

Dalším klíčovým pojmem je v této souvislosti kultura. Ta představuje komplexní celek, který zahrnuje všechny náboženské a etické hodnoty a systémy, právní předpisy, poznání, umění a zvyky a schopnosti, které si jedinec jako příslušník společnosti osvojil učením (socializací). Kultura není předávána geneticky a je vždy výsledkem lidské činnosti. Z antropologického hlediska se kultura rozděluje na materiální a nemateriální. K materiální kultuře se řadí např. oblečení, obydlí, náboženské předměty, pomůcky ke stolování a k práci, a způsoby, jakými se používají. Nemateriální (duchovní) kultura

představuje souhrn zvyků, přesvědčení, postojů a způsobu konání. Nejvšeobecnější dosah má kultura prostřednictvím jazyka, víry, poznání, tvorby, práva a morálky, které vytvářejí kulturní hodnoty (Lišková, 2006). Změna v kulturních vzorech ať už vědomá nebo nevědomá se označuje jako akulturace. Tato změna bývá způsobena intenzivním kontaktem dvou odlišných (dříve oddělených) autonomních socio-kulturních systémů (Ivanová, 2005).

Akulturaci lze chápat jako *Proces sociálního učení*, jímž si jedinec nebo skupina získává a osvojuje přímou a déletrvající interakci s jinou (cizí) kulturou charakteristické znaky (cizí) kultury. Akulturací se také rozumí výsledek tohoto procesu, který lze považovat za interkulturní sociální proces. Dále se jedná o *Předávání nové přizpůsobené kultury* z generace na generaci a v neposlední řadě i o *Adaptaci* člena (-ů) cizí skupiny na chování vlastní skupiny (Ivanová, 2005).

S akulturací do jisté míry souvisí i pojem asimilace, kdy se jedná o postupné včleňování např. vietnamského etnika a jeho kultury do kultury majoritního obyvatelstva dané země tak, že znaky původní kultury se ztrácejí a jsou nahrazovány znaky dominantní, přejímané kultury. V průběhu přirozené, nenásilné asimilace může docházet k vzájemnému obohacování participujících etnických aj. společenství. S procesem asimilace, resp. s jejím chápáním buď jako pozitivního, nebo negativního procesu, jsou spjaty velké potíže. V současnosti jde zejména o to, jak vyřešit rozpor mezi tím, aby se určité etnikum (např. národnostní menšina) adaptovalo v prostředí většinové populace, přijímalo určité prvky dominantní kultury a zároveň aby si uchovalo svou vlastní kulturu a nerozptylovalo se v kultuře dominantní. Posledním vymezeným pojmem v této kapitole je enkulturace (Ivanová, 2005).

Pojem enkulturace označuje proces, jímž si člověk během svého života osvojuje kultura dané společnosti. Do pojmu enkulturace je možné zahrnovat všechny projevy naučeného chování, získávání znalostí a dovedností díky nimž člověk nabývá kompetence v kultuře své společnosti. Pojem enkulturace je širší než pojem socializace. Např. v procesu enkulturace si dítě osvojuje mateřský jazyk, v procesu socializace se učí, že jej nemá používat k nadávání. Člověk rodící se do příslušné kultury se učí chápat

význam daných věcí i celého světa, ve kterém žije. Bez tohoto povědomí není schopen ve společnosti žít, protože by jí nerozuměl. (Pařízek, 2005, Skalková, 2007).

1.2.2 Kulturní šok

Imigranti a uprchlíci často přicházejí do země, která je pro ně naprosto cizí a nová. Nezvyklé jsou pro ně klimatické podmínky, jídlo, jazyk, zvyky i mentalita hostitelské kultury. Během bezprostředního kontaktu s neznámou kulturou prožívají tito lidé traumatický proces adaptace na změnu, která je nazývána jako kulturní šok. Kulturní šok je stresová situace, která se dotkne každého, kdo se ocitne ve zcela novém a neznámém prostředí (Kutnohorská, 2013).

Kulturní šok je psychologická dezorientace způsobená špatným porozuměním nebo úplným neporozuměním vzorců cizí kultury. Vzniká nedostatkem znalostí, omezenou zkušeností a osobní rigiditou (Gillernová, 2011). Kulturní šok však není jednorázový a už vůbec se nejedná o rychlý zvrát. Jde o proces trvající několik týdnů až měsíců. Podle toho jak je člověk schopen nebo neschopen přijmout změny, které ho v cizím prostředí obklopí. Výraz šok používáme proto, že může mít také posttraumatický dopad na chování jedince (Kutnohorská, 2013).

Na vzniku kulturního šoku se podílí mnoho faktorů. Mezi nejčastější patří nejistota (zdravotní, finanční, politická, seberealizační), interpersonální vlivy (věk, pohlaví, jazykové schopnosti, zkušenosti s jinými kulturami), biologické faktory (výživa a metabolismus, aktivita a odpočinek) a interpersonální faktory jako je např. navazování nových vztahů a komunikativní schopnosti s lidmi z nové kultury (Líšková, 2006).

Kulturní šok probíhá ve 4 fázích. V první fázi je člověk fascinován novými lidmi a novou kulturou. V druhé fázi se jedná o období krize, kdy člověk začíná mít problémy, které se postupně prohlubují, život v nové kultuře se stává složitým (složitá je komunikace, včlenění se do sociálních vazeb). Pro třetí fázi je charakteristické poznání – učí se zvládat různé situace. Člověk se začne učit kompetence mezi kulturami – učí se jak komunikovat (nakoupit, domluvit si schůzku, jíst ve společnosti, řešit problémy na úřadech), učí se pravidla kultury. A v poslední fázi se již přizpůsobí na novou kulturu.

Je to období, kdy se člověk opět raduje z nové kultury, váží si jí i lidí kolem (Ivanová, 2005).

1.2.3 Model vycházejícího slunce Madeleine Leininger

Madeleine Leiningerová se považuje za zakladatelku transkulturní ošetrovatelské péče. Výrazy jako transkulturní ošetrovatelská péče a multikulturní ošetrovatelství poprvé použila v 60. letech 20. století. Známa je její definice transkulturního ošetrovatelství kdy uvádí, že jde o odbornou oblast ošetrovatelské péče, která se soustředí na komparativní studium a analýzu různých kultur s ohledem na ošetrovatelskou činnost ve zdraví i v nemoci a s respektem k postojům a hodnotám pacientek (Archalousová, Slezáková, 2005).

Madeleine Leininger získala profesní vzdělání v ošetrovatelství v St. Anthony's School of Nursing v Denveru, kde dokončila studium v roce 1948. O dva roky později získala bakalářský titul na Benedictine College v Atchisonu. V roce 1953 pak obdržela magisterský titul na Katolické univerzitě v Seattlu. Koncepti transkulturní péče jako samostatného odvětví oboru začala formulovat v 50. letech během přípravy své doktorské práce v antropologii. Podařilo se jí vhodně poukázat na význam vlivu kultury na zdraví, léčbu a péči. Je zastávkyní názoru, že ošetrovatelská péče a pečování jsou synonyma (Archalousová, 2005).

Sama Leiningerová svůj ošetrovatelský model nazvala Modelem vycházejícího slunce (Líšková, 2006). Tento název dostal model podle schématického znázornění, ve kterém Leiningerová graficky znázornila složky modelu kulturní diverzity a univerzality (Kuberová, 2008).

Podle Leiningerové mají lidé právo mít vlastní kulturní hodnoty, víru a potřeby. Pokud porodní asistentky poskytují rodičkám kvalitní služby, musí poskytovat také péči, která bude toto právo respektovat. Budou tedy zajišťovat rodičkám rozdílných kultur kulturně specifickou a všestrannou péči v podpoře zdraví, blaha či pomáhat jim čelit nepříznivým okolnostem a problémům kulturně vhodnými způsoby (Archalousová, 2005).

Model vycházejícího slunce obsahuje tři složky. Patří mezi ně kulturní a sociální struktura, systémy péče a typy péče.

Kulturní a sociální struktura prezentuje technologické, náboženské, filozofické, politické, právní, ekonomické, vzdělávací a rodinné faktory, kulturní hodnoty a životní styl. Všechny tyto faktory jsou navzájem propojené. Jejich vliv na rodičku se nemůže chápat odděleně. Při systémech péče Leiningerová rozlišuje dva systémy – tradiční a profesionální. Tradiční způsob se vztahuje na způsob péče, který praktikují příslušníci subkultury. Tento systém se označuje také jako lidový nebo laický. Pro příslušníky subkultury jsou typické kulturně naučené a přenesené názory, poznatky a zručnosti vlastních lidí. Očekávání porodních asistentek jako poskytovatelů a rodiček jako příjemců služeb se mohou lišit. Z tohoto důvodu je důležité, aby ošetřující porodní asistentky poznaly tradiční způsob péče a jeho kladné stránky dokázaly využít při poskytování profesionální péče u rodičky (Ivanová, 2005).

Poslední složkou modelu vycházejícího slunce jsou typy péče. Podle stavu, problémů a potřeb ženy se může kulturní péče realizovat třemi způsoby a to, kulturní péčí pomáhající uchovat nebo získat zdraví, kulturní péčí umožňující adaptaci a kulturní péčí pomáhající uskutečnit změnu.

Kulturní péče pomáhající uchovat nebo získat zdraví je zaměřená na zdravou i nemocnou ženu. Porodní asistentka pomocí podporujících aktivit pomáhá ženě udržovat pohodu a zdraví, a nemocným zotavit se z nemoci (Simočková, 2011).

Kulturní péče umožňující adaptaci pomáhá rodičkám adaptovat se na nové kulturní způsoby péče, na nové životní role (role matky), nepříznivé životní události (úmrtí člena rodiny). Úlohou porodní asistentky je domluvit se s rodičkou na způsobech péče, které budou respektovat její potřeby v souladu s možnostmi zdravotnického zařízení. Porodní asistentka vystupuje jako zprostředkovatel mezi tradičním a profesionálním systémem péče (Ivanová, 2005).

Kulturní péče pomáhající uskutečnit změnu se realizuje tehdy, pokud je potřebné modifikovat nebo změnit způsob, kterým se rodička stará o své zdraví (např. výběr antikoncepce). Porodní asistentka spolu s rodičkou bude hledat možnosti, které budou respektovat kulturní, zdravotní, náboženské normy, případně finanční možnosti. Při

uplatňování tohoto modelu v rámci porodní asistence je pomoc ženám rozdílných kultur zaměřená především na reprodukční zdraví, těhotenství, plánované rodičovství a antikoncepci (Simočková, 2011).

Zdrojem potíží v multikulturním ošetrovatelství dle Leiningerové je rozdílnost kultur. U cizinců by mělo docházet k podpoře, zachování a udržení zdraví, pomoci při adaptaci. Důsledkem péče o cizince by mělo být jejich zdraví a blaho nebo klidná smrt, dosažená kulturně vhodnými prostředky a způsoby péče (Pavlíková, 2005).

1.3 Vietnamské etnikum

Etnikum je skupina lidí, kteří mají společný rasový původ, obvykle společný jazyk a sdílejí společnou kulturu (Slezáková, 2007). Jedná se o skupinu jedinců, kteří se od jiných skupin odlišují svou etnicitou neboli souhrnem faktorů kulturních rasových, jazykových, dále pak svou historií, sebepojetím, vědomím společného původu a také tím, že jsou jako etnicky odlišní vnímáni druhými. Občas se pojem etnikum používá též ve významu národnostní menšiny, jejíž kultura se liší od kultury většinové. Důležitá je odlišnost hodnot od většinové kultury, dále pak odlišnost norem, chování a jazyka. V České republice mezi nejpočetnější menšiny patří Slováci, Ukrajinci, Vietnamci a Romové (Jandourek, 2012).

Tato podkapitola je zaměřená na vietnamské etnikum a jeho historii. Historie země je poznamenána mnoha válkami a lidským utrpením. Země se nachází v Jihovýchodní části Asie s hlavním městem Hanoj. Souhrnné označení všech obyvatel Vietnamu bez ohledu na národnostní a etnickou příslušnost je Vietnamci. Ve Vietnamu je několik náboženských směrů. Nejvíce obyvatel se hlásí k buddhismu, dále pak je zastoupen konfucianismus, taoismus a v malé míře i křesťanství. Vietnamci preferují rovnováhu síly jing a jang, kdy jing znamená tmu nebo chlad a jang znamená světlo nebo teplo (Ivanová, 2005). Vietnamci jsou příslušníky populační afinity mongoloidní. Příslušníci populační afinity mongoloidní jsou obecně lidé většinou útlí a drobní. Muži vykazují přibližnou hmotnost asi 55 kg, ženy 45 kg. Specifickým znakem většiny je drobný plochý nos, černé lesklé vlasy a prakticky chybějící ochlupení. Typické je šikmé položení očních štěrbin. Vietnamci většinou netrpí nadváhou (Tóthová, 2010).

Styky mezi tehdejší Vietnamskou demokratickou republikou a Československem byly navázány v roce 1950. Imigrace do tehdejší Československé republiky začala v roce 1956 v několika vlnách. V tomto roce k nám přijela skupina přibližně sta dětí z Vietnamu, aby získaly vzdělání. Později následoval příjezd žáků odborných průmyslových škol a studentů vysokých škol na základě Dohody o kulturní spolupráci mezi Vietnamem a Československou republikou z roku 1957. Každý rok pak přijíždělo přibližně dvacet až padesát Vietnamců. V roce 1980 bylo v Československu již asi třicet tisíc vietnamských občanů. Po roce 1989 Česká republika ukončila spolupráci s Vietnamem a vzdělávání Vietnamců tímto v České republice skončilo. Ovšem v posledním desetiletí minulého století začali přijíždět do České republiky Vietnamci za obchodní činností bez ohledu na jejich předchozí dosažené vzdělání (Marádová, 2006).

1.3.1 Rodina a vztahy

Vietnamská komunita je typická svou uzavřeností. K uzavřenosti mají Vietnamci několik důvodů. Především je to velká odlišnost obou kultur, vietnamské a české. Tyto odlišnosti znamenají velký kulturní šok, který se může zmírnit jen osobním stykem vietnamské a české kultury. Uzavřenost vietnamské komunity byla způsobena také skutečností, že šlo o rodiny s příbuznými, kteří udržovali úzké vazby většinou jen mezi sebou (Marádová, 2006). Mezilidské vztahy ve Vietnamu byly jak v rámci rodiny, tak i v celé společnosti zřetelně ovlivněny konfucianismem. Vietnamci jako podstatnou hodnotu vyznávají skromnost a pokoru, stejně jako soulad s ostatními lidmi. Rodina hrála a stále hraje velice důležitou úlohu v životě Vietnamců. Za bezprostřední rodinu nejsou považovány jen rodiče a děti, ale i prarodiče, sestřenice a bratrance a jejich rodiče. Rodinné neshody a problémy se často řeší v rámci rodiny a není standardní se okamžitě dovolávat soudu. Děti navíc k rodičům chovají úctu a oddanost zcela přirozeně, a rodiče zpravidla nepotřebovali podpírat svou autoritu zákonem. Zdvořilý způsob chování a pocit zodpovědnosti vůči své rodině včetně prarodičů je ve Vietnamecích velmi silně vžitý. Vietnamci neopouštějí své staré rodiče, pečují o ně a starají se až do konce života o jejich potřeby. Rodinné vztahy jsou obecně pevnější a

vřelejší než v ČR i právě mezi vzdálenými příbuznými. Soužití rodinných příslušníků tak může být i třígenerační. Starším členům rodiny se prokazuje úcta (Plevová, 2011). Velice zakořeněná je tradice uctívání předků. Ve svých domovech mívají Vietnamci oltáře předků, které pravděpodobně mají ve svých domovech i v ČR. Hlavou rodiny je většinou nejstarší mužský člen, tzn. obvykle otec rodiny, který má ale společnou zodpovědnost se svou manželkou. Ovšem v moderním pojetí rodiny to může být již poněkud odlišné. Pro Vietnamce je důležité vzdělání, a to zejména pro jejich děti. Ty jsou vychovávány v pevném řádu. Každopádně je kladen velký důraz na soudržnost a vzájemnou výpomoc rodinných příslušníků (Zvolánek, 2010).

1.3.2 Zdraví a životní styl

Zdraví představuje společnou hodnotu pro každou osobu na této zemi. Existují však odlišnosti v jeho pojetí. Zdraví můžeme vnímat např. jako stav bez přítomnosti choroby. Vietnamci žijící na území České republiky pečují o své zdraví, protože považují zdraví za nejvyšší hodnotou. Ve prospěch svého zdraví neodmítají žádné léčebné vyšetření ani diagnostický výkon (Tóthová, 2010).

Stravovací návyky jsou součástí životního stylu Vietnamců. Kuchyně ve Vietnamu je velmi různorodá, hodně pracuje s čerstvou nevařenou zeleninou a čerstvými bylinkami. Dvě suroviny jsou pro vietnamskou kuchyni klíčové. Jsou to nudle a rýže. Vietnamské stolování má také své zásady. Vietnamci jedí u stolu nebo v tureckém sedu na zemi. Na rozdíl od Evropanů, kdy každá osoba má svůj vlastní talíř, Vietnamci jedí z talířů, které jsou společné pro všechny.

V oblasti kouření je zajímavé že, více než polovina Vietnamců žijících v České republice kouří, avšak nekouří v domácím prostředí ani na pracovišti (Tóthová, 2010).

1.3.3 Interkulturní komunikace

Interkulturní komunikací rozumíme druh komunikace, které se účastní příslušníci odlišných kultur. Vyznačuje se tím, že účastníci komunikace naráží na rozdíly ve vzájemných komunikačních stylech a na rozdílné chování a vnímání. Interkulturní

kontakt může způsobit nejistotu a nesoulad, protože člověk je vystaven cizímu jazyku, odlišnému komunikačnímu stylu, neznámému chování a používání neverbálních výrazů. Interpretace verbální i neverbální zprávy je v interkulturní situaci mnohem obtížnější než při běžné monokulturní komunikaci (Morgensternová, 2011).

Důležitá je otázka přístupu k verbální a nonverbální komunikaci. Jak mají komunikovat porodní asistentky s příslušníkem vietnamské kultury? Jak správně oslovit, začít a dále vést hovor? Jak vnímat řeč těla, mimiku, gestikulaci? S komunikací se váže ještě jeden důležitý jev a to komunikační bariéra. Ta může být zapříčiněná různými faktory, především jazykovou bariérou. Ta je způsobena jiným jazykovým vybavením Vietnamců. Jazyková bariéra může způsobit mnohé problémy. To, že se domluvíme s lékařem, špatně nebo vůbec, může komplikovat běžnou návštěvu v ambulanci, natož pak hospitalizaci. Porodní asistentce se bude velice těžko odebírat anamnéza, respektive zde může dojít k pomýlení informací (Elbertová, 2010)

Při komunikaci se členem vietnamské minority by měla porodní asistentka počítat s tím, že bude potřebovat více času, obzvláště v situaci, kdy rodička hovoří pouze vietnamsky. Je nutné zjistit v jakém jazyce je možné se s rodičkou domluvit a v případě, že není k dispozici tlumočnick, by měla porodní asistentka použít alespoň slovník. Porodní asistentka musí hovořit pomalu, klidně, zřetelně artikulovat, nezvyšovat hlas a používat jednoduché věty. I při komunikaci s rodičkou z vietnamské kultury jsou vždy na prvním místě zásady slušného chování. Pozdrav, oslovení a také slova „děkuji“ a „prosím“ by mělo patřit mezi základy slušného chování (Hornáková, 2008).

Pro Vietnamce je velmi důležitá neverbální komunikace, která při neznalosti jazyka přebírá rozhodující význam. Protože se mimoslovní vietnamská komunikace od naší velmi liší, může být důvodem častých nedorozumění. Například podání jen jedné ruky nebo podání předmětu jen jednou rukou může Vietnamec vnímat jako neuctivé. Přímý pohled do očí je ve Vietnamu nezdvořilý, spíše je považován za domýšlivost. Je-li noha přehozena přes nohu, nesmí špička přehozené nohy ukazovat na partnera sedícího naproti – to by znamenalo nadřazenost. Podobně ruce zkřížené na prsou mají důležitý význam – vyjadřují rozčilení nad obsahem rozhovoru. Dlouhý nehet znamená, že jeho nositel je intelektuál a nemusí fyzicky pracovat. Hlazení po vlasech a jiné dotýkání se

hlavy je výrazem velké neúcty i vůči dětem a je společensky nepřipustné. Objímání se mezi přáteli a známými je sice běžné, ale líbání mileneckých dvojic na veřejných místech je ve Vietnamu naprosto nepřipustné. U nás běžné smrkání do kapesníku na veřejnosti je ve Vietnamu vnímáno jako neslušné a směšné. Naopak mlaskání a říhání během jídla je pochvalou hostiteli a výrazem spokojenosti. Hádky a hlasité diskuze jsou pro Vietnamce nepřijemné a nezvyklé. Úsměv Vietnamců je třeba vnímat jinak než úsměvy Evropanů. Úsměv má v Asii (a tedy i ve Vietnamu) kromě pro nás obvyklého významu – humoru, veselosti i další významy. Může vyjadřovat např. i pocit nepřijemnosti, velké nesnáze, ale také omluvu pokud Vietnamec nerozumí. Pokud se nechce porodní asistentka dostat do problémů, měla by alespoň tyto základní zásady neverbální komunikace s Vietnamci ovládat. Především tak mnoha nedorozuměním (Marádová, 2006).

1.3.4 Role porodní asistentky při porodu ženy vietnamské národnosti

Jazyková bariéra a s ní související nedostatek informací může u rodiček vyvolat frustraci strach, úzkost, hněv, smutek a mnoho dalších negativních emocí, které jsou projevem neuspokojených základních lidských potřeb, jako je jistota a bezpečí. Jazyková bariéra způsobuje značné nesnáze při příjmu vietnamské rodičky na porodní sál. Velký problém nastává s informovaným souhlasem. Vlivem této bariéry je komplikován rozhodovací proces rodičky s dalším postupem na porodním sále. Porodní asistentka se musí připravit na jazykové, ale i kulturní bariéry, uvažuje o možných předsudcích na obou stranách. Musí počítat s tím, že při komunikaci s cizinkou bude potřebovat dostatek času, zvláště když neovládá její mateřský jazyk. Hovoří pomalu, zřetelně vyslovuje, ale nezvyšuje svůj hlas. Používá jednoduché věty. Neměla by se zapomenout představit a sdělit na jaké pozici pracuje. Samozřejmostí by měl být pozdrav a oslovení pacientky jménem. Při komunikaci se dívá na rodičku a snaží se zřetelně komunikovat. Obličej, zvláště oči a ústa jsou hlavním nonverbálním komunikačním prostředkem. Porodní asistentka se snaží navodit klidnou atmosféru. Děložní kontrakce, stres a strach zhoršují schopnost vyjadřování. Může použít obrázky a gesta, které ulehčí rodičce pochopení problému. Dá rodičce možnost, aby se mohla

vyjádřit pomocí kresby. Pokud přichází do častého kontaktu s vietnamskými rodičkami, je vhodné naučit se v jejich jazyce alespoň základní pozdrav. Tímto způsobem rodička vidí, že o ni porodní asistentka projevuje zájem. Pokud není k dispozici tlumočnick, je možno využít slovník (Elbertová, 2010).

Pokud je u porodu spolu s vietnamskou rodičkou i její partner, je důležité nejdříve oslovit a pozdravit partnera a až potom jeho ženu. Toto pravidlo má kořeny ve všeobecné nadřazenosti mužů vůči ženám. V Evropě je zcela běžným jevem, že lidé, kteří nejsou s dítětem v rodinném vztahu jej hladí po hlavě. V evropské kultuře jsou tyto dotyky chápány jako vyjádření pochvaly či náklonosti. Vietnamci by takový projev chápali jako urážku. Hlava je Vietnamci chápána jako posvátná část těla a proto není, kromě rodičů a velice blízkých lidí, nikomu dovoleno na ni sahat. Porodní asistentka by o této skutečnosti měla vědět, aby se předešlo nedorozuměním (Šišková, 2008).

Porodní asistentka by měla mít základní vědomosti o kultuře Vietnamců, aby správně postupovala při získávání údajů. Je nutné zvolit vhodný, citlivý přístup tak, aby rodička získala důvěru a byla schopná spolupracovat. Při rozhovoru Vietnamci vnímají jako nepříjemné a nezdvořilé, díváte-li se jim přímo do očí, může to vyjadřovat domýšlivost nebo povýšenost. Při porodu vietnamské rodičky by porodní asistentka měla vysvětlovat důležité procedury (kardiotokografický záznam, podání oxytocinu) a testy pokud možno co nejpřesněji a nejjednodušeji. Rodička může přikývnout, že to slyšela, ale nemusí rozumět nebo souhlasit. Je proto nutné požádat rodičku, aby zopakovala, co porodní asistentka řekla, aby se potvrdilo, že rozumí. Když rodička požádá o přítomnost člena rodiny, je důležité rodičce vyhovět a přizvat ho.

Není vhodné sdělovat rodičce závažnost jejího stavu bez konzultace s hlavou rodiny, rodina často nechce, aby byla rodička ve stresu a měla ještě více obav. Soukromí a stud jsou důležité při pobytu Vietnamek v porodnici, ženy jsou velice stydlivé a skromné, proto je nutné při prohlídce zajistit dostatečné soukromí a intimitu. Vietnamky jsou velmi plaché, je proto možné, že porodní asistentce neřeknou, že se stydí, ale přesto je důležité pamatovat na zajištění soukromí rodičky (Sedláková, 2006).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, jak vietnamské ženy v ČR vnímají péči porodních asistentek.

Cíl 2: Zjistit, jak vnímají porodní asistentky vietnamské ženy při porodu.

2.2 Výzkumné otázky

Otázka 1: Jak vnímají vietnamské ženy péči poskytovanou porodními asistentkami v ČR?

Otázka2: Jak přistupují porodní asistentky k vietnamským rodičkám?

3 Metodika

3.1 Metodika výzkumu

Pro získání informací ke zpracování bakalářské práce s názvem „Multikulturní péče o ženu při porodu“ bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření. Sběr dat byl proveden formou individuálních rozhovorů s vietnamskými ženami po porodu ležícími na stanici šestinedělí a s porodními asistentkami pracujícími na stanici porodní sál. K zaznamenání rozhovorů byl použit diktafon a následně byly rozhovory přepsány. Tato metoda výzkumného šetření byl zvolen z důvodu lepšího vyjádření názoru respondentek s danou problematikou. K rozhovorům byl předem připraven okruh otázek (viz Příloha 1). Na začátku rozhovoru byly zjišťovány identifikační údaje respondentek (viz Tabulka 1, 3). Po zjištění identifikačních údajů následovaly otázky zaměřené na to, jak jsou vietnamské ženy spokojené s poskytovanou péčí a jakým způsobem porodní asistentky tyto ženy edukují ohledně péče během porodu. Rozhovory probíhaly v soukromí na předem domluveném místě. Získaná data z výzkumného šetření byla zpracována metodou barvení textu (Švaříček a Šedřová, 2007). Následně byly vytvořeny hlavní významové kategorie a jejich podkategorie (viz Tabulka 2, 4). U výzkumného šetření s vietnamskými ženami byly stanoveny tři hlavní kategorie „Znalosti vietnamských žen“ a k ní podkategorie „Druh poskytnutých informací od porodních asistentek“, „Spokojenost s podanými informacemi“. Druhá hlavní kategorie „Pocity“ a k ní podkategorie „Spolupráce s porodními asistentkami“, „Přítomnost partnera u porodu“ a „Pocity diskriminace“. A třetí hlavní kategorie „Komunikace žen s porodní asistentkou“ a k ní podkategorie „Způsob komunikace“. Při zpracování výzkumného šetření s porodními asistentkami byly stanoveny dvě hlavní kategorie „Péče porodní asistentky o vietnamskou rodičku“ a k ní podkategorie „Nahlížení na vietnamskou rodičku“ a „Péče porodní asistentky o vietnamskou rodičku“. Druhá hlavní kategorie „Komunikace s vietnamskou rodičkou“ a k ní podkategorie „Způsoby komunikace“. Při

zpracovávání byly použity přímé řeči respondentek, které jsou v textu odlišené kurzívou.

Výzkumného šetření se všechny respondentky zúčastnily dobrovolně. Každý z rozhovorů trval přibližně 45 minut. Všechny respondentky dobrovolně podepsaly Žádost o souhlas ke spolupráci (viz Příloha 2), ve které byly seznámeny s výzkumem a účelem sběru dat. Sběr dat probíhal v průběhu měsíce dubna a května v roce 2015 v Nemocnici České Budějovice na stanici šestinedělí a stanici porodní sály. Výzkumné šetření bylo schváleno hlavní sestrou Nemocnice České Budějovice. Originály žádostí jsou uloženy u řešitele výzkumného šetření.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Pro praktickou část bakalářské práce byly vytvořeny dva výzkumné soubory. První výzkumný soubor spolupracující vietnamské ženy po porodu, ležící na stanici šestinedělí a druhý výzkumný soubor porodní asistentky pracující na porodním sále. Každý výzkumný soubor tvořilo 5 respondentek. U vietnamských žen byla jako kritéria zvolena hlášení se k vietnamské národnosti, být po porodu, znalost českého jazyka buď vietnamské rodičky nebo jejího partnera a dále pak ochota spolupracovat. Hlavními kritérii při výběru respondentek u porodních asistentek byla ochota spolupracovat, zdravotnické vzdělání a práce na porodním sále. Všechny ženy souhlasily s rozhovorem a zachováním anonymity. V bakalářské práci jsou vietnamské ženy označeny jako R1-R5 a porodní asistentky jako PA1-PA5.

4 Výsledky

4.1 Rozhovory s vietnamskými ženami

Výzkumný soubor tvořilo 5 vietnamských žen po porodu, které byly hospitalizované na stanici šestinedělí. Rozhovory byly vedeny buď se samotnými ženami, nebo za pomoci překladu od jejich partnerů. Základní charakteristiku souboru uvádí Tabulka 1.

Tabulka 1

Identifikační údaje vietnamských žen

Respondentka	Věk	Vzdělání	Parita	Místo narození	Národnost
R1	23 let	základní	1.	Vietnam	vietnamská
R2	28 let	základní	2.	Vietnam	vietnamská
R3	31 let	středoškolské	2.	Vietnam	vietnamská
R4	21 let	základní	1.	Vietnam	vietnamská
R5	27 let	středoškolské	1.	ČR	vietnamská

Zdroj: vlastní

Respondentka R1 byla ve věku 23 let a její nejvyšší dosažené vzdělání bylo základní. Před otěhotněním nepracovala, ale byla doma a starala se o domácnost. Byla těhotná poprvé a v době rozhovoru byla druhý den po spontánním porodu. Narodila se a vyrůstala ve Vietnamu. Je vdaná dva roky a do České republiky se přestěhovala před 9 lety se svojí rodinou z důvodu vidiny lepšího života. Chtěla by si s manželem v budoucnu pořídit ještě další děti.

Respondentce R2 bylo 28 let a její nejvyšší dosažené vzdělání bylo rovněž základní. Byla těhotná podruhé a rodila také podruhé. Druhý porod byl spontánní a bez

komplikací, narodila se dívka. V době rozhovoru byla respondentka druhý den po porodu. Před otěhotněním byla na mateřské dovolené a starala se o prvorozené dítě, dvouletého chlapce. Ještě před mateřskou dovolenou pracovala jako pomocná síla v obchodě s potravinami. Narodila se ve Vietnamu a do České republiky se přistěhovala před 8 lety z důvodu zlepšení životní úrovně. Má partnera, se kterým plánuje v nejbližší době svatbu.

Respondentce R3 bylo v době rozhovoru 31 let. Nejvyšší ukončené vzdělání má středoškolské, které absolvovala v České republice. Před otěhotněním byla na mateřské dovolené s prvním dítětem a předtím pracovala jako OSVČ (osoba samostatně výdělečně činná) a vlastnila s manželem prodejnu potravin. Do České republiky se přestěhovala s rodinou z Vietnamu když jí bylo 14 let. Je vdaná 5 let a s manželem podniká. Od života v České republice si její rodina slibovala lepší šanci na vzdělání. Ráda by se ještě někdy podívala zpátky do Vietnamu za zbytkem své rodiny.

Respondentce R4 bylo 21 let a nejvyšší ukončené vzdělání má základní. Ze zdravotních důvodů musela přerušit střední školu, ale ráda by si jí dodělala. Před těhotenstvím žila se svými rodiči a partnerem a pomáhala jim v domácnosti. Toto bylo její první těhotenství a v době rozhovoru byla třetí den po porodu a narodila se jí dívka. S partnerem jsou spolu několik let a do České republiky se z Vietnamu přestěhovala před 6 lety. Od života v České republice si slibovala nalezení dobré práce a dobré vzdělání pro své dítě.

Poslední z dotazovaných respondentek R5 bylo 27 let a nejvyšší dosažené vzdělání bylo středoškolské, vystudovala obchodní akademii a před otěhotněním pracovala jako soukromá účetní. Toto bylo její první těhotenství, narodila se jí dívka a v době rozhovoru byla druhý den po spontánním porodu. Byla vdaná a její manžel se narodil ve Vietnamu. Ona sama se narodila a celý život žila v České republice. Ve Vietnamu nikdy nebyla, ale od své rodiny se naučila plynule vietnamsky. Se životem v České republice je velmi spokojená, obzvláště spokojená je se zdravotnictvím a vzděláváním. Stěhování do Vietnamu nemá v plánu, protože ve stěhování nevidí žádný přínos ani pro sebe, ani pro svojí rodinu.

Tabulka 2

Významové kategorie a podkategorie

Znalosti vietnamských žen	Druh poskytnutých informací od porodních asistentek
	Spokojenost s poskytnutými informacemi
Pocity	Spolupráce s porodními asistentkami
	Přítomnost partnera u porodu
	Pocity diskriminace
Komunikace žen s porodní asistentkou	Způsob komunikace

Zdroj: vlastní

Kategorie Znalosti vietnamských žen

Podkategorie Druh poskytnutých informací od porodních asistentek

Tato podkategorie se věnovala druhu poskytnutých informací. Jaké informace poskytovaly porodní asistentky vietnamským ženám. Zda byly tyto informace dostačující a ženy chápaly informace o svém aktuálním zdravotním stavu, vyšetření a zda věděly, k čemu slouží podávané léky.

Respondentky (R1, R2, R3, R5) uvedly, že jim byly poskytnuty od porodních asistentek veškeré informace, které potřebovaly. Byly srozuměny s tím, proč je nutná jejich hospitalizace i jak bude probíhat jejich příjem a následná péče během porodu. Respondentka R1 uvedla: „Když pro mě přijela sestřička výtahem, hned mi řekla, jaký ode mě potřebuje doklady a proč. Nahoře mě posadili do křesla a začali psát příjem. Sestry se ptali, proč přicházím a pak řekli, že se porod už rozbíhá a budu tam muset zůstat. Pak mi to ještě zopakovala doktorka, že tam musím zůstat, aby mohli kontrolovat miminko, jak se mu daří.“

Po administrativním příjmu již všechny respondentky sdělovaly, že informace dostaly dostatek, jak o chodu oddělení, tak o prováděných výkonech. Respondentka R3 uvedla: *„Potom, co mě přijaly, mi sestry řekly, že mi dají klystýr a zda vím co to je a souhlasím s tím, že mi ho podají. Bála jsem se, že to bude bolet, ale vysvětlily mi, že se ničeho nemám bát a tak jsem s tím teda souhlasila. Chtěla jsem mít u sebe svého manžela, ale sestry mi to nedovolily, že dokud nebudu ležet přímo na porodním sále, tak tam se mnou nikdo být nesmí.“* Jediná respondentka R4 nebyla úplně spokojená s množstvím podaných informací, vypověděla: *„Když se mnou sestra dělala příjem, tak se mně jen ptala na spoustu věcí, ale neřekla mi, co se bude dít. Rodila jsem poprvé a nevěděla jsem, jak to bude probíhat. Řekli mi, že mi všechno vysvětlí doktor až mě bude vyšetřovat.“*

Respondentka R4 podle které nebyly informace během příjmu dostačující si na následující informovanost již nestěžovala. Prohlásila: *„Potom co mě vyšetřila doktorka a řekla, že už se otevírám a monitor byl na příjmu dobrej, jsem se trochu uklidnila. Pak přišla nová sestřička než která se mnou psala příjem a vysvětlila mi, že mi dá klystýr a nechá mě tam na záchodě půl hodiny, a pak že si půjdu lehnout už na sál a bude tam moct být se mnou rodina, a že si tam budu moct dát sprchu a pak, že bude nutný točit zase ten monitor jako na příjmu, aby věděli, jak se daří miminku.“*

Respondentky (R2, R3, R4, R5) se shodly, že jim během samotného porodu byly poskytnuty informace od porodních asistentek ohledně toho, jak se mají chovat, jak mají dýchat a tlačit během porodu a k čemu jsou určeny léky, které dostávaly. Pouze respondentka R1 vypověděla, že jí v této fázi porodu nebyl poskytnut dostatek informací, uvedla: *„Když mě převedli z klystýru na sál, tak tam se mnou byla sestřička skoro celou dobu, ale už mi toho moc neřekla, jen že mám během bolestí rychleji dýchat, a že nesmím nic pít ani jíst pro jistotu, kdyby mě museli odvézt na císaře. Pak přišla další sestřička s doktorkou, která mě znova vyšetřila a řekla, že mi dá nějaký léky. Druhá sestřička mi pak vysvětlila, že je to na urychlení porodu abych se líp otvírala.“*

Po porodu novorozence všechny respondentky vypověděly, že jim hned porodní asistentky podaly informace, že je nutné novorozence ošetřit, a že pak zůstanou dvě hodiny spolu s novorozencem na porodním sále. Respondentka R3 uvedla, že: *„Po*

porodu si dítě vzala sestřička, kterou jsem tam předtím neviděla a byla jinak oblečená, ale pak mi moje sestřička, která tam se mnou celou dobu byla řekla, že je to dětská sestra, a že dítě jenom ošetří a hned mi ho zas vrátí. Taky mi říkala, že bude lepší když nebudu držet dítě v rukách, když mě teď budou zašívát, abych dítě neupustila. Pak mi ještě pořád všichni opakovali, že mam dvě hodiny ležet a nezvedat se abych nezačala krváčet. Ještě si pamatuju, že jsem měla hroznou žízeň, ale pořád mi nedovolili se napít, že prý až později.“

Podkategorie Spokojenost s poskytnutými informacemi

Tato podkategorie byla zaměřena na spokojenost vietnamských žen s poskytnutými informacemi od porodních asistentek. Bylo zjišťováno, zda ženy všem informacím rozumí a jsou s nimi spokojeni.

Respondentky (R1, R2, R3, R5) byly spokojeny s podávanými informacemi. Porodní asistentky se jim snažily vše vysvětlit co nejjednodušeji, aby kvůli jazykové bariéře rodičky všemu rozuměly.

Respondentka R3 byla spokojená s podanými informacemi, neměla pocit, že by jí toho porodní asistentky řekly málo a veškerým podaným informacím rozuměla, sdělila: *„Měla jsem trochu strach, jak se ke mně budou všichni chovat, ale překvapilo mě, jak byli všichni hodný. Když jsem něco nechápala, tak jsem se znovu zeptala a sestřička mi to znova vysvětlila.“* Respondentka R2 dodává: *„Spokojená se všema informacema jsem opravdu moc. Všechno jsem od sester na porodním sále chápala.“*

Respondentka R4 by si přála více informací během příjmu a také nebyla spokojená s tím, že jí nikdo pořádně neřekl, zda je plod během porodu v pořádku. Uvedla: *„Jenom jednou mi doktorka řekla, že miminku se daří dobře, pak se akorát chodila sestřička koukat ten papír z monitoru, ale nikdy mi neřekla, jestli je to dobrý nebo ne, jenom mě upozorňovala, jak mám správně dýchat.“*

Respondentka R5 by uvítala více iniciativy od lékařů, uvedla: *„Já byla s informacema spokojená. Už od začátku se mi sestřičky snažily všechno vysvětlit. A nezlobily se, když jsem jim občas nerozuměla. Doktoři mi toho řekli vždycky málo a*

hned odešli, ale sestřička mi pak všechno ještě jednou vysvětlila, abych se ničeho nebála.“

Kategorie Pocity

Podkategorie Spolupráce s porodními asistentkami

Tato podkategorie se věnovala pocitům vietnamským rodiček ohledně spolupráce s porodními asistentkami. Bylo zjištěno, že žádná z respondentek neměla problém ohledně spolupráce s porodní asistentkou a mezi hlavní požadavky respondentek patřilo především dodržování intimity a přítomnost partnera u porodu.

Ani jedna z respondentek neuvedla, že by se jí s porodní asistentkou spolupracovalo špatně. Např. respondentka R2 uvedla: *„Pořád u mě byla sestřička. Když už jsem začala rodit tak vím, že tam najednou bylo hrozně moc lidí. Trochu mi vadilo, že mě několikrát byl zkontrolovat doktor a ne doktorka, ale sestřička mi vysvětlila, že moje doktorka je zrovna u jinýho porodu a jinak to nejde.“* Respondentka R3 uvedla: *„Jsem ráda, že jsem mohla rodit tady a ne u nás ve Vietnamu. Tam by si mě dlouho nikdo nevšímal, ale tady byl každou chvíli někdo u mě. Líbilo se mi, jak bylo všechno nový a měla jsem i vlastní koupelnu a záchod.“*

Doplňující otázkou bylo zjišťováno, zda měly rodičky na porodním sále nějaké konkrétní požadavky a zda jim vyšly porodní asistentky vstříc.

Respondentka R4 sdělila: *„Požadavky jsem žádný neměla, byla jsem ráda, že můžu rodit v dobrý nemocnici a to mi stačilo. Chtěla jsem jenom deku když jsem ležela na boxe, protože jsem se trochu styděla, ale to jsem nemusela sestřičce říkat a sestřička mě hned přikryla. Byla na mě moc milá a starala se o mě.“*

Respondentka R5 požadovala pouze manžela u porodu a co nejméně personálu na porodním boxe, protože se velmi styděla. Uvedla: *„Chtěla jsem jenom manžela u porodu, bohužel ho ke mně sestřičky hned nepustili, že prý to nejde, dokud neudělají příjem a nepodívá se na mě nějaký doktor, že až pak ho ke mně pustí. Nechápala jsem, proč musí čekat dole, ale nic jsem sestřičkám neřekla. Nechtěla jsem, aby se na mě zlobily. Když už byl u mě manžel, tak jsem sestřičkám řekla, že bych radši měla*

doktorku než doktora a to se naštěstí splnilo. Takže se mi spolupracovalo dobře se sestřičkami. Jen během porodu bylo u mě prý víc lidí, ale to mi řekl až pak manžel, já jsem nějak kvůli bolesti nevnímala moc co se děje.“

Respondentka R1 uvedla, že co se týče péče porodních asistentek na porodním sále, tak že byla spokojená. Spolupracovalo se jí s porodní asistentkou dobře, ale měla pocit, že od té doby, co byl na porodním sále přítomen její manžel, tak že se porodní asistentka chovala ještě o trochu lépe, řekla: *„Když přišel manžel, tak mě chodila sestřička častěji kontrolovat a ptát se jestli něco nepotřebuju. Starala se o mě i manžela moc hezky a říkala, že jsem šikovná, že jí poslouchám a dobře spolupracuju i když mám velký bolesti. Líbilo se mi, že po porodu mi dítě nikam neodnesli a starali se o něj přímo přede mnou, že tam měly sestřičky všechno po ruce.“*

Podkategorie Přítomnost partnera u porodu

Tato podkategorie byla zaměřena na to, zda měly vietnamské ženy během svého porodu u sebe partnera a z jakého důvodu. A zda, a v čem spatřovaly přínos jeho přítomnosti.

Všechny respondentky potvrdily, že u svého porodu měly své partnery. Také se shodly, že bohužel ne po celou dobu, ale až když byly přemístěny na konkrétní porodní box. R2 uvedla: *„Partner mě přivezl do nemocnice a myslela jsem si, že se mnou furt bude, ale když pro mě přijela sestra, tak mu řekla, že se mnou nesmí a musí počkat. Trochu jsem se bála, protože sice česky rozumím, ale moc mi nejde mluvit a partnerovi to jde líp právě. Cítila jsem se o dost líp, když ho ke mně pustili. Celou dobu mě pak držel za ruku a pomáhal mi“* R5 dodala: *„Manžela jsem u porodu chtěla, ale ne kvůli tomu aby mi překládal nebo něco takového. Narodila jsem se v Čechách, takže mluvit umím dobře. Šlo mi o to, aby byl u narození našeho dítěte. Trochu jsem se bála, jestli to zvládne být u porodu, ale zvládl. Když jsem potřebovala do sprchy, tak mi pomáhal, staral se o mě a uklidňoval mě. Myslím, že bez jeho pomoci bych to psychicky nezvládla.“*

Respondentky (R1, R3, R4) uvedly, že jeden z hlavních důvodů proč chtěli mít partnera u porodu, je pocit, že se k nim budou porodní asistentky chovat lépe a

vstřícněji. Další důvod přítomnosti partnera u porodu pak bylo přání, aby partner viděl dítě jako jeden z prvních lidí. Respondentka R3 řekla: „*Při prvním porodu jsem rodila taky tady v porodnici a nebyla jsem spokojená. Sestry si mě moc nevšímalý, nic mi neříkaly. A měla jsem z toho špatnej pocit. Manžel právě první porod nestihnul. Teď jsem ráda, že tu se mnou byt, ale i tu chvíli co jsem byla bez něj sama když mě přijímaly sestry, tak se ke mně chovaly slušně. Bála jsem se, že to bude jako při prvním porodu.*“ U respondentky R1 panoval názor, že pokud by s ní nebyl partner u porodu, odrazilo by se to na chování personálu, dodala: „*Slyšela jsem, že když budu mít manžela u sebe, tak že se k nám budou chovat líp, ale i když jsem tam byla na začátku bez manžela, tak se stejně všichni ke mně chovali dobře. Ale s manželem jsem se pak cítila líp, dodával mi odvalu a bylo pro nás důležitý, aby viděl dítě jako první.*“

Podkategorie Pocity diskriminace

Tato podkapitola je zaměřena na to, zda se cítí ženy nějakým způsobem ze stran porodních asistentek diskriminovány kvůli jejich odlišnému etniku.

Na otázku, zda se respondentky cítily ze strany porodních asistentek diskriminovány, odpověděly všechny respondentky záporně. Žádná z respondentek nepopsala přístup porodních asistentek jako diskriminující.

Respondentky R1, R2, R5 se shodly, že ani ony, ani jejich partneři po celou dobu co byly na porodním sále se nesetkaly s žádnou formou diskriminace. Respondentka R5 uvedla: „*Nevím, jak by se ke mně chovaly sestry, kdybych neuměla pořádně česky, ale když viděly, že jsem narozená v Čechách a tudíž mi nedělá čeština problémy, tak mě přestaly brát jako cizinku. Myslím, že se mně chovaly stejně dobře jako ke každé jiné ženě na porodním sále.*“ Respondentka R2 uvedla: „*Myslím, že se chovali všichni ke mně dobře. A i kdyby byli hnusný, tak bych to musela vydržet, protože tady v Čechách v nemocnici se o mě postarají líp než by se postarali ve Vietnamu. A to je pro mě asi důležitější.*“ Respondentka R1 dodala: „*Hlavně jsem chtěla, aby bylo miminko i já v pořádku. Zbytek už pro mě nebyl v tu chvíli tak důležitěj.*“

Respondentky R4 a R3 měly spíše pocit, že je některé porodní asistentky přehlíží. Respondentka R4 řekla: „*Všude bylo hodně lidí a většina se chovala dobře, ale*

chvílema se o mě starala sestra, která mi nic nevysvětlila a kromě pozdravu mi nic dalšího neřekla. Nevím jestli proto, že jsem jiná než ona nebo proto, že si nebyla jistá, jestli rozumím česky.“ Respondentka R3 dodala: „Myslím, že si některý sestřičky držely odstup. Asi byly nervózní, ale jinak se chovaly slušně a vůbec žádný problém jsem neměla.“

Kategorie Komunikace žen s porodní asistentkou

Podkategorie Způsob komunikace

Tato podkategorie byla zaměřena na to, jak se vietnamským ženám komunikovalo s porodními asistentkami, zda všemu rozuměly a zda měly v oblasti komunikace s něčím problémem.

Co se týče respondentek (R1, R2 a R4), tak ty se shodly, že všem informacím od porodních asistentek nerozuměly. Všechny měly u porodu přítomného svého partnera, který jim v případě potřeby překládal vše potřebné. Respondentka R1 uvedla: *„Dělalo mi problém akorát mluvit, když se dělal příjem. A pak jsem nevěděla, co se po mně chce, když mi dávali klystýr. Ale když u mě byl už manžel, tak bylo všechno v pořádku. Ten umí moc dobře mluvit, takže sestřičky pak mluvily na něj a on mi to překládal, pokud jsem nerozuměla.“* Respondentka R2 uvedla: *„Trochu jsem se bála, abych při porodu všemu rozuměla, ale všichni na mě při porodu mluvili pomalu a nahlas, takže důležitým věcem jsem rozuměla. A zbytek věcí mi přeložil partner. Když jsem třeba nevěděla k čemu jsou léky, který mi dávali v kapačkách.“* Respondentka R4 dodala, že celkem všemu rozuměla, ale hodně jí pomáhala výrazná gestikulace a mimika porodních asistentek. Uvedla: *„Když ještě u mě nebyl partner, tak mi jedna sestřička kreslila i obrázek a snažila se tak zjistit, kdy mi začaly pravidelný bolesti. Jinak mluvili všichni pomalu a hodně všechno opakovali. Doufám, že i sestřičky rozuměly tomu, co jsem jim říkala já.“*

Pouze respondentky (R3, R5) uvedly, že s komunikací neměly žádný problém. Respondentka R3, která žije v České republice již od dětství sdělila: *„Žiju v Čechách už dlouho, takže mi mluvení nedělá problém, jen občas dělám chyby když píšu.“*

Respondentka R5 se jako jediná z respondentek se narodila v České republice a čeština je její rodný jazyk. Uvedla: „*Když jsem přišla do porodnice, tak se hned ke mně sestřičky začaly chovat jako k cizince. Mluvily na mě pomalu a zřetelně a hodně si pomáhaly rukama, abych jim rozuměla. Když si ale všimly, že komunikuju úplně v pohodě a všemu rozumím, tak na mě už zase mluvily normálně.*“

4.2 Rozhovory s porodními asistentkami

Druhý výzkumný soubor tvořilo 5 porodních asistentek pracujících na porodním sále Nemocnice České Budějovice. Základní charakteristiku souboru uvádí Tabulka 3.

Tabulka 3

Identifikační údaje porodních asistentek

Porodní asistentka	Věk	Vzdělání	Délka praxe
PA1	63 let	SŠ s maturitou	40 let
PA2	41 let	VŠ - bakalářské	15 let
PA3	32 let	VŠ - bakalářské	9 let
PA4	31 let	VŠ - magisterské	8 let
PA5	28 let	VŠ - bakalářské	5 let

Zdroj: vlastní

Respondentce PA1 bylo v době rozhovoru 63 let a nejvyšší ukončené vzdělání měla středoškolské s maturitou. Na porodním sále pracovala již čtyřicátým rokem. Po zakončení střední školy pracovala několik let na gynekologii jako ženská sestra a poté se dostala na porodní sál, kde pracovala dodnes. PA1 se již kvůli věku necítila na směnný provoz a ráda by měla pravidelnou pracovní dobu, ale i právě kvůli věku neví, jestli by takovou změnu práce zvládla.

Respondentce PA2 bylo 41 let a nejvyšší ukončené vzdělání měla vysokoškolské. Po vystudování všeobecného gymnázia absolvovala nástavbové studium

porodní asistence a poté kombinovanou formou studovala obor Porodní asistentka na Zdravotně - sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Na porodním sále pracovala již 15 let a práci by neměnila, protože ji tento obor velmi naplňoval.

Respondentce PA3 bylo v době rozhovoru 32 let a nejvyšší ukončené vzdělání má vysokoškolské. Po ukončení střední zdravotnické školy v Českém Krumlově nastoupila na Zdravotně - sociální fakultu jihočeské univerzity v Českých Budějovicích obor Porodní asistentka. Na porodním sále pracovala 9 let. Ze začátku měla z tohoto oddělení strach, protože bylo podle ní trochu hektické, ale teď by již neměnila a je spokojená.

Respondentce PA4 bylo v době výzkumného šetření 31 let. Její nejvyšší dosažené vzdělání bylo vysokoškolské. Po vystudování střední zdravotnické školy v Českých Budějovicích studovala na Zdravotně - sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích obor Porodní asistentka. Pracovala na porodním sále osmým rokem. Původně zvažovala studium v oboru všeobecná sestra, ale byla ráda, že si to tehdy rozmyslela. Dle jejího názoru ji práce se ženami a novorozenci velmi naplňuje.

Poslední respondentce PA5 bylo v době rozhovoru 28 let a nejvyšší ukončené vzdělání měla vysokoškolské. Studovala na střední zdravotnické škole v Českých Budějovicích. Následovalo studium na Zdravotně - sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích obor Porodní asistentka. Hned po ukončení studia nastoupila na porodní sál, kde pracovala 5 let. Práce na tomto oddělení jí bavila, ale jak sama říká, špatně snáší směnný provoz. Proto kdyby se naskytla šance, tak by ráda pracovala o obvodního gynekologa a měla stálou pracovní dobu.

Tabulka 4

Významové kategorie a podkategorie

Péče porodní asistentky	Nahlížení na vietnamskou rodičku
	Péče porodní asistentky o vietnamskou rodičku
Komunikace s vietnamskou rodičkou	Způsoby komunikace

Zdroj: vlastní

Kategorie Péče porodní asistentky

Podkategorie Nahlížení na vietnamskou rodičku

Tato podkategorie se věnuje tomu, jaký mají porodní asistentky názor na vietnamské rodičky a jak na ně nahlíží. Bylo zjištěno, že porodní asistentky mají k vietnamskému etniku kladný vztah. Porodní asistentky považují vietnamské ženy za velmi pokorné, stydlivé a tiché.

Všechny respondentky (PA1, PA2, PA3, PA4, PA5) uvedly, že se ženami z vietnamského etnika se spolupracuje výrazně lépe než se ženami z jiných etnik, protože Vietnamky jsou milejší, nekonfliktní a je z nich cítit vděčnost. Respondentka PA1 uvedla: *„Proti Vietnamkám nic nenamítám. Pracuje se mi s nimi rozhodně líp než například s Romkami. Za 40 let, co se věnuju této práci jsem už spolupracovala se spoustou Vietnamek a myslím, že jejich počet rok od roku stoupá. Jsou velmi slušné a nekonfliktní, takže pokud rozumí tak nás ve všem poslechnou.“* Respondentky PA2 a PA3 uvedly, že Vietnamky jsou velmi předvídatelné a člověk vždycky ví, co od nich má očekávat. PA2 uvedla: *„Když přijde k porodu vietnamská rodička, tak už víme, že bude bezproblémová, aspoň co se jejího chování týče.“* Respondentka PA3 dodala: *„Myslím, že kdyby se k nám všechny rodičky chovaly s takovou úctou jako Vietnamky, tak by se všem hned líp pracovalo. Vietnamky jsou vděčné za kvalitní péči i když ne vždy to díky zhoršené komunikaci umí dát najevo.“*

Respondentky PA4 a PA5 uvedly, že i přesto, že na porodním sále nepracují tak dlouho jako některé jejich kolegyně, tak o setkání s Vietnamkami nemají nouzi. Respondentka PA4 řekla: *„Když jsem nastupovala do práce, tak jsem netušila, že se setkám s tolika etniky. Mimo Vietnamky jsou to také velmi často Ukrajinky, Romky a občas i muslimky. Ale Vietnamky jsou asi nejmilejší, zdravotníků všeobecně si velmi váží.“*

Na doplňující otázku v čem se vietnamské rodičky od českých liší se respondentky (PA1, PA3, PA4) shodly, že v pokoře, dále pak uvedly, že jsou velmi tiché. Respondentka PA3 uvedla: *„Vždycky mě překvapí, jak pouze Vietnamky odvážně zvládají bolest. Jen výjimečně se stává, že by Vietnamka při porodu křičela. Někdy si myslím, že se bojí být hlasitější, abychom je mi porodní asistentky nějak neokřikly.“*

Respondentka PA4 sdělila: *„Když srovnám českou a vietnamskou rodičku, tak Vietnamka si nikdy nebude na nic stěžovat. Nemají to asi v povaze. Když mi Vietnamka na něco odpovídá, tak mluví velmi tiše, takže jí kolikrát musím požádat, aby mi to zopakovala, protože jí nerozumím.“* Respondentky (PA2, PA5) ještě dodaly, že se Vietnamky velmi stydí, a proto je velmi důležité jim zajistit dostatečnou intimitu. Respondentka PA2 uvedla: *„Na Vietnamkách je už při příjmu vidět, jak se stydí převléknout do nemocničního anděla. Proto se snažíme, aby u příjmu byla jen jedna porodní asistentka a aby byly zavřené dveře.“* Respondentka PA5 dodala: *„Při samotném porodu se již intimita zajišťuje hůř, ale pořád se snažíme, aby přes paní bylo přehozené aspoň prostěradlo aby se tolik nestyděla a dále se pak snažíme, aby se na porodním boxe nemotalo moc lidí. A pokud je to možné, tak se snažíme, aby Vietnamku vyšetřoval vždy stejný lékař a aby to pokud možno nebyl lékař ale lékařka. Protože Vietnamky se před lékařkami stydí méně a jsou trochu více otevřené.“*

Podkategorie Péče porodní asistentky o vietnamskou rodičku

Všechny respondentky (PA1, PA2, PA3, PA4, PA5) se shodly, že péče o vietnamské etnikum má svá specifika, stejně tak jako péče o jakékoliv jiné etnikum. PA1 uvedla: *„Sice pracuji na porodním sále celý život, ale nemyslím si, že by to ze mě dělalo odborníka na všechny cizinky u porodu. Ale člověk se za ta léta naučí aspoň něco. Když mi přijde Vietnamka, tak se snažím zjistit v první řadě, jak moc mluví česky. Pak je ta péče vcelku podobná jako u jiných rodiček. Dodržovat intimitu, i když u Vietnamek ve zvýšené míře. Dále pak nezvyšovat na ně moc hlas, protože jsou velmi plaché.“*

Respondentky PA2 a PA3 uvedly, že jsou vždy raději, když ženu doprovází partner nebo nějaká jiná blízká osoba, protože taková žena je pak klidnější a lépe se s ní spolupracuje. Respondentka PA2 řekla: *„Někdy si říkám, že by bylo dobré, kdybych se naučila ve vietnamštině aspoň třeba pozdravit a tak. Když rodička uvidí snahu a zájem, tak je hned otevřenější.“*

Respondentka PA3 řekla: *„Vždy je lepší když mají Vietnamky kolem sebe někoho z rodiny, nejen kvůli lepší komunikaci, ale i proto, že jsou pak ženy klidnější a lépe se*

s nimi pracuje. Kolikrát mají nějaké přání, ale stydí se ho vyslovit, pak je důležité když mají kolem sebe rodinu, která nám vše přetlumočí.“

Respondentka PA5 uvedla, že má z ošetřování Vietnamek stále ještě respekt a je radši když jí pomáhá ještě alespoň jedna kolegyně. Sdělila: *„Přece jenom nepracuju na porodním sále tak dlouho. Člověk ví, jak se taková žena ošetřuje spíš jenom z doslechu, protože Vietnamky nejsou moc sdílné a moc nám toho neřeknou. A my jsme neměli žádné kurzy nebo semináře, kde by nás naučili jak správně pečovat o ženy z jiných minorit. Takže se to musím naučit všechno až praxí. Ale kolegyně mi velmi pomáhají. Snažím se na rodičky mluvit pomalu a zřetelně, pak se snažím s nimi stále udržovat oční kontakt. Snažím se jich dotýkat co nejméně kvůli jejich plachosti. S tou plachostí souvisí i stud, takže je dobrý když s Vietnamkou jedná pokud možno co nejméně lidí, aby si žena zvládla k porodní asistentce vytvořit nějakou vazbu a důvěřovala jí.“*

Kategorie Komunikace s vietnamskou rodičkou

Podkategorie Způsoby komunikace

Tato podkategorie se zabývá, jakým způsobem komunikují porodní asistentky s vietnamskými rodičkami a zda se setkaly s přítomností tlumočnicka u porodu. Respondentky se shodly, že i když ne vždy rodičky rozumí českému jazyku, tak i přesto se s nimi dá dorozumět s pomocí překladatele nebo blízkého člena rodiny. Ovšem přítomnost profesionálního překladatele u porodu není běžná, častěji tuto funkci zastává partner rodičky.

Většina respondentek (PA1, PA2, PA3, PA4) uvedla, že je komunikace s Vietnamskou rodičkou výrazně netrápí. Protože se vždy najde nějaký způsob jak se dorozumět i když daná osoba nerozumí. Respondentka PA2 uvedla: *„Pokud se Vietnamky rozhodnou rodit v Čechách a neumí naší řeč, tak by si to měli nějak zařídit, aby se dorozuměli. Buď ať si vezmou s sebou partnera, pokud mluví česky nebo ať mají tlumočnicka na telefonu.“* Respondentka PA4 dodala: *„Já osobně proti Vietnamkám nic nemám, mám je ráda, ale nemůžeme se učit každou cizí řeč, abychom rozuměli všem pacientkám. Vietnamky bohužel neumí anglicky, aby se komunikace trochu*

zjednodušila. Takže je to pak komunikace rukama nohama pokud je paní u porodu sama a neumí česky.“

Respondentka PA5 uvedla, že jí špatná komunikace s Vietnamkami trápí, protože, porod je sice krásná, ale stresující věc a chápe, že špatná komunikace může porod ještě víc zkomplikovat. Uvedla: *„Vždycky se snažím vžít do pocitů rodičky, ať už je jakékoliv národnosti a říkám si, jak by bylo mně, kdyby se nikdo nesnažil mi rozumět. Samozřejmě pokud má s sebou doprovod, který může dělat tlumočnicka tak je vyhráno, ale ne vždy tomu tak je. To se pak musí člověk snažit využít posunky, mimiku nebo někdy i něco nakreslit. Protože já kdybych měla rodit a nerozuměla bych co se po mně chce, tak bych se asi zbláznila.“*

Na doplňující otázku zda se respondentky někdy setkaly s profesionálním tlumočnickem odpověděly (PA1, PA3 a PA4), že ano, ale jedná se o výjimečné situace. Většinou tlumočí partner rodičky nebo někdo jiný z rodiny pokud rodička nerozumí. Respondentka PA1 řekla, že: *„S tlumočnickem jsem se setkala za svojí kariéru několikrát. Myslím, že je to skvělá věc když rodička nemluví česky a nemá s sebou rodinný doprovod, který by jí překládal. Urychlí to práci. Ale asi o tom rodičky moc nevědí, že si někoho takového mohou s sebou přivést k porodu. Nebo je v tom spíš stud, že je během porodu uvidí někdo cizí.“* Respondentka PA4 dodala: *„Já se setkala s tlumočnickem, respektive tlumočnicí 2x a byla vždy přítomna po celou dobu. Od příjmu až po odvezení rodičky na oddělení šestinedělí. Samozřejmě by pro ženu bylo lepší, kdyby s ní byl někdo z rodiny, ale někdy to bohužel nejde. A tlumočnick je pak jediná spojka mezi porodní asistentkou a rodičkou. Pomáhá nám to lépe pochopit pocity ženy a samozřejmě má rodička i spoustu otázek na které můžeme díky tlumočnickovi odpovídat.“*

Respondentky (PA2, PA5) sdělily, že se častěji než s osobní přítomností tlumočnicka setkávají s tlumočnickem na telefonu. Dnes už je mnoho firem, které tuto službu poskytují. Respondentka PA2 uvedla: *„Stává se, že Vietnamka nerozumí vůbec ničemu, ale má s sebou telefon na tlumočnicka, kterému zavolá, a my se s ním domlouváme, co má rodičce říct a na co se jí má zeptat. Respondentka PA5 dodává: „Tlumočnicki na telefonu jsou stále potřeba, ale Vietnamců v Čechách přibývá a rok od*

roku je znát, že se vietnamské rodičky zlepšují v češtině. Je to tím, že tu žijí už poměrně dlouho a také tím, že některé se tu už i narodily a pro ty je čeština rodným jazykem a tudíž nemají s komunikací potíže.“

5 Diskuze

Problematika multikulturní péče se v ČR diskutuje až v poslední době a v praxi zatím není plně využívána. Toto zpoždění oproti západním zemím Evropy jako např. Německo nebo Francie je způsobeno hlavně politickou situací před rokem 1989, kdy byla migrace obyvatelstva velmi omezená. Naopak již zmíněné státy měly možnost se zaměřit na výzkum multikulturní ošetrovatelství mnohem dříve a připravit tak zdravotnický personál na poskytování kvalitnější péče minoritním skupinám obyvatelstva. V Německu se tato problematika týkala hlavně početné skupiny přistěhovalců z Turecka, ve Francii se jednalo hlavně o minority obyvatel ze zemí severní Afriky (Maroko, Alžír, Libye) a Balkánského poloostrova (Albánie, Černá Hora, Makedonie). V České republice se dnes lze setkat hlavně s minoritou vietnamského, ukrajinského a slovenského obyvatelstva.

Pro bakalářskou práci s názvem Multikulturní péče o ženu při porodu byly zvoleny dva cíle. Zjistit, jak vietnamské ženy v ČR vnímají péči porodních asistentek. A druhým cílem bylo zjistit, jak vnímají porodní asistentky vietnamské ženy při porodu. Výzkumné šetření bylo zaměřeno na to, jak přistupují porodní asistentky k vietnamským rodičkám a dále pak, jak vnímají vietnamské rodičky péči poskytovanou porodními asistentkami v ČR.

Rozhovory byly prováděny s pěti vietnamskými ženami (R1-R5) po porodu ležícími na stanici šestinedělí a s pěti porodními asistentkami (PA1-PA5) pracujícími na stanici porodní sály.

Výzkumné šetření s vietnamskými rodičkami se zabývalo druhem poskytnutých informací. Téměř všem respondentkám (R1, R2, R3, R5) byly během příjmu podány informace, které jim dostačovaly a byly podány srozumitelně. Byly srozuměny s důvodem hospitalizace i průběhem následující péče na porodním sále. Pouze R4 nebyla spokojená s podanými informacemi, kdy si stěžovala, že jí porodní asistentka při příjmu neinformovala o dalším průběhu péče a ona se pak cítila vystrašená.

Všechny respondentky se shodly, že následně dostaly informace o chodu oddělení a prováděných výkonech. Během samotného porodu uvedly respondentky (R2, R3, R4, R5), že dostaly informace ohledně správného dýchání, tlačení a podávaných lécích. R1 však uvedla, že jedna z porodních asistentek, která s ní byla na porodním boxe jí moc informací neposkytla a celkově moc nekomunikovala, což nás překvapuje, protože jsme nečekali, že by porodní asistentka v tak důležité fázi porodu neposkytla rodiče informace.

Po porodu novorozence všechny respondentky uvedly, že dostaly informace o nutnosti prvního ošetření dítěte a o péči po porodu jak o sebe tak o dítě.

V podkategorii zabývající se spokojeností s poskytnutými informacemi, bylo zkoumáno, jak jsou rodičky spokojené s informacemi, které jim poskytly porodní asistentky. Téměř všechny respondentky (R1, R2, R3, R5) byly spokojeny s podanými informacemi. Uvedly, že porodní asistentky se jim snažily vše vysvětlit co nejjednodušeji, aby kvůli jazykové bariéře všemu rozuměli. Tomagová (2008) uvádí, že podaná informace přináší rodičkám průběžnou kontrolu nad jejich zdravotním stavem a neuspokojivé podávání informací může rodiče ztěžovat naplnění primárních a sekundárních potřeb. Nedostatek informací může u rodičky vyvolat pocit strachu a nedůvěry. R5 byla spokojená s podanými informacemi od porodních asistentek, jen by ocenila víc iniciativy v podávání informací od lékařů. R4 sdělila, že nebyla spokojená s podanými informacemi ohledně stavu novorozence v první době porodní, kdy jí bylo pouze sdělováno, jak má správně dýchat. Dle Plevové (2011), je důležité, aby ženy měly dostatek informací o svém zdravotním stavu. Když rodičkám nebudou podávány informace v dostatečném rozsahu, tak budou pociťovat stres a nedůvěru v porodní asistentky.

V podkategorii Spolupráce s porodními asistentkami, jsme se zaměřili na pocity rodiček během spolupráce s porodními asistentkami. Ani jedna z respondentek neuvedla, že by se jí s porodní asistentkou spolupracovalo špatně. Což si trochu protiřečí s tvrzením, že porodní asistentka neposkytla respondentce R4 dostatečné informace. Přisuzujeme to tomu, že vietnamské ženy jsou plaché a bojí se projevit kritiku, pravděpodobně ze strachu, že by se k nim pak personál choval hůř. Na otázku

zda měly rodičky nějaké konkrétní požadavky uvedla respondentka R5, že požadovala pouze manželovu přítomnost během porodu a omezený počet ošetřujícího personálu z důvodu studu. Respondentka R1 uvedla, že se jí s porodní asistentkou spolupracovalo dobře, a že jí byla poskytnuta kvalitní péče. Po příchodu manžela respondentky R1 se však péče ještě o něco zlepšila. Přisuzujeme to tomu, že porodní asistentky mají potřebu se více snažit, pokud má rodička s sebou přítomen doprovod u porodu.

V podkategorii Přítomnost partnera u porodu jsme se zaměřili na to, zda byl partner přítomen u porodu a v čem spatřovaly rodičky jeho přínos. Všechny respondentky (R1, R2, R3, R4, R5) se shodly, že měly přítomného svého partnera o porodu. Také se shodly, že je mrzelo, že bohužel s nimi nemohl být partner již od příjmu, ale až když byly přemístěny na konkrétní porodní box. Respondentky (R1, R3, R4) uvedly, že hlavní důvod proč si přály partnera u porodu, byla domněnka, že se k rodičkám pak budou porodní asistentky chovat lépe. Což nás udivuje, protože jsme předpokládali, že partnera chtějí mít u sebe kvůli psychické podpoře a aby mohl být partner u narození dítěte. Respondentka R5 uvedla, že spatřovala přínos partnera u porodu především v psychické podpoře a dále si přála, aby mohli být spolu jako rodina během narození jejich dítěte.

V podkategorii Pocity diskriminace bylo zkoumáno, zda se respondentky setkaly s diskriminací od porodních asistentek kvůli jejich odlišnému etniku. Všechny respondentky odpověděly záporně, a tudíž se necítily jakkoliv diskriminovány. Respondentky (R3, R4) získaly spíše pocit, že je porodní asistentky občas přehlížejí. Nejsme si jistí, zda byly respondentky v otázce diskriminace zcela upřímní. Během výzkumného šetření jsme získali dojem, že respondentky si nechtějí na nic stěžovat, ze strachu, že by je pak čekali nějaké sankce ze strany personálu.

V podkategorii způsob komunikace jsme zjišťovali, jak se respondentkám komunikovalo s porodními asistentkami a zda všemu rozuměly. Pouze respondentky (R3, R5) sdělily, že s komunikací neměly problém, protože v ČR žijí dlouhodobě a čeština jim nečiní potíže. Respondentky (R1, R2, R4) shodně tvrdily, že všem informacím od porodních asistentek nerozuměly, jednalo se například o podání klyzmatu nebo nerozuměly, k čemu jsou určeny podávané léky. Všechny respondentky

měly u porodu přítomného partnera, který v případě potřeby dělal tlumočníka. Ve špatné komunikaci spatřujeme podstatný nedostatek. Pokud žena špatně rozumí není možno jí poskytnout kvalitní péči, taková žena se může cítit velmi nejistě a nekomfortně.

Podkategorie Nahlížení na vietnamskou rodičku byla zaměřena na názory porodních asistentek na vietnamské rodičky. Všechny respondentky (PA1, PA2, PA3, PA4, PA5) se shodly, že s ženami z vietnamského etnika se jim spolupracuje výrazně lépe než se ženami z jiných etnik. Sdílíme jejich názor, Vietnamky jsou velmi poslušné a tiché, například s hlučnějšími Romkami se to vůbec nedá srovnat. Respondentky (PA2, PA3) uvedly, že Vietnamské rodičky jsou snadno odhadnutelné. Všechny mají podobné chování, jsou nekonfliktní, vděčné, klidné a stydlivé. Kutnohorská (2013) uvádí, že chápání ženy v kulturním kontextu tvoří základ vzájemné interakce, celostní péče o její potřeby. Na otázku v čem se podle porodních asistentek liší vietnamské rodičky od těch českých uvedly respondentky (PA1, PA2, PA3), že především je to pokora se kterou přicházejí do porodnice, úcta k personálu a dále pak tichá a klidná povaha. Musíme s jejich názorem souhlasit, ještě jsem se nesetkala s vietnamskou rodičkou, která by mi byla nepříjemná, všechny mi vždy projevovaly úctu a vděk. Respondentky (PA2, PA5) dodaly, že jednou ze základních charakteristik Vietnamek je jejich stydlivost, proto je důležité po celou dobu hospitalizace dbát na zvýšenou formu intimity.

Podkategorie Péče porodní asistentky o vietnamskou rodičku si dala za úkol zjistit, jak konkrétně pečují porodní asistentky o vietnamské ženy. Všechny respondentky (PA1, PA2, PA3, PA4, PA5) se shodly, že péče o Vietnamky má svá specifika, jednalo se především o nezvyšování hlasu, protože Vietnamky jsou velmi plaché a dále pak zajistit dostatečnou intimitu a soukromí aby se zamezilo studu. Respondentky (PA2, PA3) si myslí, že je dobré když mají rodičky s sebou doprovod a v tom jim dáváme za pravdu. Nejen, že se s vietnamskou rodičkou lépe komunikuje, ale i se s ní lépe spolupracuje a může jí být poskytnuta lepší ošetrovatelská péče, protože přítomnost blízké osoby jí uklidňuje. Respondentka R5 má z ošetřování Vietnamek stále trochu strach a bere si na pomoc vždy ještě jednu kolegyni. Myslí si, že by bylo vhodné, kdyby

existovala možnost nějakého semináře, kde by byly porodní asistentky vyškoleny v péči o vietnamské etnikum. Mikuláščík (2003) zdůrazňuje, důležitost kulturní rozdíly nejen znát, ale především je respektovat. Dále se porodní asistentka snaží mluvit na rodičku pomalu a zřetelně a udržovat stálý oční kontakt. Což si nemyslíme, že je nevhodnější, protože Vietnamci obecně při rozhovoru neudrží oční kontakt, považují to za domýšlivé.

Podkategorie Způsoby komunikace se věnuje tomu, jak komunikují porodní asistentky s rodičkami a zda se setkávají s přítomností tlumočnicka u porodu. Většina respondentek (PA1, PA2, PA3, PA4) uvedla, že se komunikací s vietnamskou rodičkou příliš netrápí, protože se vždy najde nějaká cesta, jak si porozumět. Tento názor nesdílíme a jejich přístup považujeme za laxní. Komunikace by se měla řešit hned při příchodu rodičky, měl by se zajistit překladatel nebo alespoň rodinný příslušník, který umí česky.

Pouze respondentka PA5 uvedla, že špatná komunikace a dorozumívání s Vietnamkami trápí, a že chápe, jak to pro rodičku musí být stresující, když je v cizím prostředí a ještě nikomu nerozumí nebo rozumí velmi málo. Na doplňující otázku zda se porodní asistentky setkaly s profesionálním tlumočnickem přítomným u porodu, uvedly respondentky (PA1, PA3, PA4), že se s ním setkaly, ale že takové situace se nestávají často. Já osobně jsem se s tlumočnickem u porodu ještě nesetkala, a myslím si, že je škoda, že tlumočnickovy služby vietnamské rodičky více nevyužívají, ale pravděpodobně je to kvůli jejich studu. Respondentky (PA2, PA3), tvrdí že častější než osobní přítomnost tlumočnicka na porodním sále, je běžnější tlumočnick na telefonu, kterému se může zavolat dle potřeby. Ale sdílím názor respondentky PA5, která tvrdí, že každým rokem je znát zlepšená komunikační vybava Vietnamek. Myslím si, že je to z toho důvodu, že mnohé rodičky žijí v České republice již podstatnou část svého života, nebo se dokonce zde již narodily.

6 Závěr

Bakalářská práce se zabývala multikulturní péčí o ženu při porodu. Cílem bakalářské práce bylo zmapovat, jak vnímají porodní asistentky vietnamské ženy při porodu a dále pak, jak vietnamské ženy v ČR vnímají péči porodních asistentek.

Na začátku výzkumného šetření byly stanoveny dvě výzkumné otázky. První výzkumná otázka zněla: Jak vnímají vietnamské ženy péči poskytovanou porodními asistentkami?

Jak přistupují porodní asistentky k vietnamským rodičkám? Druhá výzkumná otázka zněla: Jak přistupují porodní asistentky k vietnamským rodičkám?

Obě výzkumné otázky se ve výzkumném šetření podařilo zodpovědět. Z výzkumného šetření vyplynulo, že všechny dotazované porodní asistentky mají kladný vztah k vietnamským rodičkám. Přistupují k nim jako ke všem ostatním rodičkám a poskytují jim stejnou péči. V oblasti komunikace je ale ještě hodně, co zlepšovat. Porodní asistentky by měly zvládnout alespoň základní komunikační fráze, už jen proto, aby s ženami navodily důvěrnou atmosféru.

Vietnamské rodičky vnímaly poskytovanou péči jako kvalitní a nadstandardní, protože věděly jaká je zdravotní péče ve Vietnamu. Co se týče přístupu porodních asistentek, tak žádná rodička neměla pocit, že by byla diskriminována. Měl by být kladen důraz na zpětnou vazbu, aby se porodní asistentky ujistily, že rodičky skutečně všemu porozuměly.

Výsledky výzkumu mohou sloužit jako publikace do odborného časopisu.

7 Seznam použitých zdrojů

ARCHALOUSOVÁ, A. a Z. SLEZÁKOVÁ. *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe*. 1. vyd. Hradec Králové: Nucleus HK, 2005. 107 s. ISBN 80-862-2563-1.

ČECH, E., Z. HÁJEK, K. MARŠÁL a B. SRP. *Porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada, 2006, 544 s. ISBN 80-247-1303-9.

ELBERTOVÁ, Z.. Jazykové bariéry v českém zdravotnictví. *Zdravotnické noviny* [online]. 2010, s. 5 [cit. 2015-01-12]. Dostupné z: http://eifzvip.cz/dokumenty/elektronicka_knihovna/Jazykove_bariery_v_ceskem_zdravotnictvi.pdf

GASKIN, I.M. *Zázrak porodu*. Doubice: One Woman Press, 2010. 476 s. ISBN 978-80-86356-48-8.

GILLERNOVÁ, I., V. KEBZA a M. RYMEŠ. *Psychologické aspekty změn v české společnosti: člověk na přelomu tisíciletí*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, 256 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2798-1.

HÁJEK, Z., E. ČECH a K. MARŠÁL. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014, 538 s. ISBN 978-80-247-4529-9.

HOLOMÁŇ, K. et al. *Vybrané kapitoly z porodnictví*. 1. vyd. Bratislava: UK, 2004. 212 s. ISBN 80-223-1929-5.

HORŇÁKOVÁ, A. Multikulturní komunikace při ošetřování klienta jiné kultury. *Sestra*, 2008, roč. 18, č. 9, s. 23-24. ISSN 1210-0404.

IVANOVÁ, K., L. ŠPIRUDOVÁ a J. KUTNOHORSKÁ. *Multikulturní ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 248 s. ISBN 80-247-1212-1.

JANDOUREK, J. *Slovník sociologických pojmů: 610 hesel*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 258 s. ISBN 978-80-247-3679-2.

KUBEROVÁ, H., MORAUČÍKOVÁ, E., LEHOTSKÁ, M. *Ošetrovatelské teorie a modely a ich využitie v praxi 2*. 1. vyd. Ružomberok: Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku, 2008. 74 s. ISBN 978-80-8084-334-2.

KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013, 160 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4744-131.

LÁBUSOVÁ E. a I. MRZLÍKOVÁ SUSOVÁ. *Průvodce porodnicemi České republiky*. Praha: Argo, 2004. 239 s. ISBN 80-903087-2-4.

LEIFER, G., Z HÁJEK, K. MARŠÁL a B. SRP. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 951 s. ISBN 80-247-0668-7.

LÍŠKOVÁ, M. a I. NÁDASKÁ. *Základy multikultúrneho ošetrovatel'stva*. Martin: Osveta, 2006, 69 s. ISBN 80-806-3216-2.

MARÁDOVÁ, E. *Multikulturní porozumění*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006, 44 s. ISBN 80-86991-82-2.

Mezinárodní definice porodní asistentky. *Http://www.pdcap.cz/* [online]. 2013 [cit. 2014-12-14]. Dostupné z: <http://www.pdcap.cz/Texty/PA/DefinicePA.html>

MIKULÁŠTÍK, M., 2003. *Komunikační dovednosti v praxi*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0650-4.

MORGENSTERNOVÁ, M., L. ŠULOVÁ a L. SCHOLL. *Bilingvismus a interkulturní komunikace: [inspirace na cesty*. Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2011, 125 s. Sestra (Grada). ISBN 978-807-3576-783.

PAŘÍZEK, A. *Knih o těhotenství a porodu*. Vyd. 2. Praha: Galén, 2005. 414 s. ISBN 80-7262-411-3.

PAVLÍKOVÁ, S., Z. SLEZÁKOVÁ a J. KUTNOHORSKÁ. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005, 107 s. ISBN 978-802-4712-116.

PLEVOVÁ, I. *Ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 223 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4735-580.

ROZTOČIL, A. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 405 s. ISBN 978-80-247-1941-2.

SÁK, P. *Standardy ošetrovatelské péče pro porodní asistenci*. 1. vyd. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice, 2008, 238 s. Závazné směrnice Nemocnice České Budějovice. ISBN 978-80-254-3774-2.

SEDLÁKOVÁ, G.: *Posuzování stavu vietnamského klienta ve zdraví a nemoci*. Příbram: sborník Ošetrovatelství v pohybu, 2006, ISBN 80-239-6690-1.

SIMOČKOVÁ, V. *Gynekologicko-pôrodnické ošetrovatelstvo: učebnica pre fakulty ošetrovatelstva*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2011, 216 s. ISBN 978-808-0633-622.

SKALKOVÁ, J. *Obecná didaktika: vyučovací proces, učivo a jeho výběr, metody, organizační formy vyučování*. 2., rozš. a aktualiz. vyd., vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 322 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1821-7.

ŠIŠKOVÁ, T., *Výchova k toleranci a proti rasismu*. Vyd. 2., aktualiz. Praha: Portál, 2008, 273 s. ISBN 978-80-7367-182-2.

ŠPIRUDOVÁ, L. *Multikulturní ošetrovatelství 2*. 1. vyd. Grada, 2006, 248 s. ISBN 80-247-1213-X.

ŠPIRUDOVÁ, L.; BURSOVÁ J.; TOMANOVÁ, D.; PRŮCHOVÁ E.; *Multikulturní ošetrovatelství ve vzdělávání sester na středních a vyšších zdravotnických školách*. Pracovní materiál. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002.

ŠVARŤÍČEK, R.; ŠEĐOVÁ, K.; 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.

TOMAGOVÁ, M., BÓRIKOVÁ, I., 2008. *Potřeby v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 196 s. ISBN 978-808-0632-700.

TÓTHOVÁ, V. *Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*. 1. vyd. Praha: Triton, 2010, 195 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-7387-414-8.

ZVOLÁNEK, P. Vietnam.[online]. Chování.eu: 1.4.2010. [cit. 2015-01-10]
Dostupné z: <http://www.chovani.eu/clanky/zobrazit/559-Vietnam>

8 Seznam příloh

Příloha 1 – Otázky pro rozhovor

Příloha 2 – Žádost ke spolupráci

Otázky pro rozhovor

Otázky pro vietnamské rodičky:

Kolik je Vám let?

Jaká je Vaše národnost?

Jakého jste dosáhla nejvyššího vzdělání?

Narodila jste se v ČR nebo jste se přistěhovala? Jak dlouho žijete v ČR? Proč jste se rozhodla žít v ČR?

Po kolikáté jste rodila?

Jakým způsobem s Vámi komunikovaly porodní asistentky v průběhu porodu?

Jaké informace Vám porodní asistentky v průběhu porodu poskytly? Bylo jich dostatek?

Jaké jste měla konkrétní požadavky během pobytu na porodním sále? (Doplňující otázka: Měla jste u porodu partnera? Pokud ano, z jakého důvodu? Jak byla jeho přítomnost pro Vás přínosná?)

Jak na tyto požadavky nahlížely porodní asistentky?

Jaké jste měla pocity během pobytu na porodním sále? (doplňující otázka: Měla jste pocit, že jste z jejich strany porodních asistentek diskriminovaná? Pokud ano, jak se to projevovalo?)

Jaké byla spolupráce s porodními asistentkami?

Otázky pro porodní asistentky:

Kolik je Vám let?

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Jak dlouho pracujete jako porodní asistentka na porodním sále?

Jak nahlížíte na rodičky z vietnamské minority? (Doplňující otázka: Ošetřovala jste takovou pacientku? Pokud ano, jakým způsobem Vaše péče probíhala?)

Jakým způsobem komunikujete s vietnamskou rodičkou, pokud Vám nerozumí? (Doplňující otázka: Jakým máte názor na přítomnost tlumočnicka u porodu?)

Liší se v něčem vietnamské rodičky od českých? V čem konkrétně?

Žádost o souhlas ke spolupráci

Vážená respondentko,

mé jméno je Petra Šabatková a jsem studentkou 3. ročníku oboru Porodní asistence na Zdravotně-sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Tímto Vás žádám o Vaši spolupráci za účelem sběru dat pro mou bakalářskou práci. Se získanými daty bude zacházeno dle platných etických norem a bude zachována jejich anonymita.

Děkuji za Váš vynaložený čas a ochotu.

V.....dne.....

.....

Podpis respondentky

.....

Podpis studentky