



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

Specifika prenatální péče u žen z vybraných minorit v gynekologické
ambulanci.

Vypracovala: Markéta Nováková
Vedoucí práce: PhDr. Drahomíra Filausová

České Budějovice 2014

Abstrakt

Tato bakalářské práce se zabývá tématem: „Specifika prenatální péče u žen z vybraných minorit v gynekologické ambulanci.“

Vzhledem k tomu, že od 90. let minulého století dochází ke znatelnému nárůstu počtu cizinců, dlouhodobě žijících na území České republiky, je nezbytné respektování kulturních specifik v rámci zdravotní péče. Mnoho cizinek v naší zemi žije dlouhodobě či trvale a zakládají zde rodiny. Na péči o těhotnou ženu je neustále kladen vyšší důraz. V období těhotenství dochází k výrazným změnám po stránce fyzické i psychické. Hlavní náplní péče o těhotnou ženu je průběžné sledování jejího zdravotního stavu a správného vývoje plodu.

Snahou ošetrovatelské profese je holisticky pečovat o pacienty. V gynekologické ambulanci je tato péče zaměřená také na těhotenství. Snažíme se tedy o poskytování kulturně specifické péče. Ta musí být komplexně zahrnuta v rámci běžných standardů, které publikovala Česká gynekologicko-porodnická společnost.

K tomu, aby porodní asistentka mohla poskytovat kvalitní péči o pacientky z rozdílných kultur, musí být kulturně kompetentní i dostatečně empatická, aby specifika práce s těmito těhotnými ženami zvládala. Komplikace v ošetrovatelské péči může do velké míry působit komunikační bariéra. Ta může vzniknout i mezi zdravotnickým personálem a pacienty jedné národnosti. Riziko vzniku problémů v komunikaci s ženami z odlišné kultury ještě vzrůstá.

Cíle této bakalářské práce jsou. Cíl 1: Zjistit, jakým způsobem ženy z vybraných minorit pohlíží na prenatální péči v ČR. Cíl 2: Zmapovat, zda znají porodní asistentky specifika ošetrovatelské péče u jednotlivých kultur.

Jako výzkumné otázky byly stanoveny: 1) Jak vnímají ženy z vybraných minorit prenatální péči v ČR? 2) Jak je během péče respektována vlastní kultura klientky?

Praktická část byla zpracována na základě kvalitativního výzkumného šetření. Techniku sběru dat tvořily polostrukturované rozhovory. Respondentkám byly kladeny stejným způsobem otázky, které se během konkrétních rozhovorů doplňovaly, což vedlo k následné kategorizaci rozhovorů. Základních otázek bylo sestaveno celkem 20.

Výzkumný soubor byl tvořen těhotnými ženami, kterých bylo celkem šest a porodními asistentkami, které byly čtyři. Kritériem výběru těhotných žen byla příslušnost k vietnamské či ukrajinské minoritě. Kritériem výběru porodních asistentek bylo zaměstnání v gynekologicko-porodnických ambulancích. Rozhovory proběhly v měsíci únoru až dubnu v gynekologicko-porodnických ordinacích. Se souhlasem dotazovaných respondentek byly tyto rozhovory trvající 20 - 45 minut nahrávány pomocí diktafonu. Prvotně došlo k transkripci rozhovorů, při které byly odpovědi stručně a správně obsahově zaznamenány. Následně došlo ke kategorizaci získaných dat. Kategorizace dat zahrnuje popsání jevu a zpracování formou tabulek.

První část výzkumného šetření tvořily těhotné ženy, které mají rozdílné zkušenosti s péčí ve své rodné zemi. Ve svých výpovědích se zmiňují o drobných nedostatcích, avšak jsou s poskytovanou péčí v České republice spokojené a některé se vyjadřují i v tom smyslu, že jsou si jisty, že takto kvalitní péče by jim v rodné zemi nemohla být poskytnuta. Z toho důvodu jsou šťastné, že těhotenství prožívají právě zde. Dvě respondentky nezaznamenaly žádné nedostatky, další dvě mají problém s komunikační bariérou a zbylé dvě respondentky minimálně jedenkrát zaznamenaly nedostatek v péči.

Druhá část výzkumného šetření byla zaměřena na porodní asistentky, které mají zkušenosti s péčí o těhotné ženy z minorit. Při péči o tyto ženy využívají i znalosti, které získaly v průběhu odborného studia. Pouze jedna porodní asistentka se v období svého studia s termínem multikulturní ošetrovatelství nesetkala. V době, kdy studovala, nebyl tento termín užíván. Během dlouholeté praxe však získala s ženami z odlišných minorit značné zkušenosti.

Z rozhovorů s porodními asistentkami vyplývá, že jejich snahou je respektovat přání všech pacientek, a to jak ta, která souvisí s jejich kulturou a prostředím, ze kterého pocházejí, tak i ta, která přímo ovlivňuje jejich povaha a osobnost. Avšak z výzkumného šetření také vyplývá, že dochází i k drobným pochybnostem, které by mohly vést k případným nedorozuměním, a to pouze z důvodu nedostatku informací. I proto by jako výstup této práce měl být uspořádaný seminář či příspěvek v rámci konference, který by doplnil zdravotníkům jejich základní informace a zkušenosti v péči

o pacienty z vybraných minorit v českých zdravotnických zařízeních. Téma tohoto semináře by mohlo znít: „Specifika péče o vybrané minority v prostředí českého zdravotnictví.“

I přes uvedený výskyt nepatrných nedostatků si však těhotné respondentky péči chválí a označují ji jako velmi dobrou.

Klíčová slova: gynekologická ambulance, multikulturní ošetřovatelství, porodní asistentka, prenatální péče, těhotenství

Abstract

This thesis deals with the specifics of prenatal care among women of selected minorities at a chosen gynaecological clinic.

Due to the fact that from the 1990s there has been a noticeable increase in the number of foreigners residing in the Czech Republic, it is necessary to respect their cultural specifics in health care. Many foreigners in our country have a long-term or permanent residence and have families here. Increasing emphasis is given to care for pregnant women. In the pregnancy period, the woman experiences significant physical and mental changes. The main aspect of caring for a pregnant woman is the continuous monitoring of the health and proper development of the foetus.

The nursing profession strives for holistic care for patients. In gynaecological practice, treatment is also focused on pregnancy. We therefore strive to provide care that respects cultural specifics. This must be comprehensively included within the current standards, which were published by the Czech Gynaecological and Obstetrical Society.

For midwives to be able to provide quality care for patients from different cultures, they must be culturally competent and empathetic enough to handle the specifics of working with these pregnant women. Many complications in nursing care are caused by a communication barrier that arises between the medical staff and the patients, even if they are of the same nationality and speak the same native language. The risk of communication problems increases in the case of women from minorities.

The objectives of this thesis are: Objective 1: Determine how women from selected minorities view the prenatal care in the country. Objective 2: Map the knowledge that midwives have of the specifics of care in individual cultures.

The following research questions were determined: 1) How do women from selected minorities perceive the prenatal care in the Czech Republic? 2) To what extent is the culture of the client respected during care?

The practical part was elaborated based on qualitative research. Data was collected using semi-structured interviews. Respondents were asked the same questions,

but these were elaborated on during the interviews, which led to the subsequent categorization of interviews. A total of 20 basic questions were compiled.

The research sample consisted of six pregnant women and four midwives. The criterion for selection of the pregnant women was Vietnamese or Ukrainian nationality. The criterion for choosing midwives was that they had to be employed at gynaecological and obstetric clinics. Interviews were conducted in February to April in gynaecological and obstetric clinics. With the approval of the interviewed respondents, the interviews lasted 20-45 minutes and were recorded using a Dictaphone. Firstly, transcripts were made of the interviews, in which the answers were briefly and properly recorded. Subsequently, the acquired data was categorized. Categorization of data included description of the phenomenon and processing in the form of tables.

The first part of the research sample consisted of pregnant women who have different experiences with care in their home country. In their testimonies they mention minor shortcomings, but are satisfied with the care provided in the Czech Republic and some of them expressed that they are certain that this level of care could not be provided to them in their home country. For this reason, they are happy to experience their pregnancy here.

The second part of the research group focused on midwives who have experience in the care of pregnant women from minorities. When caring for these women they also apply knowledge which they acquired in the course of professional education. Only one of the midwives did not encounter the topic of multi-cultural care in the course of her education. This term was not yet used when she was studying. However, during her many years of experience she gained extensive experience with women of different minorities.

From interviews with midwives clear that they strive to respect the wishes of all patients, both those related to their culture and environment from which they came, as well as those related to their character and personality. However, the research also shows that there are also slight doubts that could lead to misunderstandings, and these are solely due to lack of information. Therefore, the output of this work should be the organization of a seminar or a contribution within a conference, which would provide

healthcare professionals with basic information and experience in the care of patients from selected minorities in Czech health care facilities. The topic of this seminar could be: “The specifics of caring for selected minorities in Czech health care.”

Despite the slight drawbacks, the pregnant respondents praised the care provided to them and referred to it as very good.

Key words: gynaecological clinic, multicultural nursing, midwife, prenatal care, pregnancy

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Specifika prenatální péče u žen z vybraných minorit v gynekologické ambulanci“ 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 diplomové práce, a to v nezkrácené podobě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích 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.....

.....

podpis studenta

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucí práce PhDr. Drahomíře Filausové, za odborné vedení práce, cenné rady a připomínky, bez kterých by tato bakalářské práce nemohla vzniknout a dostala tak konečnou podobu

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	11
ÚVOD	12
1 SOUČASNÝ STAV.....	13
1.1 Období těhotenství	13
1.1.1 Diagnostika těhotenství a známky těhotenství	14
1.2 Prenatální péče	15
1.2.1 Porodnické vyšetření a porodnické vyšetřovací metody.....	16
1.2.2 Laboratorní vyšetřovací metody	17
1.2.3 Psychoprofylaktická příprava ženy k porodu	19
1.3 Práce porodní asistentky v gynekologické ambulanci	20
1.4 Minority v České republice	22
1.4.1 Ukrajinci v České republice.....	23
1.4.2 Vietnamci v České republice	24
1.5 Přístup zdravotníků k minoritám a k cizí kultuře	26
1.6 Kulturně specifická péče v porodní asistenci	26
1.6.1 Kulturně specifická péče o ženy ukrajinské národnosti	28
1.6.2 Kulturně specifická péče o ženy vietnamské národnosti.....	29
2 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	33
2.1 Cíle	33
2.2 Výzkumné otázky	33
3 METODIKA	34
3.1 Použité metody a techniky sběru dat.....	34
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	34
4 KATEGORIZACE	36
4.1 Výsledky rozhovorů těhotných žen.....	37
4.2 Výsledky rozhovorů porodních asistentek	46
5 DISKUSE	54
6 ZÁVĚR.....	62
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	
8 PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AFP – alpha-fetoprotein

GA – gynekologická ambulance

hCG – lidský choriový gonadotropin

OGTT – orální glukózový toleranční test

PA – porodní asistentka

R1 – R6 – označení těhotných respondentek

RTG – rentgenové vyšetření

ÚVOD

Po roce 1989 dochází v České republice k rapidnímu nárůstu počtu cizinců, kteří zde původně pobývali po dobu, než získali pracovní povolení či než se jiným způsobem dostali dále do západnější Evropy. Postupně však Česká republika ztrácí status pouhé transportní země.

Mnoho cizinek v naší zemi žije dlouhodobě či trvale a zakládají zde rodiny. Na péči o těhotnou ženu je neustále kladen vyšší důraz. V období těhotenství dochází k výrazným změnám po stránce fyzické i psychické. Hlavní náplní péče o těhotnou ženu je průběžné sledování jejího zdravotního stavu a správného vývoje plodu.

Ženy žijící v prostředí, které jim není kulturně zcela přirozené, se mohou dostat do nepříjemných situací, které vlastní těhotenství negativně ovlivňují. I proto by měly těhotné ženy v ordinaci svého gynekologa mít pocit důvěry a bezpečí.

Respektování kulturních odlišností je nezbytné, protože hlavní snahou ošetrovatelské profese je holisticky pečovat o pacienty. Péče musí být komplexně zahrnuta v rámci běžných standardů, které publikovala Česká gynekologicko-porodnická společnost.

Je podstatné, aby porodní asistentka v ambulanci měla dostatek informací a byla schopna tuto péči kvalitně poskytovat.

Získávání informací o rozdílných kulturách je náročné a dlouhodobé. Nikdy nelze říci, že máme dokonalý přehled o jiné kulturní skupině, než ze které pocházíme.

K tomu, abychom dokázali být kulturně kompetentní, musíme nejprve chápat a ztotožňovat se s vlastním kulturním zařazením. Až poté lze bez předsudků postupně získávat informace o dalších nových minoritách.

Dále si musíme uvědomovat i to, že i když máme dostatek informací, musíme respektovat potřeby jednotlivce a než-li riskovat nedorozumění, je lépe se zeptat na jeho vlastní názor a potřeby. A právě otevřenost v komunikaci je nesmírně důležitá.

Komplikací však může být komunikační bariéra, která vzniká i mezi zdravotníky a pacienty stejné národnosti a se stejným rodným jazykem. Rozdílný rodný jazyk již jen zvyšuje nebezpečí vzniku nedorozumění a tím i komunikační bariéry. Té nejen že musíme předcházet, ale pokud k ní dojde, je nutné nalézt způsob, jakým ji lze odstranit.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Období těhotenství

Obecně lze období těhotenství charakterizovat pomocí jeho časovosti a to tak, že je limitováno splnutím oocyty a spermie do doby vlastního porodu, kdy končí. Jedná se o období trvající 280 dní = 40 týdnů = 10 lunárních měsíců (Čech, 2006, s. 45).

Těhotenství jako takové ovlivňuje celý organismus ženy, která se těmto dynamickým změnám musí poměrně rychle přizpůsobit, jelikož vyvíjející se plod ovlivňuje celou řadu fyziologických procesů. V průběhu těhotenství se žena mění nejen po fyzické stránce, ale především pod vlivem hormonální činnosti se mění i její psychický stav. Každá žena vnímá své těhotenství subjektivně (Čech, 2006, s. 45; Roztočil, 2008, s. 96).

Nejrapidnější nárůst během těhotenství prodělává děloha, která změní svůj objem až na 5 litrů, což znamená, že se zvětší až 500x a váhově přibere z 50 g až na 1000 g. V druhé polovině těhotenství se jedná především o její růst pomocí rozpínání, kdy se její stěna ztenčuje. Svalová vlákna dělohy jsou uspořádána ve třech vrstvách takovým způsobem, aby při porodu vypuzovala plod směrem do pánve, přímo k vnitřní brance. Děložní čípek se během těhotenství postupně připravuje na porod zralého plodu a to tak, že se snižuje množství kolagenu v něm. Naopak vzrůstá produkce cervikálního hlenu, který brání vzestupné infekci. Dále tuto ochranou funkci zajišťuje vaginální sekret, který má během těhotenství snížené pH až na 4, i ten chrání před patogenními mikroorganismy (Čech, 2006, s. 46, 47).

Typickým znakem v těhotenství, který zaznamenáváme, je váhový přírůstek. Ten tvoří váha plodu, placenty, plodové vody, dělohy, prsou, krve, tukové tkáně a také mimobuněčná tekutina. Velmi často trápí těhotné ženy těhotenská nevolnost a zvracení, a to především na počátku těhotenství. Objem krve se zvyšuje až o 1,3 litru, a to z důvodu nutnosti vyššího prokrvení dělohy a placenty. I tento přírůstek však zcela nepokrývá potřeby těla a dále se navyšuje i minutový srdeční objem, a to až o 40 %, jak uvádí Čech (2006). S tím souvisí i nárůst minutové ventilace. Celkově lze shrnout, že tělo těhotné potřebuje až o 20 % více kyslíku. Dále, co se týče změn ve vlastnostech krve,

dochází ke zvýšení srážlivosti krve jako prevence krevních ztrát při děložním krvácení (Čech, 2006, s. 47 - 49; Roztočil, 2008, s. 97 - 102).

1.1.1 Diagnostika těhotenství a známky těhotenství

Těhotenství působí na celý organismus ženy již od jeho počátku. Řetězce funkčních změn u ženy způsobují téměř nezaměnitelný charakteristický obraz, přičemž příznaky těhotenství dělíme na nejisté, pravděpodobné a jisté (Čech, 2006, s. 99).

Nejisté známky těhotenství jsou celkově nespecifické příznaky, které doprovází většinu těhotenství, ale rovněž se mohou vyskytovat i u jiných syndromů. Patří sem: psychická labilita, neuralgie, závratě, mdloby, bolesti zubů či neurovegetativní obtíže. Nejčastěji zmiňovaná nejistá známka těhotenství je ranní nevolnost a zvracení. Také zvětšení prsou, tvorba varixů či vyšší vaginální teplota patří do skupiny nejistých známek těhotenství (Čech, 2006, s. 99; Roztočil, 2008, s. 96).

Pravděpodobné známky těhotenství jsou takové, které jsou pravidelně vyvolány graviditou, avšak neprokazují ji, jelikož jsou situace, kdy se mohou objevit i mimo ni. Vytvářejí však typický obraz, který u plánovaného těhotenství nasvědčuje jeho počátku. Jsou jimi amenorea, která většinu žen vede k návštěvě gynekologa. Ta je však v této skupině nejméně spolehlivá. Dále jimi jsou hyperpigmentace a s ní spojené těhotenské skvrny v oblasti obličeje a strie. Tyto dva symptomy však začínají až v pozdější fázi, kdy je již těhotenství diagnostikováno. Změny na děloze a pochvě jsou nejvýraznější známkou rané gravidity, kdy dochází ke zvětšení a prosáknutí těchto orgánů (Čech, 2006, s. 99-102; Roztočil, 2008, s. 97).

Jisté známky těhotenství tvoří v současné gynekologicko-porodnické diagnostice výsledky hladiny hCG. Pomocí ultrazvukové metody je potvrzena nidace vejce v sliznici dělohy se zaznamenáním srdečních ozev plodu (Čech, 2006, s. 103; Roztočil, 2008, s. 97).

Absolutní jistotou v diagnostice gravidity je však již zmíněný ultrazvuk, který v 6. týdnu dokáže zaznamenat gestační váček a jeho pulzaci. Po stanovení gravidity je dále nutné zjistit skutečnou délku těhotenství a s tím i stanovit termín porodu (Hájek, 2004).

Díky neustále se vyvíjejícím metodám diagnostiky dochází k velmi časnému potvrzení positivity těhotenství, stále však také sledujeme již zmíněné ostatní příznaky, které těhotenství doprovází (Čech, 2006, s. 99).

1.2 Prenatální péče

Prenatální péčí rozumíme poskytování péče o těhotnou ženu v průběhu těhotenství, přičemž jejím cílem je sledovat správný vývoj, potažmo včasné odhalit vrozené vývojové vady plodu (Medicabaze.cz). Příloha č.1 této práce zobrazuje harmonogram prenatální péče.

Česká republika má jednu z nejlépe organizovaných prenatálních péčí, na rozdíl od jiných zemí, jelikož tuto péči zajišťuje atestovaný specialista v oboru gynekologie a porodnictví (Hájek, 2004) a porodní asistentka, která má dokončené studium ve studijním programu porodní asistence (Vyhláška 55/2011 Sb.). Další nespornou výhodou je to, že do poraden pravidelně dochází až 97 % těhotných a více jak 90 % z nich navštíví svého gynekologa v průběhu těhotenství 10 x (Hájek, 2004). Dle nejnovějších poznatků stanovených Českou gynekologicko-porodnickou společností je přesně stanovena základní frekvence a rozsah vyšetření, která jsou realizována v průběhu fyziologického těhotenství. Jestliže by péče byla podkročena, je takováto považována za non lege artis (Unzeitig, 2007). Hájek (2004) zastává názor, že prenatální péče má být efektivní, ne však nadbytečná a těhotné by ji měly dobře snášet (Hájek, 2004).

Všeobecný screening tvoří podrobnou anamnézu, jejíž snahou je odhalit možné rizikové faktory (Hájek, 2004). Anamnéza je jednou z velmi důležitých součástí vyšetřovacích porodnických metod. K tomu, aby byly její vypovídající hodnoty dostatečné, je nutné, aby byla anamnéza pravdivá, podrobná, systematická a úplná. Lze ji rozdělit do několika částí, a to na oblast farmakologickou, alergologickou, pracovní, sociální a v těhotenství nejdůležitější porodnickou anamnézu. Porodnickou anamnézu dělíme na rodinnou, osobní, gynekologicko-porodnickou a aktuální onemocnění či problémy. Část gynekologicko-porodnické anamnézy tvoří informace týkající se menstruačního cyklu, předchozích těhotenství a porodů, šestinedělí, komplikací,

potratů, gynekologických onemocnění, antikoncepce a sexuálního života (Roztočil, 2008, s. 56).

Do 12. týdne těhotenství by měly být změřeny zevní pánevní rozměry a měl by být vystaven těhotenský průkaz (Unzeitig, 2007). To je dokument, ve kterém jsou lékařem a porodní asistentkou zaznamenávány důležité údaje o těhotné a vývoji plodu. Tento doklad je pro celou Českou republiku jednotný a každá těhotná žena by jej měla mít stále u sebe, aby v nenadálých situacích byl ihned přístup k základním informacím o dosavadním průběhu těhotenství a datu další plánované kontroly (Pařízek, 2006, s. 53). Termíny mezi jednotlivými kontrolami jsou rozdílné dle délky těhotenství, viz příloha č. 2 této práce.

1.2.1 Porodnické vyšetření a porodnické vyšetřovací metody

Vyšetření těhotné ženy má svá specifika, jelikož některé metody (především RTG), jsou kontraindikovány. Hlavní snahou je zajistit pokud možno co nejvíce informací. Tyto nám napomohou získat přehled nejen o stavu matky, ale také o zdravém vývoji dítěte (Roztočil, 2008, s. 56).

Jelikož průběh těhotenství je dynamickým dějem, je nutné jej monitorovat a včasné zaznamenávat jakékoli odchylky od fyziologie. Právě z tohoto důvodu jsou nutné kontroly, na které by těhotné měly samy ve svém zájmu a zájmu dítěte docházet (Roztočil, 2008, s. 57).

Porodní asistentka při každé prohlídce měří a zaznamenává údaje o aktuálním krevním tlaku, hmotnosti, tělesné teplotě, otocích dolních končetin těhotné a pomocí testačního proužku kontroluje moč na přítomnost cukru či bílkoviny (Čech, 2006, s. 95).

Úkol porodní asistentky v péči o prsy budoucí matky spočívá v informování matky v této oblasti. Základní informace, které by měla budoucí matce sdělit, by měly obsahovat volbu vhodného prádla a kosmetiky, dále by měla mluvit o formovačích vpáčených prsních bradavek a pomůckách, které chrání při odtoku kolostra (Mikulandová, 2007, s. 12). Roztočil připomíná, že informace by měly obsahovat i techniku o způsobu kojení v pozdějším stádiu těhotenství (Roztočil, 2008, s. 141).

Obecně lze porodnické vyšetřovací metody rozdělit na screening vrozených vývojových vad a invazivní metody prenatální diagnostiky tak, jak to ukazuje příloha č. 3 (Čech, 2006, s. 389).

V současné době neexistuje univerzální test, který by odhalil všechna možná poškození plodu. Proto se v praxi používá kombinace několika testů, které se navzájem doplňují (Čech, 2006, s. 384, 385).

Invazivní metody v těhotenství jsou stále nepostradatelným způsobem, kterým získáváme potřebné informace o stavu plodu, jestliže není možné tyto informace získat neinvazivně, jak uvádí Čech (2006). Pod pojmem invazivní metoda si lze představit postup, při kterém vyšetřovací nástroj či přístroj proniká dovnitř organismu (Velký lékařský slovník). Invazivní způsob s sebou přináší i zvýšené riziko vzniku infekce či poškození okolní tkáně. Do skupiny těchto vyšetření spadá v gynekologicko-porodnické praxi několik metod. Ty nejčastěji využívané jsou amniocentéza, odběr choria, placentární biopsie a punkce pupečníku (Čech, 2006, s. 388).

1.2.2 Laboratorní vyšetřovací metody

Laboratorní vyšetřovací metody lze rozdělit dle typu laboratoře, kde je biologický materiál vyšetřován, a to na biochemické, hematologické, mikrobiologické, cytologické a histologické (Kollátorová, 2010).

První laboratorní test, který je v těhotenství využíván, stanovuje hCG v krvi a moči. Jeho hladina se postupně zvyšuje až do 12 týdne těhotenství, avšak velmi citlivé testy jsou schopny jeho pozitivitu zaznamenat již při velmi nízké koncentraci v době vynechání menstruace (Čech, 2006, s. 474).

Na konci prvního trimestru těhotenství probíhá laboratorní rozbor v kombinaci s ultrazvukovým vyšetřením, při kterém dochází ke screeningu genetických vývojových vad (Downova syndromu). Sleduje se hladina proteinů v krevním séru a v návaznosti na to se ultrazvukem přeměřuje nuchální translucence (šíjové projasnění) a osifikace nosní kosti. Tento postup je efektivnější nežli samotný rozbor AFP v mateřském séru v druhém trimestru (přesněji v 16. týdnu těhotenství), který stanovuje, zda nejsou přítomny rozštěpové vady či Downův syndrom (Čech, 2006, s. 385-387, 474-475).

Krevní skupinu a s ní i společně Rh-faktor stanovujeme do 12. týdne těhotenství především z důvodu prevence záchytu možné Rh-izoimunizace, ke kterému může dojít u matek s Rh negativním faktorem. Ty poté dále podrobujeme dalším testům, kdy ve 20. a 30. týdnu těhotenství stanovujeme hladinu anti-D protilátek. Dále se v hematologickém vyšetření zajímáme o hladinu hemoglobinu a hematokritu, jelikož ne zřídka se v těhotenství vyskytuje anémie. Hladina sedimentace je v těhotenství fyziologicky zvýšená, nemá tedy význam tuto metodu záchytu infektu v těle v tomto období využívat (Čech, 2006, s. 475).

V těhotenství dále zjišťujeme, zda není těhotná nakažena některou z pohlavně přenosných nemocí. Tyto testy jsou prováděny jak na základě sérologických vyšetření tak i speciálními kultivačními metodami či mikroskopickým rozborem preparátu. Jedná se o diagnostiku HIV, chlamydií a syfilis (Čech, 2006, s. 476).

Dále je sledována pomocí několika laboratorních metod také přítomnost poševních infekcí. Nejjednodušší metoda stanoví pH pomocí testáčnických proužků. Tato hodnota by se měla pohybovat do 4,5, pokud je vyšší, je pravděpodobná přítomnost infektu. Ke stanovování infekcí pochvy se používá i amniový test, který provádí gynekolog přímo v ambulanci. Ten také může pod mikroskopem provést odečet nativního preparátu ze stěru pochvy. Barvený preparát je nutné odeslat do laboratoře (Čech, 2006, s. 476, 477). Porodní asistentka, která je u gynekologa v ambulanci zaměstnána, je zodpovědná za správné označení všech vzorků biologického materiálu, vyplnění žádanky i včasné odeslání vzorku do příslušné laboratoře. Jestliže sama provádí vlastní odběr, je povinna dodržovat veškeré pokyny a postupy stanovené laboratoří (Šamánková, 2006, s. 162-163). Taktéž je porodní asistentka povinna dodržovat při každém výkonu hygienicko-epidemiologický režim tak, aby neohrozila své i pacientčino zdraví (Poláková, 2005).

Další testy, které jsou prováděny v období těhotenství, jsou jaterní a testy funkce močového systému, a to pomocí metody močového sedimentu, kvantitativní bakterinourii a orientačně i pomocí testáčnických proužků (Čech, 2006, s. 477).

Diagnostika diabetu mellitu se standardně provádí pomocí OGTT. Tento screening se využívá u všech žen nad 25 let věku a u mladších, se zatíženou porodnickou anamnézou ve 24. týdnu těhotenství (Unzeitig, 2006; Hájek 2004).

1.2.3 Psychoprofylaktická příprava ženy k porodu

Jak uvádí ve své publikaci Čech (2006), celé těhotenství je pro velkou část žen značně psychicky náročné. První obavy se u některých žen mohou objevit již při zjištění těhotenství. Jedná se o obavy z důvodu reakce partnera na těhotenství. Ta bývá ovlivněna věkem, sociálním zázemím i plánováním samotného těhotenství. Další negativní vliv na ženinu psychiku nesou fyziologické změny, které na sobě pocítuje a výkyvy nálad, které jsou umocněny některými obtížemi, jako je nauzea, zvracení, pálení žáhy, bolesti zad, obstipace či celkové snížení pohyblivosti (Čech, 2006, s. 86-87).

Těhotné ženy mívají velké množství otázek, na které očekávají pro ně dostatečné a hlavně srozumitelně formulované odpovědi. Proto musí porodní asistentka uzpůsobit své odpovědi tak, aby jim žena porozuměla (Mikulandová, 2007, s. 6).

Počet žen, které mají problémy s početím či donošením dítěte, se neustále zvyšuje a s tím se zvyšuje i počet těch, které pocítují strach z možných komplikací či potratu. Jediné, jak tyto přecitlivělé a mnohdy až hysterické ženy uklidnit, je vést s nimi klidně a dostatečně informativní rozhovory, při kterých jim dostatečně osvětlíme situaci a dodáme jim potřebnou důvěru ve fyziologii změn, které v tuto chvíli prožívají. Stejně tak by neměly být podceňovány obavy ze ztráty partnera, z porodu samotného a následně i z výchovy a sociálně ekonomického zajištění dítěte. Strach z narození poškozeného či mrtvého dítěte se vyskytuje u žen ve chvíli, kdy jsou výsledky jednotlivých testů v průběhu těhotenství patologické či hraniční. Ve všech těchto situacích je důležité, aby žena měla podporu ve své rodině a byl jí pro ni srozumitelně vysvětlován její stav (Čech, 2006, s. 86-87). Pomoci může ženám i absolvování předporodních kurzů, vedených odborně vzdělanou porodní asistentkou. Tyto kurzy nemají jednotný obsah. Záleží na samotném pracovišti, které samo stanovuje jejich náplň. V poslední době se zvyšuje počet soukromých kurzů, avšak i ty by měly být vedeny zkušenou porodní asistentkou, která má minimálně tříletou praxi na porodním

sále. Ideální a doporučovanou frekvencí je minimálně šest lekcí, kdy první dvě probíhají v první polovině těhotenství a zbylé čtyři po 32. týdnu těhotenství. Během kurzů získá žena informace formou diskuze a debaty o těhotenství, průběhu porodu a šestinedělí. Ženy získávají vědomosti o svalové relaxaci, nácviku správného dýchání a chování během porodu. Na psychiku ženy také velmi dobře působí, pozná-li porodní sál, kde bude rodit již před samotným porodem. Samotná přítomnost partnera při porodu by měla být svobodnou volbou ženy. Ta sama musí vědět, zda jeho přítomnost pomůže (Roztočil, 2008, s. 150).

Jako součást psychoprophylaktické přípravy k porodu vyzdvihuje Čech (2006) pohybové aktivity jako je plavání, jóga či těhotenská gymnastika. Dále je důležité budovat u ženy psychickou pohodu, a to nejen pomocí relaxačních metod, ale také pomocí získávání informací z přednášek či rozhovorů, a to ať s pediatrem, porodníkem, sociálním pracovníkem či s psychologem. Je důležité připravit ženu na bolestivost porodu, jelikož bezbolestný porod nelze slibovat. Ženy pak bolest lépe snášejí, jsou-li poučeny již v těhotenství o možnostech, jak ji během porodu zmírňovat (Čech, 2006, s. 86-87).

1.3 Práce porodní asistentky v gynekologické ambulanci

Porodní asistentka je odborník se zdravotnickým vzděláním dle požadavků daného státu, které vycházejí především ze dvou dokumentů a to: „*Nezbytné dovednosti (kompetence) pro základní praxi porodní asistentky*“ a „*Globální požadavky na vzdělávání porodních asistentek*“ (Unipa.cz).

„V České republice je porodní asistentka schopna rozpoznat holistické potřeby ženy v období zdraví, fyziologického těhotenství, fyziologického porodu, šestinedělí i biopsychosociální potřeby vzniklé v průběhu nemoci. Zná zdravý vývoj jedince a faktory, které jej ovlivňují. Dokáže poskytnout kvalifikovaně první pomoc. Používá diagnostické techniky v ošetrovatelské péči o těhotnou ženu. Umí vést samostatně fyziologický porod, poskytnout ošetrovatelskou péči rodičce i novorozenci při porodu, reaguje na zjištěné somatické, psychické, sociální, behaviorální, kognitivní i duchovní problémy klientky. Dokáže rozpoznat projevy a příznaky, které signalizují odchylky od

zdravého vývoje jedince a příznaky nemoci. Zná modely sexuální výchovy a plánovaného rodičovství, fáze ošetrovatelského procesu a umí je využívat v klinické praxi, v komunitní praxi i v prostředí domácí péče. Má vědomosti, dovednosti a morální postoje potřebné k realizaci jednotlivých ošetrovatelských činností (MZČR - Metodický pokyn porodní asistentka)“.

S porodní asistentkou se setkáváme na těchto pracovních pozicích: při provozování privátní praxe porodní asistentky, v centrech pro budoucí matky, v porodnicích na porodních sálech, na odděleních péče o těhotné a v šestinedělí v gynekologicko - porodnických ordinacích (Unipa.cz).

Obecně lze práci porodní asistentky v gynekologické ordinaci rozdělit na administrativní, edukační a odbornou (Michalíčková, 2006). Její vlastní pracovní náplň se odvíjí samozřejmě od služeb, které lékař v gynekologické ambulanci nabízí. Jedná se o preventivní a léčebnou péči o ženu a péči o těhotnou ženu (Poláková, 2005). Pohl (2005) uvádí, že pro lékaře v ordinaci je porodní asistentka partner, se kterým řádně zajišťuje péči o pacientky a zdůrazňuje důležitost vzájemné spolupráce. Náplň práce porodní asistentky se odvíjí dle organizace práce na daném pracovišti. Hlavní rozdíl působící na pracovní náplň Pohl (2005) vidí ve velikosti ambulance. V malé ordinaci (1 porodní asistentka a 1 či 2 lékaři) je podíl práce porodní asistentky větší. Je zde výrazně důležitější první kontakt asistentky s pacientkou a vzrůstá spolupráce mezi lékařem × porodní asistentkou × pacientkou. Tyto vztahy dále ovlivňují spokojenost samotné pacientky. Porodní asistentka v malé ambulanci není anonymní pracovník. Narůstá zde vztah mezi ní a pacientkou, zatímco ve velké ambulanci (více lékařů, eventuálně více porodních asistentek) plní též odbornou roli, ale i náročnou funkci administrativního pracovníka. Během plnění lékařských pokynů, jako aplikace injekcí či odebrání biologického materiálu, značnou část pracovní doby věnuje objednávání pacientek, vystavování tiskopisů bez potřeby kontaktu s lékařem a odesílá pacientky do ordinace. (Pohl, 2005).

Poláková (2005) souhrnně popisuje práci asistentky v ambulanci v těchto bodech: administrativní oblast - připravuje dokumentaci a s ní spojené úkony; odborná oblast - asistuje lékaři a zajišťuje ošetrovatelské výkony v ambulanci; oblast zajištění organizace

práce v ordinaci - komunikuje s lékařem a s klientkou, telefonuje, objednává klientky, zodpovídá dotazy (Poláková, 2005).

1.4 Minority v České republice

Pod pojmem minorita dle Ivanové (2005) lze definovat skupinu lidí, která má určité společné znaky, jako například rasu, jazyk či náboženství, a současně je jejich počet menší nežli počet většiny v dané společnosti (Ivanová, 2005, s. 33).

V posledních 20 letech, jak ukazuje graf v příloze č. 4 této práce, se počet cizinců s trvalým či dlouhodobým pobytem v České republice neustále zvyšuje. Z toho vyplývá, že ošetrovatelská péče, která je v ČR poskytována, musí být kulturně uzpůsobená (Mocková, 2006; Uričková, 2010). K tomu, aby zdravotníci byli dostatečně kulturně kompetentní, musí dle Špirudové mít dostatek informací o jednotlivých kulturních specifikách dané minority, dále musí znát svou vlastní kulturu – sebeanalyzovat ji a v neposlední řadě je zkušenost s ošetřováním osoby s odlišným kulturním zařazením (Špirudová, Ivanová, 2004, s. 46). V roce 2007 žilo v České republice 41 568 Vietnamců. Nejnovější údaje ze srpna 2013 udávají již číslo 57 274. V případě ukrajinské minority v těchto letech nedošlo k tak rapidnímu nárůstu, ačkoli je tato minorita zastoupena v naší zemi více než dvojnásobným počtem oproti té vietnamské. Nárůst za posledních pět let tvoří pouhých 3 423 (Statistický úřad).

Jelikož se Česká republika zavázala plnit program Zdraví 21, ve kterém se stanoví péče o zdraví žen a jedním z dalších cílů je i zdravý start do života, je snahou poskytovat kvalitní péči všem bez rozdílů. Z toho vyplývá, že zdravotní péče musí být poskytnuta i jednotlivcům, kteří nemají zdravotní pojištění. Jak uvádí Tóthová (2010, s. 113), zajištění financování péče o nepojištěné těhotné je velmi problematické. Těhotné ženy bez pojištění však na pravidelné prohlídky mnohdy ani nedochází, jelikož se na území České republiky pohybují ilegálně nebo nemají zájem o preventivní vyšetření. K příchodu k lékaři je většinou donutí až samotný porod nebo vážné zdravotní komplikace. U nepojištěných žen je doporučeno provádět péči a potřebná vyšetření do takové míry, aby nebylo ohroženo zdraví a život těhotné i plodu (Vavřínková, 2005).

K tomu, aby cizinci získali veřejné pojištění, musí splnit podmínky pro vstup do veřejného zdravotního pojištění, kterými jsou trvalý pobyt na území ČR nebo zaměstnanecký poměr (Cizinci a zdravotní pojištění). Jestliže není toto splněno, mohou využít komerční pojištění, to je však značně finančně zatěžující. (Hudáčková, 2011). K tomu, aby se základní komerční pojištění vztahovalo i na péči o těhotnou ženu, musí být uzavřeno před jejím otěhotněním, v opačném případě si již těhotná může sjednat speciální pojistné pro období těhotenství a porod. Tato varianta je však dražší a podmíněná délkou, na kterou se uzavírá (narození dítěte cizince). V příloze č.5 se nachází souhrnná tabulka, která uvádí způsob a procentuální rozvržení, jakým jsou Ukrajinci v ČR pojištěni.

1.4.1 Ukrajinci v České republice

Ukrajina jako samostatný stát vznikla 24. srpna roku 1991, po rozpadu SSSR. Rozkládá se v centrální části východní Evropy na celkové ploše 603 700 km². Je tedy více jak 7,5 x větší než ČR a počtem 47,7 milionu obyvatel se řadí na 25. místo celosvětového žebříčku. Oficiálním jazykem je ukrajinština a hlavním městem Kyjev (Permanent mission of Ukraine to the UNESCO). 60 % Ukrajinců o sobě tvrdí, že jsou věřící, přičemž převládá pravoslavné křesťanství. Řecko-katolické a římsko-katolické vyznání se objevuje ve významné menšině, především v oblasti západní části země (Jelínková, 2010).

Ukrajinci do České republiky přicházejí ve 20. století v několika vlnách ukrajinské emigrace. V období mezi světovými válkami na našem území žila inteligence a váleční uprchlíci. V období před rokem 1989 se jednalo především o studenty, kteří zde měli získat vzdělání a tím napomoci k rozvoji Ukrajiny. Potomci těchto přistěhovalců se však postupně asimilují a postupně od přihlašování se k ukrajinské národnosti ustupují. Od počátku 90. let přichází současná vlna ukrajinských pracovních migrantů, ze kterých mnozí pobývají na území ČR ilegálně. Dle odhadů Cizinecké policie ČR těchto ilegálně žijících může být až 20 tisíc. Avšak počet pracovních migrantů od konce 90. let začíná opět klesat, jelikož došlo k otevření

pracovního trhu západní Evropy, kde se nabízí výhodnější pracovní podmínky (Velvyslanectví Ukrajiny v České republice).

Pro podporu a zjednodušení zaměstnávání Ukrajinců v ČR fungují od roku 1993 různá sdružení a organizace (SUČR, Ruta, UIČR). Nezajišťují však pouze zaměstnávání, ale pořádají i kulturní akce, vydávají periodika a celkově se snaží podporovat nejen ukrajinskou minoritu v běžném životě (Velvyslanectví Ukrajiny v České republice).

V Praze mají ukrajinské děti možnost navštěvovat Ukrajinské gymnázium (Velvyslanectví Ukrajiny v České republice).

Zdravotnictví je dle Kořínkové na Ukrajině na velmi nízké úrovni, kdy si musí přinést i základní pomůcky a prádlo, aby mohli být ošetřeni. V ČR jsou ukáznění pacienti, kteří jsou maximálně ochotní se přizpůsobovat. Největším problémem je komunikační bariéra, poté také sociálně slabší zázemí. U některých mužů nemusí být žena ve zdravotnické profesi vnímána jako dostatečná autorita. Tento fakt je však ojedinělý (Kořínková, 2007 s. 23-24).

1.4.2 Vietnamci v České republice

Celým názvem Vietnamská socialistická republika se nachází ve východní části poloostrova Indočíny. Celková délka země z nejsevernějšího bodu k nejjihnějšímu je 1 650 km a jeho nejširší část má 500 a nejužší 50 km. Celková plocha této země zabírá pouhých 331 951 km², přičemž počet obyvatel přesahuje 85 milionů obyvatel, kteří tvoří 54 etnik dle místa (Embassy of the Socialist republic of Vietnam in the Czech republic). Hlavním městem je Hanoi a oficiálním jazykem je vietnamština (MZV, Vietnam).

Historie vietnamské kultury je dlouhá. Sahá již do období prvního tisíciletí před naším letopočtem. Vzniká pod vlivem buddhismu a taoismu. Od 30. let minulého století je ovlivňována i marxisticko-leninistickým kultem. Ačkoli se velmi intenzivně integruje do celosvětové moderní současnosti, zachovává si svou vlastní národní identitu (Embassy of the Socialist republic of Vietnam in the Czech republic).

Náboženství je ve Vietnamu, stejně jako v jiných zemích s vysokým počtem obyvatel, rozděleno. 10 milionů obyvatel Vietnamu vyznává buddhismus, 6 milionů katolicismus, 1 milion je protestantů, 70 tisíc muslimů, 2,3 milionu kadodaistů a další vyznávají méně významné církve. Avšak celkově lze říci, že Vietnamci uznávají filozofii jin a jang a harmonii a souznění s přírodou (Embassy of the Socialist republic of Vietnam in the Czech republic).

V tradiční vietnamské komunitě má hlavní slovo otec rodiny, přičemž žena má respektovat jeho rozhodnutí. Rodiny často žijí v rámci více generačního soužití, kdy děti poslouchají své rodiče, a to ať jsou malé nebo jsou již dospělé - mezi dvěma generacemi neexistuje tzv. rovnocenná výměna názorů (Pernicová, 2013, s. 18). Velmi důležité je pro ně, co se týče hodnotového systému, vzdělání. I děti z nejhudších rodin mají možnost studovat, jelikož pro jejich rodiče je jejich budoucnost důležitá (Tóthová, s. 20).

Vietnamská jména se skládají z osobního jména, příjmení a spojovací slabiky, která je mezi ně vložena. Velká řada jmen má společné příjmení, a proto je důležitá orientace v osobním jméně. Není výjimkou, kdy žena a muž mají stejné jméno. V písemné formě se nejdříve používá příjmení, poté střední jméno a jako poslední osobní jméno (Tóthová, 2012, s. 109).

Vietnamci do České republiky přicházeli stejně jako Ukrajinci v několika vlnách. Před rokem 1989 přicházeli Vietnamci oficiálně pod záminkou pomoci postiženým ve válečném stavu, avšak stát z jejich přítomnosti získával profit v rámci získání levné pracovní síly. V tehdejší době se jednalo především o děti, které postupem času přešly do řad studentů nebo učňů. Po roce 1989 dochází k migraci Vietnamců do naší země především z ekonomických důvodů. V naprosté většině přicházejí chudí jednotlivci ze zemědělských provincií. Nemigrují z důvodu touhy po změně prostředí, avšak z potřeby zajistit si lepší životní úroveň v rámci celé rodiny (umožnit vystudovat svým dětem a finančně zabezpečit své staré rodiče žijící ve Vietnamu). Také sjednocování rodin migrantů z předešlých vln zvyšoval počet nově příchozích. Opomínat nelze ani skupinu ilegálně přijíždějících Vietnamců, mediálně známých kauz převozu lidí prostřednictvím kamionů (Brouček, 2005).

Vietnamci v ČR fungují jako dobře organizovaná komunita. Vytváří si dobře propracovaný servis služeb (překladařství, právní poradenství), který pomáhá jednotlivcům v jednání s majoritní společností, a to v několika základních oblastech jako jsou justice, zdravotnictví či policie (Brouček, 2005).

1.5 Přístup zdravotníků k minoritám a k cizí kultuře

Pojem kultura definuje Špirudová pomocí „kulturní cibule“, která pro představu obsahuje jednotlivé vrstvy. Tak postupně můžeme poznávat a vnímat jednotlivé rozdílnosti. Vnější vrstvy si všimneme okamžitě na první pohled. Tvoří ji řeč, strava, způsob oblékání, architektura a další okamžitě vnímané a zjevné rozdíly. Střední vrstvu odhalíme až po delší době pozorování dané skupiny - např. gesta, způsob pozdravu, témata rozhovorů nebo silniční pravidla a jejich dodržování. Samotné jádro je tvořeno základními názory dané kultury na vnímání nejrůznějších existenčních otázek - např. trest smrti, interrupce či eutanázie (Špirudová, Ivanová, 2004 s. 24-25).

Kulturně specifická péče by dle Tóthové (2010) měla vycházet z vlastních biologických, psychologických, sociálních a spirituálních aspektů každého jedince. V dané komunitě se jedná o ovlivňování člověka především vlastní kulturou a tradicemi (Tóthová, 2010, s. 16).

To, co může ztížit všem zdravotníkům péči o skupiny lidí, kteří se od nich odlišují, jsou stereotypy a předsudky. Jejich vlastní podstatou jsou představy, názory a postoje, které si přenášíme z předchozích zkušeností či dokonce z rodiny v rámci generačního přenosu informací. Taktéž k ovlivňování dochází pomocí medií (Špirudová, Ivanová, 2004 s. 18).

Nejen při ošetřování cizinců, ale všeobecně by měl být nejdůležitějším prvkem ošetrovatelské péče lidský přístup plný trpělivosti, pochopení a laskavosti (Teslíková, 2006).

1.6 Kulturně specifická péče v porodní asistenci

K tomu, aby porodní asistentka dokázala poskytovat kulturně specifickou péči, musí být takzvaně kulturně způsobilá (kompetentní). Jedná se o zvládnutí specifických

kognitivních a afektivních dovedností, které tvoří základ pro rozvinutí vztahu mezi pacienty a zdravotníky. Toto však není jednoduché, jelikož se jedná o celoživotní proces, při kterém si neustále musí doplňovat informace o odlišných skupinách obyvatel a rozvíjet své dovednosti (Kersey-Matusiak, 2012).

Je nutné si uvědomit, že by tedy měla být péče uzpůsobená vlastní kultuře daného člověka. Vztáhneme-li to na těhotnou ženu, měli bychom k ní dokázat přistupovat tak, jak to její kulturní zázemí považuje za normu. Určitý vzorec chování může být považován v jedné kultuře za úctu projevující a pro jiné může ztotožňovat pravý opak, a to pohrdání či degradaci (Vybíral, 2009, s 260).

V oblasti stravovacích návyků by měla porodní asistentka dbát názorů Leiningerové. Ta doporučuje propojit zvyklosti a tradice v jídelníčku jednotlivých kultur s potřebnou dietní změnou, dle aktuálního stavu pacientky (Špirudová, Ivanová 2004, s. 51).

Porodní asistentka je zdravotnický personál, se kterým ženy přicházejí do styku v takzvané první linii, kdy pomocí komunikace získávají potřebné informace. Pro všechny zdravotníky je důležité, naučit se být natolik profesionální, že vlastní kulturní prostředí, ze kterého pochází, neovlivní kvalitu jejich práce. Z mnohých studií zabývajících se kulturně specifickou péčí vyplývá, že v případě, že se o pacienty starají zdravotníci s dostatečnými kulturními kompetencemi, dochází ke kvalitnější komunikaci a k ochotě pacienta spolupracovat při stanovování léčby a jejím dodržování (Kersey-Matusiak, 2012).

Dle Špirudové (2006) má každý člověk svůj rodný jazyk, který nemusí odpovídat řeči, ve které je zajišťována zdravotní péče, a to ať už se jedná o krátkodobý či dlouhodobý pobyt jedince v daném místě. Tento rozdíl, který tak činí problém s dorozumíváním a popisem problémů pacienta, způsobuje nadbytečný stres a strach, který již u nemocného člověka existuje. Také problém s pochopením léčebného režimu může vést ke zbytečným komplikacím či konfliktům. I práva pacientů obsahují bod, ve kterém je řečeno, že pacient má právo na podání srozumitelných informací o jeho stavu a možnostech další léčby. Nedostatečná či nekvalitní komunikace se stává zdrojem nespokojenosti s celkovou péčí (Špirudová, 2006, s. 66).

Obtížnost edukace těhotných žen v oblasti správné životosprávy se odvíjí od jejich vlastního zájmu o své zdraví. Záleží na vlastním hodnotovém systému ženy a jejich aktuálních potřebách (Špirudová, 2004, s. 107).

1.6.1 Kulturně specifická péče o ženy ukrajinské národnosti

Ukrajinská národnostní menšina je v České republice, co se týká počtu jejich příslušníků, nejvýznamnější. Ukrajinci, kteří zde žijí, přijíždějí do naší země především z důvodu lepších pracovních příležitostí, než je tomu na Ukrajině. Část z nich se vrací domů za svými rodinami, avšak mnozí na našem území již zůstanou (Hudáčková, 2011).

Péče o Ukrajince, a tedy i o těhotné ženy této národnosti, není až tak rozdílná jako u Vietnamců, vzhledem k faktu, že stejně tak jako Češi patří mezi Slovany a křesťany a nejsou mezi nimi tak výrazné kulturní rozdíly. Největším problémem je však komunikace, jelikož jazykově si čeština s ukrajinštinou nejsou natolik podobné. Navíc mnozí Ukrajinci nejsou motivováni k tomu, aby se učili česky, i když zde žijí dlouhodobě. Většina Ukrajinců, kteří přišli do ČR v pokročilém věku, má pouze základní komunikační dovednosti a rozhovory na úřadech či ve zdravotnických zařízeních jsou komplikované. Ukrajinská nonverbální komunikace se téměř neliší od zvyklostí české, avšak komunikuje-li muž se ženou, jedná se o odtažitější způsob (Hudáčková, 2011; Jelínková, 2010). Muž by neměl ženě nabízet při seznámení ruku jako první. Má počkat až na samotné vyzvání ženy. Při seznamování s příslušníkem ukrajinské kultury je důležité vzájemné přivítání a představení. Ukrajinci během návštěv velmi rádi nabízejí nápoje, které se nemají odmítat. Někteří jejich odmítnutí mohou přirovnat k odmítnutí podané ruky (Tóthová, 2012, s.66)

Co se týče životních hodnot, pro Ukrajince je nejdůležitější pospolitost v rodině. Mladí lidé se na začátku svého produktivního věku snaží osamostatnit a tím dokázat svou úspěšnost, avšak ve stáří se o své rodiče starají a dochází opět ke společnému soužití. V ČR se Ukrajinci stýkají především mezi sebou a svými kolegy. Mají pocit, že na ně česká společnost pohlíží s despektem (Jelínková, 2010).

Ukrajinská kuchyně vychází z evropské a částečně asijské kultury. Nejběžnější úpravou pokrmů je vaření a dušení. Tradičním jídlem je ukrajinský boršč. Mezi nejoblíbenější maso patří vepřové, po kterém následuje kuřecí a ryby. Nejčastější přílohou k hlavnímu chodu jsou brambory. Návštěvy v restauracích nejsou u Ukrajinců zdaleka tak časté jako u jiných národů, a to především z důvodů finanční náročnosti. Ceny, které restaurace účtují, jsou v porovnání s příjmy mnohých Ukrajinců neúměrně vysoké (Tóthová, 2012, s. 67).

Specifikem ukrajinské kultury je půst, který vychází z pravoslavného náboženství. Mezi nejběžnější ze čtyř hlavních kalendářních půstů patří Velký půst, který trvá sedm týdnů a předchází velikonočnímu období (Tóthová, 2012, s.67).

Významnou událostí je pro Ukrajince svatba, která nezřídka trvá i několik dnů. Tradiční svatby se pořádají po žních, tedy od října až do listopadu (Tóthová, 2012, s.68-69).

Velká část ukrajinských žen žijící na území našeho státu považuje prenatalní péči za důležitou součást celého těhotenství. Uznávají pravidelné návštěvy v prenatalních poradnách a lze tedy říci, že ukrajinské ženy přistupují k těhotenství zodpovědně. V současné době stále více žen upřednostňuje přítomnost partnera u porodu než tomu bylo v minulosti (Tóthová, 2012, s.68-69).

Celkový zdravotní stav Ukrajinců poznamenala do velké míry tragédie v Černobyli v roce 1986. Tato událost měla na svědomí více jak 5 miliónů lidí, vystavených jadernému záření (Tóthová, 2012, s.72).

1.6.2 Kulturně specifická péče o ženy vietnamské národnosti

Tóthová (2010) uvádí, jak Vietnamci přistupují k plánovanému rodičovství, těhotenství a porodům. Dle údajů, které přehledně předkládá v tabulkové podobě, se názory respondentů z této odlišné kulturní skupiny neliší od majoritní společnosti naší země (Tóthová, 2010, s. 111, 112, 115).

Vietnamky v jiném stavu velmi dbají na své zdraví, a tím i na zdraví svého budoucího dítěte. Sestavují si jídelníček tak, aby byl plnohodnotný a vyvážený, což znamená, že obsahuje dostatek masa, vitamínů a vajec. Dále, co je považováno u této

kulturní skupiny za důležité, je to, aby těhotná dbala na dostatek odpočinku. Tóthová (2010) dále upozorňuje na nutnost zdůraznit těhotným Vietnamkám, aby docházely na preventivní prohlídky. Ony samy předpokládají, že pokud se cítí dobře, není zapotřebí lékaře navštěvovat (Tóthová, 2010, s. 113-114).

Těhotenství ve vietnamské kultuře je bráno jako záležitost celé rodiny, a to ať už se jedná o fyziologický stav či patologické problémy. Dá se říci, že Vietnamky na své starosti nikdy nezůstávají samy. Vzhledem k tomu, že jsou i velmi stydlivé, upřednostňují přítomnost zdravotníků – žen (Tóthová, 2012, s. 114). Nejvíce by jim dle Mockové vyhovoval porod v domácím prostředí, avšak jelikož jsou si vědomy mnohých komplikací, uchylují se do péče porodníků ve zdravotnických zařízeních (Mocková, 2006). V období III. trimestru Vietnamky zvláště kladou důraz na hygienu dutiny ústní. K čištění zubů využívají slanou vodu. Před porodem rády využívají možnost se vykoupat buď samy, nebo s pomocí partnera. Tento proces vnímají jako rituální očistu. Naopak v prvních dnech po porodu se neomývají, jelikož je to proti jejich vyznání kultury. Během porodu nedávají Vietnamky slovně najevo bolest. Jednají velmi tiše a klidně. Pokud nastane jakákoliv komplikace s dítětem, je důležité vše projednat s otcem nebo jiným doprovodem z rodiny a ten teprve uváží, kdo informace ženě bude sdělovat. Specificky přistupují Vietnamky k placentě, která je pro ně léčivem. Znají způsoby, jak využít jejich léčivých účinků, avšak je nepravděpodobné, aby se do přípravy pustily. Citlivým tématem se stává sdělování informací o pohlaví dítěte. Většina vietnamských rodin si přeje mít jako prvorozeného syna (Tóthová, 2012, s.114)

Většina autorů zabývajících se vietnamskou komunitou uvádí jako největší problém pro začlenění této minority komunikaci. Vietnamci obvykle mají problémy s dorozumíváním ve zdravotnických zařízeních, jelikož neovládají češtinu a jiný jazyk, vyjma mateřštiny, natolik dobře, aby mohli sdělovat své problémy a pochopili informace od zdravotníků. Jedním z možných řešení je přítomnost překladatele, obvykle se jedná o člena rodiny (Vavřínková, 2005).

Vietnamské stravovací návyky a celkově struktura vietnamského jídelníčku se od toho českého odlišuje. Vietnamci věnují velkou pozornost samotné přípravě jídel. Ty obsahují hodně ovoce a zeleniny. Také rýže se vyskytuje v každodenním jídelníčku

každého Vietnamce. Naopak mléčným výrobkům se vyhýbají, jelikož je považují za obtížně stravitelné (Kořínková, 2007, s. 21).

Aktuálním cílem vietnamské vlády je zkvalitňovat úroveň stravování občanů na vesnici i ve městech. Množství výzkumů ukazuje, že značná část obyvatel trpí podvýživou. Vietnamská kuchyně je velmi pestrá a v řadě regionálních částí značně odlišná. Mezi nejběžnější suroviny patří rýže a nudle. Jde o potraviny finančně nenáročné, chutné a v neposlední řadě syté. Rýži lze využívat nejen jako běžnou přílohu, ale lze zpracovávat i jako luštěninu, rýžový ocet, škrob či alkohol. Typické rýžové nudle jsou označovány jako Pho. (Tóthová, 2012, s. 85).

Protiklady ve stravování lze pozorovat mezi severní, centrální a jižní částí Vietnamu. Severní část je charakterizována čínskou kuchyní, pro kterou jsou typické rýžové nudle a rolky zvané Nem. Střední a převážně jižní část charakterizují aromatické, ostré až pálivé chutě. Vietnamští kuchaři používají rčení „dá se jíst vše, co se hýbe“. Proto vietnamská kuchyně využívá běžná masa jako kuřecí, vepřové, králíčí ale i pro mnohé Evropany nepřijatelné zpracování psů, koček, myší či hadů. Mnohá část obyvatel dává přednost stravování v restauracích a na tržištích. Pokrmy jsou připravovány tak, aby šly lehce nabírat hůlkami. Typické je jíst ze společných talířů, které jsou určeny pro všechny hosty u jednoho stolu (Tóthová, 2012, s. 85-86).

V oblasti zaměstnání ve Vietnamu, je největším problémem zaměstnávání nezletilých. Stále více se prodlužuje pracovní doba, což vede k únavě a narušenému spánkovému rytmu. Tento stav do velké míry ovlivňuje partnerské a rodinné vztahy (Tóthová, 2012, s. 98).

Problémy v komunikaci s ženou vietnamské národnosti nám mohou dělat i gesta a mimika, jelikož ta se značně liší od té, na kterou jsme zvyklí. Pokud nám Vietnamky nerozumí, usmívají se a přikyvují, snaží se tak zmírnit nepříjemné napětí. Tím může dojít k nedorozumění. Také kinestetika může být matoucí. Například dlaň vzhůru pro Vietnamce vyjadřuje nadřazenost, zatímco pro nás otevřenost. Opačně lze vnímat gesto dlaně směřující k zemi s pohybem prstů. Vietnamci tím dávají signál přiblížení k jiné osobě, zatímco Češi ho mohou vnímat jako odhánějící. Dotyky na hlavě jsou

považovány jako projev neúcty a přímý pohled do očí berou Vietnamci jako signál povýšenosti či domýšlivosti (Kořínková, 2007 s. 20-21).

2 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle

- 1) Zjistit, jakým způsobem ženy z vybraných minorit pohlíží na prenatální péči v ČR.
- 2) Zmapovat, zda znají porodní asistentky specifika ošetrovatelské péče u jednotlivých kultur.

2.2 Výzkumné otázky

- 1) Jak vnímají ženy z vybraných minorit prenatální péči v ČR?
- 2) Jak je během péče respektována vlastní kultura klientky?

3 METODIKA

3.1 Použité metody a techniky sběru dat

Praktická část bakalářské práce na téma „Specifika prenatální péče u žen z vybraných minorit v gynekologické ambulanci“ byla zpracována na základě kvalitativního výzkumného šetření. Techniku sběru dat tvořily polostrukturované rozhovory. Respondentkám byly kladeny stejným způsobem otázky, které se ještě během konkrétních rozhovorů doplňovaly, což vedlo k následné kategorizaci rozhovorů. Základních otázek bylo sestaveno celkem 20 (viz příloha č. 6).

Začátek rozhovoru se zaměřil na osobní údaje o těhotných ženách. Dále se pokračovalo v kladení otázek v oblasti porovnání prenatální péče ze zemí, odkud ženy pocházejí, vnímání spokojenosti v současném zařízení, osobní názor na současnou poskytovanou péči a preventivní informovanost žen.

Porodní asistentky byly dotazovány na identifikační údaje, zkušenosti s multikulturním vzděláváním, rozdílnost péče o ženy z minorit, jazykovou bariéru a kulturní rozdílnosti, četnost žen z minorit.

Rozhovory proběhly v měsíci únoru až dubnu v gynekologicko-porodnických ordinacích. Se souhlasem dotazovaných respondentek byly tyto rozhovory trvající 20 - 45 minut nahrávány pomocí diktafonu. Prvotně došlo k transkripci rozhovorů, při které byly odpovědi stručně a správně obsahově zaznamenány ručně na papír. Následně došlo ke kategorizaci získaných dat již elektronickou formou. Kategorizace dat zahrnuje popsání jevu a zpracování formou tabulek.

Tato bakalářská práce může sloužit porodním asistentkám jako základní zdroj informací týkajících se ošetřování žen z vybraných minorit v období těhotenství. Dále může být použita jako podklad k publikování v odborných periodících.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen skupinou těhotné ženy a skupinou porodních asistentek.

Skupinu těhotných tvořilo celkem šest žen, které musely splňovat kritéria pro výzkumné šetření, což byla příslušnost k vietnamské či ukrajinské minoritě.

Skupinu PA tvořily čtyři porodní asistentky, které pracují v gynekologicko-porodnických ambulancích. Výběr porodních asistentek byl záměrný. Kritériem pro výzkumné šetření bylo pracovní zařazení ve zmíněné odbornosti. Z důvodu zachování anonymity není uvedeno, ve kterém zdravotnickém zařízení jsou porodní asistentky konkrétně zaměstnány.

4 KATEGORIZACE

Výsledky rozhovorů těhotných žen

Identifikační údaje žen

Kategorie: Porovnání prenatální péče v ČR

Podkategorie: 1. Zkušenosti a názory žen

Kategorie: Subjektivní vnímání prenatální péče

Podkategorie: 2. Obsah a komplexnost prenatální péče v ČR

3. Pocity

4. Nedostatky

5. Informace

Kategorie: Životního stylu

Podkategorie: 6. Poskytováním informací o zdravém životním stylu

Výsledky rozhovorů porodních asistentek

Identifikační údaje PA

Kategorie: Multikulturní ošetřovatelství

Podkategorie: 1. Vzdělávání v multikulturním ošetřovatelství

2. Řešení jazykové bariéry

Kategorie: Rozdíly v prenatální péči

Podkategorie: 3. Přístup PA

4. Požadavky

Kategorie: Četnost žen z minorit

Podkategorie: 5. Četnost žen z minorit v GA

4.1 Výsledky rozhovorů těhotných žen

Identifikační údaje žen

Tabulka 1: Identifikační údaje žen

	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Národnost	ukrajinská	ukrajinská	vietnamská	vietnamská	vietnamská	ukrajinská
Místo narození	Ukrajina	Ukrajina	Vietnam	Vietnam	Vietnam	Ukrajina
Věk	32 let	26 let	36 let	28 let	32 let	36 let
Počet těhotenství	2	3	2	1	1	1
Rodinný stav	Vdaná	Svobodná	Vdaná	Vdaná	Vdaná	Vdaná

R1 se narodila na Ukrajině, má ukrajinskou národnost a je jí 32 let. Do ČR přišla před 8 lety po vystudování právnické fakulty spolu se sestrou a bratrem. Rodiče zůstali na Ukrajině. Společně s manželem je pravidelně navštěvuje. V ČR pracovala zpočátku jako dělnice, ale během mateřské dovolené si plánuje dodělat rozdílové zkoušky mezi ukrajinským a českým právem. Chce v budoucnu využít své vzdělání. Nyní je těhotná podruhé. Během prvního těhotenství došlo k samovolnému potratu ve 12. týdnu těhotenství ještě na Ukrajině.

R2 se narodila na Ukrajině v Kyjevě, kde žila do svých 4 let. Má ukrajinskou národnost a je jí 26 let. Poté se s otcem přestěhovala na Slovensko. V 18 letech přišla za svou babičkou do Prahy, aby našla svou matku, kterou viděla naposledy jako dítě. V ČR je nyní 8 let a pracuje jako prodavačka. Těhotná je potřetí. Nemá pojištění. Během prvního těhotenství docházela do poradny, ale během zbylých dvou již ne. Během současného třetího těhotenství lékaře navštívila jednou. Předchozí dva porody proběhly v Praze v nemocnici Na Františku.

R3 se narodila ve Vietnamu, má vietnamskou národnost a je jí 36 let. Do ČR přišla před 6 lety s manželem za svým bratrem, který podniká. Těhotná je podruhé a první těhotenství proběhlo ve Vietnamu před 12 lety.

R4 se narodila ve Vietnamu, má vietnamskou národnost a je jí 28 let. Do ČR přišla před 24 lety spolu s rodiči a mladší sestrou za příbuznými do Českých Budějovic,

kteří podnikají s textilním zbožím. Má vystudovanou Vysokou školu ekonomickou v Praze a pomáhá manželovi v obchodě. Těhotná je poprvé.

R5 se narodila ve Vietnamu, má vietnamskou národnost a je jí 32 let. Do ČR přišla před rokem s manželem za jeho rodinou. V ČR zatím ještě nepracovala. Těhotná je poprvé.

R6 se narodila na Ukrajině, má ukrajinskou národnost a je jí 36 let. Do ČR přišla před 19 lety hledat zaměstnání. Pracovala jako dělnice. Těhotná je poprvé.

Kategorie: Porovnání prenatální péče v ČR

Podkategorie: 1. Zkušenosti a názory žen

Tabulka 2 : Zkušenosti a názory žen

	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Zkušenosti s prenatální péčí z Vietnamu			x			
Zkušenosti s prenatální péčí z Ukrajiny	x					
Bez zkušeností z rodné země		x		x	x	x

Z šesti respondentek čtyři R2, R4, R5 a R6 nemají zkušenosti s prenatální péčí ze země, odkud pochází. R1 a R3 mají zkušenosti s prenatální péčí ze země, odkud pochází.

R1 udává: „Na Ukrajině jsem byla těhotná jednou a ve 12. týdnu jsem potratila.“

R3 udává: „Rodila jsem ve Vietnamu. Je to už 12 let a moc si toho nepamatuji.“

Obě respondentky R1 a R3 se shodují, že kvalita prenatální péče v ČR je na vysoké úrovni. Uvádějí, že jsou velmi spokojené s kvalitou a přístupem lékaře a PA v gynekologické ambulanci. Shodně udávají, že jsou rády za probíhající těhotenství v ČR a ne v rodné zemi.

R1 udává: „V ČR je péče spravedlivá pro všechny bez rozdílu. Na Ukrajině poskytovaná péče podléhá podplácení lékařů. Bez podplácení je péče nekvalitní a trvá

dlouhé hodiny, než je žena lékařem a porodní asistentkou přijata do ordinace. Na Ukrajině je každý pojištěný, ale to nestačí. Například vyšetření krve jsem si musela platit sama. Samozřejmě, že je to všechno na černo a nemluví se o tom veřejně. Oficiálně si lékař nesmí brát od pacientů peníze. Můj tatínek je byznysmen, takže s penízky nebyl nikdy problém.“

R3 udává: *„U nás ve Vietnamu je všechno úplně jinak. Na kontroly k lékaři se nechodí tak často jako tady. Chodila jsem přibližně po 2 měsících. V ČR je vše velmi blízko. U nás cesta k doktorovi trvala moc dlouho. Každá cesta mě moc unavila. Vyšetření byly stejné jako tady. Pamatuji si, že mi sestřička odebírala jednou krev a to moc bolelo. Měla jsem velké modřiny. A potom když jsem byla u doktora, myslím, že dělal ultrazvuk. Víím, že jsem se ptala, jestli to bude holčička nebo kluk, ale nic mi neodpověděl. Jen že je to dobré a za chvíli budu moct родit. Termín porodu jsem žádný neměla. Nikdo mi to neřekl. Nevzpomínám si, že by mi u nás měřili šířku boků. Některá vyšetření jsem si musela hradit.“*

Ostatní respondentky, jak uvádí, nemají zkušenost s prenatální péčí v zemi, ze které pochází.

Kategorie: Subjektivní vnímání prenatální péče

Podkategorie: 2. Obsah a komplexnost prenatální péče v ČR

Respondentky R1, R3, R4 a R6 udávají spokojenost s obsahem a komplexností prenatální péče v gynekologické ambulanci. Všechny se shodují, že mají strach o dítě, a proto podstupují všechna vyšetření. Díky pravidelným kontrolám jsou klidnější.

R1 udává: *„Bojím se o miminko, tak samozřejmě že chodím na všechny kontroly.“*

R3 říká: *„Na kontroly se chodí víc než u nás a je to dobře. U nás se dělají stejná vyšetření a testy, ale ne tak často. Na test s cukrem u nás si nevzpomínám. Ultrazvuk jsem u nás měla asi taky jen jednou. U nás takovou péči jako tady nemáme. Jsem ráda, že jsem těhotná tady a že tu budu родit.“*

R4 udává: „Kvalita péče je na výborné úrovni. Povídala jsem si s maminkou, jak probíhaly její kontroly a porod ve Vietnam, a to se nedá srovnávat. I když je to mnoho let zpátky. Víím, že v ČR je všem těhotným poskytována maximální péče, které by se mi u nás asi nedostalo.“

R6 říká: „Vím, že všechna vyšetření jsou moc důležitá, aby dítě bylo v pořádku. Je dobře, že chodím na kontroly každý měsíc a začínám teď i častěji. Víím, že je dítě v pořádku a nemusím mít o něj strach“.

R2 nemá zajištěné pojištění, proto během těhotenství nedochází na pravidelné kontroly. Pouze při prvním těhotenství lékaře navštěvovala, protože měla dostatek finančních zdrojů. Nyní udává: „Chtěla bych navštěvovat lékaře jako ostatní těhotné ženy. Protože nemám pojištění, nemůžu si všechny kontroly zaplatit. Teď na prohlídky nechodím. Nemám dost peněz, abych na kontroly chodila pravidelně. Musím ještě nakoupit spoustu věcí. Určitě ke mně zase přijde sociálka. Byla u mě, když jsem se vrátila z porodnice minule i předtím. Teď jsem přišla, abych věděla, jestli to bude holka nebo kluk, a kdy bude přibližně termín porodu. Abych doma vše připravila.“

R5 během poslední návštěvy u lékaře zjistila, že proběhlá vyšetření si bude muset hradit, protože smlouva nenabyla platnosti. Udává: „Když nám řekli, že si zpětně budeme muset všechno zaplatit, tak bych možná tolik k panu doktorovi nechodila. Vybrala bych si vyšetření, která jsou nejdůležitější. Zatím to ale ještě není vyřešené. Víím, že jsou důležité všechny kontroly, ale žijeme tady krátce a musíme šetřit. Zřejmě si budu muset platit i porod v nemocnici.“

Podkategorie: 3. Pocity

Všechny respondentky se shodují, že během poskytování prenatální péče byly spokojené, ale každá alespoň při jedné z návštěv zaznamenala určitý nepříjemný zážitek či pocit. Pouze dvě respondentky R4 a R6 udávají vždy kladné pocity.

R1 udává: „Mám strach samozřejmě z každé kontroly, i když teď už moc ne, protože všechny testy mi vyšly v pořádku. Vždy se ptám, jestli to vyšetření nemůže ublížit

dítěti. Bojím se porodu. Na Ukrajině se říká, že porod do 27 let je lepší, že to jde snáz, než když je žena starší. “

R2 navštívila prenatální péči pouze jednou a udává, že se bála odsouzení PA a lékařkou za její nezodpovědné chování. S péčí byla ale velmi spokojená. Udává: *„Bála jsem se jít k doktorce, že mi vynadají, proč nechodím pravidelně. Ale nic mi nenutily a nechaly si to dokonce vysvětlit. Udělaly mi ultrazvuk, jak jsem chtěla a to je pro mě hlavní. Chci totiž holku. Taky se bojím, aby dítě dobře vidělo. Můj první kluk má těžkou vadu zraku, tak ji možná bude mít i tohle dítě. “*

R3 uvádí, že pociťuje strach z důvodu komunikace. U každé pravidelné kontroly má sebou překladatele, ale všemu nerozumí, jak by potřebovala. Chválí si, že lékařka je ženského pohlaví. Stydí se méně než před mužem. Pravidelně se obává odběrů krve. Ve Vietnamu s tímto výkonem měla nepříjemnou zkušenost, kterou si přenesla i sem. *„Bojím se odběru krve, protože si pamatuji, jak mě u nás doma bolela celá ruka, ale tady jsem nic necítila. Sestřička je šikovná. Jsem ráda, že je tady paní doktorka. U nás byl doktor muž a paní doktorka je lepší. Tolik se nestydím. Žádné vyšetření mi nevadí. “*

R4 udává: *„K paní doktorce mě doprovází manžel, který je Čech, takže kdybych něčemu nerozuměla, vše mi vysvětlí. Oba jsme se na miminko moc těšili, takže nás všechno zajímá. Zajímá nás, co nám sestřička a paní doktorka řeknou nového. Kdyby mě ošetřoval lékař, neviděla bych v tom rozdíl. Praktického lékaře mám muže, ale nemám s tím žádný problém“.*

R5 udává, že zpočátku měla nepříjemný pocit před každou kontrolou v prenatální péči. Tyto pocity odůvodňuje z hlediska nedostatků informací, jak bude návštěva probíhat a přítomností muže. *„Zpočátku jsem byla nervózní a bála jsem se. Nevěděla jsem, co mě čeká. Taky jsem se trochu styděla, ale na pana doktora jsem si rychle zvykla. “*

R6 říká: *„Když jdu k lékaři, nevnímám žádné špatné pocity. Zajímá mě, jestli je všechno v pořádku. Pan doktor i sestra jsou pečliví a já jsem moc spokojená. “*

Podkategorie. 4. Nedostatky

Respondentky R1 a R4 se shodly, že jsou s péčí v gynekologické ambulanci velmi spokojené. Při žádné z návštěv nezaznamenaly nedostatky. R1 udává negativní zkušenost z nemocnice, kdy jí personál dával najevo její původ.

R2, R3, R5 a R6 vnímají nedostatky každá ve zcela odlišné oblasti.

R1 udává: *„Se špatným chováním jsem se setkala v nemocnici, když jsem šla na vyšetření moče. První sestřička mi nic nevysvětlila, když mi odebírala moč. Bolelo mě to, a tak jsem křičela. Bála jsem se, že tím ublíží miminku. Bylo na ní vidět, že nemá ráda cizince. Prostě jí vadilo, že jsem Ukrajinka. Tady u paní doktorky mi nedávají najevo, že by jim vadilo, odkud pocházím.“*

R2 říká: *„Chtěla bych mít nárok na všechna vyšetření bez placení, i když nemám pojištění. Nemám peníze, abych mohla chodit na prohlídky. Je to nespravedlivé.“*

R3 a R5 se shodují, že jediným недостатkem je zhoršená komunikace mezi nimi, lékařem a PA. Obě uvádí, že si všimají, že ženám, které nemají žádnou jazykovou bariéru, se věnuje více času. Uvědomují si, že kdyby uměly lépe česky, ptaly by se na víc otázek. Nechtějí obtěžovat tlumočnicka. Doma často přemýšlejí, na co všechno se měly zeptat.

R3 udává: *„Neumím dobře česky, a tak je všechno těžké. Je nepříjemný, že vše mi musí překládat. Kdybych uměla lépe česky, ptala bych se víc, než když tu mám překladatele. Ale jsem ráda, že ho tady mám. Někdy nevím, co se na další kontrole bude dělat. Nezeptám se a potom doma přemýšlím, co sestřička a paní doktorka říkala. Ale když jsem tam, tak všechno říkají nebo mi i píšou na lísteček.“*

R5 říká: *„Díky tomu, že neumím česky, tak se mi sestřička a pan doktor nevěnují tolik jako ostatním ženám. Vím, že je to kvůli jazyku. Kdybych uměla česky, bylo by to jiné. Mohla bych se zeptat na daleko víc věcí, které mě zajímají. Nemůžu po tlumočnici chtít, aby mi překládala cokoliv mě napadne, jako bych to udělala, kdybych mluvila vaším jazykem.“*

R6 jako jediná udává nedostatky, které se přímo týkají přístupu PA a lékaře v prenatální péči. Udává: *„Někdy mi hodně vadí to dlouhé čekání v čekárně. Někdy mě vezmou až u půl hodiny dýl, než jsem objednaná. Jsem z toho nervózní a to působí*

špatně na dítě. Když jsem to řekla sestře, že čekám dlouho, tak odpověděla, že čekají všichni a nikdo si nestěžuje. Kdybych nebyla těhotná, tak by se to dalo spíš vydržet.“

Podkategorie: 5. Informace

Tabulka 3 : Informace

	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Využívání služeb překladatele			x		x	
Samostatná komunikace	x	x		x		x

Respondentky R1, R4 a R6 se shodují, že porozuměly informacím od PA i lékaře vždy dobře. Nepotřebují překladatele a na všechno, co je zajímavá, se mohou zeptat samy. Shodně udávají, že za roky co žijí v ČR, se naučily jazyk používat bez větších problémů.

R1 a R2 udávají, že sestřička umí rusky a někdy použije i jejich rodný jazyk. Shodují se, že se PA ptá, jestli rozuměly všem informacím a nechtějí se ještě na něco zeptat.

R2 nemůže objektivně posoudit porozumění informací, jelikož gynekologickou ambulanci navštívila pouze jednou. Udává: *„Rozumím všemu, co mi řekly. A když něco řekla paní doktorka a sestra odborně nebo latinsky hned to potom přeložily, abych to pochopila i já. Čekala jsem, že budou nepříjemný a nebudou se moc bavit, když jsem přišla až teď poprvé, ale šlo to.“*

R3 a R5 využívají služeb překladatele. Shodně udávají, že jsou rády za jejich přítomnost. Bez jejich pomoci by porozuměly malému obsahu poskytovaných informací. Zároveň udávají, že bez jejich přítomnosti a schopnosti se samy domluvit, ptaly by se na více informací. Shodují se, že PA některé informace vysvětluje hodně nahlas, až skoro křičí v domnění, že poté respondentky pochopí lépe. Některé informace jim PA zaznamenává na papír.

R3 udává: „*Nic se neobejde bez překladatele. Sestřička mi všechno vysvětluje, a nebo taky ukazuje na mně nebo na nějakém obrázku, abych to lépe pochopila. Povídá si, ale samozřejmě víc s překladatelem. Někdy mi přijde, že se chovají jako bych tam nebyla. Ale já vím, že kdybych uměla váš jazyk, bylo by to lepší a žádný doprovod by tady nemusel být se mnou. Některé věci mi píše na listěček. Asi ty, co jsou hodně důležité. Na to jsem se nezeptala. Někdy hodně chvátá, a tak se už na nic nezeptám. Hodně křičí. To dělá, ale hodně vašich lidí. Myslí, že pak to pochopíme lépe. Paní doktorka je pomalá a nechvátá.*“

R5 udává: „*Tlumočnicka musím mít u každé kontroly u lékaře. Nemluvíme s manželem tak dobře, abychom chodili jen spolu. Sestřička i pan doktor nám vycházejí hodně vstřícně. Je vidět, že chápou, že to pro nás není jednoduché. Uvědomuji si, že pro ně to taky není příjemné mluvit na tlumočnicku a čekat, jestli to pochopím. Všechno, co mi sestřička a pan doktor řeknou, dodrží. Ale víc mluvíme s panem doktorem.*“

Kategorie: Životního stylu

Podkategorie: 6. Zkušenosti s poskytováním informací o zdravém životním stylu

Čtyři z respondentek R1, R3, R4 a R5 shodně udávají, že jim PA poskytovala informace o zdravém životním stylu. Všechny se shodují o informování PA o dostatečném a vhodně zvoleném pitném režimu. Udávají, že PA mluvily o neperlivých nápojích, zeleném čaji a nevhodných sladkých limonádách.

R3 a R4 udávají, že PA zajímalo, zda konzumuje české potraviny nebo dává přednost vietnamským pokrmům. Obě shodně udávají, že PA je informovala o dostatečné přísunu vitamínů a živin pro plod.

R4 udává informování PA o předporodních kurzech.

R2 a R6 udávají, že během návštěv v gynekologické ambulanci je PA neinformovala o zdravém životním stylu.

R3 udává: „*Sestřička se mě ptala, jestli jím vaše jídla nebo jestli vařím naše vietnamská. Naše jsou zdaleka zdravější. Máme hodně ryb a spoustu zeleniny.*“

Necháváme si jednotlivé potraviny dovážet z trhů v Praze. Tam mají všechno, co potřebujeme. Sestřička uznala, že naše jídla jsou zdravější než česká. Upozorňovala mě, že nemám pít colu, protože mám v moči hodně cukru. Ale já sladké limonády nepiju. Dávala mi letáček o vitamínech.“

R4 udává: *„Sestřička mi říkala o vitamínech, které můžu brát v těhotenství. Zajímalo ji, jestli jím převážně česká jídla, ale vaříme si i vietnamská. Ptala se, jestli budu navštěvovat předporodní kurzy, ale na to nemám čas. Musím pracovat.“*

Všechny respondentky shodně udávají, že se PA ptala, zda kouří a pije alkohol. Respondentky R1, R3, R4 a R5 nekouří ani nepijí alkohol, takže PA je o nežádoucích účincích edukovat nemusela.

Dvě z respondentek R2 a R6 udávají, že je PA informovala o nežádoucích účincích kouření na plod.

R2 udává: *„Doktorka i sestra mi říkaly, že ani ty tři cigarety nejsou dobrý pro dítě, ale že zakázat mi to nemůžou. Zmínily se o tom, že by dítě mohlo být menší nebo se narodit dřív. Ale to mi nikdo předtím neřekl. Mám hodně nervy, a tak si musím zapálit“*

R6 říká *„Sestřička mi při každé návštěvě říká, jestli to kouření alespoň trochu omezují. A já ji poslouchám. Kouřím maximálně dvě cigarety denně. Říkala mi, že to dítěti škodí, ale myslím, že kouří hodně ženských v těhotenství.“*

4.2 Výsledky rozhovorů porodních asistentek

Identifikační údaje PA

1. Identifikační údaje PA

Tabulka 4 : Identifikační údaje

	PA1	PA2	PA3	PA4
Věk	42 let	48 let	64 let	32 let
Délka praxe v nemocnici	16 let	17 let	41 let	4 roky
Délka praxe ambulanci	4 roky	10 let	4 roky	2 roky
Vzdělání	VŠ - Bc.	VŠ – Bc.	SZŠ	VŠ – Bc.

VŠ-Bc - vysoká škola, bakalářský program porodní asistence

SZŠ – střední zdravotnická škola

PA1 je 42 let a ve zdravotnictví pracuje 20 let. Po vystudování gymnázia nastoupila na nástavbové studium Porodní asistence a poté začala studovat dálkově bakalářské studium v Českých Budějovicích. Do roku 2010 pracovala na porodním sále a nyní je čtvrtým rokem v gynekologické ambulanci. Udává, že práce v nemocnici byla pestřejší a akční. Na práci v GA vidí jako velké pozitivum pravidelnou pracovní dobu, i když i tu hodně často přetahují.

PA2 je 48 let a ve zdravotnictví pracuje 27 let. Po vystudování gymnázia nastoupila na nástavbové studium porodní asistence, které trvalo 2 roky. V roce 2007 začala studovat kombinované bakalářské studium porodní asistence v Českých Budějovicích. Nyní studuje posledním rokem magisterský program ošetřovatelství v Příbrami. První zkušenosti má z gynekologického lůžkového oddělení v Táboře, kde byla 5 let. Po mateřské dovolené nastoupila na porodní sál a nyní je 10. rokem na gynekologické ambulanci.

PA3 je 64 let a ve zdravotnictví pracuje 45 let. Její dokončené vzdělání je střední zdravotnická škola. Do nemocnice nastoupila v roce 1970, a to jako sestra na krčném oddělení, kde strávila 7 let. Po mateřské dovolené nastoupila v roce 1981 na dětské oddělení a o rok později na gynekologickou ambulanci v nemocnici České Budějovice. Od roku 2010 pracuje u obvodního gynekologa. Ve svém věku uvádí, že je práce pro ní v ordinaci ideální. V nemocnici by práci nezvládala po fyzické a hlavně psychické stránce. Udává, že v GA si velkou část práce dělá po svém, jak jí vyhovuje.

PA4 je 32 let, ve zdravotnickém zařízení pracuje 6 let z toho 4 roky na gynekologickém oddělení a 2 roky na GA. Má vystudovanou střední zdravotnickou školu, po které navázala na bakalářský obor porodní asistence v Plzni.

Kategorie: Multikulturní ošetřovatelství

Podkategorie:1. Vzdělávání v multikulturním ošetřovatelství

PA1, PA2 a PA4 mají zkušenosti s multikulturním ošetřovatelstvím ze studia již na střední zdravotnické škole nebo během studia na vysoké škole.

PA1 a PA2 udávají zkušenosti se studiem multikulturního ošetřovatelství na vysoké škole v bakalářském programu. Vztah k tomuto předmětu udávají jako kladný. Přinesl nové informace a díky němu mohly porovnat teorii s praxí, kterou zažívají v gynekologických ambulancích.

PA1 udává: „*Tento předmět byl určitě přínosný. Člověk měl díky němu přehled, získal určitý návod a teoretické informace. Přístup k minoritám je spíš o člověku. Jde o jeho citění a moc se naučit nedá. Každý k těmto skupinám přistupuje jinak, individuálně.*“

PA2 říká: „*Multikulturní ošetřovatelství byl pro mě příjemný předmět, ale většina informací, které jsem se dozvěděla ve škole, mi byly už trochu známé. Praxe naučí nejvíc.*“

PA4 udává zkušenost již ze střední zdravotnické školy. Na bakalářském studiu se informace ještě více rozšířily. Hodnotí to pozitivně.

PA3 se s pojmem multikulturní ošetřovatelství nikdy nesetkala. Jako nevýhodu to nevnímá. Udává, že vše co potřebovala k zajištění specifické péče, se naučila během praxe v nemocnici.

Podkategorie: 2. Řešení jazykové bariéry

Všechny 4 PA se shodují, že s Ukrajinkami je komunikace často zcela bezproblémová. Udávají, že velké množství ukrajinských pacientek se učí česky velmi rychle. Shodují se, že většina do ČR přichází hledat zaměstnání, díky kterému se jazyk naučí.

PA1 a PA3 využívají zkušenosti studia ruštiny z gymnázia. Udávají, že pacientky jsou překvapené, a hned mají vybudovaný bližší a otevřenější vztah.

U žen vietnamské národnosti se všechny PA shodují ve větších komplikacích v komunikaci. Pokud ženy nemluví česky, mají zkušenosti s doprovodem nebo překladatelem.

PA1 udává: *„Konkrétně u Vietnamek mám vypsaných pár slovíček a frází, které jsem si přinesla z porodnice. Musím říct, že Vietnamky to opravdu moc kvitují. Mají z toho velkou radost. Stačí říct jedno slovo či větu a hned vidí zájem. Nejsou tolik na rozpacích a trochu se uvolní. Mám i uložené číslo na překladatele. Víme, kdy a jak pracuje, takže v případě potřeby, když paní nemá k sobě nikoho, kdo by překládal, využíváme jeho služby. Když Vietnamky neumí dobře česky, tak si s sebou doprovodí, ale problém je ten, že kolikrát ani ten neumí česky dostatečně. Většinou jde o rodinného příslušníka, který je tady o pár měsíců déle. Například u muže, kterého se zeptám, kdy měla paní poslední měsíčky, se setkám s reakcí, jak se usmívá a kýve hlavou. Umí často pouze běžné fráze. U Ukrajinek žádný problém s komunikací nemám, protože jsem ruštinu měla ve škole. Z ruštiny jsem i maturovala, takže ji teď občas použiji. I pan doktor umí, takže žádný velký problém nevidím. Paní jsou překvapené, hlavně ty mladší.“*

PA2 udává: *„S Vietnamkami chodí doprovod, pokud neumí dostatečně česky. S doprovodem se většinou dobře dá domluvit o běžných věcech ze života, ale se zdravotnickými informacemi už je potíže. Když se ptám na onemocnění v rodině,*

proběhlé operace, úrazy, měsíčky, porody, tak kolikrát nedáme dohromady ani slovo. Co se jim ale nemůže vytknout, je jejich snaha. Už jsem se setkala, že si paní sama přinesla slovník a vše, co jsem od ní potřebovala zjistit, si vypsal a při další návštěvě přinesla přeložené. S Ukrajinkami se dá mluvit docela dobře. Ještě něco z ruštiny si pamatuji ze školy. Většina Ukrajinek, se kterými jsem se setkala, měla tady v Čechách zaměstnání, takže jazyk se asi podle mě naučí právě tam.“

PA3 udává: *„Většina Vietnamek, co k nám chodí, tak česky moc neumí. Vodí si s sebou překladatele. Bud někoho z rodiny nebo častěji někoho, kdo tady žije už řadu let. S jedním překladatelem se znám už dobře a tykáme si. Všechny důležité věci jim píšu na lísteček. Kdy má přijít na další kontrolu, v kolikátém je týdnu, TK, váhu. Když je mi některá Vietnamka sympatická, zeptám se jí, jak se jí říká po česku. Potom ji tak oslovuji. Pohladím ji po ruce, po tváři a získám si její důvěru, když vidím, jak jsou rozpačité, nedůvěřivé.“*

PA4 udává: *„V základu zvládám komunikaci v angličtině. Vše je individuální a záleží hodně na povaze žen. Mám zkušenosti s Ukrajinkami, které jsou otevřené a hovorné i s těmi, které mi odpovídají na otázky co nejkratší odpovědí. Cítím z nich, že si se mnou nechtějí moc povídat. Některá z žen nechce komunikovat a není to tím, že by nám nerozuměla nebo že by neuměla česky. Vietnamky se na nás kolikrát usmívají a přitom po chvíli zjistíme, že nám třeba vůbec nerozumí, to je celkem problém. Ale většina těch, co nerozumí, si už s sebou vodí překladatele.“*

Kategorie: Rozdíly v prenatální péči

Podkategorie: 3. Přístup PA

Všechny PA se shodují, že péče o ženy z minorit je nejnáročnější v komunikaci a pochopení jejich potřeb. Každou ženu se snaží vnímat jako kteroukoliv jinou. Snahou všech PA je, aby se žena otevřela a nebála se na cokoliv zeptat.

PA1 udává: *„Ke každé ženě z minority přistupuji stejně, jako by to byla česká žena. Nebo se tedy o to co nejvíc snažím. Snažím se, aby se necítily jinak a odlišně.“*

PA2 udává: „*Péče o ženy z minorit není pro mě náročnější než o jakoukoliv jinou ženu. Je náročnější určitě v komunikaci a pochopení jejich potřeb. S ničím náročnějším se nesečká, co by bylo odlišné od ostatních žen. Jde mi o to, abych ke všem přistupovala vlídně, a abych u nich vzbuzovala důvěru.*“

PA3 udává: „*Samotná zdravotnická odborná péče není náročnější. Náročná je domluva.*“

PA4 říká: „*Nemůžu říct, že by byla náročnější, to je hodně individuální, záleží na povaze a přístupu samotné těhotné. Samozřejmě pokud neumí pacientka česky, tak je celkově péče těžší, ale vždycky se to nějakým způsobem dá zvládnout. O to víc času a trpělivosti je zapotřebí.*“

Všechny PA se shodují, že péče o ženy z minorit není rozdílná v péči, ale v přístupu k nim. Pochopit jejich potřeby a být ochotna věnovat jim čas. Shodují se v zodpovědnosti všech Vietnamek, u kterých by se nestalo, že nedorazí na domluvenou kontrolu.

PA1 udává: „*Řekla bych, že vše je stejné jako u českých žen. Největší problém je určitě komunikace. Hlavně u Vietnamek bych řekla, že velice dobře respektují všechny naše pokyny. Jsou velmi zodpovědné a snaží se velice spolupracovat. Kolikrát se setkají s přístupem, kdy se k nim chovají lidé jinak, ale to u nás nepocítí.*“

PA2 tvrdí: „*U Ukrajinek jinou péči nepozoruji. U Vietnamek si všímám, jak všechny emoce drží v sobě. Musím se víc snažit s nimi navázat bližší kontakt. Nestane se, že by nedorazily na čas do poradny nebo třeba zapomněly moč.*“

PA3 říká: „*Žádné velké rozdíly nevnímám. Každé takové ženě musím věnovat víc času a povídat si s nimi. Myslím, že mají daleko méně informací o celém těhotenství než Češky. Snažím se jim všechno dopodrobna vysvětlit. I to, co je pro jinou ženu zcela běžné. Nemají takovou možnost si popovídat a poradit se s někým. Jsem taková jejich vrba.*“

PA4 upřesňuje: „*Jak už jsem řekla, je to individuální. Každá žena má jiné potřeby, problémy a je jedno, odkud pochází.*“

PA1, PA3 a PA4 se zmiňují o propojení kultury a náboženství a prostředí, které má vliv na ženu. PA2 naopak udává, že určitá specifika nevycházejí z kultury, ale z konkrétní osobnosti a charakteru ženy.

PA1 udává: *„Asi bych řekla, že se to nejvíc pojí s náboženstvím. To, jak je žena vychovávána od dětství, se projeví v jejím celém životě a může se to samozřejmě projevit i během těhotenství. Víra dané ženy má určitě velký vliv na to, jak přistupuje třeba k početí, těhotenství a poté i k porodu. Konkrétně od Vietnamek vím, že těhotenství prožívá celá rodina a mají z toho velkou radost.“*

PA2 říká: *„Myslím, že jde o problém nevycházející z kultury, ale konkrétní ženy. Minorita a kultura v takovou chvíli nehraje roli. Může se jednat i o českou ženu, která přijde s nějakým požadavkem, který pro naši kulturu není běžný. Celkově bych řekla, že Vietnamci jsou hodně zodpovědní, pracovití, cílevědomí a to se projeví i v tom, třeba jak právě žena přistupuje zodpovědně k svému nenarozenému dítěti a celému těhotenství. O Ukrajině by někdo mohl říct úplný opak, ale nepřijde mi, že by se Ukrajinky výrazně odlišovaly od Češek.“*

PA3 si myslí: *„Jestliže žena žila 20 let na druhém konci zeměkoule v jiné kultuře, tak ji to musí nějakým způsobem poznamenat. Troufám si říct, že někdy už od dveří poznám Ukrajinu. Výrazně namalovaná, zvláště oblečená, to už mám prostě v oku.“*

PA4 říká: *„Tak určitě, že prostředí, ve kterém žena žije, ji ovlivňuje. Jak už jsem říkala, jsou ženy, které vyžadují péči od čistě ženského personálu. To u nás není problém, jelikož většina lékařů jsou u nás ženy a sestry a porodní asistentky samozřejmě také.“*

Podkategorie: 4. Požadavky žen z minorit

Všechny PA se shodují, že u většiny žen z minorit nevnímají specifická přání a požadavky.

PA4 uvádí, že se setkala s ženami Vietnamkami, které by nebyly ochotné se nechat vyšetřit mužem.

PA1 udává: „*Specifickou nebo odlišnou péči nevyžaduje ani jedna z minorit. Asi bych řekla, že se to nejvíc pojí s náboženstvím. U Ukrajinek, Vietnamek ani Romek tedy není žádný problém. Potíž by možná nastala u muslimek. Jedna z pacientek, která ale nebyla těhotná, odmítala vyšetření lékařem, jako mužem. Uvědomuji si, že informace a pokyny, které ženě poskytují, musím pečlivě vysvětlit. Komunikace je určitě největší problém.*“

PA2 tvrdí: „*U žádné z minorit nevnímám specifická přání či určité požadavky. Vietnamky jsou přizpůsobivé. Jsou hodně zodpovědné.*“

PA3 říká: „*S žádnými specifiky jsem se nesetkala. Některé Ukrajinky dovedou být hodně arogantní s nosánkem nahoru a dávají to patřičně najevo. Dokážou udělat pěkné pozdvižení, když sedí v čekárně o 10 minut déle. Jedna si stěžovala, jak je možné, že výsledky krevních náběrů, OGTT a výtěr trvají tak dlouho. Docela by mě zajímalo, jak dlouho by čekala na Ukrajině.*“

PA4 udává: „*U pár Vietnamek jsem se dozvěděla, že chtějí, aby byly v péči lékařky a doufají, že to bude i u porodu. Takové přání může mít samozřejmě i Češka. Co se týče víry, tak to jsem doposavad žádné požadavky či přání od pacientek nezaznamenala.*“

Kategorie: Četnost žen z minorit

Podkategorie: 5. Četnost žen z minorit v GA

Všechny PA se shodují, že si nevedou statistiku, takže konkrétní čísla zastoupení žen z minorit neví. Shodně však udávají největší zastoupení Ukrajinek a poté Vietnamek.

PA1 udává: „*Právě teď k nám do poradny chodí jedna Vietnamka, se kterou je hodně obtížná domluva. Přibližně před měsícem nám porodila Ukrajinka.*“

PA2 říká: „*U Vietnamek a Ukrajinek je návštěvnost přibližně vyrovnaná. V poslední době, tak dva měsíce zpátky, jsme tu žádnou myslím neměli.*“

PA3 uvádí: „*Ukrajinky chodí průběžně pořád. Jakmile nám nějaká odrodí, v blízké době otěhotní jiná. Vietnamek je o něco méně.*“

PA4 tvrdí: „Chodí k nám Romky, Vietnamky, Slovenky, Ukrajinky, dříve i Mongolky. Řekla bych, že není měsíc, kdybych se s některou z těchto žen nepotkala. Těhotných je samozřejmě méně. Po Romkách chodí nejvíc Ukrajinky a potom Vietnamky.“

5 DISKUSE

Vzhledem k tomu, že od 90. let minulého století dochází ke znatelnému nárůstu počtu cizinců, dlouhodobě žijících na území České republiky, je proto nezbytné respektování kulturních specifik v rámci zdravotní péče. Mnoho cizinek v naší zemi žije dlouhodobě či trvale a zakládají zde rodiny. Těhotenství je období, které je pro mnohé ženy doprovázeno výraznými životními změnami. Tyto změny se projevují po psychické i fyzické stránce. Péče o těhotnou ženu je velmi důležitá. Její hlavní náplní je preventivně působit na správný vývoj plodu a pečovat o nastávající matku.

Čtyři respondentky (R2, R4, R5 a R6) ze šesti ve skupině těhotných žen nemohou porovnat kvalitu prenatalní péče v ČR s tou, která je poskytována v zemi, odkud pochází, jelikož tři z nich jsou těhotné poprvé a R2 porodila pokaždé v ČR. Respondentky R1 a R3 tuto zkušenost mají. Názor R1 se shoduje s názorem Hájka (2004) a to v tvrzení, že prenatalní péče v ČR je dobře organizována, zatímco dle slov R1 na Ukrajině, odkud pochází, se kvalita odvíjí od výše úplatku, který je žena ochotna zaplatit. Kvalitu péče na Ukrajině hodnotí ve své publikaci i Kořínková (2007), která popisuje nedostatek vybavení ukrajinského zdravotnictví v základních pomůckách.

R1 a R3 se shodují, že kvalita prenatalní péče v ČR je na vysoké úrovni. Já osobně se taktéž domnívám, že kvalitu péče, kterou jsem během praxe ve zdravotnických zařízeních poznala, mohu ohodnotit jako velmi dobrou. Zmíněné dvě respondentky uvádějí, že jsou velmi spokojené s přístupem lékaře a PA v gynekologické ambulanci a říkají, že jsou rády za probíhající těhotenství v ČR. V rodné zemi by o ně nebylo tak dobře postaráno.

R3 i kladně hodnotí geografickou dostupnost. Dle jejích slov je mnohem lepší, přičemž dodává: *„Každá cesta mě moc unavila. Termín porodu jsem žádný neměla. Nikdo mi to neřekl. Nevzpomínám si, že by mi u nás měřili šířku boků a některá vyšetření jsem si musela hradit.“*

R4 má zprostředkované informace o těhotenství od své matky. Sama říká: *„Kvalita péče tady je na výborné úrovni. Povídala jsem si s maminkou, jak probíhaly její kontroly a porod ve Vietnamu a to se nedá srovnávat. I když je to mnoho let zpátky.“*

Vím, že v ČR je všem těhotným poskytována maximální péče, které by se mi u nás asi nedostalo“.

R6 vidí nepříjemnosti v čekacích dobách v ambulanci. Udává: *„Někdy mi hodně vadí to dlouhé čekání v čekárně. Někdy mě vezmou až o půl hodiny dýl, než jsem objednaná. Jsem z toho nervózní a to působí špatně na dítě. Když jsem to řekla sestře, že čekám dlouho, tak odpověděla, že čekají všichni a nikdo si nestěžuje. Kdybych nebyla těhotná, tak by se to dalo spíš vydržet.“* Tento fakt však není ničím neobvyklým, všichni jistě známe zdržení v čekárnách. Osobně si myslím, že je to zapříčiněno krátkými časovými rozestupy při objednávání pacientek, to však závisí na lékaři a nastavení timemanagementu, který má ve své ambulanci. Často se však také stává, že během jednoho dne navštíví gynekologickou ambulanci několik žen, které nejsou objednané. Přichází s pochybnostmi jako jsou tvrdnutí břicha, necítění pohybů, krvácení. Taková situace naruší chod ambulance a časová prodleva se tím navýší. PA toto ovlivnit nemůže.

Kladně však hodnotí prenatální péči respondentky R1, R3, R4 a R6, které jsou díky pravidelným kontrolám klidnější a snižuje se tak u nich i strach o dítě, který mají. Roztočil (2008) ve své publikaci uvádí jako možnost zmírnění strachu u těhotných žen navštěvování předporodních kurzů. Pouze jedna z respondentek R4 však udává, že byla informována PA o předporodních kurzech. R4 udává: *„Sestřička se ptala, jestli budu navštěvovat předporodní kurzy, ale na to nemám čas. Musím manželovi pomáhat v práci.“* Předpokládám, že o předporodních kurzech PA některé z žen neinformují z důvodu jazykové bariéry a také finančních nákladů, které musí být za kurz uhrazeny. Čech (2006) a Mikulandová (2007) zdůrazňují, aby bylo těhotným nasloucháno a jejich případné dotazy jim byly zodpovězeny tak, aby odpovědím rozuměly. Všechny PA tento názor ve své práci potvrzují a nejen to. Opravdu se dle jejich slov snaží zodpovídat těhotným ženám jejich dotazy, i když jim to jazyková bariéra znesnadňuje.

R2 potvrzuje informace, které Vavřínková (2005) uvádí ve svém článku. Nepojištěné těhotné ženy, tak jako je R2, k příchodu k lékaři donutí až pro ně důležitý impulz. R2 říká: *„Nemám dost peněz, abych na kontroly chodila pravidelně. Musím ještě nakoupit spoustu věcí. Určitě ke mně zase přijde sociálka. Byla u mě, když jsem se*

vrátila z porodnice minule i předtím. Ted' jsem přišla, abych věděla, jestli to bude holka nebo kluk, a kdy bude přibližně termín porodu. Abych doma vše připravila.“ Domnívám se, že mnohé cizinky, které nemají zajištěné zdravotní pojištění, ani nevědí o možnosti sjednání si komerčního pojištění pro těhotné, si platí jednotlivě jen některá vyšetření. R5 potvrzuje názor Hudáčkové (2011) o finančním zatížení nepojištěných. Základní ceník laboratorních vyšetření pro samoplátce se nachází v příloze č. 7 této práce. Říká: *„Vím, že jsou důležité všechny kontroly, ale žijeme tady krátce a musíme šetřit. Zřejmě si budu muset platit i porod v nemocnici.“*

Na výzkumnou otázku č. 1 „Jak vnímají ženy z vybraných minorit prenatální péči v ČR?“ lze odpovědět tak, že všechny respondentky se shodují, že během poskytování prenatální péče bývají většinou spokojené. Pouze dvě respondentky R4 a R6 udávají vždy kladné pocity. Ostatní, minimálně při jedné z návštěv v gynekologické ambulanci, potvrdily určitý nepříjemný zážitek či pocit.

Komunikační bariéru mezi sebou a zdravotníky potvrzuje R3 a R5. Shodují se, že PA některé informace vysvětluje hodně nahlas, až skoro křičí v domnění, že jí poté respondentky pochopí lépe. R3 doslova říká: *„To ale dělá hodně vašich lidí. Myslí, že pak to pochopíme lépe.“* Ze své zkušenosti mohu dodat, že takto vedený rozhovor, kterému jsem byla přítomna, byl PA ještě doplněn o výrazná gesta, kterými zdůrazňovala svůj výklad. I když s R3 a R5 chodí na prohlídky překladatel, nerozumí všemu tak, jak by potřebovaly. Dle R3 je problém v čase, nezeptá se na vše, co by jí zajímalo a co by potřebovala vědět. Dále R3 a R5 vnímají i rozdílnost, že ženám, které nemají s porodní asistentkou a lékařem komunikační bariéru, se zdravotníci věnují více nežli jim. Doma si však promýšlejí na co a jak se mají zeptat, aby nezatěžovaly překladatele. Na tento problém poukazuje taktéž Špirudová (2006). Podle ní existuje riziko, že bude zdravotní péče negativně ovlivněna nekvalitní komunikací, v tomto případě komunikační bariérou. R3 navíc dodává: *„Někdy mi přijde, že se sestřička a překladatel chovají jako bych tam nebyla. Povídají si hodně spolu. Ale já vím, že kdybych uměla váš jazyk, bylo by to lepší a žádný doprovod by tady nemusel být se mnou. Některé věci mi píše na lísteček. Asi ty, co jsou hodně důležité. Na to jsem se nezeptala.“*

Naproti tomu respondentky R1, R4 a R6 se shodují, že žádnou komunikační bariéru nepocítují. Informacím, které dostávají od PA i lékaře, vždy dobře rozuměly. Na vše, co potřebují, se mohou zeptat. R1 a R2 udávají, že PA umí rusky. S R1, která na prohlídky dochází pravidelně, tak i občas promluví.

Tóthová (2010) poukazuje na stydlivost žen vietnamské národnosti a jejich upřednostňování zdravotníků - žen. To také potvrzují respondentky R3 a R5. R3 říká že: *„Jsem ráda, že je tady paní doktorka. U nás byl doktor muž a paní doktorka je lepší. Tolik se nestydím.“* R5 uvádí: *„Taky jsem se trochu styděla, ale na pana doktora jsem si rychle zvykla.“* PA4 taktéž potvrzuje zkušenosti se stydlivostí u žen vietnamské národnosti: *„U pár Vietnamek jsem se dozvěděla, že chtějí, aby byly v péči lékařky. Doufají, že to bude i u porodu. Takové přání může mít samozřejmě i Češka.“*

Dle výpovědi R3, která udává, že se špatným přístupem zdravotníků se setkala v nemocnici, usuzují, že se setkala se zdravotníkem, který trpí předsudky tak, jak to popisuje Špirudová (2004). R3 doslova říká: *„Bylo na ní vidět, že nemá ráda cizince. Prostě jí vadilo, že jsem Ukrajinka. Tady u paní doktorky mi nedávají najevo, že by jim vadilo, odkud pocházím.“* Na tomto příkladu vidím důležitost, zachování profesionálního přístupu ke každé pacientce, a tak jak doporučuje Teslíková (2006), i já se snažím o vnímavý přístup, trpělivost a pochopení při každém kontaktu s pacientkou či jejími blízkými. R5 si naopak přístup svého lékaře a PA chválí: *„Sestřička i pan doktor nám vycházejí hodně vstříc. Je vidět, že chápou, že to pro nás není jednoduché. Všechno, co mi sestřička a pan doktor řeknou, dodržuji.“*

Čtyři z šesti respondentek (R1, R3, R4 a R5) shodně udávají, že jim PA poskytovala informace o zdravém životním stylu. Naopak R2 a R6 tvrdí, že během návštěv v gynekologické ambulanci je PA o zdravém životním stylu neinformovala. Avšak obě tyto respondentky říkají, že je PA upozornila o negativním vlivu kouření během těhotenství. Co se týká informování o zdravém životním stylu si tedy R2 a R6 protiřečí. Obsah informování o zdravém životním stylu během těhotenství u R2 nemohl být dostatečný již z důvodu, že navštívila svého gynekologa během těhotenství pouze jednou.

Respondentky R1, R3, R4 a R5 nekouří ani nepijí alkohol, takže PA je o nežádoucích účincích edukovat nemusela. Zbylé dvě z respondentek (R2 a R6) udávají, že je PA informovala o nežádoucích účincích kouření na plod.

R2 udává: *„Doktorka i sestra mi říkaly, že ani ty tři cigarety nejsou dobrý pro dítě, ale že zakázat mi to nemůžou. Zmínily se o tom, že by dítě mohlo být menší nebo se narodit dřív. Ale to mi nikdo předtím neřekl. Mám hodně nervy a tak si musím zapálit.“* Bohužel mnohé ženy si neuvědomují, že po porodu bude dítě zažívat stejné abstinenci příznaky, jaké mívají i kuřáci, kteří se nárazově snaží přestat s tímto zlovykem.

R6 udává: *„Sestřička mi při každé návštěvě říká, jestli to kouření alespoň trochu omezují. A já ji poslouchám. Kouřím maximálně dvě cigarety denně. Říkala mi o některých nežádoucích účincích, ale myslím, že kouří hodně ženských v těhotenství.“* Z tohoto tvrzení mi jasně vyplývá, že i přes veškerou snahu zdravotníků preventivně působit na zdravý průběh těhotenství, nejsou jejich snahy vždy úspěšné.

Zkušenosti PA se vzděláváním v multikulturním ošetřovatelství jsou rozdílné. Odvíjí se to od doby, kdy dokončily své vzdělání i od úrovně, které mají dosažené.

PA1 a PA2 říkají, že s multikulturním tématem se setkaly na vysoké škole v bakalářském programu. Vztah k tomuto předmětu udávají jako kladný. PA4 udává zkušenost již ze střední školy, přičemž další informace získala tak, jako předchozí dvě respondentky, v bakalářském studiu. PA3 se s pojmem multikulturní ošetřovatelství ve svém studiu nikdy nesetkala. Lze tak usuzovat, že je to z důvodu, že jako jediná z dotazovaných respondentek má pouze středoškolské vzdělání, které však ukončila již před mnoha lety. Za svůj nedostatek to však nepovažuje. Udává, že vše co potřebovala k zajištění specifické péče, poznala během své dlouholeté praxe. Špirudová (2004) však říká, že ke kvalitnímu poskytování multikulturní péče musí mít zdravotník nejen zkušenosti, ale také potřebné informace. V tomto se také potvrzuje, že bez informací může dojít k nežádoucím situacím, o kterých zdravotníci ani nemusí vědět, že k jejich vzniku přispěli. PA3 se domnívá, že když pohladí Vietnamku po ruce a po tváři, získá tím její důvěru, avšak Kořínková (2007) uvádí pravý opak. Dotyky na hlavě jsou pro Vietnamce projevem neúcty. Stejně tak i Vybíral (2009) upozorňuje na možné rozdílnosti ve výkladu jednoho gesta rozdílnými kulturami.

Všechny dotazované PA se shodují, že komunikace s ženami ukrajinské národnosti jim nečiní žádné problémy, jelikož tyto pacientky se velice rychle učí česky. Navíc PA1 a PA3 využívají své znalosti ruského jazyka. Dle těchto PA jsou pacientky překvapené, když s nimi začnou mluvit rusky a dle jejich pozorování si díky tomu vytváří bližší a otevřenější vztah.

Pravým opakem je však komunikace s Vietnamkami. Zde problémy v dorozumění potvrzují všechny PA. Pokud tato žena neumí česky vůbec, vodí si sebou překladatele. Potvrzují tím tak tvrzení Broučka (2005), který hovoří o servisu překladatelských i jiných služeb, které jsou vietnamské komunitě nabízené. Avšak dle PA1 ženy často využívají i překladatele z jejich blízkosti, kteří umí česky pouze na běžné hovorové úrovni. Doslova tento fakt popisuje: *„Když Vietnamky neumí dobře česky, tak si s sebou doprovod vodí, ale problém je ten, že kolikrát ani ten neumí česky dostatečně. Většinou jde o rodinného příslušníka, který je tady o pár měsíců déle. Například u muže, kterého se zeptám, kdy měla paní poslední měsíčky, se setkám s reakcí, jak se usmívá a kýve hlavou. Umí často pouze běžné fráze.“*

Tuto reakci ve své publikaci uvádí i Kořínková (2007), úsměvem a přikýváním se snaží zmírnit nepříjemné napětí. Pokud by PA použila špatně zvolenou otázku a zeptala se uzavřeným způsobem, mohla by přikývnutím získat zcela nereálnou odpověď. PA2 dodává: *„S doprovodem se většinou dobře dá domluvit o běžných věcech ze života, ale se zdravotnickými informacemi už je potíž. Když se ptám na onemocnění v rodině, proběhlé operace, úrazy, měsíčky, porody, tak kolikrát nedáme dohromady ani slovo. Co se jim ale nemůže vytknout je jejich snaha. Už jsem se setkala, že si paní sama přinesla slovník a vše, co jsem od ní potřebovala zjistit, si vypsala a při další návštěvě přinesla přeložené.“* S touto povahovou vlastností - se snahou, jsem se i já osobně setkala při ošetřování pacientů vietnamské komunity. To také potvrzuje R5, která dodává: *„Všechno, co mi sestřička a pan doktor řeknou, dodržuji.“* Zodpovědnost u žen vietnamské národnosti potvrzují i všechny PA, říkají, že se jim nestalo, aby těhotná žena nepřišla v termínu nebo aby nepřinesla moč. PA2 ještě dodává: *„Celkově bych řekla, že Vietnamci jsou hodně zodpovědní, pracovití, cílevědomí a to se projeví i*

v tom, třeba jak právě žena přistupuje zodpovědně k svému nenarozenému dítěti a celému těhotenství.“

PA1 naopak vyvíjí iniciativu snižování komunikační bariéry sama: *„Konkrétně u Vietnamek mám vypsanych pár slovíček a frázi, které jsem si přinesla z porodnice. Musím říct, že Vietnamky to opravdu moc kvitují. Mají z toho velkou radost. Stačí říct jedno slovo či větu a hned vidí zájem. Nejsou tolik na rozpacích a trochu se uvolní. Mám i uložené číslo na překladatele. Víme, kdy a jak pracuje, takže v případě potřeby, když paní nemá k sobě nikoho, kdo by překládal, využíváme jeho služby.“* PA4 navíc rozvíjí zajímavý postřeh, že nejen nedostatečná znalost jazyka může stát za vznikem komunikační bariéry. Doslova popisuje: *„Vše je individuální a záleží hodně na povaze žen. Mám zkušenosti s Ukrajinkami, které jsou otevřené a hovorné i s těmi, které mi odpovídají na otázky co nejkratší odpovědí. Cítím z nich, že si se mnou nechtějí moc povídat. Některá z žen nechce komunikovat a není to tím, že by nám nerozuměla nebo že by neuměla česky.“*

Všechny porodní asistentky potvrzují, že péče o pacientky z minorit je náročnější než péče o ženy pocházející z ČR. Náročnost této péče nevidí v odborné zdravotnické oblasti, ale spatřují ji především v obtížnější komunikaci. Tuto obtíž se snaží překlenout pomocí trpělivosti a zvýšenou snahou o vzájemné dorozumění. Potvrzují tím i názor Teslíkové (2006), která prosazuje, že by měl být nejdůležitějším prvkem ošetrovatelské péče lidský přístup plný trpělivosti, pochopení a laskavosti. Já bych ze své zkušenosti doplnila ještě nutnost snahy obou stran.

Na druhou výzkumnou otázku: *„Jak je během péče respektována vlastní kultura klientky?“*, nelze nalézt jednoznačnou odpověď. Rozdíly v péči o ženy z minorit porodní asistentky vidí různě. PA4 udává: *„Každá žena má jiné potřeby, problémy a je jedno, odkud pochází.“* Naopak PA1 uvádí: *„Asi bych řekla, že se to nejvíc pojí s náboženstvím. To jak je žena vychovávána od dětství se projeví v jejím celém životě a může se to samozřejmě projevit i během těhotenství.“* PA2 říká: *„U Ukrajinek specifickou péči nepozoruji. U Vietnamek si všímám, jak všechny emoce drží v sobě. Musím se víc snažit s nimi navázat bližší kontakt.“* Je nutné si však uvědomit, že i porodní asistentky jsou ovlivňovány svou povahou, životními názory a postoji. PA1

říká: „*Konkrétně od Vietnamek vím, že těhotenství prožívá celá rodina a mají z toho velkou radost.*“ V tomto tvrzení se shodují s Tóthovou (2010), která popisuje těhotenství ve vietnamské kultuře jako záležitost celé rodiny. Dá se říci, že Vietnamky na své starosti nikdy nezůstávají samy.

Všechny PA se shodují v tom, že největší zastoupení minoritních těhotných tvoří Ukrajinky a poté Vietnamky. PA4 tvrdí: „*Po Romkách chodí nejvíc Ukrajinky a potom Vietnamky.*“ Tím potvrzuje údaje statistického úřadu z roku 2013, který udává jako nejpočetnější minoritu v České republice právě ukrajinskou a následně vietnamskou.

6 ZÁVĚR

Kulturně specifická péče by měla vycházet z vlastních biologických, psychologických, sociálních a spirituálních aspektů každého jedince. Nejen při ošetřování cizinců, ale všeobecně by měl být nejdůležitějším prvkem ošetrovatelské péče lidský přístup plný trpělivosti, pochopení a laskavosti.

Cílem č. 1 této bakalářské práce bylo: Zjistit, jakým způsobem ženy z vybraných minorit pohlíží na prenatální péči v ČR. Respondentky z řady těhotných žen ukrajinské a vietnamské národnosti si poskytovanou péčí, která jim je v ambulanci gynekologa chválí a vyjadřují se o její kvalitě jako o velmi dobré. Některé dodávají, že v zemi, ze které pochází, by jim takováto úroveň péče nemohla být poskytnuta. Dvě z nich nezaznamenaly žádné nedostatky, další dvě vidí největší problém v komunikační bariéře, která souvisí i s nedostatkem informací. Nepojištěné těhotné ženy samozřejmě zatěžuje platba za výkony, kterou však nepovažujeme za faktor, který by porodní asistentka byla schopna ze své pozice jakkoli ovlivnit. Dlouhá čekací doba v čekárně je jednou těhotnou respondentkou vnímána jako nepříjemná.

Cílem č. 2 bylo: Zmapovat, zda znají PA specifika ošetrovatelské péče u jednotlivých kultur. Všechny dotazované porodní asistentky mají zkušenosti s péčí o těhotné ženy z minorit. Při své práci používají i znalosti, získané během studia, které bylo částečně orientované i na péči o minority. Jedna porodní asistentka čerpá pouze ze zkušeností, které získala vlastní praxí, jelikož studium ukončila v době, kdy se multikulturní ošetrovatelství ještě v ČR nepropagovalo. Dle jejich výpovědí se dopouští drobných chyb, které si ona sama neuvědomuje. Z rozhovorů s porodními asistentkami vyplývá i přes toto zmíněné drobné pochybení, že jejich snahou je respektovat přání všech pacientek, a to jak těch, která souvisí s jejich kulturou a prostředím, ze kterého pocházejí, tak i ta, která přímo ovlivňuje jejich povaha a osobnost.

Na výzkumnou otázku č. 1: „Jak vnímají ženy z vybraných minorit prenatální péči v ČR?“, lze odpovědět tak, že všechny respondentky se shodují, že během poskytování prenatální péče bývají většinou spokojené. Pouze dvě respondentky udávají vždy kladné pocity. Ostatní, minimálně při jedné z návštěv v gynekologické ambulanci, potvrdily určitý nepříjemný zážitek či pocit.

Na druhou výzkumnou otázku: „Jak je během péče respektována vlastní kultura klientky?“, nelze nalézt jednoznačnou odpověď. PA se zmiňují o propojení kultury, náboženství a prostředí, které má vliv na ženu. Jedna PA naopak udává, že určitá specifika nevycházejí z kultury, ale z konkrétní osobnosti a charakteru ženy. Každá PA přistupuje k jednotlivým ženám individuálně a tím respektuje jejich odlišné kultury.

Jako vhodný výstup této bakalářské práce jsem vyvodila realizaci semináře. Ten by měl být určen především porodním asistentkám, sestřám, ale také dalším zdravotníkům. Téma by mohlo znít: „Specifika péče o vybrané minority v prostředí českého zdravotnictví.“ Navrhovaný seminář by mohl být prezentován jak na sesterských seminářích, které pořádají samotná zdravotnická zařízení pro své zaměstnance, tak i jako součást konference, která mívá delší časovou dotaci.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BROUČEK, Stanislav. Historie imigrace z Vietnamu do českých zemí. 2005. [online]. [cit. 2014-04-04]. Dostupné z WWW: <<http://www.klubhanoi.cz/view.php?cislocclanku=2005040901>>
2. Cizinci a zdravotní pojištění. [online]. [cit. 2014-02-01]. Dostupné z WWW: <<http://www.zpmvcr.cz/pojistenci/informace-pro-pojistence/o-zdravotnim-pojisteni/cizinci-a-zdravotni-pojisteni/>>
3. ČECH, Evžen a kol. *Porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada, 2006, 544 s., ISBN 80-247-1303-9.
4. Česká republika. Ministerstvo zdravotnictví. Vyhláška č. 55/2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků ze dne 14. března In *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2011, částka 20, s. 482-543. Dostupný také z WWW: <http://www.fnkv.cz/soubory/87/vyhlaska_55-r-2011.pdf>
5. HÁJEK, Zdeněk. Prenatální péče o fyziologické těhotenství [online]. [cit. 2013-10-01]. Dostupné z WWW: <<http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2004-3/?pdf=142>>
6. HUDÁČKOVÁ, A., BRABCOVÁ, I. Problematika hospitalizace příslušníků ukrajinské menšiny v nemocnicích v České republice. *Kontakt*. České Budějovice: 2011, roč. 13, č. 2, str. 138-147. ISSN 1212-4117.
7. Embassy of the Socialist republic of Vietnam in the Czech republic. [online]. [cit. 2014-04-04]. Dostupné z WWW: <<http://www.vietnamembassy-czech.org/en/nr070521170056/nr070904153755>> ; <<http://www.vietnamembassy-czech.org/en/nr070521170056/nr070904153707/>>
8. IVANOVÁ, Kateřina, ŠPIRUDOVÁ, Lenka a Jana KUTNOHORSKÁ. *Multikulturní ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha Grada, 2005, 248s. ISBN 80-247-1212-1.
9. JELÍNKOVÁ, Z. Ukrajinská minorita žijící v Brně – sonda do problematiky. Brno. 2010. 90 s. Diplomová práce na Filozofické fakultě Masarykovy univerzity. Vedoucí práce: Pavlicová, M. [online]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/179660/ff_m/_Finalni_verze_diplomky.doc, [cit. 2011-10-12].

10. KERSEY-MATUSIAK, Gloria. Culturally competent care: are we there yet? *Nursing*, duben 2012, roč. 43, č. 4, s. 34-39 ISSN.
11. KOLLÁTOROVÁ, Helena. Obecné rozdělení vyšetřovacích metod. [online]. [cit. 2013-12-01]. Dostupné z WWW: <http://www.szymb.cz/admin/upload/sekce_materialy/Rozd%C4%9Blen%C3%AD_vy%C5%A1et%C5%99ovac%C3%ADch_metod.pdf>
12. KOŘÍNKOVÁ, Jana. *Cizinec v našem lůžkovém zařízení - teorie kulturně rozdílné a shodné péče*. Bakalářská práce. Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, Katedra ošetrovatelství. 2007, vedoucí bakalářské práce Miroslava Kyasová
13. Medicabaze.cz. Prenatální péče [online]. [cit. 2012-12-08]. Dostupné z WWW: <http://www.medibase.cz/?sec=term_detail&name=Prenat%C3%A1ln%C3%AD+p%C3%A9%C4%8De&termId=2955&h=Prenat%C3%A1ln%C3%AD+p%C3%A9%C4%8De#jump>
14. MICHALÍČKOVÁ, Radka. Specifika práce sestry v gynekologické ordinaci. *Sestra*, září 2006, roč. 16, č. 9, s. 39 ISSN 1335-9444.
15. Ministerstvo zahraničních věcí České republiky. Vietnam. [online]. [cit. 2014-02-06]. Dostupné z WWW: <http://www.mzv.cz/jnp/cz/encyklopedie_statu/asi/vietnam/>
16. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Metodický pokyn - porodní asistentka [online]. [cit. 2014-02-06]. Dostupné z WWW: <http://mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/metodicky-pokyn-porodni-asistentka_2304_947_3.html>
17. MIKULANDOVÁ, Magdaléna. *Těhotenství, porod a šestinedělí*. 1.vyd. Praha: Computer Press, 2007, s. 136. ISBN 978-80-251-1470-4.
18. MOCKOVÁ, Jana. Specifika ošetrovatelské péče u Vietnamských žen v souvislosti s těhotenstvím, porodem a šestinedělím. 2006. [online]. [cit. 2013-10-06]. Dostupné z WWW: <<http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2006-10/?pdf=57>>
19. Narození dítěte cizince. [online]. [cit. 2014-02-06]. Dostupné z WWW: <<http://www.cicpraha.org/cs/socialni-poradenstvi/manzelstvi-narozeni-ditete-rodina/narozeni-ditete-cizince.html>>

20. PAŘÍZEK, Antonín. *Knih o těhotenství a porodu*. 2. vyd. Praha: Galén, 2005. s. ISBN 80-7262-411-3.
21. Permanent mission of Ukraine to the UNESCO. [online]. [cit. 2014-04-06]. Dostupné z WWW: <<http://unesco.mfa.gov.ua/en/about-ukraine/info/general-facts>>
22. PERNICOVÁ, Markéta. Péče o klienty vietnamského etnika v českých nemocnicích. Bakalářská práce. Fakulta humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, Ústav ošetrovatelství. 2013, vedoucí bakalářské práce Martina Cichá.
23. POHL, Karel. Práce sestry na gynekologické ambulanci z pohledu lékaře. [online]. [cit. 2014-02-06]. Dostupné z WWW: <<http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2005-7/?pdf=90>>
24. POLÁKOVÁ, M. Práce sestry na gynekologické ambulanci z pohledu porodní asistentky. [online]. [cit. 2014-02-06]. Dostupné z WWW: <<http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2005-7/?pdf=89>>
25. ROZTOČIL, Aleš a kol. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 408. s. ISBN 978-80-247-1641-2.
26. Statistický úřad. Cizinci s povoleným pobytem. [online]. [cit. 2013-09-08]. Dostupné z WWW: <<http://www.mvcr.cz/clanek/cizinci-s-povolenym-pobytem.aspx?q=Y2hudW09Mg%3d%3d>>
27. ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol. *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006, 353 s. ISBN 80-246-1091-4.
28. ŠPIRUDOVÁ, Lenka, IVANOVÁ, Kateřina at all. Pečujeme o klienty odlišných etnik a kultur. Transkulturní péče v praxi. [online]., 300s. Olomouc: 2004. [cit. 2013-12-01]. Dostupné z WWW: <http://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=5&ved=0CEQQFjAE&url=http%3A%2F%2Fwww.eifzvip.cz%2Fdokumenty%2Felektronicka_knihovna%2FPecujeme_o_klienty_odlisnych_etnik_a_kultur.pdf&ei=dWacUoG6GMjKtQb9o4CQCQ&usg=AFQjCNERx7ZIHmfMIQ-FrMsfrXNS3wEFcw&bvm=bv.57155469,d.Yms>
29. ŠPIRUDOVÁ, Lenka, TOMANOVÁ, Danuška, at all. *Multikulturní ošetrovatelství II*. 1.vyd. Praha Grada, 2006, 248s. ISBN 80-247-1213-x.

30. TESLÍKOVÁ, Anna. Multikulturní přístup při ošetřování příslušníků vietnamské komunity. *Sestra*, květen 2006, roč. 16, č. 5, s. 24. ISSN 1335-9444.
31. TÓTHOVÁ, Valerie. *Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*. 1. vyd. Praha: Triton, 2010, 196 s. ISBN 978-80-7387-414-8.
32. TÓTHOVÁ, Valerie et al. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. 1. vyd. Praha: Triton, 2012, 277 s. ISBN 978-80-7387-645-6.
33. Unie porodních asistentek. [online]. [cit. 2014-02-06]. Dostupné z WWW: <http://www.unipa.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=57&Itemid=63>
34. UNZEITIG, Vít et al. Doporučené postupy v perinatologii. [online]. [cit. 2012-12-08]. Dostupné z WWW: <<http://www.perinatologie.cz/dokumenty/doc/doporucene-postupy/Doporucene%20postupy%20v%20perinatologii%20-%2002.pdf>>
<<http://www.perinatologie.cz/dokumenty/doc/doporucene-postupy/Doporucene%20postupy%20v%20perinatologii%20-%2001.pdf>>
35. URÍČKOVÁ, Alena. Josepha Campinha-Bacote? Model rozvoje kulturní způsobilosti. *Sestra*, duben 2010, roč. 20, č. 4, s. 18. ISSN 1335-9444.
36. VAVŘINKOVÁ, Blanka. Prenatální péče o sociálně problémové ženy. 2005. [online]. [cit. 2013-10-04]. Dostupné z WWW: [online]. [cit. 2014-04-04]. Dostupné z WWW: <<http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2005-7/?pdf=81>>
37. Velký lékařský slovník. [online]. [cit. 2014-01-26]. Dostupné z WWW: <<http://lekarske.slovniky.cz/pojem/invazivni>>
38. Velvyslanectví Ukrajiny v České republice. [online]. [cit. 2014-04-04]. Dostupné z WWW: <<http://czechia.mfa.gov.ua/cs/ukraine-czechia/ukrainians-in-czechia>>
39. VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie komunikace*. 2. vyd. Praha: Portál, 2009, 319 s. ISBN 978-80-7367-387-1.

8 PŘÍLOHY

Příloha č. 1

Harmonogram prenatalní péče

Doporučené týdny těhotenství	8	12	16	20	24	28	30	32	36	37	38	39	40	41	42
hmotnost + hmotnostní přírůstek	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
interní vyšetření + EKG		•													
kardiotokografie								o			o		•	••	••
krvni tlak	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
onkol. cytologie-kolposkopie		•													
otoky – varixy			•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
ozvy plodu – doppler. detektorem			•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
pánev vnitřně											•				
pánev zevně			•												
pohyby plodu – dotaz						•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
uložení plodu						•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
ultrazvukové vyšetření		o	•				•	•							•
vaginální vyšetření	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
vyšetření prsů		•													
výška děložního fundu			•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
vzdálenost spona–fundus (S-F)			o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
zubní vyšetření		•													
Laboratorní diagnostika															
HBsAg , HIV, syphilis-vyhledávací test		•													
krvni obraz		•									•				
krvni skupiny		•													
kultivační vyšetření z rekta GBS									•						
kultivační vyšetření z pochvy GBS		o							•						
mikroskop. vyšetření poševní MOP				o					o						
moč chem. B, C	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Screening u některých rizikových skupin															
AFP, hCG, estriol (věk >35), anam. m. Down		o	•												
AFP+UZ/nekryté defekty plodu			•												
genetické vyšetření		•													
hemokoagulace u rizik TEN a DIC	•				•					•					
interní vyšetření odborné u kardiaček	•					•						•			
protilátky anti-D u Rh-neg . žen	•			•					•						

• povinné vyšetření
o doporučené vyšetření

Zdroj: ČECH, Evžen a kol. *Porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada, 2006, 106 s., ISBN 80-247-1303-9.

Příloha č. 2

Doporučená frekvence návštěv v prenatální poradně

- do 23. týdne á 4 týdny
- 24. – 32. týden á 3 týdny
- 33. – 36. týden á 2 týdny
- 37. – 40. týden á 1 týden
- po termínu porodu á 2 dny (CTG)

Zdroj: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2004-3/?pdf=142>

Příloha: 3

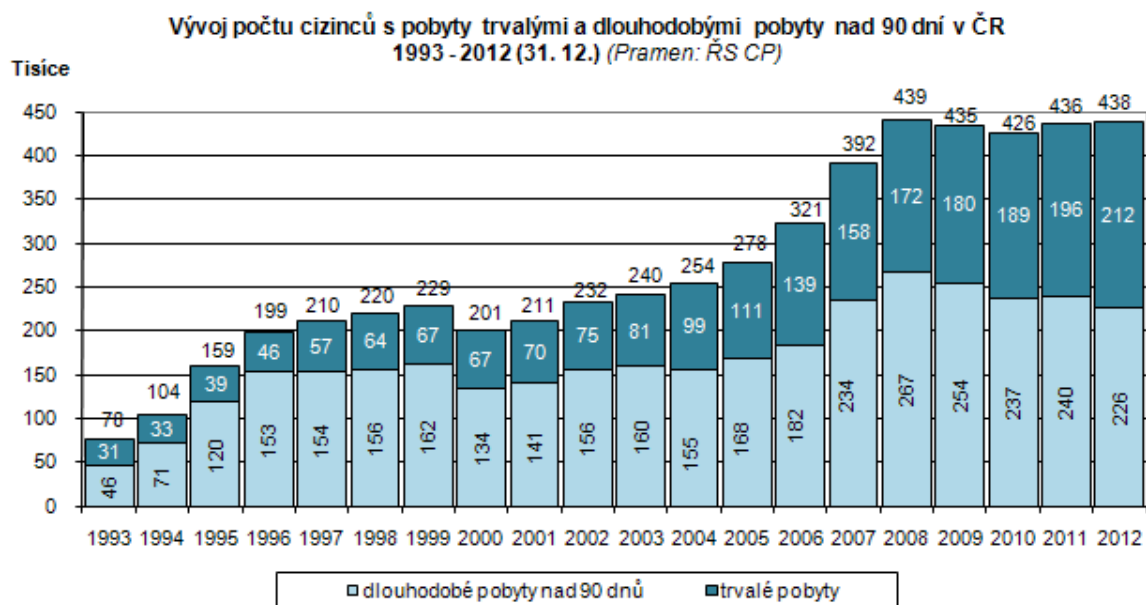
Rozdělení prenatalně diagnostických vyšetření z hlediska invazivity plodu

neinvazivní
– vyšetření vzorku krve matky (perspektivní metoda)
– ultrazvukové vyšetření
invazivní
– preimplantační diagnostika
– odběr choria (CVS) transabdominální a transcervikální
– amniocentéza
– placentární biopsie (pozdní CVS)
– odběr fetální krve (punkce pupečníku)
– endoskopické metody – fetoskopie a embryoskopie
– odběr vzorku fetálních tkání (punkce jater, biopsie kůže, svalů, punkce útvarů vyplněných tekutinou – močový měchýř, cysty atd.)

Zdroj: ČECH, Evžen a kol. *Porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada, 2006, 389s., ISBN 80-247-1303-9.

Příloha č. 4

Vývoj počtu cizinců s pobyty trvalými a dlouhodobými pobyty nad 90 dní v ČR



Zdroj: http://www.czso.cz/csu/cizinci.nsf/kapitola/ciz_pocet_cizincu

Příloha č. 5

Zdravotní pojištění Ukrajinců v ČR

Znak	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Relativní četnost validní %	Kumulativní součty	Kumulativní součty relativní %
veřejné zdravotní pojištění	356	64,26	66,05	356	64,26
veřejné zdravotní pojištění + komerční připojištění	22	3,97	4,08	378	68,23
komerční zdravotní pojištění na komplexní péči	88	15,88	16,33	466	84,12
komerční zdravotní pojištění na akutní péči	52	9,39	9,65	518	93,50
nejsem pojištěn / a na zdravotní péči	21	3,79	3,90	539	97,29
neodpovědělo	15	2,71	0,00	554	100
CELKEM	554	100	100	554	100
CELKEM	554	100	100	554	100

Zdroj: HUDÁČKOVÁ, A., BRABCOVÁ, I. Problematika hospitalizace příslušníků ukrajinské menšiny v nemocnicích v České republice. Kontakt. České Budějovice: 2011, roč. 13, č. 2, str. 140. ISSN 1212-4117.

Příloha č. 6

Otázky pokládané při výzkumném šetření

Otázky pro ženy z vybraných minorit

1. Jaké jste národnosti?
2. Narodila jste se v ČR nebo jiné zemi?
3. Kolik je Vám let?
4. Po kolikáté jste těhotná?
5. Jaké máte zkušenosti ze zdravotnického zařízení v zemi, kde jste se narodila?
6. Jak je rozdílná zdravotnická péče v ČR a zemi odkud pocházíte či jste rodila?
7. Co si myslíte o komplexnosti prenatální péče, která je vám poskytována?
8. Jaké máte pocity a jak se cítíte, když jdete na pravidelnou prohlídku ke svému gynekologovi?
9. Jaké vnímáte nedostatky ohledně poskytování zdravotnické péče?
10. Jak jste rozuměla informacím, které Vám poskytovala PA a lékař?
10. Jak Vás PA informovala o zdravém životním stylu během těhotenství?
11. Jakým způsobem Vás PA informovala o nežádoucích účincích kouření a alkoholu?

Otázky pro PA

1. Jak dlouho pracujete v oboru?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Jaké časové období studia bylo věnováno oblasti péče o cizinky či minoritní část obyvatelstva?
4. Jak je pro Vás péče o ženy z rozdílných minorit náročnější než o ženy z majoritní společnosti?
5. Jaké rozdíly cítíte v péči o ženy z minoritní společnosti?

6. Jak řešíte jazykovou bariéru?


7. Jaká specifická přání či požadavky mají ženy ze zmíněných minorit?

8. Do jaké míry myslíte, že kultura a kulturní postavení ženy z minority ovlivňuje její těhotenství?

9. Jak často se setkáváte s ženami z minoritní společnosti ve vaší práci?


Příloha č. 7

Žádanka k vyšetření - samoplátce




Staffila
biochemicko-hematologická laboratoř

Staffila spol. s r.o.
biochemicko-hematologická laboratoř
A. Barcala 404
370 05 České Budějovice
e-mail: info@staffila.cz
www.staffila.cz



Sang Lab
Městská nemocnice



Žádanka k vyšetření
(Laboratorní diagnostické programy pro samoplátce)

INFOLINKY ZDARMA: 800 100 085, 800 103 030

Jméno:

Příjmení:

Adresa:

Město/PSČ:

E-mail:

Mobil:

Diagnóza:

Datum a čas:

Razítko a podpis lékaře:

Číslo žádanky:

Název haličku	Vyšetření	Cena
Screening thyroidy	TSH, fT4, aTPO	700,-
Screening ovariálního karcinomu	CA 125, HE 4	800,-
Screening celiakie	IgA, TT IgA	450,-
Infekční screening I	HIV, Trep.pallidum IgM/IgG, TPHA, RRR	700,-
Infekční screening II	Chlamydia trachomatis, HCV	700,-
Serologie	Toxo, CMV, HSV, Rubeolla	1900,-
Neuroinfekce	Lymfická borelióza, Klišťová encefalitis	800,-
Krevní skupina	Krevní skupina	150,-
Hematologie	Krevní obraz, Diff	70,-
Homocystein	Homocystein	450,-
Hormonální profil	LH, FSH, Prolaktin, Progesteron, Estradiol	750,-
AMH	AMH	750,-
HCG	HCG	150,-
Jaterní profil	Bilirubin, ALT, AST, GGT, ALP	150,-
Trombofilní stavy	FV Leiden (FVL, R506C), Protrombin (FII, G20210A)	1500,-
PCR Chlamydia trachomatis	PCR Chlamydia trachomatis	850,-
PCR Mycoplasma sp.	PCR Mycoplasma sp.	850,-
PCR Ureaplasma sp.	PCR Ureaplasma sp.	850,-
PCR Neisseria gonorrhoeae	PCR Neisseria gonorrhoeae	850,-
PCR Trichomonas vaginalis	PCR Trichomonas vaginalis	850,-

Zdroj: biochemicko-hematologická laboratoř Staffila spol. s r.o.