



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

Ústav ošetřovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

Bakalářská práce

Multikulturní péče o ženu při porodu

Vypracoval: Petra Šabatková
Vedoucí práce: Mgr. Romana Belešová

České Budějovice 2017

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá problematiku multikulturní péče o vietnamské, romské a muslimské rodičky a vztah u těchto žen k těhotenství a porodu. Je vypracovaná jako práce teoretická, a to za pomoci vědeckých metod návrhu, demonstrace a explanace a na podkladě odborné české i zahraniční literatury.

Teoretická práce je rozdělena do čtyř kapitol. V první kapitole s názvem Porod nalezneme informace, jako je definice porodu, kdy porodem (partus) nazýváme každé zakončení těhotenství narozením živého nebo mrtvého novorozence. Za narození živého dítěte je považováno úplné vypuzení nebo vynětí plodu z ženina těla bez ohledu na délku těhotenství, jestliže plod po narození dýchá nebo projevuje alespoň nějakou ze známek života. Dále je v první kapitole věnována pozornost popisu jednotlivých dob porodních. V první době porodní je vysvětlen princip dilatace hrdla děložního. První doba porodní se dá rozdělit do tří fází. Během první fáze (latentní) se děložní stahy stabilizují a navyšuje se jejich počet, trvání a síla. Postupně dochází ke spotřebovávání čípku. Děložní hrdlo se zkracuje, až vznikne tenká porodnická branka. Aktivní fáze je období mezi koncem latentní fáze (dilatace branky 2,5 cm) a rozšířením branky do 8 cm. Za tranzitorní fázi je označováno období mírného zpomalení rozvoje porodního nálezu na brance, a to od 8 cm až do celkového zajetí branky. V tranzitorní fázi většinou dochází ke spontánní ruptuře vaku blan. Druhá doba porodní nastává momentem zániku branky a plod v jejím průběhu prostupuje tvrdými porodními cestami. Třetí doba porodní začíná porožením dítěte a končí porožením placenty. U jednotlivých dob porodních je popsána i péče poskytovaná porodní asistentkou. Dále jsou v první kapitole podkapitoly zaměřené na mezinárodní definici porodní asistentky a také na kompetence a uplatnění porodních asistentek v praxi.

Druhá kapitola s názvem Multikulturní péče v porodní asistenci popisuje počátek vzniku multikulturní péče a definici multikulturalismu. Dále pak vysvětluje jednotlivé pojmy, jako je transkulturní péče, kultura, akulturace, asimilace, enkulturace, které slouží k lepší orientaci v problematice. Podkapitola Kulturní šok je definována jako psychologická dezorientace způsobená špatným porozuměním nebo úplným neporozuměním vzorcům cizí kultury. Následuje podkapitola s názvem Model

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

Třetí kapitola s názvem Národnostní a etnické menšiny v České republice vysvětluje pojmy národnostní menšina a etnická skupina. Podkapitoly popisují rozdíly a zvláštnosti mezi vietnamskými, romskými a muslimskými ženami. Zvláštní pozornost je věnována oblasti komunikace, životnímu stylu, období těhotenství a porodu.

Čtvrtá a zároveň poslední kapitola nazvaná Interkulturní komunikace definuje interkulturní komunikaci jako druh komunikace, které se účastní příslušníci odlišných kultur. Vyznačuje se tím, že účastníci komunikace naráží na rozdíly ve vzájemných komunikačních stylech a na rozdílné chování a vnímání. Bakalářská práce je zakončena podkapitolou zaměřující se na roli porodní asistentky během porodu ženy z etnické menšiny.

Cílem při zpracování bakalářské práce s názvem Multikulturní péče o ženu při porodu je na základě prostudovaných teoretických materiálů a zjištěných informací vytvořit souhrnné informace ohledně poskytování multikulturní péče vietnamským, romským a muslimským rodičkám.

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

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

Abstract

Bachelor thesis is focused on multicultural care about the Vietnamese, Roma and Muslim mother and the relationship of these women to pregnancy and childbirth. Bachelor Race is developed as a theory using scientific methods of design, demonstration and explanation. The work was developed on the basis of professional Czech and foreign literature.

Theoretical work is divided into four chapters. In the first chapter, entitled Childbirth find information such as the definition of childbirth when giving birth (Partus) call each termination of pregnancy was born alive or dead newborn. For a live birth is considered complete expulsion or extraction of the fetus from a woman's body irrespective of the length of pregnancy, if the fetus after birth breathes or shows at least some signs of life. Further, in the first chapter focuses attention on the description of the individual farrowing times. In the first stage of labor is described principle dilatation of the cervix. The first stage of labor can be divided into three phases. During the first phase (latent) uterine contractions stabilized and increases their number, duration and power. Gradually, the cervix is consumed. The cervix shortens until a thin Obstetrics goal. The active phase is a period between the end of the latency period (goal dilation 2.5 cm) and extending gate 8 cm. For transient phase is called a period of mild slowdown in the birthing finding on the gate and from 8 cm to go into the overall goals. In the transient phase usually leads to spontaneous rupture of the membranes. The second stage of labor occurs torque extinction goals and fetus during it hard permeates the birth canal and the third stage of labor begins and ends porozením child porozením placenta. At various times of birth is described as care provided by a midwife. Furthermore, in the first chapter subsections focused on the international definition of the midwife and then on competencies and job opportunities for midwives in practice.

The second chapter named Multicultural care in midwifery describes the beginning of the emergence of multicultural care and the definition of multiculturalism. It also explains the various concepts such as transcultural care, culture, acculturation, assimilation, acculturation, which helps make the issues. Subchapter Culture shock is defined as a psychological disorientation caused by poor understanding or complete

misunderstanding of the patterns of foreign culture. Follows named Model of the rising sun Madeleine Leininger. Madeleine Leininger is regarded as the founder of transcultural nursing care. Expressions such as transcultural nursing care and multicultural nursing first used in the 60s of the 20th century. He is known for its definition of transcultural nursing, which states that it is a specialized area of nursing that focuses on comparative studies and analysis from different cultures with regard to nursing activities in health and disease, and with respect to attitudes and values of patients.

The third chapter titled National and ethnic minorities in the Czech Republic explains the concepts of national minorities and ethnic groups. Subchapters describe the differences and peculiarities between the Vietnamese, Roma and Muslim women. Special attention is paid to communication, lifestyle during pregnancy and childbirth.

The fourth and final chapter called Intercultural Communication defines intercultural communication as a form of communication that involved members of different cultures. Characterized in that the communication participants referring to differences in mutual communication style and different behavior and perception. Bachelor thesis concludes subchapter focuses on the role of midwife during childbirth women from ethnic minorities.

The aim of the bachelor thesis titled Multicultural care of a woman on the basis of these theoretical materials and collected information to create aggregate information about providing care multicultural Vietnamese, Roma and Muslim women in labor.

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

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

Prohlášení

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

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na 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 2. 5. 2017

.....

Petra Šabatková

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala své rodině, která mne během celého studia podporovala.

Obsah

Obsah	8
Seznam použitých zkratk	9
Cíl	10
Metodika	11
Úvod	12
1 Porod	13
1.1 Ošetrovatelská péče během I., II., a III. doby porodní.....	13
1.2 Definice porodní asistentky.....	19
1.3 Kompetence porodních asistentek a jejich uplatnění.....	19
2 Multikulturní péče v porodní asistenci	23
2.1 Základní pojmy v multikulturní péči.....	24
2.2 Kulturní šok.....	26
2.3 Model vycházejícího slunce Madeleine Leininger.....	28
3 Vybrané národnosti a etnické menšiny v České republice	33
3.1 Zvláštnosti multikulturní péče u romských žen.....	33
3.2 Zvláštnosti multikulturní péče u muslimských žen.....	37
3.3 Zvláštnosti multikulturní péče u vietnamských žen.....	39
4 Interkulturní komunikace	44
4.1 Role porodní asistentky při porodu ženy odlišné národnosti.....	46
5 Závěr	49
6 Seznam použitých zdrojů	50

Seznam použitých zkratk

ČR – Česká Republika

i.v. – intravenózně

např. – například

aj. – a jiné

resp. - respektive

Cíl

Cílem předkládané teoretické bakalářské práce je na základě prostudovaných teoretických materiálů a zjištěných informací vytvořit souhrnný materiál týkající se poskytování multikulturní péče vietnamským, romským a muslimským rodičkám.

Metodika

Pro teoretickou práci byly zvoleny vědecké metody návrhu, demonstrace a explanace. Informace byly získávány z odborné české i zahraniční literatury. Bakalářská práce může být použita pro zlepšení informovanosti odborné i laické veřejnosti o průběhu poskytování péče vietnamským, romským a muslimským ženám během porodu. Práci lze rovněž využít jako podpůrný studijní materiál pro edukaci porodních asistentek.

Úvod

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

Počet zástupců různých minorit se v České republice každým rokem zvětšuje a zvyšuje se i jejich počet v našich nemocnicích. Ošetrovatelská péče v porodní asistenci nahlíží na každou rodičku jako na holistickou bytost, tedy klade důraz na bio-psycho-sociální a spirituální potřeby bez ohledu na vyznání nebo národnostní příslušnost. Problematikou poskytování péče v souladu se zvyky a tradicemi příslušníků odlišných etnických skupin se zabývá multikulturní ošetrovatelská péče. Pro bakalářskou práci byly vybrány minority vietnamská, romská a muslimská.

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

Pevně věřím, že bakalářská práce poskytne uspokojivé informace o multikulturní ošetrovatelské péči o rodičky.

1 Porod

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

O spontánním porodu mluvíme, pokud je plodové vejce vypuzeno porodními cestami z dutiny děložní působením porodních sil. Pokud je v jakékoliv fázi porodu proveden chirurgický výkon, jde o operační porod. Pokud byly v průběhu porodu podávány jakékoliv léky na úpravu děložní činnosti, nazýváme takový porod jako medikamentózní. O indukovaném porodu mluvíme tehdy, jestliže byl porod vyvoláván záměrně za pomoci léků vyvolávajících děložní kontrakce (Eliašová, 2008).

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

1.1 Ošetřovatelská péče během I., II. a III. doby porodní

Samotný porod probíhá v porodních dobách (Simočková, 2011). V první fázi se připravuje děložní hrdlo a dochází k jeho otevírání, během druhé fáze dochází k vypuzení dítěte na svět, ve třetí fázi se odlučuje a odchází placenta a plodové obaly a čtvrtá fáze se nazývá poporodní období (Gaskin, 2010). Přibližně dva týdny před porodem může rodička pociťovat silnější tvrdnutí dělohy, tzv. předzvěstné stahy (dolores praesagientes) nazývané také jako „poslípčí“. Vyznačují se nepravidelným

tvrdnutím podbřišku, různou silou s různě dlouhými pauzami, čímž přispívají k dozrávání porodních cest – zkracování, měknutí hrdla děložního a otvírání porodních cest. Odlišují se od kontrakcí – porodních stahů, kterými již začíná porod. Kontrakce jsou typické svou pravidelností, postupně se navyšující silou a zkracováním doby trvání mezi nimi (Simočková, 2011).

O rodičku v průběhu porodu pečuje a veškerou ošetrovatelskou péči poskytuje porodní asistentka. Níže uvedené intervence týkající se ošetřování rodičky se mohou na jednotlivých pracovištích lišit dle zvyklostí nemocnice. Ošetrovatelská péče porodní asistentky začíná již u příjmu rodičky. Rodička je přijímána na porodnické oddělení při prvních známkách porodní činnosti (pravidelné děložní kontrakce nebo odtok plodové vody). Po prohlídce se vyhodnotí postup porodu a podle vaginálního nálezu se určí, jaký bude rozsah přípravy na porod. Při příjmu rodičky vypíše porodní asistentka potřebnou dokumentaci (anamnézy) a informované souhlasy, provede základní fyzikální vyšetření (krevní tlak, moč, tělesná teplota, hmotnost, výška, natočí kardiokografický záznam), zevně rodičku vyšetří a v případě, že s tím rodička vysloví svůj souhlas, oholí jí genitálie, podá očistný klystýr a rodička se poté osprchuje (Simočková, 2011).

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

První doba porodní se dá rozdělit na tři fáze. Během první fáze (latentní) se děložní stahy stabilizují a navyšuje se jejich počet, trvání a síla. Kontrakce na začátku první doby porodní mají slabou intenzitu a objevují se přibližně po 10-15 minutách a trvají 15-20 vteřin. Na konci latentní fáze se kontrakce objevují každých 5-7 minut a trvají 30-40 vteřin. Postupně dochází ke spotřebovávání čípku. Děložní hrdlo se zkracuje, až vznikne tenká porodnická branka. Její průměr je ke konci latentní fáze 2-2,5 cm. Během tohoto období dochází k sestupu hlavičky do porodních rovin. Bolestivost děložních

stahů se zvyšuje a projevuje se buď bolestmi v podbříšku, nebo v křížové oblasti. Délka této fáze je závislá na paritě rodičky (Roztočil, 2008, Čech, 2006).

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

První doba porodní je zakončena fází, kdy děložní branka už není hmatná, a je tedy kompletně zašlá. Tehdy její průměr činí asi 11 – 12 cm. Název otevírací doba vyjadřuje základní princip porodního děje v první době porodní – otevírání a rozvíjení porodních cest (Pařízek, 2005). Přibližná doba trvání první doby porodní se u primipar průměrně pohybuje okolo 6-7 hodin a u multipar se jedná o cca 3-4 hodiny (Hájek, 2014).

Během první doby porodní je úlohou porodní asistentky pravidelné sledování ozev plodu stetoskopem v 15-30minutových intervalech, případně kardiokograficky. Poté porodní asistentka u rodičky sleduje pravidelnost děložních stahů, odtok plodové vody (potvrzuje se Temešváryho roztokem – pokud se jedná o odteklou plodovou vodu, vlhká vložka se zbarví na modro), dále porodní asistentka sleduje, jak postupuje porod, vitální funkce a vyprazdňování močového měchýře, který může případně jednorázově vycévkovat. Porodní asistentka dohlédne na přísun tekutin a lehce stravitelné stravy pro ženu (ovšem v omezené míře). Někdy rodička lépe zvládá porodní bolesti pod teplou vodou ve sprše, ve vaně, ve dřepu nebo v lehu na boku. Podle vybavenosti pracoviště a zdravotního stavu je vhodné rodičce umožnit svobodný pohyb a volbu polohy. Všechny údaje zaznamenává porodní asistentka do porodopisu (Simočková, 2011).

Například Romky nechodí ke svému gynekologovi na pravidelné těhotenské prohlídky, proto nevědí, kdy začíná první doba porodní a kdy by se měly dostavit do porodnice. Vlivem toho se nestihne provést běžnou předporodní péči. S Romkami se hůře spolupracuje, jsou nedisciplované a někdy i velmi hlučné. Jak dále uvádí Simočková, předsudky si přinášíme z dětství. Předsudky vedou od homofobie až k projevům rasismu. Proto je výzvou pro porodní asistentky, aby usilovaly o pochopení a překonání předsudků, které jim brání v poskytování kulturně kompetentní ošetrovatelské péče o rodičku. (Simočková, 2011).

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

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

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

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

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

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

Během třetí doby porodní se porodní asistentka postará o placentu. Třetí doba porodní je vedena aktivně (v druhé době porodní se rodičce podají uterotonika - 5j. Oxytocinu i.v.). K rodidlům ženy se položí sterilní emitní miska a postaví se do ní peán

s uchyceným pupečnickem. Sledují se známky odlučování placenty, jako např. při zatlačení na fundus se pupečník nevtahuje dovnitř. Pokud se placenta začíná odlučovat, rodička zatlačí a placenta se uchopí oběma rukama a je vybavena. Dále je nutné zkontrolovat kompletně celistvost placenty a plodových obalů. Pokud je placenta v pořádku, porodní asistentka ji zváží a uloží na určené místo. Případné porodní poranění ošetří lékař za spolupráce porodní asistentky (Sak, 2008).

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

Po porodu placenty a ošetření porodních poranění, jako mohou být ruptury hráze nebo epiziotomie, zůstává následně rodička minimálně dvě hodiny na porodním sále, kde je monitorován její zdravotní stav a zdravotní stav novorozence. Spolu s ní může po prvním ošetření novorozence zůstat i partner rodičky, případně jiný doprovod, pokud to dovoluje zdravotní stav rodičky a novorozence. U rodičky porodní asistentka kontroluje vitální funkce, krvácení z dělohy, zavínování dělohy a bolest. Podporuje se vytváření vazby a náklonnosti mezi novorozencem a jeho matkou. Pro rozvoj laktace je důležité včasné přiložení novorozence k prsu matky. Před převezením rodičky na stanici šestinedělí porodní asistentka opět zkontroluje vitální funkce a krvácení a veškeré prováděné výkony zapíše do dokumentace rodičky. Po převezení na stanici šestinedělí začíná pro ženu období šestinedělí (Simočková, 2011).

Po převozu na oddělení šestinedělí by měla být žena dále monitorována, především co se krvácení týče, které považuji za největší problém, který může nastat po porodu, dále by měla mít na pokoji dostatečné množství tekutin, které jí lépe pomohou zvládnout rekonvalescenci po porodu.

1.2 Definice porodní asistentky

Světová zdravotnická organizace (WHO), Mezinárodní konfederace porodních asistentek (ICM) a Mezinárodní federace gynekologů a porodníků (FIGO) vytvořily v roce 1972 dokument nazvaný Definition of the Midwife (Definice porodní asistentky). Znění tohoto dokumentu bylo poprvé upraveno v roce 1990, druhá úprava se uskutečnila v roce 2005.

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

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

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

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

1.3 Kompetence porodních asistentek a jejich uplatnění

V současné době je stěžejní zákon č. 96 ze dne 4. února 2004 o nelékařských zdravotnických povoláních v platném znění a jeho vyhláška 55/2011 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Podrobná

právní úprava činností, které mohou porodní asistentky vykonávat samostatně, se tedy nalézá v této vyhlášce. Porodní asistentka vede bez odborného dohledu zdravotnickou dokumentaci a pracuje s informačním systémem zdravotnického zařízení. Poskytuje specializovanou ošetrovatelskou péči těhotné ženě, rodící ženě a ženě do ukončeného šestého týdne po porodu prostřednictvím ošetrovatelského procesu.

Přítom zejména může:

- *„poskytovat informace o životosprávě v těhotenství a při kojení, přípravě na porod, ošetření novorozence a o antikoncepci; poskytovat rady a pomoc v otázkách sociálně-právních, popřípadě takovou pomoc zprostředkovat,*
- *provádět návštěvy v rodině těhotné ženy, ženy do šestého týdne po porodu a gynekologicky nemocné, sledovat její zdravotní stav,*
- *podporovat a edukovat ženu v péči o novorozence, včetně podpory kojení a předcházet jeho komplikacím,*
- *diagnostikovat těhotenství, předepisovat, doporučovat nebo provádět vyšetření nutná ke sledování fyziologického těhotenství, sledovat ženu s fyziologickým těhotenstvím, poskytovat jí informace o prevenci komplikací; v případě zjištěného rizika předávat ženu do péče lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví,*
- *sledovat stav plodu v děloze všemi vhodnými klinickými a technickými prostředky, rozpoznávat u matky, plodu nebo novorozence příznaky patologií, které vyžadují zásah lékaře, a pomáhat mu v případě zásahu; při nepřítomnosti lékaře provádět neodkladná opatření,*
- *připravovat rodičku k porodu, pečovat o ni ve všech dobách porodních a vést fyziologický porod, včetně případného nástřihu hráze; v neodkladných případech vést i porod v poloze koncem pánevním; neodkladným případem se rozumí vyšetřovací nebo léčebný výkon nezbytný k záchraně života nebo zdraví,*
- *ošetřovat porodní a poporodní poranění a pečovat o ženu do šestého týdne po porodu,*
- *přejímat, kontrolovat, ukládat léčivé přípravky a manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dostatečnou zásobu,*

- *přijímat, kontrolovat a ukládat zdravotnické prostředky a prádlo, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu,*
- *poskytovat bez odborného dohledu a bez indikace ošetrovatelskou péči fyziologickému novorozenci prostřednictvím ošetrovatelského procesu a provádět jeho první ošetření, včetně případného zahájení okamžité resuscitace,*
- *pod přímým vedením lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví může porodní asistentka asistovat při komplikovaném porodu, při gynekologických výkonech nebo instrumentovat na operačním sále při porodu.“*
(Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2011)

Obor porodní asistence patří mezi regulované profese, má odbornou způsobilost k výkonu povolání. Možnost profesního uplatnění porodní asistentky je velmi rozsáhlá. Dle mezinárodní definice může vykonávat své povolání v jakémkoli prostředí, včetně domácího. Většina porodních asistentek pracuje ve státních zdravotnických zařízeních, jen část vykonává svou práci v nestátních zdravotnických zařízeních. Mezi zařízení, ve kterých může porodní asistentka pracovat, patří:

Porodnicko-gynekologické kliniky - zahrnují péči o ženu s fyziologickým i patologickým těhotenstvím a porodem, péči o matku s novorozencem, ale také o ženu s gynekologickým onemocněním.

Ambulantní zdravotnická zařízení – spolupráce s lékařem v prenatální a gynekologické ordinaci či centra pro léčbu neplodnosti.

Soukromý sektor porodních asistentek – vedení soukromé poradny, kurzů a cvičení. Součástí práce je také návštěvní činnost v přirozeném prostředí klientky.

Tak, jak se rozšiřuje pracovní působíště porodních asistentek, rozšiřuje se i možnost volby pro ženy, nastávající matky a jejich rodiny, která se však neprojevuje pouze v možnosti výběru místa a způsobu porodu, ale i v možnosti odejít domů z porodnice po porodu či po gynekologické operaci dříve a požádat o následnou péči a konzultace porodní asistentku (Malíšková, 2014).

Domnívám se, že práce porodní asistentky v komunitní péči by měla být ústředním polem jejího působení. Každá rodička má nárok na jednu návštěvu porodní asistentky

v průběhu těhotenství a až 3 návštěvy po porodu během šestinedělí, přičemž tuto péči hradí rodičkám zdravotní pojišťovny, proto by každá matka měla této možnosti využít. Další návštěvy jsou možné dle domluvy matky a porodní asistentky. Avšak návštěvní komunitní péče není úplně standardní, je poskytována jen na několika místech v České republice. Je to způsobeno malým počtem soukromých porodních asistentek a dále pak neochotou pojišťoven uzavírat smlouvy s porodními asistentkami o poskytnutí péče. Proto se nejčastěji setkáváme s komunitní péčí ve formě předporodních kurzů a cvičení pro těhotné. Mnohé ženy o této možnosti péče neví a zbytečně se ochuzují o možnost být správně informovány o průběhu porodu a šestinedělí, proto by bylo vhodné se zaměřit na včasnou edukaci o komunitní péči již během návštěv u gynekologa. V ordinaci by jim o komunitní péči mohl sdělit více informací buď samotný lékař, porodní asistentka nebo by mohly být rodičky informovány pomocí letáčků v čekárnách. Jde o péči kontinuální, holistickou a individuální.

2 Multikulturní péče v porodní asistenci

Problematika multikulturalismu dnes zní světovým společenstvím intenzivněji díky možnosti cestování, svobodě člověka a politicko-ekonomické situaci. (Líšková, 2006). Multikulturalismus se začal rozvíjet v USA a Kanadě v průběhu druhé poloviny šedesátých let 20. století v souvislosti s tzv. etnorevitalizačními hnutími, jejichž požadavkem bylo politické „uznání“ svébytnosti různých skupin či komunit, odvolávajících se na společný „etnický původ“. Multikulturalismus je však pojmově stěží definovatelný. Zahrnuje v sobě víru, že lidé s různými kořeny mohou žít pospolu a učit se porozumět obraznosti druhých. Usiluje o vzájemnou komunikaci a soužití přes hranice rasy, jazyka a bez předsudků a iluzí. Obecně lze konstatovat, že použití pojmu multikulturalismus se vždy pojí s představou, že soudobé moderní společnosti jsou protkány kulturními diferencemi, které oddělují různé skupiny obyvatel, přičemž tyto skupiny jsou zpravidla chápány na základě přinejmenším jedné z následujících kategorií: kultura, rasa, etnicita, náboženství atd. Multikulturalismus vždy implikuje přesvědčení, že tyto skupiny si nejsou navzájem rovny (Čeněk, 2016).

Myšlenkou kulturně uzpůsobené ošetrovatelské péče se začala jako první na světě zabývat profesorka Madeleine Leiningerová v padesátých letech 20. století. Transkulturní ošetrovatelství definovala jako: „Transkulturní ošetrovatelství je významná oblast studia a praxe orientovaná na komparativní významy kulturní péče (pečování), víry a praktiky individuů či skupin stejných či odlišných kultur. Cílem transkulturního ošetrovatelství je poskytovat kulturně shodnou a diferencovanou péči praktikovanou pro zdravé a nemocné lidi anebo jim pomáhat čelit nepříznivým lidským podmínkám, chorobě či umírání kulturně vhodným způsobem” (Špirudová, 2006, s. 27).

Pojem transkulturní ošetrovatelství byl přeložen z anglického transcultural nursing (Collyah, 2008). Autoři, kteří se zabývají touto problematikou v České republice, používají častěji termín multikulturní ošetrovatelství. Naopak je tomu v zahraničních publikacích, kde se více vyskytuje termín transkulturní ošetrovatelství (Vrublová, 2011). Já osobně se přikláním spíše k pojmu „transkulturní“, který dle mého názoru lépe vystihuje snahu o společné soužití a pochopení jednotlivých kultur

navzájem. Jedním z hlavních cílů multikulturální ošetrovatelské péče je výchova nové generace zdravotníků a porodních asistentek, vybavených znalostmi, pochopením a vnímavostí tak, aby se lépe orientovala v dynamickém multikulturálním (transkulturálním) světě (Ivanová a kol., 2005).

Na začátku 21. století je problematika migrace jedním z nejdiskutovanějších celosvětových problémů. K nejčastějším důvodům pro migraci obyvatelstva patří hlavně politická, ekonomická, sociální a humanitární situace v rodné zemi migrantů. Mnoho lidí také opouští svou zemi za účelem studijním či pracovním. Migranti z řad cizinců se velmi často mohou setkat s celou řadou problémů. Tyto problémy a náročné životní situace mohou prožívat v podobě kulturního šoku (Špirudová, 2006). Česká republika jako cílový stát pro některé migrující obyvatelstvo by měla být připravena na to, že i zde se budou setkávat lidé různého původu, rasy a náboženství. V České republice je problematice multikulturální péče věnována zvýšená pozornost až v posledním desetiletí. Vzhledem k tomu, že zde počet cizinců rok od roku stoupá (dle Českého statistického úřadu žije na území ČR přibližně 460 000 cizinců), je plně žádoucí, aby zdravotníci byli připraveni pro praxi (Kutnohorská, 2013, Český statistický úřad, 2015).

2.1 Základní pojmy v multikulturální péči

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

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

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

Dalším klíčovým pojmem je v této souvislosti **kultura**. Ta představuje komplexní celek, který zahrnuje všechny náboženské a etické hodnoty a systémy, právní předpisy, poznání, umění a zvyky a schopnosti, které si jedinec jako příslušník společnosti osvojil učením (socializací). Kultura není předávána geneticky a je vždy výsledkem lidské činnosti. Z antropologického hlediska se kultura rozděluje na materiální a nemateriální. K materiální kultuře se řadí např. oblečení, obydlí, náboženské předměty, pomůcky ke stolování a k práci a způsoby, jakými se používají. Nemateriální (duchovní) kultura představuje souhrn zvyků, přesvědčení, postojů a způsobů konání. Nejvšeobecnější dosah má kultura prostřednictvím jazyka, víry, poznání, tvorby, práva a morálky, které vytvářejí kulturní hodnoty (Líšková, 2006). Změna v kulturních vzorech, ať už vědomá, nebo nevědomá, se označuje jako akulturace. Tato změna bývá způsobena intenzivním kontaktem dvou odlišných (dříve oddělených) autonomních socio-kulturních systémů (Ivanová, 2005).

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

S akulturovací do jisté míry souvisí i pojem **asimilace**, kdy se jedná o postupné včleňování např. vietnamského etnika a jeho kultury do kultury majoritního obyvatelstva dané země tak, že znaky původní kultury se ztrácejí a jsou nahrazovány

znaky dominantní, přejímané kultury. V průběhu přirozené, nenásilné asimilace může docházet k vzájemnému obohacování participujících etnických aj. společností.

S procesem asimilace, resp. s jejím chápáním buď jako pozitivního, nebo negativního procesu, jsou spjaty velké potíže. V současnosti jde zejména o to, jak vyřešit rozpor mezi tím, aby se určité etnikum (např. národnostní menšina) adaptovalo v prostředí většinové populace, přijímalo určité prvky dominantní kultury a zároveň aby si uchovalo svou vlastní kulturu a nerozptylovalo se v kultuře dominantní. Posledním vymezeným pojmem v této kapitole je enkulturace (Ivanová, 2005).

Pojem **enkulturace** označuje proces, jímž si člověk během svého života osvojuje kulturu dané společnosti. Do pojmu enkulturace je možné zahrnovat všechny projevy naučeného chování, získávání znalostí a dovedností, díky nimž člověk nabývá kompetence v kultuře své společnosti. Pojem enkulturace je širší než pojem socializace. Např. v procesu enkulturace si dítě osvojuje mateřský jazyk, v procesu socializace se učí, že jej nemá používat k nadávání. Člověk rodící se do příslušné kultury se učí chápat význam daných věcí i celého světa, ve kterém žije. Bez tohoto povědomí není schopen ve společnosti žít, protože by jí nerozuměl. (Pařízek, 2005, Skalková, 2007).

2.2 *Kulturní šok*

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

Kulturní šok je psychologická dezorientace způsobená špatným porozuměním nebo úplným neporozuměním vzorcům cizí kultury. Vzniká nedostatkem znalostí, omezenou zkušeností a osobní rigiditou (Gillernová, 2011). Kulturní šok však není jednorázový a už vůbec se nejedná o rychlý zvrát. Jde o proces trvající několik týdnů až měsíců podle toho, jak je člověk schopen, nebo neschopen přijmout změny, které ho v cizím

prostředí obklopí. Výraz šok používáme proto, že může mít také posttraumatický dopad na chování jedince (Kutnohorská, 2013).

Na vzniku kulturního šoku se podílí mnoho faktorů. Mezi nejčastější patří:

nejistota (zdravotní, finanční, politická, seberealizační),

interpersonální vlivy (věk, pohlaví, jazykové schopnosti, zkušenosti s jinými kulturami),

biologické faktory (výživa a metabolismus, aktivita a odpočinek) a

interpersonální faktory, jako je např. navazování nových vztahů a komunikativní schopnosti s lidmi z nové kultury (Lišková, 2006).

Kulturní šok probíhá ve 4 fázích.

- v první fázi, tzv. fázi nadšení, je člověk fascinován novými lidmi a novou kulturou.
- v druhé fázi, tzv. fázi frustrace, se jedná o období krize, kdy člověk začíná mít problémy, které se postupně prohlubují, život v nové kultuře se stává složitým (složitá je komunikace, včlenění se do sociálních vazeb).
- pro třetí fázi obratu je charakteristické poznání – člověk se učí zvládat různé situace. Učí se, jak komunikovat (nakoupit, domluvit si schůzku, jíst ve společnosti, řešit problémy na úřadech), učí se pravidla kultury, získává mezikulturní kompetence.
- v poslední fázi, tzv. fázi přizpůsobení, se již přizpůsobí nové kultuře. Je to období, kdy se člověk opět raduje z nové kultury, váží si jí i lidí kolem (Ivanová, 2005).

Myslím, že kulturní šok má pro ošetrovatelskou praxi velký význam. Ženy respektují, vnímají a tolerují kulturu majority také podle toho, v jaké fázi kulturního šoku se nacházejí. Porodní asistentka by neměla opomenout v ošetrovatelské anamnéze zjistit, jak dlouho rodička na území České republiky pobývá a jak se integrovala do majoritní společnosti.

Vliv na přijímání jiné kultury má také fakt, zda rodička usiluje o získání českého státního občanství. U lidí, kteří již občanství získali, lze předvídat, že jsou zcela integrování, i přestože jejich identita v sobě spojuje vztah ke své původní kultuře i ke kultuře majoritní společnosti, která postupem času převládá (Kudlová, 2006).

2.3 *Model vycházejícího slunce Madeleine Leininger*

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

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

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

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

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

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

Poslední složkou modelu vycházejícího slunce jsou typy péče. Podle stavu, problémů a potřeb ženy se může kulturní péče realizovat třemi způsoby, a to kulturní péčí pomáhající uchovat nebo získat zdraví, kulturní péčí umožňující adaptaci a kulturní péčí pomáhající uskutečnit změnu (Simočková, 2011).

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

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

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

zaměřená především na reprodukční zdraví, těhotenství, plánované rodičovství a antikoncepci (Simočková, 2011).

Ivanová (2005) a Pavlíková (2005) popsali Leiningerové model zjednodušeněji a rozdělily ho do čtyř úrovní.

První úroveň představuje filosofický názor a úroveň sociálního systému, který má vliv na danou kulturu.

Druhá úroveň poskytuje poznatky o jednotlivcích, rodinách, skupinách a institucích v různých podobách zdravotnického systému, zároveň charakterizuje kulturně specifické obsahy a projevy ve vztahu ke zdraví i k ošetrovatelské péči.

Třetí úroveň popisuje jednotlivé zdravotnické systémy a jejich specifické rysy, soustřeďuje se na lidový i profesionální zdravotnický systém a na ošetrovatelství jako takové.

Čtvrtá úroveň je o rozhodování a poskytování ošetrovatelské péče přiměřené (kongruentní) příjemcům, jedná se o péči ušitou „na míru“ dle jejich potřeb.

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

Modelu vycházejícího slunce je však vytýkána jeho složitost, která může některé čtenáře odradit či vést k nesprávné interpretaci. Přesto tento model tvoří jádro transkulturního ošetrovatelství (Mastiliaková, 2005).

Rozvojem teorie transkulturního ošetrovatelství se zabývají i další představitelé. Mezi nejvýznamnější patří Joyce Newman Giger a Ruth Davizdar. V roce 1988 vytvořily model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče pro potřeby studentů pregraduálního studia ošetrovatelství k usnadnění hodnocení a poskytování péče pacientům odlišného etnika. Model usnadňuje a urychluje celostní, kulturně ohleduplné ošetrovatelské hodnocení stavu potřeb pacientky a tím také zkvalitňuje poskytovanou péči. Model přijímá praktické potřeby zdravotníků průběžně hodnotit kulturní proměnné v ošetrovatelském procesu a jejich vlivy na chování v nemoci i ve zdraví (původní model M. Leiningerové byl kritizován praktikujícími zdravotníky za to, že je velmi

obtížně implementovatelný do každodenní přímé péče o konkrétní pacientky a jejich rodinné příslušníky). Autorky modelu ovšem vycházejí z teorie M. Leininger. Navíc však rozpracovávají další oblast transkulturní péče – hodnocení stavu potřeb klienta a ošetrovatelské intervence. Jejich model postuluje, že každý jedinec je kulturně unikátní a má být hodnocen v šesti kulturních fenoménech, kterými jsou: komunikace, interpersonální prostor, sociální začlenění, čas, individuem kontrolované prostředí a biologické variace. Metaparadigma modelu Gigerové-Davidhizarové zahrnuje: transkulturní ošetrovatelství, kulturně kompetentní péči, kulturní jedinečnost individuů, kulturně citlivé prostředí (znalost kulturních poměrů pomáhá porodní asistentce při plánování a implementaci vhodného léčebného režimu) a zdraví a zdravotní status. Model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče v ošetrovatelské praxi usnadňuje a urychluje zhodnocení stavu potřeb klienta a celkově tak zefektivňuje ošetrovatelskou práci. Cílem tohoto modelu je přistupovat k člověku jako unikátnímu jedinci (Ivanová, 2005).

Mezi další představitele transkulturní péče patří Irena Papadopoulos, která učila všeobecné sestry a porodní asistentky, ale pracovala především v komunitní péči, kde se mohla setkávat s pacienty a jejich rodinami v jejich vlastním světě. Její zkušenosti s komunitní péčí v roce 1980 stejně jako její vlastní životní zkušenosti ovlivnily její názor, že pečovatelské a zdravotní služby neuspokojovaly potřeby multikulturních uživatelů. Proto se stala učitelkou pro zdravotní sestry, které chtějí ovlivnit způsob, jakým budou poskytovat pečovatelskou službu pro své budoucí pacienty z jiných minorit. Zabývá se zkoumáním transkulturně kompetentní péče již více než 20 let. V současné době koordinuje řadu projektů na kulturně kompetentní téma. Je autorkou tří knih o transkulturním zdraví (jedna z nich vyšla v Řecku), četných knižních kapitol, článků a výzkumných zpráv a dále přednáší na konferencích v řadě zemí. Je odborníkem na mezinárodní transkulturní ošetrovatelství, zakládající členkou a čestnou předsedkyní ETNA (European Transcultural Nursing Association) a v současné době jeho zvolenou prezidentkou. Působí jako profesorka transkulturního zdraví a ošetrovatelství od roku 2002 a od roku 1995 je zakladatelkou a ředitelkou

Výzkumného centra pro transkulturní studium v oblasti zdraví na Middlesex University
(Reclaiming compassion at the heart of Nursing, 2015).

3 Vybrané národnostní a etnické menšiny v České republice

Národnostní menšina – pod termín „národnostní menšina“ se dá skrýt mnoho druhů a kategorií etnických skupin. Dalším problémem je, že se některé národnosti oddělují na základě náboženství nebo jiného etnického kritéria a vznikají tak skupiny náboženských nebo rasových menšin. Národnostní menšina je společenství občanů České republiky žijících na území současné České republiky, kteří se odlišují od ostatních občanů zpravidla společným etnickým původem, jazykem, kulturou a tradicemi, tvoří početní menšinu obyvatelstva a zároveň projevují vůli být považováni za národnostní menšinu za účelem společného úsilí o zachování a rozvoj vlastní svébytnosti, jazyka a kultury a zároveň za účelem vyjádření a ochrany zájmů jejich společenství, které se historicky utvořilo. Příslušníkem národnostní menšiny je občan České republiky, který se hlásí k jiné než české národnosti a projevuje přání být považován za příslušníka národnostní menšiny spolu s dalšími, kteří se hlásí ke stejné národnosti (Ivanová, 2005). Pokud chce menšina v majoritním státě spokojeně fungovat, musí s dominantní společností vycházet (Eriksen, 2012).

Etnická skupina – za člena této skupiny se považuje osoba, která se do ní narodila, a členové, kteří pociťují sounáležitost s touto skupinou lidí. Etnická skupina vznikla ze skupiny sociální, která má společné, ale i specifické rysy, jako jsou náboženství, řeč, jazyk, kultura, barva kůže, původ předků aj. Společně udržují zvyky a kulturu vůbec a předávají ji dalším generacím (Ivanová, 2005).

Pokud se hovoří o přistěhovalcích, člověk tím většinou myslí ne-evropské imigranty. Za imigranta je tedy považován ten, kdo se významně kulturně odlišuje. Např. děti imigrantů, žijící se svými rodiči na jiném území, než je jejich rodné, se daleko lépe přizpůsobí hodnotám majoritní společnosti než jejich rodiče (Eriksen, 2012).

3.1 Zvláštnosti multikulturní péče u romských žen

Romové jsou od roku 1991 u nás akceptovanou minoritou. Představují se jako skutečná evropská menšina, protože žijí téměř ve většině evropských zemí (Jakoubek,

2009). V současné době tvoří Romové největší etnickou skupinu v České republice. Na našem území se Romové nejčastěji usadili v Ústeckém, Moravsko-slezském a Středočeském kraji. Ze sčítání lidu v roce 2011 je patrné, že se k romské menšině žijící na území ČR hlásilo asi 5 200 lidí. Zahrneme-li i osoby s dvojí národností, a to českou a romskou, přičteme asi 7 030 osob. (Český statistický úřad, 2013) Je jasné, že takový počet Romů, kteří se přihlásili ke své národnosti, neodpovídá realitě. Strážlivé odhady tvrdí, že romských občanů je zde asi 200–300 tisíc (Navrátil, 2003). U nás jsou Romové nejpočetnější etnickou menšinou, ale pouze asi 12 000 Romů je ochotno hlásit se ke své národnosti. A proč se nehlásí? Je několik důvodů, proč tomu tak je. Někteří se bojí toho, co by okolí řeklo na to, že jsou romské národnosti, nebo se tak vžili do české, že už se necítí být součástí romské menšiny a převažuje u nich česká národnost.

Mezi tradičním způsobem života Romů a Čechů existují rozdíly, které vyplývají z odlišného pojetí života. Rozdíly jsou zejména dány odlišnou demografickou strukturou komunity (Koptíková, 2012; Tóthová, 2012).

Jazyk a komunikace – jejich projev je velmi pocitový, to, jak a co cítí v dané chvíli, to se projeví v jejich neverbální i verbální komunikaci (Kudlová, 2010).

Romštinu jako svůj jazyk samozřejmě preferují, ale co se týká češtiny – tu ovládají také velmi dobře. Jejich jazyk se skládá z více dialektů, ale i různě mluvící Romové z jiné části světa se spolu více či méně dobře dorozumí. U nás jsou tři nejrozšířenější dialekty, a to: slovenský, maďarský a poslední olašský. Na území ČR je z 80 % rozšířen dialekt slovenský a po 10 % je to dialekt maďarský a olašský. Co se týká olašského dialektu, tak tímto dialektem se Romové nejlépe domluví s jinými Romy po celém světě (Plevová, 2011).

Životní styl a rodina – Romové vůbec nejsou homogenní etnikum, ani nejsou nijak jednotní, ale spíše se jedná o vnitřně diferencovanou společnost dle rodových linií a jiných jednotlivých skupin (Davidová, 2014). Rozdíly můžeme spatřit například v jazykové rovině, v typech povolání, která si volí, ve zvycích a v celkovém životním stylu. (Fónadová, 2014). Co se týká školní docházky u Romů, tak většina z nich ani neumí číst a psát, zato počítat umí všichni a dobře. Škola je u nich často na posledním místě až po hmotných věcech a dostatku peněz. U Romů chybí jakákoliv předškolní

příprava, a pokud dítě chodí do školky, tak má téměř poloviční slovní zásobu (Kudlová, 2010). Oproti Čechovi má Rom jiné hodnoty, kterým dává přednost, například Rom se více stará o svou rodinu a dává jí přednost třeba před svou prací (Plevová, 2011).

Rodina je výrazně patriarchální, obvykle má jednoho mužského předka a jedno společné příjmení. Romská rodina je tří- a vícegenerační a zároveň výrazně sociálně závislá na příbuzenstvu. Čím má člen rodiny vyšší věk, tím vyšší má postavení v hierarchii rodiny a v romské společnosti. Pokud mluví Češi o rodině, mají většinou na mysli svoji ženu, muže, děti, rodiče a sourozence. Ostatní považujeme spíše za vzdálenější příbuzné. Romové považují za blízké příbuzné všechny a romština má na rozdíl od českého jazyka pojmenování i pro děti sestřenic nebo bratranců (Štěpařová, 2005).

Co se týká integrace Romů na území ČR, ukázalo se, že jsou podrobena tzv. trojímu vyloučení. Romové téměř nejsou viděni ve vládních a parlamentních politických sférách, což značí vyloučení politické. Velmi vysoké počty romských dětí ve zvláštních školách, minimum Romů se středoškolským a vysokoškolským vzděláním svědčí o vyloučení kulturním. Vyloučení sociálně-ekonomické zapříčinila 75% nezaměstnanost, velice nízké standardy, které se týkají hlavně zdraví a bydlení (Barša, 2003). Rodina u Romů zvyšuje svoji prestiž vysokým počtem porozených dětí, především chlapců. Přáním každého otce je, aby prvorozený byl syn, tak je to i u Romů, matky si ale v koutku duše přejí, aby to bylo děvče, které by jí pomohlo s ženskými pracemi (Plevová, 2011).

Podle Příručky pro jednání s romskou komunitou v oblasti zdravotních služeb (2004) je v rámci ČR velmi málo validních informací, týkajících se zdravotního stavu romské populace. I přesto proběhly v této oblasti některé výzkumy a analýzy. Závěry z výzkumů z oblasti zdraví romských žen:

- Vysoká míra plodnosti začínající těhotenstvím a plodností v nízkém věku, která pokračuje i do věku vyššího.
- Špatná informovanost v souvislosti s plánováním rodiny. Některé metody kontroly porodnosti nepoužívají, protože jsou pro ně buď neznámé, nebo u nich panuje stále mnoho mýtů.

- Velmi špatná prevence gynekologických chorob.

Tóthová (2012) upozorňuje na fakt, že romské děti mají nižší porodní váhu než děti neromské. Nízká porodní váha romských dětí je podvážou pouze z hlediska neromských norem. Mnohdy předčasně narozené romské děti prospívají mnohem lépe než neromské děti stejné váhy. Proto se doporučuje, aby se norma pro podváhu romských dětí snížila na hodnotu 2 250 g.

Postavení ženy - Mezi rolí muže a ženy jsou viditelné rozdíly. Role romské ženy spočívá v zabezpečení chodu rodiny a výchově dětí. Hlavou rodiny je muž, který rozhoduje a zároveň nese zodpovědnost za celou rodinu. Vnější ukazatelem podřízeného postavení ženy je zvyk, že chodí několik kroků za mužem (Špirudová a kol., 2005). Postavení ženy v romské komunitě je upevňováno opakovaným mateřstvím. Děti jsou bohatstvím rodiny. Štěpařová (2005) dodává, že se mezi Romy říká, jestliže má žena dvě nebo tři děti, není to ještě žádná matka.

Reprodukční období - Délka reprodukčního období u romských žen je větší (začíná a končí později). Intervaly mezi jednotlivými porody jsou krátké, mnoho z nich má další dítě během jednoho roku. Romské ženy zřídka používají antikoncepci (Tóthová, 2012). Jak uvádí Příručka pro jednání s romskou komunitou v oblasti zdravotních služeb (2007, s. 15), „dívky jsou připravovány na sňatek již ve velmi mladém věku a předpokládá se, že převzou na svá bedra reprodukční činnost. Na sex je často pohlíženo jako na tabu, což bychom měli mít na mysli vždy, když se dotýkáme čehokoli, co je spojeno se sexuální výchovou, plánováním rodiny či prevencí gynekologických chorob“.

Těhotenství - Podle Ivanové a kol. (2005) Romové věří, že těhotná žena je „požehnaná“ a zároveň přináší štěstí. Těhotné romské ženy se musí řídit zvláštními pravidly na ochranu plodu, nesmí se dívat na postižené lidi a zesnulé. Houdek (2009) ve svém článku podrobně popisuje další rituály na ochranu nenarozeného dítěte. Těhotná žena nesmí pohlédnout na březí zvíře, zejména psa nebo krávu. Dále nesmí pohlédnout na hada, protože by tím způsobila oslepnutí dítěte. Rituály na ochranu plodu se zabývá i Tóthová (2012), která uvádí, že těhotná žena musí podle tradice dostat k jídlu vše, na co má chuť.

Porod - Dříve bylo zvykem pro romské ženy porodit doma. Přestože se v současné době podvolily majoritní společnosti a rodí ve zdravotnických zařízeních, velmi jim chybí podpora vlastní rodiny. Proto je pro Romy charakteristické to, že většina rodiny tráví čas v okolí porodnice. Ženy jsou při hospitalizaci úzkostnější a špatně ji snášejí. Romové pocítují velký strach z bolesti, jsou často velmi emotivní a nahlas sténají. Stejně je tomu také během porodu. Rady od zdravotnického personálu mohou pocítovat jako nespravedlnost a zároveň se mohou cítit dotčeně (Ivanová a kol., 2005). Velký rozdíl v prožívání porodu je vidět především ve srovnání s vietnamskými rodičkami, které na rozdíl od romských žen nejsou tak emotivní a bolest z porodu neprožívají tak otevřeně a hlučně.

3.2 Zvláštnosti multikulturní péče u muslimských žen

Vnímání arabské minority v ČR je na základě zpráv o terorismu a násilí, které slyšíme z médií, poměrně zkreslené. Zmínka o arabské menšině ve světě je docela častá, ale zmínka o arabské menšině v ČR není již tak častá nebo spíše není žádná. Je toz toho důvodu, že Arabové se v ČR nevyskytují v takové míře jako jinde na světě. (Doláková, 2012) Např. bývalé koloniální mocnosti, jako byla Francie nebo Velká Británie, řešily problémy proudících muslimů víc než jiné země (Soukup, 2011). Na začátku jedenadvacátého století se 1,4 miliardy osob hlásilo k praktikování islámu. Islám je tedy po křesťanství druhé největší světové náboženství. Ke křesťanství se hlásí přibližně 2,2 miliardy lidí (Janda, 2010).

Islám je arabské slovo, které v překladu znamená „oddát se“. Muslim (vyznavač islámského náboženství) je ten, který se „podřizuje vůli Alláha“. Islám je jedno z nejmladších monoteistických náboženství a navíc je v současné době nejrychleji vzrůstající. Islám není jen nauka o víře, ale pomocí předepsaných způsobů chování utváří i životní styl věřících (Ivanová a kol., 2005; Keen, 2003). Podle Vojtíška (2004) v České republice neexistují oficiální statistiky o počtu žijících muslimů na našem území, jejich počet se přesto odhaduje na 10 tisíc osob. V islámské kultuře je považováno za tabu mluvit o následujících tématech:

- Rodinné a intimní problémy: zvláště v případě, kdy je veden rozhovor s osobou opačného pohlaví.
- Fyziologické funkce: stydí se bavit se o základních fyziologických funkcích, jako je močení, stolice, výtok aj.
- Těhotenství: muslimské ženy o těhotenství s mužem nemluví.
- Rodinný stav: otázka zjišťující rodinný stav je svobodnými staršími osobami vnímána jako nepříjemná, protože nebýt v manželském svazku je považováno za poskvrnu.
- Počet dětí: dále se nehodí ptát svobodné muslimské ženy, zda má děti, neboť nemanželský styk je zakázán (Ivanová a kol., 2005). Pokud jsou ženy vyšetřovány lékařem, může dojít k těžkostem. Naopak před lékařkou se ženy nestydí. V případě, že není možné zajistit lékařku, je důležité muslimské klientce sdělit, že znáte boží příkázání její víry a vysvětlit jí, proč není možné, aby byla vyšetřena příslušnicí stejného pohlaví (Ralbovská, 2010).

Jazyk a komunikace – Jazykem úředním je ve Spojených arabských emirátech arabština, ale u obchodování se mluví anglicky, tak je to i při domlouvání se s jinými etnickými komunitami.

Životní styl – muslimské komunity se nejčastěji objevovaly v Praze, na Zlínsku a v Brně. Členové komunit se snažili alespoň propagovat časopis Hlas, který dodnes slouží jako periodikum v ústředních muslimských náboženských obcích. Čeští muslimové jsou inteligentní lidé, kteří se snaží integrovat do naší společnosti. Velikým problémem byla snaha postavit na našem území mešity. To se poprvé podařilo v Brně v roce 1998 a později i v Praze (Doláková, 2012).

Struktura rodiny - Muslimové pokládají rodinu za základ společnosti a manželství za páteř rodinného života. Muslimská rodina je označována za společenskou skupinu, kde jsou členové svázáni pokrevními či příbuzenskými pouty. Toto rodinné pouto stanovuje práva i povinnosti předepsané náboženstvím. Na výběru budoucího partnera se podílí celá rodina. Ta má velký význam: zajišťuje ochranu, jistotu a zaopatření jejích členů. Žije v ní často i více generací pod jednou střechou.

Muž v islámu je hlavou rodiny, reprezentuje ji a komunikuje s vnějším světem. V době jeho nepřítomnosti roli přejímá nejstarší syn. (Ivanová a kol., 2005; Keen 2008).

Postavení ženy - Muslimští právníci vypracovali podle koránských a Mohamedových výroků velmi podrobný systém rodinného práva. Nerovnoměrné postavení přisuzuje ženám tzv. šaría, která stanovuje: podřízenost v manželství, nemožnost sňatku s jinověrcem, znevýhodnění oproti mužovu právu na polygami (až do počtu čtyř současných manželek) a absenci práva muslimských žen (oproti mužům) na snadný rozvod. Povinností muslimské ženy je starat se o dům a rodinu. Dům je místem, kde tráví nejvíce času. Na ženu jsou kladena různá omezení, především co se týče jejího pobytu na veřejnosti: nesmí se pohybovat sama, bez doprovodu mužského příbuzného. Její tělo musí být kromě obličeje a rukou od zápěstí celé zahaleno. Intimní oblast je u muslimských žen od krku až po kolena (Ralbovská, 2010).

Antikoncepce, interrupce a umělé oplodnění - Cardini (2004) uvádí, že islámské náboženství oslovuje muslimy, aby měli hodně dětí, a antikoncepci nezakazuje. Antikoncepční metody jsou přípustné v případě, že se na jejich použití oba manželé dohodnou. Striktně zakazuje přerušit těhotenství, výjimkou jsou tyto případy: těhotenství ohrožuje matku na životě; pokud je prokázáno, že by se dítě narodilo poškozené či znetvořené; dále je interrupce povolena, jestliže k otěhotnění došlo po znásilnění a existuje zde obava z psychického traumatu. Žádost o potrat a jeho souhlas musí podepsat oba partneři. Dále se náboženskými předpisy týkajícími se porodnosti v islámských zemích zabývá i Macháček (2002), který tvrdí, že „umělé oplodnění je považováno za přípustné, ale jedině prostřednictvím semene zákonného manžela. Cizí dárce nepřichází v úvahu, neboť není myslitelné, aby takto narozené dítě neslo cizí rysy“.

3.3 Zvláštnosti multikulturní péče u vietnamských žen

Vietnamské etnikum je skupina lidí, kteří mají společný rasový původ, obvykle společný jazyk a sdílejí společnou kulturu (Slezáková, 2007).

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

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

Jazyk a komunikace - Úředním jazykem je vietnamština, různé dialekty, ale hovoří se i čínsky a francouzsky. (Ivanová, 2005) Jazyk je tzv. tonální, což znamená, že rozlišuje 6 tónů, které se určitým způsobem zapisují latinkovým písmem, tónovými značkami a mnoha diakritickými znaménky. Slovní zásoba je tvořena jednoslabičnými slovy. Zajímavostí je, že ve vietnamštině nenalezneme téměř žádný zápor, což je spojeno s buddhistickou filozofií, kde je nesouhlas vnímán jako nezdvořilost (Tóthová, 2010). V otázce původu jazyka mají jazykovědci veliké potíže, ale je jasné, že

vietnamštinu ovlivnila čínština, thajština a khmerština. Když přijedete do Vietnamu, přízeň obyvatel si nezískáte lépe, než že se budete snažit s nimi domluvit jejich rodnou mateřštinou (Dodd, 2014). Při podání pravé ruky je zvykem ještě obě podané ruce jemně stisknout rukou levou. Za velikou neslušnost až nezdvořilost považují při rozhovoru přímý pohled do očí, mohou si myslet, že se nad nimi povyšujete. Životní styl a rodina – jsou uzavření do sebe.

Rodina a vztahy - Vietnamská komunita je typická svou uzavřeností, níž mají Vietnamci několik důvodů. Především je to velká odlišnost obou kultur, vietnamské a české. Tyto odlišnosti znamenají velký kulturní šok, který se může zmírnit jen osobním stykem vietnamské a české kultury. Uzavřenost vietnamské komunity byla způsobena také skutečností, že šlo o rodiny s příbuznými, kteří udržovali úzké vazby většinou jen mezi sebou (Marádová, 2006). Mezilidské vztahy ve Vietnamu byly jak v rámci rodiny, tak i v celé společnosti zřetelně ovlivněny konfucianismem. Vietnamci jako podstatnou hodnotu vyznávají skromnost a pokoru, stejně jako soulad s ostatními lidmi. Rodina hrála a stále hraje velice důležitou úlohu v životě Vietnamců. Za bezprostřední rodinu nejsou považováni jen rodiče a děti, ale i prarodiče, sestřenice a bratrance a jejich rodiče. Ve Vietnamu dědí prvorozený syn veškerý rodinný majetek.

Rodinné neshody a problémy se často řeší v rámci rodiny a není standardní se okamžitě dovolávat soudu. Děti navíc k rodičům chovají úctu a oddanost zcela přirozeně, rodiče proto zpravidla nepotřebovali podpírat svou autoritu zákonem. Zdvořilý způsob chování a pocit zodpovědnosti vůči své rodině včetně prarodičů je ve Vietnamcích velmi silně vžitý. Vietnamci neopouštějí své staré rodiče, pečují o ně a starají se až do konce života o jejich potřeby. Rodinné vztahy jsou obecně pevnější a vřelejší než v ČR, a to právě i mezi vzdálenými příbuznými. Soužití rodinných příslušníků tak může být i třígenerační. Starším členům rodiny se prokazuje úcta (Plevová, 2011).

Velice zakořeněná je tradice uctívání předků. Ve svých domovech mívají Vietnamci oltáře předků, které pravděpodobně mají i ve svých domovech v ČR. Hlavou rodiny je většinou nejstarší mužský člen, tzn. obvykle otec rodiny, který má ale společnou zodpovědnost se svou manželkou. Ovšem v moderním pojetí rodiny to může být již poněkud odlišné. Pro Vietnamce je důležité vzdělání, a to zejména pro jejich děti. Ty

jsou vychovávány v pevném řádu. Každopádně je kladen velký důraz na soudržnost a vzájemnou výpomoc rodinných příslušníků (Zvolánek, 2010).

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

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

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

Těhotenství - Mocková (2006) popisuje, že těhotenství je pro vietnamskou ženu velkým darem za předpokladu, že je vdaná. Podle vietnamských nepsaných zákonů je samozřejmým předpokladem toho, aby mohlo dítě přijít na svět, právě manželství. Vietnamci označují ženu, která se do třiceti let neprovdá a nemá děti, jako za tu, kterou nikdo nechce. Vietnamské ženy věnují těhotenství hodně pozornosti. Přístupují k němu velmi zodpovědně. Těhotné ženy musí být v teple, dále musí dodržovat speciální hygienu (na čištění zubů používat slanou vodu) a nesmí vykonávat namáhavou práci, zvláště potom v posledním trimestru těhotenství. V rámci náhlé prohlídky je lepší si přizvat jednoho člena rodiny, kterého si Vietnamka sama určí. Vietnamci jsou velmi stydliví, zvláště pak vietnamské ženy. Člen rodiny může být navíc nápomocen i jako tlumočník (Ivanová a kol., 2005).

Porod - Jestliže s těhotnou Vietnamkou navštěvuje předporodní kurzy i její přítel/manžel, předpokládá se, že bude chtít být i u porodu. Některé vietnamské ženy mají strach z porodu v nemocnicích. Jednou z příčin je to, že v České republice nosí zdravotníci bílé pracovní oděvy. Tato barva je ve Vietnamu symbolem smrti. Na vietnamské rodičky působí mnohem lépe, nosí-li zdravotníci oblečení jiné barvy.

Během samotného porodu jsou vietnamské ženy velmi stoické. Téměř nikdy nevyžadují žádná analgetika. Speciálním rituálem před porodem je koupel za přítomnosti matky, sestry či kamarádky. Vietnamské rodičky odmítají jakýkoliv pro ně „agresivní zákrok“ a o všem se radí se svým manželem. Preferují raději vaginální porod před císařským řezem (Mocková, 2006).

4 Interkulturní komunikace

Interkulturní komunikací rozumíme druh komunikace, které se účastní příslušníci odlišných kultur. Vyznačuje se tím, že její účastníci naráží na rozdíly ve vzájemných komunikačních stylech a na rozdílné chování a vnímání. Interkulturní kontakt může způsobit nejistotu a nesoulad, protože člověk je nejen vystaven cizímu jazyku, ale i neznámému chování a používání neverbálních výrazů. Interpretace verbální i neverbální zprávy je v interkulturní situaci mnohem obtížnější než při běžné komunikaci monokulturní (Morgensternová, 2011).

Komunikace je v obecné rovině definovaná jako sdělování informací prostřednictvím nejrůznějších signálů a prostředků: slovem, písmem, gesty a dalším neverbálním chováním, pomocí tisku, rozhlasu či dalších médií. Kdykoliv dochází mezi lidmi k interakci, nevyhnutelně dojde k jisté komunikaci. Komunikace tvoří základ veškeré ošetrovatelské péče (Jarošová, 2000).

V ošetrovatelské praxi se můžeme setkat se třemi druhy komunikace. Jde o komunikaci sociální, strukturovanou a komunikaci terapeutickou (léčebnou). K sociální komunikaci dochází především při neformálních rozhovorech, a to většinou neplánovaně. Strukturovaná komunikace, jak vypovídá z názvu, má určitou strukturu a je plánovaná, např. ji využijeme při předoperačním rozhovoru s rodičkou o pooperační a následné péči o rodičku samotnou. Třetí, terapeutická (léčebná) komunikace se vysvětluje jako proces, který pomáhá překonat přechodný stres, přizpůsobit se nevratným skutečnostem a dobře vycházet s lidmi (Hlinovská, 2011). Mezi největší bariéry lidí různých etnik a kultur patří jazyk, neverbální komunikace a různé rituály. Od porodní asistentky se vyžaduje, aby se naučila vzorce chování a pravidla interakce v odlišných kulturách a dále by měla mít schopnost rozeznat podněty, které ji nabádají k začátku komunikace (Plevová, 2011). První podmínkou komunikace mezi rodičkou a porodní asistentkou je vzájemné porozumění a vcítění neboli empatie. Empatie probíhá většinou neverbálně, protože se snažíme porozumět situaci rodičky, snažíme se srovnat její a mé pocity, prostě se do ženy snažíme vcítit, je to řeč emocí uskutečňovaná beze slov (Janáčková, 2008).

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

Při komunikaci se členem jiné minority by měla porodní asistentka počítat s tím, že bude potřebovat více času, obzvláště v situaci, kdy rodička hovoří pouze svým rodným jazykem. I při komunikaci s rodičkou z jiné kultury jsou vždy na prvním místě zásady slušného chování. Pozdrav, oslovení a také slova „děkuji“ a „prosím“ by měla být samozřejmostí (Hornáková, 2008).

Pár dobrých doporučení, která by měla porodní asistentka respektovat při komunikaci s pacientem z jiné kultury:

- přijít na to, v jakém jazyce je rodička schopna se dorozumět, popřípadě zajistit tlumočnicka,
- hovořit pomalu, artikulovaně, používat jednoduché a krátké věty,
- vhodné by bylo naučit se pár základních slov pro komunikaci v jazyce rodičky,
- nespěchat, udělat si dostatek času na komunikaci s rodičkou, pozorně naslouchat,
- poskytnout rodičce informační materiály v jejím jazyce, na doplnění informací použít piktogramy a různé obrázky,
- respektovat rodičku i s jejími zvyky, vyhnout se předsudkům (Plevová, 2011).

Například pro Vietnamce je velmi důležitá neverbální komunikace, která při neznalosti jazyka přebírá rozhodující význam. Protože se mimoslovní vietnamská komunikace od naší velmi liší, může být důvodem častých nedorozumění. Například podání jen jedné ruky nebo podání předmětu jen jednou rukou může Vietnamec vnímat jako neuctivé. Přímý pohled do očí je ve Vietnamu nezdvořilý, spíše je považován za

domýšlivost. Je-li noha přehozena přes nohu, nesmí špička přehozené nohy ukazovat na partnera sedícího naproti – to by znamenalo nadřazenost. Podobně ruce zkřížené na prsou mají důležitý význam – vyjadřují rozčilení nad obsahem rozhovoru. Dlouhý nehet znamená, že jeho nositel je intelektuál a nemusí fyzicky pracovat. Hlazení po vlasech a jiné dotýkání se hlavy je výrazem velké neúcty i vůči dětem a je společensky nepřijatelné. Objímání se mezi přáteli a známými je sice běžné, ale líbání mileneckých dvojic na veřejných místech je ve Vietnamu naprosto nepřijatelné. U nás běžné smrkání do kapesníku na veřejnosti je ve Vietnamu vnímáno jako neslušné a směšné. Naopak mlaskání a říhání během jídla je pochvalou hostiteli a výrazem spokojenosti. Hádky a hlasité diskuze jsou pro Vietnamce nepřijemné a nezvyklé. Úsměv Vietnamců je třeba vnímat jinak než úsměvy Evropanů. Úsměv má v Asii (a tedy i ve Vietnamu) kromě pro nás obvyklého významu – humoru, veselosti i další významy. Může vyjadřovat např. i pocit nepřijemnosti, velké nesnáze, ale také omluvu, pokud Vietnamec nerozumí.

Pokud nechce mít porodní asistentka problémy, měla by alespoň tyto základní zásady neverbální komunikace ovládat. Předejde tak mnoha nedorozuměním (Marádová, 2006).

4.1 *Role porodní asistentky při porodu ženy odlišné národnosti*

Jazyková bariéra a s ní související nedostatek informací může u rodiček vyvolat frustraci, strach, úzkost, hněv, smutek a mnoho dalších negativních emocí, které jsou projevem neuspokojených základních lidských potřeb, jako jsou jistota a bezpečí. Jazyková bariéra způsobuje značné nesnáze při příjmu rodičky na porodní sál. Velký problém nastává s informovaným souhlasem. Vlivem této bariéry je komplikovaný rozhodovací proces rodičky s dalším postupem na porodním sále. Porodní asistentka se musí připravit na jazykové, ale i kulturní bariéry, uvažuje o možných předsudcích na obou stranách. Musí počítat s tím, že při komunikaci s cizinkou bude potřebovat dostatek času, zvláště když neovládá její mateřský jazyk. Hovoří pomalu, zřetelně vyslovuje, ale nezvyšuje svůj hlas. Používá jednoduché věty. Neměla by se zapomenout představit a sdělit, na jaké pozici pracuje. Samozřejmostí by měl být pozdrav a oslovení pacientky jménem. Při komunikaci se dívá na rodičku

a snaží se zřetelně komunikovat. Obličej, zvláště oči a ústa jsou hlavním nonverbálním komunikačním prostředkem. Porodní asistentka se snaží navodit klidnou atmosféru. Děložní kontrakce, stres a strach zhoršují schopnost vyjadřování. Může použít obrázky a gesta, které ulehčí rodičce pochopení problému. Dá rodičce možnost, aby se mohla vyjádřit pomocí kresby. Pokud přichází do častého kontaktu s rodičkami z odlišných minorit, je vhodné naučit se v jejich jazyce alespoň základní pozdrav. Tímto způsobem rodička vidí, že o ni porodní asistentka projevuje zájem. Pokud není k dispozici tlumočnický, je možno využít slovník (Elbertová, 2010).

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

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

Není vhodné sdělovat rodičce závažnost jejího stavu bez konzultace s hlavou rodiny, protože rodina často nechce, aby byla rodička ve stresu a měla ještě více obav. Soukromí a stud jsou důležité při pobytu Vietnamek v porodnici, ženy jsou velice stydlivé a skromné, proto je nutné při prohlídce zajistit dostatečné soukromí a intimitu.

Vietnamky a muslimky jsou velmi plaché, (u Romek toto neplatí) je proto možné, že porodní asistentce neřeknou, že se stydí, ale přesto je důležité pamatovat na zajištění jejich soukromí (Sedláková, 2006).

5 Závěr

V teoretické bakalářské práci jsme shrnuli, co je multikulturní ošetrovatelství ve zdravotnictví, dále byly zmíněny národnostní, etnické a kulturní menšiny žijící v České republice, přičemž jsme se zaměřili na menšinu vietnamskou, romskou a muslimskou. Popsali jsme vnímání jednotlivých kultur a pozornost jsme věnovali především ženám – rodičkám a tomu, jak ony samotné vnímají a prožívají těhotenství a porod. Definovali jsme obor porodní asistentka i s jejími kompetencemi a uplatněním v praxi. Dále byl popsán model Madeleine Leiningerové a s tím související kulturní šok a jeho fáze a nakonec jsme se věnovali komunikaci a profesionálnímu přístupu ze strany zdravotníků.

Věřím, že tato práce může být dobrým studijním materiálem dalším studentům, ale i laické veřejnosti a pomůže jim tak lépe se orientovat v problematice multikulturní ošetrovatelské péče během porodu.

6 Seznam použitých zdrojů

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

BARŠA, P., FIALA, P., 2003. *Politická teorie multikulturalismu*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury. Politologická řada; sv. č. 4. ISBN 80-7325-020-9

CARDINI, F., 2004. *Evropa a islám*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny. ISBN 80-7106-640-0.

COLLYAH, B., 2008. *Anglicko-český, česko-anglický slovník*. Praha: Fin. ISBN 978-808-6002-958.

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

ČENĚK, J., J. SMOLÍK a Z. VYKOUKALOVÁ., 2016. *Interkulturní psychologie: vybrané kapitoly*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5414-7.

Český statistický úřad. Cizinci v ČR [online]. Praha, 2013 [cit. 10. 02. 2016]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/2014edicniplan.nsf/publ/>.

DAVIDOVÁ, E. A UHEREK, Z., 2014. *Romové v československé a české společnosti v letech 1945-2012: národnostní struktura, specifika romské rodiny a migrací*. Praha: Národohospodářský ústav Josefa Hlávky. ISBN 978-80-86729-98-5.

DODD, J., LEWIS, a EMMONS, R., 2014. *Vietnam: [turistický průvodce]*. Brno: Jota. ISBN 978-80-7462-545-9.

DOLÁKOVÁ, Š., 2012. *Arabská menšina v České republice. Její vnímání a kontroverze v majoritní společnosti [online]*. [cit. 30. 11. 2015]. Dostupné z: <http://www.slideshare.net/rkaDolkov/arabsk-menina-v-esk-republice>.

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

ELIAŠOVÁ, A., 2008. *Pôrodná asistancia I: fyziológia*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-261-8.

ERIKSEN, T., 2012. *Etnicita a nacionalismus: antropologické perspektivy*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). ISBN 978-80-7419-053-7.

FÓNADOVÁ, L., 2014. *Nenechali se vyloučit: sociální vzestupy Romů v české společnosti: (kvalitativní studie)*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-6574-1.

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

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

HÁJEK, Z., E. ČECH a K. MARŠÁL., 2014. *Porodnictví*. 3. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.

HLINOVSKÁ, J., NĚMCOVÁ, J., 2011. *Interaktivní procesy v ošetrovatelství a porodní asistenci*. Plzeň: Maurea. ISBN 978-80-904955-3-1.

HOLOMÁŇ, K., 2004. *Vybrané kapitoly z porodnictví*. Bratislava: UK. ISBN 80-223-1929-5.

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

HOUDEK, L., 2009. *Podobnosti v dómských a romských rituálech na ochranu novorozence*. [online]. [cit. 2015-12-20]. Dostupné z:
<http://www.romea.cz/cz/zpravy/podobnostiv-domskych-a-romskych-ritualech-na-ochranu-novorozence>

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

JAKOUBEK, M., JAKOUBKOVÁ BUDILOVÁ, L., 2009. *Cikánské skupiny a jejich sociální organizace*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury. ISBN 978-80-7325-178-9.

JANÁČKOVÁ, L., WEISS, P., 2008. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-477-9.

JANDA, R., 2010. *Islám: náboženství, historie a budoucnost*. Brno: Jota. ISBN 978-807-2176-281.

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

JAROŠOVÁ, D., 2000. *Teorie moderního ošetrovatelství*. Praha: ISV nakladatelství. ISBN 80-85866-55-2.

KEEN, M., 2003. *Světová náboženství*. Praha: Knižní klub. ISBN 978-80-242-2137.

KOPTÍKOVÁ, J., 2012. *Specifika ošetrovatelské péče u romských klientů*: bakalářská práce. Plzeň: Západočeská univerzita, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí bakalářské práce Miroslava Moučková.

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

KUDLOVÁ, P., 2010. *Ošetrování pacienta jiného etnika (romská, rumunská, ruská komunita)* [online]. Olomouc [cit. 27. 2. 2016]. Dostupné z: <http://szs.cheb.indos.cz/projekt/prez2.pdf>.

KUTNOHORSKÁ, J., 2013. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4744-131.

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

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

LÍŠKOVÁ, M. a I. NÁDASKÁ., 2006. *Základy multikultúrneho ošetrovateľstva*. Martin: Osveta. ISBN 80-806-3216-2.

MACHÁČEK, Š., 2002. *Náboženské predpisy a kontrola porodnosti v islámských zemích*. [online]. [cit. 2016-01-10]. Dostupné z: http://digilib.phil.muni.cz/bitstream/handle/11222.digilib/125017/2_Religio_10-2002-2_7.pdf

MALÍŠKOVÁ, P., 2014. *Informovanost české populace o profesi porodní asistentky* [online]. Brno [cit. 2016-04-01]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Radka Wilhelmová Dostupné z: http://is.muni.cz/th/395019/lf_b/

MASTILIAKOVÁ, D., 2005. *Transkulturní ošetrovateľský prístup – prví teórie a model kulturní péče*. In KOLEKTIV. *Česká společnost na prahu vstupu do Evropské unie: podpora multikulturního ošetrovateľského prístupu v celoživotním zdravotnickém vzdělávání*. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity. ISBN 80-704-2349-8.

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

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

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

MOCKOVÁ, J., 2006. *Specifika ošetrovateľskej péče u vietnamských žien v súvislosti s tehotenstvom, porodom a šestinedelím*. In: *Moderní babičtví*. Praha: Levret. Roč. 4, č. 10, s. 28-33. ISSN: 1214-5572.

MORGENSTERNOVÁ, M., L. ŠULOVÁ a L. SCHOLL., 2011. *Bilingvismus a interkulturní komunikace*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika. ISBN 978-807-3576-783.

NAVRÁTIL, P., 2003. *Romové v české společnosti*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-741-8.

PAŘÍZEK, A., 2005. *Kniha o těhotenství a porodu*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-411-3.

PAVLÍKOVÁ, S., Z. SLEZÁKOVÁ a J. KUTNOHORSKÁ., 2005. *Modely ošetrovateľství v kostce*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4712-116.

PLEVOVÁ, I., 2011. *Ošetrovateľství II*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4735-580.

RALBOVSKÁ, R., 2010. *Multikulturní přístup pro pomáhající profese*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžběty. ISBN 978-80-87386-09.

Reclaiming compassion at the heart of Nursing, Chamber of Hungarian Health Care Professionals, Budapest 2015. ISBN 978-963-89435-8-3.

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

SAK, P., 2008. *Standardy ošetrovateľskej péče pro porodní asistenci*. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice. Závazné směrnice Nemocnice České Budějovice. ISBN 978-80-254-3774-2.

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

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

SIMOČKOVÁ, V., 2011. *Jihlavské zdravotnické dny: sborník z mezinárodní konference*: Jihlava: Vysoká škola polytechnická.

SKALKOVÁ, J., 2007. *Obecná didaktika: vyučovací proces, učivo a jeho výběr, metody, organizační formy vyučování*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1821-7.

Sociokulturní kontexty v ošetrovatelství a porodní asistenci, příspěvek k podpoře humánnější péče o člověka. Editor Pavla Kudlová. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1424-4.

SOUKUP, V., 2011. *Antropologie: teorie člověka a kultury*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-432-8.

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

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

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

ŠTĚPAŘOVÁ, E., *Specifika romské rodiny*. [online]. 2005 [cit. 2015-11-21]. Dostupné z:<http://www.zkola.cz/rodice/socpatologjevy/rasismus/Documents/Štěpařová,%20Ema%20Specifika%20romské%20rodiny.pdf>

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

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

TÓTHOVÁ, V., 2010. *Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-414-8.

TÓTHOVÁ, V., 2012. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-645-6.

VRUBLOVÁ, Y., 2011. *Kultura a zdravotní péče*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7464-086-5.

VOJTÍŠEK, Z., 2004 *Encyklopedie náboženských směrů a hnutí v České republice: náboženství, církve, sekty, duchovní společenství*. Praha: Portál. ISBN 80-717- 8798 1.

VYHLÁŠKA O ČINNOSTECH ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ A JINÝCH ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ. *Ministerstvo zdravotnictví ČR*[online]. Praha, 2011 [cit. 2016-03-08]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/informace-k-vyhlase-c-sb-kterou-se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlaske-c-sb_4763_3120_3.html

ZVOLÁNEK, P., 2010. Vietnam.[online] [cit. 2015-01-10]

Dostupné z: <http://www.chovani.eu/clanky/zobrazit/559-Vietnam>