

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav porodní asistence

Bc. Michaela Novotná

Odlišnosti péče o vietnamskou ženu v gynekologii a porodnictví

Vliv informovanosti porodních asistentek a sester na kvalitu péče

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Daniela Šimonová

Olomouc 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 30.11.2020

.....

Podpis

Poděkování

Velmi děkuji mé vedoucí diplomové práce PhDr. Daniele Šimonové za cenné rady, vstřícnost a skvělou spolupráci. Dále bych chtěla poděkovat Ing. Pavlu Liškovi za pomoc při statistickém zpracování výsledků výzkumu a PhDr. Ludmile Matulníkové Ph.D. za cenné rady a pomoc při vytváření dotazníku. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat mé rodině za podporu v průběhu celého studia.

ANOTACE DIPLOMOVÉ PRÁCE

Typ závěrečné práce: Diplomová práce

Téma diplomové práce: Odlišnosti v ošetřování žen vietnamské komunity

Název práce: Odlišnosti péče o vietnamskou ženu v gynekologii a porodnictví

Podnázev: Vliv informovanosti porodních asistentek a sester na kvalitu péče

Název práce v AJ: Differences in the care of Vietnamese women in gynecology and obstetrics

Datum zadání: 31.1. 2019

Datum odevzdání: 30.11. 2020

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav porodní asistence

Autor: Bc. Michaela Novotná

Vedoucí: PhDr. Daniela Šimonová

Oponent:

Abstrakt v ČJ:

Úvod: Diplomová práce se zabývá odlišnostmi v ošetřování žen vietnamské národnosti, informovaností sester a porodních asistentek o těchto odlišnostech a jejím vlivem na poskytovanou kvalitu péče. V teoretické části je shrnuta definice kvality péče a multikulturního ošetřovatelství. Popsána jsou specifika vietnamské národnosti včetně období těhotenství a poporodního období. Dále jsou zde shrnuta specifika péče o vietnamské ženy v oblastech, které udávají kvalitu péče. V diplomové práci byly použity tyto indikátory: komunikace, bezpečí, hygiena, pitný režim, stravování a bolest. Praktická část se zabývá samotným zjišťováním informovanosti o těchto specifických.

Cíl: Cílem výzkumné části diplomové práce bylo zjištění kvality péče v oblasti gynekologie a porodnictví u vietnamských pacientek.

Metodika: Šetření proběhlo pomocí kvantitativního výzkumu v nemocnicích v Libereckém kraji a v Praze. Ke sběru dat byl použit dotazník vlastní tvorby, který byl distribuován pomocí vedoucích pracovníků na odděleních gynekologie a porodnice v tištěné podobě. Výzkumný soubor tvoří 121 respondentů. Z toho 43 respondentů z Libereckého kraje a 78 z Prahy.

Výsledky: Respondenti si v jednotlivých oblastech, které se týkají indikátorů kvality péče a zabývají se specifiky vietnamské národnosti, vedli velmi dobře. Pro vyhodnocení nám pomohly otázky č. 7-25, které bychom mohli nazvat jako „vědomostní“. Zjištění, zda je poskytována kvalitní ošetrovatelská péče bylo zde závislé na množství správně uvedených odpovědí ze strany respondentů. U 14 z nich (otázky č. 7, 8, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 22, 23 a 24) volila většina respondentů statisticky významně správnou odpověď. Tento výsledek považujeme za velmi pozitivní a hodnotíme tak kvalitu péče v nemocnici v Praze i v Liberci za kvalitní v jednotlivých oblastech, určujících kvalitu péče. Dále jsme zjistili, že na úroveň znalostí ohledně ošetřování žen vietnamské komunity nemá v našem výzkumu vliv vzdělání. Jako další parametr, který by mohl ovlivnit množství znalostí jsme zvolili četnost setkávání se s vietnamskou pacientkou. Ani zde se nám naše předpoklady nepotvrdily. Zjistili jsme, že četnost setkávání se s pacientkou vietnamské národnosti neovlivňuje úroveň znalostí. Výzkum však prokázal, že úroveň vědomostí a znalostí je ovlivněna tím, zda si sestry a porodní asistentky uvědomují existenci odlišností v ošetřování vietnamských žen. Ti, kteří si specifika uvědomují, měli vyšší úroveň vědomostí a znalostí než ti, kteří si tato specifika neuvědomují. Uvědomování si a respektování jiných kultur by tedy mohlo být dle našeho výzkumu cílem k dosažení poskytování kvalitní péče. V rámci dotazníkového šetření bylo dále zjišťováno, v jakých oblastech by respondenti ocenili zpracování informací v oblasti odlišností u ošetřování žen vietnamské národnosti. Na základě výsledků z výzkumu byl vytvořen informační leták, který slouží pro získávání a „osvěžování si“ informací v této problematice.

Abstrakt v AJ:

Introduction: The master's thesis main topic is description of differences in healthcare and nursing of women with Vietnamese nationality, awareness of nurses and midwives about those differences and its influence on quality of provided care. The theoretical part contains a definition of quality of care and multicultural nursing. There are described specifics of Vietnamese nationality and culture including the pregnancy and postpartum period. Further the specifics of care of Vietnamese women in areas which expresses the quality of provided care. In thesis, there were used following indicators: communication, safety, hygiene, drinking regime, diet and pain. Practical part consists of determining the awareness about those specifics on it's own.

Target: The aim of the research part was the exposure of the quality of care in the field of gynaecology and midwifery provided to Vietnamese patients.

Methodology: The survey was done via quantitative research in hospitals in Liberecký kraj and Prague. For data collection, a self-made questionnaire was made. The questionnaire was distributed with help of executives at gynaecology departments and maternity hospitals in form of printed paper files. A sample consist of 121 respondents, from which 43 came from Liberecký kraj, and 78 came from Prague.

Results: The respondents achieved very good results in individual areas, related to indicators of quality of care and specifics of Vietnamese nationality. For evaluation, questions nr. 7-25 known as "knowledge questions" helped us. Finding out whether quality care is being provided was reliant to the amount of correct answers from respondents. In 14 responded questions (questions nr. 7, 8, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18 ,20, 22, 23 and 24) majority of respondents selected statistically significant correct answer. This result is being considered as very positive and evaluation of quality of provided care in hospitals in Prague and Liberec is at solid level. We also find out that level of knowledge regarding nursing of Vietnamese community isn't dependent on achieved education. Another criterion which can affect amount of knowledge regarding nursing of Vietnamese patients could have been frequency of meeting them. It was also disapproved. The research has shown, that amount of knowledge is affected by awareness of nurses and midwives. Nurses and sisters who realizes the existence of specifics and differences of working with different nationalities and cultures had better results than those who did not. Realization and respecting different cultures might be due to our research the main target for achieving the highest quality care. The questionnaire survey also examined in which areas respondents would appreciate the processing of information about differences in provided care of women of Vietnamese nationality. Based on the results of the research, an informative brochure was created, which serves to gain or "refresh" information on this issue.

Klíčová slova v ČJ: kvalita péče, vietnamská žena, porod, porodnictví, ošetřovatelství, multikultura, multikulturní ošetřovatelství, vietnamský pacient

Klíčová slova v AJ: quality of care, Vietnamese woman, childbirth, obstetrics, nursing, multicultural, Vietnamese patient

Rozsah práce: 95 stran/ 4 přílohy

Obsah

1	Úvod.....	9
2	Teoretická východiska práce.....	10
3	Rešeršní činnost.....	11
4	Kvalita péče.....	13
4.1	Indikátory kvality péče zaměřené na multikulturní ošetrovatelství.....	14
4.1.1	Komunikace.....	14
4.1.2	Bezpečí.....	16
4.1.3	Hygiena.....	16
4.1.4	Pitný režim a stravování.....	16
4.1.5	Bolest.....	18
5	Multikulturní ošetrovatelství.....	19
5.1	Multikulturní-Interkulturní-Transkulturní.....	19
6	Specifikace vietnamské komunity.....	22
6.1	Pojetí zdraví.....	23
6.2	Rodina.....	24
6.3	Hygiena.....	25
6.4	Bolest.....	26
6.5	Komunikace a jazyk.....	26
6.6	Náboženství.....	28
6.7	Stravování a pitný režim.....	28
6.8	Specifika v gynekologii a porodnictví.....	30
6.8.1	Těhotenství a porod.....	31
6.8.2	Stravování v období těhotenství.....	33
6.8.3	Novorozenec.....	34
6.8.4	Šestinedělí.....	34
7	Metodologie výzkumu.....	37
7.1	Cíle výzkumu a hypotézy.....	37
7.1.1	Dílčí cíle a hypotézy.....	37
7.2	Metodika a realizace výzkumu.....	38
7.2.1	Statistické zpracování.....	39
8	Výsledky výzkumu.....	40
8.1	Vyhodnocení hypotéz.....	57
9	Diskuze.....	67
10	Závěr.....	75

11	Referenční zdroje	76
12	Seznam použitých zkratk.....	81
13	Seznam tabulek	82
14	Seznam grafů.....	83
15	Seznam obrázků	84
16	Seznam příloh.....	85

1 Úvod

„In varietate concordia.-Jednota v různosti.“ Takové motto má integrovaná Evropa v dnešním světě. Hlavní náplní tohoto slovního spojení je vzájemná tolerance a respektování odlišností, za podmínek vzájemného uznávání základních hodnot člověka (Kutnohorská, 2013, s. 13).

Již od prvopočátků lidské civilizace dochází k setkávání lidí různých národů a etnik. Dochází tak ke střetu jejich kultur a jazyků, ale také jejich postojů a názorů k odlišným kulturám (Průcha, 2010, s. 14). Česká republika se stala velmi častým cílem imigrantů z nejrůznějších kontinentů. „*Přestože slovo „cizinec“ má stejný základ jako „cizí“, nemělo by to znamenat, že lidé, kteří k nám přicházejí odjinud, mají zůstat nepoznání, odcizení.*“ Tito lidé naopak potřebují cítit respekt a pochopení, aby zejména při poskytování zdravotní péče cítili pohodu a bezpečí. Mezi nejčastější cizí kultury na našem území patří kultura vietnamská (Ivanová a kol., 2005, s. 8). Proto je toto etnikum cílem zkoumání v této diplomové práci, která je zaměřena na odlišnosti v ošetřování v gynekologii a porodnictví. Dále je zde také zohledněn vliv znalostí sester a porodních asistentek těchto odlišností na kvalitu poskytované péče.

Cílem teoretické části diplomové práce je seznámení se s jednotlivými indikátory kvality péče ve vztahu k multikulturnímu ošetřovatelství a dále ve spojitosti přímo s vietnamskou kulturou a odlišnostmi v gynekologii a porodnictví. Pro tuto diplomovou práci byly vybrány tyto indikátory kvality péče: komunikace, bezpečí, hygiena, stravování a pitný režim a bolest.

Cílem výzkumné části diplomové práce bylo zjistit znalosti porodních asistentek a sester na odděleních gynekologie a porodnických odděleních. Výzkum je opět zaměřen na již zmíněné indikátory kvality péče a zhodnocení vlivu informovanosti na kvalitu poskytované péče v multikulturním ošetřovatelství u vietnamské minority v České republice. Výzkum hodnotí jednotlivé indikátory, zjišťuje kvalitu základních informací o vietnamské komunitě, stanovuje nedostatky v informovanosti a také zjišťuje, v jakých oblastech by sestry a porodní asistentky chtěly zlepšit své znalosti. Jako výstup z výzkumné části diplomové práce jsme zvolili vytvoření informačního letáku, který shrnuje základní informace o odlišnostech v ošetřování a životě vietnamských spoluobyvatel, na základě zjištěných preferencí sester a porodních asistentek.

2 Teoretická východiska práce

Zpracování tématu kvality péče s ohledem na její indikátory v problematice multikulturního ošetrovatelství. Shrnutí pojmu multikulturní ošetrovatelství a zaměření se na odlišnosti ošetrování vietnamské komunity.

Použitá vstupní literatura:

FREIDINGEROVÁ, T. *Vietnamci v Česku a ve světě: migrační a adaptační tendence*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON) v koedici s Přírodovědeckou fakultou Univerzity Karlovy Praha, 2014. 232 s. ISBN 978-80-7419-174-9.

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

KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada, 2013. 160 s. ISBN 978-80-247-4413-1.

Na křižovatce kultur, aneb Romové, Vietnamci a Číňané mezi námi. Praha: NIDM-Národní institut dětí a mládeže. 2010. 21 s. ISBN 978-80-86784-91-5.

ŠIMONOVÁ, D. Jak jednat při ošetrování a léčbě cizinců: úskalí, zjištění a doporučení. In: *Praktická gynekologie*. 2012, roč. 16, č. 2-4, s. 114-120. ISSN 1211-6645.

THAI, Hue. *Post-partum practices among Vietnamese and Chinese patients* [online]. 2009 [cit. 2020-02-28]. Dostupné z: <https://ethnomed.org/clinical/pediatrics/post-partum-viet-chin-brochure.pdf>

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

3 Rešeršní činnost

ALGORITMUS REŠERŠNÍ ČINNOSTI




VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA:

Klíčová slova v ČJ: kvalita péče, vietnamská žena, porod, porodnictví, ošetrovatelství, multikultura, multikulturní ošetrovatelství, vietnamský pacient

Klíčová slova v AJ: quality of care, Vietnamese woman, childbirth, obstetrics, nursing, multiculture, Vietnamese patient

Jazyk: český, anglický


Období: 2000 –2019, dále využity 4 publikace z let 1981, 1989, 1995 a 1999




Databáze a vyhledávání zdrojů: EBSCO, PubMed, Google Scholar, česká a zahraniční periodika, lékařské knihovny, Krajská vědecká knihovna Liberec




Nalezeno: 80 záznamů



Vyřazovací kritéria: duplicitní články, články nesplňující kritéria



Pro tvorbu teoretických východisek bylo celkem použito 52 dohledaných záznamů, z toho 20 cizojazyčných a 21 knih.





Sumarizace využitých databází a vyhledaných dokumentů:

EBSCO: 16, Krajská vědecká knihovna Liberec: 31, PubMed: 18, Google Scholar: 15

Sumarizace dohledaných a využitých článků:

Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition-1

Australian Journal of Public Health- 1

BioMed Research International- 1

BMC Health Services Research- 2

BMC Pregnancy and Childbirth- 1

Canadian family physician- 1

Ecology of Food and Nutrition- 1

Florence- 2

Health Care for Women International- 2

International Journal for Equity in Health- 1

Kontakt- 1

Midwifery- 1

Praktická gynekologie- 1

Sestra- 1

4 Kvalita péče

Kvalita péče je zařazena jako jeden z faktorů, které mají vliv na zdravotní stav jedince. Tyto faktory se nazývají determinanty zdraví (Malina, 2013, s. 11). Jako takovou je jí možné citovat z různých zdrojů, ale mnohem důležitější je subjektivní vnímání každého z nás. Kvalita péče má tedy dva úhly pohledu: subjektivní-spokojenost jedinců a objektivní-určené dané hodnoty a kritéria, která jsou předem nastavená. Pokud bychom měli hodnotit kvalitu péče ve zdravotnickém zařízení, základním hlediskem jsou kvality jednotlivých léčebných výkonů a doplňující služby, které zahrnují organizaci, podání informací, prostředí, stravu a kulturní možnosti (Mandar a kol., 2004, s. 27-36). Je prokázáno, že kvalita péče je rozdílná v oblasti poskytování různými zdravotnickými zařízeními i různými zdravotnickými pracovníky. Toto je zřejmě způsobeno subjektivní stránkou každého hodnocení (Janečková, 2009, s. 172).

V dnešním ošetřovatelství se klade důraz zejména na holistickou péči o pacienta. Ta zahrnuje jedince jako takového, jeho životní styl, výkonost a zdatnost, emoce, reakce na stres, vnímání prostředí, sebepojetí a duchovno. Holistické pojetí je nutno vnímat nejen v běžném ošetřovatelství, ale je nutno si uvědomit rozdílnost tohoto pojetí v odlišných kulturách, což bezpochyby vyžaduje znalost těchto odlišností (Tóthová, 2010, s. 57). Cílem je komplexní řešení problémů a uspokojování potřeb, kterých je celá škála. Neuspokojení třeba jen jedné potřeby v holistickém pojetí může znamenat narušení péče. V nemocničním zařízení je základní potřebou zejména být uzdraven. Další potřeby dělíme na 3 kategorie: *1) které se nemocí nemění 2) které jsou nemocí modifikovány 3) které nemocí vznikly*. Do první kategorie se řadí například potřeba vzduchu, výživy, spánku, odpočinku a bezpečí. Na druhou skupinu potřeb má vliv zejména osobnost člověka, onemocnění a jeho závažnost, ale také etnikum a náboženství. Uspokojování třetí skupiny potřeb je součástí léčby a ošetřování pacienta (Tóthová, 2010, s. 102-103). „*Uspokojování potřeb je dáno mnoha faktory, které dělíme do čtyř skupin: na faktory fyziologicko-biologické, psychicky-duchovní, sociálně-kulturní, faktory životního prostředí.*“ (Tóthová, 2010, s. 103).

Uspokojování potřeb se úzce vztahuje k plnění kvality péče. Proto jsou potřeby a jejich uspokojení indikátory kvality péče. Neopomenutelnou součástí ošetřovatelského procesu je znalost a respektování duchovního zdraví pacienta. Víra ovlivňuje názory, postoje, hodnoty a vztahy v životě jedinců. Pro mnohé je víra smyslem života, proto je důležité jí respektovat. Lidé ve vztahu k víře dodržují specifické stravování, oblékání, léčbu a chování. Víra je učí, co je správné a špatné, jak dosáhnout odpuštění a co je smyslem jejich života. V období nemoci

a pobytu v nemocnici má víra velký význam. Pro mnohé náboženství je nemoc trestem bohů, nerovnováha přírody nebo odplata za porušení pravidel. Víra bývá zejména zdrojem pocitu bezpečí. Náboženství tedy ovlivňuje mnohé z indikátorů kvality péče (Špidurová, 2006, s. 90-91).

4.1 Indikátory kvality péče zaměřené na multikulturní ošetrovatelství

4.1.1 Komunikace

Komunikace je pro člověka základem života již od narození. Aby komunikace byla efektivní, je nutný dostatek znalostí a etická vybavenost. V takovém případě má komunikace vliv na ostatní lidi v oblasti myšlenkové, sociální, intelektuální i citové. Během komunikačního procesu dochází k vzájemnému působení osob a tím k šíření důvěry a porozumění. Proto je komunikace tak důležitá v oblasti ošetrovatelství. Nesmíme však zapomínat na to, že nemocný člověk je velmi citlivý a nesprávně zvolená komunikace mu může ublížit. Toto je důvodem proč empatická složka komunikace je udávána jako jedna z nejdůležitějších. U lidí, kteří přicházejí do nemocnice a nerozumí jazyku, kterým mluví personál, nemohou vyjádřit, co je trápí, nerozumí pokynům a nedochází k uspokojování potřeb. To může vést k pocitům strachu, frustrace, úzkosti a hněvu (Kutnohorská, 2013, s. 66). Nejčastěji udávaným zdrojem nespokojenosti tedy bývá právě špatná či nedostatečná komunikace (Průcha, 2010, s. 167). Nejen v multikulturním ošetrovatelství je tedy způsob komunikace zcela stěžejní. Základem pro dorozumívání je řeč mluvená, tedy verbální. Jednotlivými kulturami je vnímána jinak barva hlasu, výška hlasu a melodie, ale také skákání do řeči, používání odmlk a přerušování druhého (Nováková, 2008, s. 55). Správně a efektivně verbálně komunikovat tedy neznamena pouze volit vhodná slova, ale zaměřovat se i na tyto prvky. Mimo komunikaci verbální je důležitá také komunikace neverbální, která je v případě jazykové bariéry hojně užívána. D. Lewis udává ve své knize (1989) citaci Sigmunda Freuda: „*Ten, kdo má oči aby viděl, a uši aby slyšel, se může přesvědčit, že žádný smrtelník nedokáže nic utajit. Jestliže jeho rty mlčí, hovoří svými konečky prstů. Jeho skryté myšlenky z něho prosakují ven každým pórem*“. Přesto hovoří o složitosti „čtení řeči těla“ v praxi (Lewis, 1989, s. 192). Neverbální komunikace může podpořit verbální, ale také jí může zcela nahradit. Pomáhá nám vyjadřovat naše postoje, vnímání situace a emoce (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 21-39). Zahrnuje dorozumění mimikou, gestikulací a pohybem. Uplatňuje se také komunikace přes zprostředkovatele, čímž je myšlena další osoba (překladatel, rodinný příslušník, ...) či pomůcka (obrázky, videa, piktogramy, komunikační karty) (Nováková, 2008, s. 55). Pokud je pro překlad využit rodinný příslušník, může se stát, že

nebude schopen vysvětlit odborné výrazy. Může tak dojít ke špatné diagnostice a rozhodnutí o nesprávném léčebném postupu (Průcha, 2010, s. 168). Dále musíme dávat pozor jaká témata s překladatelem probíráme, pozor si dáváme na citlivá témata týkajících se pohlaví (Ivanová a kol., 2005, s. 197). Často se setkáváme s tím, že překladatel pacientku i objednává na prohlídky (Vybíralová, 2012, s. 29).

Každá rasa i etnikum má rozdílné komunikační projevy, ve kterých se odrážejí jejich postoje a hodnoty. Úspěšnost dorozumívání se s jiným etnikem tedy spočívá v porozumění a znalosti kulturních specifik komunikace, kultury a způsobu chování (Tóthová, 2010, s. 131). Největší rozdíly mezi jednotlivými kulturami v komunikaci jsou: chápání osobního prostoru-proxemika, vnímání dotyků-haptika a očního kontaktu. Pacientky jiných národností neočekávají, že se zdravotníci naučí mluvit jejich řečí, velmi je ale potěší, když respektují a používají vhodnou řeč těla v rámci jejich kultury. Vnímají to, jako projev úcty (Kutnohorská, 2013, s. 67). Pravidlem bývá, že lépe se dorozumíme s mladšími jedinci, kteří se zdokonalují v našem jazyce například v rámci studia a jsou přístupnější k přizpůsobení se nové kultuře. Jejich preferencí je stát se součástí kultury, ve které žijí. Jedinci straší generace jsou pyšní na svou původní kulturu, kterou preferují včetně užívání jazyka a uznávání neverbálních projevů (Vybíralová, 2012, s. 29). Pokud pacientka dostatečně nerozumí, je třeba mluvit pomalu, zřetelně a v krátkých větách. Odborným termínům je dobré se vyvarovat (Juřeniková, 2010, s. 16-17). Jazyková bariéra je významnou překážkou zejména v edukačním procesu, kde sestra či porodní asistentka podává důležité informace o poskytování péče a učí pacientku dovednostem, které vedou ke zlepšení zdravotního stavu. Při jazykové bariéře je proces edukace ohrožen. Pacientky tak mají problém si osvojit edukované dovednosti a celý proces je zpomalen (Slezáková, 2017, s. 15). Tyto nedostatky mohou ovlivnit zdraví pacientky negativně jak v současnosti, tak i v budoucnosti (Juřeniková, 2010, s. 25).

Pokud mluvíme o aktivním zájmu o komunikaci s jinou kulturou, je zde zahrnuto například učení se pár základních slov v jejich jazyce, tím prokazatelně zmírníme komunikační napětí mezi zdravotníkem a pacientem. Českým jazykem se na dobré úrovni domluvíme s pacientkou, která žije v České republice více jak 6-10 let (Průcha, 2010, s. 167). V rámci výzkumu T. Jandové respondenti uvedli, že pokud pacient nerozumí česky, nejčastěji se domluví pomocí anglického jazyka (Jandová, 2019, s. 57).

4.1.2 Bezpečí

V. Tóthová uvádí ve své knize, že důležitou součástí u ošetřování pacientky odlišné kultury, je „interkulturní empatie“ - emoční vcítění se a pochopení pacientky jiné kultury. Není to však bráno pouze jako schopnost, ale také dovednost, kterou získáme vlastním úsilím a aktivitou v rámci sebevzdělávání a zkušeností s příslušníky určitých kultur. Pacientky odlišných kultur to vždy ocení, cítí se více v bezpečí a jejich pobyt v nemocničním zařízení to značně usnadní (Tóthová, 2010, s. 58).

Pacientky se cítí bezpečněji, pokud tolerujeme jejich duchovní vyznání. To formuje a ovlivňuje člověka v každém jeho konání. Náboženské vyznání se nemusí projevovat nikterak významně, avšak při prodělání nemoci nebo pobytu v cizím prostředí se tato vyznání dostávají na povrch více. Zdravotníci by měli být obeznámeni se základními odlišnostmi jednotlivých náboženství a měli by je plně respektovat (Ralbovská, 2012, s. 27).

4.1.3 Hygiena

Hygiena je brána jako důležitá součást ošetrovatelského procesu, která podporuje a ochraňuje zdraví. V širším pojetí je brána jako péče nejen o čistotu těla, ale také oblékání. Odráží náladu člověka, jeho zdravotní stav, duševní pohodu, spokojenost či nespokojenost, ale také vypovídá o kultuře a duchovním vyznání. Zvolený způsob oblékání zrcadlí historickou epochu a kulturu, kde každé období mělo a má svá specifika. Dále oblékání ovlivňují faktory životního prostředí, kde je nutné se přizpůsobit různým podmínkám. Co některé kultury považují ze standartní, jiné mohou považovat za nepřipustné. Hygiena je tedy základní lidskou potřebou, která navozuje spokojenost a někteří lidé jí považují za nejlepší volbu psychohygieny. Rozdílné pojetí hygieny u jednotlivých kultur bychom tedy měli znát a respektovat, aby se pacientka cítila co nejvíce komfortně (Trachtová a kol., 2018, s. 63-66).

4.1.4 Pitný režim a stravování

Udržovat příznivý stav výživy je jednou z nejdůležitějších rolí sester a porodních asistentek. Spokojenost pacientky odlišné kultury v oblasti stravování je do určité míry závislá na znalostech a rozhodnutích zdravotníků (Leininger, McFarland, 2002, s. 206). Příjem potravy je u velkého množství lidí brán jako příjemná záležitost. To může být odrazem například lásky k jídlu nebo vnímání stravování jako důvod k strávení společného času s přáteli a rodinou

(Trachtová a kol., 2018, s. 93). Pitný režim a stravování tedy nepatří pouze k uspokojování základních potřeb člověka, ale jsou díky tomu spojeny s potřebou psychosociální a především sociálně kulturní. Stravovací návyky má každá kultura rozdílné a jsou součástí našeho životního stylu. (Tóthová, 2010, s. 84). V dílčích kulturách je na jednotlivé potraviny nahlíženo odlišně. Jednou skupinou jsou základní potraviny, nezbytné pro život. Dále, jak již bylo zmíněno, je stravování nástrojem k udržování dobrých přátelských a rodinných vztahů. Zde bychom jako příklad mohli uvést společné posezení u kávy či zákusku. Příjem potravy je také prevencí pro zvládnutí stresu a konfliktů. Kulturní rozdíly jsou také ve vnímání potravy, zda se jedná o trest či odměnu. Příkladem je odměnění dětí ve Spojených státech amerických, kde se nejčastěji podávají sladkosti veškerého druhu. V asijských kulturách jsou odměnou zejména ovoce a zelenina nebo také ořechy či ryby (Leininger, McFarland, 2002, s. 210). Velký vliv na stravování má i náboženské vyznání. Muslimové mají zakázané vepřové maso, katolíci nepožívají maso v určité dny, protestanti nemohou pít čaj ani kávu a vietnamští obyvatelé mají například spoustu specifik v oblasti stravování v období těhotenství. Nesmíme však zapomenout na důležitou věc, a tou je ovlivnění celkového zdravotního stavu člověka. Obecně je známo, že životní styl, kam spadá také stravování, je úzce spojen se zdravotním stavem jedince. To je také odrazem jednotlivých kultur. Některé mají sklony k obezitě, některé konzumují velké množství zeleniny jiné naopak přijímají zeleninu velmi omezeně. Bývá pravidlem, že respektujeme stravovací návyky tak, jak jsme byli naučeni ve své rodině (Trachtová a kol., 2018, s. 93-97).

Obecně bychom mohli světovou kuchyň rozdělit dle geografického hlediska na pět skupin:

1. evropská
2. asijská a Dálného východu
3. africká
4. americká
5. Tichomoří, Austrálie a Nového Zélandu (Kutnohorská, 2013, s. 88).

Zdravotnický personál by měl být seznámen s odlišnostmi ve stravování a pitném režimu jednotlivých kultur. Některé potraviny jsou zakázané, jiné jsou brány jako léčivé (Nováková, 2008, s. 45). Dále jsou také rozdílné způsoby přípravy, podávání jídel a množství přijímané potravy. Nesmíme také opomenout rituály spojené se stravováním. Pokud má zdravotník poskytovat kvalitní a holistickou péči, je nutné tyto odlišnosti uznávat (Leininger, McFarland, 2002, s. 2007).

4.1.5 Bolest

„Bolest je stará jako lidstvo samo. Ve starých pramenech čínských, indických a babylonských a písemných památkách ze starého Řecka a Říma můžeme najít zprávy o různých formách lidské bolesti a prostředcích proti ní. Bolest je známá každému, je atributem lidského bytí, kazí radost ze života a dosáhne-li určité intenzity, může i sama lidský život zničit (Trachtová a kol., 2018, s. 137). Projevem bolesti je takzvané bolestivé chování, zde se řadí: pláč, výraz obličeje, nepřírozené pohyby těla, úlevové polohy, stěžování si na bolest a docházení k lékaři. Takovéto projevy však nemusí být stejné u všech kultur. U křesťanské a židovské víry se setkáváme i s vysvětlením, že bolest je trestem za naše špatné chování. Přistupují a respektují jí tedy jako odplatu. Jedinci africké kultury, si bolest navozují sami a dávají tak najevo smutek. Je také součástí obřadů, kde cesta k posilnění vede skrze bolest. Obecně je známo, že některé kultury jí nedávají najevo a mají vyšší práh bolesti (Trachtová a kol., 2018, s. 137-143).

5 Multikulturní ošetrovatelství

Multikulturita je v dnešní době významnou součástí naší kultury. Za ideálních podmínek by mělo docházet k harmonii kultur včetně jejich tradic, zvyků, chování jedinců a rituálů. Cílem multikultury je, aby jedinci žili ve vzájemné harmonii. Je známo, že nejrychlejším vývojem prošly civilizace, které byly multikulturní. Zde docházelo k výměně znalostí, poznávání jiných tradic a zvyků. Kultura, která je izolována od ostatních, stagnuje. Měli bychom myslet na to, že každá kultura nám má co nabídnout a my bychom měly mít prostor „něco“ přijmout. Teorie multikulturalismu tvrdí, že každé jednotlivé etnikum má právo se lišit v kulturních oblastech od většinové společnosti, stejně tak jako většinová společnost má právo na kulturu vlastní. (Kutnohorská, 2013, s. 13)

Ošetrovatelství patří bezesporu ke kulturním projevům člověka. Celkový pohled na člověka, tedy holismus, je základním kamenem kultury ošetrovatelství. Kulturní projevy jsou součástí každého z nás. Lidskou kulturu udává způsob vyjadřování, gestikulace, mimika, oblékání, konzumace jídel a mnoho dalších. V širším pojetí je kulturou vše, co si lidé myslí a co dělají-tedy vědění, víra, morálka, jazyk, zvyky, způsob výchovy a jednání. Pokud zdravotnický personál pronikne do jednotlivých kulturních zvyklostí, je to cesta pro kvalitní zdravotnickou péči (Kutnohorská, 2013, s. 35). Florence Nightingalová uvádí ve své publikaci „Kniha o ošetrovatelství nemocných“: *„Zkušenost nás učí, že důležitý ano i rozhodující vliv dobré opatrování na průběh nemoci má.“* A dále: *„Jako příšery pronásledující myšlenky, které znepokojují jeho mysl a způsobují v jeho nitru nejtrapnější pocity“*. Uvádí, že obavy, čekání, strach a nejistota škodí nemocnému. Jejím cílem bylo zbavit pacienty těchto pocitů, které komplikují ošetrovatelskou péči. Nehovoří přímo o multikulturním ošetrovatelství, nicméně tyto věty vystihují to, že bychom měli respektovat důstojnost každého člověka (Kutnohorská, 2013, s. 14). Respektování důstojnosti a identity pacienta z jiné kultury je velmi podstatné, protože pacient je velmi citlivý k projevům, které snižují jeho důstojnost (Kutnohorská, 2013, s. 54).

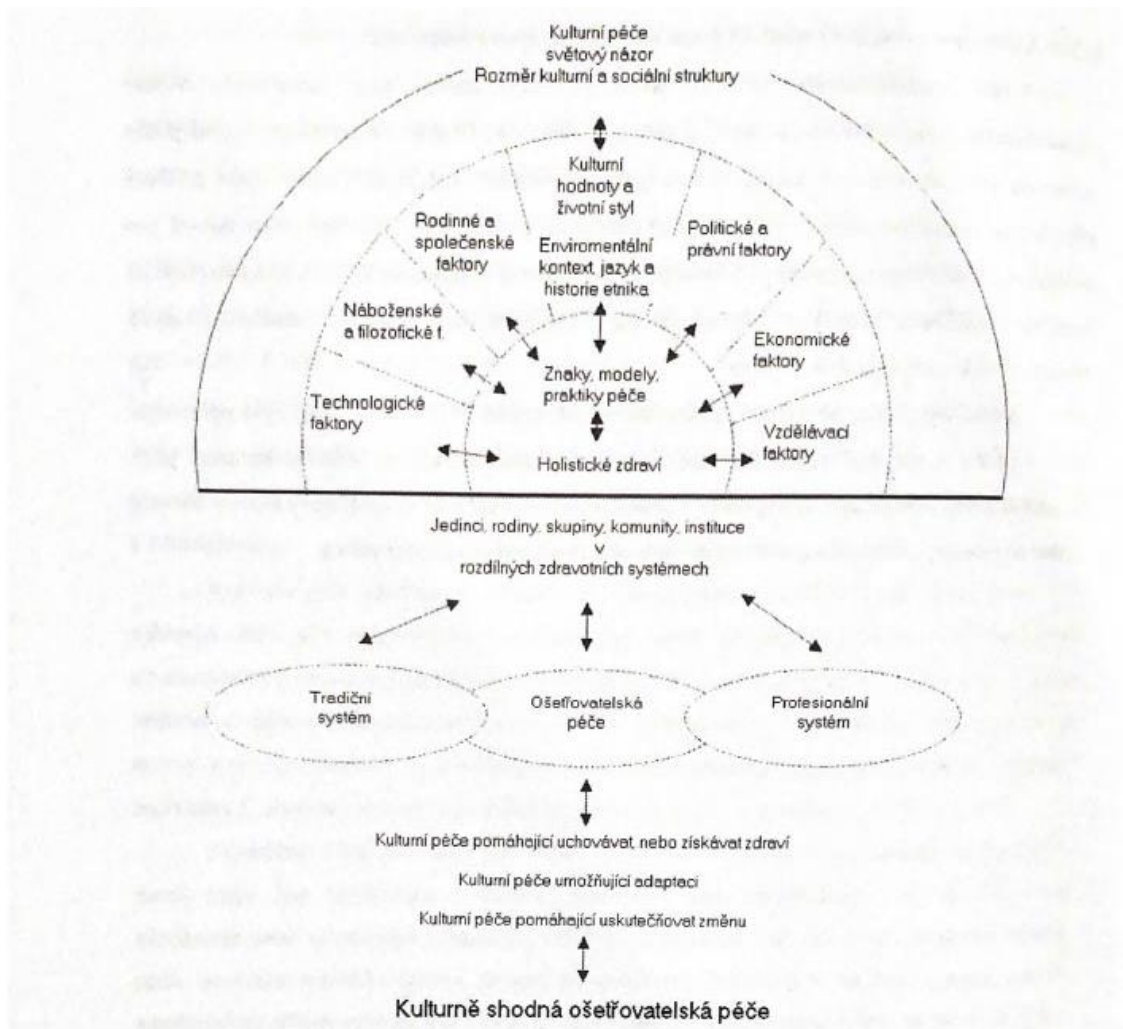
5.1 Multikulturní-Interkulturní-Transkulturní

Tyto tři pojmy vyjadřují postoj majoritní společnosti ke společnosti minoritní. V multikulturní společnosti jsou přítomny různé podskupiny z hlediska etnického, sociálního a náboženského. Tyto skupiny jsou spíše tolerovány než rovnoprávně přijímány. Pojem „multikulturní“ vyjadřuje respektování většího počtu kultur, zvyků a tradic na určitém

geografickém prostoru. Ošetřovatelství zaměřené na multikulturu je založeno na srovnávacím studiu jednotlivých kultur s cílem nalézt společné prvky i zvláštnosti jednotlivých kultur.

Cílem společnosti interkulturní je aktivně podporovat vztah mezi majoritními a minoritními skupinami. Klade důraz na respektování odlišností, rovnost, toleranci a vyvarování se negativních stereotypů. Transkulturní ošetřovatelství respektuje vzájemné působení jedné kultury na druhou. Předpona trans-určuje: překročení hranic, přechod z jedné strany na druhou, pronikání, přetvoření. Transkulturní ošetřovatelství je v praxi synonymum k multikulturnímu ošetřovatelství (Kutnohorská, 2013, s. 36-37).

První teorií, ve které je zahrnuta právě i kultura pacienta v práci sestry, což bylo tehdy velmi nadčasové, je teorie M. Leiningerové, zabývající se transkulturním ošetřovatelstvím, je nazvána „Model vycházejícího slunce“. Uvádí, že pochopení a znalost kultury pacienta vede k lepší péči a je nezbytná pro pohodu pacienta. Dále, že pacienti z rozdílných kultur vnímají rozdílně pojmy zdraví, nemoc a léčba (Žiaková a kol., 2005, s. 183-185). Leiningerová rozlišuje pojmy „péče“ a „ošetřování“. Uvádí, že ošetřování je naučený a přenesený způsob pomoci lidem, kteří to potřebují a lidem nemocným či umírajícím. Péče, kterou jsou myšleny vlastní ošetřovatelské činnosti, dává základ ošetřovatelství jako profesi a dává jí „srdce a duši“ (Kutnohorská, 2013, s. 45). Model vycházejícího slunce zobrazuje kulturní vlivy v podobě „slunečních paprsků“. Jsou to vlivy technologické, náboženské a filozofické, rodinné a společenské, kulturní hodnoty a životní styl, politické a právní, ekonomické a vzdělávací. Všechny tyto faktory působí společně a jsou vzájemně propojené. V modelu jsou propojeny s „jádnem slunce“, které je tvořeno kulturními vzory, poskytováním péče a holistickým zdravím. Dohromady tyto faktory ovlivňují způsob péče, vnímání zdraví a nemoci (Žiaková a kol., 2005, s. 185).



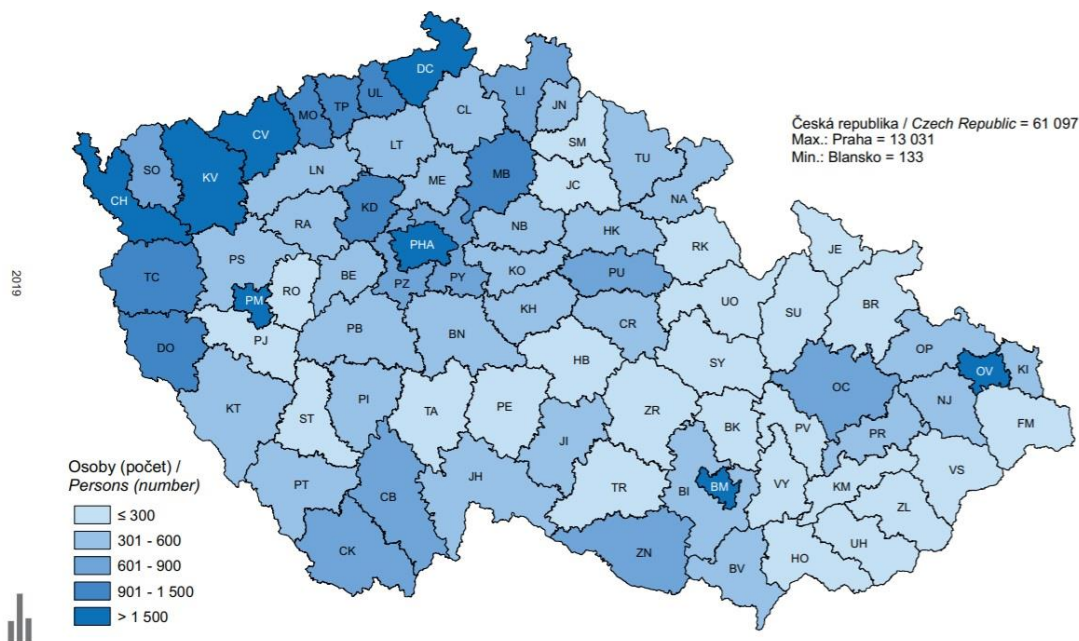
Obrázek 1

Model vycházejícího slunce (Žiaková a kol., 2005, s. 184).

6 Specifikace vietnamské komunity

Socialistická republika Vietnam se nachází v Jihovýchodní Asii. Krajina je charakteristická dlouhými rýžovými poli a tropickými lesy. Hlavní obživou obyvatel je zemědělství, kde se nejčastěji pěstuje rýže, pepř, káva a kešu ořechy (Ministry of foreign affairs, 2018, nestr.). Světová zdravotnická organizace udává počet obyvatel ve Vietnamu k roku 2016 na 94 569 000 jedinců a průměrný věk dožití u mužů na 72 a u žen 81 let (World Health Organization, 2016b, nestr.). V Americe, Austrálii a dalších oblastech patří Asiaté mezi nejrychleji se rozšiřující minoritu, a to zejména v posledních 30 letech (Nováková, 2009, s. 26).

Od druhé poloviny padesátých let dvacátého století k nám přicházejí zejména vietnamští studenti. Od několika málo jedinců začal stoupat počet až na tisíce ročně. Důvody migrace byly zejména ze studijních a pracovních důvodů, později se pak důvodem stávalo hlavně sloučení rodin (Freidingerová, 2014, s. 80-83). Stěhování za pracovními příležitostmi je velmi pochopitelné z důvodu velké nezaměstnanosti, která se ve Vietnamu vyskytuje. Vietnamská rodina vnímá své rodinné příslušníky, kteří se odstěhovali do zahraničí za prací, jako úspěšné a bohaté podnikatele. Mnohdy to tak ale není (Martínková, 2010, s. 15). Podle statistik z roku 2019 byli Vietnamci třetím nejčastějším cizím státním občanstvím na území České republiky s počtem 61 097. Největší počet Vietnamců žije na území Prahy, a to v počtu 13 031 (Český statistický úřad, 2019, s. 41). Čeští občané je vnímají jako nekonfliktní a užitečné obchodníky. Žijí u nás převážně v uzavřených komunitách. Majoritní společnost o nich nemá příliš velký přehled, v čemž se zrcadlí i jejich povaha-tichá, nenáročná a uzavřená. Navštěvují akce pořádané přímo pro vietnamskou komunitu, mají své vysílací programy, svá periodika a organizace. Jednou z nich je Svaz Vietnamců v České republice (Nováková, 2009, s. 28-29).



Obrázek 2

Rozmístění vietnamských obyvatel na území České republiky (Český statistický úřad, 2019, s. 68).

6.1 Pojetí zdraví

Pokud je člověk nemocný, znamená to ve Vietnamské kultuře poruchu rovnováhy mezi Jin a Jang. Jin je ženskou tmavou stránkou a je spojován s chladem a záparem. Jang je kladný a je spojován s muži, teplem, světlem a krví (Mocková, 2007, s. 26). Věří, že jejich rovnováhu ovlivňuje naše chování a přijímání různých potravin. Studená (zelenina, ovoce, studené nápoje,...) a teplá jídla (maso, alkohol, koření, zázvor,...) musí být přijímány v rovnováze (Nováková, 2009, s. 37). Toto potvrzuje i výzkum z roku 2008 který uvádí, že většina z dotazovaných vietnamských pacientů považuje vznik nemoci za výsledek nerovnováhy těchto dvou principů (Dolák, 2008, s. 39-64). Rovnováhu může narušit také žárlivost, zloba, nenávisť, obavy, ale také nadměrná radost (Nováková, 2009, s. 38). Vietnamští obyvatelé vyznávají koncept tradiční čínské medicíny. Jejím cílem je znovuzískání ztracené rovnováhy a tím návrat ke zdraví. Významnou roli hraje soulad s přírodou. Tato medicína pomáhá léčit, ale také funguje jako prevence před vznikem onemocnění. Je to medicína s nejdélsí tradicí na celém světě. Dle výzkumu z roku 2009 v České republice používají Vietnamci tuto medicínu zejména

na léčení méně závažných zdravotních potíží. Pokud se vyskytnou potíže závažné, důvěřují více medicíně západní (Rolantová, Tóthová, 2009, s. 127-132). Nejvíce uznávanými léčitelé jsou ti, kteří kladou důraz na vnímání pacienta, poslech, zhodnocení pohledem a měření pulzu. Dále věří na „studené větry“, které je ohrožují zejména po operaci nebo porodu. Tyto větry přenášejí infekce, způsobují kašel, zvýšenou teplotu, bolesti kloubů a svalů a také zažívací problémy. Cílem je zamezit přístupu studeného vzduchu a vody a tím se vyhnout těmto komplikacím (Nováková, 2009, s. 38). Ve Vietnamu mají důležitou roli léčitelé. Hledají alternativní metody léčení a doporučují léčivé byliny. Významným lékem je med. Užívá se při léčbě spousty neduhů a onemocnění. Nejčastěji se užívá při kašli, zácpě a vředových onemocněních. Do těla se vpravuje i pomocí akupunktury (Šimonová, 2012, s. 114).

6.2 Rodina

Rodina je pro Vietnamce základ všeho. Je pro ně důležité vycházet se širokou rodinou a být si blízcí. Pevné vztahy udržují i s tím nejvzdálenějším příbuzným. Běžné je společné bydlení několika generací dohromady (Nováková, 2009, s. 31-35). Dříve byly ženy brány jako méněcenné a byly podřízeny mužům. Jejich úkolem byla zejména starost o rodinu a nemohly se účastnit společenského života (Strašáková, 2003, s. 24). I když je hlavou rodiny i dnes stále muž, postavení mužů a žen se s postupem času vyrovnalo. Ženy mají stejná práva jako muži a nejsou považovány za méněcenné (Národní institut dětí a mládeže, 2010, s. 16). Přesto musí dodržovat poslušnost vůči 3 mužům-svému otci, svému muži a jako vdova svému synovi (Nováková, 2009, s. 31). Partnerství je bráno jako posvátné a je na něj nahlíženo velmi vážně. Nepřípustné jsou projevy intimností na veřejnosti. Toto však neplatí u přátel, zde jsou vzájemné dotyky a projevy náklonosti vítány. Běžné jsou také neočekávané návštěvy přátel a příbuzných, které vietnamská rodina vždy ráda uvítá. Dříve byl výběr partnera velmi ovlivněn daty, které mají pro Vietnamce veliký význam. Muž si nemohl vzít ženu, která se narodila v pro něj „špatném roce“. Výběr partnerky podléhal také tomu, zda se partnerčino znamení hodí ke znamení muže. Pokud by si muž ženu i přesto vzal, čekala by ho chudoba a neštěstí (Nováková, 2009, s. 31-33). Jak uvádí František Dolák ve svém výzkumu z roku 2008, ve vietnamské rodině je tradicí postarat se o nemocného člena rodiny. S tím souvisí i sdělování informací. Pokud máme pro pacientku informace o závažném stavu, je vhodné ji sdělit s předchozí konzultací členů rodiny. Vhodným pro sdělení informací je manžel či nejstarší syn, kteří jsou hlavou rodiny. Patientky si to tak přejí a rodina tím ženu chrání proti stresu, který

komplikuje léčbu (Ivanová a kol., 2005, s. 195). Pokud je v rodině někdo nemocný, péči o něj zajišťují vždy ženy (Nováková, 2009, s. 35). Rodina také velmi ovlivňuje pacientku v postoji ke zdravotnictví a tradiční asijské medicíně. Pokud je žena v úzkém kontaktu se staršími členy rodiny, kteří jsou velmi uznávaní, předávají jí poznatky o tradicích a užívání nejrůznějších bylin. Některé byliny však nejsou vhodné například v průběhu těhotenství. Je důležité na to ženu upozornit (Bodo, Gibson, 1999, s. 691). Vietnamští rodiče kladou velký důraz na vzdělání svých dětí. Očekává se od nich, že udělají dobré jméno rodině (Nováková, 2009, s. 31). Tyto děti tak ve škole dosahují i nadprůměrných výsledků. Pokud se děti narodí v České republice mluví perfektně česky, naopak mají problém se domluvit vietnamsky (Národní institut dětí a mládeže, 2010, s. 16). Úroveň znalosti českého jazyka se tedy odráží zejména od délky pobytu v České republice, ale také od motivace jednotlivců (Freindigerová, 2014, s. 90).

6.3 Hygiena

Vietnamské pacientky jsou na hygienu velmi citlivé. Nejvíce preferují celkovou hygienu ráno a zvolí si raději sprchování. Pokud je to možné, vždy si zvolí hygienu o samotě bez pomoci druhého člověka. V případě, že by samostatná hygiena nebyla možná, nejvíce by ocenily pomoc člena rodiny ženského pohlaví. Respektování intimity je pro ně velmi důležité (Ivanová a kol., 2005, s. 196). Výzkum z roku 2018 uvádí, že ve Vietnamu je stále velkým problémem onemocnění AIDS. Respondenti si stěžovali zejména na špatnou organizaci zdravotní péče, nedostatek informací a pasivní přístup zdravotníků (Chau et al., 2018, s. 429-441).

Jak již bylo uvedeno součástí hygieny člověka je také oblečení. Lidé ve Vietnamu nosí převážně bavlněné oděvy. Styl oblékání se liší zejména mezi obyvateli ze severu a jihu. Zatímco na severu vás nepřekvapí ani sandály z pneumatik, na jihu se styl oblékání neliší od západní módy. Ve vesnických oblastech ženy nosí volné košile a sukně, muži i zde nosí západní módu. Některé ženy ještě stále oblékají tradiční „Áo dài“. Tento druh oděvu považují za svůj národní кроj, který je i dnešní době velice populární. Nosí ho ženy i muži. Muži ho oblékají v menší míře zejména při svatbách nebo pohřbech. Tento oděv se skládá z dlouhých šatů s rozparkem po obou stranách a širokých kalhot z hedvábí. Povinně ho musí oblékat studentky na vybraných středních a vysokých školách, recepční, sekretářky či průvodkyně. V každodenním životě však převládá západní styl oblékání (Asianstyle, 2017, nestr.).

6.4 Bolest

Obecně platí, že vietnamští pacienti mají vysoký práh bolesti. Bolest nedávají moc najevo, trpí tiše a zůstávají klidní. Věří, že projevem bolesti by zostudili svou rodinu. Může se stát, že se při bolesti i usmívají. V jejich kultuře totiž úsměv může znamenat pocity rozpaků, a nejen pocity spokojenosti či veselí (Průcha, 2010, s. 165). Svou bolestí nechtějí nikoho obtěžovat. Projevem pro nich nesnesitelné bolesti proto často bývá až návštěva nemocnice (Tóthová, 2010, s. 136). Z požívání léků proti bolesti mají strach. Věří, že jim způsobí návyk a vedlejší účinky. Proto se často můžeme setkat s tím, že léky na bolest odmítají. Odmítnutí nemusí tedy znamenat jen nepřítomnost bolesti (Ivanová a kol., 2005, s. 196). Toto potvrzuje také výzkum z roku 2008, kdy většina respondentů vietnamské národnosti udává strach ze vzniku návyku k podaným lékům (Dolák, 2008, s. 39-64).

6.5 Komunikace a jazyk

Do odlišnosti kultur patří zejména jejich jazyky. Ve Vietnamu se hovoří vietnamštinou. Běžně se obyvatelé domluví i čínsky a francouzsky (Ivanová a kol., 2005, s. 194). Vietnamštině se říká takzvaně „tonální jazyk“, rozlišuje totiž 6 různých tónů. Zapsaný je latinkou s užitím velkého množství diakritiky a značek udávajících tóny. Celou slovní zásobu vytvářejí jednoslabičná slova. Ve vietnamském jazyce neexistuje rozdíl v tykání a vykání. Avšak Vietnamci žijící v Česku, velmi dobře rozumí významu vykání a tykání u nás, proto je velmi nevhodné člověku, kterého neznáme, tykat. Ve Vietnamu se namísto tykání a vykání užívají zdvořilostní obraty a slova, čímž se dá komunikace rozdělit do dvou kategorií. První skupinu tvoří obraty doplňující oslovení. Druhá skupina jsou zdvořilostní fráze, jimiž posluchač odpovídá na projev. Tímto dávají najevo svůj zájem o komunikaci. Další charakteristikou je ojedinělý výskyt záporů. Toto vychází z buddhistické filozofie, kdy je zápor vnímán jako nezdvořilost. (Tóthová, 2010, s. 35-36). Znalost českého jazyka je menší u žen než u mužů vietnamské komunity. Důvodem je zejména izolace žen z důvodu zabezpečení péče o rodinu a starost o rodinný rozpočet. Mají tedy menší možnosti se jazyk dobře naučit. Užití slova „ano“ nemusí nutně znamenat pouze souhlas s poskytnutými informacemi. Vietnamci tím často dávají najevo, že věnují pozornost tomu, s kým komunikují. Proto je žádoucí si ověřit, že informacím opravdu rozuměli (Martínková, 2010, s. 27).

Ve Vietnamu má verbální a neverbální komunikace stejnou významovou hodnotu. Prvky neverbální komunikace ve vietnamské kultuře mají jiné významy než v té naší (Tóthová, 2010, s. 121). Při setkání se Vietnamci mírně ukloní a podají si pravou ruku a rukou levou pokryjí spojené ruce. Takto si projevují vzájemnou úctu. Pokud použijeme ruku jen jednu, mohlo by to být pochopeno jako projev neúcty. Ženy bývají zvyklé nepodávat ruku vůbec (Martínková, 2010, s. 25). Obě ruce se také používají při podání jakéhokoliv předmětu. Pokud podávám pacientce vietnamské národnosti věci jednou rukou, opět by si to mohla vyložit jako neúctu k její osobě. V naší kultuře je také slušností dívat se člověku při komunikaci do očí, ve Vietnamu to však symbolizuje nezdvořilost či až domýšlivost. Dále vnímají za nezdvořilé překřížení nohy přes nohu nebo zkřížené ruce na prsou (Tóthová, 2010, s. 121). Pokud si všimneme, že pacientka má na ruku pouze jeden dlouhý nehet (ve většině případů na malíčku), značí to, že nemusí vykonávat fyzickou práci a je ve svém životě úspěšná (Martínková, 2010, s. 26). Pokud pacientku chceme podpořit nějakým dotekem, měli bychom se vyhýbat doteku na hlavě. Hlava je velmi osobní místo a dotek může značit projev nedůvěry a neúcty (Tóthová, 2010, s. 121). Jak již bylo zmíněno, úsměv může signalizovat nervozitu, nepříjemné pocity a omluvu, že svými problémy někoho „obtěžují“ (Martínková, 2010, s. 25). Důležitá je pro ně také vzájemná vzdálenost při komunikaci. Respondenti vietnamské národnosti ve výzkumu z roku 2008 ve většinové míře udávají, že za přijatelnou vzdálenost komunikujících lidí považují minimálně 1 metr. Udávají, že pokud by se vzdálenost zmenšila, ustoupili by krok vzad, aby prostor opět zvětšili. Menší vzdálenost je jimi vnímána negativně (Dolák, 2008, s. 39-64). Užití různých pomůcek ke komunikaci, jako jsou piktogramy a komunikační karty, se ukázaly jako přínosné. V roce 2009 se v rámci výzkumu o přínosu piktogramů v komunikaci ukázalo, že s jejich použitím je komunikace lepší a efektivnější (Chrásková, Šimůnková, 2009, s. 199).

Součástí kvalitní komunikace, je také správné oslovení člověka. U vietnamské komunity jsou jména složena odlišným způsobem, než je tomu v evropských kulturách. Vietnamská příjmení jsou ve většině případů stejná, orientujeme se tedy podle osobního jména. „*V písemné podobě se nejprve uvádí příjmení, poté prostřední jméno, a nakonec osobní jméno*“. Může se stát, že muž i žena mají stejné osobní jméno. Rozlišovacím znakem je pak jméno prostřední (Tóthová, 2010, s. 109). K označení muže se užívá „Van“ či „Duc“ a k označení ženy „Thi“. Ve vietnamské kultuře není zvykem brát si po sňatku příjmení manžela. Žena se i po svatbě oslovuje svým křestním jménem či křestním jménem svého manžela. Pro lepší orientaci pro české občany přijímají velmi často české křestní jméno, a to zejména děti (Martínková, 2010, s. 25).

6.6 Náboženství

Mezi náboženství uznávané ve Vietnamu patří zejména konfucianismus, taoismus, křesťanství a buddhismus, který je mezi Vietnamci nejrozšířenější (Ivanová a kol., 2005, s. 194). Bez ohledu na vyznání nacházíme rituální oltáře téměř ve všech rodinách, které si z generace na generaci rodiny předávají (Tóthová, 2010, s. 53). Oltář bývá umístěn nejčastěji naproti hlavnímu vchodu či po levé straně od vchodu (Pechová, 2010, s. 9). Na oltářích se nacházejí fotografie předků, ke kterým přinášejí vonné tyčinky a ovoce. Věří, že jejich duše přetrvávají mezi nimi. Jsou přesvědčeni, že duchové je ochraňují a starají se o blaho celé rodiny. Péči o oltáře mají na starost výhradně muži. Pokud by se starost o oltář zanedbávala, věří, že z hodných duchů vzniknou démoni a začnou v rodině škodit (Ivanová a kol., 2005, s. 197). Buddhismus je vnímán i jako filozofický směr, kde spravedlivá duše dosáhne při dalším zrození dokonalejší podoby. Za zakladatele buddhismu je považován Siddhártha Gautama, nazývaný Buddha. Ten strávil léta putováním a meditováním, čímž dosáhl nalezení nirvány. Buddhistické učení se se opírá o zákon odplaty= karma a utrpení= dukha. „*Buddhismus prosazuje tzv. Čtyři ušlechtilé pravdy: 1. život je utrpení, 2. utrpení je způsobováno touhou, 3. utrpení se lze vyhnout tím, že se člověk vyhne touze a 4. aby se člověk vyhnul touze musí kráčet po osminásobné cestě.*“ Osminásobná cesta obsahuje správné myšlení, řeč, názor, život, čin, úsilí, přehodnocení a meditaci. Směřují zejména k dosažení nirvány, kde končí převtělování a tím i utrpení. Tímto končí cesta zrození, smrti a znovuzrození. Ve Vietnamu ale převládá mahájový buddhismus, který věří zejména ve spasení a dává důraz na nauku o duši. Místo nirvány věří v nebe a peklo. „*Symbolem náboženské dokonalosti se v buddhismu stal květ lotosu, protože jeho sněhobílé květy vyrůstají z bahnitě země, a přesto si zachovávají svou čistotu*“. Dále se zde vyskytují dva specifické náboženské směry-Hoa Hao, který má blízko k buddhismu a a Cao Dai, kde dochází ke spojení křesťanství a buddhismu. V rámci buddhistického vyznání rozlišují i významy jednotlivých barev. Rozdílem od naší kultury je zejména pojetí bílé barvy, která značí smrt a ukončení určitého životního období (Tóthová a kol. 2010, s. 51-53).

6.7 Stravování a pitný režim

Pestrá a rozmanitá, to je specifikace vietnamské kuchyně, která má velmi blízko ke kuchyni čínské. Základem je zejména čerstvá nevařená zelenina a čerstvé bylinky. Bylinky zpravidla zdobí každé vietnamské jídlo. Nejvíce používanými a také základními surovinami

jsou nudle a rýže. Rýže neslouží pouze jako příloha, ale také jako surovina pro výrobu dalších potravin. Z rýže se vyrábí ocet, škrob, alkohol, těstoviny a rýžový papír na přípravu rolek (Purnell, Fenkl, 2019, s. 337). Pěstuje se na zaplavených polích a starají se o ní zejména ženy (Ivanová a kol., 2005, s. 197). Nudle se jedí v polévkách, ale i suché. Jsou vyráběny z různých surovin a mají různé délky a tvary. Mohou se podávat v každé denní hodině. Můžeme je tedy zařadit jako součást snídaně, oběda i večeře (Tóthová, 2010, s. 85). Obezita je brána jako ukazatel dobrého postavení a spokojenosti, není na ní tedy nahlíženo negativně (Ivanová a kol., 2005, s. 197). V konzumaci masa nejsou Vietnamci příliš vybíraví. Řídí se totiž pravidlem „vše co se hýbe, se dá jíst“. V jejich kuchyni tedy najdeme masa všeho druhu, i ta, která jsou tabu pro většinu Evropanů-kočičí, psí, hadí. Ovoce a zelina se konzumuje především syrová. Přímo ve Vietnamu je to z důvodu bohatého zásobení těmito potravinami po celý rok, takže zde není důvod je mrazit či konzervovat (Tóthová, 2010, s. 86). Správné stravování se řídí zejména vyrovnáním „studených“ a „teplých“ potravin. Mezi studené patří ovoce a zelina, rýže, mouka, rybí maso. Mezi teplé potraviny se řadí ostatní druhy masa, vejce, koření, a horké nápoje. Na talíři by tyto dvě skupiny měly být vždy v rovnováze (Purnell, Fenkl, 2019, s. 337). Pokud je nadbytek „studených“ potravin, je pravděpodobnější vznik kašle a průjmu (Team et al., 2009, s. 1).

Zvyklosti u stolování jsou také odlišné od Evropských kultur, kde má každý svůj talíř s jídlem. Ve vietnamské kultuře jsou všechny talíře na stole společné pro všechny, kdo u stolu sedí. Jídla jsou upravená, aby byla vhodná pro užívání hůlek. S našimi klasickými příbory tedy nejsou zvyklí jíst (Tóthová, 2010, s. 86). Také jsou zvyklí u stolování trávit dlouhou dobu, proto bychom jim měli u jídel dopřát dostatek času. Preferují také používání menšího množství soli (Ivanová a kol., 2005, s. 194-197). Mlaskání a špinavý stůl po dojedení není brán jako nevhodné chování, naopak je tím projevem úcty hostiteli a spokojenost strávnicka (Martínková, 2010, s. 26).

V pitném režimu upřednostňují zejména čaj a kávu. Kávu mají rádi velmi silnou a sladkou (Tóthová, 2010, s. 157). Čaj užívají nejčastěji zelený (Martínková, 2010, s. 26). Denní příjem tekutin se pohybuje okolo 2 litrů (Tóthová, 2010, s. 157). Vhodná teplota nápojů je pro Vietnamce horká, případně vlažná. Nikdy nepijí extrémně studené nápoje, a nápoje které obsahují led. Zastoupení mléčných výrobků a nápojů je v jejich kultuře minimální, připisují jim totiž střevní potíže (Ivanová a kol., 2005, s. 197).

6.8 Specifika v gynekologii a porodnictví

Ve Vietnamu byl zaznamenán veliký pokrok v poskytování zdravotní péče v posledních 25 letech. Významně se snížila mateřská i novorozenecká mortalita i morbidita (McKinn et al., 2017, s. 1). Avšak úroveň poskytování zdravotnických služeb v oblasti gynekologie a porodnictví jsou velmi rozdílné, pokud porovnááme vesnice a města. Dle výzkumu z roku 2011 ženy z vesnic využívají a navštěvují prenatální poradny v mnohem menší míře, nejsou jim poskytnuty základní služby jako měření tlaku, kontrola moči a základní fyzikální vyšetření (Tran et al., 2011, s. 2). Následný výzkum z roku 2012 dále udává, že tyto služby jsou nedostatečné zejména v oblastech, kde žijí ženy s nižším vzděláním a nízkým socioekonomickým statusem, proto je velmi důležité v těchto oblastech poskytovat těmto ženám potřebné informace o důležitosti těchto vyšetření (Tran et al., 2012, s. 3). Využívání zdravotní péče také ovlivňuje vzdálenost a možnost dopravy do zdravotnických zařízení. Pokud se necítí nemocné, nemají bolesti nebo komplikace, lékaře většinou nenavštěvují. K preventivním prohlídkám se respondentky stavěly skepticky. Doslova udávají: „*Něměla jsem žádný problém, tak jsem nechodila*“ (McKinn et al., 2019, s. 4). Přesto by dle výzkumu tyto ženy ocenily větší množství informací ohledně stravy v těhotenství, doplňcích stravy a péči o novorozence. Péči ze strany zdravotníků považují za nedostatečnou zejména v oblasti komunikace. Stěžují si na jednostrannou komunikaci bez možnosti se doptat na věci, kterým nerozumí (McKinn et al., 2017, s. 7).

Vietnamské ženy jsou velmi citlivé zejména v probírání intimních věcí a soukromí. Pečlivě si rozmyšlí, jaké informace o sobě podají. O tomto se přesvědčila i paní doktorka Ralbovská při provádění výzkumu v roce 2012, kde byly osloveny vietnamské matky, které hodnotily péči o jejich novorozence porodními asistentkami. Nejprve se k dotazníkům stavěly velmi odtazité a nejistě. V tomto ohledu byla nápomocná překladatelka, z Česko-Vietnamské společnosti, která matky uklidnila a přesvědčila je k vyplnění (Ralbovská, 2012, s. 24). Velmi stydlivě a odtazité se projevují také v komunikaci s cizím mužem a jeho dotek je považován za nevhodný (Ivanová a kol., 2005, s. 194). Je tedy důležité vše vysvětlit a vytvořit pacientce pocit bezpečí a důvěry. Pokud by si mohla pacientka zvolit, u svého porodu a ošetření by raději měla zdravotníka ženského pohlaví (Team et al., 2009, s. 3).

Příslušníci vietnamské komunity uznávají metody plánovaného rodičovství. Používají antikoncepční metody a na umělé ukončení těhotenství nemají vyhraněný názor (Tóthová, 2010, s. 112). Ve Vietnamu užívání antikoncepce úzce souvisí s věkem, postavením a ekonomickou situací. Ženy, které žijí ve městě a mají vyšší příjmy antikoncepční metody

užívají častěji (Hoang et al., 2018, s. 365). Ženy vietnamské národnosti plně důvěřují lékařům a zdravotní péči. Proto většina dochází na pravidelné kontroly na gynekologii a také na pravidelné kontroly během těhotenství (Tóthová, 2010, s. 112). Pokud vietnamská žena nemůže otěhotnět, může to být podle pověr způsobeno jejím chováním. Zejména žárlivostí. Tyto ženy prý mají velké množství mužského temperamentu a nedostatek ženského principu „Jin“ (Bodo, Gibson, 1999, s. 693).

6.8.1 Těhotenství a porod

Těhotenství a porod jsou bezesporu velmi důležitou a výjimečnou událostí v životě ženy. Zejména pro prvorodičky je toto období plné otázek a obav. V kombinaci s hormonálním ovlivněním a fyzickými změnami, které ženu provázejí, je vystavena i psychické zátěži (Hájek a kol., 2014, s. 86). O to těžší situaci mají ženy, které rodí v cizí zemi. Péče o těhotnou ženu, způsob porodu i péče o novorozence se v jednotlivých kulturách liší. Proto záleží především na nás-sestrách a porodních asistentkách, jak se bude tato žena cítit a zda jsme schopny svým profesionálním vystupováním a vhodnou komunikací zmírnit pacientčiny obavy z cizího prostředí (Ralbovská, 2012, s. 24).

Vietnamskými ženami je těhotenství bráno velmi zodpovědně. Narození dítěte berou jako požehnání a jako jednu z nejdůležitějších událostí v jejich životě. Kladou důraz na zdravou výživu, jejíž součástí je zejména dostatek masa, vajec a vitamínů. Aby těhotenství probíhalo jak má, je pro ně důležitý pravidelný odpočinek (Ivanová a kol., 2005, s. 196). Ženy plně důvěřují lékaři, je tedy podstatné, aby jim byla od lékaře sdělena důležitost preventivních prohlídek, na které po tomto zdůraznění dbají. Mezi problémy vyskytující se v oblasti ošetřování těhotných žen vietnamské národnosti v České republice patří již těhotné imigrantky, kterým nebyla ve Vietnamu poskytnuta náležitá perinatální péče. Ty se většinou stávají „klientkami akutní péče“ a velmi často nemají ani pojištění. Problém je tedy jak na straně medicínské, tak na straně finanční (Tóthová, 2010, s. 112-113).

Toto radostné období prožívá se ženou celá rodina a je díky tomu také středem pozornosti. Není tedy výjimkou, že na vyšetření se ženou přichází manžel či jiný člen rodiny, kterého si žena sama zvolí. I při řešení jakýchkoliv problémů se žena nerozhoduje sama, ale je potřeba konzultace rodiny. Příslušníci vietnamské komunity bývají velmi pověřiví, s tím souvisí i velká spousta rituálů užívaných v období těhotenství a po něm (Martínková, 2010, s. 26). Zejména v období těhotenství doprovázejí vietnamskou ženu, mnohá specifika. Jak již bylo

zmíněno, žena by měla v hojné míře odpočívat. S tím souvisí zákaz vykonávání těžké práce, a to zejména ve třetím trimestru (Ivanová a kol., 2005, s. 196). Toto omezení je zejména kvůli ochraně plodu. Věří, že jakákoliv náročnější činnost by mohla způsobit miminku „diskomfort“ v děloze nebo dokonce i potrat. Vykonávat mohou méně náročné domácí práce a pečovatelské činnosti o další potomky (AVV et al., 2020, s. 137). Naopak nepodporují ani odpolední spánek, který podle nich způsobuje nárůst hmotnosti plodu (Purnell, Fenkl, 2019, s. 339). Ve vietnamské kultuře věří, že těhotná žena musí být v teple a nesmí prochladnout, mohlo by to způsobit komplikace (Tóthová, 2010, s. 114). Dále se udává, že pokud si sednou v době těhotenství na schody nebo do dveří, způsobí to dlouhý a komplikovaný porod. V těhotenství by žena neměla nosit náhrdelníky, mohla by tím způsobit uškrcení plodu pupeční šnúrou a měla by se také vyhnout účasti na pohřbech, miminko by po porodu mohlo nadměrně a neutišitelně plakat (Team et al., 2009, s. 2). Sexu se v těhotenství raději vyhýbají, aby se potomek nenarodil s vývojovými vadami, respiračním onemocněním či duševním postižením (Bodo, Gibson, 1999, s. 694). Také v oblasti hygieny nalezneme nějaké odlišnosti. Například užívání slané vody k čištění zubů (Ivanová a kol., 2005, s. 196). Dále se sem řadí „rituál očisty“, který vykonávají bezprostředně před porodem. Ten zahrnuje koupel o samotě či za přítomnosti otce. Na druhou stranu, je po porodu v jejich tradiční kultuře koupel zakázána (Tóthová, 2010, s. 114). Často se vyhýbají také sprše a mytí vlasů. Mohly by na ně zapůsobit „studené vlivy“, které by je oslabil. Dalším opatřením proti těmto vlivům je poskytnutí přenosných zdrojů tepla k posteli ženy. Pokud žena dodrží všechna doporučení, vyhýbá se tím poporodní depresi (Team et al., 2009, s. 3). Tyto rituály ochraňují ženu nejen v období těhotenství a po něm. Pokud jsou správně dodržovány, mají pozitivní vliv na získání ztracené energie, která je prevencí nemocí ve stáří. Protektivně působí proti poškození zraku, bolesti zad a kloubů, křečovým žilám a dokonce i vráskám (Thai, 2009, s. 1). Vietnamské ženy při porodu raději leží a vyhýbají se nadměrnému pohybu. Upřednostňují zejména polohu na boku s využitím polštáře. Při porodu preferují menší počet lidí. Věří, že větší počet lidí by mohl dítě vyděsit a tím ovlivnit jeho srdeční akci (Team et al., 2009, s. 3). V dnešní době se stal velmi probíraným tématem pohled na placentu. U vietnamské komunity, je placenta brána jako lék, který posiluje, nikoliv jako biologický odpad. V tradiční vietnamské kultuře dokonce existují postupy a rady, jak z placenty vyrobit léčiva (Tóthová, 2010, s. 114). Pokud bychom ženě dali vybrat mezi přirozeným porodem a císařským řezem, zvolí si vždy porod přirozený. Císařský řez je brán jako agresivní a nepřirozený zákrok (Ivanová a kol., 2005, s. 196).

6.8.2 Stravování v období těhotenství

V období těhotenství má pro vietnamskou ženu velký význam stravování. V rámci dodržování pravidel jejich kultury, se musí některým jídlům a potravinám vyhýbat. Věří, že tak předejdou komplikovanému porodu, narození novorozence s velkou porodní hmotností a zajistí správný vývoj dítěte. Jednotlivá specifika se mění dle právě probíhajícího trimestru. Stravování je ovlivněno v souladu s teorií Jin a Jang (Team et al., 2009, s. 2). V prvním trimestru, který je považován za „studené stádium“, se například doporučuje vynechat alkohol, kávu, pálivé koření, citrón, meloun, ananas a papáju. Tyto potraviny jsou zakázané zejména z přesvědčení, že mohou působit potrat. Pokud by si žena chtěla dopřát kávu, musí se smířit s tím, že miminko bude mít tmavší pleť (Manderson, 1981, s. 4). Dále je také zásadní nepít studené nápoje a nejíst zmrzlinu. Doporučován není ani zázvor, věří, že by se mohlo narodit dítě s více prsty. Druhý trimestr je považován za neutrální období těhotenství, kde jsou tyto potraviny opět povoleny. Třetí trimestr je nazýván stádiem „horkým“ a je zde vhodné snížit množství přijímané potravy a vyhnout se přírodním suplementům (Purnell, Fenkl, 2019, s. 338). Toto omezení dodržují vietnamské ženy z důvodu strachu z porodu velkého plodu a velkého porodního poranění (Manderson, 1981, s. 4). V Austrálii byl v roce 1995 proveden výzkum, který sledoval vliv stravování vietnamských žen v průběhu těhotenství na hmotnost novorozence. Zjistilo se, že dodržování tradičních stravovacích návyků, nemá na hmotnost novorozence vliv. U těchto žen, nebyl zaznamenán rozdíl, oproti ženám, které tyto zvyky nedodržují (Mitchell, Mackerras, 1995, s. 629). Dalšími nevhodnými potravinami v průběhu celého těhotenství jsou například masa z kapra, kraba, králíka a kachny. Věří, že tyto druhy masa způsobují komplikace v těhotenství a u porodu. Ovlivňují i vzhled narozeného dítěte (Team et al., 2009, s. 2). Například věří, že maso z králíka způsobuje rozštěpové vady, krabí maso je příčinou vzniku příčné polohy plodu, konzumace kapra způsobí dítěti vyrážku a kachní maso může vyvolat předčasný porod. V období těhotenství by se žena měla také vyhýbat všem kyselým potravinám. Zmíněny jsou zejména ocet, citrusy, mango a další. Tyto potraviny jsou spojovány s ovlivněním množství krve matky. Pokud jsou přijímané, mohly by způsobit snížení celkového objemu krve a také negativně ovlivnit její kvalitu. Plod by pak nebyl plnohodnotně vyživován a jeho vývoj by byl zpomalen. Navíc jsou příčinou výskytu mateřské i novorozenecké infekce, vyrážek po těle, bolestí v krku a vaginálního výtoku. Konzumace ovoce, které se vyskytuje v „páru“ by mohlo být příčinou početí dvojčat, které jsou ve vietnamské kultuře považovány za neblahé znamení. Konzumace ryb a koryšů žijících ve slané vodě vyvolává alergie u potomka, křeče a způsobuje astma (Manderson, 181, s. 4). Doporučenými potravinami během celého

těhotenství jsou například rýže, vepřové maso a kuřecí polévka (Thai, 2009, s. 1). Také je uvedeno, že pokud žena bude konzumovat třtinový cukr a sojové mléko, narodí se dítě s krásnou, světlou a jemnou pletí. Jelikož je těchto zvyklostí a rituálů opravdu mnoho, většina žen nedodržuje všechny. Každá žena si jídelníček upravuje zejména dle vlastního přesvědčení a zvyklostí v rodině (Manderson, 1981, s. 5).

6.8.3 Novorozenec

Při narození je důležité, aby miminko nahlas plakalo, což je projevem toho, že má duši. Den, hodina a rok narození jsou ve vietnamské kultuře zásadními údaji pro předpověď budoucnosti. Preference jednoho z pohlaví dnes již není tak častá. Dříve bylo důležité narození chlapce z důvodu přebrání role po otci a pokračování v tradicích (Bodo, Gibson, 1999, s. 691-695). S péčí o novorozence pomáhají příbuzné ženského pohlaví. Všechny důležité poznatky se tedy předávají z generace na generaci (Nováková, 2009, s. 32). Stejně jako je dotyk na hlavě u dospělého člověka považován za projev neúcty, platí to také u doteku hlavy novorozence. Dotyk na takto významném místě je ve vietnamské kultuře považován za výsadu pouze rodičům. Pokud tedy chceme projevit znalosti a úctu, hlavě novorozence bychom se měli vyhýbat (Team et al., 2009, s. 3). Zakázáno je stříhat dítěti vlásky a nehty, mohlo by onemocnět (Purnell, Fenkl, 2019, s. 340). Vietnamci věří, že se dítě vždy narodí v takzvaném „studeném stádiu“. Je proto velmi důležité jej zahřát. Matce se podávají „teplé potraviny“ jako: kořeněná jídla, pepř a zázvor. Kojením následně miminko „ohřívají“ (Bodo, Gibson, 1999, s. 695). Novorozenci ani starší děti se příliš nechválí. Nadměrné chválení dítěte přivolá žárlivé duchy, kteří rodičům dítě vezmou (Purnell, Fenkl, 2019, s. 340). Zlý duchové by mohli dítě ukrást i při odchodu z nemocnice. Rodiče je ochraňují skrytým nožem pod zavinovačkou či odhozením nějaké sladkosti pro odvedení pozornosti (Thai, 2009, s. 2).

6.8.4 Šestinedělí

Šestinedělí je považováno za „stav otevřeného těla“, což znamená snadný vnik nemocí a výskyt komplikací (Bodo, Gibson, 1999, s. 695). Žena je v tomto období považována za „toxickou“, proto se může stát, že jí nepřijdou navštívit žádné ženy. Bojí se nakažení. Také je považována za slabou. Proto by se opět měla vyhýbat prochladnutí (Thai, 2009, s. 2). Dle tradic je tedy nutné navrátit ztracené teplo. Žena má buď postel blízko nějakému zdroji tepla-kamna/topení nebo jiná žena pokládá zahřáté ruce na její břicho. Věřící, že se zahřeje krev

matky a rychleji se zavine děloha. Starší ženy v rodu doporučují mladším rodičkám, aby se v šestinedělí teple oblékaly. Příkladem je nošení teplých ponožek a čepice i ve vnitřních prostorách. Dříve se také dávali do uší kuličky z vaty, které je chránily před studeným větrem, hlukem a bolestí hlavy. Také byly doporučovány proto, aby matka neslyšela špatné věci, které by jí mohly navodit poporodní depresi (Lundberg, Trieu, 2011, s. 733-734).

Dle Světové zdravotnické organizace byl roce 2009 ve Vietnamu popsán jako velký problém nedostatečné kojení u dětí do 6 měsíců věku. O důležitosti a výhodách kojení nebyli přesvědčeni ani někteří zdravotníci. V rámci zlepšení situace bylo nutné zvýšit informovanost a osvětu o tématu kojení pomocí nejrůznějších kampaní, podpůrných skupin a školení. Vláda v rámci podpory tohoto projektu dokonce zvýšila placené období mateřské dovolené ze 4 měsíců na 6 a mnozí zaměstnavatelé vytvořili pro matky „kojící místnosti“ (World Health Organization, 2016a, nestr.). Setkáváme s tím, že poměrně velké množství vietnamských žen nekojí vůbec, volí raději umělou výživu. Přestávají kojit zejména z důvodu obav o nedostatek mléka a s tím spojené neuspokojení potřeb dítěte. Některé čekají, než se jim plně spustí laktace a až poté začínají kojit. Dále věří, že pokud se setkají v průběhu šestinedělí s ženou, která také kojí, „ukradne“ jim mateřské mléko. Na oddělení šestinedělí tedy preferují samostatné pokoje (Gordon et al., 2001, s. 6).

Po opuštění porodnice se o ženu stará celá rodina. Podle tradic by žena měla odpočívat a ležet do té doby, než se jí klouby navrátí po původní polohy. Předchází se tak následné komplikaci s pohybem ve stáří (Thai, 2009, s. 2). Pokud by neodpočívala a vykonávala těžkou práci, věří že vnikne prolaps dělohy. Ženy se po dobu 3-4 měsíců často vyhýbají sexu. Bojí se dalšího těhotenství, prolapsu dělohy a zhoršení porodního poranění (Lundberg, Trieu, 2011, s. 734). Jak již bylo uvedeno, v šestinedělí by se žena měla vyhýbat vodě, aby nebyla oslabená. Vlastní hygienu mohou provádět pouze s použitím mycí houby/žínky, a to zejména v prvním týdnu po porodu (Team et al., 2009, s. 3). Věří, že po porodu je kůže oslabená a lehce by vstřebala vodu z koupele. Matku by pak trápily otoky, artritida či revmatismus. Staršími generacemi jsou doporučovány parní bylinné lázně. Věří, že pot z těla odvede všechny nežádoucí složky a byliny odstraní tělesný zápach. Strava by měla být v šestinedělí bohatá a pestrá, aby žena získala zpět svou sílu a energii ztracenou porodem. Příjem většího množství potravin způsobuje také efektivnější kojení. Opět je zde vhodné přijímat horké či teplé pokrmy. Potraviny bohaté na bílkoviny jsou vhodné zejména pro zlepšení krevního oběhu, rychlé zahojení ran, efektivnější odcházení očístků a opět stimulaci laktace. Za „ohřátí“ jídel považují i přidání zázvoru, pálivého koření či alkoholu (Lundberg, Trieu, 2011, s. 733-734).

Za nevhodné jsou považovány studené nápoje, hovězí maso a zelená zelenina (Team et al., 2009, s. 3).

7 Metodologie výzkumu

Východiskem pro stanovení výzkumu bylo získání teoretických znalostí o daném problému. Dotazníkové šetření je zaměřeno na zjištění kvality péče v gynekologii a porodnictví u vietnamských pacientek.

7.1 Cíle výzkumu a hypotézy

Cílem výzkumné části diplomové práce bylo zjištění kvality péče poskytované v oblasti gynekologie a porodnictví u vietnamských pacientek. K hodnocení kvality péče bylo využito zjišťování znalostí sester a porodních asistentek v oblasti komunikace, bezpečí, hygieny, pitného režimu, stravování a bolesti, což jsou indikátory kvality péče.

7.1.1 Dílčí cíle a hypotézy

CÍL Č. 1: Zjistit, zda vzdělání ovlivňuje úroveň znalostí ohledně odlišností v ošetřování žen vietnamské komunity.

HYPOTÉZA Č. 1: Předpokládáme, že dosažené vzdělání má vliv na úroveň znalostí o odlišnostech péče o vietnamské ženy v gynekologii a porodnictví

CÍL Č. 2: Zjistit, zda je úroveň znalostí o odlišnostech péče ovlivněna četností setkávání se s vietnamskou pacientkou.

HYPOTÉZA Č. 2: Předpokládáme, že četnost styku s vietnamskými pacientkami má vliv na úroveň znalostí o odlišnostech o jejich péči v gynekologii a porodnictví.

CÍL Č. 3: Zjistit, zda sestry a porodní asistentky, které si uvědomují odlišnosti v poskytované péči u vietnamských žen, mají vyšší úroveň znalostí o odlišnostech v jejich ošetřování.

HYPOTÉZA Č. 3: Předpokládáme, že vnímání specifík u ošetřování vietnamských pacientek má vliv na úroveň znalostí o odlišnostech o jejich péči v gynekologii a porodnictví.

7.2 Metodika a realizace výzkumu

K získání potřebných dat byl zvolen kvantitativní výzkum za použití dotazníkového šetření. Data byla sbírána pomocí dotazníku vlastní tvorby. Tento dotazník obsahuje 27 otázek. Otázky jsou složeny pro účel zjištění kvality péče dle jednotlivých indikátorů. V tomto případě bylo využito indikátorů kvality péče: komunikace, bezpečí, hygiena, pitný režim, stravování a bolest, kterých se také týkají jednotlivé otázky. Dále je pomocí dotazníku zjišťována míra setkávání se s vietnamskými pacientkami, hodnocení jejich chování ve zdravotnickém zařízení, určení využívaného druhu prostředků pro zvládnutí jazykové bariéry a zhodnocení v jakých oblastech ošetřování respondenti vidí komplikace a v jakých oblastech by ocenili zpracování jednotlivých informací. Dotazník je ještě doplněn o sociodemografický údaj v podobě dosaženého vzdělání.

Výběr vzorku respondentů byl záměrný. Do výzkumného šetření byly zařazeny sestry a porodní asistentky bez ohledu na věk a dosažené vzdělání z oddělení gynekologie a porodnických oddělení. Dotazníky byly distribuovány mezi sestry a porodní asistentky na klinice v Praze a v nemocnici v Libereckém kraji. Respondenti byli poučeni o dobrovolnosti, anonymitě dotazníkového šetření a vyplněním a odevzdáním dotazníku souhlasili se zpracováním zadaných údajů, o čemž byli předem informováni. Také měli možnost mě kontaktovat v případě jakéhokoli dotazu. Výzkum probíhal se souhlasem jednotlivých zdravotnických zařízení a souhlasem Etické komise Fakulty zdravotnických věd. Sběr informací probíhal od 1.2.2020 do 31.3.2020.

Dotazníky byly distribuovány na oddělení gynekologie a porodnice pomocí vedoucích pracovníků. Pro anonymní odevzdání byla pro každé oddělení vytvořena označená krabice, kam respondenti dotazníky vhažovali. Počet dotazníků byl předem určen dle množství sester či porodních asistentek pracujících na jednotlivých odděleních. Pro nemocnici v Libereckém kraji bylo vytvořeno 50 dotazníků, zpět pro vyhodnocení se vrátilo dotazníků 43 tedy 86 %. Pro Pražskou kliniku jich bylo vyčleněno 80. Pro zpracování se vrátilo 78 dotazníků, tedy 98 %. Získané dotazníky byly číselně popsány. Celkem jich bylo do výzkumu zařazeno 121. Pro zapisování a vyhodnocení výsledků byl použit program Microsoft Excel.

Před samotnou realizací výzkumu byla provedena rešeršní činnost o daném tématu, studium literatury a určení cílů práce. Po vytvoření a schválení dotazníků jich bylo rozdáno 10 pro potvrzení srozumitelnosti a případné zjištění nedostatků. Při této „zkoušce“ nebyly nalezeny žádné nedostatky.

7.2.1 Statistické zpracování

Nominální proměnné

U nominálních proměnných není stanovené kvalitativní pořadí jednotlivých výskytů jevů čili mezi jednotlivými hodnotami není relace typu lepší-horší. U tohoto typu proměnných se určuje, zda je v počtu zastoupení jednotlivých kategorií na dané hladině statistické významnosti α statisticky významný rozdíl a to pomocí Pearsonova χ^2 testu.

Testovaná hypotéza $H_0: n_1 = n_2$ (četnost výskytu jevu 1= četnost výskytu jevu 2)

Alternativní hypotéza $H_A: n_1 \neq n_2$ (četnost výskytu jevu 1 \neq četnost výskytu jevu 2)

Pokud je hodnota Pearsonova testu $\geq \chi^2_{\alpha,1}$, pak zamítáme H_0 o shodě četností jevů na hladině významnosti α . Dále je spočítána p-hodnota, určující, jaké chyby se dopustíme při zamítnutí hypotézy H_0 . Při porovnání hodnot s velice nízkým výskytem (do 10) je použit neparametrický znaménkový test.

n_1, n_2 : počty zastoupení jednotlivých jevů

Ordinální proměnné

Jsou proměnné, které mohou nabývat v daném intervalu konečného počtu hodnot a lze je setřídít podle kvalitativního hlediska. Lze u nich určit modální či mediánové kategorie.

V celé práci, pokud není uvedeno jinak, se pracuje a závěry jsou přijímány na hladině významnosti $\alpha=0,05$.

8 Výsledky výzkumu

Výsledky výzkumu byly získány pomocí dotazníku vlastní tvorby a vyhodnocovány s použitím programu Microsoft Excel. U otázek, které jsou „znalostní“ je v tabulce vyznačená správná odpověď (otázky č. 7-25).

Otázka č. 1: Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?

Tabulka 1 Vzdělání respondentů

Vzdělání respondentů		
Dosažený stupeň vzdělání	Počet	%
Středoškolské s maturitou	44	36,4
Vyšší odborné	32	26,4
Vysokoškolské	45	37,2
Celkem	121	100

Tabulka 1 znázorňuje vzdělání respondentů. Nejvíce bylo respondentů s vysokoškolským vzděláním v zastoupení 37,2 %. Druhé nejčastější vzdělání bylo středoškolské: 36,4 %. Lze konstatovat, že není statisticky významný rozdíl v zastoupení jednotlivých úrovní vzdělání (p -hodnota $\min \leq 0,1385$).

Otázka č. 2: Jak často se setkáváte s pacientkou vietnamské národnosti?

Tabulka 2 Četnost styku s pacientkami vietnamské národnosti

Četnost styku s pacientkami vietnamské národnosti		
Četnost	Počet	%
Každý den	4	3,3
Minimálně jednou týdně	62	51,2
Minimálně jednou za měsíc	40	33,1
Párkrát do roka	15	12,4
Celkem	121	100

Tabulka 2 zobrazuje četnost styku s vietnamskými pacientkami. Nejčastěji respondenti udávali styk minimálně jednou týdně v počtu 62, tedy 51,2 % ze 121 respondentů. Druhou nejčastější odpovědí bylo setkávání se s vietnamskou pacientkou minimálně jednou za měsíc v počtu 40, tedy 33,1 %. Lze konstatovat, že rozdíl v zastoupení všech četností je identifikován jako statisticky významný (p -hodnota $\max \leq 0,029$).

Otázka č. 3: Do jaké míry charakterizují následující projevy pacientku vietnamské národnosti při hospitalizaci? Odpovídejte u každé položky zvlášť.

Tabulka 3 Charakteristika projevu vietnamské pacientky

Charakteristika projevu patientek vietnamské národnosti							
Pacientka se projevuje jako		Hodnocení (1-nejméně, 5-nejvíce)					Celkem
		1	2	3	4	5	
Spolupracující	Počet	8	10	42	36	25	121
	%	6,6	8,3	34,7	29,8	20,7	100
Nespolupracující	Počet	31	36	33	11	9	120
	%	25,8	30,0	27,5	9,2	7,5	100
Tichá	Počet	4	7	18	26	66	121
	%	3,3	5,8	14,9	21,5	54,5	100
Hlasitá	Počet	72	19	21	4	4	120
	%	60,0	15,8	17,5	3,3	3,3	100
Uzavřená do sebe	Počet	6	12	42	23	38	121
	%	5,0	9,9	34,7	19,0	31,4	100
Komunikativní	Počet	44	33	36	5	2	120
	%	36,7	27,5	30,0	4,2	1,7	100
Málo komunikativní	Počet	8	9	30	32	42	121
	%	6,6	7,4	24,8	26,4	34,7	100

Tabulka 3 znázorňuje charakteristiku projevu vietnamských patientek. Jak je z výše uvedené tabulky a grafu patrné, závěry jsou obtížně interpretovatelné vzhledem k počtu možných hodnocení. Byla proto provedena agregace odpovědí a to tak, že hodnocení stupněm 1 a 2 jsou agregovány do hodnocení „necharakterizuje“ a hodnocení stupněm 4 a 5 do hodnocení „charakterizuje“. Hodnocení stupněm 3 je pak považováno za „neumím posoudit“. Výsledky agregovaných hodnocení shrnuje následující tabulka.

Tabulka 3a Charakteristika projevu vietnamské pacientky

Charakteristika projevu patientek vietnamské národnosti – agregovaná hodnocení					
Pacientka se projevuje jako		Charakterizuje projev pacientku vietnamské národnosti			Celkem
		Ne	Neumím posoudit	Ano	
Spolupracující	Počet	18	42	61	121
	%	14,9	34,7	50,4	100
Nespolupracující	Počet	67	33	20	120
	%	55,8	27,5	16,7	100
Tichá	Počet	11	18	92	121
	%	9,1	14,9	76,0	100
Hlasitá	Počet	91	21	8	120
	%	75,8	17,5	6,7	100
Uzavřená do sebe	Počet	18	42	61	121
	%	14,9	34,7	50,4	100
Komunikativní	Počet	77	36	7	120
	%	64,2	30,0	5,8	100
Málo komunikativní	Počet	17	30	74	121
	%	14,0	24,8	61,2	100

Lze konstatovat, že u takto agregovaných odpovědí je situace značně přehlednější a na interpretaci vhodnější. U všech charakteristik lze identifikovat statisticky významné rozdíly v zastoupení hodnocení „Charakterizuje“ a „Necharakterizuje“ (p-hodnota $\max \leq 1,3 \times 10^{-6}$). Za spolupracující označilo vietnamské pacientky 61 ze 121 respondentů, tedy 50,4 %. V počtu 92 respondentů jsou vietnamské pacientky považovány za tiché a v počtu 74 respondentů ze 121 za málo komunikativní.

Otázka č. 4 Existují specifika v poskytování ošetrovatelské péče o vietnamskou pacientku?

Tabulka 4 Existence specifík při ošetrování vietnamských pacientek

Existence specifík při ošetrování vietnamských pacientek		
Existují specifika	Počet	%
Ano	100	82,6
Ne	21	17,4
Celkem	121	100

V tabulce 4 jsou zaznamenány odpovědi, které udávají, zda existují specifika v ošetrování pacientek vietnamské národnosti. Lze konstatovat, statisticky významný podíl respondentů uvedl, že specifika v poskytování ošetrovatelské péče o vietnamské pacientky existují ($p\text{-hodnota} \leq 6,9 \times 10^{-13}$). Takto odpovídalo 82,6 % ze 121 respondentů.

Otázka č. 5: Jsou specifika v ošetrovatelské péči o vietnamskou pacientku respektovány zdravotnickým personálem?

Tabulka 5 Respektování specifík při ošetrování vietnamských pacientek zdravotnickým personálem

Respektování specifík při ošetrování vietnamských pacientek zdravotnickým personálem		
Respektování specifík	Počet	%
Ano	14	11,7
Spíše ano	61	50,8
Spíše ne	2	1,7
Ne	43	35,8
Celkem	121	100

Tabulka 5 zobrazuje odpovědi respondentů, zda jsou respektovány odlišnosti péče o vietnamské pacientky. Lze konstatovat, statisticky významný podíl respondentů uvedl, že specifika v poskytování ošetrovatelské péče o vietnamské pacientky jsou nebo spíše jsou zdravotnickým personálem respektována ($p\text{-hodnota} \leq 0,006$).

Otázka č. 6: Jaké prostředky využíváte na zvládnutí jazykové bariéry na vašem oddělení?*Tabulka 6 Používané komunikační prostředky*

Používané komunikační prostředky					
Prostředek	Ano		Ne		Celkem
	Počet	%	Počet	%	
Přeložené dokumenty	99	81,8	22	18,2	121
Překladatel	95	78,5	26	21,5	121
Piktogramy	54	45,0	66	55,0	120

Tabulka 6 znázorňuje komunikační prostředky užívané k zvládnutí jazykové bariéry v nemocničních zařízeních. Jak přeložené dokumenty, tak překladatel jsou používány statisticky významně větší částí respondentů (p -hodnota $\max \leq 3,5 \times 10^{-10}$). Rozdíl v používání a nepoužívání piktogramů pak byl identifikován jako statisticky nevýznamný (p -hodnota $\leq 0,273$).

Otázka č. 7: Jaké náboženství je u vietnamské komunity nejvíc rozšířené? Vyberte pouze jednu odpověď.*Tabulka 7 Náboženství u vietnamské komunity*

Náboženství u vietnamské komunity		
Náboženství	Počet	%
Křesťanství	11	9,4
Hinduismus	29	24,8
Buddhismus	61	52,1
Islám	4	3,4
Taoismus	12	10,3
Celkem	117	100

Tabulka 7 zobrazuje odpovědi týkající se určení nejčastějšího uznávaného náboženství u vietnamské komunity. Statisticky významný podíl respondentů správně uvedl, že nejrozšířenější náboženství u vietnamské komunity je buddhismus (p -hodnota $\max \leq 0,0007$). Lze také ale konstatovat, že rozdíl podílu správných a špatných odpovědí je statisticky nevýznamný (p -hodnota $\leq 0,644$).

Otázka č. 8: Jaký byste preferovali způsob podání věci ženě vietnamské národnosti, pokud byste jí chtěly projevit úctu.

Tabulka 8 Preferovaná ruka pro podávání věci

Preferovaná ruka pro podávání věci		
Způsob podávání	Počet	%
oběma rukama	74	62,2
levou rukou	24	20,2
pravou rukou	19	16,0
nezáleží na tom	2	1,7
Celkem	119	100

V tabulce 8 jsou zaznamenány odpovědi o preferenci způsobu podání věci vietnamské pacientce. Statisticky významný podíl respondentů správně uvedl, že úcta se projevuje podáváním věcí oběma rukama ($p\text{-hodnota}_{\max} \leq 1,4 \times 10^{-7}$). Lze také ale konstatovat, že statisticky významně větší část respondentů odpověděla správně ($p\text{-hodnota} \leq 0,008$).

Otázka č. 9: Přímý pohled do očí při komunikaci si vietnamská žena vykládá jako projev:

Tabulka 9 Význam přímého pohledu do očí z pohledu vietnamské pacientky

Přímý pohled do očí si vietnamská žena vykládá jako projev		
Projev	Počet	%
Slušného vychování, empatie a zdvořilosti	51	42,5
Nezdvořilosti a domýšlivosti	69	57,5
Celkem	120	100

Tabulka 9 zobrazuje četnost odpovědí v určení, jaký význam má přímý pohled do očí vietnamské pacientky. V 57,5 % byla zvolena správná odpověď: „nezdvořilost a domýšlivost“. Lze konstatovat, že v zastoupení správných a špatných odpovědí není statisticky významný rozdíl ($p\text{-hodnota} \leq 0,103$).

Otázka č. 10: Považujete následující položky za projevy toho, že vietnamská žena nerozumí, o čem s ní hovoříte? Odpovězte u každé položky.

Tabulka 10 Nonverbální identifikace neporozumění sdělované informace

Nonverbální identifikace neporozumění sdělované informace					
Identifikace neporozumění	Ano		Ne		Celkem
	Počet	%	Počet	%	
Zamračení	53	43,8	68	56,2	121
Úsměv a kývání	89	73,6	32	26,4	121
Rozčílení	35	29,4	84	70,6	119

Tabulka 10 udává znaky nonverbálního vyjádření neporozumění. Všechny výrazy nonverbální komunikace správně identifikovala většina respondentů, ale u „zamračení“ je rozdíl mezi správnými a špatnými odpověďmi statisticky nevýznamný ($p\text{-hodnota} \leq 0,273$). U zbylých dvou pak je počet správných odpovědí statisticky významně vyšší, než odpovědi špatných ($p\text{-hodnota}_{\min} \leq 7,1 \times 10^{-6}$).

Otázka č. 11: Co podle Vás představuje projev nedůvěry?

Tabulka 11 Co představuje projev nedůvěry

Co představuje projev nedůvěry		
Gesto	Počet	%
Dotknutí se pravé ruky vietnamské pacientky	9	7,8
Dotknutí se levé ruky vietnamské pacientky	18	15,5
Dotknutí se zad vietnamské pacientky	20	17,2
Dotknutí se hlavy vietnamské pacientky	69	59,5
Celkem	116	100

Tabulka 11 shrnuje co je projeven nedůvěry v „očích“ vietnamské pacientky. Statisticky významný podíl respondentů dobře zvolil správnou odpověď ($p\text{-hodnota}_{\max} \leq 2 \times 10^{-7}$). Z celkového počtu 116 odpovědí bylo 69 zvoleno správně. Rozdíl mezi počtem správných a nesprávných odpovědí je statisticky neurčitý ($p\text{-hodnota} \leq 0,041$ – blízko 0,05).

Otázka č. 12: V jaké míře byste doporučila vietnamské ženě pít mléka?

Tabulka 12 Míra doporučení pití mléka

Míra doporučení pití mléka		
Míra doporučení	Počet	%
Doporučila	20	16,7
Spíše doporučila	28	23,3
Spíše nedoporučila	39	32,5
Nedoporučila	33	27,5
Celkem	116	100

V tabulce 12 jsou zaznamenány odpovědi, které shrnují vhodnost podání mléka vietnamské pacientce. Za správnou odpověď je považována odpověď „nedoporučila“, která byla zvolena jako druhá nejčastější u 33 respondentek. Statisticky významný rozdíl byl identifikován pouze v zastoupení odpovědí „doporučila“ a „spíše nedoporučila“ (p -hodnota $\leq 0,013$). V zastoupení ostatních odpovědí jsou rozdíly statisticky nevýznamné (p -hodnota $\leq 0,179$).

Otázka č. 13: Do jaké míry jsou vhodné následující nápoje pro vietnamskou ženu?

Tabulka 13 Vhodnost teploty nápoje pro vietnamskou ženu

Vhodnost teploty nápoje pro vietnamskou ženu							
Teplota nápoje		Hodnocení (1-nejvíce, 5-nejméně)					Celkem
		1	2	3	4	5	
Horký	Počet	51	18	24	6	20	119
	%	42,9	15,1	20,2	5,0	16,8	100
Vlažný	Počet	50	28	25	10	6	119
	%	42,0	23,5	21,0	8,4	5,0	100
Pokožové teploty	Počet	54	18	38	6	4	120
	%	45,0	15,0	31,7	5,0	3,3	100
Studený	Počet	24	13	17	35	30	119
	%	20,2	10,9	14,3	29,4	25,2	100
Ledový	Počet	20	4	14	15	66	119
	%	16,8	3,4	11,8	12,6	55,5	100

Tabulka 13 shrnuje odpovědi o vhodnosti teploty u podávaných nápojů. U teplot „horký“ a „vlažný“ je hodnocení „nejvíce vhodný“ zastoupeno statisticky významně nejčastěji (p -hodnota $\leq 0,013$). Teplota „ledový“ je identifikována statisticky významně nejčastěji jako „nejméně vhodný“ (p -hodnota $\leq 7 \times 10^{-7}$). Což jsou správně zvolené odpovědi.

Otázka č. 14: Jaké maso byste podala či nepodala vietnamské pacientce?

Tabulka 14 Maso, které lze podat vietnamské pacientce

Maso, které lze podat vietnamské pacientce					
Druh masa	Ano		Ne		Celkem
	Počet	%	Počet	%	
Vepřové	83	69,2	37	30,8	120
Kuřecí	116	95,9	5	4,1	121
Hovězí	101	83,5	20	16,5	121
Ryby	115	95,0	6	5,0	121
Mořské plody	103	85,8	17	14,2	120

Tabulka 14 shrnuje, jaké druhy masa jsou vhodné k podání vietnamské pacientce. Všechny odpovědi jsou správné a u všech druhů masa statisticky významně převládají správné odpovědi ($p\text{-hodnota}_{\max} \leq 2,5 \times 10^{-5}$). Nejvíce si byli respondenti jistí s odpovědí u kuřecího masa, kde správnou odpověď zvolilo 116 ze 121, tedy 95,9 %. Nejméně pak u masa vepřového, kde správnou odpověď zvolilo 83 respondentů, tedy 69,2 %.

Otázka č. 15: Jaký postoj mají vietnamské ženy k lékům na tlumení bolesti?

Tabulka 15 Postoj vietnamských žen k lékům na tlumení bolesti

Postoj vietnamských žen k lékům na tlumení bolesti		
Postoj	Počet	%
Léky přijímají rády, již při malých projevech bolesti	14	11,6
Léky na bolest přijímají omezeně, věří že způsobují závislost	84	69,4
Přijímání léků se neliší od české komunity	23	19,0
Celkem	121	100

V tabulce 15 jsou zaznamenány odpovědi ohledně postoje žen vietnamské národnosti na užití léků tlumících bolest. Správná odpověď je zastoupena statisticky významně nejčteněji ($p\text{-hodnota}_{\max} \leq 3,7 \times 10^{-9}$). Dále lze konstatovat, že správná odpověď je také zastoupena statisticky významně čteněji, než odpovědi špatné ($p\text{-hodnota} \leq 1,9 \times 10^{-5}$).

Otázka č. 16: Hygienu v nemocničním prostředí provádějí vietnamské ženy nejraději:*Tabulka 16 Způsob provádění hygieny vietnamskými pacientkami*

Způsob provádění hygieny vietnamskými pacientkami					
	Ano		Ne		
Způsob provádění hygieny	Počet	%	Počet	%	Celkem
S pomocí zdravotnického personálu	23	19,0	98	81,0	121
Preferují samostatné provádění hygieny, pravidelně každý den	80	66,1	41	33,9	121
V nemocničních zařízeních hygienu nechtějí provádět	49	40,5	72	59,5	121

Tabulka 16 shrnuje odpovědi respondentů ohledně preferencí provádění hygieny v nemocničním zařízení u vietnamských pacientek. Lze konstatovat, že u všech možností statisticky významně převládají správné odpovědi ($p\text{-hodnota}_{\max} \leq 0,036$). Správná odpověď byla u první možnosti „s pomocí zdravotnického personálu“ zvolena v 81 % případů, u druhé možnosti „samostatné provádění hygieny“ byla správně zvolena odpověď „ano“ v 66,1 % a u třetí možnosti „v nemocničních zařízeních hygienu nechtějí provádět“ byla správná odpověď „ne“ zvolena v 59,5 %.

Otázka č. 17: Nabídla byste vietnamské ženě možnost přítomnosti člena rodiny u jejího vyšetření?*Tabulka 17 Nabídka přítomnosti člena rodiny u vyšetření*

Nabídka přítomnosti člena rodiny u vyšetření		
Nabídka	Počet	%
Ano	46	38,7
Spíše ano	35	29,4
Spíše ne	24	20,2
Ne	14	11,8
Celkem	119	100

V tabulce 17 jsou zaznamenány odpovědi, zda by respondenti nabídli přítomnost člena rodiny u vyšetření vietnamské pacientky. Statisticky významně větší část respondentů by přítomnost člena rodiny u vyšetření nabídla („ano“ a „spíše ano“) než nenabídla („spíše ne“ a „ne“), ($p\text{-hodnota} \leq 3,2 \times 10^{-5}$).

Otázka č. 18: Do jaké míry preferují vietnamské ženy tyto druhy porodu?

Tabulka 18 Preference typu porodu vietnamskými ženami

Preference typu porodu vietnamskými ženami							
Typ porodu		Hodnocení (1-nejvíce, 5-nejméně)					Celkem
		1	2	3	4	5	
Přirozený, vaginální porod	Počet	88	6	11	2	11	118
	%	74,6	5,1	9,3	1,7	9,3	100
Porod císařským řezem	Počet	15	11	29	15	49	119
	%	12,6	9,2	24,4	12,6	41,2	100
V domácím prostředí-cítí se klidněji	Počet	33	12	23	8	42	118
	%	28,0	10,2	19,5	6,8	35,6	100
V nemocnici-důvěřují lékařům	Počet	59	13	17	5	25	119
	%	49,6	10,9	14,3	4,2	21,0	100

V tabulce 18 jsou shrnuty preference jednotlivých typů porodů u vietnamských žen. Vaginální porod byl identifikován respondenty jako statisticky významně nejpreferovanější varianta porodu ($p\text{-hodnota}_{\max} \leq 1,0 \times 10^{-14}$). Porod císařským řezem pak byl identifikován jako nejméně preferovaný ($p\text{-hodnota}_{\max} \leq 0,023$). Porod v domácím prostředí byl hodnocen nejednoznačně, rozdíl v zastoupení nejnižší a nejvyšší preference nebyl identifikován jako statisticky významný ($p\text{-hodnota} \leq 0,299$). Naproti tomu porod v nemocnici byl hodnocen jako vysoce preferovaný, nejvyšší hodnocení je zastoupeno statisticky významně nejčtenější ($p\text{-hodnota}_{\max} \leq 0,0002$).

Otázka č. 19: Jaké potraviny byste v průběhu těhotenství doporučila či nedoporučila vietnamské ženě?

Tabulka 19 Doporučení potravin v průběhu těhotenství

Doporučení potravin v průběhu těhotenství					
Potravina	Ano		Ne		Celkem
	Počet	%	Počet	%	
Kávu	19	15,7	102	84,3	121
Vepřové maso	81	67,5	39	32,5	120
Ostrá jídla	12	9,9	109	90,1	121
Kořeněná jídla	29	24,0	92	76,0	121
Rýži	118	97,5	3	2,5	121
Ovoce	115	95,0	6	5,0	121
Zázvor	58	47,9	63	52,1	121
Kapra	84	69,4	37	30,6	121
Kuřecí maso	114	94,2	7	5,8	121
Krabí maso	76	62,8	45	37,2	121

Tabulka 19 zaznamenává vhodnost podání jednotlivých potravin v průběhu těhotenství u vietnamské pacientky. Nejvíce respondenti chybovali u možnosti „kapra“, kde zvolili špatnou odpověď „ano“ s četností 69,4 % a u možnosti „krabí maso“, kde byla také zvolena špatná odpověď „ano“ s četností 62,8 %. U odpovědi „zázvor“ není statisticky významný rozdíl v počtu zastoupení jednotlivých odpovědí ($p\text{-hodnota} \leq 0,694$). U všech ostatních odpovědí jsou pak rozdíly statisticky významné ($p\text{-hodnota}_{\max} \leq 0,005$).

Otázka č. 20: Pokud byste mohla rozhodnout o počtu lidí u porodu vietnamské ženy, volila byste spíše:

Tabulka 20 Volba počtu lidí u porodu vietnamské ženy

Volba počtu lidí u porodu vietnamské ženy		
Počet	Počet	%
Větší počet lidí-vietnamská žena se cítí více v bezpečí	43	35,5
Menší počet lidí-věří, že se žena může vyděsit a tím dojít k poklesu srdeční činnosti	51	42,1
Nezáleží na počtu lidí	27	22,3
Celkem	121	100

Tabulka 20 zaznamenává odpovědi na volbu počtu lidí u porodu ženy vietnamské národnosti. Správná odpověď je zastoupena statisticky významně čteněji, než odpověď „nezáleží na počtu lidí“ (p-hodnota \leq 0,007). V zastoupení ostatních odpovědí nebyly rozdíly identifikovány jako statisticky významné (p-hodnota $_{\min}$ \leq 0,06).

Otázka č. 21: Pokud byste měla na výběr, jakou barvu vašeho pracovního oděvu byste NEzvolila u ošetřování ženy vietnamské národnosti?

Tabulka 21 nevhodná barva oděvu pro ošetřování vietnamské pacientky

Nevhodná barva oděvu pro ošetřování vietnamské pacientky		
Barva	Počet	%
černá	52	43,0
bílá	60	49,6
modrá	4	3,3
žlutá	3	2,5
zelená	2	1,7
Celkem	121	100

Tabulka 21 znamená odpovědi v oblasti vhodnosti zvolení barvy pracovního oděvu u péče o vietnamskou pacientku. Správná odpověď byla zvolena v 60 ze 121 odpovědí. V zastoupení odpovědí „černá“ a „bílá“ nebyly rozdíly identifikovány jako statisticky významné (p-hodnota \leq 0,450). Ostatní barvy jsou zastoupeny zcela minoritně.

Otázka č. 22: Jaký význam má bílá barva pro vietnamskou ženu?

Tabulka 22 Význam bílé barvy pro vietnamskou ženu

Význam bílé barvy pro vietnamskou ženu		
Význam	Počet	%
Jistota, bezpečí	23	19,7
Život, začátek něčeho nového	32	27,4
Smrt, konec životní cesty	62	53,0
Celkem	117	100

V tabulce 22 jsou zaznamenány odpovědi o významu bílé barvy pro vietnamskou ženu. Správná odpověď je zastoupena statisticky významně nejčteněji (p -hodnota_{max}≤0,002). V zastoupení zbylých dvou odpovědí nebyly rozdíly identifikovány jako statisticky významné (p -hodnota_{min}≤0,225).

Otázka č. 23: Placenta je ve vietnamské kultuře brána jako:

Tabulka 23 Význam placenty ve vietnamské kultuře

Význam placenty ve vietnamské kultuře		
Význam	Počet	%
Odpad	20	16,8
Posilující lék	68	57,1
Nemá žádný význam	31	26,1
Celkem	117	100

Tabulka 23 zaznamenává význam placenty ve vietnamské kultuře. Správná odpověď je zastoupena statisticky významně nejčteněji (p -hodnota_{max}≤0,0002). V zastoupení zbylých dvou odpovědí nebyly rozdíly identifikovány jako statisticky významné (p -hodnota_{min}≤0,124).

Otázka č. 24: Pokud byste měla na výběr, na jaký pokoj byste uložila vietnamskou ženu v šestinedělí?

Tabulka 24 Umístění vietnamské ženy v šestinedělí

Umístění vietnamské ženy v šestinedělí		
Význam	Počet	%
Na společný pokoj, ženy v tomto období uvítají společnost	38	31,4
Na samostatný pokoj, ženy věří, že jim jiná kojící matka „krade“ mléko	83	68,6
Celkem	121	100

V tabulce 24 jsou zaznamenány odpovědi na otázku ohledně umístění ženy vietnamské národnosti na oddělení šestinedělí. Správná odpověď zvolena u 83 respondentů ze 121, je zastoupena statisticky významně čteněji ($p\text{-hodnota} \leq 4,3 \times 10^{-5}$).

Otázka č. 25: Využívají vietnamské ženy po porodu koupel?

Tabulka 25 Využití koupele po porodu

Využití koupele po porodu		
Koupel	Počet	%
Ano	16	13,2
Spíše ano	19	15,7
Ne	30	24,8
Spíše ne	56	46,3
Celkem	121	100

Tabulka 25 obsahuje odpovědi o využívání koupele vietnamskými ženami po porodu. Správná odpověď byla zvolena u 30 respondentů, tedy u 24,8 %. Statisticky významně největší část respondentů uvedla, že ženy koupel po porodu spíše nevyužívají ($p\text{-hodnota}_{\max} \leq 0,005$).

Otázka č. 26: V jakých oblastech vnímáte bariéry u ošetřování žen vietnamské národnosti v porovnání s ošetřováním žen evropských kultur?

Tabulka 26 Oblasti, vnímané jako kulturní bariéry

Oblasti, vnímané jako kulturní bariéry					
Oblast	Ano		Ne		Celkem
	Počet	%	Počet	%	
Komunikace	117	96,7	4	3,3	121
Kulturní odlišnosti	92	76,0	29	24,0	121
Výživa	74	61,2	47	38,8	121
Hygiena	69	57,0	52	43,0	121
Bolest	73	60,3	48	39,7	121

Tabulka 26 zaznamenává oblasti, ve kterých respondenti vidí bariéry při ošetřování žen vietnamské národnosti. Nejvíce volenou odpovědí byla „komunikace“, kterou respondenti zvolili ve 117 ze 121 případů, tedy v 96,7 %. V zastoupení všech odpovědí u všech oblastí s výjimkou „hygieny“ jsou rozdíly identifikovány jako statisticky významné ($p\text{-hodnota}_{\max} \leq 0,02$).

Otázka č. 27: Do jaké míry byste ocenili zpracování informací o odlišnostech péče o vietnamskou ženu u jednotlivých položek?

Tabulka 27 Ocenění zpracování informací o jednotlivých oblastech

Ocenění zpracování informací o jednotlivých oblastech							
Oblast		Hodnocení (1-nejvíce, 5-nejméně)					Celkem
		1	2	3	4	5	
Komunikace	Počet	88	15	10	3	5	121
	%	72,7	12,4	8,3	2,5	4,1	100
Tradice a zvyky	Počet	73	16	23	4	5	121
	%	60,3	13,2	19,0	3,3	4,1	100
Hygiena	Počet	60	19	24	5	13	121
	%	49,6	15,7	19,8	4,1	10,7	100
Bolest	Počet	62	18	29	4	8	121
	%	51,2	14,9	24,0	3,3	6,6	100
Stravování	Počet	64	16	26	6	9	121
	%	52,9	13,2	21,5	5,0	7,4	100

V tabulce 27 jsou zaznamenány odpovědi, které určují preference o zpracování informací v jednotlivých oblastech. Největší počet respondentů označil stupeň „nejvíce ocenila“ u odpovědi „komunikace“, nejmenší počet u odpovědi „hygiena“. Odpověď „velmi ocenila“ je však zastoupena statisticky významně nejčteněji u všech oblastí ($p\text{-hodnota}_{\max} \leq 0,0005$).

8.1 Vyhodnocení hypotéz

Hypotéza č.1: Předpokládáme, že dosažené vzdělání má vliv na úroveň znalostí o odlišnostech péče o vietnamské ženy v gynekologii a porodnictví.

Úroveň znalostí definujeme jako podíl správných odpovědí v procentech na otázky 7 až 25 (celkem se jedná o 43 odpovědí, některé otázky jsou vícečetné, např. 10,14 apod.).

Tento podíl je určen pro každou otázku a pro každou vzdělanostní skupinu respondentů. Takto vzniklé vektory podílů správných odpovědí jsou dále analyzovány a je zkoumáno, jestli má vzdělání vliv na jejich střední hodnotu či kolísání.

Hypotézu formulujeme následujícím způsobem:

H₀: $\mu_{\text{středoškolské}} = \mu_{\text{vyšší odborné}} = \mu_{\text{vysokoškolské}}$ (střední hodnoty znalostí jsou shodné)

H_A: $\text{not} (\mu_{\text{středoškolské}} = \mu_{\text{vyšší odborné}} = \mu_{\text{vysokoškolské}})$ (střední hodnoty znalostí nejsou shodné)

Tabulka 28 Hypotéza č.1: Analýza správných odpovědí podle vzdělání respondentů

Analýza správných odpovědí podle vzdělání respondentů						
Otázka	Vzdělání					
	úplně střední s maturitou (n=44)		vyšší odborné (n=32)		Vysokoškolské (n=45)	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
O7	15	34,1	16	50,0	30	66,7
O8	27	61,4	17	53,1	30	66,7
O9	23	52,3	15	46,9	31	68,9
O10A	22	50,0	14	43,8	17	37,8
O10B	12	27,3	10	31,3	10	22,2
O10C	15	34,1	10	31,3	10	22,2
O11	23	52,3	19	59,4	27	60,0
O12	12	27,3	7	21,9	14	31,1
O13A	20	45,5	11	34,4	20	44,4
O13B	24	54,6	11	34,4	15	33,3
O13C	9	20,5	11	34,4	18	40,0
O13D	13	29,6	5	15,6	12	26,7
O13E	22	50,0	15	46,9	29	64,4
O14A	35	79,6	20	62,5	28	62,2
O14B	42	95,5	30	93,8	44	97,8
O14C	36	81,8	27	84,4	38	84,4
O14D	43	97,7	31	96,9	41	91,1
O14E	34	77,3	31	96,9	38	84,4
O15	31	70,5	17	53,1	36	80,0
O16A	30	68,2	28	87,5	40	88,9
O16B	33	75,0	19	59,4	28	62,2
O16C	28	63,6	19	59,4	25	55,6
O17	15	34,1	13	40,6	18	40,0
O18A	33	75,0	21	65,6	34	75,6
O18B	21	47,7	13	40,6	15	33,3
O18C	13	29,6	12	37,5	17	37,8
O18D	23	52,3	16	50,0	20	44,4
O19A	36	81,8	28	87,5	38	84,4
O19B	31	70,5	24	75,0	26	57,8
O19C	38	86,4	29	90,6	42	93,3
O19D	33	75,0	26	81,3	33	73,3
O19E	44	100,0	31	96,9	43	95,6
O19F	41	93,2	31	96,9	43	95,6
O19G	22	50,0	16	50,0	25	55,6
O19H	14	31,8	12	37,5	11	24,4
O19CH	43	97,7	31	96,9	40	88,9
O19I	13	29,6	8	25,0	24	53,3
O20	22	50,0	11	34,4	18	40,0
O21	23	52,3	13	40,6	24	53,3
O22	20	45,5	15	46,9	27	60,0
O23	20	45,5	21	65,6	27	60,0
O24	28	63,6	19	59,4	36	80,0

Analýza správných odpovědí podle vzdělání respondentů						
Otázka	Vzdělání					
	úplné střední s maturitou (n=44)		vyšší odborné (n=32)		Vysokoškolské (n=45)	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
O25	10	22,7	12	37,5	8	17,8

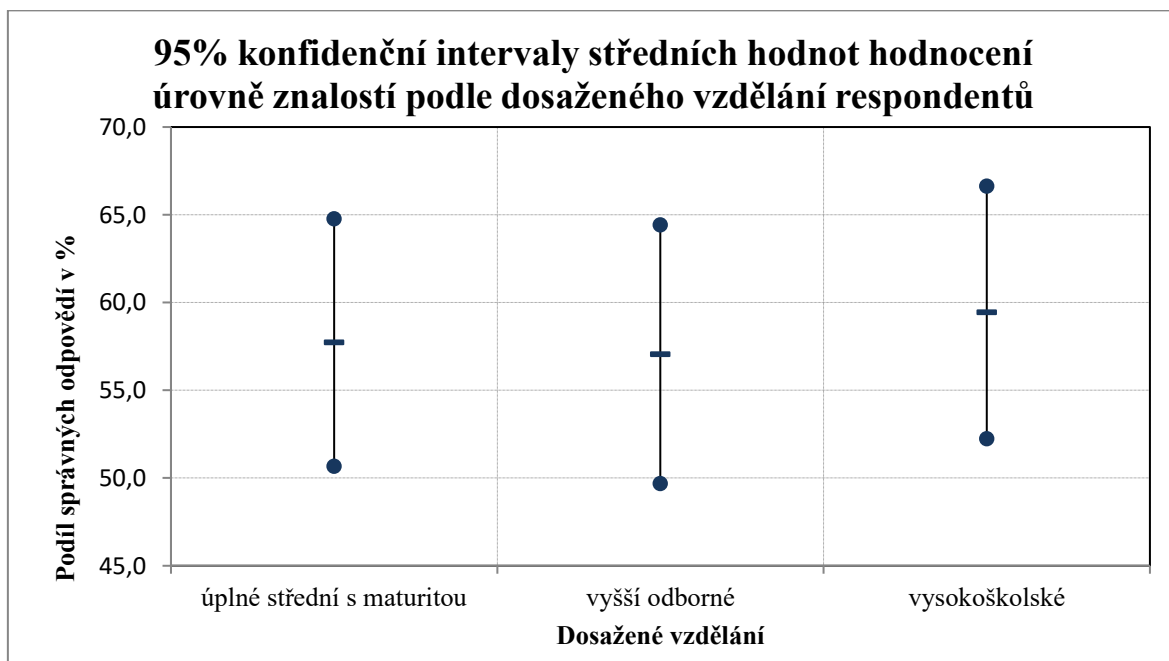
Tabulka 29 Hypotéza č. 1: Vzdělání

Vzdělání	n	\bar{x}	σ	$\mu_{0,95}$		Medián	Min	Max
úplné střední s maturitou	43	57,7	22,91	50,7	64,8	52,3	20,5	100,0
vyšší odborné	43	57,1	23,96	49,7	64,4	50,0	15,6	96,9
vysokoškolské	43	59,4	23,39	52,2	66,6	60,0	17,8	97,8

Tabulka 30 Hypotéza č.1: Vzdělanost skupiny

Vzdělanostní skupiny	Test shody středních hodnot	Test shody rozptylů F-test
úplné střední s maturitou a vyšší odborné (Wilcoxonův test)	shodu nelze zamítnout, p-hodnota \leq 0,893	shodu nelze zamítnout, p-hodnota \leq 0,773
úplné střední s maturitou a vysokoškolské (Wilcoxonův test)	shodu nelze zamítnout, p-hodnota \leq 0,672	shodu nelze zamítnout, p-hodnota \leq 0,893
vyšší odborné a vysokoškolské (Wilcoxonův test)	shodu nelze zamítnout, p-hodnota \leq 0,568	shodu nelze zamítnout, p-hodnota \leq 0,877
test středních hodnot všech tří vektorů (Kruskal-Wallis test)	shodu nelze zamítnout, p-hodnota \leq 0,837	

Graf 1 Hypotéza č. 1: Hodnocení úrovně znalostí dle dosaženého vzdělání



Na základě výsledků výše uvedené analýzy lze konstatovat, že situace je zcela jednoznačná.

Střední hodnoty podílu správných odpovědí se statisticky významně nemění v závislosti na dosaženém vzdělání respondenta. Tento fakt s vysokými hodnotami pravděpodobnosti prokázaly testy jejich shody pomocí neparametrického Wilcoxonova testu středních hodnot.

Zároveň se prokázalo, že i kolísání podílu správných odpovědí uvnitř jednotlivých vzdělanostních skupin nevykazuje statisticky významné rozdíly (rozptyly vektorů nejsou statisticky významně rozdílné). To potvrzuje i to, že nejsou významné rozdíly mezi minimy, maximy a mediány pro jednotlivé vzdělanostní skupiny respondentů.

Závěr

Hypotézu H_0 se nepodařilo zamítnout. Dopustili bychom se chyby $\geq 83,7\%$ ($p\text{-hodnota} \leq 0,873$), jak prokazuje závěr Kruskal-Wallisova testu shody středních hodnot. Lze konstatovat, že námi testovaná hypotéza číslo 1 neplatí, neprokázalo se, že by dosažená úroveň vzdělání měla statisticky významný vliv na úroveň znalostí odlišností v péči o ženy vietnamské národnosti v gynekologii a porodnictví.

Hypotéza č.2: Předpokládáme, že četnost styku s vietnamskými pacientkami má vliv na úroveň znalostí o odlišnostech o jejich péči v gynekologii a porodnictví.

Úroveň znalostí definujeme opět jako podíl správných odpovědí v procentech na otázky 7 až 25 (celkem se jedná o 43 odpovědí, některé otázky jsou vícečetná, např. 10,14 apod) jako u hypotézy číslo 1.

Hypotézu formulujeme následujícím způsobem:

$H_0: \mu_{\text{denně}} = \mu_{\text{týdně}} = \mu_{\text{měsíčně}} = \mu_{\text{občas}}$ (střední hodnoty znalostí jsou shodné)

$H_A: \text{not} (\mu_{\text{denně}} = \mu_{\text{týdně}} = \mu_{\text{měsíčně}} = \mu_{\text{občas}})$ (střední hodnoty znalostí nejsou shodné)

Tabulka 31 Hypotéza č. 2: Analýza správných odpovědí dle četnosti styku

Analýza správných odpovědí podle četnost styku respondenta s vietnamskými pacientkami								
Otázka	Každý den (n=4)		Min. 1x týdně (n=62)		Min. 1x za měsíc (n=40)		Párkrát do roka (n=15)	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%
O7	3	75,0	36	58,1	16	40,0	6	40,0
O8	3	75,0	36	58,1	24	60,0	11	73,3
O9	3	75,0	38	61,3	16	40,0	12	80,0
O10A	1	25,0	29	46,8	19	47,5	4	26,7
O10B	2	50,0	17	27,4	9	22,5	4	26,7
O10C	3	75,0	18	29,0	10	25,0	4	26,7
O11	2	50,0	36	58,1	26	65,0	5	33,3
O12	1	25,0	16	25,8	14	35,0	2	13,3
O13A	2	50,0	29	46,8	19	47,5	1	6,7
O13B	2	50,0	23	37,1	18	45,0	7	46,7
O13C	1	25,0	19	30,7	12	30,0	6	40,0
O13D	1	25,0	21	33,9	5	12,5	3	20,0
O13E	2	50,0	35	56,5	20	50,0	9	60,0
O14A	1	25,0	36	58,1	35	87,5	11	73,3
O14B	3	75,0	60	96,8	39	97,5	14	93,3
O14C	3	75,0	51	82,3	35	87,5	12	80,0
O14D	4	100,0	57	91,9	40	100,0	14	93,3
O14E	4	100,0	49	79,0	39	97,5	11	73,3
O15	3	75,0	41	66,1	29	72,5	11	73,3
O16A	3	75,0	54	87,1	29	72,5	12	80,0
O16B	2	50,0	39	62,9	25	62,5	14	93,3
O16C	3	75,0	33	53,2	24	60,0	12	80,0
O17	1	25,0	24	38,7	19	47,5	2	13,3
O18A	3	75,0	45	72,6	28	70,0	12	80,0
O18B	0	0,0	29	46,8	18	45,0	2	13,3
O18C	1	25,0	18	29,0	21	52,5	2	13,3
O18D	2	50,0	28	45,2	24	60,0	5	33,3
O19A	3	75,0	54	87,1	33	82,5	12	80,0
O19B	2	50,0	42	67,7	26	65,0	11	73,3
O19C	3	75,0	58	93,6	34	85,0	14	93,3
O19D	3	75,0	48	77,4	30	75,0	11	73,3
O19E	4	100,0	61	98,4	38	95,0	15	100,0
O19F	4	100,0	59	95,2	37	92,5	15	100,0
O19G	2	50,0	34	54,8	23	57,5	4	26,7
O19H	1	25,0	21	33,9	11	27,5	4	26,7
O19CH	3	75,0	57	91,9	40	100,0	14	93,3
O19I	1	25,0	23	37,1	15	37,5	6	40,0
O20	0	0,0	23	37,1	17	42,5	11	73,3
O21	3	75,0	30	48,4	24	60,0	3	20,0
O22	3	75,0	32	51,6	23	57,5	4	26,7
O23	3	75,0	31	50,0	26	65,0	8	53,3
O24	2	50,0	42	67,7	27	67,5	12	80,0
O25	1	25,0	18	29,0	11	27,5	0	0,0

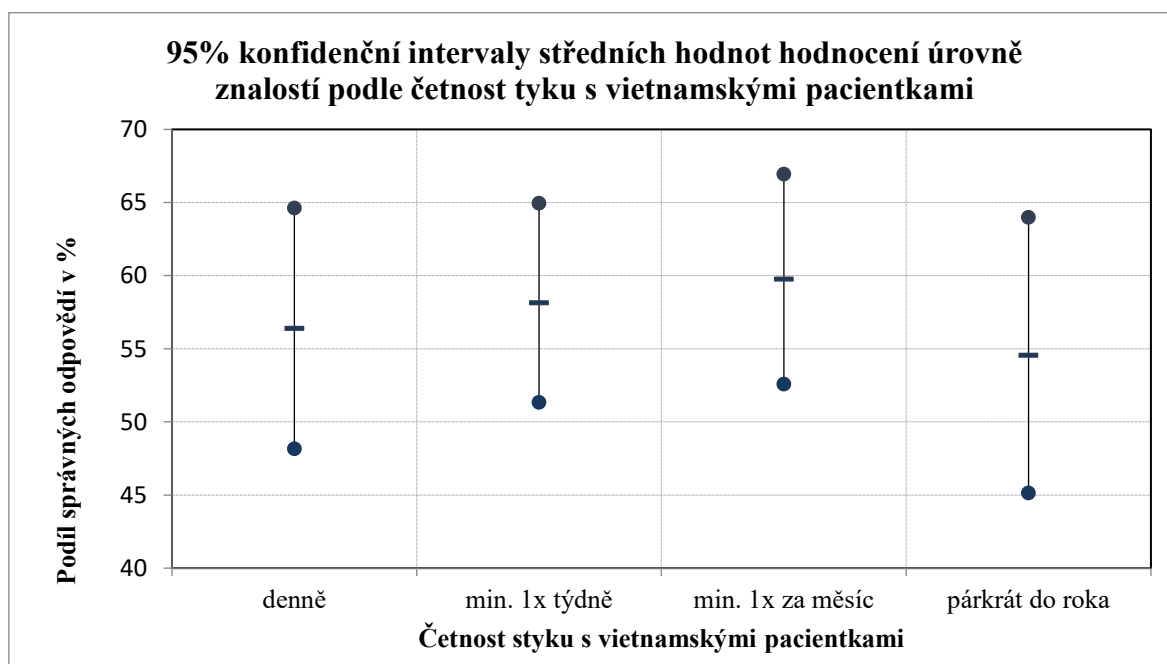
Tabulka 32 Hypotéza č. 2: Četnost styku s vietnamskými pacientkami

Četnost styku s vietnamskými pacientkami	<i>n</i>	\bar{x}	σ	$\mu_{0,95}$		Medián	Min	Max
Každý den	43	56,4	26,78	48,2	64,6	50,0	0,0	100,0
Min. 1x týdně	43	58,1	22,12	51,3	64,9	56,5	25,8	98,4
Min. 1x za měsíc	43	59,8	23,37	52,6	67,0	60,0	12,5	100,0
Párkrát do roka	43	54,6	30,62	45,1	64,0	60,0	0,0	100,0

Tabulka 33 Hypotéza č. 2: Skupiny respondentů dle četnosti styku

Skupiny respondentů	Test shody středních hodnot	Test shody rozptylů F-test
denně a týdně (Wilcoxonův test)	shodu nelze zamítnout, p-hodnota $\leq 0,775$	shodu nelze zamítnout, p-hodnota $\leq 0,220$
denně a měsíčně (Wilcoxonův test)	shodu nelze zamítnout, p-hodnota $\leq 0,906$	shodu nelze zamítnout, p-hodnota $\leq 0,381$
denně a párkrát do roka (Wilcoxonův test)	shodu nelze zamítnout, p-hodnota $\leq 0,883$	shodu nelze zamítnout, p-hodnota $\leq 0,388$
týdně a měsíčně (Wilcoxonův test)	shodu nelze zamítnout, p-hodnota $\leq 0,634$	shodu nelze zamítnout, p-hodnota $\leq 0,723$
týdně a párkrát do roka (Wilcoxonův test)	shodu nelze zamítnout, p-hodnota $\leq 0,644$	shodu nelze zamítnout, p-hodnota $\leq 0,04$
měsíčně a párkrát do roka (Wilcoxonův test)	shodu nelze zamítnout, p-hodnota $\leq 0,495$	shodu nelze zamítnout, p-hodnota $\leq 0,09$
test středních hodnot všech čtyř vektorů (Kruskal-Wallis test)	shodu nelze zamítnout, p-hodnota $\leq 0,921$	

Graf 2 Hypotéza č. 2: Četnost styku s vietnamskými pacientkami



Na základě výsledků výše uvedené analýzy lze konstatovat, že situace je zcela jednoznačná.

Střední hodnoty podílu správných odpovědí se statisticky významně nemění v závislosti na četnosti styku respondenta s pacientkami vietnamské národnosti. Tento fakt s vysokými hodnotami pravděpodobnosti prokázaly testy jejich shody pomocí neparametrického Wilcoxonova testu středních hodnot. Zároveň se prokázalo, že i kolísání podílu správných odpovědí uvnitř jednotlivých skupin nevykazuje statisticky významné rozdíly (rozptyly vektorů nejsou statisticky významně rozdílné).

Zajímavým se jeví minimální hodnota 0 u skupiny „párkrát do roka“ a otázky O25, kde všech 15 respondentek odpovědělo nesprávně.

Závěr

Hypotézu H_0 se nepodařilo zamítnout. Dopustili bychom se chyby $\geq 92,1$ % ($p\text{-hodnota} \leq 0,921$), jak prokazuje závěr Kruskal-Wallisova testu shody středních hodnot. Lze konstatovat, že námi testovaná hypotéza číslo 2 neplatí, neprokázalo se, že by četnost styku s pacientkami vietnamské národnosti měla statisticky významný vliv na úroveň znalostí odlišností v péči o ně v gynekologii a porodnictví.

Hypotéza č. 3: Předpokládáme, že vnímání specifík u ošetřování vietnamských pacientek má vliv na úroveň znalostí o odlišnostech o jejich péči v gynekologii a porodnictví.

Úroveň znalostí definujeme opět jako podíl správných odpovědí v procentech na otázky 7 až 25 (celkem se jedná o 43 odpovědí, některé otázky jsou vícečetná, např. 10,14 apod) jako u hypotézy číslo 1 a 2.

Hypotézu formulujeme následujícím způsobem:

$H_0: \mu_{ano} = \mu_{ne}$ (střední hodnoty znalostí jsou shodné)

$H_A: \mu_{ano} \neq \mu_{ne}$ (střední hodnoty znalostí nejsou shodné)

Tabulka 34 Hypotéza č. 3: Analýza vlivu uznání specifík u ošetřování vietnamských žen na úroveň znalostí

Analýza vlivu uznání specifík u ošetřování vietnamských pacientek na úroveň jejich znalostí				
Otázka	Ano, existují (n=100)		Ne, neexistují (n=21)	
	Počet	%	Počet	%
O7	54	54,0	7	33,3
O8	65	65,0	9	42,9
O9	61	61,0	8	38,1
O10A	45	45,0	8	38,1
O10B	23	23,0	9	42,9
O10C	26	26,0	9	42,9
O11	59	59,0	10	47,6
O12	31	31,0	2	9,5
O13A	45	45,0	6	28,6
O13B	45	45,0	5	23,8
O13C	28	28,0	10	47,6
O13D	26	26,0	4	19,1
O13E	61	61,0	5	23,8
O14A	67	67,0	16	76,2
O14B	96	96,0	20	95,2
O14C	84	84,0	17	81,0
O14D	95	95,0	20	95,2
O14E	87	87,0	16	76,2
O15	78	78,0	6	28,6
O16A	86	86,0	12	57,1
O16B	68	68,0	12	57,1
O16C	62	62,0	10	47,6
O17	43	43,0	3	14,3
O18A	78	78,0	10	47,6
O18B	43	43,0	6	28,6
O18C	39	39,0	3	14,3
O18D	52	52,0	7	33,3
O19A	88	88,0	14	66,7
O19B	66	66,0	15	71,4
O19C	92	92,0	17	81,0
O19D	78	78,0	14	66,7
O19E	97	97,0	21	100,0
O19F	97	97,0	18	85,7
O19G	54	54,0	9	42,9
O19H	32	32,0	5	23,8
O19CH	94	94,0	20	95,2
O19I	38	38,0	7	33,3
O20	46	46,0	5	23,8
O21	54	54,0	6	28,6
O22	54	54,0	8	38,1
O23	60	60,0	8	38,1

Analýza vlivu uznání specifík u ošetřování vietnamských pacientek na úroveň jejich znalostí				
Otázka	Ano, existují (n=100)		Ne, neexistují (n=21)	
	Počet	%	Počet	%
O24	75	75,0	8	38,1
O25	27	27,0	3	14,3

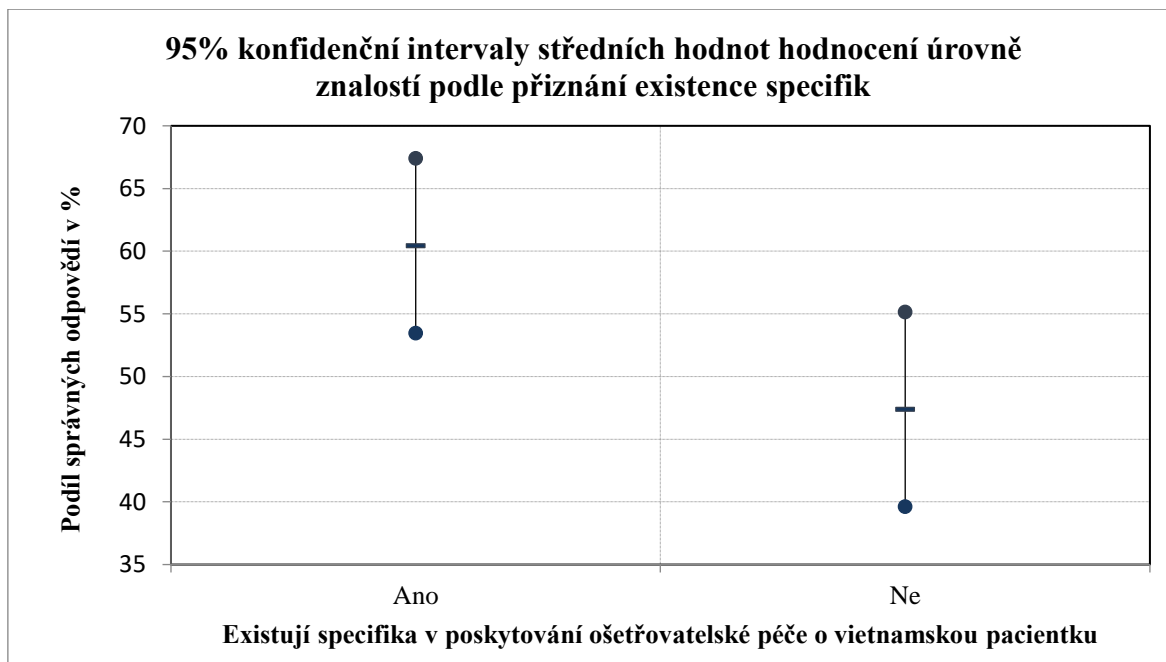
Tabulka 35 Hypotéza č. 3: Uvědomování si specifík v ošetřování vietnamské kultury

Specifika	n	\bar{x}	σ	$\mu_{0,95}$		Medián	Min	Max
Ano	43	60,4	22,66	53,5	67,4	60,0	23,0	97,0
Ne	43	47,4	25,26	39,6	55,2	42,9	9,5	100,0

Tabulka 36 Hypotéza č. 3: Skupiny respondentů

Skupiny respondentů	Test shody středních hodnot	Test shody rozptylů F-test
Ano a Ne (Wilcoxonův test)	shodu zamítáme, p-hodnota $\leq 0,01$	shodu nelze zamítnout, p-hodnota $\leq 0,486$

Graf 3 Hypotéza č. 3: Specifika v poskytování péče



Na základě výsledků výše uvedené analýzy lze konstatovat, že situace je zcela jednoznačná.

Střední hodnoty podílu správných odpovědí se statisticky významně liší v závislosti na tom, jestli respondent vnímá existenci specifík při poskytování gynekologicko-porodnické péče pacientkám vietnamské národnosti nebo nikoli.

Závěr

Hypotézu H0 **zamítáme**. Lze konstatovat, že námi testovaná **hypotéza číslo 3 platí**. Prokázalo se, že respondenti, kteří vnímají existenci specifík při poskytování gynekologicko-porodnické péče vietnamským pacientkám mají o těchto specifíkách statisticky významně vyšší střední úroveň vědomostí a znalostí než ti respondenti, kteří tato specifika nevnímají.

9 Diskuze

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit kvalitu péče, která je poskytována vietnamským pacientkám. Pro tuto práci jsme si zvolili indikátory kvality péče: komunikace, bezpečí, hygiena, pitný režim, stravování a bolest. Tyto indikátory byly použity jako výchozí bod pro sestavení dotazníku, který se zabývá právě těmito oblastmi. Dále jsou zde zahrnuty otázky týkající se obecných specifík pro vietnamskou komunitu, jejichž znalost nám pomůže k poskytování komplexní a kvalitní ošetrovatelské péče. Zhodnocení kvality péče bylo závislé na množství správně zodpovězených odpovědí ze strany respondentů. Dílčími cíli bylo zjistit, zda vzdělání, četnost setkávání se s vietnamskou pacientkou a uvědomování si existence specifík v ošetřování vietnamských žen ovlivňuje znalost jednotlivých odlišností v ošetřování. Dotazník vlastní tvorby byl rozdán pomocí vedoucích pracovníků na porodnických odděleních a odděleních gynekologie v tištěné podobě. Vyplněn byl sestrami a porodními asistentkami, které pracují na těchto odděleních. Dalšího omezení ve výběru respondentů zde nebylo využito. Dotazníky byly distribuovány v nemocničních zařízeních v Praze a v Libereckém kraji. Výzkum probíhal od 1.2. 2020 do 31.3. 2020. Za tuto dobu bylo získáno 121 vyplněných dotazníků. Celkově a řádně vyplněno bylo 116 dotazníků, u 5 z nich se vyskytovaly nevyplněné otázky a respondenti udávali, že jim chyběla zejména možnost „nevím“. Všechny 121 dotazníků bylo přesto zahrnuto k vyhodnocení výzkumu. K výskytu chyb mohlo dojít zejména při zaznamenávání údajů do programu MS Excel.

Jak již bylo zmíněno, hlavním cílem bylo zjistit, zda je vietnamským pacientkám poskytována kvalitní ošetrovatelská péče, která v mnohých ohledech zahrnuje specifika. V rámci dotazníkového šetření jsme se dotazovali, zda vůbec existují nějaké rozdíly v ošetřování vietnamské komunity. Výsledky tohoto šetření můžeme vidět v tabulce 4, kde 82,6 % z dotazovaných uvedlo, že specifika existují. V rámci výzkumu v Canadě z roku 1999 je udáno, že vzdělání a uvědomování si kulturních rozdílů a odlišností spojených s ošetřováním a pobytem v nemocničním zařízení, je velmi důležité pro poskytování kvalitní zdravotní péče. Pokud si odlišnosti zdravotníci uvědomují, zlepšuje se tím komplexnost poskytované péče (Bodo, Gibson, 1999 s. 691). V tabulce 5 máme dále názor dotazovaných, zda jsou tato specifika respektována zdravotnickým personálem. Nejčastější odpověď byla, že respektovány „spíše jsou“ v procentuálním zastoupení 50,8 %. 43 ze 121 respondentů, však uvedlo, že tyto specifika respektována nejsou. Ve výzkumu Chráskové a Šimůnkové bylo zjištěno, že respektování vietnamské komunity a jejich odlišností v ošetřování dodržují zejména sestry

a porodní asistentky mladšího věku a s kratší dobou praxe, než sestry a porodní asistentky staršího věku a dlouhodobější praxe (Chrásková, Šimůnková, 2009, s. 200).

Problematikou odlišností u ošetřování a specifik vietnamské komunity se zabývaly otázky č. 7-25 a jejich výsledky shrnují tabulky 7-25. U otázky č. 7 jsme se dotazovali, jaké je nejčastější náboženství uznávané vietnamskou komunitou. Správně zvolen byl v 52,1 % buddhismus. Vietnamci jsou však velmi věřícím národem a uznávají i jiná náboženství. Dalším, sice méně rozšířeným, ale přesto hojně uznávaným náboženstvím je v jejich komunitě křesťanství či taoismus (Ivanová a kol., 2005, s. 194). Křesťanství bylo v rámci našeho dotazníkového šetření zvoleno v 9,4 % případů a taoismus v 10,3 % případů. Druhou nejvíce volenou odpovědí byl hinduismus (24,8 %), který nepatří mezi nejrozšířenější náboženství u vietnamské komunity. Je zde ale nutné konstatovat, že buddhismus z hinduismu vychází (Tóthová a kol. 2010, s. 52).

Otázky č. 6, 8, 9, 10 a 11 se týkají indikátoru kvality ošetrovatelské péče: komunikace. Otázka č. 6 shrnuje, jaké prostředky ke zvládnutí jazykové bariéry se využívají v nemocničních zařízeních. Nejčastěji využívanými se ukázaly dokumenty přeložené do vietnamského jazyka a využití překladatele. Rozdíl ve využívání a nevyužívání piktogramů byl vyhodnocen jako statisticky nevýznamný. Ve výzkumu, kde byly dotazovány porodní asistentky, zda jim autorkami vytvořené piktogramy umožnily lepší komunikaci s pacientkou vietnamské národnosti bylo zjištěno, že 61,6 % respondentů vyhodnotilo komunikaci za efektivnější a snazší (Chrásková, Šimůnková, 2009, s. 200). Z výzkumu z roku 2010 plyne, že by Vietnamci uvítali možnost využití tlumočnicka v 77 % případů. Také by ocenili znalost základních pojmů z vietnamského jazyka od sester a lékařů (Tóthová, 2010, s. 134). V otázce č. 8 a 9 jsme zjišťovali, jak vietnamské pacientce projevit úctu a zdvořilost pomocí neverbální komunikace. V otázce č. 8 statisticky významný podíl respondentů správně uvedl, že by měly být předměty podávány oběma rukama současně. V otázce č. 9 nebyl v odpovědích zaznamenán statisticky významný rozdíl. Pohled do očí vietnamské pacientky považuje 42,5 % respondentů za projev slušného chování a 57,5 % za projev nezdvořilosti. Zde je správnou odpovědí projev nezdvořilosti. Ve vietnamské komunitě je na verbální a neverbální komunikaci nahlíženo stejnou měrou. Zatímco u nás je v popředí komunikace verbální, u vietnamské komunity je neverbální komunikace velmi významnou složkou. Vyskytuje se zde spousta specifik a odlišností v porovnání s naší kulturou (Tóthová, 2010, s. 121). V otázce č. 10 bylo hodnoceno, jaké neverbální projevy mohou doprovázet nepochopení ze strany vietnamské pacientky. Zde je rozdíl zejména při porovnání pacientky vietnamské národnosti a pacientky evropské kultury. U Vietnamců je velmi častým projevem nepochopení úsměv a přikyvování.

Je to projev zejména „omluvy“ za vzniklé neporozumění (Martínková, 2010, s. 25). V rámci našeho dotazníkového šetření uvedlo „úsměv a kývání“ za projev neporozumění 73,6 % respondentů. Z výzkumu, kde byli dotazováni Vietnamci žijící v České republice vyplývá, že 41 % z dotazovaných by ocenilo použití neverbální komunikace. Zejména starší občané, kteří se nenarodili v České republice by ocenili, kdyby se neverbální komunikace používala typicky v rámci jejich kultury, tedy se všemi odlišnostmi a významy (Tóthová, 2010, s. 132-134). Otázka č. 11 pojednává o významu doteku na hlavě vietnamského pacienta. Za nevhodný dotek a zároveň projev nedůvěry je považován dotek hlavy jakéhokoliv vietnamského pacienta, bez ohledu na věk či pohlaví. Zejména vietnamští rodiče jsou na tento dotek velmi citliví a jak jsme již zmínili v teoretické části, je považován za jejich výsadu. Otázkou, zda jsou vietnamské pacientky spokojeny s dodržováním kulturních aspektů ze strany porodních asistentek vůči jejich potomkům, bylo ve výzkumu D. Ralbovské zjištěno, že 40 % vietnamských matek je „spíše spokojeno“ s poskytovanou péčí, v rámci kulturních odlišností. V našem výzkumu správnou odpověď „projev nedůvěry je dotek na hlavě“ označilo 59,5 % respondentů, tedy statisticky významný podíl.

Další skupinou otázek, jsou otázky č. 12, 13, 14 a 19. Tyto otázky se zabývají indikátory kvality péče: pitným režimem a stravováním. Otázka č. 12 se zabývá vhodností podání mléka pacientce vietnamské národnosti. Nejčastěji byly označovány odpovědi „nedoporučila“ (27,5 %) a „spíše nedoporučila“ (32,5 %). Ve Vietnamu věří, že mléčné výrobky způsobují střevní potíže a díky tomu je konzumují v omezené míře (Ivanová a kol., 2005, s. 197). Výzkum uvedený v knize „Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou komunitu“ udává, že Vietnamci preferují mléko pouze v 33 % případů a jogurty ve 32 % případů. Vietnamská kuchyně kravské mléko využívá jen ve velmi výjimečných případech (Tóthová, 2010, s. 91). V otázce č. 13 je shrnuta vhodnost podání nápojů určité teploty. Za „nejvíce vhodné“ byly správně zvoleny nápoje horké či nápoje vlažné. Ledové nápoje byly správně zvoleny jako „nejméně vhodné“ statisticky nejčteněji. Správnost tohoto tvrzení nám také potvrzuje kvalitativní výzkum z roku 2008, kde respondenti vietnamské národnosti udávali, že jako hlavní nápoj by v nemocničním zařízení by zvolili teplý čaj. Pokud by čaj vystydl, nechali by si ho vždy ohřát. Respondenti, kteří by čaj nezvolili, uvedli, že ho nemají rádi a vybrali by si vodu pokojové teploty (Dolák, 2008, s. 39-64). Podání vhodného druhu masa je řešeno v otázce č. 14. Vietnamci jsou známí tím, že jedí všechny druhy masa. Jejich pravidlem bývá, že vše, co se hýbe se dá konzumovat (Tóthová, 2010, s. 86). Můžeme konstatovat, že v našem výzkumu byly zvoleny všechny druhy masa statisticky významně za správné. Nejmenší počet správných odpovědí se vyskytl u masa vepřového. Zde byla odpověď

„ano podala bych pacientce vietnamské národnosti vepřové maso“ zvolena v 69,2 %. Zde si respondentky mohly splést buddhismus s islámem, kde je vepřové maso zakázané konzumovat. Další otázkou zahrnující stravování je otázka č. 19, která se zabývá vhodnými potravinami v průběhu těhotenství. Za nevhodné jsou zde považovány: káva, ostrá jídla, kořeněná jídla, zázvor, kapr a krabí maso. U všech těchto potravin Vietnamci věří, že mají za následek výskyt odchylek v těhotenství a u novorozence (Team et al., 2009, s. 2). S výjimkou kapra a krabího masa byly všechny potraviny zvoleny správně za vhodné či nevhodné. U kapra byla jeho nevhodnost zvolena pouze v 30,6 % případů a u krabího masa u 37,2 % případů. Stravováním v nemocničních zařízeních u vietnamských obyvatel v České republice se zabývá výzkum z roku 2008. Respondenti uvedli, že při hospitalizaci by ocenili větší množství zeleniny. Někteří si dokonce museli nechat přinést jídlo z domova, protože považovali nemocniční stravu za zcela nevhodnou. Stavba české a vietnamské kuchyně je velmi rozdílná. Ve vietnamské se objevuje mnohem více čerstvé zeleniny a větší podíl masa, než v té naší (Dolák, 2008, s. 39-64). Dle výzkumu uvedeném v knize „Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu“, se Vietnamci žijící na území České republiky nejčastěji stravují dle zásad zdravé výživy a preferují zejména ovoce a zeleninu a denně konzumují rýži (Tóthová, 2010, s. 86). Otázkou zůstává, zda jsme jim schopni zajistit tuto skladbu stravy i u nás v nemocničních zařízeních. Bez pochyby by to bylo přínosné pro zajištění pocitu, že jsou vietnamští obyvatelé respektováni a je jim poskytována holistická péče.

Dalším ukazatelem kvality péče je bolest. Problematika bolesti je shrnuta v otázce č. 15. Zde respondenti určovali, jaký postoj mají vietnamské pacientky k přijímání léků potlačujících bolest. Vietnamští pacienti se lékům na bolest z velké většiny vyhýbají, protože jsou přesvědčeni, že způsobují vznik závislosti (Ivanová a kol., 2005, s. 196). Zde byla odpověď „léky na bolest přijímají omezeně, věří, že způsobují závislost“ vhodně zvolena u 84 ze 121 respondentů.

Ukazatelem kvality péče „hygienou“ se zabývají otázky č. 16 a 25. Otázka č. 16 zjišťuje, zda mají respondenti informace o preferenci provádění hygieny ve zdravotnickém zařízení u vietnamských pacientek. Vietnamské ženy jsou velmi citlivé na provádění hygieny a velmi jim záleží na intimitě. Pokud jim to zdravotní stav dovolí, preferují samostatné provádění hygieny pravidelně každý den (Ivanová a kol., 2005, s. 196). V našem výzkumu respondenti tuto možnost správně volili v 80 ze 121 případů. V otázce č. 25 je shrnuto, zda si respondenti myslí, že vietnamské ženy využívají po porodu koupel. Statisticky významně největší část respondentů uvedla možnost „spíše nevyužívají“ (46,3 %). Možnost, že koupel nevyužívají vůbec byla zvolena ve 24,8 % případů. Toto tvrzení prokazuje také výzkum z roku 2011, který

zahrnoval dotazníkové a rozhovorové šetření vietnamských žen o poporodních tradicích a zvyklostech. Zde ženy uváděly, že hygienu prováděly minimálně týden po porodu pomocí suchého či navlhčeného ručníku. Věří, že koupel po porodu by mohla způsobit otoky a zánět kloubů (Lundberg, Trieu, 2011, s. 733).

Ukazatel kvality „bezpečí“ je shrnut do otázek č. 7, 17, 20, 21, 22 a 24. Otázka č. 7 zahrnující náboženství byla již rozebrána výše. Ve výzkumu z roku 2010 udávají Vietnamci v 77 %, že si přejí, aby byly respektovány jejich náboženské odlišnosti. Získají tak větší pocit bezpečí v cizím prostředí (Tóthová, 2010, s. 137). Otázka č. 17 se zabývá nabídkou možnosti přítomnosti člena rodiny u ošetření ženy vietnamské národnosti. Vietnamské ženy oceňují přítomnost člena rodiny při vyšetření a oceňují i podávání informací rodinným příslušníkům. Ve vietnamské kultuře se často „špatné“ informace sdělují nejprve rodině, aby se pacientovi špatnými informacemi ještě nezhoršil stav (Ivanová a kol., 2005, s. 195). Ve výzkumu Tóthové, respondenti vietnamské národnosti udali, že vyžadují přítomnost a informovanost členů rodiny v 77 % případů a v 42 % případů díky nim často lépe zvládají jazykovou bariéru (Tóthová, 2010, s. 134-137). Naše výsledky vyjadřují, že by respondenti přítomnost člena rodiny nabídli (37,8 %) a spíše nabídli (29,4 %). Tyto hodnoty jsou statisticky významné. Otázka č. 20 je zaměřena na počet lidí u porodu vietnamské ženy. Zde je správná odpověď „menší počet lidí“ zvolena 51 respondenty. Statisticky je tato odpověď volena častěji než odpověď, že na počtu lidí u porodu vietnamským ženám nezáleží. Vietnamci věří, že větší počet lidí způsobuje pokles srdeční činnosti u novorozence. Dochází totiž k vyděšení z takového počtu lidí (Team et al., 2009, s. 3). Otázky č. 21 a 22 se zabývají významem barev. V otázce č. 21 se respondenti mohli rozhodnout, jakou barvu pracovního oděvu by nezvolili při ošetření vietnamské ženy. Největší počet respondentů uvedl možnost „bílá“. Přesto mezi odpověďmi „bílá“ (49,6 %) a „černá“ (43 %) nebyly rozdíly statisticky významné. Pro Vietnamce je bílá barvou s negativním významem. Značí, že nastane konec nějaké životní cesty či značí dokonce smrt (Tóthová a kol., 2010, s. 52). V otázce č. 22 tuto správnou odpověď zvolilo 53 % respondentů statisticky nejčastěji. Poslední otázkou z oblasti bezpečí je otázka č.24. Zde byli respondenti dotazováni, na jaký pokoj by uložili ženu v období šestinedělí. V tomto případě ženy preferují pokoj samostatný. Věří, že by jim jiné kojící ženy „ukradly“ mateřské mléko (Gordon et al., 2001, s. 6). Zde můžeme konstatovat, že v našem výzkumu byla tato odpověď volena statisticky významně nejčastěji a to v 68,6 %.

Další charakteristickou skupinou otázek jsou ty, které se zabývají přímo odlišnostmi v těhotenství. Jsou to otázky č. 18, 19, 20, 23, 24 a 25. Otázky č. 19, 20, 24 a 25 byly rozebrány již v předchozích odstavcích v rámci rozdělení dle indikátorů kvality péče. V otázce č. 18 je

rozebírána preference jednotlivých druhů porodů. Ve výzkumu z roku 2010 je uvedeno, že respondenti vietnamské národnosti preferují porod v nemocnici v 73 % případů (Tóthová, 2010, s. 115). Dále by vietnamské ženy daly přednost raději porodu přirozenému-vaginálnímu než císařskému řezu (Ivanová a kol., 2005, s. 196). Výsledky z našeho výzkumu udávají, že vaginální porod byl respondenty označován jako nejvíc preferovaný. Porod císařským řezem pak nejméně. U varianty „porod v domácím prostředí“ nebyl identifikován statisticky významný rozdíl v určení nejvyšší a nejnižší preference. Porod v nemocničním prostředí byl pak označen správně statisticky významně nejčastěji jako velice preferovaný. V otázce č. 23 je rozebírán pohled na placentu. Vietnamci považují placentu za vzácný a posilující lék. V žádném případě není placenta brána jako odpad (Tóthová, 2010, s. 114). Respondenti v našem výzkumu uvedli správně odpověď, že je placenta brána jako „posilující lék“ v 57,1 % odpovědí.

Otázka č. 3 zahrnuje názor respondentů na pacientky vietnamské národnosti. Charakterizují je zejména jako: málo komunikativní, uzavřené do sebe, tiché a spolupracující. V otázce č. 26 bylo zjištěno v jakých oblastech vnímají či nevnímají respondenti bariéry při ošetřování žen vietnamské komunity oproti ženám z evropských kultur. Vybrat si mohli z možností: komunikace, kulturní odlišnosti, výživa, hygiena a bolest. U všech možností byla zvolena odpověď „ano“ ve větším množství. Pouze u hygieny byly rozdíly mezi odpověďmi „ano“ a „ne“ statisticky nevýznamné. Nejčastěji byla volena odpověď „ano“ u možnosti „komunikace“ (96,7 %). Tento výsledek můžeme porovnat s kvalitativním výzkumem, který se zabývá multikulturními aspekty přednemocniční péče z roku 2019 T. Jandové. Jsou zde dotazováni zdravotníci. Ukazuje, že nejčastějším problémem při poskytování přednemocniční péče je jazyková bariéra. Zároveň poukazuje na to, že mladší jedinci umí mnohem častěji náš jazyk a komunikace je s nimi snazší, což potvrzuje i teoretická část diplomové práce. Dále by respondenti velmi ocenili, kdyby lidé žijící na našem území uměli alespoň základy česky. Zmírnilo by to podle nich i nervozitu zdravotníků spojenou s nemožností poskytnout kvalitní a holistickou péči. Další možností zvládnutí jazykové bariéry by bylo poskytnutí cizojazyčných kurzů s překladatelem změřeným na zdravotnictví, za což by respondenti byli vděční (Jandová, 2019, s. 58). Další výzkum uvádí, že porucha a nedostatek komunikace vede u vietnamských žen častěji k výskytu poporodní deprese. (TKL et al., 2018, s. 1). Pohled na komunikační bariéru ze strany vietnamských pacientek nám umožňuje výzkum D. Ralbovské. Zde uvedlo 53,8 % žen vietnamské národnosti, že největší komplikace v péči o novorozence je spojena s jazykovou bariérou. V této chvíli se nejčastěji uchýlovaly k užití komunikace neverbální (Ralbovská, 2012, s. 26). Poslední otázkou v dotazníku je otázka č. 27. Zde zjišťujeme, do jaké míry by respondenti ocenili zpracování informací v oblastech: komunikace, tradice a zvyky,

hygiena, bolest a stravování. Odpověď „velmi ocenila“ je zvolena statisticky významně nejčastěji u všech oblastí. V rámci preferencí zvolených respondenty jsme vytvořili informační leták o odlišnostech ošetřování vietnamské komunity s přihlédnutím na výše zmíněné oblasti, které si respondenti mohli zvolit. Leták by mohl být zdrojem informací pro sestry a porodní asistentky na odděleních porodnice a gynekologie. Příložen je v práci v kapitole „přílohy“.

Pokud bychom měli shrnout a zhodnotit náš hlavní cíl, kterým bylo zjištění kvality péče a kde bylo hodnocení závislé na množství správně uvedených odpovědí ze strany respondentů, musíme konstatovat, že si respondenti vedli velmi dobře ve všech oblastech. V oblasti komunikace, stravování, pitného režimu, hygieny, bezpečí, bolesti a dalších specifík spojených s vietnamskou komunitou byly ve vědomostních otázkách č. 7-25 voleny správné odpovědi ve většině případů. U otázek č. 7, 8, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 22, 23 a 24 statisticky významný podíl respondentů uvedl správnou odpověď. U otázky č. 9 nebyl v zastoupení správných a špatných odpovědí statisticky významný rozdíl, u otázky č. 12 byly u většiny odpovědí rozdíly statisticky nevýznamné, u otázky č. 19 nebyla u jedné možnosti zvolena statisticky významně správná odpověď, u otázky č. 21 nebyly rozdíly indentifikovány jako statisticky významné a u otázky č. 25 správnou odpověď neuvedla největší část respondentů. Péči o ženy vietnamské komunity na odděleních gynekologie a porodnických odděleních v Praze a v Libereckém kraji můžeme tedy považovat za kvalitní. Což je velmi pozitivní výsledek.

V rámci práce jsme určili 3 dílčí cíle a 3 hypotézy. Hypotéza č. 1 zní: „Předpokládáme, že dosažené vzdělání má vliv na úroveň znalostí o odlišnostech péče o vietnamské ženy v gynekologii a porodnictví.“. Tato hypotéza byla hodnocena na základě správně zodpovězených otázek č. 7-25. Bylo zjištěno, že podíl správných odpovědí mezi jednotlivými skupinami nevykazuje statisticky významný rozdíl. Zkonstatovat tedy můžeme, že hypotéza č. 1 nebyla potvrzena a tedy neplatí. Výsledkem tedy je, že úroveň dosaženého vzdělání neměla v našem výzkumu vliv na úroveň znalostí o odlišnostech péče o vietnamské ženy. Hypotéza č. 2 zní: „Předpokládáme, že četnost styku s vietnamskými pacientkami má vliv na úroveň znalostí o odlišnostech o jejich péči v gynekologii a porodnictví.“. Úroveň znalostí definujeme opět jako podíl správných odpovědí v procentech na otázky č. 7 až 25, stejně jako u hypotézy č. 1. Ukázalo se, že podíly správných odpovědí mezi jednotlivými skupinami nebyly statisticky významné. Lze tedy opět konstatovat, že ani hypotéza č. 2 neplatí. Nebylo tedy prokázáno, že by četnost setkávání se s vietnamskými pacientkami ovlivnila úroveň znalostí o odlišnostech v péči o vietnamskou ženu. Hypotéza č. 3 zní: „Předpokládáme, že vnímání specifík u ošetřování vietnamských pacientek má vliv na úroveň znalostí o odlišnostech o jejich

péči v gynekologii a porodnictví.“. Vyhodnocení této hypotézy nám ukázalo, že podíly správných odpovědí se statisticky významně liší u skupin, které si uvědomují či neuvědomují specifika v ošetřování vietnamských pacientek. Bylo zjištěno, že tato hypotéza platí. Respondenti, kteří si uvědomují tyto specifika měli vyšší střední úroveň vědomostí a znalostí než ti respondenti, kteří tato specifika nevnímají. Zjistili jsme tedy, že úroveň znalostí neovlivňuje v našem výzkumu vzdělání ani četnost setkávání se s vietnamskými pacientkami, ale ovlivněna je zejména tím, že si sestry a porodní asistentky uvědomují odlišnosti v jejich ošetřování. Kvalita péče je na základě našeho názoru tedy ovlivněna zejména přístupem k těmto pacientkám. Pokud si odlišnosti v ošetřování jiných komunit zdravotníci uvědomí, bude pro ně také snadnější tyto odlišnosti přijmout, respektovat je a dodržovat.

10 Závěr

Diplomová práce se zabývá odlišnostmi v ošetřování žen vietnamské národnosti a specifiky jejich kultury. Naším hlavním cílem bylo zjistit kvalitu péče závislou na množství informací o těchto odlišnostech a kulturních zvyklostech. Dílčími cíli bylo zjistit vliv vzdělání, četnost setkávání se s vietnamskými pacientkami a uvědomování si výskytu specifík na kvalitu poskytované péče. Výzkum probíhal v nemocnicích v Praze a Libereckém kraji pomocí tištěných dotazníků. Rozdán byl na porodnických odděleních a odděleních gynekologie. Návratnost dotazníků z Prahy byla 98 % a z Libereckého kraje 86 %. Pomocí výzkumu byla péče v nemocnicích v Praze a v Liberci zhodnocena jako kvalitní. Dále jsme zjistili, že v našem výzkumu nemělo vzdělání ani četnost setkávání se s vietnamskou pacientkou vliv na úroveň dosažených znalostí. Ovlivněny byly znalosti zejména faktorem uvědomění si, že existují specifika v ošetřování žen vietnamské národnosti. Nezáleží tedy na tom, jaké mají zdravotníci vzdělání či zkušenost, vše je o našem přístupu k lidem a to bez ohledu na jejich původ či vyznání.

V rámci dotazníkového šetření bylo zjišťováno, zda by sestry a porodní asistentky na odděleních gynekologie a porodnice uvítaly shrnutí informací o ošetřování žen vietnamské komunity. Při vyhodnocení získaných dat jsme zjistili, že by sestry a porodní asistentky ocenily shrnutí informací ve všech uvedených oblastech. Na základě tohoto šetření jsme vytvořili informační letáček, který shrnuje obecné informace o vietnamské kultuře. Zaměřen je také na odlišnosti vyskytující se v gynekologii a porodnictví. Informace jsou zde rozděleny do skupin dle preferencí zjištěných z dotazníkového šetření. Data jsou zde rozdělena do skupin: komunikace, hygiena, bolest a stravování. Letáček shrnuje základní údaje a informuje zdravotnický personál o vietnamské komunitě. Cílem bylo vytvořit snadno dostupný a přehledný „dokument“, který by mohly mít sestry a porodní asistentky na odděleních. Tímto by mohly získat či si „osvěžit“ alespoň základní informace týkající se vietnamské národnosti. Pokud by péče díky tomuto letáčku ovlivnila alespoň v jednom případě ošetření ženy vietnamské národnosti, byl by to jistě krok správným směrem pro komplexní a kvalitní péči poskytovanou v našich zdravotnických zařízeních. Letáček je součástí příloh. Je důležité, aby se u nás cítily v bezpečí i ženy jiné národnosti. V dnešní „multikulturní“ době se s pacientkami jiné národnosti budeme setkávat stále častěji a pokud chceme udržet kvalitu zdravotní péče na dobré úrovni, bylo by od nás správné si rozdíly v ošetřování uvědomovat a také je tolerovat.

11 Referenční zdroje

AVV, Zhao Y, Pham NM, Nguyen CL, Nguyen PTH, Chu TK, Binns CW, Lee AH. Physical activity and sedentary behaviour during pregnancy are associated with gestational weight gain in Vietnamese women. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*. 2020, **29**(1), 136-143. DOI:10.6133/apjcn.202003_29(1).0018.

BODO, Karina a Nancy GIBSON. Childbirth customs in Vietnamse traditions. *Canadian family physician*. 1999, (45), 690-697. Dostupné z:

Český statistický úřad. *Cizinci v české republice*. Praha, 2019. ISBN 978-80-250-2953-4.

DOLÁK, František. *Vietnamský pacient v českém zdravotnictví*. České Budějovice, 2008. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Prof. PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D., R.N.

FREIDINGEROVÁ, T. *Vietnamci v Česku a ve světě: migrační a adaptační tendence*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON) v koedici s Přírodovědeckou fakultou Univerzity Karlovy Praha, 2014. 232 s. ISBN 978-80-7419-174-9.

General information about Vietnam [online]. In: MINISTRY OF FOREIGN AFFAIRS VIETNAM, 2018 [cit. 2020-02-24]. Dostupné z: http://www.mofa.gov.vn/vi/tt_vietnam/

GORDON, S a et al. Vietnamese culture: Influences and Implifications for Health care. *The Molina institute for health care competency* [online]. 2001 [cit. 2020-02-21]. Dostupné z: <http://docplayer.net/21125778-Vietnamese-culture-influences-and-implications-for-health-care.html>

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

HOANG, Van Minh a ET AL. Women's health and health care in Vietnam. *Health Care for Women International*. 2018, **39**(4), 364-367. DOI: 10.1080/07399332.2018.1460143.

CHAU, L. a ET AL. Linkage between HIV diagnosis and care: Understanding the role of gender in a Northern Province in Vietnam. *Health Care for Women International*. 2018, **39**(4), 429–441. DOI: 10.1080/07399332.2017.1390752.

CHRÁSKOVÁ, J. a L. ŠIMŮNKOVÁ. Využití piktogramů při poskytování ošetrovatelské péče ženám vietnamské komunity. In: Kontakt. 2009, roč. 11, č. 1, s. 193-200. ISSN 1212-4117.

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

JANDOVÁ, Tereza. Multikulturní aspekty v přednemocniční péči. Brno, 2019. 84 s. Diplomová práce (Mgr.). Masarykova univerzita v Brně, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Natália Beharková. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/xg4i4/Multikulturni_aspekty_v_prednemocnici_peci.pdf?info=1.

JUŘENÍKOVÁ, P. Zásady edukace v ošetrovatelské praxi. Praha: Grada, 2010. 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2.

KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada, 2013. 160 s. ISBN 978-80-247-4413-1.

LEININGER, Madeleine a Marilyn R. MCFARLAND. *Transcultural nursing: Concepts, Theories, Research, and Practice*. 3. United States of America: McGraw-Hill Companies, 2002. ISBN 0-07-135397-6.-3.

LEWIS, D. *Tajná řeč těla*. USA: Carroll and Graf Publishers, 1989. ISBN 80-85605-49-X.
LUNDBERG, Pranee a Thi Ngoc Thu TRIEU. Vietnamese women's cultural beliefs and practices related to the postpartum period. *Midwifery*. 2011, **27**, 731-736 . DOI:10.1016/j.midw.2010.02.006.

MALINA, Antonín a Kolektiv. *Úvod do veřejného zdravotnictví pro nelékaře*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2013. 65 s. ISBN 978-80-87023-29-7.

MANDAR, Jiří a kolektiv. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*. Praha: Grada Publishing, 2004. 248 s. ISBN 80-247-0585-0.

MANDERSON, Lenore. Vietnamese behavioral and dietary precautions during pregnancy. *Ecology of Food and Nutrition*. 1981, **11**(1), 1-8. DOI:10.1080/03670244.1981.9990650.

MARTÍNKOVÁ, Šárka a kolektiv. *Vietnamci, Mongolové a Ukrajinci v ČR: Pracovní migrace, životní podmínky, kulturní specifika*. Ministerstvo vnitra ČR, 2010. ISBN 978-80-7312063-4.

MCKINN, S, LINH DT, FORSTER K, MCCAFFERY K. A qualitative analysis of factors that influence Vietnamese ethnic minority women to seek maternal health care. In: *BMC Pregnancy & Childbirth*. 2019, roč. 19, č. 1, s. 1-12. ISSN 1471-2393.

MCKINN, S., K. FOSTER a K. MCCAFFERY. 'I do want to ask, but I can't speak': a qualitative study of ethnic minority women's experiences of communicating with primary health care professionals in remote, rural Vietnam. In: *International Journal for Equity in Health*. 2017, roč. 2017, č. 16, s. 1-12. ISSN 14759276.

MITCHELL, J. a D. MACKERRAS. The traditional humoral food habits of pregnant Vietnamese-Australian women and their effect on birth weight. *Australian Journal of Public Health*. 1995, **19**(6), s. 629-633.

MOCKOVÁ, Jana. Vietnamci v České republice. In: *Sestra*. 2007, roč. 17, č. 4, s. 26. ISSN 1210-0404.

Na křižovatce kultur, aneb Romové, Vietnamci a Číňané mezi námi. Praha: NIDM - Národní institut dětí a mládeže. 2010. 21 s. ISBN 978-80-86784-91-5.

NOVÁKOVÁ, Dita. *Respektování holistického přístupu v uspokojování potřeb dětí ve vietnamské minoritě*. České Budějovice, 2009. Disertační práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Doc. PhDr. Gabriela Sedláková, Ph.D.

NOVÁKOVÁ, Iva. *Kapitoly z multikulturního ošetřovatelství*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2008. 115 s. ISBN 978-80-7372-404-7.

PECHOVÁ, Eva. *Vietnamský lunární nový rok: (Tết nguyên đán)*. Praha: Muzeum hlavního města Prahy, 2010. ISBN 978-80-85394-70-2.

PRŮCHA, Jan. *Interkulturní komunikace*. Praha: Grada, 2010, s. 163-170. ISBN 978-80-247-3069-1.

PURNELL, Larry D. a Eric A. FENKL. *Handbook for Culturally Competent Care*. Springer, 2019. ISBN 978-3030219451.

RALBOVSKÁ, D. R. Vietnamský novorozenec v české porodnici – úskalí ošetrovatelské péče. In: Florence. 2012, roč. 8, č. 4, s. 24-27. ISSN 1801-464X.

ROLANTOVÁ, L. a V. TÓTHOVÁ. Tradiční čínská medicína v životě příslušníků čínské a vietnamské menšiny. In: Sborník příspěvků - Multikulturalita a menšiny v evropském kontextu: 1. mezinárodní konference, 27.-28. listopad 2008 Liberec. Liberec: Liberecké romské sdružení, 2009, s. 127-132. ISBN 978-80-903953-3-6.

SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2. Praha: Grada, 2017. 269 s. ISBN 978-80-271-0214-3.

Spádovost lůžkových zdravotnických zařízení v hlavním městě v Praze: Akutní lůžková péče. In: *Věstník* [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2001, s. 6 [cit. 2020-11-21]. Dostupné z:

<http://www.ferovanemocnice.cz/data/Met.%20opatreni%20spadovost%20v%20Praze.pdf>

STRAŠÁKOVÁ, Marie. Postavení ženy ve vietnamské tradiční rodině (v období od 10. do 19. století). Praha, 2003. Dostupné z: <https://docplayer.cz/1459167-Postaveni-zeny-ve-vietnamske-tradicni-rodine-v-obdobi-od-10-19-stoleti.html>

ŠIMONOVÁ, D. Jak jednat při ošetrování a léčbě cizinců: úskalí, zjištění a doporučení. In: *Praktická gynekologie*. 2012, roč. 16, č. 2-4, s. 114-120. ISSN 1211-6645.

ŠPIRUDOVÁ, L. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1213-X.

TEAM, Victoria, Katie VASEY a Lenore MANDERSON. Cultural Dimensions of Pregnancy, Birth and Post-Natal Care: Community Profiles: Vietnamese Ethnicity and background. *Queensland Health* [online]. Monash University, 2009, 1-4 [cit. 2020-11-20]. Dostupné z: https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0025/159604/vietnamese-preg-prof.pdf

THAI, Hue. *Post-partum practices among Vietnamese and Chinese patients* [online]. 2009 [cit. 2020-02-28]. Dostupné z: <https://ethnomed.org/clinical/pediatrics/post-partum-viet-chin-brochure.pdf>

TKL, D., N. TTH, P. TTH. Postpartum Depression and Risk Factors among Vietnamese Women. In: *BioMed Research International*. 2018, roč. 2018, č. 9, s. 1-5. ISSN 23146133.

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

TRACHTOVÁ, Eva a kolektiv. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 4. Brno: NCO NZO, 2018, 186 s. ISBN 978-80-7013-590-7.

TRAN, Toan K et al. Factors associated with antenatal care adequacy in rural and urban contexts-results from two health and demographic surveillance sites in Vietnam. *BMC Health Services Research*. 2012, **12**(40). DOI: 10.1186/1472-6963-12-40. Dostupné z: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-12-40>

TRAN, Toan K et al. Urban – rural disparities in antenatal care utilization: a study of two cohorts of pregnant women in Vietnam. *BMC Health Services Research*. 2011, **11**(120). DOI: 10.1186/1472-696311-120. Dostupné z: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-11-120>

VENGLÁŘOVÁ, M. a G. MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

Viet Nam breastfeeding campaign normalizes practice, improves rates. In: WORLD HEALTH ORGANIZATION [online]. 2016a [cit. 2020-02-24]. Dostupné z: <https://www.who.int/en/news-room/feature-stories/detail/viet-nam-breastfeeding-campaign-normalizes-practice-improves-rates>

Vietnam. In: WORLD HEALTH ORGANISATION [online]. 2016b [cit. 2020-02-24]. Dostupné z: <https://www.who.int/countries/vnm/en/>

Vietnamské tradiční oděvy. In: *Asianstyle* [online]. 09.10.2017 [cit. 2020-10-24]. Dostupné z: <http://www.asianstyle.cz/kultura/7798-vietnamske-tradicni-odevy>

VYBÍRALOVÁ, Kateřina. Specifika předporodní péče o gravidní Vietnamku. In: Florence. 2012, roč. 8, č. 12, s. 29-31. ISSN 1801-464X.

ŽIAKOVÁ, K., D. JAROŠOVÁ a ČÁP, J. *Ošetrovatelství: konceptuální modely a teorie*. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2005. 232 s. ISBN 80-7368- 068-8.

12 Seznam použitých zkratek

AIDS-Acquired Immune Deficiency Syndrome= syndrom získaného selhání imunity

apod.- a podobně

č.-číslo

tzv.-takzvaný

13 Seznam tabulek

Tabulka 1 Vzdělání respondentů	40
Tabulka 2 Četnost styku s pacientkami vietnamské národnosti	40
Tabulka 3 a 3a Charakteristika projevu vietnamské pacientky	41, 41
Tabulka 4 Existence specifík při ošetřování vietnamských pacientek	43
Tabulka 5 Respektování specifík při ošetřování vietnamských pacientek zdravotnickým personálem.....	43
Tabulka 6 Používané komunikační prostředky	44
Tabulka 7 Náboženství u vietnamské komunity	44
Tabulka 8 Preferovaná ruka pro podávání věcí	45
Tabulka 9 Význam přímého pohledu do očí z pohledu vietnamské pacientky	45
Tabulka 10 Nonverbální identifikace neporozumění sdělované informace	46
Tabulka 11 Co představuje projev nedůvěry	46
Tabulka 12 Míra doporučení pití mléka	47
Tabulka 13 Vhodnost teploty nápoje pro vietnamskou ženu	47
Tabulka 14 Maso, které lze podat vietnamské pacientce	48
Tabulka 15 Postoj vietnamských žen k lékům na tlumení bolesti.....	48
Tabulka 16 Způsob provádění hygieny vietnamskými pacientkami	49
Tabulka 17 Nabídka přítomnosti člena rodiny u vyšetření.....	49
Tabulka 18 Preference typu porodu vietnamskými ženami	50
Tabulka 19 Doporučení potravin v průběhu těhotenství	51
Tabulka 20 Volba počtu lidí u porodu vietnamské ženy	52
Tabulka 21 nevhodná barva oděvu pro ošetřování vietnamské pacientky	52
Tabulka 22 Význam bílé barvy pro vietnamskou ženu	53
Tabulka 23 Význam placenty ve vietnamské kultuře.....	53
Tabulka 24 Umístění vietnamské ženy v šestinedělí.....	54
Tabulka 25 Využití koupele po porodu	54
Tabulka 26 Oblasti, vnímané jako kulturní bariéry	55
Tabulka 27 Ocenění zpracování informací o jednotlivých oblastech.....	56
Tabulka 28 Hypotéza č.1: Analýza správných odpovědí podle vzdělání respondentů	58
Tabulka 29 Hypotéza č. 1: Vzdělání	59
Tabulka 30 Hypotéza č.1: Vzdělanost skupiny	59
Tabulka 31 Hypotéza č. 2: Analýza správných odpovědí dle četnosti styku	61
Tabulka 32 Hypotéza č. 2: Četnost styku s vietnamskými pacientkami	62
Tabulka 33 Hypotéza č. 2: Skupiny respondentů dle četnosti styku	62
Tabulka 34 Hypotéza č. 3: Analýza vlivu uznání specifík u ošetřování vietnamských žen na úroveň znalostí.....	64
Tabulka 35 Hypotéza č. 3: Uvědomování si specifík v ošetřování vietnamské kultury	65
Tabulka 36 Hypotéza č. 3: Skupiny respondentů	65

14 Seznam grafů

Graf 1 Hypotéza č. 1: Hodnocení úrovně znalostí dle dosaženého vzdělání	59
Graf 2 Hypotéza č. 2: Četnost styku s vietnamskými pacientkami	62
Graf 3 Hypotéza č. 3: Specifika v poskytování péče.....	65

15 Seznam obrázků

Obrázek 1.....	21
Obrázek 2.....	23

16 Seznam příloh

Příloha 1- Dotazník.....	86
Příloha 2- Letáček.....	92
Příloha 3- Souhlas s provedením výzkumu-Liberec.....	94
Příloha 4 Souhlas s provedením výzkumu-Praha	95

Odlíšnosti péče o vietnamskou ženu v gynekologii a porodnictví

Vážená respondentko,

jmenuji se Michaela Novotná a studuji magisterský program „Intenzivní péče v porodní asistenci“ na Fakultě zdravotnických věd, Univerzitě Palackého v Olomouci. Ve své diplomové práci se zabývám tématem odlíšnosti péče o vietnamskou ženu v gynekologii a porodnictví. Chtěla bych Vás požádat o chvílku z vašeho času na vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je anonymní a dobrovolný. Výsledky budou použity pro výzkumnou část mé diplomové práce. Dotazník prosím odevzdejte do označené krabice na vašem oddělení.

Vyplněním tohoto dotazníku dáváte souhlas se zpracováním získaných informací.

Pokud budete mít nějaký dotaz, neváhejte mě kontaktovat na e-mailu: novomi22@upol.cz.

Předem velmi děkuji za vyplnění!

Bc. Michaela Novotná

Dotazník

1) Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?

- Středoškolské s maturitou
- Vyšší odborné
- Vysokoškolské

2) Jak často se setkáváte s pacientkou vietnamské národnosti?

- Každý den
- Minimálně jednou týdně
- Minimálně jednou za měsíc
- Párkrát do roka

3) Do jaké míry charakterizují následující projevy pacientku vietnamské národnosti při hospitalizaci? Odpovídejte u každé položky zvlášť.

1= nejméně charakterizuje, 5= nejvíce charakterizuje.

<input type="radio"/> Spolupracující	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> Nespolupracující	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> Tichá	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> Hlasitá	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> Uzavřená do sebe	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> Komunikativní	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> Málo komunikativní	1	2	3	4	5

- 4) Existují specifika v poskytování ošetrovatelské péče o vietnamskou pacientkou?
- Ano
 - Ne
- 5) Jsou specifika v ošetrovatelské péči o vietnamskou pacientku respektovány zdravotnickým personálem?
- Ano
 - Spíše ano
 - Ne
 - Spíše ne
- 6) Jaké prostředky využíváte na zvládnutí jazykové bariéry na vašem oddělení? Odpovězte u každé položky.
- Přeložené dokumenty do vietnamštiny Ano/Ne
 - Překladatel Ano/Ne
 - Piktogramy Ano/Ne
- 7) Jaké náboženství je u vietnamské komunity nejvíc rozšířené? Vyberte pouze jednu odpověď.
- Křesťanství
 - Hinduismus
 - Budhismus
 - Islám
 - Taoismus
- 8) Jaký byste preferovaly způsob podání věci ženě vietnamské národnosti, pokud byste ji chtěly projevit úctou. Vyberte jeden, který preferujete.
- Oběma rukama
 - Pravou rukou
 - Levou rukou
 - Nezáleží jakou rukou jí věci podávám
- 9) Přímý pohled do očí při komunikaci si vietnamská žena vykládá jako projev:
- Slušného vychování, empatie a zdvořilosti
 - Nezdvořilosti a domýšlivosti
- 10) Považujete následující položky za projevy toho, že vietnamská žena nerozumí, o čem s ní hovoříte? Odpovězte u každé položky.
- Zamračení Ano/Ne
 - Úsměv a kývání Ano/Ne
 - Rozčilení Ano/Ne
-

11) Co podle Vás představuje projev nedůvěry?

- Dotknutí se pravé ruky vietnamské pacientky
- Dotknutí se levé ruky vietnamské pacientky
- Dotknutí se zad vietnamské pacientky
- Dotknutí se hlavy vietnamské pacientky

12) V jaké míře byste doporučila vietnamské ženě pít mléka?

- Doporučila
- Spíše doporučila
- Spíše nedoporučila
- Nedoporučila

13) Do jaké míry jsou vhodné následující nápoje pro vietnamskou ženu? Odpovězte u každé položky.

1= nejvíce vhodný, 5= nejméně vhodný

<input type="radio"/> Horký nápoj	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> Vlažný nápoj	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> Nápoj pokojové teploty	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> Studený nápoj	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> Ledový nápoj	1	2	3	4	5

14) Jaké maso byste podala či nepodala vietnamské pacientce? Odpovězte u každé položky.

Ano = podala, Ne= nepodala

- Vepřové Ano/Ne
- Kuřecí Ano/Ne
- Hovězí Ano/Ne
- Ryby Ano/Ne
- Mořské plody Ano/Ne

15) Jaký postoj mají vietnamské ženy k lékům na tlumení bolesti? Vyberte odpověď, která nejvíce vystihuje Váš názor.

- Léky přijímají rády, již při malých projevech bolesti
- Léky na bolest přijímají omezeně, věří že způsobují závislost
- Přijímání léků se neliší od české komunity

16) Hygienu v nemocničním prostředí provádějí vietnamské ženy nejraději: Odpovězte u každé položky.

- S pomocí zdravotnického personálu Ano/Ne
- Preferují samostatné provádění hygieny, pravidelně každý den Ano/Ne
- V nemocničních zařízeních hygienu nechtějí provádět Ano/Ne

17) Nabídla byste vietnamské ženě možnost přítomnosti člena rodiny u jejího vyšetření?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

18) Do jaké míry preferují vietnamské ženy tyto druhy porodu? Odpovězte u každé položky.

1 = nejvíce preferují, 5 = nejméně preferují

<input type="radio"/> Přirozený, vaginální porod	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> Porod císařským řezem	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> V domácím prostředí-cítí se klidněji	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> V nemocnici-důvěřují lékařům	1	2	3	4	5

19) Jaké potraviny byste v průběhu těhotenství doporučila či nedoporučila vietnamské ženě? Odpovězte u každé položky.

Ano = doporučila, Ne = nedoporučila

- Kávu Ano/Ne
- Vepřové maso Ano/Ne
- Ostrá jídla Ano/Ne
- Kořeněná jídla Ano/Ne
- Rýži Ano/Ne
- Ovoce Ano/Ne
- Zázvor Ano/Ne
- Kapra Ano/Ne
- Kuřecí maso Ano/Ne
- Krabí maso Ano/Ne

20) Pokud byste mohla rozhodnout o počtu lidí u porodu vietnamské ženy, volila byste spíše:

- Větší počet lidí-vietnamská žena se cítí více v bezpečí
- Menší počet lidí-věří, že se žena může vyděsit a tím dojít k poklesu srdeční činnosti
- Nezáleží na počtu lidí

21) Pokud byste měla na výběr, jakou barvu vašeho pracovního oděvu byste NEzvolila u ošetřování ženy vietnamské národnosti?

- Černou
- Bílou
- Modrou
- Žlutou
- Zelenou

22) Jaký význam má bílá barva pro vietnamskou ženu?

- Jistota, bezpečí
- Život, začátek něčeho nového
- Smrt, konec životní cesty

23) Placenta je ve vietnamské kultuře brána jako:

- Odpad
- Posilující lék
- Nemá žádný význam

24) Pokud byste měla na výběr, na jaký pokoj byste uložila vietnamskou ženu v šestinedělí?

- Na společný pokoj, ženy v tomto období uvítají společnost
- Na samostatný pokoj, ženy věří, že jim jiná kojící matka „krade“ mléko

25) Využívají vietnamské ženy po porodu koupel?

- Ano
- Spíše ano
- Ne
- Spíše ne

26) V jakých oblastech vnímáte bariéry u ošetřování žen vietnamské národnosti v porovnání s ošetřováním žen evropských kultur? Odpovězte u každé položky.

- Komunikace Ano/Ne
- Kulturní odlišnosti Ano/Ne
- Výživa Ano/Ne
- Hygiena Ano/Ne
- Bolest Ano/Ne

27) Do jaké míry byste ocenily zpracování informací o odlišnostech péče o vietnamskou ženu u jednotlivých položek? Odpovězte u každé položky.

1= velmi ocenila, 5= neocenila.

<input type="radio"/> Komunikace	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> Tradice a zvyky	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> Hygiena	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> Bolest	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> Stravování	1	2	3	4	5

Ještě jednou děkuji za Váš čas!

OŠETŘOVÁNÍ ŽEN VIETNAMSKÉ KOMUNITY



Socialistická republika Vietnam se nachází v Jihovýchodní Asii. Krajina je charakteristická dlouhými rýžovými poli a tropickými lesy. Hlavní obživou obyvatel je zemědělství-nejčastěji se pěstuje rýže, pepř, káva a kešu ořechy.

Mezi náboženství uznávané ve Vietnamu patří konfucianismus, taoismus, křesťanství a buddhismus, který je mezi Vietnamci nejrozšířenější.

Pokud je člověk nemocný, znamená to ve vietnamské kultuře poruchu rovnováhy mezi Jin a Jang. Jin je ženskou tmavou stránkou a je spojován s chladem a záporům. Jang je kladný a je spojován s muži, teplem, světlem a krví.

Bílá barva značí smrt či konec životní cesty.

Těhotenství a porod

Vietnamské ženy důvěřují lékařům a péči ve zdravotnickém zařízení, dávají přednost přirozenému porodu.

V průběhu těhotenství musí odpočívat a nesmí prochladnout. Věří, že by to mohlo způsobit komplikace.

U porodu preferují menší počet lidí, věří, že se žena může ve větším počtu lidí cítit vyděšená a tím dochází k poklesu srdeční činnosti plodu.

V šestinedělí uvítají samostatný pokoj. Věří, že jim jiná kojící žena „krade“ mléko.

Komunikace

- Ve vietnamském jazyce sice neexistuje rozdíl v tykání a vykání-avšak Vietnamci žijící v Česku, velmi dobře rozumí významu vykání a tykání u nás, proto je velmi nevhodné člověku, kterého neznáme, tykat!
- Při podání jakéhokoliv předmětu používají obě ruce. Můžeme takto projevit pacientce úctu.
- Přímý pohled do očí ve Vietnamu symbolizuje nezdvořilost či až domýšlivost.
- Při podpoře pacientky dotekem bychom se měli vyhýbat doteku na hlavě. Hlava je velmi osobní místo-dotek značí projev nedůvěry a neúcty.

Hygiena

- Vietnamské pacientky jsou na hygienu velmi citlivé-nejvíce preferují celkovou hygienu ráno a zvolí si raději sprchování bez přítomnosti zdravotnického personálu. Pokud by samostatná hygiena nebyla možná, ocenily by pomoc člena rodiny ženského pohlaví.
- Respektování intimity je pro ně velmi důležité.
- Ženy, které jsou po porodu se vyhýbají koupeli a mytí vlasů-bojí se ovlivnění „studenými“ vlivy Jin.

Bolest

- **Vietnamské pacientky mají vysoký práh bolesti.**
 - Bolest nedávají moc najevo, trpí tiše a zůstávají klidné.
 - **Může se stát, že se při bolesti usmívají. V jejich kultuře totiž úsměv může znamenat pocity rozpaků, a nejen pocity spokojenosti či veselí.**
 - Z požívání léků proti bolesti mají strach-věří, že jim způsobí návyk a vedlejší účinky.

Stravování

- Základem je zejména čerstvá nevařená zelenina a čerstvé bylinky.
 - Nejvíce používanými surovinami jsou nudle a rýže.
- V konzumaci masa nejsou Vietnamci příliš vybíraví-řídí se pravidlem „vše co se hýbe, se dá jíst“.
 - V pitném režimu upřednostňují zejména čaj a kávu.
- Vhodná teplota nápojů je horká, případně vlažná. Nikdy nepijí extrémně studené nápoje, a nápoje které obsahují led.
 - Zastoupení mléčných výrobků a nápojů je v jejich kultuře minimální, připisují jim totiž střevní potíže.
- V průběhu těhotenství je například zakázáno konzumovat zázvor, kapra, králíka či kachnu.

Mgr. Marie Fryaufová
Ředitelka ošetrovatelské péče
KNL, a.s.
Husova357/10
46063 Liberec 1

Věc: Žádost o schválení dotazníkového šetření v rámci diplomové práce

Vážená paní ředitelko,

Jsem studentkou navazujícího magisterského studia „Intenzivní péče v porodní asistenci“ na Fakultě zdravotnických věd na Univerzitě Palackého v Olomouci. Obracím se na Vás s žádostí o povolení k provedení dotazníkového šetření v KNL, a.s.. V rámci mé diplomové práce na téma „Odlíšnosti péče o vietnamskou ženu v gynekologii a porodnictví“ bych oslovila všeobecné sestry a porodní asistentky na odděleních gynekologie a porodnice o vyplnění anonymního dotazníku na dané téma.

Mnohokrát děkuji za vyřízení žádosti.

S přáním hezkého dne Bc. Michaela Novotná, studentka 2.ročníku IPPA, FZV UPOL

Krajská nemocnice Liberec, a.s.
Mgr. Marie Fryaufová
ředitelka ošetrovatelské péče



Souhlasí:

PhDr. Daniela Šimonová
Vrchní sestra gynekologicko-porodnické části
Gyn.- por. klinika (Apolinář)
Apolinářská 18
128 08 Praha 2

Vážená paní doktorko,

obracím se na Vás s žádostí o povolení provedení výzkumu na Gynekologicko-porodnické klinice Všeobecné fakultní nemocnice v porodnici Apolinář. V rámci mé diplomové práce na téma „Odlišnosti péče o vietnamskou ženu v gynekologii a porodnictví“ bych ráda oslovila sestry a porodní asistentky na odděleních gynekologie a porodnice o vyplnění anonymního dotazníku na dané téma.

Mnohokrát děkuji za vyřízení žádosti.

S přáním hezkého dne,

Bc. Michaela Novotná, studentka 2.ročníku, UPOL, FZV

Schvaluji



Daniela Šimonová
PhDr. Daniela Šimonová