Univerzita Palackého v Olomouci

Pedagogická fakulta

Katedra antropologie a zdravovědy

Kulturní antropologie v porodní asistenci

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Věra Vránová, Ph.D.

Bc. Štěpánka Bubeníková

Učitelství sociálních a zdravotních předmětů pro střední odborné školy

5. ročník

Kombinované studium

Olomouc 2011

Palacký Univerzity

Faculty of Education

Department of Anthropology

Cultural antropology in midwifery

Thesis

Supervisor: Mgr. Věra Vránová, Ph.D.

Bc. Štěpánka Bubeníková

5. year

Combined study

Olomouc 2011

Název práce	Kulturní antropologie v porodní asistenci
Název v angličtině	Cultural anthropology in midwifery
Příjmení a jméno	Bc. Štěpánka Bubeníková
Fakulta	Pedagogická fakulta, Katedra antropologie a zdravovědy
Obor studia	Učitelství sociálních a zdravotních předmětů pro střední odborné školy
Vedoucí práce	Mgr. Věra Vránová, Ph.D.
Počet stran	99
Počet příloh	4
Rok obhajoby	2011

Klíčová slova	porodní asistence, těhotenství, porod, antropologie, kulturní antropologie, romská kultura, vietnamská kultura
Klíčová slova v angličtině	midwifery, education, pregnancy, childbirth, cultural anthropology, Romany culture, Vietnamese culture

Diplomová práce je věnována problematice romské a vietnamské kultury a vztahu těchto kultur k těhotenství, porodu a poporodnímu období. Práce je dále zaměřena na postoj porodních asistentek k ženám těchto kultur a na péči, která je romským a vietnamským ženám poskytována v těhotenství, při porodu a v šestinedělí. Teoretická část se zabývá specifikou romské a vietnamské kultury, legislativou vztahující se k práci porodní asistentky, definici porodní asistentky a významem antropologie v porodní asistenci. Praktická část práce je věnována výzkumu pomocí anonymního dotazníkového šetření, který byl proveden u tří skupin respondentek a to u romských žen, vietnamských žen a porodních asistentek z praxe. Analýza a interpretace získaných dat poskytuje informace

o reprodukčním zdraví žen romské a vietnamské kultury a o vztahu porodních asistentek k ženám této kultury.

The thesis deals with Romany and Vietnamese women in the Czech Republic with regards to their attitude to pregnancy, childbirth and puerperal period. Moreover, the attitudes of midwives toward women of these cultures are investigated as well as the health care they provide during pregnancy, childbirth and puerperal period. The theoretical part is dedicated to specific conditions of Romany and Vietnamese culture with regards to pregnancy, childbirth, to the legislation in place for the practice of midwives, definition of midwives and the role of anthropology in midwifery. The practical part is dedicated to a research accomplished by a survey which has been made anonymously within the scope of three groups of respondents – Romany women, Vietnamese women and midwives. At the end defined objectives and results of the research are appraised. Education materials have been created to assist midwives in their work with women of Romany and Vietnamese cultures.

Seneca:

„Non schoale sed vitae discimus.“

(„Neučíme se pro školu, ale pro život.“)

Poděkování

Tímto chci poděkovat své vedoucí práce paní Mgr. Věře Vránové, Ph. D. za cenné rady, odbornou spolupráci a poskytování materiálních podkladů. Dále bych chtěla poděkovat vietnamské tlumočnici paní Mgr. Chau Lan Duong Thi za spolupráci při překladu dotazníku pro vietnamské respondentky. Poděkování patří i mé rodině za podporu a pochopení.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením Mgr. Věry Vránové, Ph. D. K práci jsem použila literatury a pramenů uvedených v seznamu.

Podpis

Obsah

1 Úvod 10
2 Teoretická část 13
2. 1 Porodní asistence 13
2. 1. 1 Historie porodní asistence 13
2. 1. 2 Mezinárodní definice porodní asistentky 15
2. 1. 3 Profesní organizace 16
2. 1. 4 Zákony, paragrafy a vyhlášky v ČR vztahující se k porodní asistenci 17
2. 2 Romská kultura 19
2. 2. 1 Porod romské ženy v minulosti 22
2. 2. 2 Reprodukční zdraví 23
2. 2. 3 Zdraví a nemoc 25
2. 2. 4 Specifika komunikace 25
2. 2. 5 Stravování 26
2. 3 Vietnamská kultura 28
2. 3. 1 Specifikace komunikace 29
2. 3. 2 Zdraví a nemoc 30
2. 3. 3 Stravování 32
2. 4 Antropologie 33
2. 4. 1 Pojem antropologie 33
2. 4. 2 Antropologie mateřství 36
2. 4. 3 Antropologie mateřství v dějinách 37
2. 4. 4 Lidská reprodukce 39
2. 4. 5 Význam porodnictví 42
2. 4. 6 Porod 43
3 Praktická část 47
3. 1 Dotazník pro ženy romské a vietnamské kultury 49
3. 2 Dotazník pro porodní asistentky 77
3. 3 Statistické zpracování předpokladů 86
4 Diskuze 88
5 Závěr 90
Doporučení pro praxi 92
6 Literatura a prameny 93
Seznam tabulek 95

Seznam grafů 97
Seznam příloh 99

1 Úvod

„Pokud mají lidé přežít a žít ve zdravém, pokojném a smysluplném světě, pak musí sestry a další zdravotničtí pracovníci pochopit jejich různá kulturní přesvědčení, kulturní hodnoty a životní styl, aby byli schopni poskytovat kulturně uzpůsobenou prospěšnou zdravotní péči“.

Madeleine Leiningerová

Těhotenství je časově omezený fyziologický proces, který se ženy dotýká jak fyzicky, tak duševně. Všechny tělesné systémy v organismu těhotné ženy se adaptují a slouží vyvíjejícímu se plodu. Nejdůležitější úlohou porodní asistentky v průběhu těhotenství je být rádkyní a edukovat ženu, jak se po dobu těhotenství udržet v dobré fyzické i psychické pohodě, jak se připravit na porod a šestinedělí. V případě, že zdravotní stav ženy nebo plodu je v ohrožení, je povinností porodní asistentky a lékaře poskytnout ženě takovou péči, která zlepší jejich zdravotní stav. (Leifer, 2004, s. 55)

V minulosti ženy pravděpodobně rodily bez cizí pomoci. Později pomáhaly u porodu starší ženy, které samy měly již řadu porodů za sebou. Dochází tak vyčlenění žen, které mají tuto činnost jako povolání. Porodní báby můžeme v historii lidstva vysledovat již ve starém Egyptě, později v Řecku, Římě, ale i u Aztéků, Inků a jiných starých civilizací. (Roztočil, 2001, s. 10)

Povolání, které bylo v průběhu staletími označováno různě, např. bába pupkořezná, porodní bába, žena babící a nynější označení porodní asistentka je odvozené od slova asistére neboli účastnit se. Profese porodní asistentky je považována za jedno z nejstarších povolání na světě. (Vránová, 2007, s. 9)

Přizpůsobení člověka je podmíněno jeho schopností dokázat si vytvořit umělé prostředí, znásobit své fyzické možnosti a ovládat živou i neživou přírodu. Život jedince je neopakovatelný, proto se postupně vyvíjí i obor antropologie mateřství. Lidská reprodukce

je charakteristická sociálními vztahy, které jsou spojené s rozmnožováním, mateřstvím a péčí o dítě. Máme dokonale zajištěnou péči o novorozence, ale těhotenství mimo oblast porodnictví je oblastí vyžadující zvýšenou pozornost. Obor antropologie mateřství hledá základní spojující aspekty somatické s otázkami patofyziologie těhotenství za porodu. (Doležal, 1975, s. 6)

Porodní asistentka by měla utěšovat trpící, s porozuměním jim pomáhat, měla by být odvážná v každém nebezpečí. Měly by mít za sebou vlastní porody a neměla by být příliš mladá. Musí být teoreticky i prakticky vzdělaná ve všech oblastech lékařského umění. (Vránová, 2007, s. 15)

Mnohé z těchto vyjmenovaných vlastností jsou považovány za vhodné a důležité i v dnešní době. Tuto práci jsem si zvolila, abych zjistila postoj a chování porodních asistentek v České republice pracujících v porodnicích nebo v komunitní péči k ženám romského a vietnamského etnika a také proto, abych zjistila postoj romských a vietnamských žen k těhotenství, porodu a období po porodu. Myslím si, že tyto ženy mají stejný nárok na kvalitní edukaci a poskytovanou péči v průběhu těhotenství a porodu porodními asistentkami.

Cíle práce:

1. Zjistit prožívání a chování žen v těhotenství u romské a vietnamské kultury
2. Zjistit postoj romské a vietnamské minoritní společnosti k těhotné ženě
3. Zjistit prožívání a chování žen romské a vietnamské kultury v průběhu porodu
4. Zjistit vztah romské a vietnamské kultury k právě narozenému dítěti
5. Zjistit zvyklosti romské a vietnamské kultury k porodnímu ději (doprovod, zdravotník)
6. Zjistit způsob získávání informací týkajících se těhotenství a průběhu porodu romských a vietnamských žen
7. Zjistit profesionální chování porodních asistentek k ženě romské a vietnamské kultury

2 Teoretická část

2. 1 Porodní asistence

2. 1. 1 Historie porodní asistence

Již od paleolitického období byly na území Evropy hněteny z hlíny sošky takzvaných Venuší. Tyto drobné plastiky znázorňovaly části lidského těla sloužící k porodu a výživě dítěte. Venuše měly veliké, spíše povislé prsy, mohutné břicho a silná stehna. Takové ženy byly v dávnověku uctívány, protože lidé instinktivně vycítili, že ženy se širokými boky, tj. s prostornou pánví, dobře rodí děti. (Vránová, 2007, s. 11)

V dávném věku žena pravděpodobně rodila bez cizí pomoci. Když bylo lidstvo na vyšším stupni kultury, pomáhaly u porodu starší ženy, které samy měly již řadu porodů za sebou. Později u porodu pomáhaly zkušené ženy, které tuto práci provozovaly trvale jako svou živnost. Dělo se to mnohdy i za náboženského ceremoniálu, při němž byla vyzývána bohyně a ochránkyně rodiček. V Evropě to byla bohyně **Isis**, v antickém Řecku **Lochia**. (Roztočil, 2001, s. 10)

Porodní báby můžeme v historii lidstva vysledovat již ve starém Egyptě, později v Řecku, Římě, ale i u Aztéků, Inků a jiných starých civilizací.

Původně služba, kterou poskytovala rodičce starší a zkušenější přítelkyně nebo sousedka, se postupně stala uznávanou a nutnou profesí, zvláště v dobách, kdy účast lékaře při běžném porodu nebyla považována za nutnou a ani lékařskému stavu za důstojnou. (Roztočil, 2001, s. 10)

Největší význam pro úspěch porodu se ovšem dlouho přikládal různým amuletům, modlitbám a magickým úkonům. Jejich forma závisela na zvycích, náboženství a kultech jednotlivých kultur.

V nejstarších dobách se snažily pomoci ženě – rodičce – ženy starší, které již samy rodily. První písemné doklady ze starověku o vývoji porodnictví byly získány objevem rozsáhlé knihovny asyrského krále ze 7. st. př. n. l. Tehdejší medicína byla směsicí magie a kouzel, spjatá s náboženstvím. Chrámové věštkyně určovaly délku gravidity, z nich se vyvinul stav porodních pomocnic. U starých národů bylo porodnictví spjato s představami

náboženskými, pomocnice musely respektovat bohy. Setkává se i s farmakologickým ovlivněním porodu, jsou to takzvané byliny těhotných. (Vránová, 2007, s. 12)

Právě z důvodů náboženských i mravních nebylo dovoleno, aby u porodu pomáhal muž. Můžeme tedy říci, že oficiální medicína porodnictví neuznávala. Lékaři byli vědomě vychováváni v nezájmu o porodnictví, které bylo považováno za obor pro lékaře nedůstojný. Péče o ženu se tak dostala do laických rukou a při poskytování porodní pomoci převládaly pověry a zaříkávání. Změna nastala teprve v období renesance, kdy se s nástupem mladé buržoasie obrátil vědecký zájem také k přírodním vědám. V této době se stává porodnictví znovu součástí lékařství a začínají se tomuto oboru postupně věnovat i muži – lékaři. Znovu je věnována pozornost a péče výchově porodních bab. Vzdělání i činnost porodních bab je dále koordinováno a usměrňováno řadou směrnic a nařízení i zakládání babických škol. První babická škola byla zřízena při porodnickém oddělení v pařížské nemocnici **Hôtel Dieu**, vybudovaném v roce 1630. Postupně během času byly znovu objeveny zapomenuté porodnické operace. (Roztočil, 2001, s. 10)

V českých zemích je první zmínka o stavu porodních pomocnic z roku 1200. Báby si počínaly samostatně, jen někdy volaly felčary nebo chirurgy. Do konce 16. století vyšlo v Čechách 8 spisů pro báby, ale byly značně primitivní. K reformám došlo až za vlády Marie Terezie. Od roku 1651 se musely porodní báby prokázat potvrzením o vykonané zkoušce. Na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze se porodnictví sice přednášelo od jejího založení v roce 1348, po několikaleté přestávce znovu v roce 1753, ale pouze teoreticky. V roce 1784 byla založena v Brně U svaté Anny porodnice, v roce 1803 I. Porodnická klinika v Praze. Od roku 1808 působil na Univerzitě Karlově prof. **Antonín Jungmann**, který se velmi zasloužil o pokroky babictví, vydal učebnici. V roce 1867 vzniká v Praze II. Porodnická klinika. Mezi osobnosti české porodnické školy patřily prof. **Karel Pawlík** a prof. **Václav Rubeška**, kteří stáli v čele porodnických klinik a babického vzdělání. Roku 1773 byla postátněna jezuitská kolej v ***Olomouci***. Tato univerzita měla 3 fakulty: teologickou, filozofickou a právnickou a roku 1778 byla přeložena do Brna. Tam se na filozofické fakultě přednášela anatomie a chirurgie. Po čtyřech letech byla brněnská univerzita zrušena a místo ní bylo v Olomouci zřízeno lyceum s dvouletým medicínsko-chirurgickým učením. Tato škola vychovávala městské a venkovské ranhojiče a také školila ***porodní babičky***. Postupně se babictví stalo zdravotnickým povoláním s vyhraněnou odbornou náplní. Starý název

porodní bába nebo babička byl nahrazen r. 1928 názvem porodní asistentka. (Vránová, 2007, s. 30)

2. 1. 2 Mezinárodní definice porodní asistentky

Porodní asistentka je osoba, která byla řádně přijata do oficiálního vzdělávacího programu pro porodní asistentky uznávaného v dané zemi, která úspěšně ukončila daný vzdělávací program pro porodní asistentky a získala tak požadovanou kvalifikaci a registraci pro výkon povolání porodní asistentky.

Porodní asistentka je uznávána jako plně zodpovědný zdravotnický pracovník:

1. Pracuje v partnerství se ženami, aby jim poskytla potřebnou podporu, péči a radu během těhotenství, porodu a v době poporodní
2. Vede porod na svou vlastní zodpovědnost
3. Poskytuje péči novorozencům a dětem v kojeneckém věku.

Tato péče zahrnuje:

1. Preventivní opatření
2. Podporu normálního porodu
3. Zjišťování komplikací u matky nebo dítěte
4. Zprostředkování přístupu k lékařské péči nebo jiné vhodné pomoci
5. Provedení nezbytných opatření při mimořádné naléhavé situaci.

Porodní asistentka má důležitou úlohu ve zdravotním poradenství a vzdělávání nejen žen, ale i v rámci jejich rodin a celých komunit. Tato práce by měla zahrnovat předporodní přípravu a přípravu k rodičovství a může být rozšířena i do oblasti zdraví žen, sexuálního nebo reproduktivního zdraví a péčí o dítě. Porodní asistentka může vykonávat svou profesi v jakémkoliv prostředí, včetně domácího prostředí, ambulantních zdravotnických zařízení, nemocnic, klinik nebo zdravotnických středisek. Tato definice byla přijata na zasedání Mezinárodního výboru porodních asistentek 19. července 2005 a nahrazuje Definici porodní asistentky přijatou v roce 1972 a doplněnou v roce 1990. www.ckpa.cz [2011-03-19]

2. 1. 3 Profesní organizace

V roce 1997 vznikla profesní organizace porodních asistentek – Česká asociace porodních asistentek (ČAPA), která v roce 2005 prošla několika změnami, jednou z nich je změna názvu na Českou konfederaci porodních asistentek (ČKPA).

V čela organizace stojí prezidium, které má sídlo na Fakultě zdravotnických věd, Ústavu porodní asistence v Olomouci.

ČKPA:

1. Má v současnosti 150 členek
2. Prosazuje zájmy porodních asistentek v ČR
3. Je členem mezinárodních i národních organizací – ICM, EMA, NKZP
4. Má zástupce v akreditační komisi MZČR
5. Je účastníkem dohodovacího řízení zdravotních pojišťoven (zdravotní výkony odbornosti 921)
6. Je účastníkem výběrových řízení
7. Organizuje vzdělávací akce (semináře, kurzy, konference – krajské, celostátní s mezinárodní účastí)
8. Připravuje standardy péče, publikace pro výuku
9. Usiluje o vznik Komory PA
10. Spolupracuje s Neonatologickou společností, MZČR, VZP a dalšími zdravotními pojišťovnami
11. Spolupracuje s Českou asociací sester (ČAS)
12. Na internetových stránkách www.ckpa.cz znovu připravuje vydávání časopisu Porodní asistentka

2. 1. 4 Zákony, paragrafy a vyhlášky v ČR vztahující se k porodní asistenci

V roce 2004 byl po několikaleté přípravě a připomínkách přijat zákon a prováděcí vyhlášky.

Zákon 96/2004 ze dne 4. února 2004

O podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).

Vyhlášky ze dne 30. června 2004

423, kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků. Tato vyhláška byla již dvakrát novelizována a najdeme ji pod číslem 4/2010

424, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

Porodní asistentka bez odborného dohledu a bez indikace

- Poučení o životosprávě v těhotenství a při kojení, přípravě na porod, ošetření novorozence, o antikoncepci, edukace ženy v péči o novorozence, včetně podpory kojení a předcházení jeho komplikacím
- Rady a pomoc v otázkách sociálně-právních
- Provádění návštěv v rodinách těhotných, šestinedělek a gynekologicky nemocných
- Sledování ženy s fyziologickým těhotenstvím, informace o prevenci komplikací
- V případě zjištěného rizika předání ženy do péče lékaře
- Sledování stavu plodu v děloze všemi vhodnými klinickými a technickými prostředky
- Rozpoznání patologií u matky, plodu, novorozence a předání do péče lékaři k zásahu a asistence při něm
- Péče o ženu ve všech dobách porodních
- Vedení fyziologického porodu včetně případného nástřihu hráze
- Ošetření porodního poranění
- Péče o šestinedělku
- Péče o novorozence prostřednictvím ošetřovatelského procesu
- První ošetření novorozence, včetně případného zahájení okamžité resuscitace

Porodní asistentka pod přímým vedením lékaře

- Asistence při komplikovaném porodu
- Asistence při gynekologických výkonech
- Instrumentace na operačním sále při Sectio Caesarea

Porodní asistentka se specializovanou způsobilostí

- PA pro perioperační péči
- PA pro intenzivní péči
- PA pro komunitní péči (Sbírka zákonů ČR, Nařízení vlády, s. 3)[2011-03-26]

Porodní asistentky v ČR

K 1. březnu 2006 skončilo přechodné období k podání žádosti o získání ***Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků.***

K 1. červnu 2006 získalo toto „Osvědčení" 5200 porodních asistentek. K 1. 1. 2011 je 6200 registrovaných porodních asistentek. Porodní asistentky pracují na různých úrovních péče o ženu, matku a dítě. Podílejí se na výuce porodních asistentek jednak na VŠ jako odborné asistentky, jednak na klinických pracovištích jako mentorky. (Vránová, 2007, s. 99)

Porodní asistentky jsou členkami různých komisí, pracovních skupin MZČR, mezinárodních organizací. Provádějí výzkum pro zkvalitnění porodní asistence. Celoživotně se vzdělávají, absolvují kurzy inovační, certifikované, také kurzy s mezinárodním certifikátem.

Je mezi nimi již mnoho absolventek pomaturitního specializačního, vyššího odborného, bakalářského, magisterského i doktorského vzdělání. Jistě v blízké budoucnosti některé z nich budou habilitovat a získají pedagogickou hodnost docentka později dosáhnou i jmenování profesorkou. (Vránová, 2007, s. 99)

2. 2 Romská kultura

Rómové původem pocházejí z Indie a mezi první státy, které osídlili, patřila Arábie a Egypt. V dnešní době žijí po celém světě. Na území střední Evropy přišli až ve 13. století, na území našich zemí ve 14. století. Tradičně po staletí provozovali svá kočovná řemesla (kovářství, řetězářství, korytářství, košíkářství, nožířství, výrobu metel a cihel, řeznictví, zvěrolékařství a hudbu). Rómové patří jako většina národů k plemeni ***europoidnímu***, ale mají některé odlišné antropologické rysy. Jsou mezi nimi různé antropologické typy, ale převažují ***mediteranoidní*** a ***indo-afgánské*** typy. Charakteristická je barva jejich pleti, ale i řada detailů morfologických (tvar hlavy, ruky, tělesné proporce) i fyziologických (krevní skupiny). Tyto specifické rysy mají vliv na zdravotní stav Romů (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005, s. 178)

Dělení minoritní komunity

1. Plně integrovaná komunita
    a. Skupina lidí, která splynula s majoritní populací, mají rozvinuté kontakty s majoritní populací
2. Částečně integrovaná komunita
    a. Separovaná romská komunita s vyšší mírou kontaktů s majoritním obyvatelstvem, skupiny žijí koncentrovaně v obci nebo v osadě v blízkosti obce obývané převážně neromským obyvatelstvem
3. Segregovaná romská komunita
    a. Skupina lidí žijící odděleně od ostatní populace, je částečným nebo úplným uzavřeným systémem s minimálními kontakty. Demografické chování skupiny můžeme přirovnat k chování, které je typické pro rozvojové krajiny:
        i. Vysoká plodnost
        ii. Vysoká úmrtnost
        iii. Začátek reprodukčních procesů posunutý do velmi nízkého věku (Simočková, Konference Jihlava 2010)

Mezi životním způsobem Čechů a Romů existují rozdíly, které vyplývají z odlišného pojetí života a životních hodnot. Pro Romy je život nejvyšší hodnotou, vše co vede k zachování, zmnožení a pokračování života, má vysokou hodnotu, vše co život ohrožuje

nebo omezuje, je vnímáno negativně. Romové považují příslušnost k rodině za jednu z největších hodnot ve svém životě, znamená pro ně jistotu zázemí a bezpečí. Vše, co příslušník rodiny dělá, dělá pro přežití rodu. Přežití rodu je největší životní hodnotou, které se podřizuje všechno osobní, z toho vyplývá,že Romové zdůrazňují význam rodiny a dost často potlačují vlastní individualitu. (Žáčková, 2002, s. 37)

Důležitější je pro ně zaměření na rodinu než na svoji práci. Rodina je pro ně zdrojem obživy, má funkci vzdělávací a také ochrannou. Romská rodina (***rod***) má odlišnou strukturu i velikost ve srovnání se současnou rodinou českou. Je výrazně patriarchální, obvykle má jednoho mužského předka a jedno příjmení. Je tří a více generační, značně sociálně závislá na příbuzenstvu. Neexistuje snad jiný národ s tak silnými rodovými vazbami. Děti ani dospělí nerozlišují stupeň příbuznosti s jinými (např. bratrance od bratra). Romové se navzájem hodnotí podle toho, ze které rodiny pocházejí a jakou má tato rodina mezi nimi vážnost. V rodině si všichni pomáhají a vzájemně se podporují. Pro tradiční rodinu Romů je nemyslitelné dát děti do dětského domova nebo rodiče do domova důchodců. Největším trestem pro Roma je vyhnání z rodiny. Tím ztrácí veškeré sociální a lidské jistoty. (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005, s. 180)

Romové se navzájem hodnotí podle toho, ze které rodiny pocházejí a jakou má tato rodina mezi nimi vážnost. V rodině si všichni pomáhají a vzájemně se podporují. Zvláštní postavení v rodině má také ***snacha***, která v rodině svého muže často teprve dospívá. V nové rodině stojí na nejnižším stupínku hierarchie a je zcela pod nadvládou tchýně, která ji zaučuje do chodu nové rodiny, bývá na ni velmi přísná, tvrdá, často ji i bije, ale mladá snacha nesmí odmlouvat ani se bránit, musí být pokorná a poslušná všem členům rodiny, často i neprovdaným sestrám svého muže. Navenek se však rodina snachou chlubí. Období učení končí v době, kdy má žena dvě nebo tři děti a stane se dobrou matkou, manželkou a hospodyní. K oslabení tradiční romské rodiny přispívá také úřední odebrání zanedbávaných romských dětí rodičům a jejich následné umístění do dětského domova. Dětský domov sice poskytuje kvalitní stravu, hygienu, pravidelnou školní docházku, ale narušuje schopnost navazovat citové vazby a udržovat je. Následkem toho mladá romská matka, která nevyrostla v rodině, ale v dětském domově, nedokáže navázat později přímý vztah ke svému dítěti a nechá ho často v porodnici a příběh se opakuje. (Babková, 2007, s. 17)

Mezi rolí muže a ženy existují viditelné rozdíly. ***Žena*** zabezpečuje chod rodiny, vychovává děti a poslouchá svého muže. Jídlo pro rodinu musí zajistit jakýmkoliv způsobem, buď za vykonanou práci, nebo i žebráním. Žena je vnímána jako matka, dárkyně „lidského života“, je ceněna podle své plodnosti, těší se v romské komunitě úctě tehdy, stane-li se matkou, čím více dětí porodí a vychová, tím je v komunitě váženější. Neplodná žena nemá žádnou hodnotu. Podíl žen spojující život ženy s mateřstvím klesl, došlo i ke změně pohledu na mateřství v životě ženy, vzrůstá trend odkládání mateřství do pozdějšího věku, nicméně pro romskou ženu je nejvyšší hodnotou mít dítě, i v očích muže má žena hodnotu zejména tím, že má děti. Sama žena vnímá těhotenství jako dar a mateřství jako své poslání. ***Muž*** je hlavou rodiny, nositelem prestiže. Rozhoduje a nese odpovědnost za rodinu. Jeho výdělek je spíše příležitostný, proto tráví většinu času sháněním zakázek, prací a udržováním dobrých vztahů s příbuznými a přáteli. Vnějším projevem podřízeného postavení ženy je zvyk chodit několik kroků za mužem. (Budilová, Jakoubek, 2007, s. 50)

Děti představují největší bohatství romské rodiny. Malé děti se neučí samostatnosti, jsou déle obsluhovány. Svět dětí není oddělen a generace nejsou vůči sobě v opozici. Dítě se tímto učí navazovat sociální kontakty. V útlém věku dohlíží na dítě matka s prarodiči, v pubertě poté otec, který je přísnější. Ve výchově dítěte se berou ohledy na pohlaví. Dětství a dospívání končí založením rodiny. Dívky si často berou muže, které vyberou rodiče a vdávají se velmi mladé. (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005, s. 181)

Uzavření manželství zahrnuje u Romů obvykle platbu určitého obnosu ze strany otce ženicha otci nevěsty. Výše ceny za nevěstu může být až 8000 dolarů, ale průměrná suma bývá okolo 2000 dolarů. Platba je výrazem ocenění ženy jako hlavního obstaravatele financí a také materiálním symbolem a zárukou serióznosti svatby. Uzavřením manželství svých dětí se otec nevěsty a otec ženicha stávají ***chanamikura***, čímž vstupují do komplexu finančních a dalších recipročních závazků, které se od nich budou očekávat až do konce života.

Sňatek, cena za nevěstu a uzavření vztahu ***chanamikura*** má řadu variací. Dva budoucí ***chanamikura*** mohou sňatek svých dětí dohodnout víceméně sami, bez ohledu na jejich názor. Takový postup je však výjimečný, tímto způsobem se někdy uzavírají manželství ve vyprávěních starých mužů. Z pohledu starších osob je pro otce ženicha ideální způsob uzavření manželství, když sám vybere odpovídající rodinu s vhodnou budoucí ***sori*** (snacha),

získá souhlas budoucího ***chanamika***, přiměje mladý pár hluboce se do sebe zamilovat, takže nakonec je každý s výsledkem spokojený a ve výsledném uspořádání žije šťastně. Ovšem zda bude svazek v dlouhodobé perspektivě fungovat či nikoli, je vždycky otázka. Uvedený vztah totiž zahrnuje nejen ženicha a nevěstu, ale – a snad především – jejich rodiny. Pokud by mělo dojít k rozpadu manželství, zejména pak do doby okolo jednoho roku od jeho sjednání, vždy se objeví otázka navrácení ceny za nevěstu. Velice často je tomu tak, že v průběhu svatby je zaplacena jen část celkové ceny za nevěstu s tím, že zbytek bude zaplacen, „až ***chanamik*** přijde k penězům“. Když ale manželství není šťastné, je méně pravděpodobné, že peníze dostane. Jinou variantou uzavření sňatku prostřednictvím ceny za nevěstu je únos, ***našimos***. K této variantě dochází ve značném počtu případů. Dva mladí lidé se rozhodnou uzavřít manželství, utečou z domova a nechají své rodiče vyřešit finanční detaily. Starší literatura přitom naznačuje, že tento způsob byl preferovanou variantou uzavírání sňatku v dřívějších časech. (Budilová, Jakoubek, 2007, s. 57)

Phari (v romštině těhotná žena) prožívá těhotenství jinak než těhotná žena neromského původu. Těhotenství neplnoletých matek není považováno za zločin, ale je žádáno a podporováno celou skupinou. Nízký věk prvorodiček je motivovaný snahou prodloužit fertilitu ženy. Těhotná žena je „požehnaná“ a přináší štěstí. Musí se řídit pravidly na ochranu plodu (nesmí se dívat na postižené lidi, na zesnulé, na hady). Těhotná má mít dobrou náladu, často zpívat, usmívat se, aby i dítě mělo dobrou povahu. Můžou jíst vše, na co mají chuť, včetně alkoholu a cigaret. Aby bylo dítě pěkné, mají těhotné ženy jíst kůrky z chleba a pít mléko. (Simočková, Konference Jihlava 2010)

2. 2. 1 Porod romské ženy v minulosti

Zdraví rodičky a novorozence zajišťoval celý komplex magických a zaříkávacích úkonů. Hygienické opatření bylo zcela vynechané. Během porodu nesměla mít rodička na sobě žádné sponky, šperky, prsteny a jiné kovové předměty, nemohla by rodit. Vlasy musela mít rozpuštěné a obličej jí omývaly svěcenou vodou. Na zmírnění bolesti dávali rodičce pít čaj někdy alkohol. Rodičky většinou rodily vsedě, ve dřepu, ve stoje, vleže jen ojediněle. Pokud se stalo, že Romka porodila na voze, vůz okamžitě prodali. Pokud nebyl na blízku zájemce o koupi vozu, vůz spálili. K porodu se volala porodní asistentka, které si velmi vážili, ale na druhou stranu ji považovali za nečistou. Všechno, co souviselo s porodem, čeho se rodička nebo porodní asistentka dotkla, bylo magicky nečisté. Na očištění byly potřebné

magické rituály a zaříkávání. Asi od roku 1950 rodí romské ženy v porodnici. Zpočátku se tomu velmi bránily, ale na konec podlehly majoritní společnosti. (Simočková, 2010)

V těchto chvílích jim chybí podpora a pozornost vlastní rodiny. U Romů je typické, že většina rodiny tráví čas v okolí porodnice. Tímto jsou bezprostředně v kontaktu s rodičkou a dorozumívají se s ní třeba přes okno. Českým lidem se zdá, že je jich mnoho, jsou příliš hluční nebo že se chovají nepatřičně. Stejná situace nastává, pokud je Rom, žijící v tradiční rodině, umístěn v nemocnici. V nemocnici nemá žádné soukromí a není na ně ani zvyklý. Není neobvyklé ani zahanbující, když muž pláče. (Simočková, Konference Jihlava 2010)

Neplodná žena má velice špatné postavení. Muž ji může opustit. Někdy se stávalo, že si neplodná žena vzala za své např. dítě své sestry. V současné době si mnohé romské rodiny adoptují romské děti z dětských domovů. ***Neplodnost*** se brala jako trest za provinění ženy, nebo někoho jiného příbuzenstva. Romské společenství je typ kolektivního společenství, kde je za jednání jednotlivce zodpovědná celá skupina. Příčinou nemoci jednotlivce může být provinění někoho jiného z rodu, který byl třeba z nějakého důvodu proklet.

Když žena nechtěně potratila, říkalo se, že je buď nemocná, anebo je to rodové. Někdy ji mohl také někdo začarovat, nebo se příliš často zapřísahala. Žena také mohla potratit kvůli tomu, že viděla něco nečistého, nebo zvedala těžké věci. Když žena potratila a hodně krvácela, dával se jí na břicho hadr, nebo teplý polštář. Aby ženu přešla bolest, musela vypít rum s pepřem. Když naopak žena chtěla potratit, tak ve druhém nebo ve třetím měsíci převařila červené víno, přidala jalovec a vypila ho. Dělaly to i starší Romky, které měly víc dětí a další nechtěly. Nevěděly, jak se mají chránit, aby neotěhotněly. (Babková, 2007, s. 25)

2. 2. 2 Reprodukční zdraví

Právo na plánované rodičovství bylo definováno jako základní lidské právo na Mezinárodní konferenci o lidských právech v Teheránu v roce 1968 a zní ,,***Rodiče mají základní lidské právo svobodně a zodpovědně určovat počet svých dětí a časový odstup mezi nimi.“*** Na konferenci v Tbilisi v roce 1990 došlo k upřesnění práva na reprodukční zdraví: ***Ženy mají samy rozhodovat o svém sexuálním a reprodukčním životě a každé dítě má být chtěné.“*** (Vránová, 2010, s. 19)

Většina romských žen není poučena o reprodukčním zdraví, a proto vstupuje do sexuálního života nepřipravena, nepoučena o antikoncepci a zabránění nechtěnému těhotenství. Odlišnost v reprodukčním chování romského obyvatelstva především charakterizuje nízký věk rodičky při prvním porodu. Mladé matky nejsou připraveny na roli matky. V současnosti se průměrný věk při prvním porodu pohybuje okolo 20 let. (Simočková, Konference Jihlava 2010)

Ženy v segregovaných romských komunitách naplňují svoje biologické poslání mnohem dříve, skoro o 5 let dříve v porovnání s majoritní společností. V romské populaci připadají na jednu ženu v reprodukčním věku zhruba 3 děti. V segregovaných romských komunitách až 4,6 dětí. (Simočková, Konference Jihlava 2010)

Romské těhotné ženy neabsolvují povinné těhotenské prohlídky, často přicházejí pozdě, proto se nestihne provést standardní předporodní péče, těžko spolupracují, jsou nedisciplinované, při porodních bolestech se nedokáží ovládat, ale porodním asistentkám to nevadí. Romky nevědí, jak se starat o své zdraví v období těhotenství, vzhledem k jejich nevědomosti, která je způsobena jejich izolací a zaostalým způsobem života. Romská děvčata začínají s pohlavním životem dříve než ostatní. O intimních záležitostech odmítají komunikovat. Při řešení romské problematiky je nutné respektovat osobitost romské menšiny, odlišný historický původ, mentalitu a kulturu. V romských rodinách jsou otázky týkající se pohlavního života tabuizované. Romky nevědí nic o antikoncepci. Nemyslí na možné důsledky pohlavního styku. Zkušenosti získávají pozorováním a každodenním praktickým životem. (Simočková, Konference Jihlava 2007)

Děti se učí v rodině celý život. Tradiční Romové našemu školnímu vzdělání nepřipisují důležitost. Je to způsobeno nejen jejich hodnotovým žebříčkem, ale i tím, že si majoritní společnost neuvědomovala jazykovou bariéru romských dětí a tím jim ani nevytvořila příležitost si školu oblíbit či dosáhnout výraznějších úspěchů. U olašských Romů je tato nechuť ovlivněna i jiným faktorem – dítě, které získá vzdělání, se může rodině odcizit a může se stát „***gadžem s hnědou kůží***.“ V důsledku toho mohou nastat určité problémy, jako např. pozdní nástupy dětí na povinnou školní docházku, nepravidelná životospráva ve spojení se školní přípravou, absence podporovaná rodiči. Toto neznamená, že si nepřejí být moudří. (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005, s. 180)

Jedním z nejkrásnějších rysů romské kultury je jejich úcta k rodičům a ke starým lidem. Pro Romy není věk něco, co by skrývali. Vyšší věk znamená vyšší postavení v rodinné hierarchii a v romské společnosti vůbec. (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005, s. 181)

2. 2. 3 Zdraví a nemoc

K psychickým zvláštnostem Romů patří, že mohou mít slabší vůli, vytrvalost a trpělivost. Bez své rodiny jsou často nesamostatní, mají strach a tyto komplexy méněcennosti se mohou projevovat zvýšenou agresivitou a neochotou se zdravotníky spolupracovat. Zato jsou spontánní, mají živý temperament a velkou citlivost vůči nespravedlnosti. Zdraví po lásce a rodině zaujímá třetí příčku v romském hodnotovém žebříčku. Zdraví podle nich znamená nejen fyzickou odolnost, ale také určité sociální zajištění a toleranci majoritní společnosti. Ošetřování romských klientů bývá pro zdravotnický personál po psychické stránce poměrně náročné. Největším problémem je nedůvěřivost Romů vůči zdravotnickému personálu. Komunikace může být pro obě strany nesrozumitelná a dochází k nejasnostem. Dalším problémem může být komunikace s rodinou klienta. Je důležité zjistit, komu poskytnout informace a kdo bude se zdravotníky za rodinu jednat. Zpravidla bývá touto osobou muž – hlava rodiny. Romové pociťují strach z bolesti a ze smrti, i když jejich zdravotní stav není tak vážný. Bývají velmi emotivní, často a nahlas sténají. Rady mohou pociťovat jako nespravedlnost a cítit se dotčeně. Ženy bývají úzkostné a mnohé mohou špatně snášet hospitalizaci. (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005, s. 182)

Ke každému romskému klientovi je důležité přistupovat individuálně. Zdravotníci by se měli snažit vysvětlit příčinu a průběh onemocnění. Je třeba apelovat na změnu životního stylu v rámci možnosti rodiny a zdůraznit případné negativní následky, které z nedůsledného plnění zdravotnických opatření vyplývají. Při vysvětlování a edukaci by měli porodní asistentky a lékaři dbát na to, aby jim romské klientky rozuměli. Nejdůležitější je, získat si důvěru romské klientky. (Budilová, Jakoubek, 2007, s. 60)

2. 2. 4 Specifika komunikace

Komunikační styl Romů je zcela odlišný od stylu příslušníka majority střední Evropy v mnoha směrech. Romové mají úžasně vyvinutý smysl pro poznání člověka pouhým pohledem a intuicí. Při jakékoliv komunikaci zpracovávají možná ještě více než 95% informací

mimoslovních. Dokáže „přečíst“ podtext každé věty. Říká-li zdravotník: „Já Vám pomůžu“, a myslí to formálně a neupřímně, Rom to okamžitě vycítí. Jejich schopnost empatie je v jednání s druhými mnohem vyšší než v našich kulturách. Rom se nebojí kritiky, je-li míněna upřímně a pronášena taktně. Veřejné zostuzení je však vnímáno jako velmi kruté. Mezi Romy (a mnoha dalšími kulturami na světě) je podávání kritiky uměním. Používají dovednosti kritizovat problém, nikoliv člověka.

V jejich komunikaci je obsažen vysoký podíl emocí při jednání. Chlad navenek i v případě rozháraného nitra Rom nezná. Je-li zoufalý, je to vidět na dálku. Bohužel při tomto rozpoložení nevidí ostatní věci, které jsou pozitivní a neohrožující. Není schopen určitého ,,nadhledu“, racionálního rozboru a systémového přístupu. Proto je mnohdy nutné brát některé informace jako relativní a umět s nimi pracovat. Stejně otevřeně však umějí prožívat radost a úspěch, nejen vlastní. S těmito jevy souvisí další specifický rys romské komunikace, a to nízká generalizace. Ani jejich jazyk nemá zobecňující termíny a proto očekávání, že z modelu jasně vyplyne návod pro konkrétní situaci, není namístě. Důležité je proto časté opakování informací a předvádění situací. (Babková, 2007, s. 26)

2. 2. 5 Stravování

Strava byla tradičně závislá na možnostech a podmínkách prostředí, kde se romské skupiny pohybovaly nebo kde se usadily. Romové nebyli nikdy lovci ani zemědělci. Byli pasivními konzumenty odkázanými na to, co vyprodukovalo ostatní obyvatelstvo. Konzumovali nejvíce maso (drobnější lesní zvěř, ježky, králíky, sysly a ryby). Maso dodnes upřednostňují. Olašští Romové nejčastěji jedli a jedí slepice, které buď pekli s peřím, obalené hlínou, nebo je vařili v kotlíku. Koňské a psí maso většina Romů nejedla a těm, kteří je požívali, říkali pohrdavě ***dupki*** nebo ***degeša*** (tj. špinavý, nečistý, který se živí nečistým masem, zdechlinami). Někteří zcela výjimečně konzumovali i maso uhynulých zvířat, zejména prasat, která vykopali z děr a pak mnohokrát vyvařili, takže se maso stalo relativně nezávadným. Velmi přísné vždy byly a u ***Romů olašských*** a ***Sintů*** jsou i dodnes v českých zemích tradiční normy, které souvisejí s přípravou a konzumací jídel. Šlo a jde o rituální čistotu jídla, podobně jako je to v tradici indické anebo židovské. Nejpřísnější zákazy, pokud jde o konzumaci masa a dalších jídel, používání nádobí, měli a dodnes mají ***olašští*** Romové a němečtí ***Sintové***. Romové, kteří nepožívají maso uhynulých zvířat, psí maso, nebo koňské, se považují za čisté, pravé Romy. Praví Romové by nepřijali jídlo, ani jakékoliv malé

pohoštění, nejen od ***degešů*** (špinavých Romů), ale ani od člověka, který není Romem. V minulosti i dnes Romové hojně pojídají vnitřnosti. Střeva zpracovávají tradičně specifickým způsobem. Čistě je vymyjí a plní rozkrájenými či nastrouhanými brambory s moukou, česnekem a kořením. Vaří je a na kusy nakrájené je opečou. Toto jídlo, nazývané ***goja***, je dodnes oblíbeným tradičním jídlem Romů i v městském prostředí Čech a Moravy. Novější, ale typické pro Romy dodnes, jsou halušky ze syrových brambor a mouky a trhance, které si dochutí omastkem, cibulí, rajskou omáčkou, či je jí samotné. Těstoviny a rýži dříve nepřipravovali. Dnes jsou však velmi oblíbené. Brambory Romové brali sami z okolních polí, stejně jako například zelí, kukuřici. Dnes je zelí oblíbenou přílohou k haluškám či k masu. Polévku dříve moc nevařili, a pokud ano, tak jako vývar, nezapraženou. V dnešní době jsou polévky velmi oblíbené, zejména zelná, bramborová, gulášová a hovězí. Jídelníček Romů byl tradičně velmi chudý a jednostranný. Mléko většina z nich nepila vůbec, ani čaj. Mléko a zelenina dodnes chybí v jídelníčku mnoha romských rodin. Celkově se v současných romských rodinách nakupuje a vaří mnohdy až příliš, zejména v období po obdržení příjmů ze zaměstnání či sociálních nebo jiných dávek. V mnoha rodinách je nadmíru konzumováno nejen maso a uzeniny, ale i sladkosti, zatímco zeleninu a ovoce některé děti ani pomalu neznají. Pro Romy je příprava jídla rituálem podléhajícím řadě pravidel. S jídlem je úzce spjato postavení rodiny v celé komunitě. Základním pravidlem úpravy pokrmů je dodržování čistoty v rituálním smyslu. Potraviny se připravují v nádobách, které nesmějí být použity k jiným účelům. Nespotřebované jídlo Romové vyhazují. Věří, že ze zbytků může přijít nemoc. Pevně stanovené zásady vztahující se k přípravě jídla napomohly Romům, žijícím často ve velice špatných hygienických podmínkách, snižovat pravděpodobnost výskytu infekčních onemocnění. Jídelní ceremoniál se vztahuje také na emoční projevy hospodyně. Při vaření by měla mít příjemnou náladu, aby i požívání pokrmů bylo příjemné. Složitá pravidla vztahující se ke stravování konkrétní rodiny byla natolik specifická, že se ani nepožadovalo od dívek, aby nutně uměly vařit. Tohoto úkolu se zhostila jejich tchyně a učila je kuchařským dovednostem v souladu se zvyklostmi rodiny. (Babková, 2007, s. 27)

2. 3 Vietnamská kultura

Vietnam je země v Jihovýchodní Asii u Jihočínského moře s hlavním městem Hanoj. Úředním jazykem je vietnamština s dialekty ***Bac***, ***Nam*** a ***Hue***. Obyvatelé Vietnamu ale často hovoří i francouzsky a čínsky. Vietnamci je souhrnné označení všech obyvatel Vietnamu bez ohledu na národní a etnickou příslušnost. Historie země je poznamenána mnoha válkami a lidským strádáním. Vietnamský národ je typický svým lidovým charakterem a hrdostí na svou statečnost.

Ve Vietnamu je preferována patriarchální struktura rodiny. Převažuje rozšířená rodina. Respektuje se prvorozenectví, kdy prvorozený syn dědí rodinný majetek. Největším pokladem pro vietnamské rodiče jsou jejich děti. Pro své děti jsou schopni udělat cokoliv. Ve Vietnamu dřou rodiče 16 i více hodin denně, jezdí na kole a klidně prodají poslední věc, jen aby mohli poslat děti do školy. Rodiče příliš své děti nechválí, zachovávají si kontrolu nad jejich výchovou. Kladou důraz na úspěšnost a nezávislost více než v české populaci. Snad nejvýraznějším rysem vietnamské komunity u nás je její uzavřenost. Vietnamci jsou velmi zaměřeni na rodinu. V rodině rozhoduje otec nebo nejstarší syn a manželky jsou podřízené. Muži mají za povinnost vykonávat těžké práce a být silní v krizi. Očekává se, že děti budou poslouchat, uctívat rodiče a mít respekt před staršími. Učí je, aby byly poctivé, tiché a slušné. Velký důraz kladou na vzdělání. Uplatňují vztahy rovnováhy a harmonie, vycházející z filozofie ***jin*** a ***jang***. (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005, s. 193)

Vietnamci, kteří k nám přijíždějí, zažívají kulturní šok, pramenící z velké odlišnosti kultur. Velký důraz kladou na dodržování tradic při přípravě jídla, u kterého se sejde celá rodina a řeší nejdůležitější otázky domácnosti, obchodu, vzdělávání dítěte atd. Obědvá se velmi dlouho. Pevnou a neodlučitelnou tradicí je uctívání předků. Solidarita v rámci rodiny je takřka neomezená. Začíná péčí o mladé, staré i méně schopné jedince a končí finanční podporou v nejvyšší možné míře. Na cestu jednoho vietnamského emigranta do Evropy se často podílí celé široké příbuzenstvo a naopak jeden emigrant se svým malým stánkem podporuje mnoho příbuzných doma ve Vietnamu. (Hetzler, 2007, s. 54)

Hodně pozornosti věnují těhotným ženám, zejména dbají na zdravá jídla a dostatek odpočinku. Namáhavá činnost je pro ně nemyslitelná, hlavně pak v posledním trimestru. Těhotné ženy musí být v teple a dodržovat speciální hygienu (např. na čištění zubů používat

slanou vodu atp.). Pokud budoucí rodiče absolvují společně těhotenský kurz, otec se bude cítit lépe, je-li přítomen porodu. Nastávající rodičky trpí tiše, proto, i když nenaříkají, je nutné je uklidnit a nabídnout pohodlí. Vždy je důležitá hygiena. Vaginální porod je upřednostňován před císařským řezem. Pokud se vyskytnou problémy s dítětem, je lepší je prokonzultovat s otcem nebo jiným členem rodiny. Tato osoba rozhodne, kdo to oznámí matce. Když jí to oznamuje, je vhodná přítomnost lékaře.

Vietnamci mají respekt před lékařskými autoritami a vyhledají předběžné prohlídky, jen když jim to zdůrazní lékař, porodní asistentka nebo zdravotní sestra. V případě náhlé prohlídky je dobré přizvat i člena rodiny, kterého pacient určí. (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005, s. 195)

2. 3. 1 Specifikace komunikace

Jazyková odlišnost je patrná na první pohled. Čeština patří do jazykové skupiny ***indoevropských*** jazyků (slovanská podskupina), vietnamština náleží ke skupině ***altajské*** (podskupina austroasijská). Příslušnost k těmto skupinám určuje rozdíly mezi těmito jazyky. Čeština má velmi složitou gramatiku. Vietnamština má gramatiku velmi jednoduchou. Zvuková stránka jazyka hraje ve vietnamštině velmi důležitou úlohu. Slovo může mít až 5 foneticky rozdílných tónů, které zásadně mění význam slova. (Hetzler, 2007, s. 52)

Vztahy jsou pro Vietnamce velmi důležité, nejprve věnují pozornost vztahu, jaký k sobě komunikující mají a potom obsahu toho, co se jim sděluje. Neexistuje zde tykání nebo vykání, používá se různých obratů pro vyjádření míry úcty. (Hetzler, 2007, s. 55)

Pravidla slušného chování je učí neztěžovat situaci svým blízkým neustálými stížnostmi na vlastní problémy. Za nevhodné považují, pokud se muž dotkne cizí ženy. Stejně tak, když někdo dá nohy na nábytek. Vietnamci se často usmívají nebo se nahlas smějí, a to když chtějí zmírnit nějakou nepříjemnou situaci, jsou v nesnázích, nerozumí nebo si nejsou jistí.

Ve vietnamské společnosti není zvykem prezentovat své intimní emoce okolí. Dívka s chlapcem se ve Vietnamu nedrží ani za ruce, to, co je nejcennější si nechávají na doma. Políbit se na veřejnosti je nepřípustné. (Hetzlet, 2007, s. 56)

Za povšimnutí stojí projev dobrého úmyslu a přátelství. Je zvykem při podání ruky podat pravici a levou rukou ji ještě lehce stisknout. Podání jen jedné ruky může být

považováno za neúctu. Jako výraz úcty se podává předmět oběma rukama. Nadřazený postoj vyjadřuje noha přes nohu, proto ženy nohy nikdy nekříží. Vlasy považují Vietnamci za šperk, proto po nich ženy nehladí. Zkřížení rukou na prsou značí ostrý nesouhlas. Být slušně a čistě oblečen je projev vzdělání a dobrého vychování. Tradičním oděvem je „***ao zai***“ – volné kalhoty a dlouhý vrchní díl. Z tohoto důvodu ženy téměř nenosí sukně. Při rozhovoru je pro ně nepříjemné a nezdvořilé, díváte-li se jim přímo do očí, může to vyjadřovat domýšlivost nebo povýšenost. Vietnamci jako národ se vyznačují neobyčejnou skromností. V každodenním životě potřebují velmi málo. Své vlastní blaho jsou schopni obětovat pro blaho a lepší život svých blízkých. Skromnost ve vztahu ke společnosti se projevuje tím, že na sebe zbytečně neupozorňují, neradi staví na odiv své schopnosti či úspěchy. Znamená to, že pokud se společnost nezajímá o ně, nebudou se oni sami této společnosti vnucovat. (Hetzler, 2007, s. 56)

2. 3. 2 Zdraví a nemoc

Síly ***jin*** a ***jang*** ovlivňují rovnováhu a harmonii zdraví. Zdraví je vnímáno jako rovnováha mezi horkem a chladem, mezi suchem a vlhkem. Nerovnováha těchto sil způsobí nemoc. Ještě dnes jsou v tradiční vietnamské kultuře vyhledáváni léčitelé, aby poskytli léky, byliny a provedly spirituální léčebné obřady. Vietnam patří mezi oblasti jihovýchodní Asie, kde se udržují lidové tradiční praktiky, které mohou nechat stopy na těle především dětí. Jedná se o ,,***baňkování***”, ,,***vyštipování***”, ,,***vypalování***” při bolestech hlavy, nechutenství, kašli, průjmech apod. (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005, s. 194)

Je časté, že přicházejí pozdě na společenské akce, ale dodržování času pří návštěvě lékaře je důležité. Obvykle splní očekávání zdravotnického personálu.

Při léčení vietnamského etnika je důležité vysvětlovat procedury a test pokud možno co nejpřesněji a nejjednodušeji. Mohou přikývnout, že to slyšeli, ale nemusí rozumět nebo souhlasit. Mohou být otevřeni ke zdravotníkům při přímém kontaktu. Když pacient požádá o přítomnost člena rodiny, je důležité ho přizvat.

Není vhodné říkat pacientovi závažnost jeho stavu bez konzultace s hlavou rodiny. Rodina často nechce, aby byl pacient ve stresu a měl ještě více obav.

Vietnamci jsou velmi stydliví a skromní, hlavně ženy. Je proto nutné zajistit soukromou místnost na prohlídku. Pokud je to možné, upřednostňují sprchu ráno, a to každý den. Stejně tak kvůli soukromí preferují používání záchodu před podložní mísou nebo močovou lahví. Smrkání do kapesníku na veřejnosti je považováno za směšné a neslušné.

Osobní hygiena je pro vietnamské pacienty velmi důležitá a raději si ji dělají sami. Pokud nemohou, chtějí, aby jim pomáhal člen rodiny stejného pohlaví. Soukromí a stud jsou důležité body při pobytu Vietnamců v nemocnici.

Při bolesti (***Dau***) mohou být Vietnamci stoičtí. Dobrovolně nepožádají o léky na bolest ze strachu z návyku a z vedlejších účinků.

Při zvracení (***Mua/oí***) může dát vietnamský pacient (z důvodu studu) vědět sestře až po zvracení, nebo sám zvratky uklidí. Někteří přijmou antiemetika až po několika epizodách zvracení. Nejprve použijí nějaký domácí "lék".

Při zácpě nebo průjmu (***Bón/iachay***) pacient oznámí nepravidelnost ve vyprazdňování stolice, až když je problematická nebo když se porodní asistentka nebo zdravotní sestra zeptá. Domácí léčebné metody zahrnují zvýšenou konzumaci tekutin a zelené listové zeleniny. Klyzma využívají na zácpu jenom jako poslední možnost.

Únavu (***Met***) a spánek považují za součást uzdravovacího procesu.

Když je pacient v depresi (***buonba***/smutný), člen rodiny nebo jeho přítel se bude snažit rozveselit vyprávěním nebo ho bude chtít přivést na jiné myšlenky. Protože mentální nemoc má stigma, řekne o své depresi sestře, jenom když se zeptá. Pomoc vyhledá, teprve když se problémy stanou velmi akutními nebo neúnosnými. Vždy nejprve zkouší domácí léčení. Problém přiznají, až když je pokročilý nebo mají velké bolesti. (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005, s. 198)

Vietnamské ženy jsou zodpovědné za péči o nemocného člena rodiny. Poskytují hlavní péči kolem lůžka bez ohledu na pacientovo pohlaví. Očekává se, že nabídnou nemocnému denně koupel a jídlo. Je-li potřeba transfúze, členové rodiny budou ochotni darovat krev. Někteří mohou chtít prokonzultovat nutnost transfúze s jiným lékařem. Jestliže je za určitých podmínek nutná pitva, rozhodne celá rodina.

Tlumočník je důležitý zejména pro starší lidi. Člen rodiny může být využit jako tlumočník, ale je nutné dávat pozor na citlivost tématu, které diskutujete, hlavně u témat týkajících se pohlaví. Pro Vietnamce není obezita problém - naopak je to pozitivní známka dobrého socioekonomického postavení a spokojenosti. (Hetzler, 2007, s. 55)

2. 3. 3 Stravování

Nejdůležitější plodinou výživy obyvatel je rýže. Především ženy ji pěstují na trvale zaplavených polích. Rýže se připravuje různými způsoby. Maso používané ve vietnamské kuchyni pochází především z ryb a drůbeže. Potravinám je podle filozofie rovnováhy ***jin*** a ***jang*** přiřazována síla tepla nebo chladu (teplé pokrmy jang- např. vejce, drůbeží maso, rýže a chladné pokrmy jin - např. karotka, fazolové klíčky). Rovnováha ve skladbě potravin vede ke zdraví.

Jedí 3x denně, přičemž oběd a večeře jsou hlavní jídla. Mají rádi listovou zeleninu a ovoce. Rýži jedí s každým jídlem. Nic studeného ústy nepřijímají. Hodně pijí, hlavně teplé čaje nebo vodu pokojové teploty, popřípadě čaj bez citronu a bez cukru zředěný vodou. Žádné extrémně studené nápoje, hlavně ne s ledem.

Požívají minimum mléčných výrobků, protože věří, že způsobují střevní potíže, někteří nemusí tolerovat laktózu. Když jsou nemocní, jedí nejraději rýžovou kaši, hodně zeleniny a ovoce. Upřednostňují také teplé a měkké jídlo, např. čistý vývar se zeleninou a rýží. Mají rádi méně solenou stravu. (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005, s. 196)

2. 4 Antropologie

2. 4. 1 Pojem antropologie

Lidstvo prošlo dlouhým a složitým vývojem. Během tohoto vývoje se člověk stal společenským jedincem s rozvinutou schopností myšlení, které mu umožňuje pracovat, tvořit a vynalézat. Pro vývoj člověka má význam prostředí přírodní a prostředí společenské. V dnešní době je člověk předmětem zájmu přírodních i společenských věd. (Klementa, 1981, s. 7)

Antropologie z řečtiny ***anthrópos***: člověk, logos: nauka, věda.

Antropologie je věda o člověku. Interdisciplinární biologická, sociální a kulturní antropologie o biologické, sociální a kulturní existenci člověka a lidské společnosti. V obecnějším smyslu je antropologie nauka hledající odpovědi na základní otázky lidského rodu: „Odkud jsme? Jací jsme? Kam jdeme?“

Antropologicky zaměřené spekulace a úvahy sahaly hluboko do minulosti a vyznačovaly se historickou proměnlivostí, kulturní a intelektuální různorodostí. Těžiště antropologického myšlení se v průběhu dějin západní civilizace přesunulo z oblasti náboženství, teologie a filozofie do sféry specializovaných vědeckých disciplín přírodovědného, sociálního a kulturního zaměření.

Otázku o původu člověka si lidstvo klade už po tisíce generací. Člověk sám sebe chápal jako něco zvláštního, výlučného, neopakovatelného, odlišného od přírody a světa zvířat, a na straně druhé z přírody vzešlého a navždy s ní spojeného. (Malina, 2009, str. 17)

Antropologie zkoumá lidské tělo z hlediska morfologického a fyziologického s ohledem na vztah mezi organismem a prostředím. Sleduje změny, které probíhají během vývoje, a všímá si variability různých tělesných vlastností.

Nejstarší vývojové stupně člověka zkoumá ***paleoantropologie***. Mladší vývojová stádia člověka studuje historická antropologie, která je v těsném kontaktu s ***archeologií***.

Věda zabývající se studiem biologické variability člověka se nazývá ***fyzická antropologie***. Její kořeny můžeme nalézt v pracích starověkých a středověkých lékařů a přírodovědců, kteří neomezovali svůj zájem na léčení lidského těla, ale pokoušeli se popsat

a vysvětlit zákonitosti fungování lidského organismu v širších souvislostech. V průběhu 20. století přispěly k dynamickému rozvoji fyzické antropologie ***genetika, ekologie, etologie, sociobiologie***.

Současná ***fyzická*** (***biologická***) antropologie je syntetickou disciplínou, která využívá celou řadu vědních oborů. Společně s ***kulturní*** (***sociální***) antropologií tvoří dva základní pilíře obecné antropologie, která aspiruje na integrální studium člověka v bio-kulturní perspektivě. (Soukup, 2004, s. 17)

Jedna z nejmladších antropologických disciplín je ***kulturní antropologie,*** která se zabývá člověkem jako kulturní bytostí, člověkem a kulturou, jejich původem, vývojem a změnami. Kulturní antropologie studuje člověka ze dvou stránek: sleduje vztah biologických a specificky kulturních podmínek lidské existence - ***biologické hledisko*** a studuje vztah sociálních a specificky lidských stránek lidské existence - ***sociologické hledisko***. (Wolf, 1999, s. 114)

Přesun zájmu od studia přírody k antropologickým otázkám je spjatý se sofistickou filozofií. V průběhu 5. až 4. století př. n. l. učinila předmětem zkoumání člověka a principy lidského myšlení. V centru ***filozofie*** se člověk ocitnul se svou existencí psychosomatickou, emocionálním životem, sebevědomím a racionalitou. Člověk je chápán jako tvůrce i míra všech věcí. Sofisté poukazují na dichotomii mezi tím, co je dáno neměnnou přirozeností (***fýsis***), a tím, co bylo stanoveno lidským zákonem (***nomos***). Slovo nomos nechápali ve smyslu přírodního zákona nebo ve významu zákona osudového či božského, ale jako specificky lidské ustanovení opírající se o socio-kulturní normy a konvence. Nomos zvýrazňuje člověka, činí jej tvůrcem a současně produktem společnosti a kultury.

Problematiku podstaty člověka a smyslu lidské existence, které tvoří podstatu filozofické antropologie, rozpracoval **Sokrates**, rozvinuli sofisté a **Platón** a dovršil **Aristoteles**. Na rozvoj antropologického myšlení mělo v tomto období vliv založení athénské Akademie, která se stala intelektuálním centrem klasického Řecka. Její zakladatel **Platón** se fyzické antropologii a biologii nevěnoval, ale svými díly ovlivnil výklad člověka a přírody v evropské filozofii.

První velkou syntézu antropologických, přírodovědeckých a filozofických poznatků o člověku realizoval Platónův žák **Aristoteles** ze Stageiry (384 – 322 př. n. l.).

Pro dějiny antropologického myšlení je významná skutečnost, že **Aristoteles** byl prvním učencem, který uvedl pojem antropologie do širšího kontextu filozofického studia člověka. Společnosti a přírody. Neomezoval při tom antropologický úhel pohledu pouze na lidskou biologii, ale pohlížel na člověka jako na bytost bio-sociální. Předvídal tak vznik disciplín, které dnes označujeme jako kulturní antropologie a filozofická antropologie. Jenom pojetí antropologie jako integrální disciplíny, využívající při studiu člověka společenských i přírodních věd, se projevilo v jeho snaze zařadit člověka jako společenského živočicha (***zoon politikon***) do systému přírody. (Soukup, 2004, s. 29)

2. 4. 2 Antropologie mateřství

Obor ***antropologie mateřství*** sleduje v současné době problémy spojené s polidštěním reprodukční funkce. Polidštěním můžeme rozumět tvarovou odlišnost člověka od jiných druhů. Z toho vyplývají i změněné funkce a cílevědomé působení člověka na celou přírodu i na vlastní lidské rozmnožování. Sledujeme-li odlišnosti lidských vlastností, je nezbytné studovat jejich podobnost s jinými druhy. (Doležal, 1975, s. 3)

Vzpřímená poloha těla vedla u člověka k přestavbě pánve. Vertikální tlak sloupce páteře vyvolal především zúžení přímého průměru pánevního vchodu, který je u ostatních primátů průměrem největším. Zesílení dolních končetin u člověka vedlo i k většímu přísunu krve do pánve, a tak má člověk ze všech primátů relativně největší mláďata. Přestavba pánve vedla ke komplikovanému mechanismu porodu. Takovýto mechanismus neznáme u žádného jiného druhu. U opice se při porodu staví hlavička svým největším průměrem do přímého průměru pánevního vchodu, u člověka se tento největší průměr hlavičky staví do příčného průměru pánve. U opice stačí prostý posun k tomu, aby se hlavička porodila. U člověka hlavička plodu vykonává nucený pohyb, bradička se přitlačí k hrudníku, rotuje, ve východu pánevním se bradička vzdaluje od hrudníku, a tak se dítě rodí na svět.

U narozených dětí najdeme výjimečně vedle jasných jedinců pohlaví mužského nebo ženského také typy přechodné. Existují jedinci se sekundárními ženskými znaky, ale s genetickou charakteristikou mužskou, kteří mají větší fyzickou výkonnost. Tělesné rozdíly u lidí jsou od dětství závislé na pohlavních znacích. Ženy jsou v průměru menší, lehčí, mají menší tělesnou sílu a výkonnost. Tyto změny se projevují na kostře, a to nejen na pánvi, ale i na lebce. Vysoce specializovaný trénink vede u žen k výkonům, které jsou pro netrénované muže nedostižné.

Působení pohlavního pudu a rozvoj mateřských instinktů tvoří základ reprodukce u všech savců. U člověka je tato složka obohacena a přetvořena v souvislosti s rozvojem myšlení, řeči, kultury, techniky a civilizace. Až do konce 17. století neměli lidé správnou představu o vlastnostech pánve a jejího významu za porodu. **Hippokrates** (460 – 370 př. n. l.) měl za to, že dítě se rodí samo, puzeno hladem, opíraje se nožkami o děložní dno. Porodníci usoudili, že pánev se při porodu ve sponě stydké rozevírá a příliš pevné spojení pánevních kostí bylo pokládáno za příčinu obtížných porodů. Porodnictví evropských zemí bylo v rukou

teoreticky zcela zaostalých porodních „***bab pupkořezných.***“ Lidská zkušenost přinášela řadu poznatků, které jsou platné dodnes.

Podle toho, jaký úhel zaujímá podélná osa plodu s podélnou osou děložní, mluvíme o poloze podélné, šikmé a příčné. Normální polohou plodu je poloha podélná hlavičkou. Polohy šikmé jsou přechodné, změní se buď v polohu podélnou, nebo polohu příčnou. V minulosti bylo nezbytné u poloh příčných i při jiných komplikacích provádět tzv. zmenšující operace. Při nich se plod vybavoval po částech. Smrt matky za porodu patřila k běžným příhodám, nemluvě vůbec o smrti plodu. Odtud pramení existující strach matek z porodu, předávaný tradicí i literárně z generace na generaci. (Doležal, 1975, s. 5)

2. 4. 3 Antropologie mateřství v dějinách

Počátek renesance je počátkem vědeckého přístupu při řešení porodnických otázek. V Čechách první pitvu vykonaly v Litoměřicích porodní báby již roku 1577, aby byla zjištěna příčina smrti za porodu. **Leonardo de Vinci** (1452 – 1519) při svých anatomických studiích vykonal řadu pitev těhotných. Správně zobrazil uložení plodu i ovoidní tvar, který plod zaujímá, pozoroval spojení placentárních klků a pánevní dno.

Patologická pánev byla v tehdejší době zapříčiněna křivicí, která postihovala zvláště sociálně slabé vrstvy společnosti. Měkké kosti se posouvaly, křížová kost se v horní části páčila dopředu a zužovala pánevní vchod. Nejbizarnější tvary dosahovala pánev při změknutí kostí v dospělém věku při ***osteomalácii***. Při absolutně zúžené pánvi je nutné za všech okolností udělat císařský řez. Císařský řez je jednou z nejstarších porodnických operací. Má svůj původ v nesprávném výkladu Pliniova spisu. ***Caesari*** byli nazýváni ti, kteří byli přivedeni na svět řezem z břicha mrtvé ženy. Nikdo z „caesarů“ nebyl císařem. Název ***sectio caesarea*** vznikl teprve v 17. století. V Římě podle zákona připisovaného **Numovi Pompiliovi** bylo nařízeno vykonávat řez na těhotných zemřelých. Císařské řezy na živých jsou uváděny již v 16. století. Úmrtnost žen při řezech byla neobyčejně vysoká. Příčinou smrti bylo především krvácení a zánět pobřišnice. Děloha po otevření, vynětí plodu a porodu placenty byla ponechána zející, břicho sešito jen několika stehy a do dolního pólu rány byl vložen pruh roztřepeného plátna, který měl odvádět rané výměšky.

I. R. Sigault navrhl roku 1768 jako operaci k rozšíření úzké pánve rozpolcení stydké spony. Operace byla provedena roku 1777 a byla konkurencí pro císařský řez jako metoda

spojená s menší úmrtností matek. Roku 1866 byla rozšířena do Anglie, Německa a celého kulturního světa. Pánevní nepoměr byl také řešen tzv. ***hebesteotomií*** – rozřezávání stydké kosti na jedné straně. Tato operace je dokumentována i u nás na jednom z nejstarších RTG snímků. Operatéři chtěli uvolněním přední strany pánevní rozšířit pánev, aby mohlo být dítě porozeno přirozenou cestou. **Ostrčil** kombinoval tuto metodu s předčasným vyvoláním porodu. Následky byly často tragické, při přežití byly pozorovány defekty, které znemožňovaly normální chůzi. Obě zmiňované metody byly na počátku 19. století úplně potlačeny císařským řezem.

Lidstvo se po dlouhé době od císařského řezu k císařskému řezu opět vrací. Antisepse, později aseptické operování, narkóza a zlepšená technika činí z operace, která byla dříve v 90% smrtící, operaci bezpečnou a spolehlivou. K tomu přispívá i velký rozvoj souvisejících vědeckých disciplín. Na počátku 19. století vzniká řada nástrojů na měření zevních a vnitřních pánevních rozměrů.

Lékařská antropologie byla založena porodníky a nikde mimo ortopedii nedoznala takové praktické důležitosti. Z 20. století pocházejí učebnicové odlitky hlaviček, kde je patrné, jak poloha, kterou hlavička v malé pánvi během porodu zaujímá, mění u novorozence její utváření. Projevuje se to u deflexních poloh, kde se bradička plodu vzdaluje od hrudníku (poloha předhlavím, obličejová, čelní). Prochází - li hlavička, může při nepoměru mezi její velikostí a velikostí pánevního vchodu nastat podsouvání lebečních kostí novorozence a tím i poškození centrálního nervového systému se všemi následky pro další psychomotorický vývoj dítěte. Pozornost porodníků se koncentrovala na další faktor – děložní činnost. Děloha se při těhotenství zvětšuje, svalové snopce se prodlužují, zvětšují v objemu a před porodem v nich probíhá biochemická přestavba jako biologická příprava k porodu. Velikost plodu a stavba lidské pánve mohou vést k situacím, kdy je ohrožen život matky i plodu. Prolongované porody a vyčerpání rodičky v minulosti patřily k normě. Tyto faktory vedou ke zvýšení strachu z porodu. Vyčerpat svoji sílu děloha může při podvýživě u matky, pupečníku omotaném kolem plodu nebo příliš krátkém pupečníku, při tuhém hrdle děložním. K řešení těchto problémů učinili porodníci z minulých dob objev, který se používá do dnešních dnů. Tímto objevem byly porodnické kleště. Vynález kleští se přičítá **Chamberleinovi** (1650 – 1730). Kleště byly předávány pouze v této rodině. Kleště nejsou nástroj na překonání nepoměru mezi zúženou pánví a hlavičkou. Trvalo desetiletí, než kleště

získaly většího až obecného rozšíření. **Levret** (1751) popsal svoje zkušenosti s kleštěmi, které nesou typické znaky do dnešních dnů. Kleště mají zakřivení podle hlavičky, zakřivení podle pánve a zámek, kterým se kleště uzavírají. Kleště mají za úkol nahradit nebo doplnit chybějící vypuzovací síly, pokud je nutné porod rychle ukončit. V dnešní době je použití kleští prováděno především v zájmu dítěte. Při správné technice použití kleští nevede k poškození centrálního nervového systému u novorozence. Při správné aplikaci tomuto poškození předchází. Dříve se prováděly klešťové operace u hlavičky stojící za rovinou pánevního vchodu. Dnes se v takových případech provádí císařský řez. V druhé polovině 19. století vznikla snaha docílit samovolného porodu u žen se zúženou pánví pomocí vyvolaného předčasného porodu. Menší, nedonošený plod lépe a snáze projde zúženým pánevním vchodem. Vysoká úmrtnost dětí vedla k návrhu ovlivnit váhu plodu redukční dietou s vysokým obsahem bílkovin a nízkým obsahem glycidů s omezeným příjmem tekutin.

Porodnictví využívá pokroku biologických věd a postupně je zavádí do praxe. Je to zvláště objev hormonů z podvěsku mozkového, později objev steroidních hormonů, které posouvají lidské myšlení ve směru regulačních mechanismů lidské reprodukce. V biologii vystupují do popředí problémy fylogeneze a ontogeneze, v medicíně je to rozvoj fyziologických metod.

Antropologická studia prováděná v posledních letech nejsou jen renesancí antropometrie našich předchůdců. Díky hygienickým preventivním opatřením, zlepšené výživě i celému pozadí sociálních jistot se zlepšila celková zdravotní situace obyvatelstva. (Doležal, 1975, s. 10)

2. 4. 4 Lidská reprodukce

Člověku zůstávaly dlouho utajeny zákonitosti oplození. Muž produkuje spermie, které se tvoří v kanálcích varlete, žena vytváří vajíčka ve vaječníku. Mužská pohlavní buňka – spermatozoid – byla prvou savčí buňkou, která byla pozorována. I po objevení spermií zůstala představa, že nejdůležitější pro vznikající zárodek je složka pocházející od muže. Spermie byla pokládána za človíčka (***homunkulus***), pro kterého je ženské těla pouhou živnou půdou. Trvalo pak celá desetiletí než anatomie, fyziologie, embryologie a později i složitá studie biochemie a genetiky vyjasnila složitost zákonitostí uložených v genech chromozomů, zakódovaných do spirál kyseliny deoxyribonukleinové.

K oplození vajíčka dochází ve vejcovodu, kde se vajíčko setkává se spermiemi. K oplození dochází mimo dělohu. K oplození dochází okolo 14. dne cyklu počítaného od prvního dne menstruace. Pokud se vajíčko z nějakého důvodu ve vejcovodu zdrží, vzniká mimoděložní těhotenství. Oplozené vejce (***zygota***) má velkou schopnost růstu. Pokud se zahnízdí ve vejcovodu, nemá pro svůj vývoj vhodné podmínky, proto zaniká. Za normálních podmínek se ***zygota*** dostává do dělohy. Dutina děložní je vystlána sliznicí, která prodělává periodické změny. Po menstruaci sliznice děložní roste, po puknutí vajíčka vlivem hormonu žlutého tělíska se sliznice přemění tak, že vytváří pro ***zygotu*** vhodné prostředí. ***Zygota*** se ve sliznici niduje, vytváří klky, které prorůstají stále hlouběji. Nejprve se živí stravováním tkání obsažených v děložní sliznici. Klky pak postupně pronikají do blízkosti cév a přímo do nich. Tím jsou klky omývány mateřskou krví. Z těchto klků se postupně vyvíjí nejdůležitější orgán těhotenství – **placenta**. Placenta během těhotenství zajišťuje řadu funkcí – zprostředkovává výměnu plynů od matky k plodu a naopak, resorpci živin nutných pro výživu, trofiku plodu, předává od plodu zplodiny látkové výměny a působí tak ve funkci ledvin. Placenta společně s endokrinními orgány plodu má významnou roli při tvorbě hormonů. Je zřejmé, že sliznice děložní je do jisté míry odpovědná za to, jaký bude další vývoj těhotenství. Při poruchách děložní sliznice může nastat samovolný potrat nebo jiná porucha, která ohrožuje další průběh těhotenství. ***Interupce*** může vést k poškození sliznice
a tak ovlivnit budoucí vývoj placenty a vlastního plodu. Osud těhotenství závisí na stavu organismu, jaký byl v době před těhotenstvím. (Doležal, 1975, s. 13)

Přizpůsobení člověka jako druhu je podmíněno především jeho schopností dokázat si vytvořit umělé prostředí, znásobit své fyzické možnosti a ovládat živou i neživou přírodu. V rámci druhu pak probíhá adaptace na těhotenství jedince – ženy. Život jedince je neopakovatelný, jedinečný a má-li být pro každého člověka naplněn a uspokojen, vznikají nároky na společnost. Antropologie mateřství ve spojitosti s doktrínou o prioritě prevence hledá základní spojující aspekty somatické s otázkami patofyziologie těhotenství za porodu. Problematika lidské reprodukce se nevyčerpává biologickou problematikou, má nejširší aspekty společenské. Lidská reprodukce je charakteristická sociálními vztahy, které jsou spojené s rozmnožováním, mateřstvím a péčí o dítě. Máme dokonale zajištěnou péči o novorozence, ale těhotenství mimo oblast porodnictví je oblastí vyžadující zvýšenou

pozornost. Těhotenství není deformace, ale funkční tělesná přestavba. Těhotenství v mnoha jazycích světa znamená obtěžkání související s přibýváním na váze. Váhové přírůstky jsou u různých etnických skupin lidstva různé. U některých národů žijících v podvýživě, činí váhový přírůstek jen 5 – 6 kg. V zemích, kde jsou dobré vyživovací podmínky je přírůstek na váze okolo 12 kg. Z tohoto přírůstku připadá na plod v průměru 3300 g, na placentu 650 g, na plodovou vodu 800 g, na dělohu 900 g, na prsní žlázy 405 g, na přírůstek krve 1250 g, na mimobuněčnou vodu 1200 g. Zbytek váhového přírůstku spadá do zásob matky, asi 4000 g. Doležel ve své knize uvádí studii, ve které byly zjištěny tyto údaje: průměrná váha na počátku těhotenství 62,83 kg, na konci těhotenství 74,72 kg, na konci šestinedělí 65,70 kg a půl roku po porodu 63 kg. Doležal říká, že těhotenství u naší populace není obávaným a nežádoucím váhovým přírůstkem. Somatická přeměna během těhotenství je závislá na výchozím stavu organismu, daným kosterní klasifikací. U žen vysokých se váhový přírůstek soustřeďuje na plodové vejce, tělesná proměna ženy je malá. U žen s lehce podprůměrnou váhou i výškou se naopak přírůstek uplatňuje v měkkých tkáních (hýždě, stehna) a v menší míře na plodu. Antropometrické studie ukazují, že největší změny se odehrávají na břiše. Břicho se nejvíce zvětšuje, ve střední čáře se objevuje ***Linea fusca***, koncentrace ukládaného pigmentu melaninu. Za těhotenství se kromě břicha zvětšují obvody krku, paží, hýždí, stehen i lýtek. Za půl roku po porodu se tyto obvody výrazně neliší od hodnot, které byly naměřeny na počátku těhotenství. K úpravě napomáhá správná životospráva a dostatek fyzického pohybu. Paže zůstávají silnější, matky opakovaně každý den zvedají neustále se zvětšující „břemeno“, své dítě. Změny, které vznikají v těhotenství, jsou změny funkční, nejedná se o deformaci. Břicho má u lidí tendenci k rozestupu, který vzniká následkem poklesu svalového tonu. Je tomu tak většinou u žen, které jsou líné, polehávají, nesportují a celkově se vyhýbají fyzické námaze. Krása ženského těla je dána mimo proporcí i jeho funkčností. Ta se projevuje především v pohybu. 280 dní délky těhotenství řadí člověka mezi živočichy s dlouhou gestací. U malých zvířat trvá těhotenství jen krátce. Plod se během těhotenství postupně zvětšuje. Nejde pouze o zvětšování předem hotových orgánů, ale o jejich vývoj, který probíhá velmi složitým způsobem. Chyba v tomto složitém vývoji se vyskytuje jako vrozená vývojová vada. S tímto je nutné počítat jako s faktorem, který se může přes veškerou péči vyskytnout. Rozmnožování u člověka má velké časové rezervy, jde asi o 20 let. Sledujeme-li vývoj reprodukce, pozorujeme postupnou redukci počtu zárodků a počtu dětí. U člověka je frekvence dvoučetných těhotenství 1,16 % a trojčetných 0,01 %. Poměr

jednovaječných dvojčat k dvojčatům dvouvaječným činí asi 1 : 3,5. Vícečetná těhotenství bývají zatížená onemocněním matky, častějšími potraty, předčasnými porody, komplikacemi za porodu i větším vývojem vrozených vad. Hmotnost novorozenců při vícečetné graviditě bývají menší, okolo 2700 g v termínu porodu. Čím větší je počet dětí, tím horší prognóza pro matku i děti. Rozmnožování u člověka neprobíhá jako izolovaný biologický proces, ale odehrává se v určité společensko-ekonomické situaci a vývoj porodnictví odvisí od celkového stupně znalostí přírodních zákonů a od jejich praktického uplatnění v hygieně bydlení, stravování. Limitujícím faktorem vývoje lidstva mimo dobyvačných válek byly epidemie, zvláště mor, cholera, tyfus. Nedostatečné zvládnutí infekčních procesů se promítalo i do porodnictví. Se vznikem vědeckého mechanického porodnictví se koncentrovaly do klinik případy, kdy samovolný porod v domácnosti nebyl možný. Většinou se jednalo o polohy příčné. Porody na klinice znamenaly velký pokrok v oboru, ale současně rozvoj horečky omladnic. Infekce za porodu a nebezpečí vzniku smrtící horečky omladnic po operacích se staly brzdou dalšího rozvoje porodnictví. (Doležal, 1975, s. 6)

2. 4. 5 Význam porodnictví

Pokud bylo dřívější porodnictví převážně zaměřeno na řešení velikosti pánve a plodu, pak má porodnictví dnešní doby daleko širší cíle. Pro matku se snaží zajistit celkové zdraví po celou dobu trvání těhotenství, co nejméně bolestivý a ne dlouhou trvající porod, u kterého by neměly vzniknout žádné škody na zdravotním stavu. Spousta chorob, které vznikají během těhotenství, po porodu rychle mizí. Je dobré pravidelně navštěvovat prenatální poradnu a dodržovat zásady životosprávy, eventuálně dodržovat léčbu.

Velmi důležité pro dnešní porodnictví je i zajištění porodu živého plodu, který se bude v dalším životě vyvíjet jednak po stránce psychické a jednak po stránce fyzické. Nejdůležitější pro vývoj plodu je nejranější období těhotenství. Je to doba, kdy si matka nemusí uvědomovat svoje těhotenství. Pozdější vlivy vznikající za těhotenství jsou lépe kontrolovatelné. V těhotenství mohou u ženy nastat situace, které budou vyžadovat častější kontroly u lékaře. Při těchto kontrolách jsou prováděné různé odběry krve a vyšetření, které mají za úkol zabezpečit zdraví matky a plodu. Při pravidelných kontrolách se kromě váhového přírůstku sledují pomocí ultrazvuku rozměry hlavičky plodu. Ultrazvukové vyšetření plodu v prvním ***trimestru*** (do ukončeného 12. týdne) umožňuje nejpřesnější stanovení skutečného stáří těhotenství. Nejspolehlivějším parametrem v tomto období je měření temeno-kostrční

vzdálenosti (CRL – crown – rump length). Provádíme biochemický screening Downova syndromu a rozštěpů neurální trubice (neural tube defects – NTD) v 16. – 20. týdnu. Z dosud známých screeningových markerů chromozomálních aberací a VVV plodu má největší senzitivitu šíjové projasnění (***nuchální translucence*** – NT) v kombinaci s biochemickým screeningem. Ve ***druhém trimestru*** těhotenství (18. – 20. týdnu) se provádí ultrazvukové vyšetření, jehož cílem je stanovení biometrie plodu, vyhledávání vrozených vad plodu a markerů chromozomálních aberací, lokalizace placenty, určení množství plodové vody a posouzení délky hrdla a tvaru vnitřní branky. Ultrazvuková biometrie plodu se týká těchto rozměrů: ***BPD-biparietální průměr***, ***HC-obvod hlavy***, ***AC- obvod trupu***, ***FL-délka femuru***. Ve ***třetím trimestru*** (30. – 32. týdnu) se ultrazvukové vyšetření zaměřuje na kontrolu funkce fetoplacentární jednotky a dohledání vad plodu, které se dostatečně nemanifestovaly kolem 20. týdne těhotenství. Těhotenství je zajištěno ve smyslu spojení mezi složkou biologickou a složkou sociální. Záležitosti vlastního porodu jsou převážně v oblasti biologické a představují nejrizikovější úsek lidské reprodukce pro matku i pro plod. V minulosti ženy rodily spíše doma s porodní asistentkou. Od poloviny 20. století až do současnosti se většina porodů přesunula do porodnic. (Doležal, 1975, s. 11)

V současné době se některé ženy, jejich rodiny a některé porodní asistentky vracejí k porodům doma.

2. 4. 6 Porod

Porod obvykle začíná tehdy, když je plod dostatečně zralý pro přežití mimo dělohu a zároveň jeho velikost umožňuje hladký průběh pánví. Za normálních okolností je to mezi 38. až 42. týdnem těhotenství. (Leifer, 2004, s. 141)

Každá ze čtyř dob porodních má své tělesné a behaviorální charakteristiky. První doba porodní trvá od začátku pravidelných porodních kontrakcí až do úplného zániku branky. Je nejdelší porodní dobou jak pro nullipary tak pro multipary. Trvá v průměru 8 – 10 hodin u nullipary a 6 – 8 hodin u multipary. První doba porodní má tři fáze:

1. Latentní fázi
2. Aktivní fázi
3. Přechodnou fázi

Každá fáze je charakterizovaná různou mírou dilatace hrdla a je možné je odlišit podle frekvence, doby trvání a intenzity kontrakcí a také podle toho, jak se matka chová.

Druhá doba porodní je stádiem vypuzení (***expulze***), od úplné dilatace hrdla na 10 cm do narození dítěte. Průměrná doba trvání druhé doby porodní je u ***nullipary*** 50 minut, ale může trvat i dvě hodiny nebo déle. U ***multipary*** trvá obvykle 20 minut. Stejně jako u první doby porodní je i zde velká variabilita v délce trvání. Kontrakce jsou silné, mohou mít sníženou frekvenci a být o něco kratší než v přechodné fázi.

Třetí dobu porodní nazýváme dobou k lůžku. Začíná porozením dítěte a končí odloučením a vypuzením placenty. Je nejkratší dobou porodní, trvá 10 – 20 minut, ale může trvat až 60 minut. Děloha se musí po vypuzení placenty rychle kontrahovat, aby se zabránilo krvácení z cév, které před porodem zásobovaly placentu.

Za čtvrtou dobu porodní počítáme dvě hodiny po porodu. Během této doby se matka těší ze svého dítěte, kontrolujeme fyziologické funkce, involuci dělohy, krvácení a dochází k prvnímu přiložení novorozence k prsu. (Leifer, 2004, s. 143 - 148)

Po dvou hodinách poporodní doby začíná ***šestinedělí***. Šestinedělí je doba, kdy se organismus vrací zpět do doby před těhotenstvím. Postupně se zavinuje děloha, hojí se raná plocha v děložní dutině. Již ve starověku zkušenost ukázala, že očistky tvoří nebezpečný infekční materiál. Ve starých knihách Mojžíšových nalézáme doporučení týkající se hygieny v šestinedělí. Moderní doba potvrdila, že očistky jsou živnou půdou pro růst nejrůznějších mikroorganismů. V období šestinedělí se upravuje povolený svalový tonus a hojí se porodní poranění. Rozvíjí se laktace. Mléčné žlázy se začínají zvětšovat již na počátku těhotenství. Přibývají na objemu, bradavky s dvorci se zvětšují, zbarvují se tmavým pigmentem, na kůži se objevuje zesílená žilní kresba. Z mlékovodů můžeme vytlačit kapky mleziva – kolostra. Vlivem hormonů se většinou do tří dnů po porodu rozvíjí laktace. Kolostrum je vystřídáno tvořícím se mlékem. V naší kulturní oblasti mají prsa nejen funkci původní, ale i sexuálně signalizační a estetickou. To některé ženy vede k obavám z kojení. Žádají zástavu laktace. Umělá výživa do jisté míry může mateřské mléko nahradit, ale mateřské mléko není v plné míře nahraditelné, a pokud matka může kojit, měly by děti požívat výhod a prospěšností nejpřirozenější kojenecké výživy. (Leifer, 2004, s. 143 – 148)

Chvíle po úspěšném porodu ženy označují za nejkrásnější životní prožitek. Rozvíjí se velká škála mateřských instinktů, které jsou v civilizaci dotvářeny a velmi vhodně včleňovány do společenského vědomí.

Lidská reprodukce tvoří vlastní základ společnosti. Svými biologickými kořeny jsme spjati s minulostí. Somatickou odlišností člověka od ostatních savců vznikly jevy, které u našich předchůdců či příbuzných druhů nejsou pozorovány. Vysoký rozvoj myšlení se odrazil na speciálních reakcích, které jsou typické jen pro člověka. Člověk jako tvor společenský aktivně zasahoval a ovlivňoval tyto funkce. Tvorba umělého prostředí, civilizace, musí respektovat biologická hlediska. Jejich opomíjení by vedlo k dysevolučním pochodům, které můžeme vidět např. při porušování ovzduší, vody, zeleně, biologické rovnováhy apod.

Péče o matku a dítě ukazuje neobyčejný rozvoj zdravotnictví. Největším pilířem zdravotnictví je prevence. Výsledků, kterých jsme dosáhly při snižování mateřské a novorozenecké nemocnosti, nás staví mezi nejvyspělejší země světa.

Na 1000 živě narozených umírá v souvislosti s těhotenstvím v roce 1937 4,45 matek, v roce 1948 1,29 matek, v roce 1960 0,45 matek, v roce 1970 0,22 matek, v roce 1972 0,17. Perinatální úmrtnost dětí do 7 dnů života včetně mrtvě narozených na 1000 živě narozených činila v roce 1937 52,1; v roce 1948 36,7; v roce 1960 20,9; v roce 1970 20,7. (Doležal, 1975)

V roce 2009 se živě narodilo celkem 118 348 tisíc dětí, tedy o 1,2 tisíců méně než v roce 2008. Po několika letech růstu počtu narozených tak zaznamenáváme pokles. Naproti tomu došlo k vzestupu počtu mrtvě narozených o 47 dětí. Úroveň úhrnné plodnosti v roce 2009 stagnovala, na 1 ženu ve fertilním věku připadalo 1,49 dětí, ve srovnání s rokem předchozím tedy došlo jen k mírné změně ukazatele (hodnota v roce 2008 činila 1,50 dětí na 1 ženu). K poklesu došlo u plodnosti 3. a vyššího pořadí, plodnost 1. a 2. pořadí zůstala téměř nezměněna.

Úmrtnost kojenců do 1 roku se až do roku 2008 trvale snižovala, v roce 2009 její hodnota nepatrně vzrostla na 2,9 úmrtí dětí do 1 roku na 1000 živě narozených (2,8 v roce 2008). V roce 2009 zemřelo celkem 341 dětí mladších 1 roku (338 v roce 2008), z toho 103 dětí ve věku 0 – 6 dnů. Mírný meziroční nárůst ukazatele kojenecké úmrtnosti je způsoben zejména nárůstem pozdní novorozenecké úmrtnosti (po 28 dni života). Mrtvě se narodilo

319 dětí, celkový ukazatel perinatální úmrtnosti (mrtvě narození a zemřelí do 6 dnů po porodu) činil 3,6 úmrtí na 1000 živě narozených.

Úmrtnost nenarozených sleduje zdravotnická statistika na základě evidence potratovosti. Počet potratů se v roce 2009 snížil, zaznamenáno bylo 40 528 potratů, což je zhruba o necelý tisíc (918) méně než v roce 2008. Nejvýraznější pokles zaznamenal počet miniinterrupcí, tedy umělých přerušení těhotenství do 8 týdnů od početí. Počet samovolných potratů se naopak mírně zvýšil (o 356 potratů), na celkovém počtu potratů se nyní podílejí 36% (34,4% v roce 2008). Na 1 ženu v reprodukčním věku připadá 0,53 potratů. Průměrný věk ženy při potratu byl 30,1 let (29,9 v roce 2008), na 100 všech narozených připadalo 34 potratů. (Zdravotnická ročenka, 2009, s. 13 - 15)

Každá generace řeší ve vědě nové problémy. Pokrok neprobíhá v žádném oboru izolovaně. Stále více se uplatňuje mezioborová spolupráce. Antropologie se prosazuje jako disciplína, která k této žádoucí spolupráci přispívá. Porodní asistence je další disciplínou, ve které můžeme vidět mezioborovou spolupráci.

3 Praktická část

Výběr metody

Pro výzkumné šetření byly vytvořeny dva anonymní dotazníky (pro ženy romské a vietnamské kultury a pro porodní asistentky). Dotazník můžeme charakterizovat jako: ***„soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaný (respondent) odpovídá písemně.*** (Chráska, 2006, s. 14.)

Dotazník pro ženy romské a vietnamské ženy byl tvořený uzavřenými otázkami. Uzavřené položky nabízejí respondentkám volbu mezi dvěma nebo více připravenými odpověďmi. Podle počtu předkládaných odpovědí dělíme uzavřené otázky na dichotomické a polynomické. Položky – otázky dichotomické vyžadují volbu mezi dvěma odpověďmi (např. ano – ne), položky – otázky polynomické volbu mezi více možnostmi obsahově předurčenými.

Dotazník pro porodní asistentky obsahoval kromě otázek uzavřených, dichotomických i polynomických také otázky otevřené, ve kterých mohly respondentky – porodní asistentky vyjádřit svůj vlastní názor a svoje zkušenosti vztahující se k danému zkoumanému problému.

Výběr respondentek

Respondentky byly tvořeny ženami romské a vietnamské kultury a ženami, které pracují jako porodní asistentky v porodnicích v okrese Přerov, Olomouc a Prostějov nebo jako porodní asistentky v komunitní péči ve zmiňovaných okresech.

Průběh předvýzkumu

V rámci předvýzkumu bylo rozdáno 18 dotazníků porodním asistentkám v porodnici Přerov, 20 dotazníků ženám romské kultury a 10 dotazníků ženám vietnamské kultury. Po analýze nebyly shledány žádné nesrozumitelnosti, proto byly dotazníky zařazeny do celkového výzkumu.

Průběh výzkumu

Výzkum probíhal ve Středomoravské nemocniční a.s., odštěpný závod nemocnice Přerov na Gynekologicko – porodnickém oddělení, ve Středomoravské nemocniční a. s., nemocnice Prostějov na Gynekologicko – porodnickém oddělení a ve Fakultní nemocnici

Olomouc na Gynekologicko – porodnickém oddělení. Ve všech zmiňovaných porodnicích byla podána oficiální žádost vedení nemocnice o dotazníkové šetření. Žádosti byly schváleny.

Dotazníky pro respondentky romské kultury byly rozdávány ve spolupráci s Oddělením sociálně – právní ochrany dětí v Přerově. S kurátorkami byly domluvené návštěvy u romských respondentek v jejich domácnostech. Respondentky byly seznámeny s obsahem dotazníku a s účelem jeho vyplnění. Byly také upozorněny, že se mohou během vyplňování dotazníku na cokoliv zeptat. Pokud měly respondentky zájem o dotazníku komunikovat, byly jim všechny dotazy zodpovězeny přímo autorkou dotazníku. Dotazníky byly ihned vyplněny.

Dotazníky pro respondentky vietnamské kultury byly rozdávány přímo autorkou dotazníku ve vietnamských obchodech, na vietnamských tržnicích, v restauracích a obchodech nebo stáncích s jiným sortimentem zboží. Na všech zmiňovaných místech bylo komunikováno převážně s muži, majiteli zařízení. Vietnamští majitelé byli osloveni, byla jim představena autorka dotazníku, dostali dotazník k nahlédnutí. Po zhlédnutí dotazníku byli seznámeni s účelem vyplněného dotazníku a byla domluvena schůzka za 3 dny k vyzvednutí vyplněného dotazníku.

Celkem bylo rozdáno 50 dotazníků pro respondentky porodní asistentky, 50 dotazníků pro respondentky romské kultury a 35 dotazníků pro respondentky vietnamské kultury. S respondentkami byla velmi dobrá spolupráce. Návratnost dotazníků byla 100%. Výzkum probíhal od ledna do března 2011.

3. 1 Dotazník pro ženy romské a vietnamské kultury

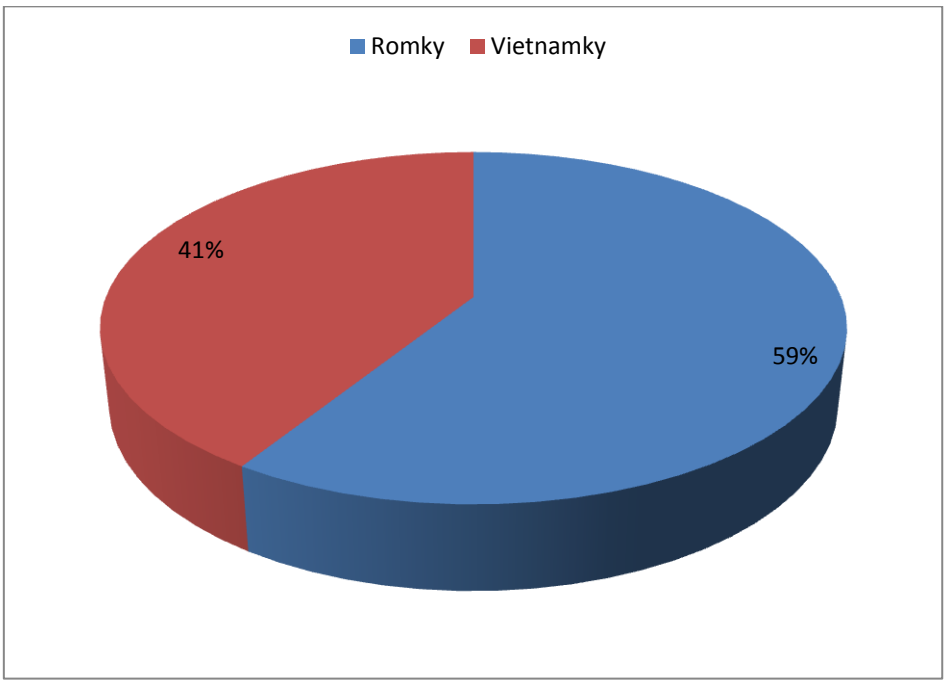
Položky dotazníkového šetření

1. Kulturní příslušnost

Z celkového počtu 85 vyplněných dotazníků bylo 50 vyplněno Romkami a 35 Vietnamkami.

Tabulka 1 Etnická příslušnost

Etnika	N	Relativní četnost v %
Romky	50	59
Vietnamky	35	41



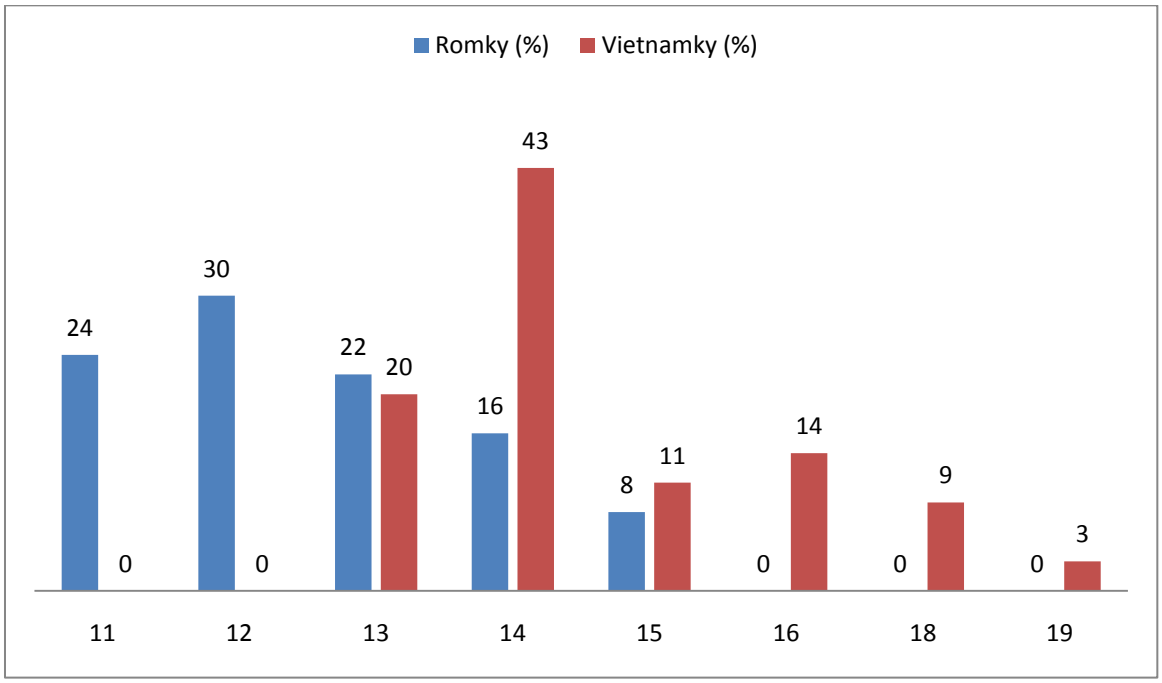
Graf 1 Kulturní příslušnost

2. V kolika letech jste měla první menstruaci?

Analýzou dat bylo zjištěno, že 15 (30 %) Romek mělo první menstruaci ve 12 letech; 12 (24 %) Romek v 11 letech; 11 (22 %) v 13 letech; 8 (16 %) v 13 letech a 4 (8 %) v 15 letech; 15 (43 %) Vietnamek mělo první menstruaci v 14 letech; 7 (20 %) v 13 letech; 5 (14 %) v 16 letech; 4 (11 %) v 15 letech; 3 (9 %) v 18 letech a 1 (3 %) měla první menstruaci v 19 letech.

Tabulka 2 Věk při první menstruaci

	Romky		Vietnamky	
věk při menstruaci	N	Relativní četnost v %	N	Relativní četnost v %
11	12	24	0	0
12	15	30	0	0
13	11	22	7	20
14	8	16	15	43
15	4	8	4	11
16	0	0	5	14
18	0	0	3	9
19	0	0	1	3



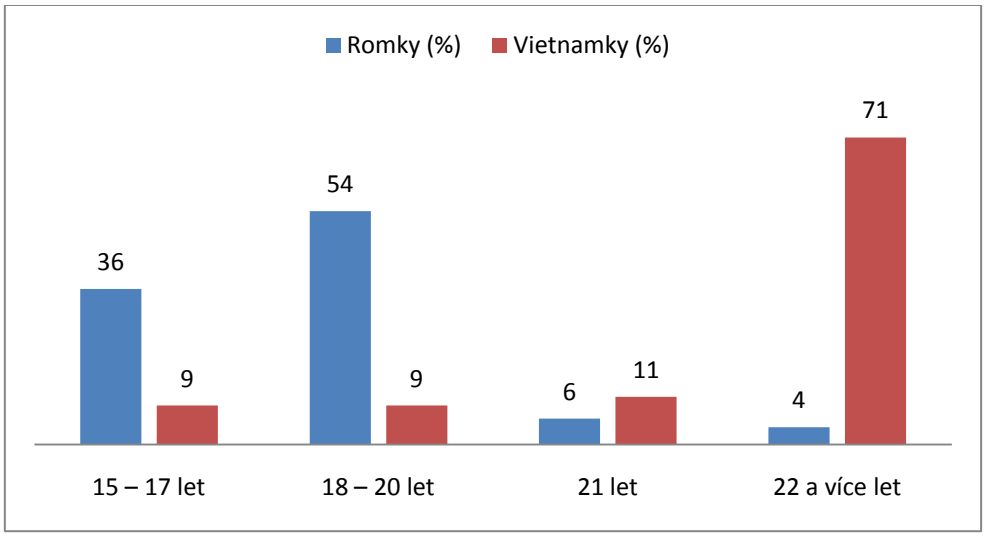
Graf 2 Věk při první menstruaci

3. V kolika letech jste byla poprvé těhotná?

Analýzou dat bylo zjištěno, že 18 (36 %) Romek a 3 (9 %) Vietnamek byly poprvé těhotné mezi 15. – 17. rokem; 25 (71 %) Vietnamek a 2 (4 %) Romky byly poprvé těhotné ve 22 a více letech; 27 (54 %) Romek a 3 (9 %) Vietnamky byly poprvé těhotné mezi 18 – 20 lety.

Tabulka 3 Věk prvního těhotenství

	Romky		Vietnamky	
věk prvního těhotenství	N	Relativní četnost v %	N	Relativní četnost v %
15 – 17 let	18	36	3	9
18 – 20 let	27	54	3	9
21 let	3	6	4	11
22 a více let	2	4	25	71



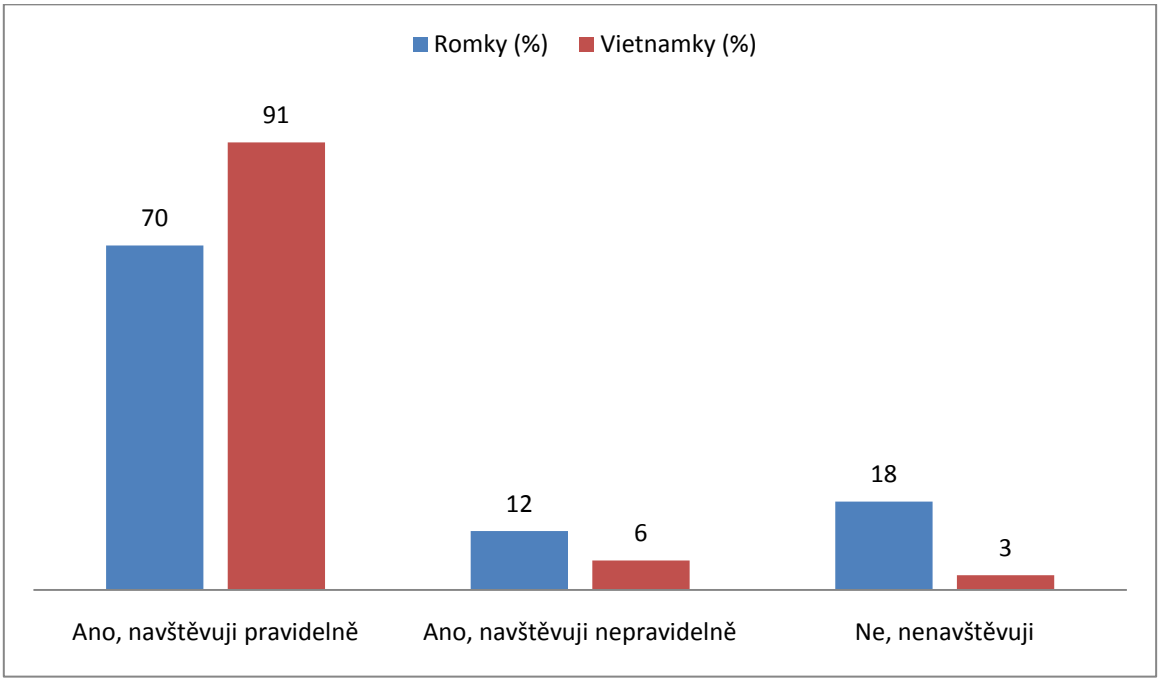
Graf 3 Věk prvního těhotenství

4. Navštěvujete poradnu pro těhotné?

Analýzou dat bylo zjištěno, že 35 (70 %) Romek a 32 (91 %) Vietnamek navštěvuje pravidelně prenatální porodnu; 9 (18 %) Romek a 1 (3 %) Vietnamka prenatální poradnu nenavštěvuje; 6 (12 %) Romek a 2 (6 %) Vietnamky navštěvují poradnu nepravidelně.

Tabulka 4 Návštěvy poradny pro těhotné

	Romky		Vietnamky	
Návštěvnost prenatální poradny	N	Relativní četnost v %	N	Relativní četnost v %
Ano, navštěvuji pravidelně	35	70	32	91
Ano, navštěvuji nepravidelně	6	12	2	6
Ne, nenavštěvuji	9	18	1	3



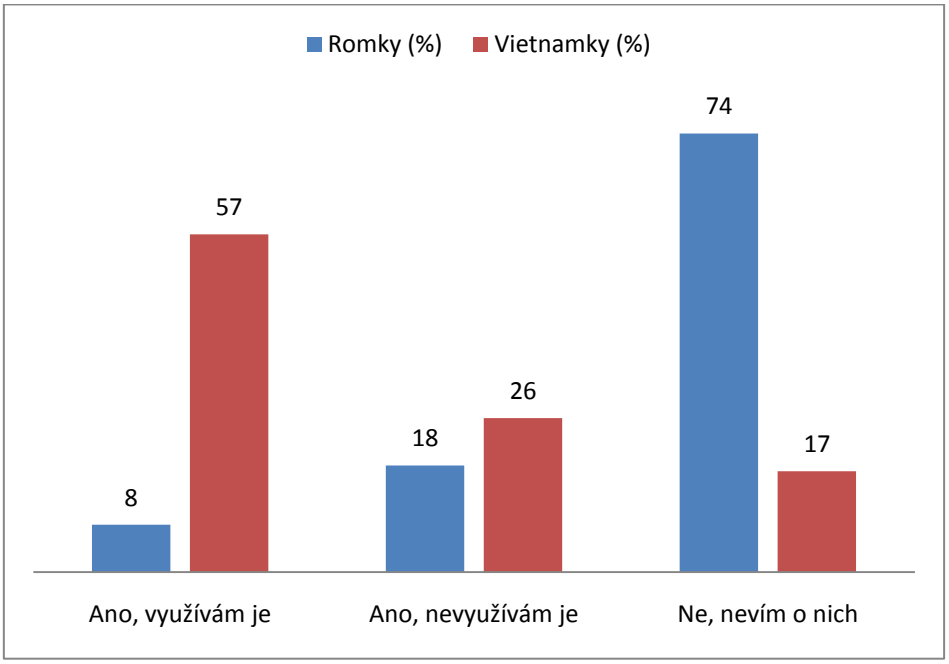
Graf 4 Návštěvy poradny pro těhotné

5. Víte o výhodách pro těhotné, které nabízí zdravotní pojišťovny? (příspěvky na vitamíny, cvičení, kurz)

Analýzou dat bylo zjištěno, že 37 (74 %) Romek a 6 (17 %) Vietnamek neví o výhodách pro těhotné, které nabízí zdravotní pojišťovny; 4 (8 %) Romek a 20 (57 %) Vietnamek ví o těchto výhodách a využívá je; 9 (18 %) Romek a 9 (26 %) Vietnamek o výhodách ví, ale nevyužívá je.

Tabulka 5 Výhody pro těhotné, které nabízí zdravotní pojišťovny

	Romky		Vietnamky	
Využití výhod ZP	N	Relativní četnost v %	N	Relativní četnost v %
Ano, využívám je	4	8	20	57
Ano, nevyužívám je	9	18	9	26
Ne, nevím o nich	37	74	6	17



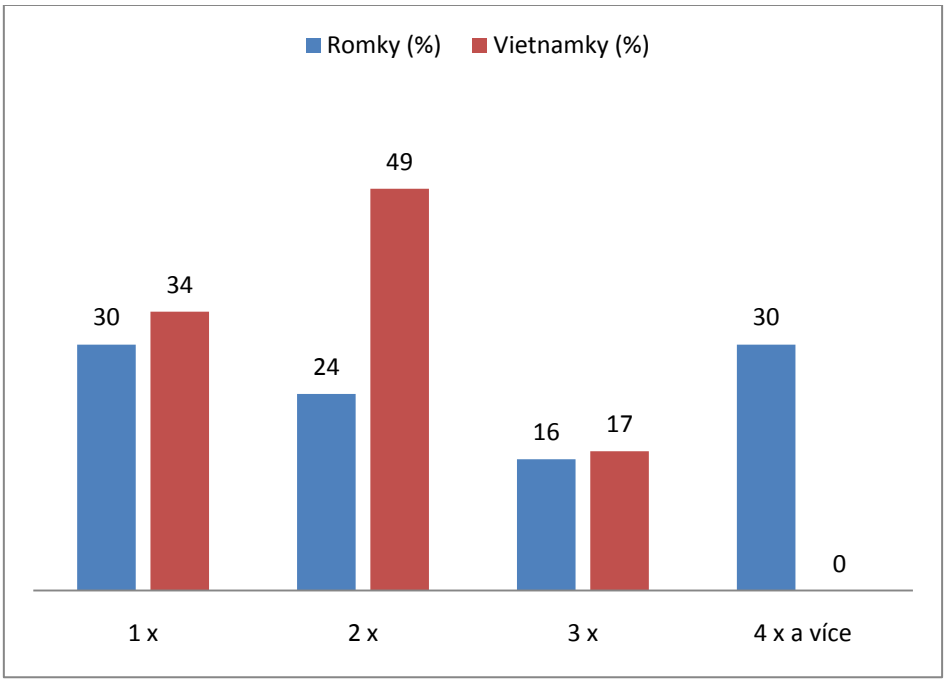
Graf 5 Výhody pro těhotné, které nabízí zdravotní pojišťovny

6. Kolikrát jste rodila

Analýzou dat bylo zjištěno, že 15 (30 %) Romek již rodilo 4 a vícekrát; 15 (30 %) Romek a 12 (34 %) Vietnamek rodilo jedenkrát; 12 (24 %) Romek a 17 (49 %) Vietnamek rodilo dvakrát; 8 (16 %) Romek a 6 (17 %) Vietnamek rodilo třikrát.

Tabulka 6 Počet porodů

	Romky		Vietnamky	
Počet porodů	N	Relativní četnost v %	N	Relativní četnost v %
1 x	15	30	12	34
2 x	12	24	17	49
3 x	8	16	6	17
4 x a více	15	30	0	0



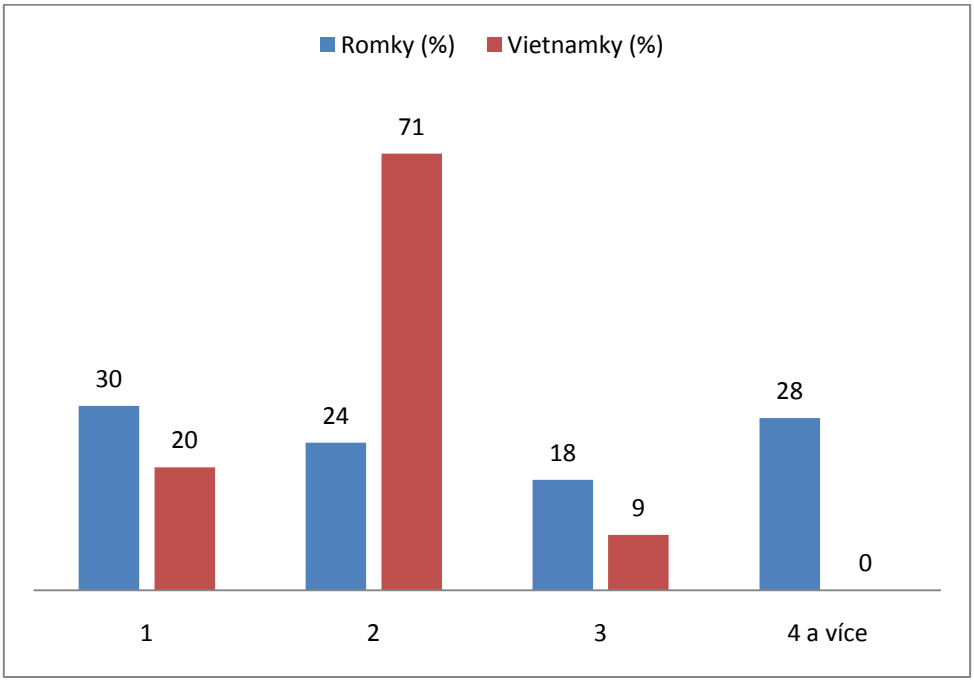
Graf 6 Počet porodů

7. Kolik plánujete celkem dětí

Z analýzy dat vyplynulo, že 15 (30 %) Romek a 7 (20 %) Vietnamek plánuje celkem jedno dítě; 14 (28 %) Romek plánuje celkem 4 a více dětí, žádná z Vietnamek neplánuje 4 a více dětí; 12 (24 %) Romek a 25 (71 %) Vietnamek plánuje celkem 2 děti a 9 (18 %) Romek a 3 (9 %) Vietnamky plánují celkem 3 děti.

Tabulka 7 Plánovaný počet dětí

	Romky		Vietnamky	
Plánovaný počet	N	Relativní četnost v %	N	Relativní četnost v %
1	15	30	7	20
2	12	24	25	71
3	9	18	3	9
4 a více	14	28	0	0



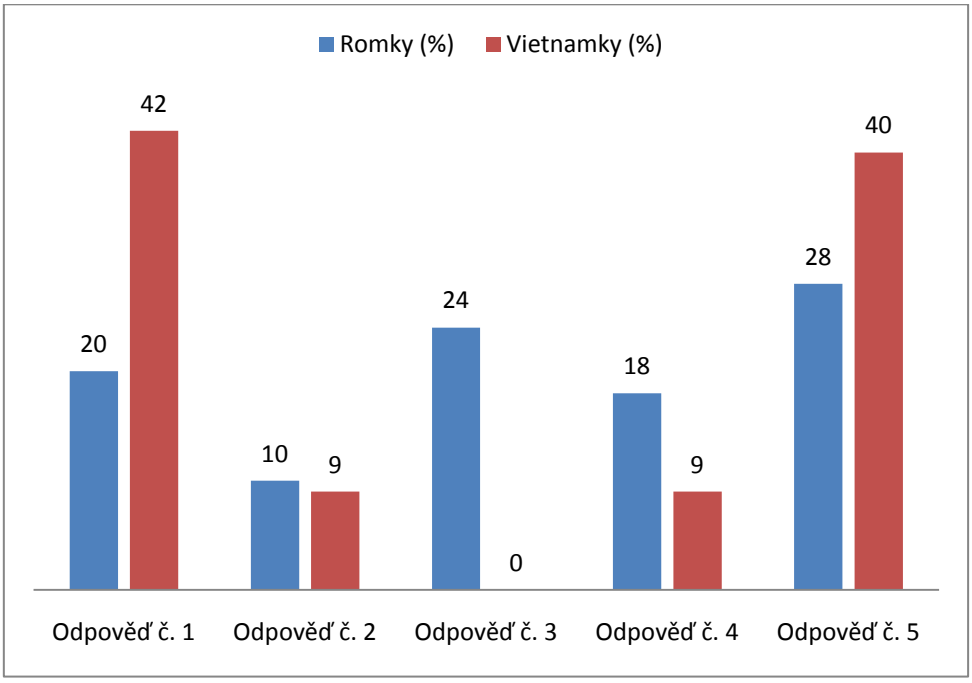
Graf 7 Plánovaný počet dětí

8. Jak se Vaše okolí staví k těhotenství a těhotné ženě

Z analýzy dat vyplynulo, že u 14 (28 %) Romek a 14 (40 %) Vietnamek se jejich okolí těší z těhotenství a se vším jim pomáhají; 10 (20 %) Romek a 15 (42 %) Vietnamek si okolí váží více jako těhotných žen; 12 (24 %) Romek uvedlo, že jejich těhotenství okolí nezajímá; 9 (18 %) Romek a 3 (9 %) Vietnamky uvedly, že jejich okolí prožívá těhotenství s nimi; 5 (10 %) Romek a 3 (9 %) Vietnamky považují těhotenství za osobní věc.

Tabulka 8 Vztah okolí k těhotenství a těhotné ženě

	Romky		Vietnamky	
Vztah etnika k těhotenství a těhotné ženě	N	Relativní četnost v %	N	Relativní četnost v %
Váží si mě jako těhotné ženy	10	20	15	42
Je to moje osobní věc	5	10	3	9
Nikoho moje těhotenství nezajímá	12	24	0	0
Těhotenství prožívají se mnou	9	18	3	9
Těší se z mého těhotenství, opatrují mě a se vším mně pomáhají	14	28	14	40



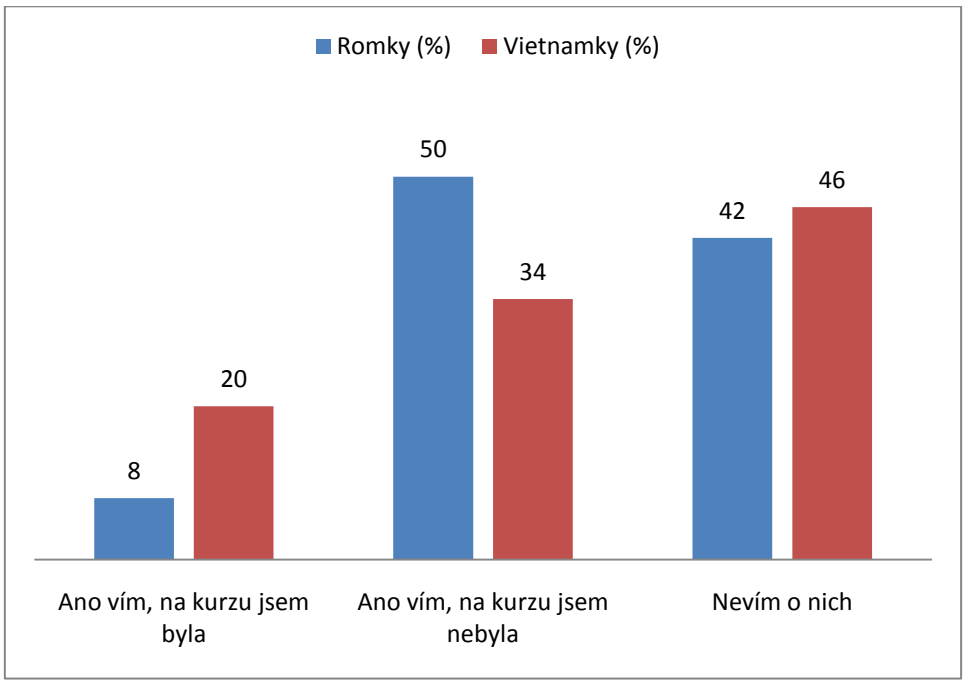
Graf 8 Vztah okolí k těhotenství a těhotné ženě

9. Víte o předporodních kurzech pro těhotné ženy

Z analýzy dat vyplynulo, že 25 (50 %) Romek a 12 (34 %) Vietnamek ví o předporodním kurzu pro těhotné ženy, ale kurzu se nezúčastnily; 21 (42 %) Romek a 16 (46 %) Vietnamek o probíhajících předporodních kurzech neví; 4 (8 %) Romky a 7 (20 %) Vietnamek se předporodního kurzu zúčastnilo.

Tabulka 9 Informovanost o kurzech pro těhotné ženy

	Romky		Vietnamky	
Informovanost o prenatálních kurzech	N	Relativní četnost v %	N	Relativní četnost v %
Ano vím, na kurzu jsem byla	4	8	7	20
Ano vím, na kurzu jsem nebyla	25	50	12	34
Nevím o nich	21	42	16	46



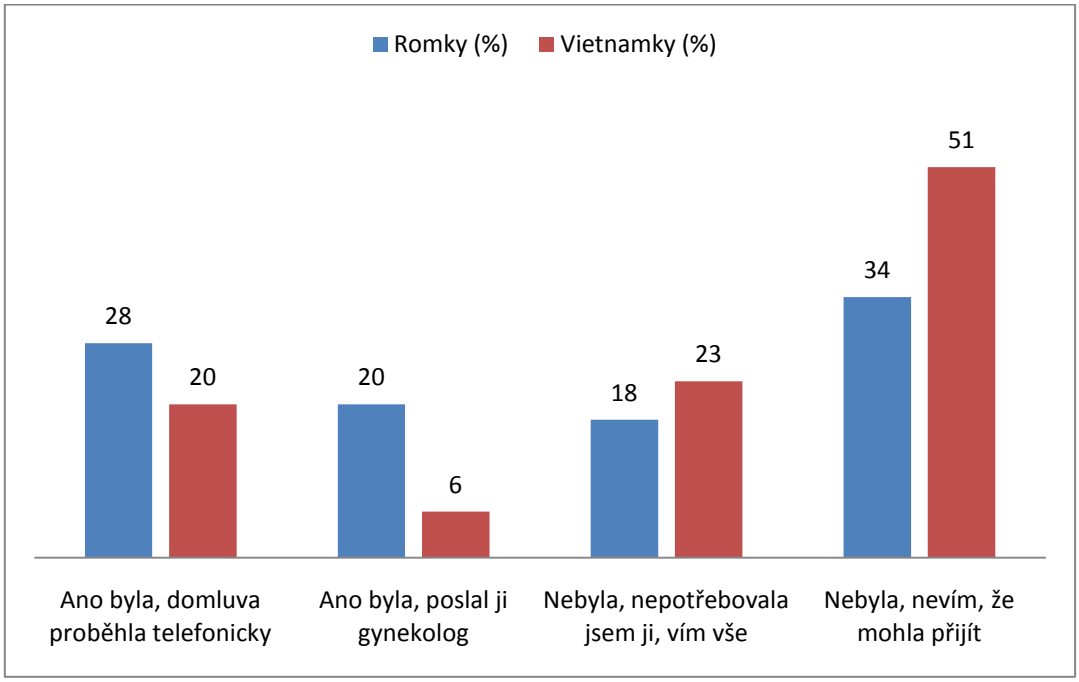
Graf 9 Víte o předporodních kurzech pro těhotné ženy

10. Byla u Vás porodní asistentka v těhotenství

Z analýzy dat vyplynulo, že 17 (34 %) Romek a 18 (51 %) Vietnamek nevědělo, že porodní asistentka může přijít na těhotenskou návštěvu do domácnosti; 14 (28 %) Romek a 7 (20 %) Vietnamek uvedlo, že porodní asistentka přišla v těhotenství do domácnosti po telefonické domluvě. U 10 (20 %) Romek a 2 (6 %) Vietnamek byla porodní asistentka na doporučení lékaře gynekologa; 9 (18 %) Romek a 8 (23 %) Vietnamek uvedlo, že návštěvu porodní asistentky nepotřebovaly.

Tabulka 10 Návštěva porodní asistentky v těhotenství

	Romky		Vietnamky	
Návštěva PA v těhotenství	N	Relativní četnost v %	N	Relativní četnost v %
Ano byla, domluva proběhla telefonicky	14	28	7	20
Ano byla, poslal ji gynekolog	10	20	2	6
Nebyla, nepotřebovala jsem ji, vím vše	9	18	8	23
Nebyla, nevím, že mohla přijít	17	34	18	51



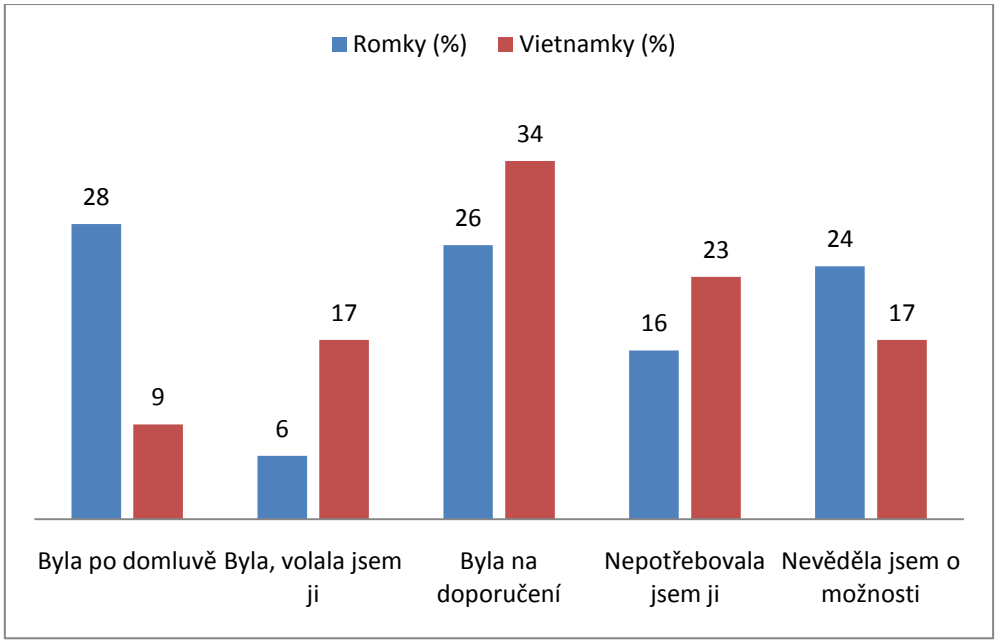
Graf 10 Návštěva porodní asistentky v těhotenství

11. Byla u Vás porodní asistentka po porodu

Z analýzy dat vyplynulo, že 13 (26 %) Romek a 12 (34 %) Vietnamek porodní asistentka navštívila po porodu na doporučení porodní asistentky pracující v porodnici; 12 (24 %) Romek a 6 (17 %) Vietnamek porodní asistentka po porodu nenavštívila, protože respondentky nevěděly o možné návštěvě v domácnosti; 14 (28 %) Romek a 3 (9 %) Vietnamky si domluvily návštěvu porodní asistentky po porodu již v těhotenství; 3 (6 %) Romky a 6 (17 %) Vietnamek porodní asistentku osobně zavolaly.

Tabulka 11 Návštěva porodní asistentky po porodu

	Romky		Vietnamky	
Návštěva PA po porodu	N	Relativní četnost v %	N	Relativní četnost v %
Ano byla, domluvily jsme se už v těhotenství	14	28	3	9
Ano byla, volala jsem ji po porodu sama	3	6	6	17
Ano byla, volala jsem ji na doporučení porodní asistentky z porodnice	13	26	12	34
Nebyla, nepotřebovala jsem ji	8	16	8	23
Nebyla, nevím, že mohla přijít	12	24	6	17



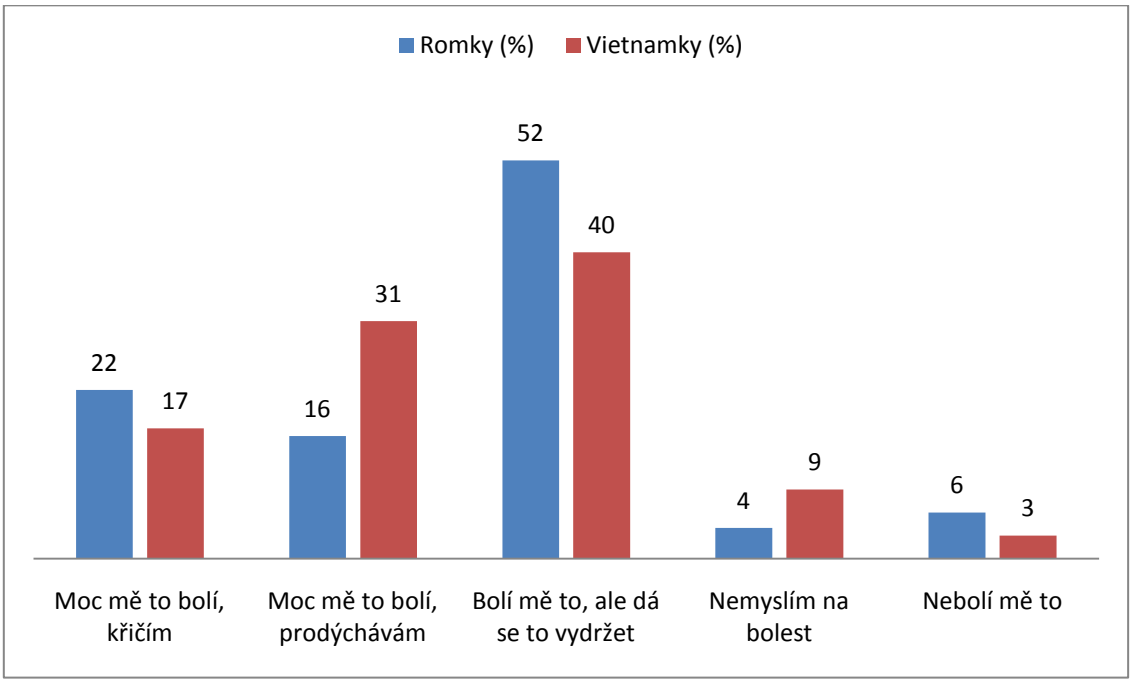
Graf 11 Návštěva porodní asistentky po porodu

12. Jak prožíváte bolest u porodu

Z analýzy dat vyplynulo, že 26 (52 %) Romek a 14 (40 %) Vietnamek bolest u porodu prožívá, ale uvádí, že je bolest zvládnutelná; 11 (22 %) Romek a 6 (17 %) Vietnamek u porodu křičí bolestí; 8 (16 %) Romek a 11 (31 %) Vietnamek porod moc bolí a prodýchává; 2 (4 %) Romky a 3 (9 %) Vietnamky nemyslí na bolest a 3 (6 %) Romky a 1 (3 %) Vietnamku porod nebolí.

Tabulka 12 Prožívání bolesti u porodu

	Romky		Vietnamky	
Vypořádávání se s bolestí	N	Relativní četnost v %	N	Relativní četnost v %
Moc mě to bolí, křičím	11	22	6	17
Moc mě to bolí, prodýchávám	8	16	11	31
Bolí mě to, ale dá se to vydržet	26	52	14	40
Nemyslím na bolest	2	4	3	9
Nebolí mě to	3	6	1	3



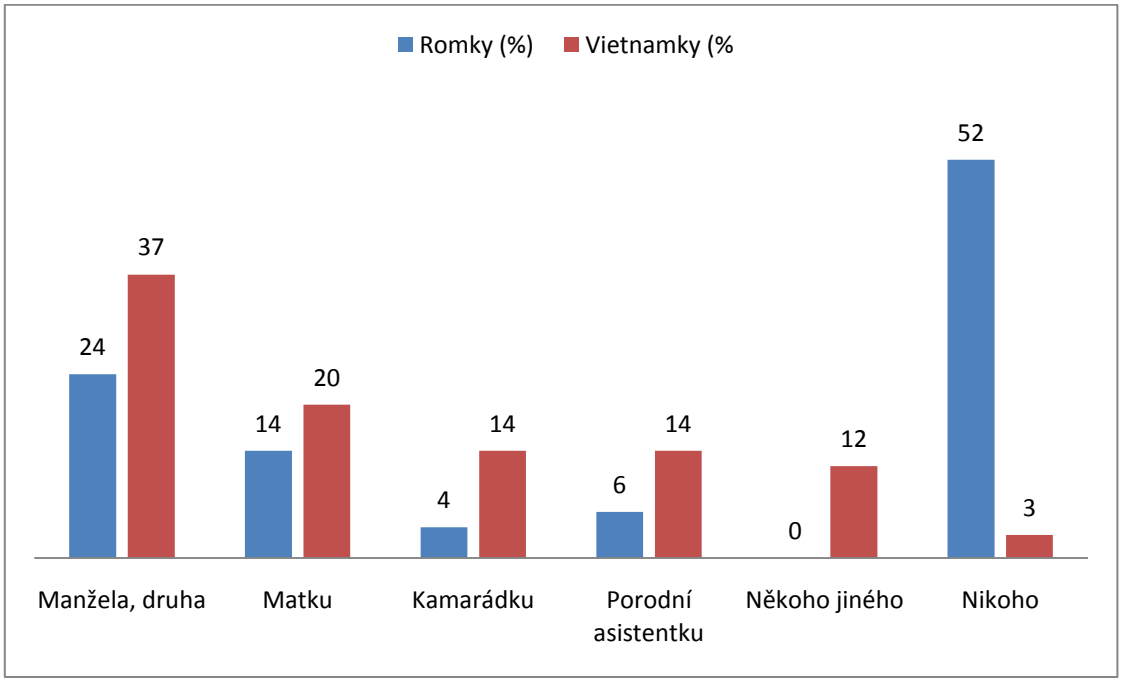
Graf 12 Prožívání bolesti u porodu

13. Koho chcete u porodu

Z analýzy dat vyplynulo, že 26 (52 %) Romek si nepřeje u porodu přítomnost dalších osob; 12 (24 %) Romek a 13 (37 %) Vietnamek by chtělo u porodu přítomnost manžela nebo druha; 7 (14 %) Romek a 7 (20 %) Vietnamek chce u porodu matku; 3 (6 %) Romek a 5 (14 %) Vietnamek by u porodu chtělo porodní asistentku; 2 (4 %) Romky a 5 (14 %) Vietnamek chce u porodu kamarádku; 4 (12 %) Vietnamky chtějí u porodu někoho jiného.

Tabulka 13 Přítomnost dalších osob u porodu

	Romky		Vietnamky	
Doprovod k porodu	N	Relativní četnost v %	N	Relativní četnost v %
Manžela, druha	12	24	13	37
Matku	7	14	7	20
Kamarádku	2	4	5	14
Porodní asistentku	3	6	5	14
Někoho jiného	0	0	4	12
Nikoho	26	52	1	3



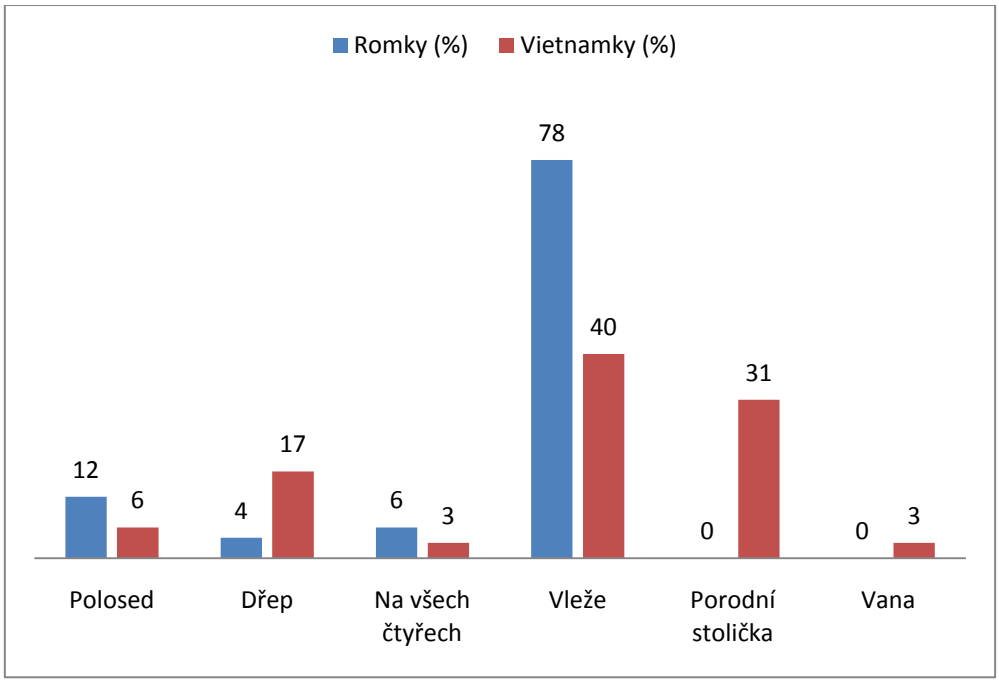
Graf 13 Přítomnost dalších osob u porodu

14. V jaké poloze chcete být na porodním sále

Z analýzy dat vyplynulo, že 39 (78 %) Romek a 14 (40 %) Vietnamek si přeje rodit vleže; 11 (31 %) Vietnamek si přeje rodit na porodní stoličce; 3 (6 %) Romky a 1 (3 %) Vietnamka si přeje rodit na všech čtyřech; 6 (12 %) Romek a 2 (6 %) Vietnamky si přejí rodit v polosedě; 2 (4 %) Romky a 6 (17 %) Vietnamek si přeje rodit ve dřepu.

Tabulka 14 Poloha na porodním sále

	Romky		Vietnamky	
Poloha na porodním sále	N	Relativní četnost v %	N	Relativní četnost v %
Polosed	6	12	2	6
Dřep	2	4	6	17
Na všech čtyřech	3	6	1	3
Vleže	39	78	14	40
Porodní stolička	0	0	11	31
Vana	0	0	1	3



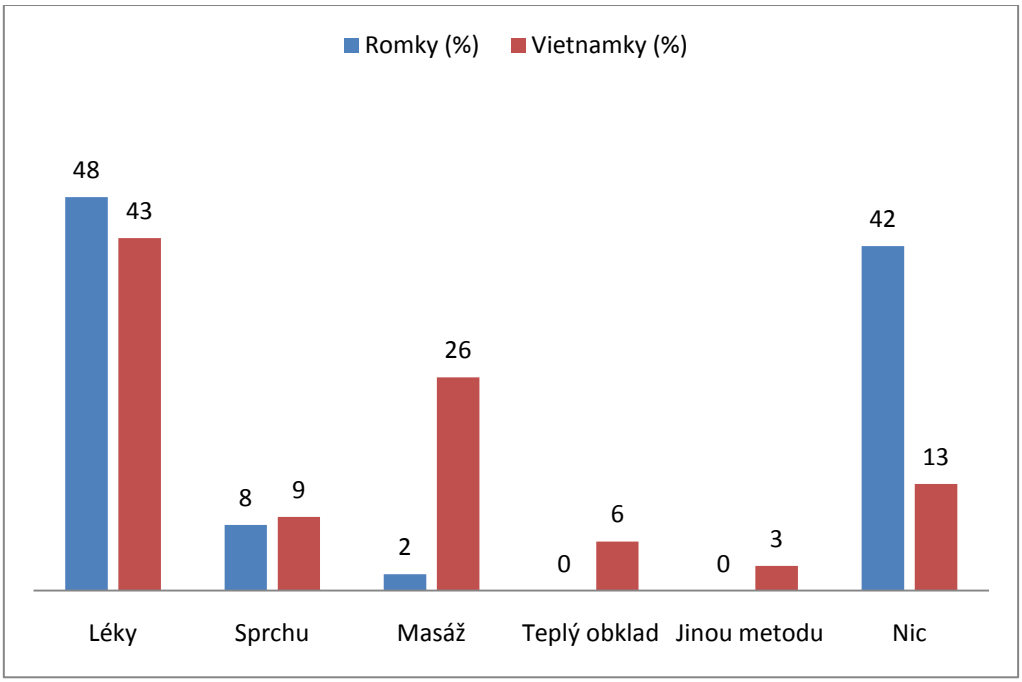
Graf 14 Poloha na porodním sále

15. Chcete něco proti bolesti

Analýzou dat dotazníku bylo zjištěno, že 24 (48 %) Romek a 15 (43 %) Vietnamek preferuje léky pro utlumení bolesti; 21 (42 %) Romek a 5 (13 %) Vietnamek nežádá tlumení bolesti; 1 (2 %) Romka a 9 (26 %) Vietnamek upřednostňuje masáž proti bolesti u porodu; 1 (2 %) Romka a 9 (26 %) Vietnamek upřednostňuje masáž; 4 (8 %) Romky a 3 (9 %) Vietnamky upřednostňují sprchu.

Tabulka 15 Tišení bolesti

	Romky		Vietnamky	
Způsob tišení bolestí	N	Relativní četnost v %	N	Relativní četnost v %
Léky	24	48	15	43
Sprchu	4	8	3	9
Masáž	1	2	9	26
Teplý obklad	0	0	2	6
Jinou metodu	0	0	1	3
Nic	21	42	5	13



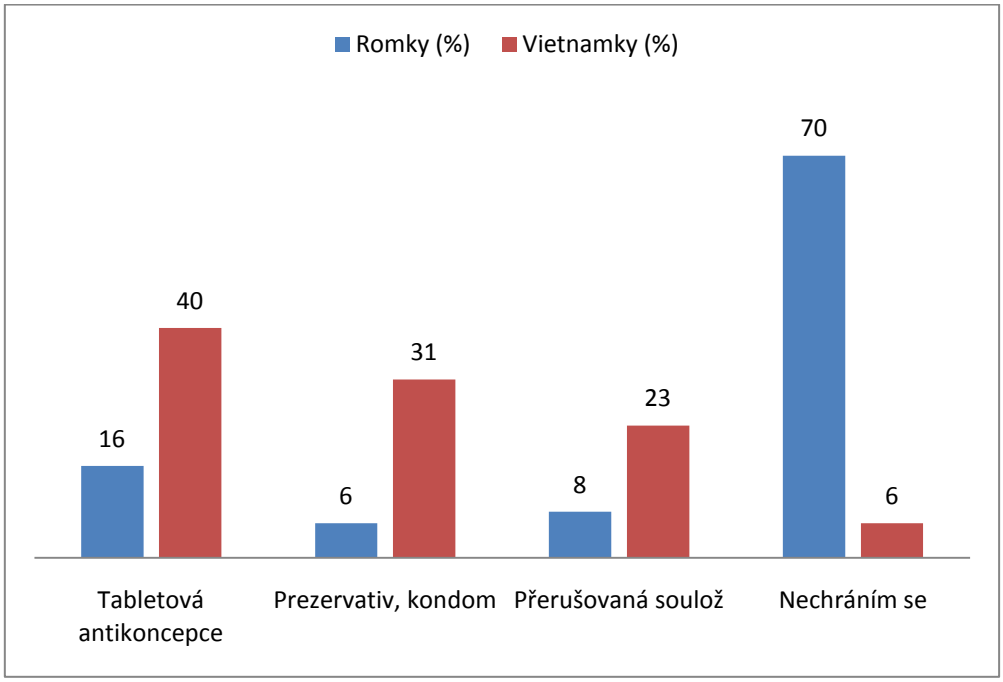
Graf 15 Tišení bolesti

16. Jak se chráníte nechtěnému těhotenství

Analýzou dat dotazníku bylo zjištěno, že 35 Romek (70 %) a 2 Vietnamky (6 %) se nechrání proti nechtěnému těhotenství; tabletová antikoncepce je nejrozšířenější formou antikoncepce užívaná 8 (16 %) Romkami a 14 (40 %) Vietnamkami; 4 (8 %) Romky a 8 (23 %) Vietnamek se chrání přerušovanou souloží; 3 (6 %) Romky a 11 (31 %) Vietnamek se chrání kondomem.

Tabulka 16 Způsob antikoncepce

	Romky		Vietnamky	
Druhy antikoncepce	N	Relativní četnost v %	N	Relativní četnost v %
Tabletová antikoncepce	8	16	14	40
Prezervativ, kondom	3	6	11	31
Přerušovaná soulož	4	8	8	23
Nechráním se	35	70	2	6



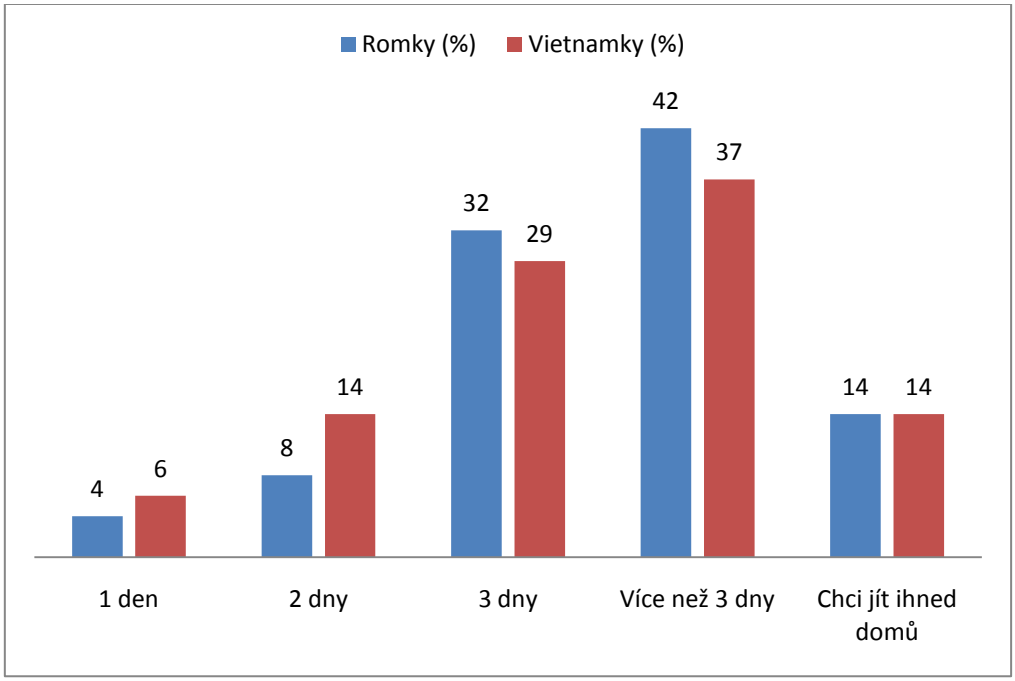
Graf 16 Způsob antikoncepce

17. Jak dlouho chcete ležet v porodnici po porodu

Analýzou dat dotazníku bylo zjištěno, že 21 (42 %) Romek a 13 (37 %) Vietnamek chce v porodnici ležet déle než 3 dny; 16 (32 %) Romek a 10 (29 %) Vietnamek chce po porodu zůstat v porodnici 3 dny; 7 (14 %) Romek a 5 (14 %) Vietnamek chce odejít po porodu ihned domů; 2 (4 %) Romky a 2 (6 %) Vietnamky chtějí zůstat v porodnici 1 den.

Tabulka 17 Délka pobytu v porodnici

	Romky		Vietnamky	
Počet dnů hospitalizace	N	Relativní četnost v %	N	Relativní četnost v %
1 den	2	4	2	6
2 dny	4	8	5	14
3 dny	16	32	10	29
Více než 3 dny	21	42	13	37
Chci jít ihned domů	7	14	5	14



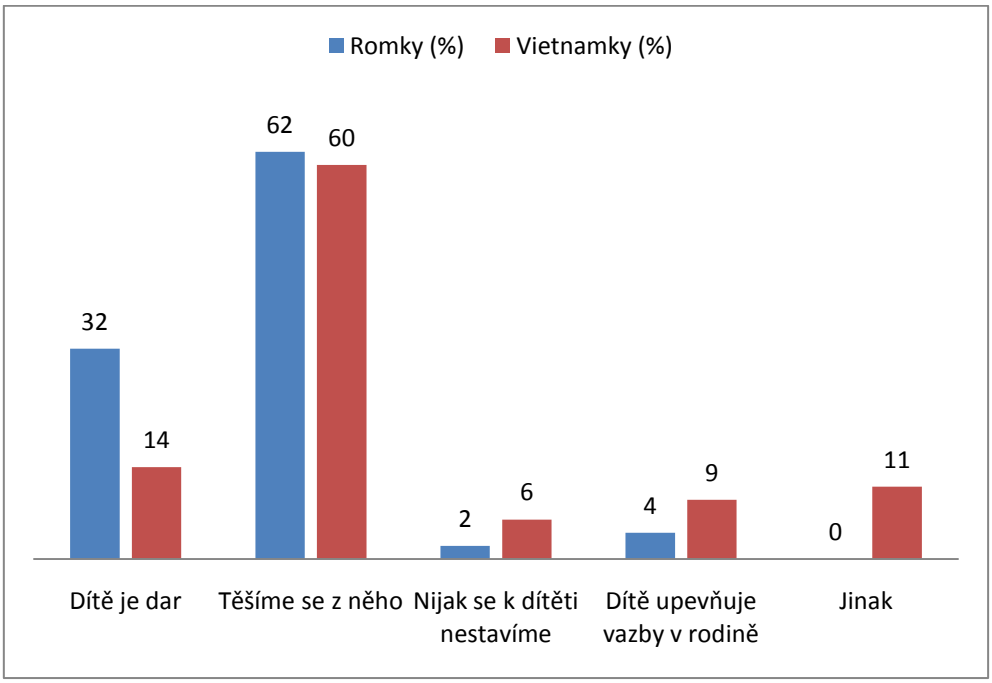
Graf 17 Délka pobytu v porodnici

18. Jak se Vaše kultura staví k narozenému dítěti

Analýzou dat dotazníku bylo zjištěno, že 31 (62 %) Romek a 21 (60 %) Vietnamek se těší z dítěte; 16 (32 %) Romek a 5 (14 %) Vietnamek dítě berou jako dar; 2 (4 %) Romky a 3 (9 %) Vietnamky uvedly, že dítě upevňuje vazby v rodině; 1 (2 %) Romka a 2 (6 %) Vietnamky se k dítěti nijak nestaví.

Tabulka 18 Postoj k narozenému dítěti

	Romky		Vietnamky	
Postoj kultury k dítěti	N	Relativní četnost v %	N	Relativní četnost v %
Dítě je dar	16	32	5	14
Těšíme se z něho	31	62	21	60
Nijak se k dítěti nestavíme	1	2	2	6
Dítě upevňuje vazby v rodině	2	4	3	9
Jinak	0	0	4	11



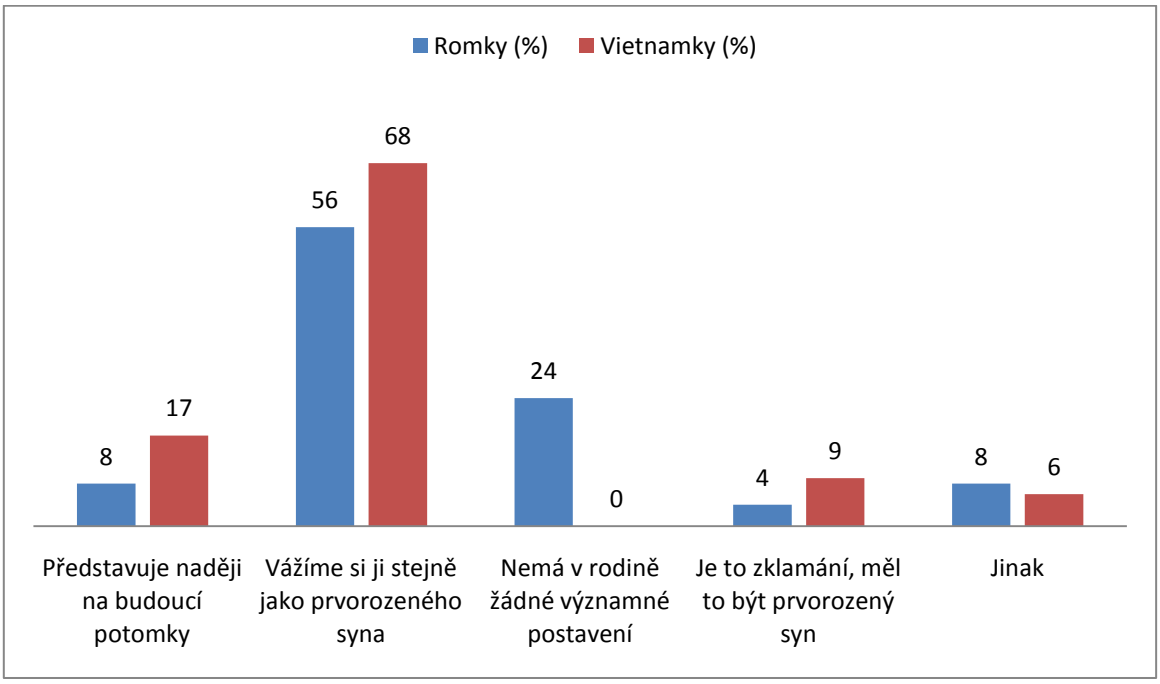
Graf 18 Postoj k narozenému dítěti

19. Jak se Vaše kultura staví k prvorozené dceři

Analýzou dat bylo zjištěno, že 28 (56 %) Romek a 24 (68 %) Vietnamek si prvorozené dcery váží stejně jako prvorozeného syna; 12 (24 %) Romek uvedlo, že prvorozená dcera nemá v rodině žádné významné postavení; 4 (8 %) Romky a 6 (17 %) Vietnamek považuje prvorozené dcery za naději na budoucí potomky; 2 (4 %) Romky a 3 (9 %) Vietnamky uvedly, že prvorozená dcera je zklamáním, neboť to měl být syn; 4 (8 %) Romek a 2 (6 %) Vietnamek se staví k prvorozené dceři jinak.

Tabulka 19 Vztah k prvorozené dceři

	Romky		Vietnamky	
Prvorozená dcera	N	Relativní četnost v %	N	Relativní četnost v %
Představuje naději na budoucí potomky	4	8	6	17
Vážíme si ji stejně jako prvorozeného syna	28	56	24	68
Nemá v rodině žádné významné postavení	12	24	0	0
Je to zklamání, měl to být prvorozený syn	2	4	3	9
Jinak	4	8	2	6



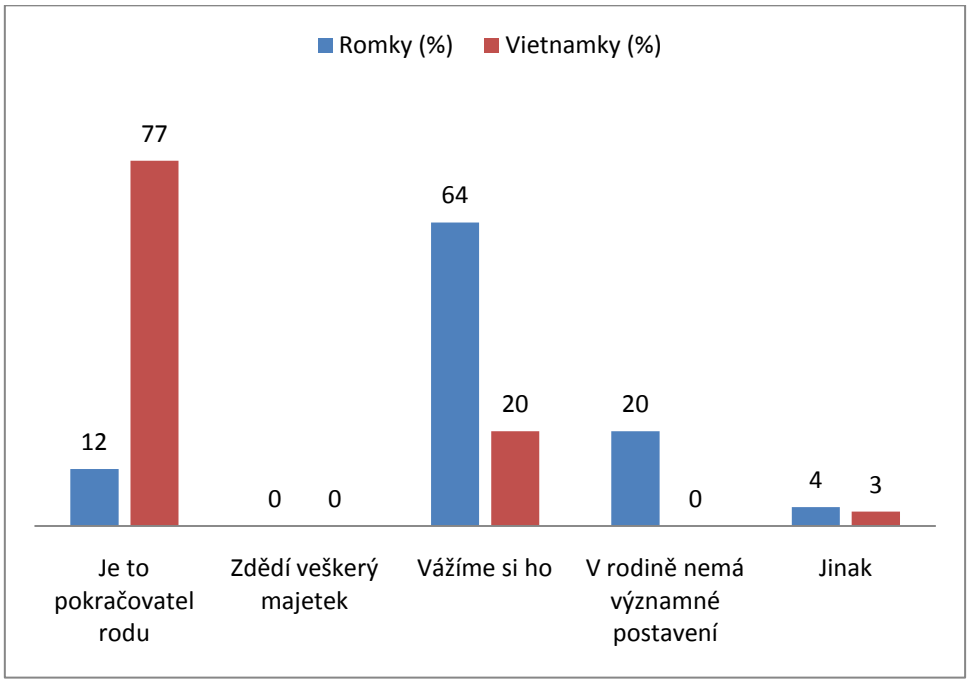
Graf 19 Vztah k prvorozené dceři

20. Jak se Vaše kultura staví k prvorozenému synovi

Analýzou dat bylo zjištěno, že 32 (64 %) Romek a 7 (20 %) Vietnamek si prvorozeného syna váží; 10 (20 %) Romek uvedlo, že prvorozený syn nemá v rodině významné postavení; 6 (12 %) Romek a 27 (77 %) Vietnamek vidí v prvorozeném synovi pokračovatele rodu; 2 (4 %) Romky a 1 (3 %) Vietnamka uvedla, že se jejich kultura staví k prvorozenému synovi jinak.

Tabulka 20 Vztah k prvorozenému synovi

	Romky		Vietnamky	
Prvorozený syn	N	Relativní četnost v %	N	Relativní četnost v %
Je to pokračovatel rodu	6	12	27	77
Zdědí veškerý majetek	0	0	0	0
Vážíme si ho	32	64	7	20
V rodině nemá významné postavení	10	20	0	0
Jinak	2	4	1	3



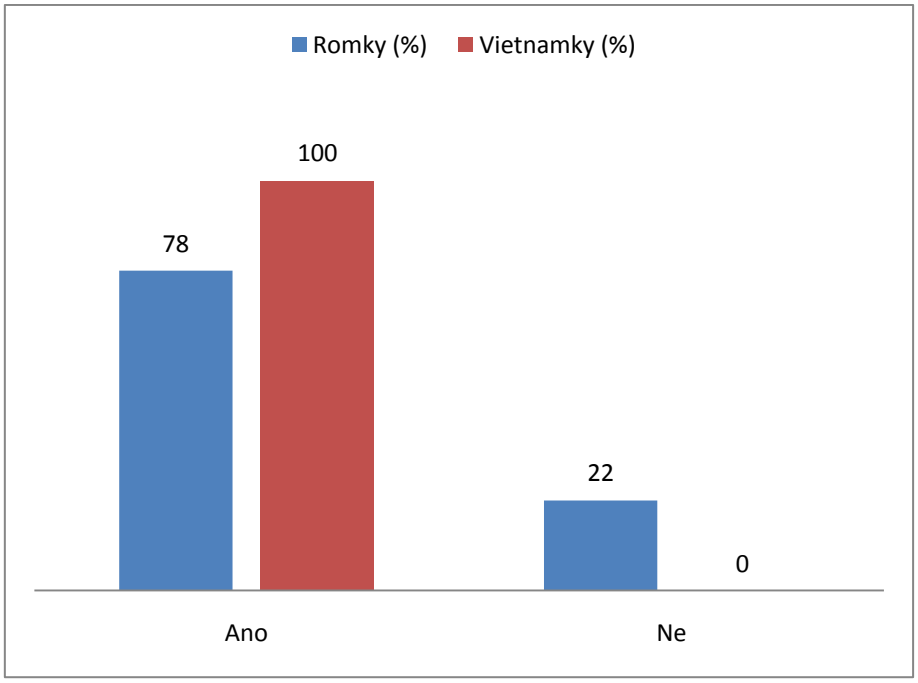
Graf 20 Vztah k prvorozenému synovi

21. Chcete kojit

Analýzou dat bylo zjištěno, že 39 (78 %) Romek chce kojit v porovnání s 35 (100 %) Vietnamkami; 11 (22 %) Romek nechce kojit.

Tabulka 21 Kojení

	Romky		Vietnamky	
Kojení	N	Relativní četnost v %	N	Relativní četnost v %
Ano	39	78	35	100
Ne	11	22	0	0



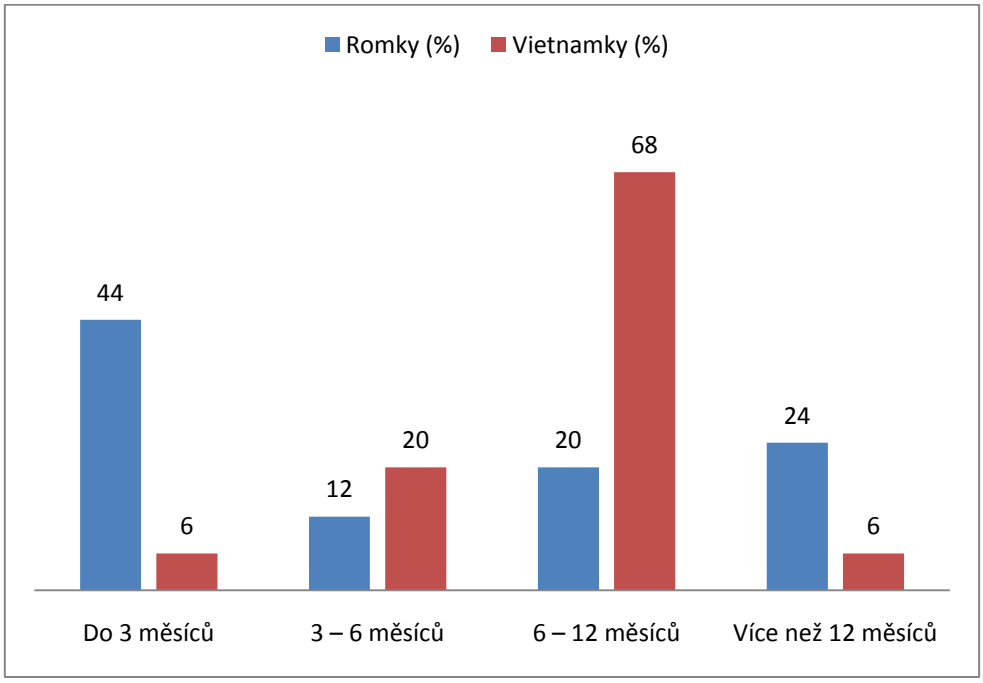
Graf 21 Kojení

22. Jak dlouho plánujete kojit

Analýzou dat bylo zjištěno, že 22 (44 %) Romek a 2 (6 %) Vietnamky chtějí kojit do 3 měsíců; 12 (24 %) Romek a 24 (68 %) Vietnamek chce kojit více než 12 měsíců; 10 (20 %) Romek a 24 (68 %) Vietnamek chce kojit v rozmezí od 6 do 12 měsíců; 6 (12 %) Romek a 7 (20 %) Vietnamek chce kojit od 3 do 6 měsíců.

Tabulka 22 Délka kojení

	Romky		Vietnamky	
Délka kojení	N	Relativní četnost v %	N	Relativní četnost v %
Do 3 měsíců	22	44	2	6
3 – 6 měsíců	6	12	7	20
6 – 12 měsíců	10	20	24	68
Více než 12 měsíců	12	24	2	6



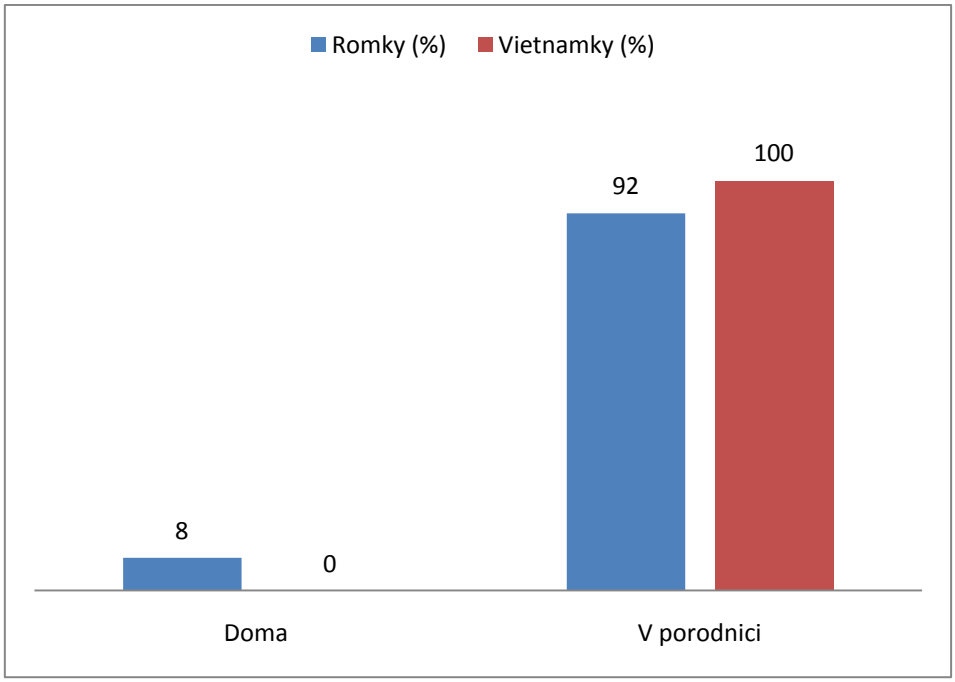
Graf 22 Délka kojení

23. Kde jste rodila

Analýzou dat bylo zjištěno, že 4 (8 %) Romky rodily doma; 46 (92 %) Romek a 35 (100 %) Vietnamek rodilo v porodnici.

Tabulka 23 Místo porodu

	Romky		Vietnamky	
Místo porodu	N	Relativní četnost v %	N	Relativní četnost v %
Doma	4	8	0	0
V porodnici	46	92	35	100



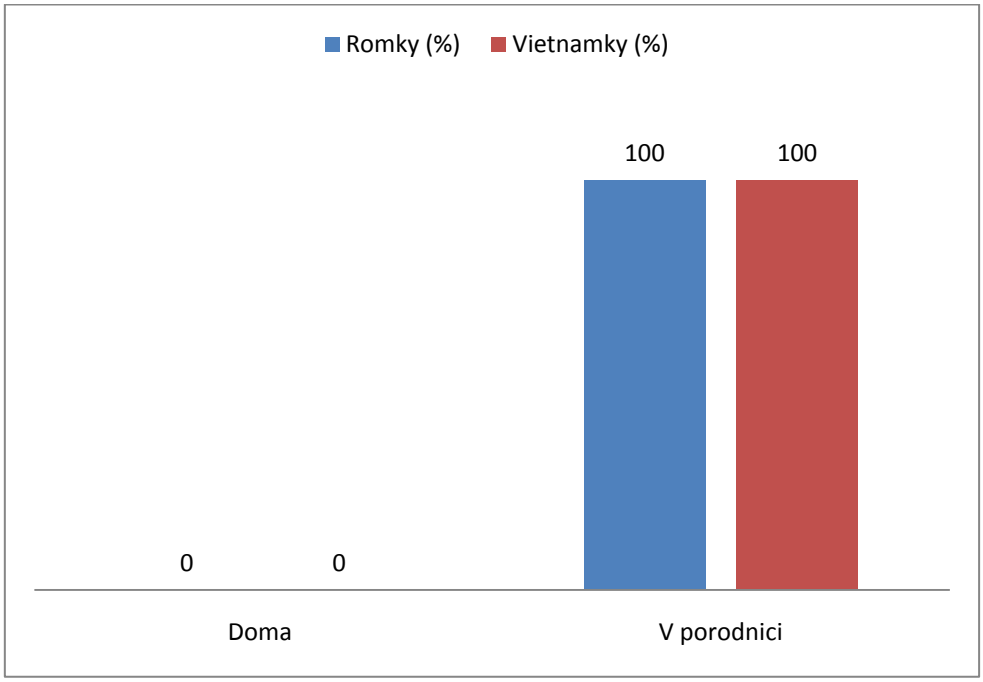
Graf 23 Místo porodu

24. Kde chcete rodit při dalším těhotenství

Analýzou dat bylo zjištěno, že 50 (100 %) Romek a 35 (100 %) Vietnamek chce rodit při dalším těhotenství v porodnici z důvodu lepší péče a chápání porodu jako intimní záležitosti.

Tabulka 24 Místo plánovaného porodu

	Romky		Vietnamky	
Místo dalšího porodu	N	Relativní četnost v %	N	Relativní četnost v %
Doma	0	0	0	0
V porodnici	50	100	35	100



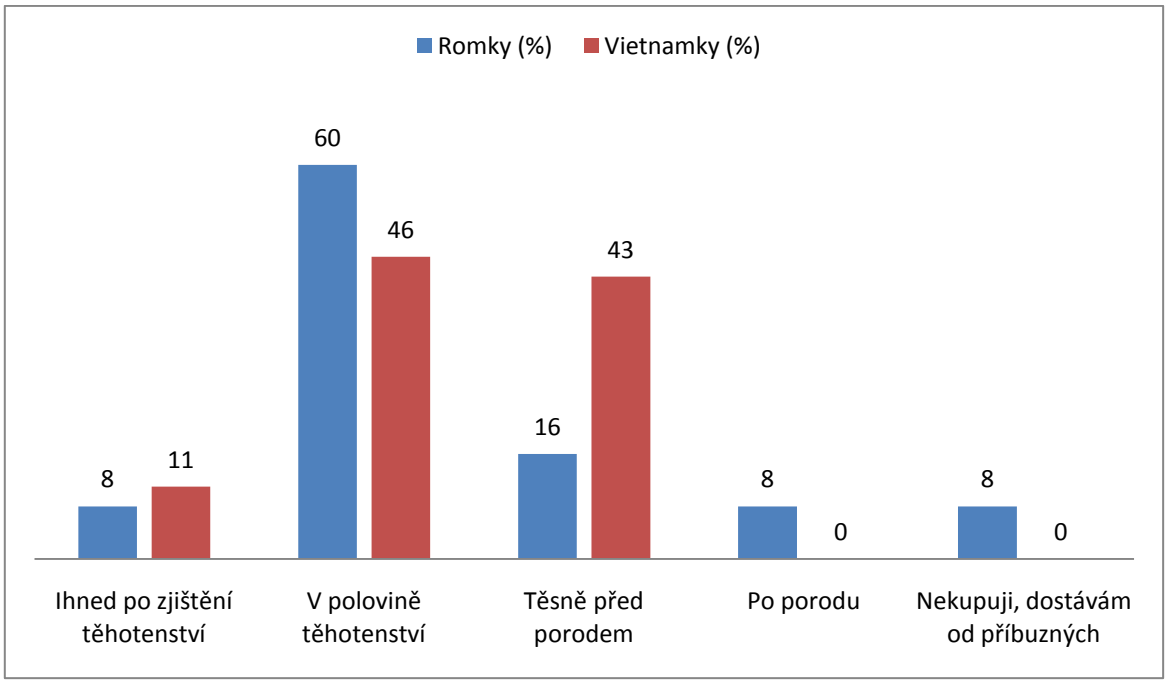
Graf 24 Místo plánovaného porodu

25. Výbavu pro dítě kupujete

Analýzou dat bylo zjištěno, že 30 (60 %) Romek a 16 (46 %) Vietnamek kupuje výbavu pro dítě v polovině těhotenství; 8 (16 %) Romek a 15 (43 %) Vietnamek výbavu pro dítě kupuje těsně před porodem; 4 (8 %) Romky a 4 (11 %) Vietnamky uvedly, že výbavu kupuje ihned po zjištění těhotenství; 4 (8 %) Romky uvedly, že výbavu kupují po porodu; 4 (8 %) Romek výbavu nekupuje, ale dostává od příbuzných.

Tabulka 25 Pořizování výbavy pro dítě

	Romky		Vietnamky	
Období pořizování výbavy	N	Relativní četnost v %	N	Relativní četnost v %
Ihned po zjištění těhotenství	4	8	4	11
V polovině těhotenství	30	60	16	46
Těsně před porodem	8	16	15	43
Po porodu	4	8	0	0
Nekupuji, dostávám od příbuzných	4	8	0	0



Graf 25 Pořizování výbavy pro dítě

26. Jak často a jaké potraviny v těhotenství jíte

Při vyplňování této položky dotazníku se respondentky romského etnika zamýšlely a nebylo lehké pro ně tuto položku zodpovědět. Položka se jim zdála být velmi zábavná, proto bych těmto odpovědím nepřikládala příliš velký význam. Z analyzovaných dat bylo zjištěno, že respondentky romské kultury se v těhotenství nestravují významně jiným způsoben než v době mimo těhotenství. Převážná většina těchto klientek uvedla, že pečivo, maso a brambory jí každý den, mléčné výrobky, sladkosti a rýži jí alespoň jedenkrát týdně, ovoce a zeleninu jí pouze někdy a téměř nejí ryby a luštěniny.

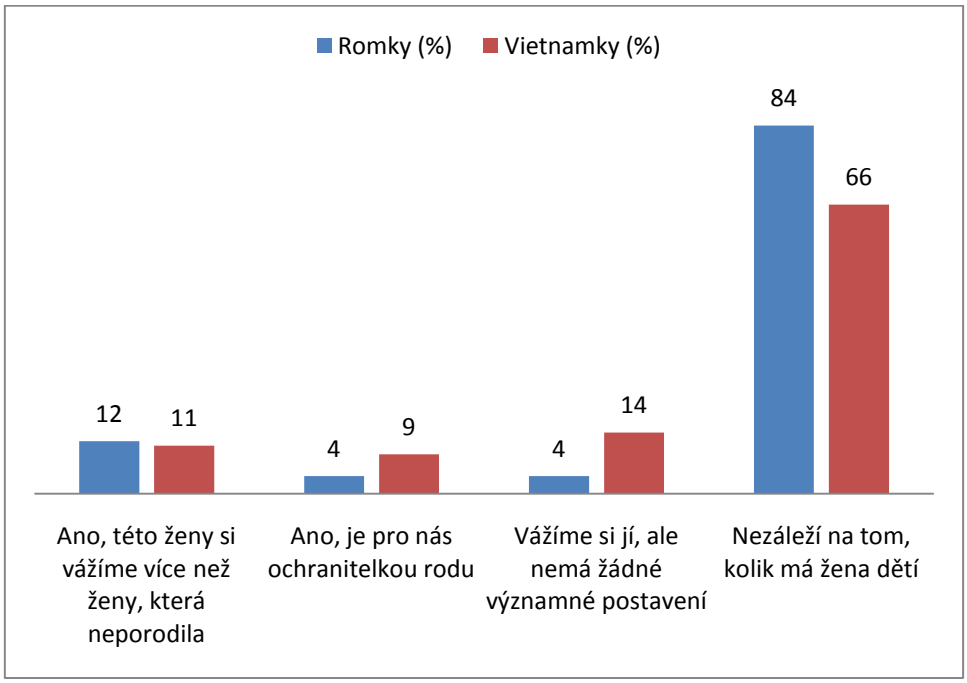
Naopak respondentky vietnamského etnika odpověděly, že se v době těhotenství stravují lépe než v době mimo těhotenství. Z analyzovaných dat bylo zjištěno, že vietnamské respondentky jí každý den rýži, ovoce a zeleninu, pečivo, mléčné výrobky, sladkosti a luštěniny jí jen někdy, alespoň jeden krát týdně jí maso a ryby. Žádná skupina potravin, které byly uvedeny v položce dotazníku, nebyla zcela vyloučena z jejich jídelníčku.

27. Váží si Vaše kultura více ženy, která porodila (mnohokrát rodila)

Analýzou dat bylo zjištěno, že 42 (84 %) Romek a 23 (66 %) Vietnamek uvedlo, že v jejich kultuře nezáleží na tom, kolik má žena dětí.

Tabulka 27 Postoj k ženě po porodu

	Romky		Vietnamky	
Postoj k ženě, která rodila mnohokrát	N	Relativní četnost v %	N	Relativní četnost v %
Ano, této ženy si vážíme více než ženy, která neporodila	6	12	4	11
Ano, je pro nás ochranitelkou rodu	2	4	3	9
Vážíme si jí, ale nemá žádné významné postavení	2	4	5	14
Nezáleží na tom, kolik má žena dětí	42	84	23	66



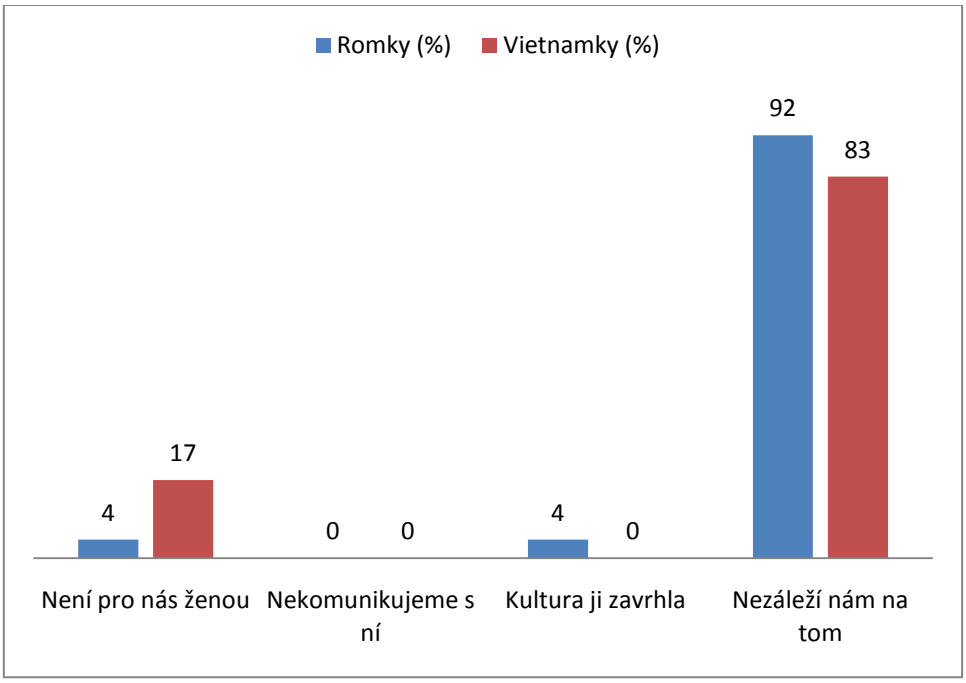
Graf 27 Postoj k ženě po porodu

28. Jak se vaše kultura staví k ženě, která neporodila žádné dítě

Analýzou dat bylo zjištěno, že 46 (92 %) Romek a 29 (83 %) Vietnamek uvedlo, že jejich kultuře nezáleží na tom, zda žena porodila; 6 (17 %) Vietnamek a 2 (4 %) Romek uvedlo, že v jejich kultuře není taková žena „ženou“; 2 (4 %) Romek uvedlo, že takovou ženu kultura zavrhla.

Tabulka 28 Postoj k ženě, která neporodila dítě

	Romky		Vietnamky	
Postoj k ženě, která nerodila	N	Relativní četnost v %	N	Relativní četnost v %
Není pro nás ženou	2	4	6	17
Nekomunikujeme s ní	0	0	0	0
Kultura ji zavrhla	2	4	0	0
Nezáleží nám na tom	46	92	29	83



Graf 28 Postoj k ženě, která neporodila dítě

3. 2 Dotazník pro porodní asistentky

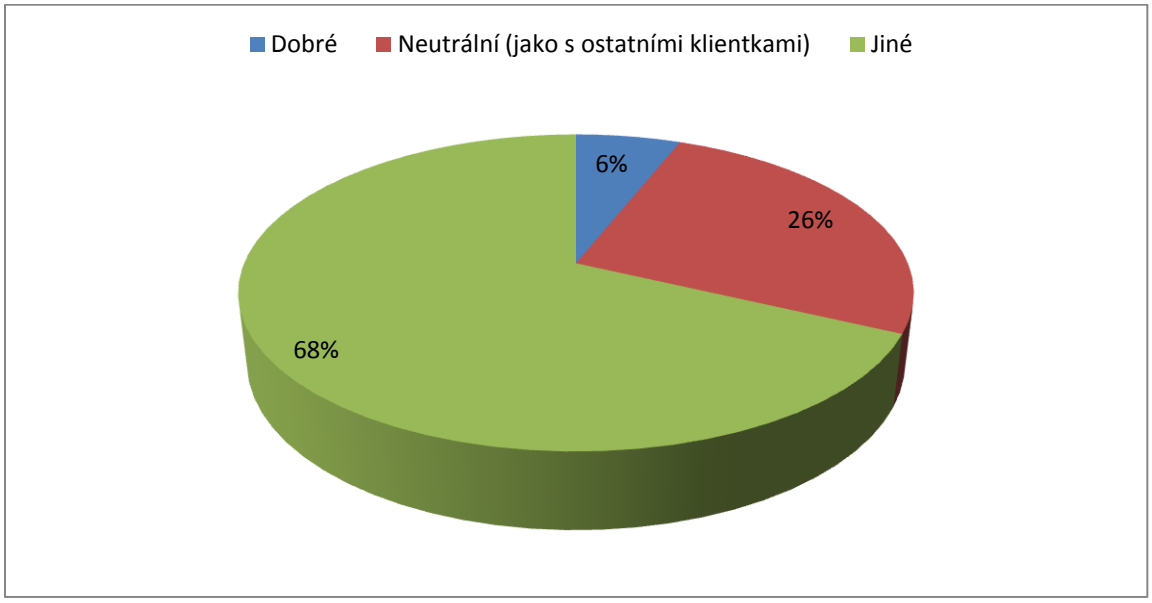
Položky dotazníku

1. Jaké máte zkušenosti s klientkami romské kultury?

Analýzou dat bylo zjištěno, že 13 (26 %) porodních asistentek má s klientkami romské kultury stejné zkušenosti jako s ostatními klientkami; 34 (68 %) porodních asistentek uvedlo, že s romskými klientkami má jiné, špatné zkušenosti; 3 (6 %) porodní asistentky uvedly, že má dobré zkušenosti.

Tabulka 29 Zkušenosti porodních asistentek s klientkami romské kultury

Zkušenosti porodních asistentek	N	Relativní četnost v %
Velmi dobré	0	0
Dobré	3	6
Neutrální (jako s ostatními klientkami)	13	26
Žádné	0	0
Jiné	34	68



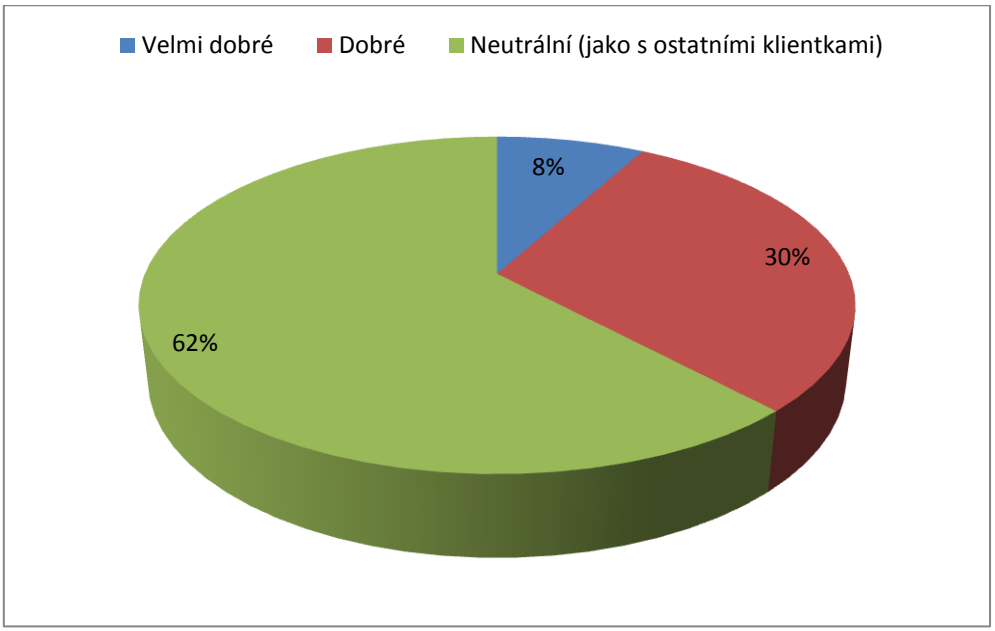
Graf 29 Zkušenosti porodních asistentek s klientkami romské kultury

2. Jaké máte zkušenosti s klientkami vietnamské kultury?

Analýzou dat bylo zjištěno, že 31 (62 %) porodních asistentek má s klientkami vietnamské kultury stejné zkušenosti jako s ostatními klientkami; 15 (30 %) uvedlo, že má s klientkami vietnamské kultury dobré zkušenosti; 4 (8 %) porodní asistentky mají s vietnamskými klientkami velmi dobré zkušenosti.

Tabulka 30 Zkušenosti porodních asistentek s klientkami vietnamské kultury

Zkušenosti porodních asistentek	N	Relativní četnost v %
Velmi dobré	4	8
Dobré	15	30
Neutrální (jako s ostatními klientkami)	31	62
Žádné	0	0



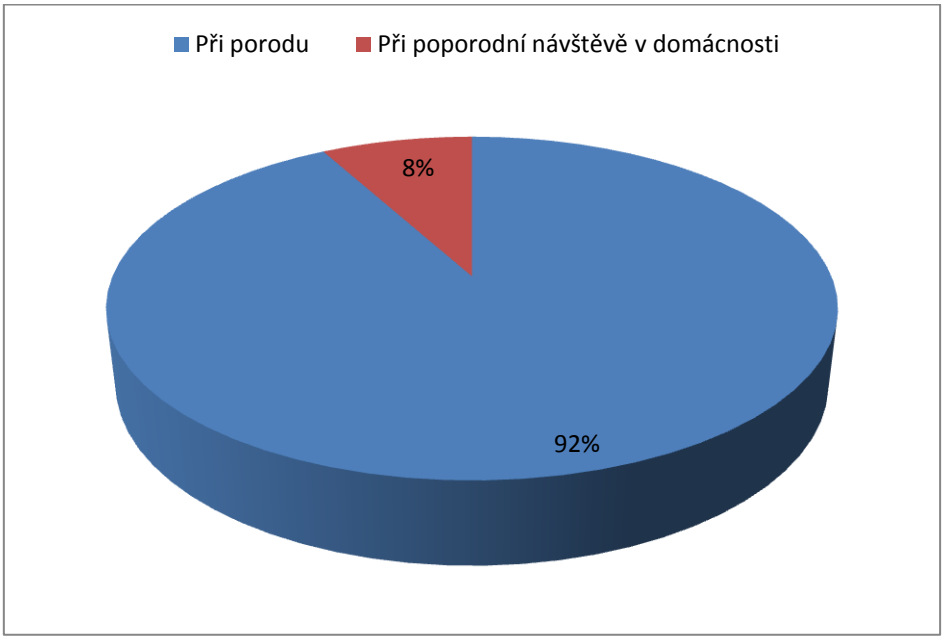
Graf 30 Zkušenosti porodních asistentek s klientkami vietnamské kultury

3. S romskými a vietnamskými klientkami jsem se setkala

Analýzou dat bylo zjištěno, že 46 (92 %) porodních asistentek se s romskými a vietnamskými klientkami setkává až při porodu; 4 (8 %) porodní asistentky uvedly, že se s romskými a vietnamskými klientkami setkávají při porodní návštěvě.

Tabulka 31 Okolnosti setkání s romskými a vietnamskými klientkami

Setkání s romskými a vietnamskými klientkami	N	Relativní četnost v %
Při porodu	46	92
Při těhotenské návštěvě v domácnosti	0	0
Při poporodní návštěvě v domácnosti	4	8
Při předporodních kurzech	0	0
Při cvičení nebo plávání	0	0



Graf 31 Okolnosti setkání s romskými a vietnamskými klientkami

4. Podílíte se na vzdělávání romských a vietnamských klientek?

Analýzou dat bylo zjištěno, že 36 (72 %) porodních asistentek se nepodílí na vzdělávání romských a vietnamských klientek; 14 (28 %) porodní asistentky se na vzdělávání podílí.

Tabulka 32 Vzdělávání romských a vietnamských klientek porodními asistentkami

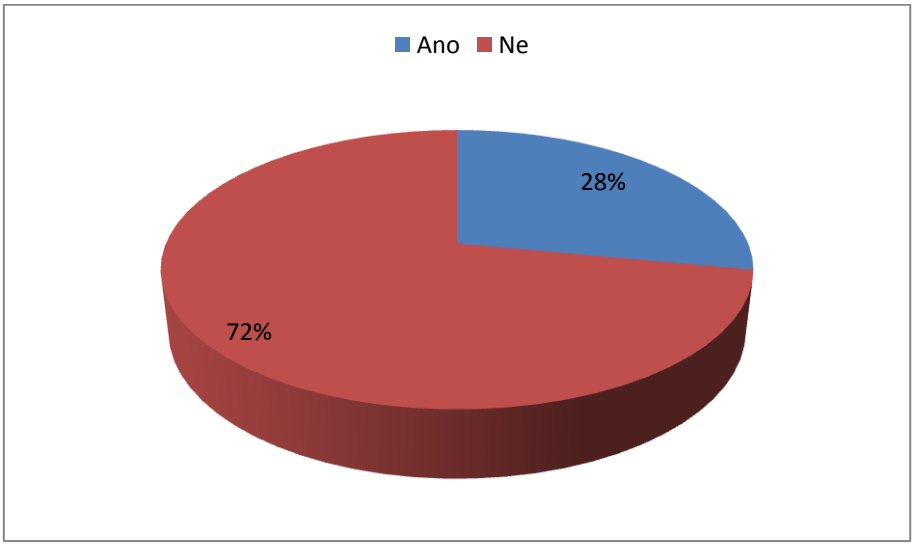
Podílím se na vzdělávání	N	Relativní četnost v %
Ano, jak	14	28
Ne, proč	36	72

Ano, jak

- Edukace v naší práci na PS či oddělení
- Poučení o režimu v šestinedělí, hygieně a výživě
- Edukace ohledně těhotenství, porodu, životosprávy, hygieny, kojení, šestinedělí
- Poučení v porodnici
- Edukaci při pravidelných kontrolách před porodem
- Předporodní péče, porod

Ne, proč

- Setkám se s nimi až u porodu, tudíž edukace probíhá na porodním sále v rámci porodu
- Nemají zájem, pouze edukace u porodu



Graf 32 Vzdělávání romských a vietnamských klientek porodními asistentkami

5. Chtěla byste se podílet na vzdělávání romských a vietnamských klientek?

Analýzou dat bylo zjištěno, že 43 (86 %) porodních asistentek se nechce podílet na vzdělávání romských a vietnamských klientek; 7 (14 %)porodních asistentek se na vzdělávání chce podílet

Tabulka 33 Zájem na vzdělávání romských a vietnamských klientek

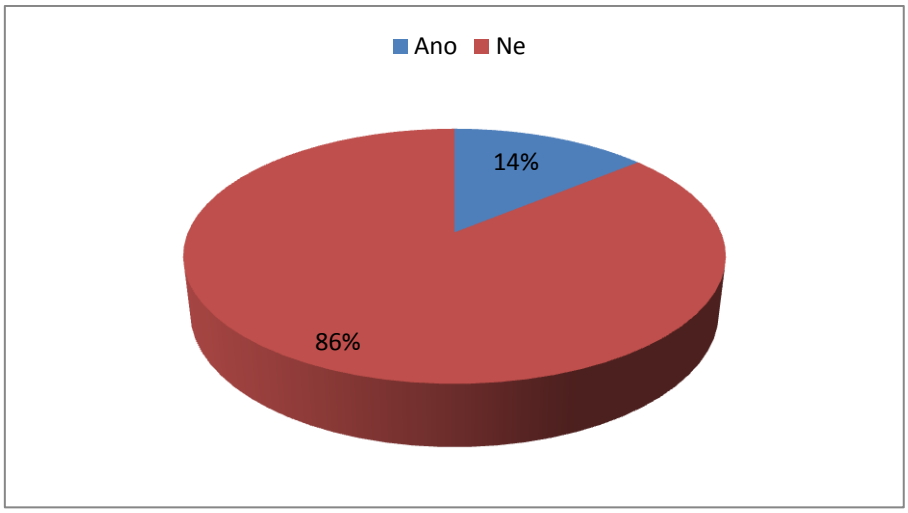
Chci se podílet na vzdělávání	N	Relativní četnost v %
Ano, jak	7	14
Ne, proč	43	86

Ano, jak

- Jen v rámci edukace
- Nemáme jak
- U Romek by musel být pozitivnější přístup ke vzdělávání, člověk jim něco řekne, oni si to stejně nevezmou k srdci (nechodí do předporodních kurzů, i když by to potřebovaly)

Ne, proč

- Pouze vietnamských
- Nechtěla jsem pracovat jako učitelka, při práci v porodnici nutnost
- Snížená komunikace, asi chybí snaha ze strany klientek se vzdělávat
- Mám dostatek aktivit
- Chybí zájem, komunikační bariéra
- Nechci se podílet více na vzdělání nikoho, takže ani romských ani vietnamských klientek



Graf 33 Zájem na vzdělávání romských a vietnamských klientek

6. Víte, proč romské klientky chtějí odcházet ihned po porodu domů?

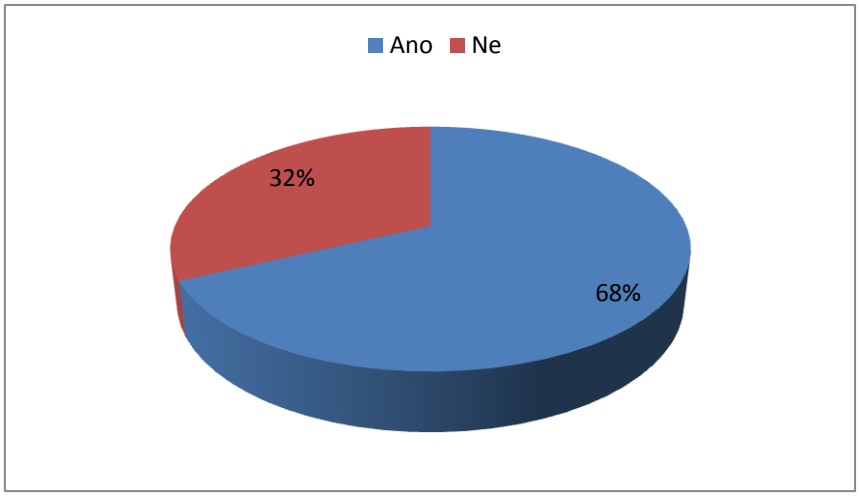
Analýzou dat bylo zjištěno, že 34 (68%) porodních asistentek uvádí, že ví, proč romské ženy chtějí odejít ihned po porodu domů. Níže jsou důvody, které byly uvedeny; 16 (32%) porodních asistentek neví, proč romské ženy chtějí ihned po porodu odejít domů.

Tabulka 34 Brzký odchod romských žen po porodu domů

Znalost brzkého odchodu	N	Relativní četnost v %
Ano, proč	34	68
Ne	16	32

Ano, proč

- Jdou za mužem
- Vymýšlejí si různé důvody, nejčastěji péče o ostatní děti nebo úmrtí v rodině, pravý důvod jdou za mužem
- Jinačí mentalita, říká se, že když není žena doma, muž odchází za sexem jinam
- Vymyšlené důvody, děti, pohřeb, vyřizování na sociálce
- Údajně, aby se mohly starat o děti, jsou navyklé na okruh svých lidí, pokud není žena doma, má právo její muž mít jinou ženu
- Vztah k partnerovi
- Musí za chlapem
- Údajně se musí starat o děti doma, je jim samotným smutno, často se vymlouvají, že jim doma někdo umírá, bojí se, že jim manžel uteče za jinou
- Další děti doma, o které se prý nemá kdo starat
- Strach z cizího a uzavřeného prostředí, nechtějí se podřídit domácímu řádu
- Musí být nablízku manželovi



Graf 34 Brzký odchod romských žen po porodu domů

7. Chovají se Romky u porodu jinak než většinová společnost?

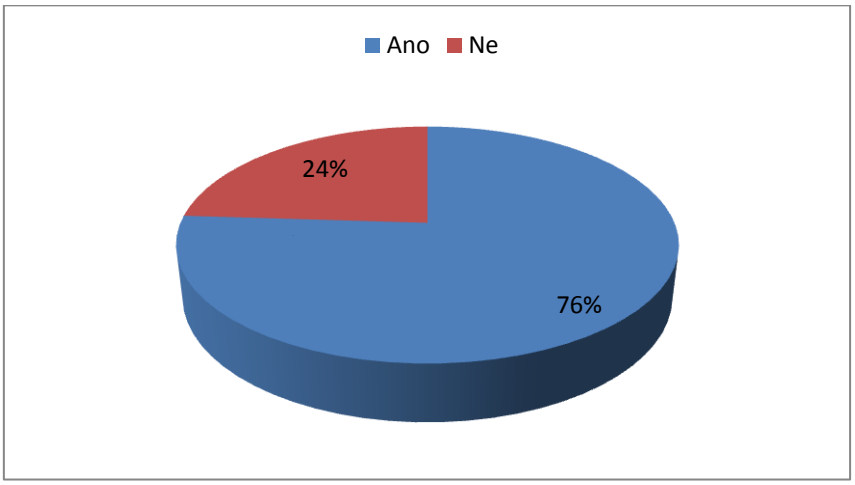
Analýzou dat bylo zjištěno, že podle 38 (76 %) porodních asistentek se Romky chovají u porodu jinak než většinová společnost; 12 (24 %)porodních asistentek uvedlo, že Romky se nechovají jinak než většinová společnost.

Tabulka 35 Chovaní Romek u porodu

Odlišnost v chování	N	Relativní četnost v %
Ano, uveďte jak	38	76
Ne	12	24

Ano, uveďte jak

- Hlučné, neukázněné, nespolupracující, nesoběstačné, bojí se bolesti, upozorňují na sebe hlasitým projevem (je to rys jejich povahy, bojí se o sebe)
- Většinou velmi hlasité projevy, mnohdy nespolupracují, jsou neukázněné, někdy i agresivita vůči personálu (nízký práh bolesti, jiná mentalita)
- Jak které (jsou citlivější, mají silnější citové vazby v romské skupině)
- Neukázněné, nespolupracující, hlučné, křičí, vulgární vůči personálu (nevím)
- Většinou více vokalizují, ale není to podmínka. Jako doprovod u porodu nemají partnera, ale starší ženu (jsou tradičně trpící např., protože rány nosí Romové červené barvu, výrazy jejich historických útrap, nižší práh bolestivosti, stydlivé před muži, porod je ženská záležitost)
- Živelněji, agresivněji, impulsivně, živočišně (jiná mentalita)
- Křičí, jsou často vulgární, někdy agresivní k personálu, neukázněné, často při porodu špatně spolupracují (je to jejich typické chování, jejich mentalita)
- Nedisciplinované, porušují léčebný režim (nemají zábrany a slušné chování)
- Křičí, vulgárně nadávají
- Velice hlasité projevy při bolestech, modlí se
- Jsou vulgární, nezvladatelné, bezohledné
- Více pudů, méně myšlení
- Hlučné, někdy agresivní (sociokulturní vliv)



Graf 35 Chovaní Romek u porodu

8. Chovají se Vietnamky u porodu jinak než většinová společnost?

Analýzou dat bylo zjištěno, že podle 15 (30 %) porodních asistentek se Vietnamky u porodu chovají jinak než většinová společnost; 35 (70 %) porodních asistentek uvedlo, že Vietnamky se u porodu chovají stejně jako většinová společnost.

Tabulka 36 Chovaní Vietnamek u porodu

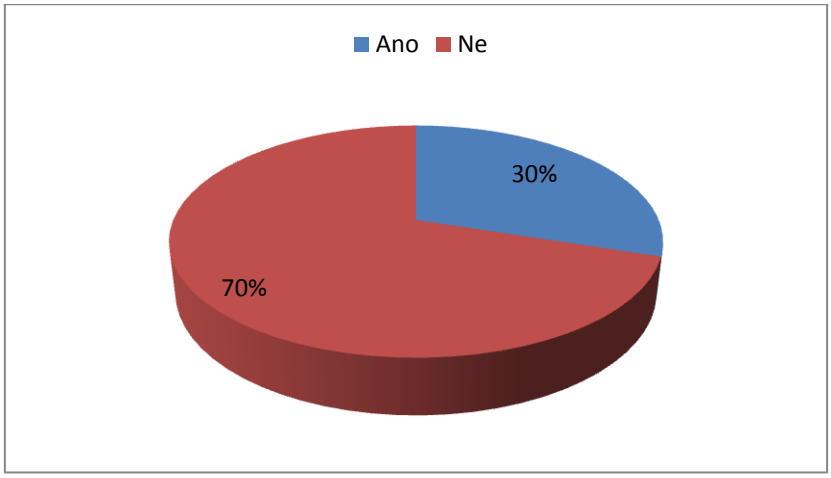
Odlišnost v chování	N	Relativní četnost v %
Ano, uveďte jak	15	30
Ne	35	70

Ano, uveďte jak

- Většinou jsou tiché, vděčné, nedávají nahlas najevo bolest, za všechno děkují, poslušné (je to typické chování jejich kultury, komunity)
- Pokorně, stydlivost před partnerem (jiný národ, dané výchovou)
- Většinou jsou trpělivější, tiché (nevím, mají to v povaze)
- Jak které, klidné poslušné (poslušná geiša)
- Jsou pokornější, velmi se snaží spolupracovat v rámci možností, často jazyková bariéra (jiná národní mentalita)
- Chovají se stejně jako naše matky, jsou spíše klidné, tiché, bojácné, pokorné (pravděpodobně znak jejich rasy)
- Za všechno děkují, pokyvují, často si dělají, co chtějí (myslím si, že je to z důvodu nedostatečné znalosti našeho jazyka a našeho života)

Ne

- Akorát komunikační bariéra, na cokoliv přikyvují a snaží se o spolupráci



Graf 36 Chovaní Vietnamek u porodu

9. Chcete mi na závěr ještě něco sdělit?

Na poslední otevřenou otázku dotazníku odpověděly porodní asistentky následovně

- Mezi Romkami a Vietnamkami je velký rozdíl. Vietnamky se velmi blíží naší populaci, jsou tiché, klidné. Romky nenapravitelné, jen výjimečně některá překvapí svým chováním v dobrém slova smyslu.
- Většinou jsou romské klientky problémové, najdou se i světlé výjimky, ale je jich málo.
- Romky jsou před porodem ochotné slíbit všechno. Po porodu jim otrne a nedodržují sliby.
- Velká benevolence v ČR vůči Romům. Velká nezaměstnanost, pořídí si mnoho dětí, žádná integrace mezi majoritní společností, nevzdělatelní, nevychovatelní, nepřizpůsobivý
- Myslím, že porodní asistentky by se rády podílely na vzdělávání a edukaci romských žen, ale musely by o to mít romské ženy zájem, což nemají. Jsou negativní, a když jim člověk něco řekne a vysvětlí, tak si stejně dělají, co chtějí.

3. 3 Statistické zpracování předpokladů

Předpokládáme, že je významný rozdíl mezi průměrným věkem první menstruace žen romského a vietnamského etnika?

Pomocí Studentova t-testu můžeme rozhodnout, zda dva soubory dat, získané měřením na dvou různých souborech objektů, mají stejný aritmetický průměr.

H_0: Mezi průměrným věkem první menstruace Romek a průměrným věkem první menstruace Vietnamek není rozdíl.

H_A: Mezi průměrným věkem je rozdíl.

Tabulka četností 1

Rok	Četnost n_i	$n_i \cdot x_i$	$n_i(\bar{x}_1 - x_i)^2$
11	12	132	28,46
12	15	180	4,37
13	11	143	2,33
14	8	112	17,05
15	4	60	24,21
$\sum$	50	626	76,42

Z uvedených dat byl vypočítán průměrný věk první menstruace Romek $\bar{x}_2 = 12{,}5$ a průměrný věk první menstruace Vietnamek $\bar{x}_1 = 14{,}7$. Nulovou hypotézu u Studentova t-testu testujeme pomocí kritéria t, které se vypočítává ze vztahu

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{s}\sqrt{\frac{n_1 n_2}{n_1 + n_2}}$$

kde $\bar{x}_1$ je průměr jedné skupiny, $\bar{x}_2$ je průměr druhé skupiny, n_1, n_2 jsou četnosti obou skupin a s je směrodatná odchylka. Směrodatná odchylka se vypočítává z hodnot získaných v obou skupinách z tzv. nestranného rozptylu podle vzorců

$$s^2 = \frac{1}{n_1 + n_2 - 2}\left(\sum (x_{1i} - \overline{x_1})^2 + (x_{2i} - \overline{x_2})^2\right), s = \sqrt{s^2}$$

Z analyzovaných dat vyplývá směrodatná odchylka $s = 1{,}41$ a testovací kriterium $t = 6{,}91$. Kritická hodnota Studentova t testu pro 80 stupňů volnosti a hladinu významnosti 0,05 je $t_{0,05}(80) = 1{,}99$. Protože vypočítaná hodnota t je větší než hodnota kritická, odmítáme nulovou hypotézu a přijímáme alternativní hypotézu.

Můžeme říct, že průměrný rok první menstruace romských žen se *významně statisticky liší* od průměrného roku první menstruace vietnamských žen.

Předpokládáme, že je významný rozdíl mezi romským a vietnamským etnikem ve způsobu navštěvování poradny pro těhotné?

Užijeme test nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku, abychom rozhodli, zda existuje významný rozdíl mezi četnostmi získanými z analýzy dat a teoreticky očekávanými četnostmi.

H_0: Poradna pro těhotné je využívaná oběma etniky stejně.

H_A: Využívání poradny pro těhotné romskými a vietnamskými klientkami se liší.

Kontingenční tabulka

	Ano, pravidelně	Ano, nepravidelně	Ne	∑
Romky	35	6	9	50
Vietnamky	32	2	1	35
∑	67	8	10	85

Tabulka četností 2

Pozorovaná četnost P		Očekávaná četnost O		P – O		$(P - O)^2 / O$	
Romky	Vietnamky	Romky	Vietnamky	Romky	Vietnamky	Romky	Vietnamky
35		39,42		-4,42		0,50	
6		4,71		1,29		0,35	
9		5,89		3,11		1,64	
	32		27,59		4,41		0,70
	2		3,29		-1,29		0,51
	1		4,12		-3,12		2,36
∑						6,06	

Z uvedených dat vypočítáme hodnotu testovacího kritéria

$$\chi^2 = \sum \frac{(\mathrm{P} - \mathrm{O})^2}{\mathrm{O}}$$

Hodnotu $\chi^2 = 6{,}06$ srovnáme s kritickou hodnotou testového kriteria chí-kvadrát pro hladinu významnosti 0,05 a počet stupňů volnosti 2, kterou je 5,99. Jelikož vypočítaná hodnota je vyšší než hodnota testovacího kritéria, *odmítáme nulovou hypotézu a přijímáme alternativní hypotézu.*

Můžeme říct, že *se návštěvy poradny pro těhotné jedinci jednotlivých etnik se liší.*

4 Diskuze

V diskusi se zamýšlíme nad výsledky výzkumného šetření. V dotazníkovém šetření byly v převážné míře položky zaměřeny na postoj romských a vietnamských žen k těhotenství, porodu a k poporodnímu období a postojem romského a vietnamského etnika k těhotenství, těhotné ženě a narozenému dítěti.

Zaměřme se nyní na problematiku nízkého věku romských žen při prvním těhotenství. Z výzkumného šetření nám vyplynuly následující údaje: 36% Romek bylo poprvé těhotné ve věku 15 – 17 let; 54% Romek bylo poprvé těhotných mezi 18 – 20 lety a pouze 4% Romek bylo těhotný ve 22 a více letech. Tato data můžeme porovnat s bakalářskou prací ,,***Romské rodičky versus hospitalizace v nemocnici***". Autorkou této práce je **Lucie Babková** a její výzkumné šetření probíhalo v roce 2007 na Jihočeské fakultě v Českých Budějovicích. V této práci autorka uvádí následující údaje: 14% romských respondentek v době prvního těhotenství bylo ve věku 15 – 20 let; 27% ve věkovém rozmezí 21 – 25 let; 26% ve věku 26 – 30 let; 9% ve věku 31 – 35 let a 27% respondentek ve věku 35 let a více. Autorka uvádí, že z těchto dat je zřejmé, že věk romských prvorodiček pomalu stoupá, ale i tak je podstatně nižší než věk české populace. Na základě našeho šetření s tímto závěrem nemůžeme souhlasit, protože analýzou dat bylo zjištěno, že většina romských žen poprvé porodila do 20 let věku.

Dále se zaměříme na počet porodů romských a vietnamských žen. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že 30% Romek rodilo čtyřikrát, 30% Romek rodilo jedenkrát, 24% Romek rodilo dvakrát, 16% Romek rodilo třikrát. Naproti tomu 34% Vietnamek rodilo jedenkrát; 49% Vietnamek rodilo dvakrát a 17% Vietnamek rodilo třikrát; žádná z Vietnamek nerodila čtyřikrát a vícekrát. Tomuto odpovídají i odpovědi týkající se užívání antikoncepce, kde 70% Romek a pouze 6% Vietnamek uvedlo, že se nechrání proto nechtěnému těhotenství; 16% Romek a 40% Vietnamek se proti nechtěnému těhotenství brání užíváním tabletové antikoncepce; 8% Romek a 23% Vietnamek se chrání přerušovanou souloží; 6% Romek a 31% Vietnamek se chrání pomocí kondomu.

Zaměřme se také na položku týkající se místa porodu. Respondentky odpověděly takto: 8% Romek rodilo doma; 92% Romek a 100% Vietnamek rodilo v porodnici. Při dotazu na místo dalšího porodu se respondentky zcela jednoznačně shodly, že 100% Romek a 100%

Vietnamek by znovu volilo porod v porodnici. Zatímco v majoritní společnosti se ženy se svými porodními asistentkami vracejí k porodům v domácnosti, romské a vietnamské respondentky o možnosti porodu doma vůbec neuvažují.

V souvislosti s návštěvou porodní asistentky v domácnosti v době těhotenství bylo zjištěno že, 34% Romek a 51% Vietnamek nevědělo, že porodní asistentka může přijít na těhotenskou návštěvu do domácnosti; stejně tak 24% Romek a 17% Vietnamek nevědělo, že porodní asistentka může přijít na návštěvu v šestinedělí do domácnosti; 18% Romek a 23% Vietnamek, ale uvedlo, že porodní asistentku v šestinedělí nepotřebovaly. Z analýzy těchto dat vyplývá, že by ženy nejenom romského a vietnamského etnika měly být více informovány o porodních asistentkách v komunitní péči o službách, které těhotným ženám nabízejí.

Za povšimnutí také stojí délka hospitalizace po porodu. Dotazníkovým šetřením bylo zjištěno, že 42% Romek a 37% Vietnamek chce v porodnici zůstat po celou dobu, tzn. déle než 3 dny; 32% Romek a 29% Vietnamek chce v porodnici zůstat pouze 3 dny; 4% Romek a 6% Vietnamek chce v porodnici zůstat pouze 1 den; 14% Romek a 14% Vietnamek chce odejít ihned po porodu domů. Tato data můžeme porovnat s již zmiňovanou bakalářskou prací na téma ,,***Romské rodičky versus hospitalizace v nemocnici***", která uvádí následující data: 13% Romek odešlo z porodnice ihned po porodu domů; 27% Romek odešlo třetí den po porodu domů; 50% Romek zůstalo v porodnici déle než tři dny. V prvních 24 hodinách po fyziologickém porodu se mohou objevit komplikace jako např. pomalá děložní involuce, krvácení, porucha laktace. Tyto stavy jsou respondentkám romské i vietnamské kultury známy, a proto se můžeme domnívat, že právě tyto komplikace udrží respondentky v porodnici po celou dobu hospitalizace.

Závěrem se zaměřme na skutečnost, že pouze 28% porodních asistentek se na edukaci romských a vietnamských klientek podílí, zatímco 72% porodních asistentek se na edukaci romských a vietnamských klientek nepodílí. Domnívali jsme se, že porodní asistentky budou mít o edukaci romských a vietnamských klientek zájem, ale z dotazníkového šetření nám vyplynulo, že 86% porodních asistentek se na edukaci těchto klientek podílet nechce.

5 Závěr

Prvním cílem práce bylo zjistit prožívání a chování v těhotenství u žen jednotlivých etnik. Bylo zjištěno, že nejvíce Romek (54 %) poprvé otěhotnělo mezi 18 a 20 roky; 71 % Vietnamek poprvé otěhotnělo ve 22 a více letech. Dále bylo zjištěno, že nejvíce Vietnamek (49 %) již rodilo dvakrát, nejvíce Romek (30 %) již rodilo čtyřikrát a více.

Druhým cílem práce bylo zjistit postoj romské a vietnamské společnosti k těhotným ženám. Bylo zjištěno, že u 28 % Romek a 40 % Vietnamek jim jejich okolí se vším pomáhá a těší se z jejich těhotenství; 10 % Romek a 42 % Vietnamek si uvedlo, že si jich okolí váží jako těhotné ženy; 24 % Romek uvedlo, že jejich těhotenství okolí nezajímá.

Třetím cílem práce bylo zjistit chování žen romské a vietnamské kultury v průběhu porodu. Bylo zjištěno, že 52 % Romek a 40 % Vietnamek považuje porod za bolestivý, ale bolest se dá zvládnout; 22 % Romek a 17 % Vietnamek bolestí u porodu křičí a 6 % Romek a 3 % Vietnamek považují porod za bezbolestný. Dále bylo zjištěno, že 48 % Romek a 43 % Vietnamek chce proti bolesti u porodu léky; 42 % Romek a 13 % Vietnamek nechce žádné tišící prostředky; 2 % Romek a 26 % Vietnamek upřednostňuje masáž jako úlevu proti bolesti.

Čtvrtým cílem práce bylo zjistit vztah romské a vietnamské kultury k právě narozenému dítěti. V souvislosti s prvorozenou dcerou bylo zjištěno, že 56 % Romek a 68 % Vietnamek si prvorozené dcery váží stejně jako prvorozeného syna; 24 % Romek uvedlo, že prvorozená dcera nemá v rodině žádné významné postavení; pro 4 % Romek a 9 % Vietnamek představuje prvorozená dcera zklamání, neboť očekávali narození syna. V souvislosti s prvorozeným synem uvedlo 12 % Romek a 77 % Vietnamek, že prvorozený syn je pokračovatelem rodu; 64 % Romek a 20 % Vietnamek uvádí, že si prvorozeného syna váží stejně jako prvorozené dcery.

Pátým cílem práce bylo zjistit zvyklosti romské a vietnamské kultury týkající se porodního děje. Bylo zjištěno, že 52 % Romek a 3 % Vietnamek chtějí být u porodu samy bez přítomností další osoby; 24 % Romek a 37 % Vietnamek chtějí mít u porodu manžela nebo druha; 14 % Romek a 20 % Vietnamek žádají přítomnost matky; 4 % Romek a 14 % Vietnamek chce u porodu kamarádku; 6 % Romek a 14 % Vietnamek chce u porodu porodní asistentku.

Šestým cílem práce bylo zjistit způsob získávání informací o těhotenství a průběhu porodu. Bylo zjištěno, že 70 % Romek a 91 % Vietnamek pravidelně navštěvuje poradnu pro těhotné. O výhodách, které poskytují zdravotní pojišťovny, ví a pravidelně využívá 8 % Romek v porovnání s 57 % Vietnamek; 18 % Romek a 26 % Vietnamek tyto výhody nevyužívá; 74 % Romek a 17 % Vietnamek o těchto výhodách neví. Dále bylo zjištěno, že 78 % Romek a 40 % Vietnamek si přeje rodit vleže; 31 % Vietnamek si přeje rodit na porodní stoličce. Dále bylo zjištěno, že 70 % Romek a 5 % Vietnamek se nechrání proti nechtěnému těhotenství; 16 % Romek a 40 % Vietnamek užívá tabletovou antikoncepci; 6 % Romek a 31 % Vietnamek používá kondom; 8 % Romek a 23 % Vietnamek se proti nechtěnému těhotenství chrání přerušovanou souloží.

Sedmým cílem práce bylo zjistit postoj porodních asistentek k ženám romského a vietnamského etnika. Bylo zjištěno, že 68 % porodních asistentek má jiné (špatné) zkušenosti s klientkami romské kultury; 62 % porodních asistentek má neutrální (jako s ostatními klientkami) zkušenosti s klientkami vietnamské kultury. Největší podíl (92 %) porodních asistentek se s Romkami a Vietnamkami setkalo při porodu v porodnici. V souvislosti se vzděláváním romských a vietnamských klientek bylo zjištěno, že 72 % porodních asistentek se nijak na vzdělávání romských a vietnamských klientek nepodílí; 86 % porodních asistentek se na něm nechce podílet z důvodu nezájmu romských klientek a jazykové bariéry u vietnamských klientek. V souvislosti s prožíváním a chováním romských klientek bylo zjištěno, že podle 76 % porodních asistentek se Romky chovají u porodu jinak než většinová společnost; podle 30 % porodních asistentek se Vietnamky chovají u porodu jinak než většinová společnost.

Všechny stanovené cíle byly splněny.

Doporučení pro praxi

- Šířit povědomí o roli porodní asistentky v komunitní péči, při porodu a v šestinedělí.
- Šířit povědomí o nutnosti správné a podrobné edukace těhotných žen romské a vietnamské kultury porodními asistentkami v porodnici i komunitním prostředí. Klientky těchto etnik, by měly být informované o předporodních kurzech a měla by jim být vysvětlena důležitost návštěvy těchto kurzů.
- Zdravotní pojišťovny by měly lépe informovat o nabízených benefitech pro těhotné ženy, aby využití těchto benefitů bylo možné všemi těhotnými.
- Proškolit všechny porodní asistentky o tom, jak provádět edukaci.

Předkládaná diplomová práce by měla přispět k lepší informovanosti porodních asistentek pracujících v porodnicích a porodních asistentek pracujících v komunitní péči o specifikách romské a vietnamské kultury, o odlišném prožívání vztahů, zdraví a nemoci, těhotenství, porodu a šestinedělí, o nutnosti přistupovat k těmto klientkám s respektem a s potřebou zajistit jim dostatek informací pro klidný průběh celým těhotenstvím, bezproblémový porod a šestinedělí. Další pomůckou, která by měla přispět k lepšímu chápání specifičnosti romské a vietnamské kultury je edukační materiál, který je shrnutím celé problematiky.

6 Literatura a prameny

1. BABKOVÁ, L. *Romské rodičky versus hospitalizace v nemocnici.* Olomouc: Univerzita Palackého, 2007, 55 s. Bakalářská práce.
2. BAKALÁŘ, P. *Psychologie Romů*. Praha: Votobia, 2004, 179 s. ISBN 80-7220-180-8.
3. BUDILOVÁ, L., Jakoubek M. *Cikánská rodina a příbuzenství.* Ústí nad Labem: Dryada, 2007, 207 s. ISBN 978-80-87025-11-6.
4. DOLEŽAL, A. *Zrození člověka*. Brno, 1975.
5. EGGOVÁ, P. *Edukační činnost porodní asistentky u těhotných žen.* Olomouc: Univerzita Palackého, 2010, 78 s. Diplomová práce.
6. HETZLER, H. *Předpoklady úspěšné adaptace vietnamských imigrantů na život v České republice.* Olomouc: Univerzita Palackého 2007, 153 s. Diplomová práce
7. HÜBSCHMANNOVÁ, M., ŠEBKOVÁ, H., ŽIGOVÁ, A. *Romsko-český a česko-romský kapesní slovník.* Praha: Fortuna, 1998, 651 s. ISBN 80-7168-619-0.
8. IVANOVÁ, K., ŠPIRUDOVÁ, L., KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetřovatelství I.* Praha: Grada, 2005, 248 s. ISBN 80-247-1212-1.
9. IVANOVÁ, K., JURÍČKOVÁ, L. *Písemné práce na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007, 99 s. ISBN 978-80-244-1832-2.
10. JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetřovatelství.* Praha: Grada, 2007, 99 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
11. KLEMENTA, J. a kol. *Somatologie a antropologie.* Praha: SPN, 1981, 502 s.
12. KOKAISL, P. *Základy antropologie*. Praha: Česká zemědělská univerzita, Provozně ekonomická fakulta, 2007, 184 s. ISBN 978-80-213-1722-2.
13. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. Praha: Grada, 2009, 952 s. ISBN 80-247-0668-7.
14. MALINA, J. a kol. *Antropologický slovník.* Brno: Akademické nakladatelství CERM, c2009, 303 s. ISBN 978-80-7204-560-0.
15. MARTÍNKOVÁ, Š. *Vietnamská komunita v Praze.* Praha: Muzeum hlavního města Prahy, 2010, 46 s. ISBN 978-80-85394-72-6.
16. *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.

17. NEČAS, C. *Romové v České republice včera a dnes.* Olomouc: Univerzita Palackého, 1999, 129 s. ISBN 80-70-67-952-2.
18. PRŮCHA, J. *Interkulturní komunikace*. Praha: Grada, 2010, 199. ISBN 978-80-247-3069-1.
19. *Sbírka zákonů*, ročník 2010, částka 10, Nařízení vlády o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou působností ze dne 3. února 2010.
20. SELIN, H., Stone, P. K. *Childbirth Across Cultures.* Springer 2009. ISBN 978-90-481-2598-2.
21. SOUKUP, V. *Dějiny antropologie*. Praha: Karolinum, 2004, 667 s. ISBN 80-246-0337-3
22. ŠTROMEROVÁ, Z. a kol. *Porodní asistentkou krok za krokem.* Praha: Argo, 2010, 313 s. ISBN 978-80-257-0324-3.
23. VRÁNOVÁ, V. *Historie babictví a současnost porodní asistence*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2007, 204 s. ISBN 978-80-244-1764-6.
24. VRÁNOVÁ, V. *Výchova k reprodukčnímu zdraví.* Olomouc: Univerzita Palackého, 2010, 107 s. ISBN 978-80-244-2629-7.
25. WOLF, J. *Člověk a jeho svět*. Praha: Karolinum, 1999, 212 s. ISBN 80-7184-871-9.
26. WOLF, J. *Antropologie pro každý den*. Praha: ARSCI, 2004, 301 s. ISBN 80-86078-42-6.
27. WOLF, J. *Lidské rasy a rasismus v dějinách a v současnosti*. Praha: Karolinum, 2000, 223 s. ISBN 80-246-0099-4.
28. WOLF, J. *Abeceda národů*. Praha: Horizont, 1984, 265 s.
29. ŽÁČKOVÁ M. *Vliv kulturní antropologie na kvalitu ošetřovatelské péče u jedinců jiného etnika.* Olomouc, 2002, 111 s. Diplomová práce.

Seznam tabulek

Tabulka 1 Etnická příslušnost

Tabulka 2 Věk při první menstruaci

Tabulka 3 Věk prvního těhotenství

Tabulka 4 Návštěvy poradny pro těhotné

Tabulka 5 Výhody pro těhotné, které nabízí zdravotní pojišťovny

Tabulka 6 Počet porodů

Tabulka 7 Plánovaný počet dětí

Tabulka 8 Vztah okolí k těhotenství a těhotné ženě

Tabulka 9 Informovanost o kurzech pro těhotné ženy

Tabulka 10 Návštěva porodní asistentky v těhotenství

Tabulka 11 Návštěva porodní asistentky po porodu

Tabulka 12 Bolest u porodu

Tabulka 13 Přítomnost dalších osob u porodu

Tabulka 14 Poloha na porodním sále

Tabulka 15 Tišení bolesti

Tabulka 16 Způsob antikoncepce

Tabulka 17 Délka pobytu v porodnici

Tabulka 18 Postoj k narozenému dítěti

Tabulka 19 Vztah k prvorozené dceři

Tabulka 20 Vztah k prvorozenému synovi

Tabulka 21 Kojení

Tabulka 22 Délka kojení

Tabulka 23 Místo porodu

Tabulka 24 Místo plánovaného porodu

Tabulka 25 Pořizování výbavy pro dítě

Tabulka 27 Postoj k ženě po porodu

Tabulka 28 Postoj k ženě, která neporodila dítě

Tabulka 29 Zkušenosti porodních asistentek s klientkami romské kultury

Tabulka 30 Zkušenosti porodních asistentek s klientkami vietnamské kultury

Tabulka 31 Okolnosti setkání s romskými a vietnamskými klientkami

Tabulka 32 Vzdělávání romských a vietnamských klientek porodními asistentkami

Tabulka 33 Zájem na vzdělávání romských a vietnamských klientek

Tabulka 34 Brzký odchod romských žen po porodu domů

Tabulka 35 Chovaní Romek u porodu

Tabulka 36 Chovaní Vietnamek u porodu

Seznam grafů

Graf 1 Etnická příslušnost

Graf 2 Věk při první menstruaci

Graf 3 Věk prvního těhotenství

Graf 4 Návštěvy poradny pro těhotné

Graf 5 Výhody pro těhotné, které nabízí zdravotní pojišťovny

Graf 6 Počet porodů

Graf 7 Plánovaný počet dětí

Graf 8 Vztah okolí k těhotenství a těhotné ženě

Graf 9 Informovanost o kurzech pro těhotné ženy

Graf 10 Návštěva porodní asistentky v těhotenství

Graf 11 Návštěva porodní asistentky po porodu

Graf 12 Bolest u porodu

Graf 13 Přítomnost dalších osob u porodu

Graf 14 Poloha na porodním sále

Graf 15 Tišení bolesti

Graf 16 Způsob antikoncepce

Graf 17 Délka pobytu v porodnici

Graf 18 Postoj k narozenému dítěti

Graf 19 Vztah k prvorozené dceři

Graf 20 Vztah k prvorozenému synovi

Graf 21 Kojení

Graf 22 Délka kojení

Graf 23 Místo porodu

Graf 24 Místo plánovaného porodu

Graf 25 Pořizování výbavy pro dítě

Graf 27 Postoj k ženě po porodu

Graf 28 Postoj k ženě, která neporodila dítě

Graf 29 Zkušenosti porodních asistentek s klientkami romské kultury

Graf 30 Zkušenosti porodních asistentek s klientkami vietnamské kultury

Graf 31 Okolnosti setkání s romskými a vietnamskými klientkami

Graf 32 Vzdělávání romských a vietnamských klientek porodními asistentkami

Graf 33 Zájem na vzdělávání romských a vietnamských klientek

Graf 34 Brzký odchod romských žen po porodu domů

Graf 35 Chovaní Romek u porodu

Graf 36 Chovaní Vietnamek u porodu

Seznam příloh

Příloha 1 Dotazník pro ženy romské kultury

Příloha 2 Dotazník pro ženy vietnamské kultury

Příloha 3 Dotazník pro porodní asistentky

Příloha 4 Edukační materiál