

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Jazyková bariéra jako překážka ošetrovatelské péče u rodičích žen
vietnamské národnosti z pohledu porodní asistentky**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Mgr. Lucie Rolantová

Autor:

Alena Sedláková

2011

Language barrier and accompanying issues as seen by a midwife while providing nursing care to Vietnamese women giving birth

With an ever-increasing number of ethnic Vietnamese residing in the Czech Republic, midwives see a growing number of Vietnamese women giving births in Czech maternity hospitals. New trends in nursing care and the holistic approach have midwives provide all women, no matter what race, with such level of nursing care that meets their bio-psycho-social and spiritual needs. The essential element in meeting the needs of ethnic Vietnamese clients is effective communication.

The objective of the bachelor's thesis at hand is to observe specifics of nursing care provided to Vietnamese women during a childbirth and postpartum period and to find out whether nursing staff see a language barrier while providing care to Vietnamese women. The empirical part of the thesis is based on quantitative and qualitative researches, in which two research corpora were scrutinized. The technique used in gathering data in the first research corpus was a questionnaire completed by midwives working in maternity hospitals. The outcome of the quantitative research is shown in graphs. The technique used in gathering data in the second research corpus was a semi-structured interview, which was held with Vietnamese women giving births in Jindřichův Hradec maternity hospital. Following the interviews, case reports were created to provide for a research base that was used while compiling categorization tables containing summaries of the most important outcomes of the research.

The outcomes of the research see the main problems in the areas of informed consents, communication while admitting the women giving births to the delivery room, and communication during the second stage of birth. Based on both of the researches, two information leaflets were compiled in order to help improve the communication between the midwives and Vietnamese women giving births.

Prohlášení

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

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

V Českých Budějovicích

.....
Alena Sedláková

Poděkování

Ráda bych poděkovala své vedoucí práce paní Mgr. Lucii Rolantové za odborné vedení, vstřícný přístup, poskytování cenných rad a pomoc při psaní bakalářské práce. Zároveň děkuji za trpělivost a podporu své rodině, bez jejich pomoci bych nemohla studium dokončit. V neposlední řadě děkuji panu překladateli Bien Nguyen Dang. Za jazykovou a gramatickou kontrolu děkuji paní Mgr. Vlastě Vovsíkové.

Obsah:	
Úvod	3
1 Současný stav	4
1.1 Ošetřovatelská péče v porodní asistenci	4
1.1.1 <i>Historie babictví</i>	4
1.1.2 <i>Porodní asistentka – mezinárodní definice</i>	5
1.1.3 <i>Porodní asistentka - legislativa v ČR</i>	5
1.1.4 <i>Role porodní asistentky</i>	6
1.1.5 <i>Mezinárodní etický kodex porodních asistentek</i>	7
1.1.6 <i>Etické zásady multikulturní péče</i>	7
1.2 Multikulturní ošetřovatelství	7
1.2.1 <i>Minorita, dominantní skupina, marginalita</i>	8
1.2.2 <i>Národ, národnost, národnostní menšina</i>	8
1.2.3 <i>Kultura, kulturní šok</i>	9
1.2.4 <i>Etnikum, etnicita, etnické vědomí</i>	10
1.2.5 <i>Enkulturační, asimilace</i>	10
1.2.6 <i>Rasa, rasismus</i>	11
1.3 Transkulturní ošetřovatelství	12
1.3.1 <i>Madeleine Leiningerová</i>	12
1.3.2 <i>Model „vycházejícího slunce“</i>	13
1.3.3 <i>Model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče</i>	15
1.4 Vietnamská menšina v České republice	16
1.4.1 <i>Historie migrace z Vietnamu do České republiky</i>	16
1.4.2 <i>Specifika vietnamské rodiny</i>	17
1.4.3 <i>Vietnamské ženy a těhotenství</i>	18
1.5 Komunikace a její specifika ve vietnamské kultuře	18
1.5.1 <i>Verbální komunikace: Komunikace pomocí slov</i>	19
1.5.2 <i>Non verbální komunikace</i>	19
1.5.3 <i>Zásady komunikace s cizinkou</i>	23
1.6 Informace ve zdravotnickém zařízení, informovaný souhlas	24

2	Cíle práce, hypotézy a výzkumné otázky	26
2.1	<i>Cíle práce</i>	26
2.2	<i>Hypotézy.....</i>	26
2.3	<i>Výzkumné otázky.....</i>	26
3	Metodika.....	27
3.1	<i>Metodika a technika výzkumu</i>	27
3.2	<i>Charakteristika výzkumných souborů</i>	27
4	Výsledky výzkumu	28
4.1	<i>Analýza dotazníku porodních asistentek</i>	28
4.2	<i>Kazuistiky respondentek.....</i>	40
4.3	<i>Kategorizace dat v tabulkách</i>	50
5	Diskuze	57
5.1	<i>Diskuze k výsledkům kvantitativního šetření</i>	57
5.2	<i>Diskuze k výsledkům kvalitativního šetření.....</i>	60
6	Závěr.....	65
7	Seznam použité literatury	67
8	Klíčová slova	70
9	Přílohy	71

Úvod

S přílivem velkého množství migrantů z Vietnamu, který započal již na začátku druhé poloviny dvacátého století, vyvstala pro majoritní skupinu obyvatel České republiky nutnost harmonizace a zkvalitňování společného soužití s vietnamskou menšinovou společností. Se stále rostoucím počtem cizinců dlouhodobě žijících na území našeho státu se zvyšuje i jejich počet ve zdravotnických zařízeních. Vietnamská komunita je jednou z nejpočetnějších menšin v České republice. Moderní ošetrovatelství klade důraz na bio – psycho – sociální a spirituální potřeby každého jedince, bez ohledu na jeho národnost, rasu nebo vyznání. Touto problematikou se zabývá multikulturní a transkulturní ošetrovatelství, které si klade za cíl poskytovat ošetrovatelskou péči v souladu se zvyky a tradicemi příslušníků odlišných etnických skupin. Pro naplnění tohoto cíle je však nutné, aby ošetřující personál měl základní znalosti proto, aby mohl lépe uspokojovat potřeby pacientek z minoritních skupin.

Téma mojí bakalářské práce s názvem „Jazyková bariéra jako překážka ošetrovatelské péče u rodičích žen Vietnamské národnosti z pohledu porodní asistentky“ jsem si zvolila na základě vlastních zkušeností z porodnické praxe s rodičkami vietnamské národnosti. U těchto rodiček je trvalým problémem poměrně malá znalost českého jazyka, která způsobuje komunikační problémy mezi nimi a veškerým zdravotnickým personálem včetně porodních asistentek. Tento stav je naprosto běžným jevem i v případě vietnamských rodiček, které v České republice žijí již dlouhou dobu. Cílem mé práce je alespoň částečně pomoci porodním asistentkám v jejich práci s vietnamsky hovořícími rodičkami, ale také ulehčit komunikaci a celkový pobyt ve zdravotnickém zařízení rodičkám vietnamské národnosti, neboť nemožnost kvalitní komunikace přináší do jisté míry těmto rodičkám stres, který není při porodu žádoucí.

1 Současný stav

1.1 Ošetrovatelská péče v porodní asistenci

Ošetrovatelská péče v porodní asistenci prodělala od starověku do současnosti mnoho změn. V současné době je na prvním místě v ošetrovatelské péči porodní asistentky holistický přístup k ženám a rodičkám. Za prvořadé se klade důraz na individuální potřeby každé ženy. Na narození dítěte je nahlíženo jako na normální a zdravou událost v rodině. Porodní asistentka připravuje ženu na změny, které přicházejí v období těhotenství, porodu a šestinedělí (17).

1.1.1 Historie babictví

První zmínky o porodních pomocnicích se nacházejí již ve Starém zákoně, kde je popisována praxe egyptských porodních bab a židovských žen. Profese porodních asistentek je prastaré řemeslo, jako je lidstvo samo. Ženy rodily samy bez jakékoliv pomoci. Rodička tak byla vydána velkému nebezpečí. Až později začaly ženám poskytovat pomoc starší zkušené ženy z rodiny. Jejich znalosti se opíraly pouze o své vlastní zkušenosti a poznatky předávané z generace na generaci. Nazývaly se znalkyně vnitřku, báby pupkořezné, akušérky, ženy babicí, moudroženy, porodní báby. Používáním dovětku babicí, se rozumí babiti = roditi (5, 22, 30).

Vývoj v Čechách: Oficiální medicína se porodnictvím prakticky nezabývala. První zmínky o teoretickém vzdělávání porodních bab jsou z roku 1348, kdy se porodní báby směly připravovat na Univerzitě Karlově v Praze, toto období však trvá velmi krátkou dobu. Poté je vzdělávání porodních bab opět ponecháno osudu až do doby Marie Terezie, kdy dochází k reformám. Na venkově však přesto působí mnoho porodních bab bez jakéhokoli vzdělání. Od roku 1808 začíná působit na Karlově Univerzitě prof. Jungmann. Vydal učebnici pro porodní báby a velmi se zasloužil o pokroky v babictví. Mezi osobnostmi, které se zasloužily a rozvoj babictví byl prof. Karel Pawlík a prof. Václav Rubeška. Postupně se stalo babictví zdravotnickým povoláním s úzce vyhraněnou oborovou náplní (2, 30).

1.1.2 Porodní asistentka – mezinárodní definice

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

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

Porodní asistentka má důležitou úlohu ve zdravotním poradenství a vzdělávání nejen žen, ale i v rámci jejich rodin a celých komunit. Tato práce by měla zahrnovat předporodní přípravu a přípravu k rodičovství a může být rozšířena i do oblasti zdraví žen, sexuálního nebo reprodukčního zdraví a péči o dítě (4).“

Tato definice byla přijata 19. 7. 2005 na kongresu Mezinárodní konfederace porodních asistentek (ICM) konaném v Brisbane, Austrálie. Nahrazuje Definici porodní asistentky přijatou ICM v roce 1972 a doplněnou v roce 1990.

1.1.3 Porodní asistentka - legislativa v ČR

Zákon pro výkon nelékařský zdravotnických povolání – Zákon č. 96/2004 Sb., který vstoupil v platnost 1. dubna 2004, vymezuje obor porodní asistentka následujícím způsobem: „*Za výkon povolání porodní asistentky se považuje poskytování zdravotní péče v porodní asistenci, to je zajištění nezbytného dohledu, poskytování péče a rady ženám během těhotenství, při porodu a šestinedělí, pokud probíhá fyziologicky. Vedení fyziologického porodu a poskytování péče o novorozence. Součástí této péče je také ošetrovatelská péče o ženu na úseku gynekologie. Dále se porodní asistentka ve spolupráci s lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péči (31,32).“*

1.1.4 Role porodní asistentky

Povolání porodní asistentky zahrnuje jistý systém rolí. Porodní asistentka nezastává pouze jednu roli, ale jedná se o více rolí najednou. V současnosti plní porodní asistentka tyto role: *Porodní asistentka jako poskytovatelka ošetrovatelské péče*: Tato role je chápána jako holistická ošetrovatelská péče o ženu v průběhu jejího celého života, tzn. od narození do období klimaktéria. Její stěžejní péče se zaměřuje na těhotné ženy, rodičky, ženy v období šestinedělí.

Porodní asistentka jako edukátorka: Edukační role porodní asistentky je mnohostranně zaměřená na utváření a formování uvědomělého a zodpovědného chování a jednání žen v zájmu prevence, plánovaného rodičovství, těhotenství, porodu, šestinedělí a v zájmu zachování zdraví. Ženy motivuje a využívá všech dostupných edukačních vědomostí.

Porodní asistentka jako mentorka: Porodní asistentka zodpovídá na svém pracovišti za studentky, které se na výkon svého povolání připravují v rámci praxe na klinických pracovištích. Předává své zkušenosti mladším kolegyním v adaptačním procesu. Tato role vyžaduje určité pedagogické a komunikační dovednosti vyzrálé osobnosti.

Porodní asistentka jako manažerka: Porodní asistentka může působit v řízení a organizaci na různých úrovních a to na státní, ale i regionální úrovni zdravotnických zařízení. Řídí ošetrovatelský proces na daném pracovišti a zajišťuje koordinovanou a efektivní ošetrovatelskou péči.

Porodní asistentka jako advokátka: Je obhájkyň žen, prezentuje jejich práva. Předkládá a tlumočí jejich názory a požadavky. Uplatněním této role porodní asistentka projevuje svůj zájem o ženy, jejich potřeby a problémy.

Porodní asistentka jako výzkumnice: Role výzkumnice předpokládá přiměřené vzdělání, možnosti a potenciál pro výzkumnou činnost v oblasti ošetrovatelské péče o ženu. Ošetrovatelství se utváří jako vědecká disciplína, která se neustále vyvíjí a bez kvalitního výzkumu by pokrok v ošetrovatelské péči o ženu nebyl možný. Porodní asistentka se tím stává i nositelkou změn v jejím oboru (7, 18).

1.1.5 Mezinárodní etický kodex porodních asistentek

Mezinárodní konfederace porodních asistentek vydala mezinárodní etický kodex porodních asistentek. Ministerstvo zdravotnictví České Republiky schválilo tento etický kodex 20. 3. 1991. Cílem kodexu je zlepšení úrovně poskytované péče ženám, dětem a rodinám na celém světě. Využívá přitom profesních schopností, dovedností a vzdělání každé porodní asistentky (14), (Příloha 3).

1.1.6 Etické zásady multikulturní péče

Léčba a péče má být poskytována nezávisle bez ohledu na národnost, náboženství a vyznání, etnický původ, politický názor, sociální status, pohlaví, nemoc, stáří nebo zdravotní postižení. Proto je nesmírně důležité disponovat znalostmi o etnických skupinách, minoritách, kulturních hodnotách (10, 13).

1.2 Multikulturní ošetřovatelství

Rozvoj multikulturního ošetřovatelství začíná po druhé světové válce ve Spojených státech amerických, kde se sestry začaly častěji setkávat při své ošetřovatelské praxi s lidmi národů, kultur a etnik, kteří se do země přistěhovali, emigrovali nebo se jednalo o utečence. Kosmopolitní společnost položila základy multikulturnímu a transkulturnímu ošetřovatelství.

Po roce 1989 se Česká republika setkává s většími počty cizinců. Stává se cílem imigrantů a to nejen ze zemí sousedících s Českou republikou, ale i ze vzdálených zemí světa. Stále častěji se proto porodní asistentky setkávají při poskytování ošetřovatelské péče s klientkami různých kultur. Základem ošetřovatelské péče v porodní asistenci je poskytovat takovou ošetřovatelskou péči klientkám, která bude uspokojovat jejich bio-psycho-sociální a spirituální potřeby, ať už jsou jakékoliv rasy, vyznání atd. Takovou možnost poskytuje porodním asistentkám transkulturní ošetřovatelství, kdy je cizinkám poskytována péče v souladu s jejich zvyky, tradicemi, náboženstvím a vírou. Porodní asistentky řeší úkol, jak nejlépe poskytovat smysluplnou, účinnou, individualizovanou a

kulturně vhodnou ošetrovatelskou péčí svým klientkám v období těhotenství, porodu a šestinedělí (10, 16).

Základní pojmy jsou nedílnou součástí multikulturního ošetrovatelství. Bez jejich znalosti nelze dobře pochopit danou tematiku.

1.2.1 *Minorita, dominantní skupina, marginalita*

Minorita neboli menšina: rozumíme jakoukoliv skupinu lidí danou nějakým sociologicky významným společným znakem (národnostní menšina, náboženská menšina), která se svým počtem nikdy nemůže vyrovnat skupině lidí, která tvoří v dané společnosti většinu. Začlenění do minority se přenáší dědičností, která spojuje další generace i tehdy, chybí-li snadno rozpoznatelné kulturní nebo fyzické vlastnosti.

Za *dominantní skupinu* se považuje sdružení lidí uprostřed společnosti, které má výjimečné postavení v hodnotovém žebříčku společnosti. Je nadřazená nad ostatní obyvatele a rozhoduje o tzv. odměnách či výhodách ve společnosti.

Marginalita by se dala přeložit jako okrajovost, vyloučenost. Je opakem majority. Marginální se velmi často stává menšina. Vyloučení nebo život na okraji společnosti zanechává na člověku značné stopy. Tímto způsobem vyřazené sociální skupiny pak vytvářejí negativní vzorce chování. Lidé z marginálních skupin mají velké problémy se zaměstnaností. Přesto, že by rádi pracovali, jsou vylučováni majoritní společností (10,15).

1.2.2 *Národ, národnost, národnostní menšina*

Národ je kulturní a politické společenství lidí, na jehož tvorbu mají vliv dějiny a společné hranice území, na kterém tito lidé žijí. Jsou uváděny tři typy kritérií, kterými jsou národy identifikovány. Většinou se všechna kritéria prolínají a kombinují. Za kulturní kritérium je považován spisovný jazyk, celospolečensky vyznávané náboženství a společná dějinná zkušenost. Kritérium politické existence je dáno vlastním státem nebo autonomním postavením např. ve vícenárodnostním nebo federativním státě. Třetím kritériem je psychologické kritérium, kdy lidé sdílejí

společné povědomí o své příslušnosti k určitému národu. Silné národní uvědomění se nazývá vlastenectví. Vyhraněnou podobou vlastenectví nazýváme nacionalismem.

Národnost je v současné době chápána jako příslušnost k danému národu nebo etniku. Národnost jako příslušnost k danému národu je dnes chápána ve dvojitým smyslu pojmu. „Národ“ ve smyslu etnickém či politickém. Národ ve smyslu etnickém jsou lidé se společným jazykem, společnou historií, zvyky, tradicí, společným územím a národním hospodářstvím. Národ ve smyslu politickém je společenství občanů daného státu, tedy soubor osob se státním příslušenstvím tohoto státu.

Výraz *Národnostní menšina* se používá k tomu, aby bylo možné zařadit pod jeden termín všechny typy a kategorie etnických společenství. Výjimku tvoří tzv. malá etnika, která nedisponují svým vlastním národním státem. Části velkých státních národů, které trvale žijí na území jiného státu a specifické na rozmezí etnografické nebo jiné sociální skupiny (10, 15).

1.2.3 *Kultura, kulturní šok*

Součástí výbavy každého lidského druhu je bezpochyby *kultura*. Jedná se o sdílený způsob vyjadřování, gest a postojů, mimiky, způsoby odívání, příprava a samotná konzumace jídla, víry, morální zásady a další. Kultura není předávána geneticky. Je výsledkem lidské činnosti, myšlení a symbolikou. Je utvářena podle chování určité skupiny lidí a jejich produktů. Může být materiální i nemateriální.

O *kulturním šoku* hovoříme tehdy, když popisujeme stavy lidí, kteří vstupují do neznámého kulturního prostředí. Je způsoben neobvyklými a šokujícími zjištěními, která jsou vyvolána kontaktem s odlišnou a neznámou kulturou. Kulturní šok má několik fází, které v roce 1976 popsali Brinks a Saunders. První fází je stimulace novým prostředím - nadšení, kdy je člověk okouzlen novými podněty. Vše je nové, nezvyklé a lákavé. Druhou fází je realizace jeho života v novém prostředí. Člověk začíná více komunikovat a uvědomuje si skutečnou podobu věcí. Nastává vystřízlivění, frustrace z neporozumění. Ve třetí fází hledá člověk přiměřené a odpovídající modely chování v dané kultuře. Z povrchu věci se člověk dostává hlouběji a začíná chápat fungování dané kultury. Ve čtvrté fází se prostředí pro člověka už nezdá nepřátelské, ale jen „jiné“

a pochopitelnější. Člověk se usazuje, už ví, co si můžete dovolit, a znovu se cítí jako ryba ve vodě. Pokud by se v této fázi člověk vrátil k předchozímu životu, mohl by utrpět obrácený kulturní šok. Může se stát, že ač se člověk vrací do známého prostředí, není v něm schopen normálně fungovat (10, 11, 24).

1.2.4 *Etnikum, etnicita, etnické vědomí*

Slovo *etnikum* pochází z antické řečtiny. Významem slova ethnos je kmen, rasa, národ. V latině se slovem ethnicus rozumí pohan, pohanský. Z tohoto pohledu je velmi patrné, že etnická identifikace lidí má hluboké kořeny již ve starověku. V západní Evropě znamená kulturně diferencované skupiny obyvatel.

Etnicita je vzájemně propojený systém kulturních, jazykových, duchovních faktorů. Je to soubor vlastností a znaků vytyčujících etnikum. Etnicita je úzce spjatá s prvky příslušné kultury.

Etnické vědomí je vědomí sounáležitosti s danou etnickou skupinou. Jedná se o soubor názorů na původ, etnický prostor, osudy v historii. Jestliže však etnické vědomí povýší na jediné správné vědomí, podle něhož jsou hodnocena ostatní etnika, hovoříme o etnocentrismu. Jedná se o přesvědčení, že daná kultura jednotlivců je nadřazená ostatním (10).

1.2.5 *Enkulturační proces, asimilace*

Enkulturační proces je proces, při kterém se předávají kulturní vize. Každá společnost, chce-li přežít, se stará o to, aby do dalších generací předala svoje poselství o interpretaci světa. Člověk rodící se do příslušné kultury se učí chápat význam daných věcí i celého světa, ve kterém žije. Bez tohoto povědomí není schopen ve společnosti žít, protože by jí nerozuměl.

V případě *asimilace* se jedná o postupné včleňování jedné etnické skupiny a její kultury do jiné kultury takovým způsobem, že se znaky původní kultury zcela ztrácejí. Původní kultura je nahrazována znaky přejaté - dominantní kultury. Proces asimilace může být procesem pozitivním, ale i negativním. Při pozitivním procesu asimilace se obě skupiny obohacují. Negativním procesem asimilace obě skupiny ztrácejí (9, 22).

1.2.6 *Rasa, rasismus*

Historicky se pojem *rasa* vyvinul s rozvojem anatomie. Věda objevovala, že lidský rod (*homo sapiens*) není jednotný, nýbrž se rozlišuje jednotlivými anatomickými znaky, jako jsou barva kůže, vlasy, oči, tvar obličeje a lebky, tělesné proporce a výška. K rozvoji termínu *rasa* výrazně přispěl svou teorií český antropolog Aleš Hrdlička (1869-1943). *Rasa* je antropologický termín vztahující se k druhové diferenciaci lidských plemen. Jde o jakousi klasifikaci lidí do podskupin dle specifických, pro ně společných, dědičných rysů a znaků. Obecně rozlišujeme tři základní rasy – kavkazoidní, negroidní, mongoloidní. První základní rasou je tzv. rasa kavkazoidní nebo také nazývaná europoidní čili bílá. Rozšířená původně v Malé a Přední Asii, Evropě, v severozápadní Indii a na Kavkaze. Druhou základní rasou je rasa negroidní čili černá. Je rozšířená v Africe na jih od pouště Sahara. Další výskyt této rasy je popisován v malých skupinkách i v jihovýchodní Asii. Třetí základní rasou je tzv. mongoloidní rasa čili žlutohnědá. Rozkládá se na většině Asie. Patří sem i původní obyvatelé Ameriky - indiáni. O původu ras existují dvě teorie. Monogenetická a polygenetická. Současná věda však zastává zásadně teorii monogenetickou. Důležité je také vědět, že kromě somatického třídění ras existuje ještě pojetí ras v sociologii. Ze sociologického pohledu je rasa skupina lidí, kteří sami sebe pokládají za odlišné vzhledem k určitým charakteristikám, o kterých předpokládají, že jsou vrozené a biologicky zděděné. Stejně tak je posuzují i ostatní lidé. V tomto smyslu se mluví o tzv. rase germánské, nordické (skandinávské), židovské, arabské atd.

Rasismus je ideologií, která tvrdí, že psychologické kvality jednotlivých lidí jsou spojeny s fyzickými rysy a jsou neměnné. Lidstvo se podle nich dělí do ras, které jsou přirozeně lepší a které jsou podřadné čili horší. Podřazená rasa musí vždy zůstat podřadnou. Základem rasistických teorií je především teze o nerovnocennosti lidských ras. Existují pouze vyvolení, kteří představují nejvyšší lidské kvality, jak po stránce fyzické tak psychické. Všechny ostatní skupiny lidí jsou pro ně vedlejší nebo přímo nežádoucí. Rasismus byl nejdříve odůvodňován nerovností a rozdíly všude v přírodě. Ospravedlňoval chování a jednání vládců a otrokářů. Jde o nenávist a vyvýšení vůči

lidem jiné rasy. Krajním projevem rasismu je genocida, kdy je snahou nadřazené skupiny vyhlazení skupiny podřadné (10).

1.3 Transkulturní ošetřovatelství

Definice transkulturního ošetřovatelství: „*Transkulturní ošetřovatelství je významná oblast studia a praxe orientovaná na komparativní významy kulturní péče (pečování), víry a praktiky individuí či skupin stejných či odlišných kultur. Cílem transkulturního ošetřovatelství je poskytovat kulturně shodnou a diferencovanou ošetřovatelskou péči praktikovanou pro zdravé a nemocné lidi, a nebo jim pomáhat čelit nepříznivým lidským podmínkám, chorobě či umírání kulturně výhodným způsobem.*“ (24, s. 27).

Snahou transkulturního ošetřovatelství je naplnit potřeby klientek, tak aby nepociťovaly nespokojenost a spolupracovaly při poskytování ošetřovatelské péče. Zajímá se i o kulturní zázemí klientčiny rodiny. Smyslem a cílem transkulturního ošetřovatelství je rozšíření aktuálních poznatků do ošetřovatelské praxe. Připravit na výkon povolání porodní asistentky v kulturně kosmopolitní společnosti a zvětšit jejich znalosti v oblasti multikulturního a transkulturního ošetřovatelství (15, 24).

1.3.1 Madeleine Leiningerová

Zakladatelkou a vůdčí osobností oboru je Madeleine Leiningerová, původně sestra na dětském psychiatrickém oddělení v USA. Svou teorii, kterou začala tvořit od padesátých let dvacátého století, nazvala teorií kulturně diverzifikované (různorodé) a univerzální péče, zkráceně teorie shodné péče. V šedesátých letech zavedla pojem transkulturní ošetřovatelství (Transcultural care, Transcultural nursing) a prováděla první výzkum v Papui-Nové Guineji. Jako pedagožka působila jako významný pedagog na téměř stovce univerzit, je autorkou kolem 30 knih, věnuje se přednáškové činnosti. V současné době působí ve městě Omaha ve státě Iowa (7).

1.3.2 Model „vycházejícího slunce“

Model „vycházejícího slunce“ byl vyvinut jako koncepční holistický výzkumný průvodce či vodítko rozboru mnohočetných teoretických faktorů. Model ukazuje potencionální vlivy (ne příčiny), které mohou vysvětlit vztahy mezi fenomény péče a historií, kulturou, sociální strukturou, světovým názorem, prostředím a jinými faktory. Jednotlivé složky modelu „vycházejícího slunce“ :

1. Rozměr kulturní a sociální potřeby

Jednotlivými paprsky slunce je ve schématu modelu znázorněn sociokulturní kontext. Jednotlivé faktory jsou technologické, filozofické a náboženské, právní a politické, vzdělávací, ekonomické, rodinné faktory, kulturní hodnoty a životní styl. Všechny faktory jsou vzájemně propojené a nemůžeme jejich vliv na jedince chápat odděleně. Jednotlivé paprsky slunce jsou ve vzájemné souvislosti s jádrem slunce, které je tvořeno: praktikami péče a zdraví, modely, znaky. Všechny faktory ovlivňují vnímání zdraví a nemoci, jakožto způsob péče, který jedinec využívá.

2. Systém péče

Leiningerová rozlišuje dva systémy péče: tradiční a profesionální.

Tradiční systém péče: Jedná se o způsoby péče, které jsou praktikovány příslušníky subkultury. Je nazýván laickým nebo lidovým systémem a je charakterizován jako: „kulturně naučené a přenesené názory, poznatky a zručnost vlastních lidí, které využívají při zabezpečení nebo podpoře činnosti jedinců, skupin nebo institucí“.

Profesionální systém: je to systém převládající v profesních institucích, kde jsou zaměstnanci různých povolání. Reprezentuje názory velkých etnik, majoritní části obyvatelstva. Příslušníkem tohoto systému je i porodní asistentka (7, 21, 24).

3. Typy péče

Péče tvoří centrum ošetrovatelských aktivit. Je základní a sjednocující dominantou charakterizující ošetrovatelství. Leiningerová rozlišuje dva pojmy. Pojem péče (care) a starání se (caring). Starání se charakterizuje jako „naučené a přenesené

kulturní způsoby asistence, podpory a pomoci nemocným lidem, zdravým nebo umírajícím“. Představuje ošetrovatelské aktivity, které jsou konkrétním vyjádřením péče. Starání se je podle Leiningerové znakem, který dělá ošetrovatelství a kterým se odlišuje od ostatních disciplín a tím tvoří *“duši a srdce ošetrovatelství*“.

Kulturně shodnou péči můžeme podle Leiningerové realizovat třemi způsoby, v závislosti na tom, v jakém stavu se klientka nachází, které jsou její hlavní prioritní potřeby a problémy.

1. Kulturní péče pomáhající uchovat nebo získat zdraví

Tento typ péče zahrnuje: *„takovou asistenci, podporu, která prostřednictvím profesionální činnosti pomáhá lidem jednotlivých kultur uchovávat jejich pohodu, zotavit se z těžkostí nebo čelit postižení nebo smrti“*. Z definice je patrné její zaměření jak na lidi zdravé, tak i nemocné. Zdravým ženám pomáhají porodní asistentky pomocí podpůrných aktivit a nemocným klientkám pomáhají v zotavení z jejich těžkostí.

2. Kulturní péče umožňující adaptaci

Tento typ péče v sobě ukrývá všechny intervence, které pomáhají klientce adaptovat se na nové kulturní způsoby péče. Porodní asistentky pomáhají klientce při její adaptaci na nové životní role (např. role budoucí a stávající matky), nepříznivé události (intrauterinní smrt plodu), a nebo nejčastěji na roli rodičky či pacientky. Při hospitalizaci může mít pacientka, která přichází z jiného kulturního prostředí, problémy. Je zde omezený kontakt s příbuznými, nemocniční stravování neodpovídá jejím kulturním zvyklostem atd. Úkolem porodní asistentky je dohodnout se s pacientkou na takové péči, která bude respektovat potřeby pacientky, ale zároveň splňovat požadavky nemocničního režimu.

3. Kulturní péče pomáhající uskutečnit změnu

Tento typ péče se dostává do popředí tehdy, když je potřeba přeměny nebo úplné změny způsobu, jakým se pacientka o své zdraví stará (7, 21, 24), (příloha 1).

1.3.3 Model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče

Model Gigerové a Davidhizarové je nazýván modelem kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče. Vychází a zároveň navazuje na práci Leiningerové. Rozebírá další rovinu transkulturního ošetřovatelství – hodnocení stavu potřeb pacientky a ošetřovatelské intervence. Model byl vytvořen pro potřeby studentů k usnadnění hodnocení a poskytování péče pacientům odlišné kultury a urychluje celostní ošetřovatelské hodnocení stavu potřeb pacienta. Klade důraz na potřeby porodních asistentek průběžně hodnotit kulturní proměnné v ošetřovatelském procesu a jejich vliv na chování ve zdraví a nemoci. Každý jedinec je kulturně jedinečný a má být hodnocen v šesti bodech kulturního fenoménu. Jsou jimi: komunikace, interpersonální prostor, sociální začlenění, čas, ovládání prostředí a biologické variace (15, 24).

Komunikace je nezastupitelná na celém světě a často představuje nejvýznamnější problém při ošetřování klientek z odlišných kultur.

Interpersonální prostor: Každá osoba má své teritoriální chování. Komunikace probíhá v prostorovém kontextu, který má každá kultura odlišný. Nerespektování tohoto prostoru či značné zasahování do intimní zóny mohou vyvolat diskomfort a vést k odmítnutí ošetřovatelské péče a konečně i léčby.

Sociální začlenění: Jedná se o způsob chování, jakým kulturní skupina organizuje sama sebe ve vztahu k rodině. Etnicita a kultura se vždy vztahují ke struktuře rodiny, náboženským hodnotám, plnění rolí a víře.

Čas: je velice zajímavý v interpersonální komunikaci. Každé kulturní uskupení je orientováno jinak na minulost, přítomnost a budoucnost. Proto může vzniknout neshoda např. v preventivních programech, protože preventivní intervence jsou motivovány budoucím prospěchem.

Ovládání prostředí: Ukazuje nám cestu, kterou se daný jedinec může ubírat. Může věřit vnějším silám, jako je bůh nebo osud. Proto může zdravotní péči odmítat, i když to pro něho bude mít katastrofické následky. Tyto okolnosti ovlivňují zdraví populace daného etnika a její vztah ke zdraví a zdravotnickým službám.

Biologické variace: Jedná se o biologické rozdílnosti, genetické variace, které existují mezi různými druhy lidských ras. Lidé se tedy liší nejen svou kulturou, ale i biologickými variacemi. Tato fakta musí být důkladně prozkoumána, aby výsledky výzkumů mohly být uvedeny do zdravotnické praxe. Klientkám by pak mohla být poskytována komplexní a kulturně uzpůsobená péče (22), (příloha 2).

1.4 Vietnamská menšina v České republice

Celkový počet Vietnamců žijících na území České republiky se odhaduje na 65 tisíc. Na základě statistických šetření se počet Vietnamců na území ČR s povoleným dlouhodobým pobytem neustále zvyšuje. K 31. 5. 2010 byli v ČR nejčastěji zastoupeni občané Ukrajiny (128 636 osob, 30 %) a Slovenska (71 392 osob, 17 %). Dále následovala státní občanství: Vietnam (60 931 osob, 14 %), Rusko (31 037 osob, 7 %) a Polsko (18 572 osob, 4 %). Vietnamská komunita tvoří třetí největší skupinu cizinců, která po Slovácích a Ukrajincích žije na území ČR. Naprostá většina vietnamské populace má stále státní občanství Vietnamu. Vietnamců se státním občanstvím České republiky je stále velmi malé procento. Vietnamci neohrožují majoritní skupinu obyvatel svou konkurencí, ba právě naopak vytvářejí pracovní místa na trhu práce. V České republice existuje několik organizací vedené vietnamskou komunitou. Je to například Svaz vietnamských podnikatelů, Svaz vietnamské mládeže a studentů, Svaz Vietnamců v ČR a další (3, 25).

1.4.1 Historie migrace z Vietnamu do České republiky

Migrace vietnamských občanů do České republiky má svá specifika a můžeme ji rozdělit do několika skupin. První imigrační vlna se datuje do padesátých let minulého století. Začala jako družba mezi komunistickými republikami na základě mezinárodních dohod mezi oběma zeměmi. Do České republiky přicházela vietnamská mládež jako, byli učňové, stážisté a další. V 70. letech minulého století začala druhá vlna imigrace. Z chudé, válkou zničené země do naší republiky začaly přicházet tisíce mladých Vietnamců. Tehdejší nomenklatura uchazeče o studium v ČR velmi přísně posuzovala. Vyžadovala nadstandardní disciplínu a kázeň. Kdo vykazoval odchylky od jejich

požadavků, byl navrácen zpět do Vietnamské demokratické republiky. Po roce 1989 končí import, který řídila Vietnamská republika. Tím však vlna přistěhovalců nekončí, ba právě naopak. Demokratická republika láká Vietnamce dál a dál. Otevírají se jim možnosti, které doma nemají. Hanoj nadále kontroluje odchod Vietnamců do České republiky. V 90. letech minulého století řada českých podniků, ve kterých byli Vietnamci zaměstnáni, ukončuje svou činnost. Mnoho Vietnamců zůstává v ČR, získává živnostenský list a začíná podnikat. Stávají se vůdčími typy vietnamské komunity. Tito Vietnamci jsou zprostředkovateli servisu, který se týká právního zabezpečení, podnikatelské činnosti a další náležitosti. Vietnamská komunita je velmi výrazně hierarchizovaná a tohoto servisu náležitě využívá. Z ošetřovatelského hlediska je zajímavý rok 1956. V tomto roce začínají jednání na téma československé pomoci vietnamskému zdravotnictví. Česká republika se podílí na výstavbě nemocnice v Haiphongu. Veškeré finanční, provozní, technické a personální náklady spojené s touto nemocnicí hradí Česká republika (20, 25).

1.4.2 Specifika vietnamské rodiny

Tradiční vietnamská rodina je založená na patriarchátu. To znamená, že hlavou rodiny je nejstarší mužský příslušník, který se nazývá Truong Toc. Tento muž je studnou moudrosti a má rozhodující pravomoc v rodině. Ve většině případů je to nejstarší syn v rodině. Má povinnosti vůči rodičům, církvi a předkům. Postavení žen ve Vietnamu je odlišné od postavení žen v České republice. Vietnamská žena nemá takové výsady jako muž. Pokud se žena vdá, přestěhuje se do rodiny svého manžela a jejím úkolem je pečovat o domácnost. Pokud žena porodí dítě, její role se mění. V některých rodinách může mít hlavní slovo hned po manželovi. V nepřítomnosti manžela očekává od svých dětí poslušnost a respekt. Značná specifika se objevují v oblasti jmen. Jména vietnamských rodinných příslušníků jsou složená ze jména osobního, příjmení a spojovací slabiky, která se vkládá mezi jméno a příjmení. V písemné podobě se jako první uvádí příjmení, pak prostřední jméno a nakonec jméno osobní. Mnoho vietnamských jmen je stejných a je složité rozlišit, zda se jedná o muže či ženu. Diferenciální rozlišovacím znakem pro muže či ženu je prostřední jméno. Pro muže se

užívá výrazu „Van“ a pro ženu „Thi“. Ve Vietnamu není zvykem jako v České republice, aby si žena vzala po uzavření sňatku manželovo příjmení. Může být oslokována svým křestním jménem, křestním jménem manžela. Často je však oslokována svým dívčím jménem, ke kterému se přidává předpona „Ba“ – paní (25).

1.4.3 Vietnamské ženy a těhotenství

Těhotenství chápou vietnamské ženy jako velmi zodpovědné období. Jídelníček těhotné ženy je pestrý a vyvážený. Dbají na dostatek vitamínů, masa a vajec. Těhotné ženy by neměly vykonávat těžkou práci. Dostatek odpočinku je velmi důležitý, hlavně ve třetím trimestru gravidity. Tepelný komfort je samozřejmostí. Těhotné vietnamské ženy dodržují speciální hygienu. Např. si čistí zuby slanou vodou. Před porodem vykonávají rituální očistu v podobě koupele. Naopak v prvních poporodních dnech se některé vietnamské ženy nekoupou nebo hygienu velmi omezí. Většina žen však dbá na doporučení ošetřujícího personálu a hygienu běžně provádí. Rodičky v průběhu porodu chovají velmi ukázněně, bolest prožívají stoicky. Je upřednostňován porod per via naturales před porodem císařským řezem. Pokud otec dítěte navštěvuje spolu s matkou kurzy předporodní přípravy, doprovází svou ženu i na porodním sále (19).

1.5 Komunikace a její specifika ve vietnamské kultuře

Komunikace je základní společenský proces, kterým se lidé dorozumívají. Obecně rozumíme komunikací způsob, kterým lidé navazují vzájemný kontakt a oznamují si své myšlenky, postoje, citové zážitky. Základem je mezilidské spojení neboli přenos informací od jednoho člověka k druhému. Průběh a výsledek komunikace je předurčen potřebami, postoji a znalostmi komunikujících. Stejná nebo alespoň podobná hodnotová orientace a očekávání mohou komunikační proces výrazně usnadnit. Pochopení informací je vždy subjektivní a nekryje se plně s obsahem vysílané informace, protože není chápán v celém rozsahu toho, co má mluvčí v hlavě. U slov rozlišujeme význam a smysl. Smysl je určen kontextem. Slovo svým smyslem vyvolává nějaké prožitky, subjektivní pocity a představy. Význam daných slov je zapsán ve slovníku, jedná se o konvenční, obecně sdílený slovní výklad.

Komunikace je živý proces. Neustále se v něm mění úlohy - mluvčí se mění v naslouchajícího a naslouchající v mluvčího. Dochází k interakci, při které se odehrávají adaptační procesy. To znamená, že se stále přizpůsobujeme podmínkám, které se vytváří během této komunikace. Kromě toho, že si každý komunikující do sdělení promítá svůj smysl, dochází k dalšímu ovlivnění sdělené informace prostřednictvím komunikačního šumu. Komunikační šum je vyvolán buď vnějšími podmínkami, jako je např. hluk nebo vnitřními podmínkami, jako je např. nesoustředění a únava. Tím dochází ke zkreslení, převrácení či deformaci přijímaných informací. Příjemce sdělovaných informací si vybírá ze sdělení pouze to, co ho zajímá nebo je mu příjemné (23, 26).

1.5.1 Verbální komunikace: Komunikace pomocí slov

Z vývojového hlediska je verbální komunikace nejmladším a nejvyšším komunikačním stupněm. Jde o specificky lidský způsob sdělování informací pomocí slov. Verbální komunikace je ve formě mluvené nebo psané řeči, kterou nazýváme jazyk. Vietnamština je tonální jazyk, který rozlišuje 6 tónů, zapisuje se latinkovým písmem s hojným využíváním diakritických znamének a tónových značek a celou jeho základní slovní zásobu tvoří jednoslabičná slova. Čeština je však pro Vietnamce velmi těžká, i co se týče zdvořilostních výrazů. Ve vietnamštině neexistuje tykání a vykání v podobě, jakou známe z jazyka českého, a Vietnamka proto při jeho zvládnání nemá k vyjádření zdvořilosti analogické prostředky. Její jazyk totiž užívá zvláštních zdvořilostních obrátů a slov, jejichž aplikace závisí na řadě okolností, vztahujících se k věkové a společenské příslušnosti účastníka rozhovoru: vyjadřuje jimi vztahy nadřazenosti a podřazenosti, mezi staršími a mladšími, mužem a ženou, mezi přáteli jedné věkové kategorie a vztahy neutrální (13, 23).

1.5.2 Non verbální komunikace

Neverbální komunikace je nejstarším dorozumívacím prostředkem mezi jedinci. Nedorozumíváme se pouze slovy, ale celou škálou pohybů a postojů svého těla. Neverbální komunikace je tvořena opticko – kinetickým systémem znaků. Sdělení

předáváme formou gest, mimiky, doteků, vzájemné vzdálenosti, pohybů atd. Je obecně známo, že při rozhovoru dvou lidí sdělujeme prostřednictvím slov pouze 7% veškerých sdělovaných informací. 38% informací získáváme z tónu hlasu, 55% informací pomocí řeči těla (28, 29).

Mimika – komunikace výrazem tváře

Slovo mimika pochází z řeckého slova mimos = imitující, citlivě napodobující. Lidská tvář je výrazným komunikačním prostředkem. Mimikou obličej umíme vyjádřit sedm základních emocí. Primární mimické výrazy jsou: zájem – nezájem, spokojenost – nespokojenost, radost – smutek, klid – rozčilení, strach – jistota, překvapení – očekávání, štěstí – neštěstí. Na obličejí rozeznáváme tři základní mimické zóny: oblast čela a obočí, jsou to nejvyšší partie obličej a můžeme na nich poznat překvapení. Druhou oblastí jsou oči a víčka – vyjadřují strach a smutek. Třetí oblastí obličej zahrnují tváře, nos a ústa.

Ve zdravotnickém zařízení je žena často v roli, v níž je na porodní asistenci závislá. Úsměvem porodní asistentka navozuje přátelskou a uvolněnou atmosféru. Přináší pocit důvěry a klidu. Toto však platí zejména pro klientky z Evropy a Severní Ameriky. U vietnamských žen je úsměv výrazem radosti, ale také výrazem nejistoty, omluvy, rozpaků a zmatku. Porodní asistentka si může mylně myslet, že vietnamská žena se usmívá, a tudíž vše pochopila. Až do té chvíle, kdy zjistí, že dotyčná neporozuměla ani slovo a úsměv je vlastně zoufalství z neporozumění (9, 10, 26).

Gestika

Gesta mají výrazný sdělovací účel. Gesta jsou doprovázena slovem, ale slova můžou zcela nahradit. Klasickým příkladem je kroužek prstů ve tvaru O, kterým vyjadřujeme, že je vše v pořádku. Gesta však nejsou pouze pohyby rukou, ale můžou být vyjádřena kteroukoliv částí těla. Gesta mohou být vědomá, záměrně používaná ke zdůraznění projevu. Gesta jsou také velmi ovlivněna kulturou, ve které daný člověk vyrůstal. Srovnáním nám může být živá gestikulace Italů. Naproti tomu Britové jsou v používání gest velmi rezervovaní. Pokud se podíváme na oblast Vietnamu, je zde

určité specifikum. Např. pro nás běžné gesto přivolání pomocí ukazováčku je ve Vietnamu považováno za hanlivé a používá se pouze na psa. Pokud by nás chtěla vietnamská žena k sobě přivolat, používá toto gesto: otočí ruku hřbetem nahoru a rukou začne pokyvvovat v zápěstí. Evropan si toto gesto může vysvětlit tak, že je vyzván k odchodu nebo ho odhání. Gestem zkřížené ruce na prsou Vietnamci vyjadřují rozčilení nad obsahem daného dialogu (9, 10, 26, 29).

Haptika – dotek a hmat

Řecké slovo „haptēin“ znamená dotýkat se. Haptika vyjadřuje taktilní dotek, což znamená dotek kůže na kůži. Dotyková komunikace se realizuje pomocí hmatu. Jde o stimulování kožních receptorů. Doteková komunikace je mnohovýznamová a řadíme jí k nejzákladnějším formám dorozumívání. Význam doteku se mění v závislosti na tom, koho se dotýkáme, na jaké části těla se dotýkáme, v jaké situaci a jak se dotýkáme. Ve vietnamské kultuře je dotek na veřejnosti mezi přáteli považován za zcela běžný. Doteky na veřejnosti mezi milenci jsou zcela nepřipustné. Na pozoru je třeba se mít před pohlazením vlasů a hlavy, například pacientka versus porodní asistentka. Vietnamci toto gesto považují za projev velké neúcty. Je akceptováno pouze mezi rodiči a dětmi. Podání ruky má také svá specifika. Podává se ruka pravá a levou rukou se ještě lehce přitiskne. Pokud se podává nějaký předmět, podává ho žena oběma rukama. Podáním předmětu pouze jednou rukou se považuje za nezdvořilé (9, 10, 26).

Proxemika – přiblížení se a oddálení

Proxemika vyjadřuje prostorovou blízkost. Přitom nemusí být vyřčeno ani jedno slovo a svým postojem, aniž si to uvědomujeme, můžeme vyvolat obavy, zlost, pocit nepřátelství a nepochopení. Proxemika rozeznává čtyři základní proxemické zóny.

Veřejná zóna: její minimální vzdáleností je 3,6 m a maximální 7,6 m. využívají jí lidé, kteří vystupují veřejně. Z takovéto vzdálenosti dobře zaujmete posluchače pomocí svých gest a pohybem v prostoru. Tuto zónu využívají např. učitelé, politici herci atd.

Sociální zóna: Dolní hranicí pro sociální zónu je 1,2 m – 2,1 m. Horní hranicí oddálení je 2,1 m – 3,6 m. tato vzdálenost je používána při služebním či obchodním jednání.

Pokud stojíme v této zóně, náš zorný úhel nám umožní vidět celou postavu člověka, který stojí před námi.

Osobní zóna: Její minimální vzdáleností je vzdálenost, na kterou je možné si podat ruku. To znamená 45 -75 cm. Horní hranicí oddálení je 75cm – 120 cm. Jedná se o takovou vzdálenost, kterou si dodržujeme při setkání s cizím člověkem. Tato zóna nám umožňuje dotyk s daným člověkem, ale zároveň jsme schopni detailně sledovat výraz jeho tvář, pohyb a pohledy. Při dodržování osobní zóny platí pro různé národy různé zvyky. Při prvním kontaktu je důležité pacientku dobře pozorovat, než podnikneme první kroky k přiblížení. Její chování nám napoví, jak velkou osobní zónu preferuje.

Intimní zóna: Její horní hranice je 15 cm – 30 cm. Dolní hranice splývá těsným hmatovým dotekem obou lidí např. matka a dítě. V této zóně jsou do vnímání zapojené také čichové a dotykové vjemy. Do intimní zóny si člověk nechá vstoupit pouze důvěrně známé osoby. Porodní asistentka si těchto zón musí být vědoma, neboť často při své práci zasahuje až do intimní zóny svých pacientek (6, 9, 10, 26).

Posturologie – řeč těla

Posturologie vyjadřuje držení těla a postavení jeho částí. Ve vietnamské kultuře ruce v bok znamenají negativní postoj, ruce zkřížené na prsou pak signalizují rozčilení nad obsahem daného dialogu. U bohatých obchodníků či intelektuálů se ještě můžeme na malíčku jejich levé ruky setkat s dlouhým, až několika centimetrovým nehtem, který značí, že jeho majitel nemusí pracovat (10).

Kinetika – řeč pohybů

Kinetika se zabývá všemi druhy pohybů lidského těla. Jedná se o pohyb celého těla, jako je chůze nebo pohyb některou jeho částí. Část mozku, která ovládá řeč, kontroluje i kinetiku. Proto se člověk začne hýbat dřív, než začne mluvit. Verbální řeč a pohyb jsou spjaté. Jakýmkoliv pohybem těla zprostředkujeme až 55% neverbálních informací. Vietnamci kladou důraz na klidné pohyby, věci podávají s úctou k druhé osobě. Pokud je pohyb ovládán afektem, považují ho za neslušný a neuctivý. Za velmi

nevhodné také považují smrkání do kapesníku, přehození nohy přes nohu nebo položené nohy na stole (9, 10).

Paralingvistika

Jedná se o disciplínu na hranici mezi mimohlasovými prostředky a mluvenou řečí. Zabývá se prajazykovými jevy, jako jsou vokální a hlasové projevy. Jedná se o barvu hlasu – timbre, výšku hlasu, sílu hlasu, melodii hlasu a časové charakteristiky hlasového projevu. Každý jazyk má své vlastní způsoby používání paralingvistických jevů. Čím je národ temperamentnější, tím víc používá těchto projevů v řeči. Naopak jiné národy upřednostňují konverzaci bez výrazných paralingvistických jevů. Ve vietnamské kultuře je ostrá a hlasitá argumentace považována za nepříjemnou a velmi nevhodnou (9, 10, 29).

1.5.3 Zásady komunikace s cizinkou

Jazyková bariéra a s ní související nedostatek informací může u rodiček vyvolat frustraci strach, úzkost, hněv, smutek a mnoho dalších negativních emocí, které jsou projevem neuspokojených základních lidských potřeb, jako je jisto a bezpečí. Jazyková bariéra způsobuje značné nesnáze při příjmu rodičky na porodní sál. Velkým problémem nastává s informovaným souhlasem. Vlivem této bariéry je komplikován rozhodovací proces rodičky s dalším postupem na porodním sále.

Doporučení při komunikaci s cizinkou: Připravte se na jazykové, ale i kulturní bariéry, uvažujte o možných předsudcích na obou stranách. Musíme počítat s tím, že při komunikaci s cizinkou budeme potřebovat dostatek času, zvláště když neovládáme její mateřský jazyk. Zjistěte, v jakém jiném než mateřském jazyce rodička dokáže komunikovat (angličtina, němčina atd.) Hovořte pomalu, zřetelně vyslovujte, ale nezvyšujte svůj hlas. Používejte jednoduché věty. Neměli bychom zapomínat představit se, na jaké pozici zde pracujeme. Samozřejmostí by měl být pozdrav a oslovení pacientky jménem. Při komunikaci se dívejte na rodičku a snažte se zřetelně komunikovat. Obličej, zvláště oči a ústa jsou hlavním nonverbálním komunikačním prostředkem. Snažte se navodit klidnou atmosféru. Děložní kontrakce, stres a strach

zhoršují schopnost vyjadřování. Můžeme použít obrázky a gesta, které ulehčí rodiče pochopení problému. Dejte rodiče možnost, aby se mohla vyjádřit pomocí kresby. Přihlížejte při řešení problému na etnické a kulturní zvláštnosti cizinky a doporučte nejvhodnější způsob řešení problému. Pokud přicházíte do častého kontaktu s rodičkami jedné a téže kultury, naučte se v jejich jazyce alespoň základní pozdrav. Tímto způsobem rodička vidí, že o ni projevujete zájem. Pokud nemáte k dispozici tlumočníka, zkuste využít slovník (6, 10, 24).

1.6 Informace ve zdravotnickém zařízení, informovaný souhlas

Dle zákona č.20/1966 Sb., O péči a zdraví lidu, by se „*vyšetřovací a léčebné výkony měly provádět se souhlasem pacienta (nebo se souhlasem zákonného zástupce) anebo tehdy, lze – li tento souhlas předpokládat.*“ Předpokládaný souhlas je takový, kdy se pacient podrobí, po poučení, výkonu bez jakéhokoli známky nesouhlasu.

Etický kodex České lékařské komory (přijaty v roce 1995) ukládá lékařům informovat pacienta srozumitelným způsobem o charakteru onemocnění, diagnostice a terapii, prognóze a ostatních okolnostech léčby včetně rizik.

U závažnějších invazivních terapeutických výkonů, ale i diagnostických, pouze vyřčený verbální souhlas nestačí. Informovaný souhlas musí být písemný a obsahuje povinný dodatek, že pacient daným informacím porozuměl a měl možnost se zeptat na vše, co ho souvislosti s léčbou a onemocněním zajímá, popřípadě čemu neporozuměl. Souhlas podepisuje ošetřující lékař, který poučení prováděl a pacient. Písemnému souhlasu vždy předchází ústní podání informací (27).

Právo pacienta je získat od ošetřujícího lékaře všechny informace o nových dostupných diagnostických a terapeutických postupech a rizicích, která s nimi souvisejí. Pacientka se může svobodně rozhodnout, zda s navrhovanou diagnostikou a léčebným postupem souhlasí anebo může navrhovaný postup odmítnout. Má právo znát všechny možné diagnostické a léčebné alternativy, jména všech osob, která se na diagnostice a léčbě budou podílet. O ošetřovatelských postupech informuje pacienta sestra sama, v rámci svých profesních činností a kompetencí. Ze zákona však není oprávněna informovat pacienta o diagnóze, léčebném postupu či prognóze.

Právo na informovanost pacienta je jasně dáno, přesto dochází v praxi k mnoha nedorozuměním, které vyplývají z toho, že je pacient laik nebo cizinec a formulacím napsaným v souhlasu nerozumí. Sestra i lékař však nesmí zapomenout, že pacient má právo informace odmítnout a jeho postoj musí být respektován (8).

2 Cíle práce, hypotézy a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

1. Zmapovat specifika ošetrovatelské péče o vietnamskou ženu během porodu a v období šestinedělí.
2. Zjistit, zda ošetřující personál pociťuje jazykovou bariéru při ošetřování vietnamských rodiček.
3. Vytvoření manuálu v českém a vietnamském jazyce pro vietnamské ženy a ošetřující personál během porodu a v období šestinedělí.

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1: Ošetřující personál pociťuje jazykovou bariéru při poskytování péče vietnamským ženám na porodním sále.

Hypotéza 2: Ošetřující personál pociťuje jazykovou bariéru při poskytování péče vietnamským ženám na oddělení šestinedělí.

2.3 Výzkumné otázky

1. Vnímají vietnamské ženy jazykovou bariéru jako překážku ošetrovatelské péče?
2. Jaké mají vietnamské rodičky specifické potřeby během pobytu v porodnici?
3. Jaké zkušenosti mají vietnamské rodičky při hospitalizaci s poskytováním ošetrovatelské péče?
4. Co očekávají vietnamské rodičky od porodní asistentky?

3 Metodika

3.1 Metodika a technika výzkumu

Empirická část této práce byla zpracována formou kombinovaného výzkumného šetření v podobě kvantitativního a kvalitativního výzkumu.

Technikou sběru dat pro kvantitativní výzkumné šetření byl anonymní dotazník (viz příloha 4), který byl rozdán porodním asistentkám z vybraných porodnic Jihočeského kraje. Bylo rozdáno celkem 105 dotazníků. 14 dotazníků se nevrátilo a 13 dotazníků muselo být vyřazeno. Celkem bylo do analýzy zpracováno 78 (100%) dotazníků. Dotazník tvořilo 24 otázek. Úvodní otázky byly zaměřeny na identifikaci porodních asistentek (pracoviště, délka praxe, dosažené vzdělání). Další oblast otázek byla zaměřena na komunikaci porodních asistentek s vietnamskými rodičkami. Výsledky odpovědí z dotazníku byly vyhodnoceny formou grafů.

Technikou sběru dat pro kvalitativní výzkumné šetření byl polostrukturovaný rozhovor (viz příloha 5), který probíhal u vybraných respondentek vietnamské národnosti, žijících na území České republiky, které porodily v porodnici v Jindřichově Hradci. Rozhovor byl anonymní a obsahoval 9 otázek. Otázky byly zaměřené na délku pobytu v ČR, návštěvy v prenatální poradně, výběr porodnice, komunikaci a jazykovou bariéru s ošetřujícím personálem. Standardizované otázky byly v některých případech doplněny o tzv. doplňující otázky. Na základě rozhovorů byly vytvořeny kazuistiky. Kazuistiky tvořily výzkumný podklad pro sestavení kategorizačních tabulek, kde jsou sumarizovány nejdůležitější výsledky výzkumu.

3.2 Charakteristika výzkumných souborů

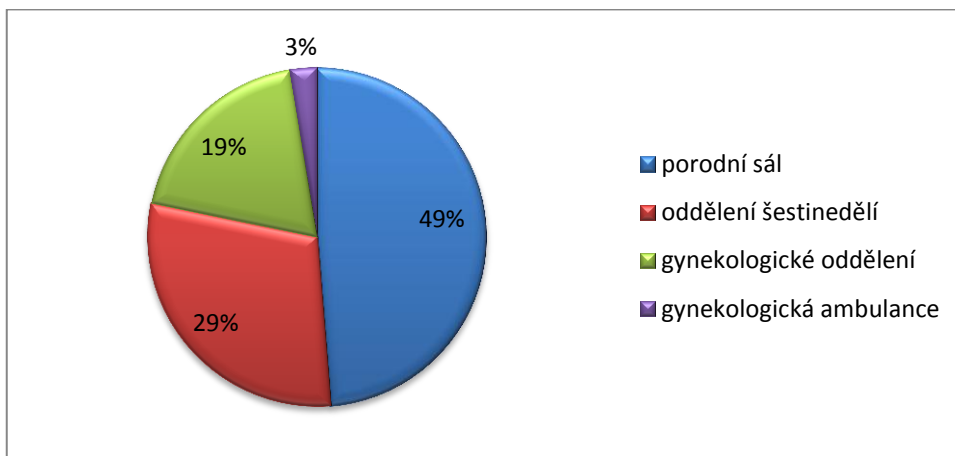
Zkoumaný soubor pro kvantitativní šetření tvořily porodní asistentky, které pracují v nemocnicích v Českém Krumlově, Jindřichově Hradci, Pelhřimově, Písku, Strakonících a Táboře.

Zkoumaný soubor pro kvalitativní šetření tvořilo 6 vietnamských žen, které porodily v jindřichohradecké porodnici. U všech rozhovorů byl přítomen některý člen rodiny, který dostatečně ovládá český jazyk, aby poskytl tlumočnické služby.

4 Výsledky výzkumu

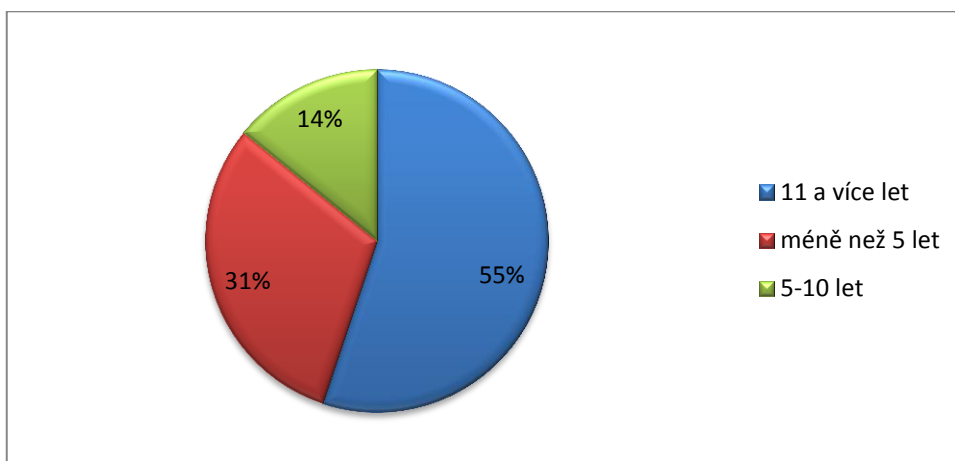
4.1 Analýza dotazníku porodních asistentek

Graf 1 Typ pracoviš porodních asistentek



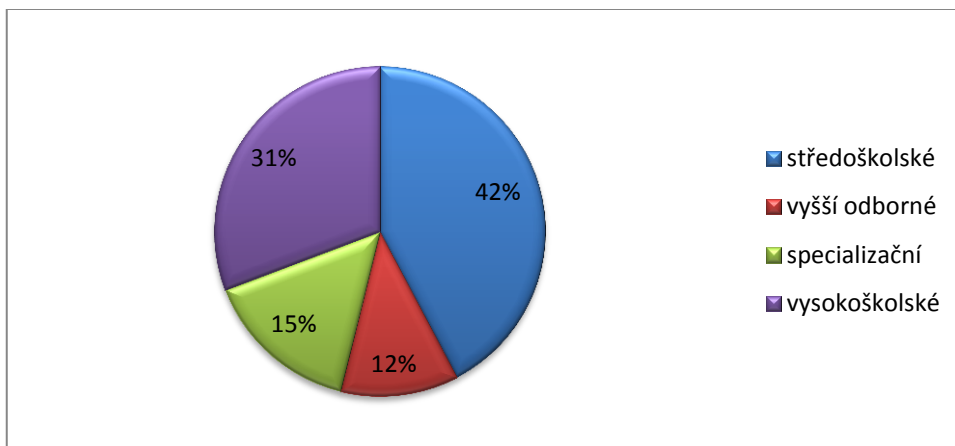
Z celkového počtu 78 (100 %) porodních asistentek pracuje na porodním sále 38 (49 %) porodních asistentek, na oddělení šestinedělí 23 (29 %) porodních asistentek, na gynekologickém oddělení 15 (19 %) porodních asistentek a gynekologické ambulanci 2 (3 %) porodní asistentky.

Graf 2 Délka praxe v oboru porodní asistence



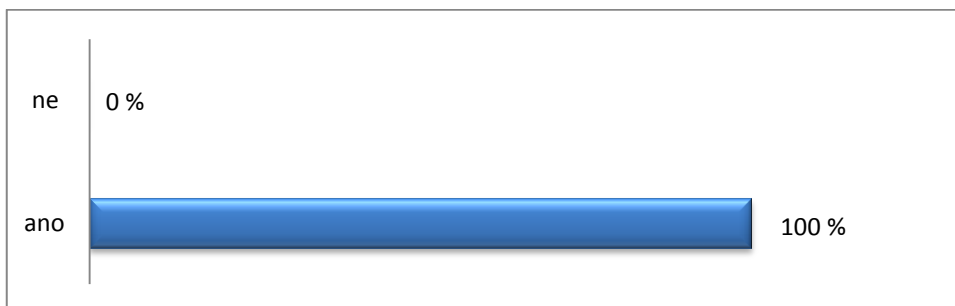
Z celkového počtu 78 (100 %) porodních asistentek, pracuje v oboru 11 let a více 43 (55 %) porodních asistentek, méně než 5 let 24 (31 %) porodních asistentek, 5 – 10 let pracuje v oboru 11 (14 %) porodních asistentek.

Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání porodních asistentek



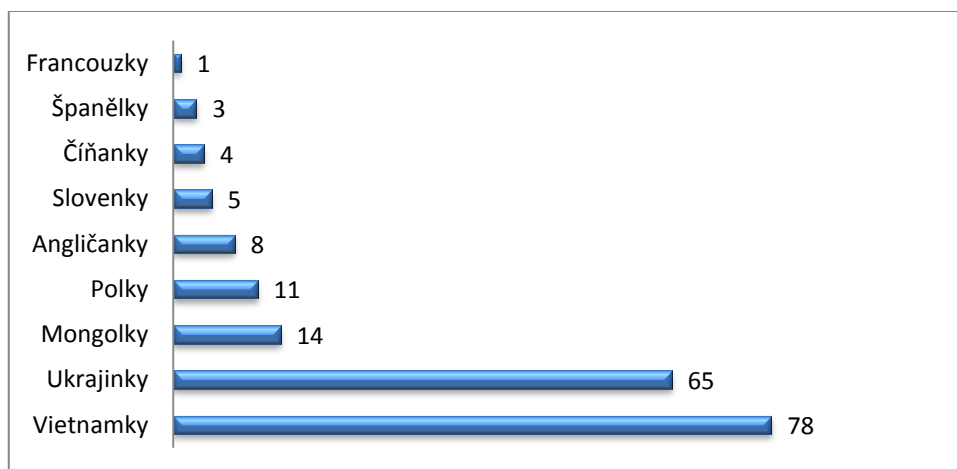
Z celkového počtu 78 (100 %) má 32 (42 %) porodních asistentek středoškolské vzdělání, 24 (31 %) porodních asistentek vysokoškolské vzdělání, 12 (15 %) porodních asistentek specializační vzdělání a vyšší odborné 9 (12 %) porodních asistentek.

Graf 4 Výskyt rodiček jiné národnosti, než české, v praxi porodních asistentek



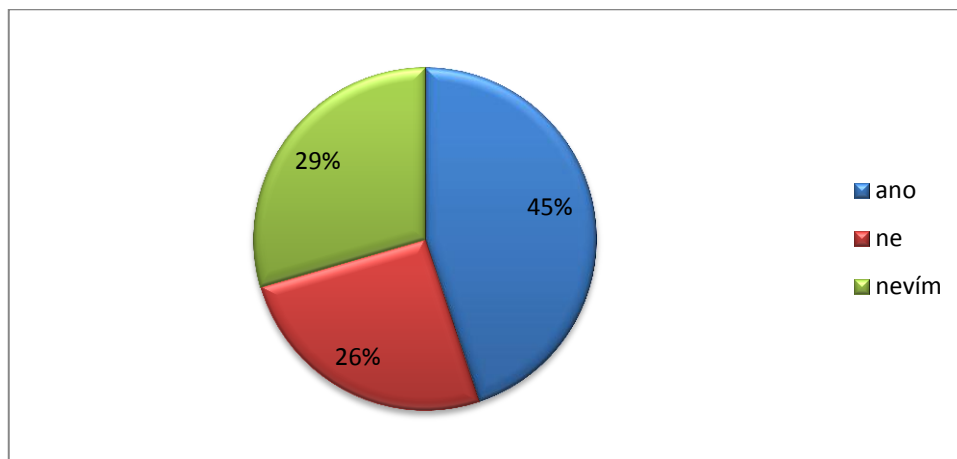
Z celkového počtu 78 (100 %) porodních asistentek, se všechny porodní asistentky setkávají s rodičkami jiných národností při výkonu své praxe.

Graf 5 Národnosti rodiček, se kterými se setkávají porodní asistentky



Porodní asistentky měly v této otázce možnost uvést více odpovědí. Celkem bylo sečteno 189 odpovědí. Možnost Vietnamky byla zvolena 78 krát. Možnost Ukrajinky byla zvolena 65 krát. Možnost Mongolky byla zvolena 14 krát. Možnost Polky byla zvolena 11 krát. Možnost Angličanky byla zvolena 8 krát. Možnost Slovenky byla zvolena 5 krát. Možnost Číňanky byla zvolena 4 krát. Možnost Španělky byla uvedena 3 krát a možnost Francouzky byla uvedena 1 krát.

Graf 6 Práva pacientů ve vietnamštině na gynekologicko - porodnickém oddělení



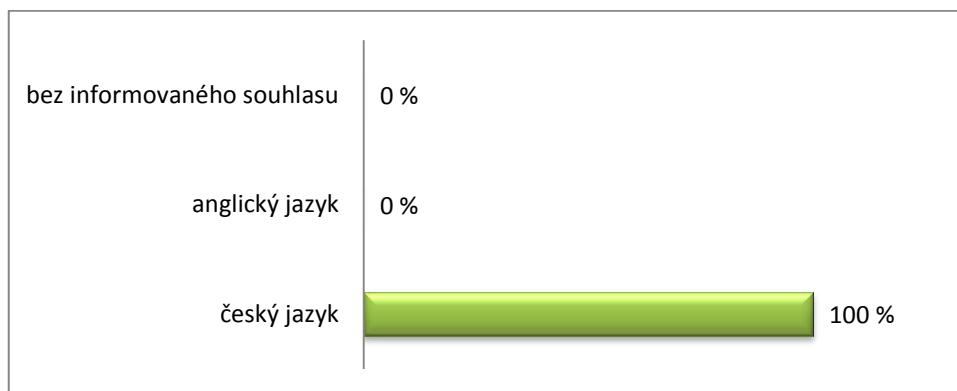
Z celkového počtu 78 (100 %) porodních asistentka na otázku odpovědělo, zda mají vietnamské rodičky možnost přečíst si práva pacientů ve vietnamštině, uvedlo ano 35 (45 %) porodních asistentek, nevím označilo 23 (29 %) porodních asistentek a ne uvedlo 20 (26 %) porodních asistentek.

Graf 7 Informovaný souhlas pro vietnamskou rodičku ke spontánnímu porodu ve vietnamštině



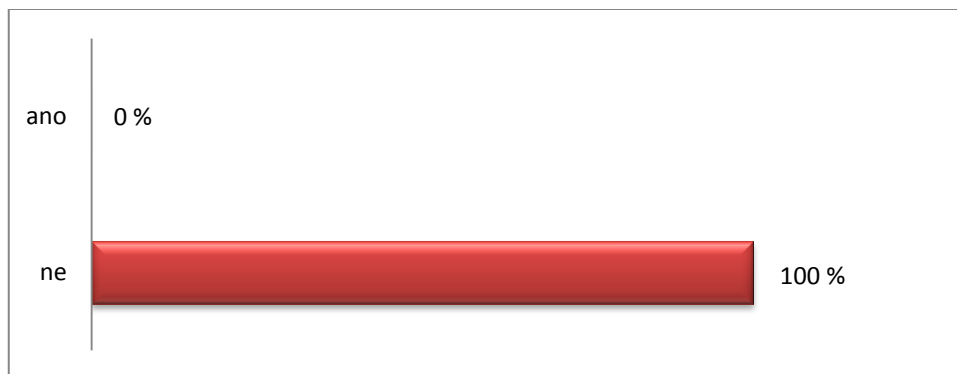
Z celkového počtu 78 (100 %) porodních asistentek na otázku, zda mají vietnamské rodičky možnost si přečíst informovaný souhlas k porodu ve vietnamštině, uvedlo odpověď ne 78 (100 %) porodních asistentek.

Graf 8 Jazyk, ve kterém podávají porodní asistentky informovaný souhlas k porodu vietnamské rodiče



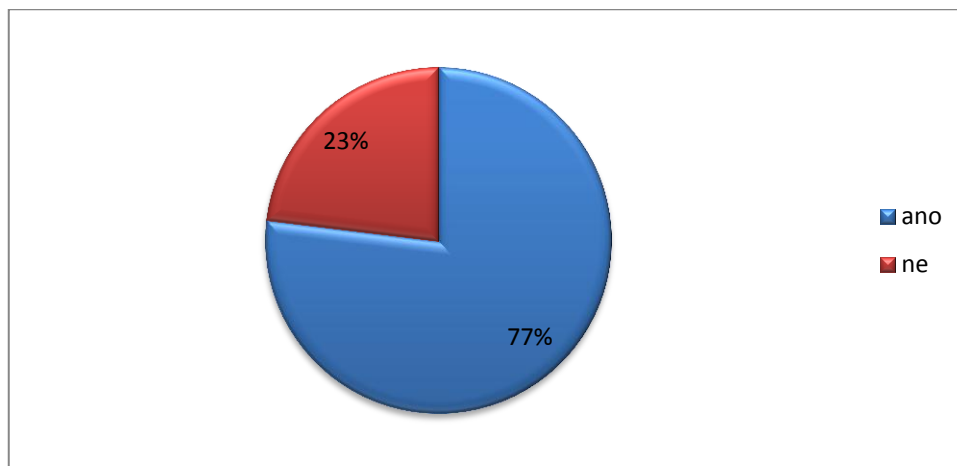
Z celkového počtu 78 (100 %) porodních asistentek, všechny porodní asistentky podávají informovaný souhlas k porodu v českém jazyce.

Graf 9 Používání piktogramů na porodním sále



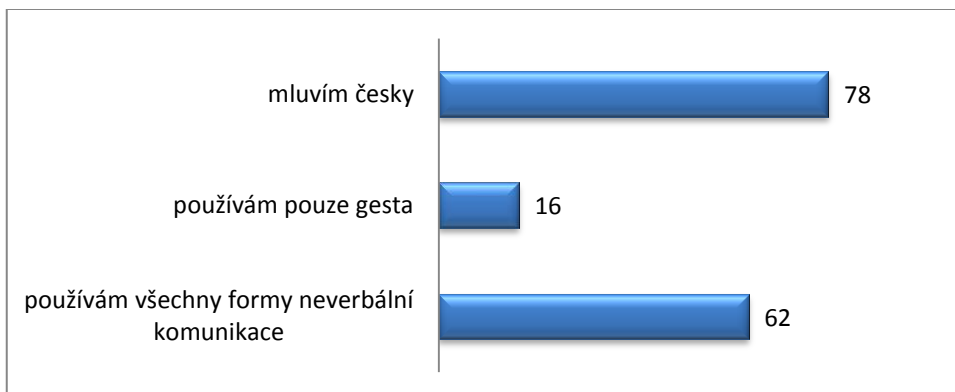
Z celkového počtu 78 (100 %) porodních asistentek na otázku, zda používají porodní asistentky piktogramy na porodním sále, uvedlo odpověď ne 78 (100 %) porodních asistentek.

Graf 10 Zájem porodních asistentek o komunikaci formou piktogramů



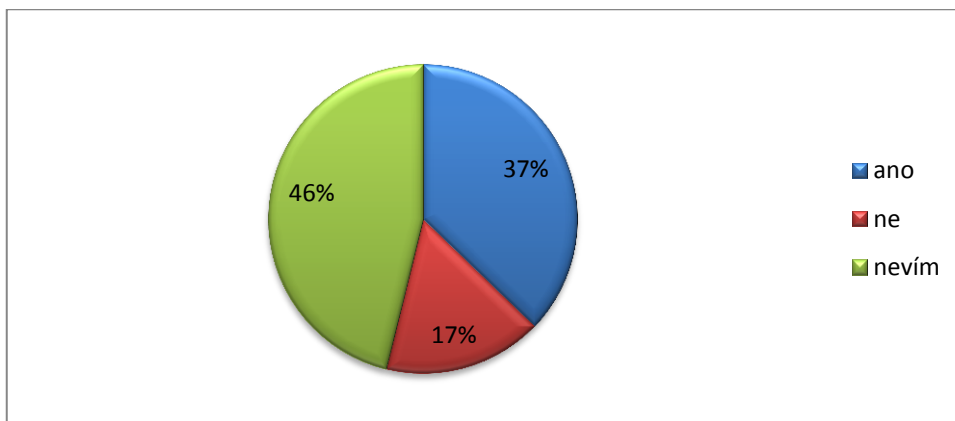
Z celkového počtu 78 (100 %) porodních asistentek má zájem o komunikaci formou piktogramů 60 (77 %) porodních asistentek, zájem neprojevovalo 18 (23 %) porodních asistentek.

Graf 11 Způsoby komunikace porodní asistentky s vietnamskou rodičkou



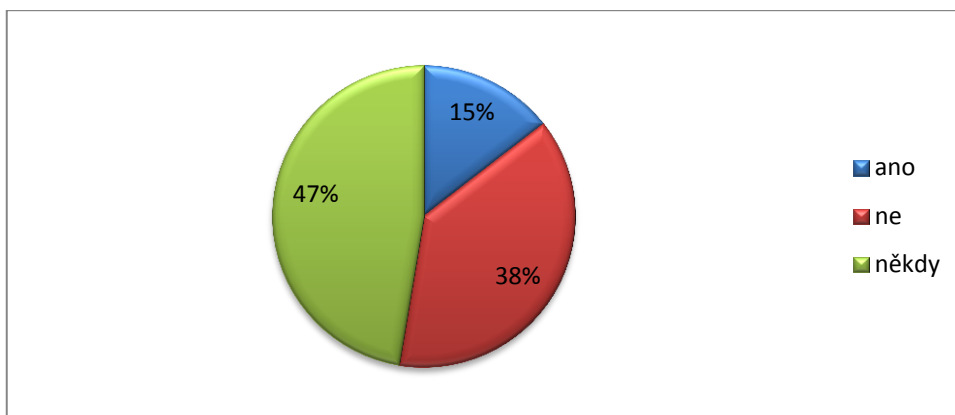
Porodní asistentky měly v této otázce možnost uvést více odpovědí. Celkem bylo sečteno 156 odpovědí. Možnost mluví česky, byla uvedena 78 krát. Možnost snažím se komunikovat všemi způsoby neverbální komunikace, byla zvolena 62 krát a možnost používám pouze gesta, byla zvolena 38 krát.

Graf 12 Možnost využití tlumočnicka na telefonu porodní asistentkou



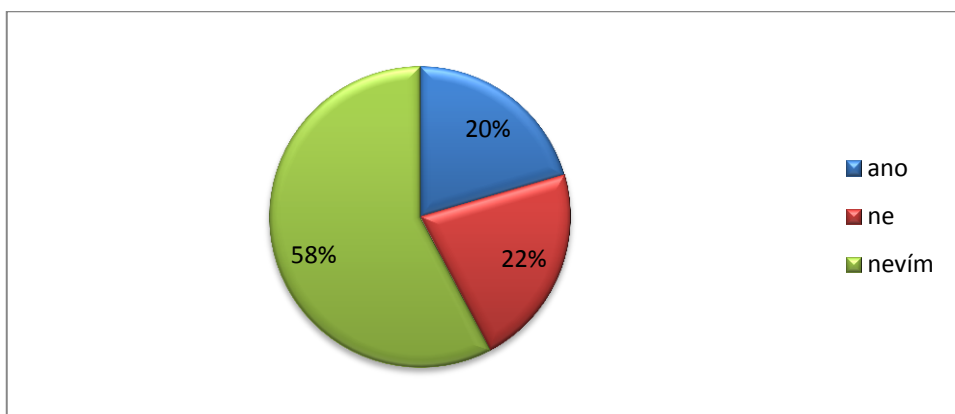
Z celkového počtu 78 (100 %) porodních asistentek na otázku, zda je v jejich zdravotnickém zařízení k dispozici tlumočnick do vietnamštiny na telefonu uvedlo odpověď nevím 36 (46 %) porodních asistentek, odpověď ano uvedlo 29 (37 %) porodních asistentek a odpověď ne uvedlo 13 (17 %) porodních asistentek.

Graf 13 Doprovod vietnamské rodičky na porodní sál osobou ovládající český jazyk



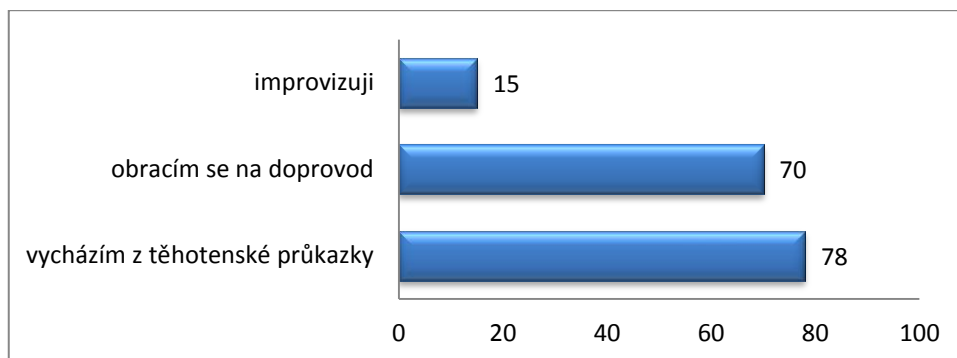
Z celkového počtu 78 (100 %) porodních asistentek na otázku, zda si přivádí vietnamská rodička k porodu osobu ovládající češtinu, uvedlo odpověď někdy 36 (47 %) porodních asistentek, odpověď ne uvedlo 29 (38 %) porodních asistentek a odpověď ano uvedlo 11 (15 %) porodních asistentek.

Graf 14 Spolupráce porodních asistentek s centrem pro integrace cizinců



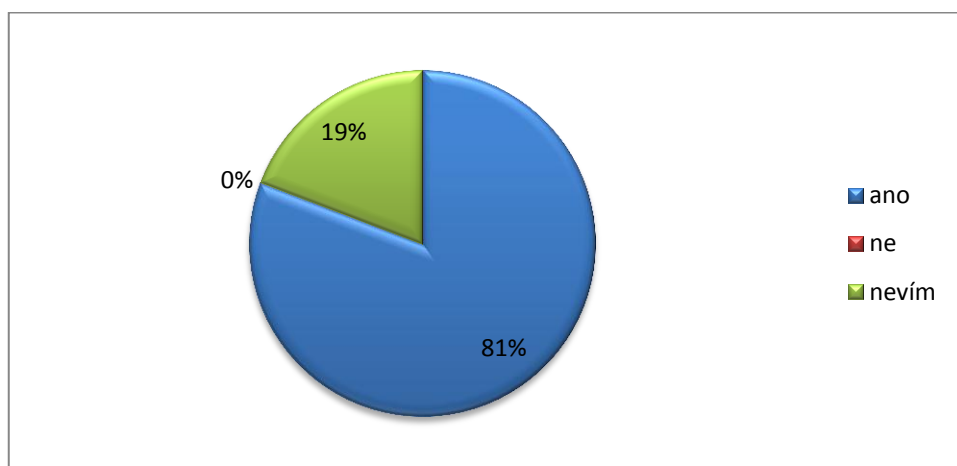
Z celkového počtu 78 (100 %) porodních asistentek uvedlo, zda spolupracují s centrem pro integraci cizinců, odpověď nevím 45 (58 %) porodních asistentek, odpověď ne uvedlo 17 (22 %) porodních asistentek a odpověď ano uvedlo 16 (20 %) porodních asistentek.

Graf 15 Postup porodní asistentky při příjmu vietnamské rodičky na porodní sál v případě, že rodička neovládá český jazyk



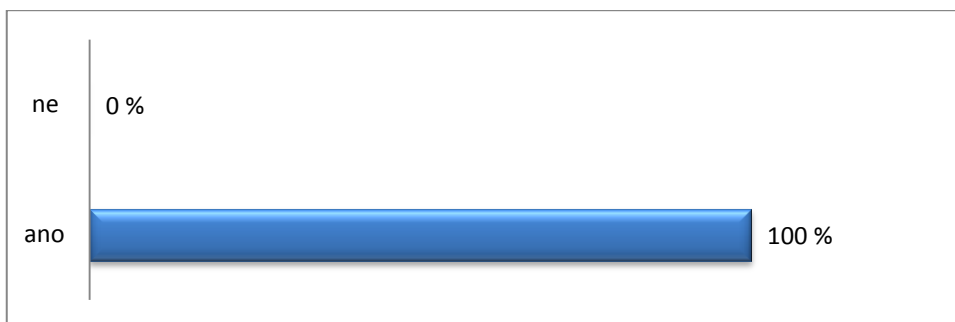
Porodní asistentky měly v této otázce možnost uvést více odpovědí. Celkem bylo sečteno 163 odpovědí. Možnost vycházím z těhotenské průkazky, byla zvolena 78 krát. Možnost obracím se na doprovod, byla zvolena 70 krát a možnost improvizují, byla zvolena 15 krát.

Graf 16 Porodní asistentky by uvítaly přeložené základní otázky do vietnamštiny při příjmu na porodní sál



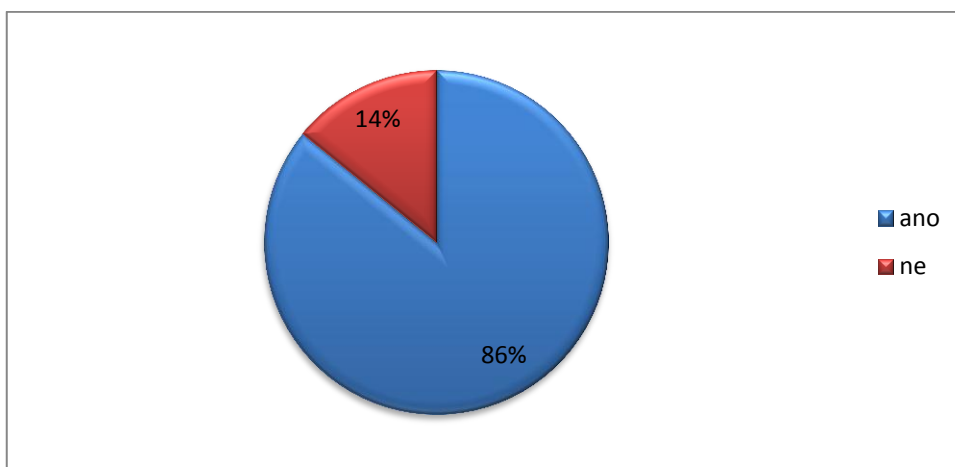
Z celkového počtu 78 (100 %) porodních asistentek by uvítalo překlad základních otázek při příjmu vietnamské rodičky do vietnamštiny 63 (81 %) porodních asistentek, odpověď nevím uvedlo 15 (19 %) porodních asistentek.

Graf 17 Porodní asistentky by uvítaly překlad základní problematiky do vietnamštiny na oddělení šestinedělí



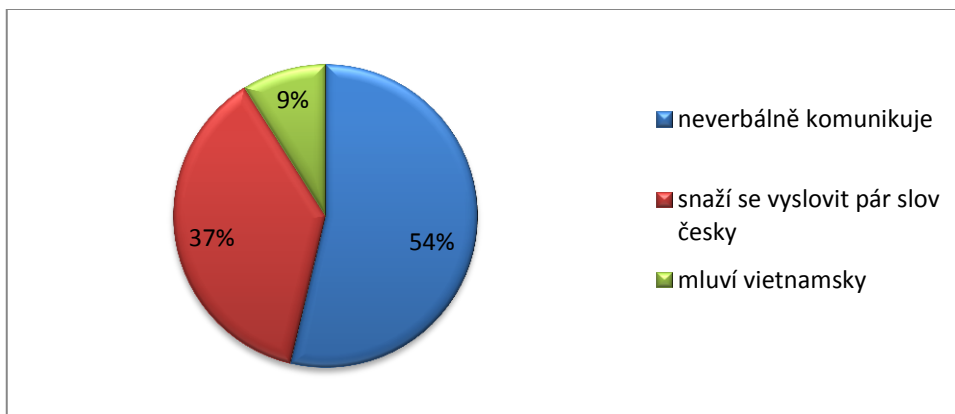
Z celkového počtu 78 (100 %) porodních asisterek by uvítalo překlad základní problematiky na oddělení šestinedělí všech 78 (100 %) porodních asisterek.

Graf 18 Snaha vietnamské rodičky o komunikaci s porodní asistentkou



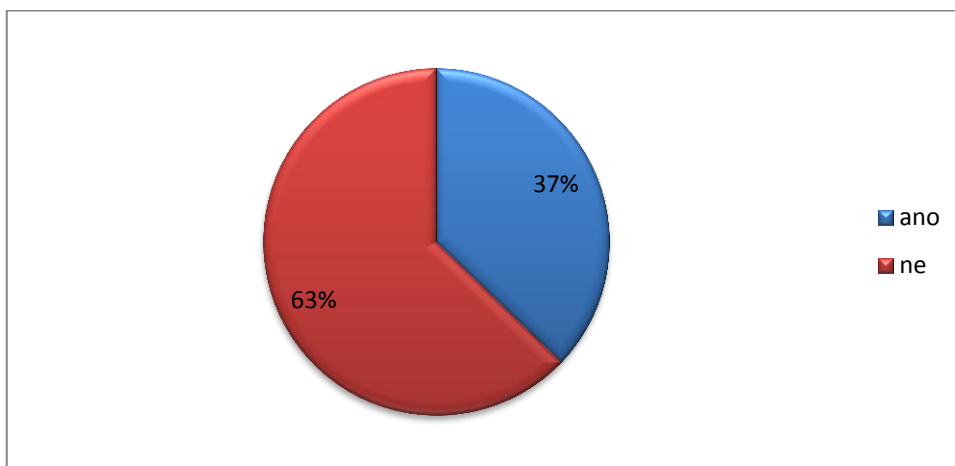
Z celkového počtu 78 (100 %) porodních asisterek na otázku odpovědělo, zda se snaží vietnamské rodičky komunikovat, uvedlo odpověď ano 67 (86 %) porodních asisterek, odpověď ne uvedlo 11 (14 %) porodních asisterek.

Graf 19 Jakým způsobem komunikují vietnamské rodičky



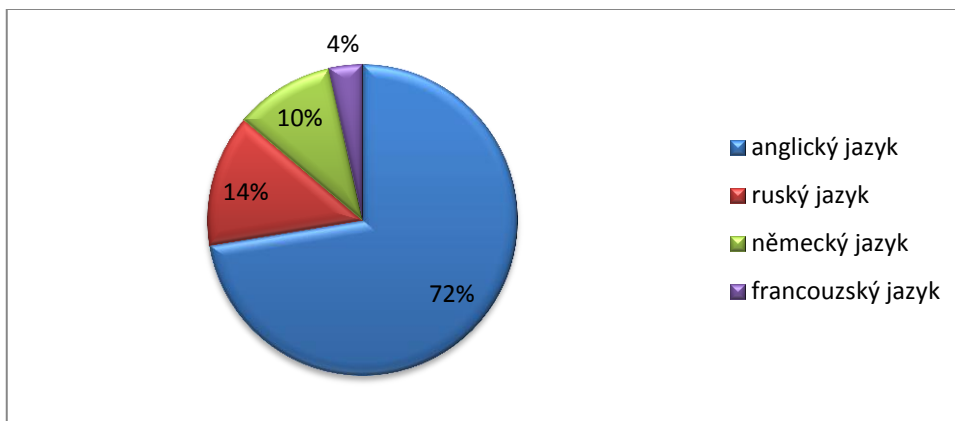
Na tuto otázku odpovídaly porodní asistentky, dle jejichž názoru mají vietnamské rodičky zájem o komunikaci s porodní asistentkou, a to je 67 porodních asistentek. Z celkového počtu 67 (100 %) porodních asistentek uvedlo 36 (54 %) porodních asistentek odpověď neverbální komunikace, možnost vyslovit několik slov česky uvedlo 25 (37 %) porodních asistentek a možnost mluví vietnamsky, uvedlo 6 (9 %) porodních asistentek.

Graf 20 Jazyková vybavenost porodních asistentek



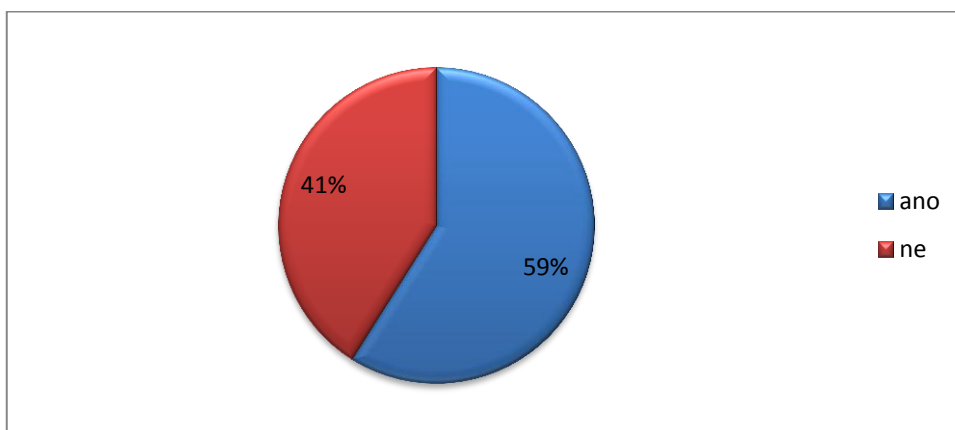
Z celkového počtu 78 (100%) porodních asistentek není 49 (63 %) porodních asistentek schopno komunikovat pomocí cizího jazyka a 29 (37 %) porodních asistentek ovládá cizí jazyk.

Graf 21 Cizý jazyk, který porodní asistentky ovládají



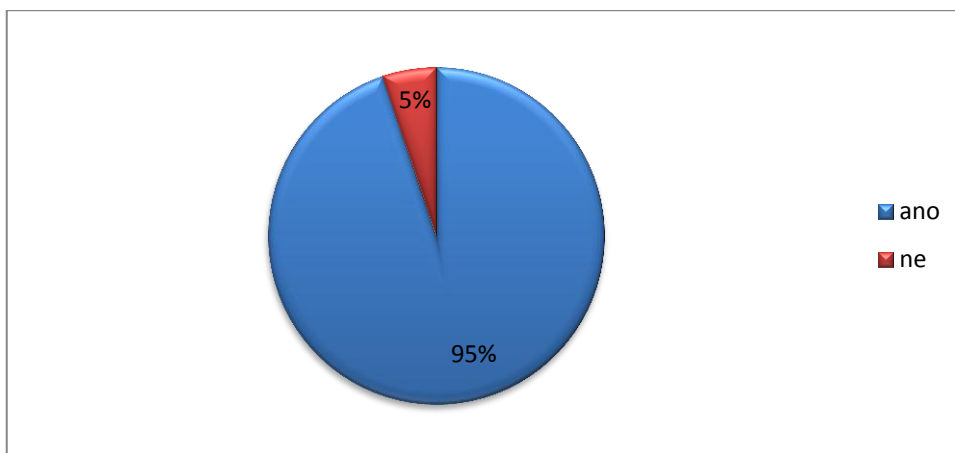
Na tuto otázku odpovídaly porodní asistentky, které ovládají cizí jazyk, to je 29 porodních asistentek. Z celkového počtu 29 (100 %) porodních asistentek, anglicky hovoří 21 (72 %) porodních asistentek, 4 (14 %) porodní asistentky hovoří rusky, 3 (10 %) porodní asistentky hovoří německy a 1 (14 %) porodní asistentka hovoří francouzsky.

Graf 22 Používání letáku ke kojení přeloženého do vietnamštiny porodní asistentkou



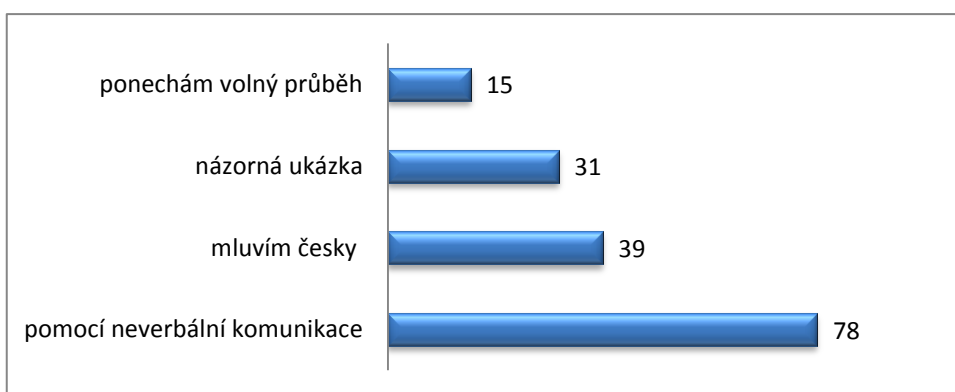
Z celkového počtu 78 (100 %) porodních asistentek odpovědělo na otázku, zda používají informační letáky ke kojení ve vietnamštině, ano 46 (59 %) porodních asistentek, ne uvedlo 32 (41 %) porodních asistentek.

Graf 23 Porodní asistentky se domnívají, že je jazyková bariéra překážkou ošetrovatelské péče



Z celkového počtu 78 (100%) porodních asistentek na otázku, zda porodní asistentky pociťují jazykovou bariéru jako překážku ošetrovatelské péče, odpovědělo ano 74 (95%) porodních asistentek, odpověď ne uvedly 4 (5%) porodní asistentky.

Graf 24 Komunikace porodní asistentky s vietnamskou rodičkou ve II. době porodní



Porodní asistentky měly v této otázce možnost uvést více odpovědí. Celkem bylo sečteno 163 odpovědí. Možnost pomocí všech forem neverbální komunikace, odpovědělo 78 porodních asistentek. Mluvím na rodičku česky, uvedlo 39 porodních asistentek. Názornou ukázkou, jak má rodička tlačit ve II. době porodní, uvedlo 31 porodních asistentek. Ponechám rodičku, ať naslouchá svému tělu, všemu ponechám volný průběh, odpovědělo 15 porodních asistentek.

4.2 Kazuistiky respondentek

Kazuistiky byly zpracovány na základě rozhovorů s rodičkami vietnamské menšiny, které porodily v jindřichohradecké porodnici.

Respondentka č. 1

Respondentce je 28 let. Je vdaná a v České republice žije 8 let. Před mateřskou dovolenou pracovala jako prodavačka. Český jazyk ovládá velmi málo.

Jedná se o první těhotenství respondentky. Těhotenství bylo plánované. Těhotenskou poradnu navštěvovala pravidelně, dle objednání svým gynekologem. Do těhotenské poradny docházela se svým manželem, který zajišťoval překládání rozhovoru mezi respondentkou a ošetřujícím personálem. Myslí si, že pravidelné kontroly v těhotenské poradně jsou velmi důležité pro zdraví jejího nenarozeného dítěte.

Nikdy neuvažovala o porodu doma. Porod doma považuje za hazard. Zdravotnické zařízení si vybrala podle nejbližší dostupnosti od svého bydliště. Předporodní kurzy nenavštěvovala z důvodů jazykové bariéry.

Respondentka si k porodu přizvala jako svůj doprovod manžela, který zajišťoval tlumočení do vietnamského jazyka. Pokud by manžel nerozuměl česky, neuvažovala o nikom jiném, kdo by jí při porodu doprovázel. Porod považuje za velice intimní záležitost, proto by byla radši na porodním sále sama bez tlumočení.

Příjem na porodní sál probíhal, tak, že porodní asistentka kladla otázky a manžel je respondentce překládal a naopak. Pokud neporozuměli smyslu otázky, manžel odpověděl, že nerozumí. Toto však bylo pouze u minima otázek.

Porod proběhl fyziologicky, bez komplikací. V průběhu porodu se respondentka obracela na manžela a ten tlumočil její prosby a naopak. Respondentka má pocit, že byla dostatečně informována o tom, jak její porod probíhá. Za velmi kladné označovala položení novorozence na břicho matky ihned po porodu a skutečnost, že novorozenec nebyl nikam odnesen, ale první ošetření proběhlo v přítomnosti otce i matky. Z porodního sálu byla respondentka přeložena na oddělení šestinedělí, kde si vybrala

nadstandardní pokoj z důvodů možnosti přítomnosti manžela na pokoji po celou dobu její hospitalizace. Nadstandardní pokoj též splňoval větší intimitu.

Respondentka označuje komunikaci s ošetřujícím personálem za vyhovující, protože veškeré problémy byly řešené přes tlumočení manžela. Pokud manžel nebyl náhodou přítomen, ošetřující personál se snažil komunikovat pomocí gest. Zkušenosti s porodními asistentkami hodnotí velmi dobře.

Piktogramy respondentka označila jako doplňující a alternativní možnost komunikace, kterou by využila, pokud by jí byla nabídnuta.

Respondentka byla během pobytu v porodnici nespokojena se stravou. Ve stravě bylo mnoho brambor a knedlíků, málo rýže, zeleniny. Respondentce též nevyhovoval čaj, který byl na oddělení podáván. Tento deficit byl plně hrazen při návštěvách, které respondentce zajišťovaly optimální stravu a tekutiny. Respondentka uvádí, že by si přála při porodu více intimity, to znamená pouze personál nezbytný při porodu. Nepřála si přítomnost mediků a studentek ošetřovatelství.

Respondentka se na péči o novorozence připravovala, tak že několikrát navštívila svou dobrou přítelkyni, která má již 2 letého chlapečka. U ní hledala potřebné informace o kojení a péči o novorozence.

V porodnici uvítala nácvik koupání novorozence, nácvik kojení a péči o prsa, kterou jí poskytla porodní asistentka spolu s dětskou sestrou.

Respondentka č. 2

Respondentce je 32 let. Je vdaná a v České republice žije 13 let. Před mateřskou dovolenou pracovala jako OSVČ. Mluvenému slovu rozumí, neovládá čtení v českém jazyce.

Jedná se o druhou graviditu a druhý porod. Před 5lety porodila spontánně chlapce, který je zdravý. Těhotenství bylo chtěné a plánované. Těhotenskou poradnu navštěvovala pravidelně. Do těhotenské poradny docházela sama, k tlumočení nikoho nepotřebovala. Gravidita probíhala fyziologicky.

Poprvé rodila v Jindřichově Hradci, a proto chtěla родit opět zde. Je to nejbližší dostupné porodnické zařízení od respondentčina bydliště a při prvním porodu byla

s péčí spokojená. Porod doma respondentce nepřipadá jako dobrý nápad. Označuje porod doma za riziko. Kurzy předporodní přípravy nenavštěvovala, protože se domnívá, že by to pro ni bylo zbytečné, jelikož má již zkušenosti z první gravidity a porodu.

Při prvním porodu respondentky byl přítomen manžel a tak tomu bylo i při druhém porodu. Neuvažovala o nikom jiném než o svém manželovi.

Poslední týdny gravidity respondentka docházela na pravidelné kontroly na porodní sál do nemocnice, kde jí byl navržen programovaný porod. Respondentka tedy přichází na plánovaný příjem k programovanému porodu s manželem. Příjem rodičky probíhal dle zvyklostí. Respondentce bylo natočeno CTG, sepsal se porodopis. Zde nastal problém při podpisu informovaného souhlasu. Respondentka ovládá český jazyk v mluvené podobě, ale nedokázala si informovaný souhlas přečíst v češtině. Situaci vyřešila porodní asistentka, která informovaný souhlas přečetla. Po přečtení informovaného souhlasu porodní asistentkou rodička souhlas podepsala.

Na porodní sál byla rodička přijata v ranních hodinách. I. a II. doba porodní proběhly bez komplikací. Ve III. době porodní však nastaly komplikace. Nedošlo k odloučení placenty a bylo nutné klientku uspat a placetu vybavit manuálně. Zde udává respondentka velký strach, protože si nedovedla představit, co se bude dít. Pokud by měla možnost přečíst si informovaný souhlas k provedení manuální lyse ve vietnamštině, rozhodně by byla klidnější. Tuto situaci označila jako jazykovou bariéru, která jí přinesla strach z nevědomosti.

Respondentka byla na porodním sále celkem 10 hodin. Uvítala vstřícné jednání porodních asistentek, které se jí snažily veškeré činnosti jednoduše a srozumitelně vysvětlit. Komunikace byla dobrá vzhledem k tomu, že respondentka rozumí dobře česky. Komunikace formou piktogramu by asi nevyužila, ale označuje piktogramy za dobrý nápad pro ostatní vietnamské ženy, které češtinu tolik nezvládají jako ona.

Na péči o novorozence se nijak zvlášť nepřipravovala. Vycházela z předchozí zkušenosti, které získala při prvním porodu.

Od porodních asistentek očekává naslouchání dotazu, který se týká péče o novorozence a péče o prsa. Rodičce přišlo zvláštní, proč se porodní asistentky velmi často ptají na potíže s močením nebo stolicí. Tuto oblast považuje za velmi intimní věc,

a proto jí přišlo až ponižující, když se jí porodní asistentka ptala, zda je vše při močení a stolici v pořádku. Pokud by v této oblasti nastal problém, snažila by se ho vyřešit sama a pokud by samoléčba nezabrala, až poté by se obracela na pomoc k porodní asistenci. Zkušenosti s porodními asistentkami hodnotí velmi dobře.

Respondentka byla během pobytu v porodnici nespokojena se stravou a podáváním tekutin. Protože se jednalo o druhý porod, byla na tuto skutečnost připravená a manžel tyto potřeby zajišťoval. Respondentka udávala, že je velmi stydlivá a proto si vybrala nadstandardní pokoj pro ještě větší soukromí při kojení a hygieně. Třetí den po porodu klientka udávala bolestivé nalití prsou, které vyřešila s porodní asistentkou pomocí odsávání mateřského mléka a správnou technikou kojení.

Respondentka č. 3

Respondentce je 30 let. Je vdaná a v České republice žije 3 roky. Před mateřskou dovolenou byla žena v domácnosti. Český jazyk téměř neovládá.

Jednalo se o první těhotenství respondentky. Těhotenství bylo plánované a chtěné. Do těhotenské poradny chodila většinou sama, pouze příležitostně s ní šla její kamarádka, která trochu česky umí. Kamarádka doprovázela respondentku také na ultrazvukové vyšetření ve 20. a 30. týdnu gravidity. Návštěvy v poradně považuje za důležité. Uvádí, že je nutná kontrola i přesto, že nerozumí.

Respondentka bydlí na rozhraní dvou spádových oblastí jednotlivých porodnic. Rozhodla se pro porodnici v Jindřichově Hradci na doporučení své kamarádky, která zde rodila. O porodu doma nikdy neuvažovala, ani z důvodů jazykové bariéry. Porodu doma se bojí pro velké nebezpečí pro dítě. Předporodní kurzy by ráda navštěvovala, ale z důvodů jazykové bariéry na tyto kurzy nechodila.

Zvažovala přítomnost kamarádky, která ji doprovázela na ultrazvukové vyšetření. Ta její nabídku přijala, ale v den porodu nemohla s respondentkou být přítomná na porodním sále z důvodů nemoci svého dítěte. Respondentčin manžel nechtěl být přítomen u porodu, a proto byla respondentka na porodním sále zcela sama.

V noci respondentka začala pociťovat slabé kontrakce. Ráno kontrakce začaly zesilovat, a proto ji manžel během dopoledne přivezl do porodnice. Jednalo se o

předčasný porod grav.h. 35+2. Při příjmu respondentka vůbec nerozuměla, na co se jí porodní asistentka a ošetřující lékař ptají. Pochopila, že musí zůstat v porodnici, myslela si, že dostane zklidňující léčbu a že se porod oddálí. Až během několika hodin, kdy se začaly porodní bolesti stupňovat, pochopila, že bude rodit.

Na porodním sále strávila celkem 12 hodin. Prožívala pocity nejistoty a strachu z nemožnosti se domluvit s ošetřujícím personálem. Porodní asistentky se snažily vysvětlovat postupy a ošetrovatelskou péči pomocí nonverbální komunikace, to však nebylo zdaleka dostačující. Respondentka uvádí nepřestavitelnou úzkost z nemožnosti komunikace. Ve II. době porodní respondentka nezvládá techniku tlačení, při poslechu ozev plodu je zachycena těžká tachykardie plodu a proto je přistoupeno k porodu per forcipem. Respondentka uvedla, že nevěděla, jak správně tlačit. Z chování personálu porodního sálu naznala, že není něco v pořádku. Porodní asistentka se jí snažila vysvětlit celou situaci, ale vůbec jí nerozuměla. Pochopila, že nastal problém u dítěte a její strach se ještě zhoršil. Po porodu muselo být narozené děvče sledováno na novorozeneckém boxu. Rodička sice měla možnost prvního kontaktu s novorozencem již na porodním sále, ale pořád nevěděla, proč a kam je její dítě odneseno.

Respondentka udává, že vzhledem k jazykové bariéře neměla dostatek informací o porodu. Druhý den ráno byl zajištěn překladatel, který veškerou problematiku rodiče vysvětlil. Po tomto rozhovoru udává respondentka neskutečnou úlevu. Konečně se dozvěděla, co se při porodu odehrálo.

Respondentka si myslí, že piktogramy by byly obrovským přínosem při komunikaci s ošetřujícím personálem. Určitě by je hojně využila, aby se dozvěděla více o svém zdravotním stavu. Zkušenosti s ošetrovatelskou péčí porodních asistentek označila jako výborné.

Respondentka byla během pobytu v porodnici nespokojena se stravou a pitným režimem, který jí byl po porodu per forcipem lékařem naordinován, ale přesto ho dodržovala. Protože byl porod komplikován větším porodním poraněním, byla nucena požádat o tlumení bolestí pomocí farmak. Tyto bolesti se snažila překonat nejprve sama hydroterapií a ledováním, ale bez větší úlevy. Jelikož v době, kdy přišla na porodnické oddělení, nebyl volný nadstandardní, pokoj byla na standardním pokoji ještě s další

maminkou. Stěžovala si na nedostatek spánku, na menší dodržení intimity. V porodnici se naučila základní péči o novorozence. Pokud potřebovala pomoci s tlumočením, volala své kamarádce na mobilní telefon, pak telefon dala ošetřujícímu personálu. Porodní asistentka situaci kamarádce vysvětlila a následně kamarádka vše přeložila rodiče po telefonu. Potíže s kojením neměla. Laktace nastoupila 3. den po porodu. Respondentce se bolestivě nalila prsa. Tento problém byl vyřešen s porodní asistentkou, která jí naučila techniku odsávání mateřského mléka a správného přiložení novorozence k prsu. Respondentka odcházela 7. den po porodu a novorozenec byl plně kojený.

Respondentka č. 4

Respondentce je 24 let. Je vdaná a v České republice žije 4 roky. Před nástupem na mateřskou dovolenou pracovala s manželem v obchodě s textilem. Český jazyk ovládá jen zčásti.

Těhotenství bylo plánované a chtěné. Jednalo se druhou graviditu a o první porod respondentky. Do těhotenské poradny docházela pravidelně dle objednání svým gynekologem. Návštěvy v poradně považuje za důležité pro zdraví dítěte. Do těhotenské poradny chodil s respondentkou manžel, který lépe ovládá češtinu. Byl přítomen při každé návštěvě.

Porodnické zařízení si vybírala dle dostupnosti od svého bydliště. Byla svým gynekologem předána v 37. týdnu do péče jindřichohradecké porodnice. O porodu doma nikdy neuvažovala. Porod doma považuje za přežitý a nebezpečný. Kurzy předporodní přípravy by ráda navštěvovala. Nerozumí dobře česky, a proto kurzy nenavštěvovala.

Respondentka chtěla mít u svého porodu manžela, ale v době porodu byl mimo Českou republiku, proto byla na porodním sále sama. Přítomnost jiné osoby u svého porodu odmítá.

Do porodnice odvezl respondentku souseď, protože došlo k předčasnému odtoku plodové vody a manžel nebyl přítomen. Při příjmu respondentky byl sepsán porodopis. Respondentka uvádí, že téměř ničemu, na co byla ošetřujícím personálem tázána, nerozuměla. Pochopila, že musí zůstat v porodnici a že bude rodit.

Porod proběhl fyziologicky, bez komplikací. Respondentka byla na porodním sále celkem 36 hodin. Pravidelné kontrakce nastoupily až po 24 hodinách od spontánního odtoku vody plodové. Respondentka uvádí, že dostala infuzi. Pochopila, že se jedná o lék, ale vůbec nevěděla, proč se jí lék podává. Jednalo se o ATB profylaxi při odtoku plodové vody déle než 12 hodin. Ve druhé době porodní uvádí respondentka zoufalství, protože nevěděla, jak má správně tlačit. Porodní asistentka se snažila rodiče ukázat techniku tlačení pomocí nonverbální komunikace.

Komunikaci mezi ošetřujícím personálem označuje respondentka za tíživou, hlavně proto, že neovládá dostatečně češtinu. Z neverbální komunikace pochopila základní problémy, které se řešily.

Komunikaci pomocí piktogramů nebo přeložených karet by velice uvítala. Byla by bezesporu přínosem.

Na příchod dítěte se připravila s pomocí kamarádky, která má již 3 děti. Respondentka byla během pobytu v porodnici nespokojena se stravou a pitným režimem. V tomto případě zajišťovala stravu kamarádka, která měla nejbližší do porodnice. Respondentka uvádí velký stud při vyšetřeních na porodním sále, uvítala by při vyšetření pouze lékaře a porodní asistentku (opět problém s výkonem praxe medika). V porodnici se naučila základní péči o novorozence. Za přínos označuje možnost naučit se koupat novorozence za dohledu ošetřujícího personálu. Zkušenosti s ošetrovatelskou péčí porodních asistentek hodnotí jako velmi dobré.

Respondentka chtěla své dítě kojit a žádné výrazné problémy s kojením se během hospitalizace neobjevily.

Respondentka č. 5

Respondentce je 39 let. Je vdaná a v České republice žije 16 let. Není nikde zaměstnaná, uvádí, že je žena v domácnosti. Český jazyk ovládá jen málo.

Respondentka je potřetí těhotná. Jedenkrát spontánně potratila. Jedenkrát porodila císařským řezem pro C - P nepoměr. Druhý porod proběhl plánovaně opět císařským řezem z indikace C-P nepoměru stavu po S.C. Těhotenství bylo chtěné a plánované. Do těhotenské poradny chodila pravidelně sama.

V porodnici v Jindřichově Hradci rodila své první dítě, a proto se sem vrací. V jejím případě nepřicházel porod doma do úvahy pro porodnické kontraindikace. I kdyby však mohla родit spontánně, nikdy by родit doma nechtěla. Považuje porod doma za velké riziko. Kurzy předporodní přípravy nenavštěvovala nyní ani v minulé graviditě z důvodu jazykové bariéry.

U svého porodu chtěla mít přítomného manžela, který částečně zvládá český jazyk. Vzhledem k tomu, že se jednalo o operativní porod, manžel byl přítomen pouze při příjmu respondentky do porodnice.

Příjem na porodní sál byl plánovaný v přítomnosti manžela, který se snažil otázky personálu své manželce tlumočit. Manžel však nedokázal přečíst informovaný souhlas k císařskému řezu. V tomto případě přečetla informovaný souhlas porodní asistentka a manžel se snažil tlumočit. Nerozuměl však části týkající se operace a pooperačních komplikací. Byly provedené úkony nutné před plánovaným císařským řezem (odběry atd.). Respondentce byl následující den proveden císařský řez. Jelikož respondentka již jeden císařský řez prodělala, věděla, jak bude pooperační péče probíhat.

Komunikaci s ošetřujícím personálem označuje respondentka za dobrou. Pokud nerozuměla, snažila se jí porodní asistentka vysvětlit problém pomocí neverbální komunikace. Komunikaci pomocí piktogramů nebo přeložených vět by velice uvítala.

Na příchod dítěte se připravila sama, jelikož má již zkušenosti z předchozího porodu. Dovednosti s péčí o novorozence si oživila v porodnici.

Respondentka byla během pobytu v porodnici nespokojena se stravou a pitným režimem, který byla nucena po porodu císařským řezem dodržovat. Jelikož se jednalo o operační ránu, byla nucena využít farmak k tlumení bolesti. Stěžovala si také na nedostatek spánku, nedostatečnou intimitu, protože byla hospitalizována s dvěma maminkami na jednom pokoji. V porodnici měla problém s kojením. Bolestivě se jí nalila prsa a musela použít odsávačku mateřského mléka. Vše jí názorně vysvětlila porodní asistentka. Za dva dny se problém s kojením normalizoval a odsávání již nebylo nutné. Velmi uvítala péči porodních asistentek o operační ránu. Zkušenosti s ošetrovatelskou péčí porodních asistentek označila za výbornou.

Respondentka č. 6

Respondentce je 26 let. Je vdaná a v České republice žije 6 let. Pracuje v obchodě se svým manželem jako pomocná síla. Český jazyk ovládá málo.

Jedná se o první těhotenství respondentky. Těhotenství bylo chtěné a plánované. Těhotenskou poradnu navštěvovala pravidelně, dle pokynů ošetřujícího lékaře. Do těhotenské poradny docházela s kamarádkou, která zajišťovala překládání rozhovoru mezi respondentkou a ošetřujícím personálem. Myslí si, že pravidelné kontroly v těhotenské poradně jsou velmi důležité jak pro ni samotnou, tak pro dítě.

Zdravotnické zařízení si vybrala podle doporučení své kamarádky. Nezajímala ji vzdálenost bydliště od porodnice, ale doporučení přátel. O porodu doma nikdy neuvažovala. Myslí si, že porod doma představuje riziko pro ni i pro dítě. Kurzy předporodní přípravy by ráda navštěvovala. Nerozumí však dobře česky natolik, aby mohla kurz navštívit.

Respondentka chtěla při porodu pouze manžela i vzhledem k tomu, že nerozumí dobře česky. Porod považuje za velmi intimní záležitost, proto odmítla přítomnost kamarádky.

V termínu porodu nastoupily pravidelné kontrakce po 4 minutách, a proto se respondentka rozhodla odjet do porodnice. Při příjmu na porodní sál rozuměla pouze základním otázkám. Na ostatní otázky nebyla schopná odpovídat, protože dostatečně neovládá český jazyk. Porodní asistentka sepsala příjem podle těhotenské průkazky. Nastal problém s informovaným souhlasem k porodu. Respondentka nerozuměla obsahu, a proto informovaný souhlas se spontánním porodem odmítla podepsat.

Porod proběhl bez komplikací. Respondentka strávila na porodním sále celkem 7 hodin. Respondentka uvítala přítomnost manžela na porodním sále, přestože češtinu také neovládá. Manžel vytvořil přátelské zázemí a respondentka si měla s kým v průběhu porodu povídat. O průběhu porodu měla málo informací vzhledem k jazykové bariéře. Podle chování ošetřující personálu vycítila, že je vše v pořádku. Problém nastal v prvních hodinách po porodu, kdy se respondentka nemohla sama vymočit. Na tento problém porodní asistentku neupozornila. Nastalo silné krvácení,

které bylo způsobeno nemožností zavinování dělohy pro překážku, kterou tvořil močový měchýř.

Komunikaci pomocí piktogramů by velice uvítala. Piktogramy by uvítala jak na porodním sále, tak na oddělení šestinedělí.

Na příchod dítěte se připravovala podle doporučení svých kamarádek, které již děti mají. Měla však obavu, že se nebude schopná o novorozence dobře postarat. Za respondentkou docházel jednou denně tlumočnick. Byly řešeny nejaktuálnější problémy. Tlumočnick byl přítomen i při prvním koupání dítěte. Respondentka byla velmi vděčná za pomoc ošetřujícího personálu při přikládání dítěte k prsu, při koupání, péči o pokožku a další. Zkušenosti s ošetrovatelskou péčí porodních asistentek hodnotila jako velmi dobrou. Respondentka byla během pobytu v porodnici nespokojena se stravou a tekutinami, které jí byly za hospitalizace nabízeny. Cítila málo soukromí a zajištění intimity. Nebyl možný pobyt na nadstandardním pokoji, a proto byla na pokoji s jednou maminkou.

4.3 Kategorizace dat v tabulkách

Seznam kategorizačních skupin

1. Návštěva prenatální poradny
2. Výběr porodnice
3. Doprovod na porodním sále
4. Přínos piktogramů při komunikaci pro vietnamskou rodičku
5. Specifické potřeby vietnamské rodičky během pobytu v porodnici
6. Očekávání vietnamské rodičky od porodní asistentky
7. Zkušenost rodiček s ošetrovatelskou péčí porodních asistentek
8. Vnímání jazykové bariéry vietnamskou rodičkou
9. Doprovod v prenatální poradně
10. Názor vietnamských žen na porod doma

Tabulka 1 Návštěva prenatalní poradny vietnamskou rodičkou

R=respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Velmi důležitá	1		1	1		1	4
Důležitá		1			1		2
Celkový výskyt	1	1	1	1	1	1	6

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku: Je pro vás návštěva prenatalní porodny důležitá? Kategorie odpovědi kdy respondentky považují návštěvu prenatalní poradny za *velmi důležitou*, byla uvedena 4 krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentek je 6.

Tabulka 2 Výběr porodnice

R=respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
V místě bydliště		1			1		2
Na doporučení			1			1	2
Vlastní zkušenost		1			1		2
Nejbližší porodnice	1			1			2
Celkový výskyt	1	2	1	1	2	1	8

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku: Podle jakého ukazatele jste si vybírala porodnici, kde chcete родit. Kategorie odpovědí, kdy si respondentky vybírají porodnici *přímo v místě svého bydliště*, byla uvedena 2 krát. Kategorie odpovědí *na doporučení* byla uvedena 2 krát. Kategorie odpovědí, kdy se respondentky rozhodovaly dle *vlastní zkušenosti*, byla uvedena 2 krát. Kategorie odpovědí, kdy rozhodovalo nejbližší zdravotnické zařízení – *nejbližší porodnice* od bydliště respondentky, bylo uvedeno 2 krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentek je 8.

Tabulka 3 Doprovod na porodním sále

R=respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Manžel	1	1				1	3
Nikdo			1	1	1		3
Celkový výskyt	1	1	1	1	1	1	6

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku: Zvažovala jste přítomnost doprovodu (člen rodiny, kamarádka atd.) na porodním sále? Kategorie odpovědí, kdy se respondentky rozhodly pro přítomnost *manžela* na porodním sále, byla uvedena 3 krát. Kategorie odpovědí, kdy respondentku na porodním sále *nikdo* nedoprovázel, byla uvedena 3 krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentek je 6.

Tabulka 4 Přínos piktogramů při komunikaci pro vietnamskou rodičku

R=respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Obrovský přínos			1				1
Velice uvítala				1	1	1	3
Doplňující	1						1
Bez přínosu		1					1
Celkový výskyt	1	1	1	1	1	1	6

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku: Myslíte si, že by pro vás byla přínosem možnost komunikovat s ošetřujícím personálem pomocí piktogramů (karta s popisem) během porodu a na oddělení šestinedělí? Kategorie odpovědí, kdy by respondentky *velice uvítaly* komunikaci formou piktogramů, byla uvedena 3 krát. Kategorie odpovědí, kdy by byly piktogramy pro respondentku *obrovským přínosem*, byla uvedena 1 krát. Kategorie odpovědí, kdy je pro respondentku piktogram *doplňující* a *bez přínosu*, byly uvedeny po jedné odpovědi. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentek je 6.

Tabulka 5 Specifické potřeby vietnamské rodičky během pobytu v porodnici

R=respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Tlumení bolesti			1		1		2
Dostatek tekutin	1	1	1	1	1	1	6
Strava	1	1	1	1	1	1	6
Dostatek spánku			1		1		2
Intimita	1	1	1	1	1	1	6
Víra		1	1		1	1	4
Celkový výskyt	3	4	6	3	6	4	26

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku: Jaké jste měla specifické potřeby během pobytu v porodnici? Nejvíce zastoupenou kategorií, ke které měly respondentky výtky, byla *strava*, která byla uvedena celkem 6krát. Kategorie odpovědi *intimita* byla uvedena 6 krát. Stejného počtu odpovědí byla i kategorie *dostatek tekutin*, která byla uvedena rovněž 6 krát. Kategorie odpovědi *víra* byla uvedena 4 krát. Kategorie odpovědi *dostatek spánku* byla uvedena 2 krát a kategorie odpovědi *tlumení bolesti* byla uvedena 2 krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentek je 26.

Tabulka 6 Očekávání vietnamské rodičky od porodní asistentky

R=respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Péče o hráz			1				1
Péče o operační ránu					1		1
Péče o prsa	1	1	1		1	1	5
Odstříkávání mléka		1	1		1		3
Přikládání novorozence k prsu	1	1	1	1	1	1	6
Vážení novorozence	1					1	2
Koupání novorozence	1	1	1	1		1	5
Péče o pokožku novorozence	1	1		1		1	4
Celkový výskyt	5	5	5	3	4	5	27

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku: V jaké oblasti očekáváte pomoc porodní asistentky? Nejvíce zastoupenou kategorií byla kategorie odpovědi *přikládání novorozence k prsu*, byla uvedena 6 krát. Kategorie odpovědi *péče o prsa* a *koupání novorozence*, byla shodně uvedena 5 krát. Kategorie odpovědi *péče o pokožku novorozence*, byla uvedena 4 krát. Kategorie odpovědi *odstříkávání mateřského mléka*, byla uvedena 3 krát. Kategorie odpovědi *vážení novorozence*, byla uvedena 2 krát. Kategorie odpovědi *péče o hráz* a *péče o operační ránu*, byla shodně uvedena 1 krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentek je 27.

Tabulka 7 Zkušenost rodiček s ošetrovatelskou péčí porodních asistentek

R=respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Výborné			1		1		2
Velmi dobré	1	1		1		1	4
Celkový výskyt	1	1	1	1	1	1	6

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku: Jaké máte zkušenosti a jak byste hodnotila ošetrovatelskou péči porodních asistentek? Nejvíce zastoupenou kategorií byla odpověď respondentek *velmi dobré* zkušenosti, která byla uvedena 4 krát. Kategorie odpovědí, kdy respondentky uvádí *výborné* zkušenosti, byla uvedena 2 krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentek je 6.

Tabulka 8 Vnímání jazykové bariéry vietnamskou rodičkou

R=respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Velmi výrazná	1		1		1	1	3
Nečte česky	1	1	1	1	1	1	6
Tíživá			1	1			2
Celkový výskyt	2	1	3	2	2	2	11

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku: Jak byste popsala komunikaci mezi vámi a ošetřujícím personálem v porodnici? Nejvíce zastoupenou kategorií respondentek byla odpověď, že *nečtou česky*, která byla uvedena 6 krát. Kategorie odpovědí, kdy respondentky označují jazykovou bariéru za *velmi výraznou*, byla uvedena 3 krát a kategorie odpovědí, kdy respondentky označují jazykovou bariéru za *tíživou*, byla uvedena 2 krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentek je 11.

Tabulka 9 Doprovod v prenatalní poradně

R=respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Manžel	1			1			2
Kamarádka			1			1	2
Bez doprovodu		1			1		2
Celkový výskyt	1	1	1	1	1	1	6

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku: Doprovázel vás někdo a případně tlumočil, při kontrolách v prenatalní poradně? Kategorie odpovědí, kdy do prenatalní poradny respondentku doprovázel *manžel*, byla uvedena 2 krát. Kategorie odpovědí, kdy respondentku do prenatalní poradny doprovázela *kamarádka*, byla uvedena 2 krát a kategorie odpovědí *bez doprovodu* byla uvedena 2 krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentek je 6.

Tabulka 10 Názor vietnamských žen na porod doma

R=respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Hazard	1						1
Velké riziko		1			1	1	3
Bojí se			1				1
Přežitý, nebezpečný				1			1
Celkový výskyt	1	1	1	1	1	1	6

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku: Chtěla byste porodit své dítě v domácím prostředí? Nejvíce zastoupenou kategorií odpovědí, kdy respondentky považují porod doma za *velké riziko*, byla uvedena 3 krát. Kategorie odpovědí, kdy respondentky porod doma považují za *hazard*, byla uvedena 1 krát. Kategorie odpovědí, kdy respondentky označují porod doma za *přežitý a nebezpečný*, byla uvedena 1 krát. Kategorie odpovědí, kdy se respondentky porodu doma *bojí*, byla uvedena 1 krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentek je 6.

5 Diskuze

5.1 Diskuze k výsledkům kvantitativního šetření

Při provádění výzkumného šetření bylo jedním z dílčích cílů zodpovězení otázky, na jakých pracovištích se porodní asistentky setkávají s vietnamskými ženami. Výsledkem této části zkoumání bylo zjištění, že na pracovištích všech typů porodní asistentky přicházejí do styku s rodičkami, které pocházejí z vietnamské komunity. Toto zjištění dokládají odpovědi všech dotazovaných porodních asistentek (viz graf 1). Dále jsme se zaměřili, na zjištění délky praxe porodních asistentek. V tomto bodu bylo zjištěno, že nejvíce respondentek z řad porodních asistentek vykonává praxi v oboru po dobu 11 let a více, konkrétně 55 % ze všech dotázaných (viz graf 2). Toto zjištění ukazuje na mnohaleté zkušenosti respondentek v oblasti porodní asistence. Následující otázka byla zaměřena na nejvyšší dokončené vzdělání porodních asistentek. Nejvíce respondentek 33 (42 %) má středoškolské vzdělání (viz graf 3). Na grafu je patrné zastoupení všech typů vzdělávání porodních asistentek, které se v průběhu 40 let změnilo od středoškolského k vysokoškolskému.

V další části výzkumu jsme se porodních asistentek ptali, zda se na svých pracovištích setkávají s rodičkami jiných národů. 78 (100 %) respondentek odpovědělo kladně (viz graf 4). Na počátku devadesátých let minulého století po sametové revoluci začal rapidně narůstat počet cizinců, kteří vyhledávají ošetření ve zdravotnických zařízeních. Tomuto trendu se nevyhýbají ani porodnice, kde rovněž dochází k nárůstu přijímaných rodiček jiné národnosti než české (24). Tento jev je prokazatelně patrný i ve výsledcích dotazníkového šetření, kdy všechny dotazované porodní asistentky ve svých odpovědích uvedly, že při výkonu jejich povolání se běžně setkávají s rodičkami jiných národností. V následující části dotazníku měly porodní asistentky zodpovědět otázku, s jakou národností rodiček se při své práci setkávají. Respondentky měly možnost uvést, mimo české, až tři nejčastější národnosti rodiček. Všechny dotazované porodní asistentky uvedly, že se ve své praxi setkaly s rodičkou vietnamské národnosti. Druhou nejčastější národností byla uváděná národnost ukrajinská. Třetí nejčastější uváděná národnost byla mongolská. Další zastoupení národností (viz graf 5).

Ptali jsme se, zda mají vietnamské rodičky možnost při přijetí do zdravotnického zařízení možnost přečíst si práva pacientů ve vietnamštině. Výsledkem bylo překvapující zjištění, že 23 (29 %) ze všech dotazovaných porodních asistentek neví, zda zdravotnické zařízení, ve kterém pracují má k dispozici práva pacientů ve vietnamském jazyce a 20 (26 %) uvedlo odpověď ne (viz graf 6). V další otázce jsme se ptali, zda mají vietnamské rodičky možnost přečíst si informovaný souhlas k porodu ve vietnamštině. Všechny porodní asistentky uvedly, že na jejich pracovištích informovaný souhlas k porodu ve vietnamštině nemají k dispozici (viz graf 7). Ve všech porodnicích, které byly do výzkumu zahrnuty, podávají porodní asistentky informovaný souhlas k porodu v českém jazyce (viz graf 8). V Úmluvě o lidských právech a biomedicině (Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny), která byla schválena Výborem ministrů Rady Evropy 19. 11. 1996 a ratifikována Parlamentem České republiky v dubnu 2001, v platnost vstoupila 1. 10. 2001. Nacházíme zde obecné pravidlo: Článek 5 – uvádí: „*Jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas. Tato osoba musí být předem řádně informována o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích. Dotčená osoba může kdykoli svobodně svůj souhlas odvolat* (6, s. 83).“

V dalších otázkách jsme se zaměřili na komunikaci mezi vietnamskou rodičkou a porodní asistentkou. Ptali jsme se, zda porodní asistentky používají při komunikaci s vietnamskou rodičkou piktogramy. Bylo pro nás překvapujícím zjištěním, že žádná porodní asistentka ke komunikaci piktogramy nepoužívá (viz graf 9). V další otázce jsme se ptali, zda by měly porodní asistentky zájem o komunikaci pomocí piktogramů. 60 (77 %) porodních asistentek zájem o piktogramy projevilo (viz graf 10). Porodní asistentky komunikují s vietnamskými rodičkami česky a současně využívají všech forem neverbální komunikace (viz graf 11). V otázce dvanácté, se ptáme, zda využívá zdravotnické zařízení, ve kterém porodní asistentky pracují, tlumočnicka na telefonu. Překvapujícím zjištěním bylo, že 36 (46 %) porodních asistentek neví, zda v jejich zdravotnickém zařízení tuto službu mohou využívat (viz graf 12).

Na otázku, zda porodní asistentky spolupracují s centrem pro integraci cizinců, odpovědělo kladně pouze 16 (20 %) porodních asistentek (viz graf 14). Mottem centra pro integraci cizinců je pomáhat imigrantům stát se našimi spoluobčany. Centrum pro integraci cizinců nevnímá nově příchozí jako příslušníky různých etnických, rasově či nábožensky definovaných skupin, ale jako individuální jedince ve společnosti. Klade důraz na individuální přístup, zodpovědnost a svobodné rozhodnutí každého jednotlivce přijmout a respektovat hodnoty společnosti, práva a povinnosti z nich vyplývající. Základními hodnotami, jež je z hlediska centra pro integraci cizinců nezbytné respektovat ze strany imigrantů i majoritní společnosti, jsou: Respekt k demokratickému zřízení, ústavě a listině základních práv a svobod, zejména pak rovnoprávnost všech členů společnosti bez ohledu na jejich původ, barvu kůže, vyznání, etnicitu, politické smýšlení apod., rovnoprávnost mužů a žen, respektování zákonů ČR a EU (1).

Na otázku, zda si vietnamská rodička přivádí k porodu blízkou osobu, která ovládá český jazyk, odpovědělo kladně pouze 11 (15 %) porodních asistentek (viz graf 13). S rozhovoru s vietnamskými rodičkami se dozvídáme důvod, proč si s sebou na porodní sál nepřivádí např. tlumočnicka. Vietnamky jsou velice stydlivé ženy a porod považují za zcela intimní záležitost, které se má účastnit otec dítěte. Pokud se však otec dítěte z jakékoliv příčiny nemůže nebo nechce porodu zúčastnit, raději jsou na porodním sále sami. Jiná situace nastává po porodu, kdy jsou rodičky na oddělení šestinedělí. Zde pomoc tlumočnicka nebo kamarádky neodmítají, ba naopak tuto pomoc využívají. V otázce patnácté se zabýváme příjmem vietnamské rodičky na porodní sál, pokud neovládá češtinu natolik, aby byla schopná odpovídat na otázky kladné při příjmu na porodní sál. Pokud nastane tato situace, porodní asistentky vycházejí z těhotenské průkazky. Pokud je přítomný doprovod rodičky obrací se porodní asistentka s otázkami na doprovázející osobu (viz graf 15). Většina porodních asistentek by velice uvítaly, kdyby měly možnost využít přeložených otázek z češtiny do vietnamštiny a naopak, které jsou stěžejní při příjmu na porodní sál (viz graf 16). Z vlastní zkušenosti víme, že některé těhotenské průkazky nejsou vyplněné, leč některé údaje nejsou správně zaznamenány nebo úplně chybí.

Jedním ze stěžejních momentů během porodu, kdy je potřeba maximální spolupráce mezi rodičkou a ošetřujícím personálem je bezesporu druhá doba porodní. Bohužel přes jazykovou bariéru není možné se s vietnamskou rodičkou domluvit pomocí mluveného českého slova. Všechny porodní asistentky využívají neverbální komunikaci k vysvětlení způsobu tlačení ve druhé době porodní (viz graf 24). Neverbální komunikací lze vysvětlit až 55 % sdělovaného obsahu (22). Myslím si však, že toto procento není dostačující pro maximální pochopení situace a následnou spolupráci mezi porodní asistentkou a vietnamskou rodičkou ve druhé době porodní?

Všechny porodní asistentky by přivítaly překlad nejčastější problematiky, se kterou se na oddělení šestinedělí setkávají do vietnamštiny (viz graf 17). Na otázku, zda porodní asistentky využívají letáky ke kojení ve vietnamštině, odpovědělo kladně 46 (59 %) porodních asistentek (viz graf 22). Drtivá většina porodních asistentek pociťuje jazykovou bariéru za překážku ošetrovatelské péče (viz graf 23). Tímto dotazníkovým šetřením jsme si odpověděli na **Hypotézu 1**: Ošetřující personál pociťuje jazykovou bariéru při poskytování péče vietnamským ženám na porodním sále. A na **Hypotézu 2**: Ošetřující personál pociťuje jazykovou bariéru při poskytování péče vietnamským ženám na oddělení šestinedělí.

Na otázku, zda porodní asistentky ovládají cizí jazyk, kterým by byly schopné se s vietnamskou rodičkou domluvit, pokud by stejný jazyk ovládala, odpovídá ano 29 (37 %) porodních asistentek (viz graf 20). Nejvíce porodních asistentek je schopné se domluvit anglickým jazykem (viz graf 21). Bohužel při rozhovoru vietnamské rodičky uvádí, že neovládají žádný světový jazyk natolik, aby byly schopné v něm komunikovat s ošetřujícím personálem. Vietnamské rodičky i přesto, že zcela neovládají česky jazyk, se snaží s ošetřujícím personálem komunikovat (viz graf 18). Vietnamské rodičky využívají nejvíce formu neverbální komunikace a snahou vyslovit pár slov česky (viz graf 19).

5.2 Diskuze k výsledkům kvalitativního šetření

V úvodu kvalitativního výzkumu nás zajímalo, jakým způsobem probíhaly návštěvy těhotných vietnamských žen v prenatální poradně a zda jsou tyto návštěvy pro

těhotné ženy důležité. Zde většinu respondentek doprovázela osoba, která zajišťovala tlumočení mezi těhotnou ženou a ošetřujícím personálem. Ve většině případů se jednalo o manžela (viz tabulka 9). Z rozhovorů dále vyplynulo, že vietnamské ženy jsou velmi svědomité matky a návštěvu prenatalní poradny považují za velmi důležitou (viz tabulka 1). Neneskali jsme se s názorem, že návštěva prenatalní porodny není důležitá nebo dokonce zbytečná.

Pro Vietnamce je velmi citlivým tématem sdělení pohlaví dítěte. Proto bychom měli na tento fakt brát ohled již v prenatalních poradnách a nikdy nesdělovat pohlaví dítěte před „cizí osobou“, kterou může být například překladatel nebo kamarádka, která tlumočí. Většina Vietnamek nechce před porodem znát pohlaví svého dítěte. Toto nám potvrzuje vlastní zkušenost, kdy při příjmu na porodní sál vietnamské rodičky uvádí vždy jméno pro chlapce i dívku.

Respondentky považují předporodní přípravu za důležitou. Bohužel vzhledem k jazykové bariéře nenavštěvují vietnamské ženy kurzy předporodní přípravy. Informace, které se týkají těhotenství, porodu a období šestinedělí získávají od svých příbuzných či kamarádek, které s mateřstvím mají zkušenosti. Zde hledají první radu při vyskytnutí problému. V případě, že vietnamské rodičky nenachází radu či pomoc ve své komunitě, obrací se na zdravotnický personál.

Jednou z otázek, která je často diskutovaným tématem v českém porodnictví, je porod vedený v domácím prostředí. Všechny respondentky se shodly na tom, že porod doma pro ně samotné a jejich nenarozené dítě představuje neakceptovatelnou míru rizika. Z tohoto důvodu volí porod ve zdravotnickém zařízení a o možnosti родit doma vůbec neuvažují. Variantu domácího porodu zavrhnou i za reálného předpokladu, že jejich porod povede zkušený lékař nebo porodní asistentka (viz tabulka 10).

V další části výzkumu nás zajímalo, jaká mají vietnamské rodičky kritéria při výběru porodnického zařízení, ve kterém si přejí porodit. Jedním z kritérií pro volbu zdravotnického zařízení, je dle sdělení respondentek, vzdálenost a doba dojezdu do zdravotnického zařízení. Dalším kritériem pro výběr porodnice je vlastní zkušenost a na doporučení svých přátel (viz tabulka 2). Za velmi důležité respondentky považují vlastní zkušenost při pravidelných kontrolách na porodním sále, které absolvují

v posledních týdnech těhotenství. Zde mají možnost seznámit se s ošetřujícím personálem porodnice. Toto do jisté míry snižuje stres vietnamských rodiček z neznámého prostředí, jak uvádí Křivohlavý (11, s. 31).

V další otázce jsme se ptali, zda respondentky zvažovaly přítomnost doprovodu na porodním sále. Z výsledků vyplývá, že porod jako takový je pro vietnamské rodičky velmi intimní záležitostí a pokud by volily doprovod, tak zvolí svého manžela. Tlumočnický je pro rodičky „cizí“ osoba, která nemá akt porodu vidět. Proto jsou raději na porodním sále samy a tlumočnických služeb nevyužívají, přestože pociťují jazykovou bariéru s ošetřujícím personálem (viz tabulka 3). Dále nás zajímalo, zda by respondentky měly zájem o komunikaci formou piktogramů. Většina respondentek by tento způsob komunikace s ošetřujícím personálem uvítala (viz tabulka 4).

Při příjmu na porodní sál odpovídají respondentky jen na otázky, které zcela pochopí. Ošetřující personál se snaží komunikovat s doprovodem rodičky, aby získal co nejvíce validních informací potřebných pro zdárný průběh porodu a následnou hospitalizaci. Jednou z důležitých oblastí je informovaný souhlas k porodu. Zde nastává problém, kdy vietnamské rodičky nejsou schopné psaný text v češtině přečíst. V některých případech řeší tuto situaci porodní asistentky s doprovodem rodičky, tak že informovaný souhlas nahlas přečtou a doprovod přeloží obsah do vietnamštiny. V jednom případě však dochází k odmítnutí podpisu informovaného souhlasu z důvodů neznalosti českého jazyka a nemožnosti překladu do vietnamštiny. Při těchto zjištění jsme si odpověděli na **výzkumnou otázku č. 1: „Vnímají vietnamské ženy jazykovou bariéru jako překážku ošetrovatelské péče?“**

Při výskytu komplikací v I., II., III. době porodní nastává velmi stresující situace, jak pro samotou rodičku, která není schopná z neverbální komunikace pochopit, jaký nastal problém, tak pro ošetřující personál, který nemá prostředky, kterými by situaci vysvětlil nebo ozřejmil. (viz respondentka č. 2,3 a tabulka 8). „Stres, strach a úzkost ovlivňují rodičku a dále negativně působí nejen na oblast komunikace“, jak uvádí Leifer (16, s. 141).

Všechny respondentky mají specifickou potřebu ve stravování a příjmu tekutin odpovídajících jejich návykům. České stravovací návyky jim nevyhovují. Skladba

stravy je pro respondentky moc tučná, časté používání mléčných výrobků a nedostatek zeleniny. Deficit těchto potřeb řeší vietnamské ženy donáškou vlastní stravy od manžela či příbuzných. Respondentky mají výhrady i při lékařem naordinované dietě, ale v tomto případě stravu přijímají.

Dále si respondentky stěžují na intimitu. Vietnamské ženy jsou velice stydlivé a při vyšetření nebo vizitách mají přání pouze ošetřovatelského personálu, který je nezbytně nutný. Nechtějí akceptovat přítomnost např. žákyně nebo medika, kteří vykonávají praxi ve zdravotnických zařízeních. Na oddělení šestinedělí se snaží využívat nadstandardních pokojů pro zachování své intimity.

Další specifickou potřebou vietnamských rodiček je oblast tlumení bolesti. Při vlastních zkušenostech z praxe vidíme, že vietnamské rodičky nechtějí využít možnosti epidurální analgezie v průběhu porodu. Vietnamské rodičky jsou velmi stoické a trpí uvnitř. S žádostí o tlumení porodních bolestí např. formou epidurální analgezie v průběhu I. doby porodní jsem se u vietnamských rodiček při výkonu svého povolání nesešla. Vietnamské rodičky rády využívají k tlumení porodních bolestí teplou vodu ve formě hydromasáže doplněnou o aromaterapii, gymnastický míč a úlevové polohy. Farmaka využívají k tlumení bolesti až po porodu a to jen v nejnútnejších případech, jako v případě respondentky po porodu per forcipem nebo po císařském řezu. Nejdříve se však snaží využívat všech možností nefarmakologických. Pokud nemají úspěch s nefarmakologickými postupy, pak teprve připustí farmakologickou léčbu bolesti.

Specifickou potřebou u vietnamských rodiček je potřeba vyprazdňování. Zde se musí porodní asistentka aktivně zajímat o fyziologické vyprazdňování rodičky. Ze studu samy rodičky problém porodní asistentce nenahlásí. Upozorní na problém až ve chvíli, kdy je situace neúnosná, což vidíme z vlastní zkušenosti (viz respondentka 6), (tabulka 5). Další specifické potřeby jsou shrnuty v tabulce 5. Pomocí těchto zjištění jsme si odpověděli na **výzkumnou otázku č. 2: „Jaké mají vietnamské rodičky specifické potřeby během pobytu v porodnici?“**

Vietnamské rodičky velmi kladně hodnotily poskytování ošetřovatelské péče porodními asistentkami. Nezaznamenali jsme žádnou negativní zkušenost s porodními asistentkami. Udávaly spokojenost se zkušenostmi ošetřovatelské péče viz tabulka 7.

Hodnocení je vyjádřeno v tabulce 7. Pomocí tohoto zjištění jsme si odpověděli na **výzkumnou otázku č. 3: „Jaké zkušenosti mají vietnamské rodičky při hospitalizaci s poskytováním ošetrovatelské péče?“**

Vietnamské rodičky očekávají od porodní asistentky řešení aktuálních problémů, které se vyskytnou v průběhu hospitalizace. Tím se nijak neliší od českých rodiček. Po porodu se pozornost vietnamských rodiček obrací směrem k péči o novorozence, péči o prsa, kojení, péčí o hráz a dalšími aktuálními problémy, které jsou vyjádřeny v tabulce 6. Tímto jsme si odpověděli na **výzkumnou otázku č. 4: „Co očekávají vietnamské rodičky od porodní asistentky?“** Vietnamské rodičky jsou velmi vlídné a milé. Nevyžadují nadstandardní pozornost, pouze očekávají řešení aktuálních problémů, které se při pobytu v porodnici vyskytnou.

6 Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo zmapovat specifika ošetrovatelské péče o vietnamskou ženu během porodu a v období šestinedělí. Zjistit zda ošetřující personál pociťuje jazykovou bariéru při ošetřování vietnamských rodiček. Cíle byly splněny.

Na začátku výzkumu byly stanoveny 2 hypotézy a 9 výzkumných otázek. Hypotéza č. 1: Ošetřující personál pociťuje jazykovou bariéru při poskytování péče vietnamským ženám na porodním sále. Hypotéza č. 2: Ošetřující personál pociťuje jazykovou bariéru při poskytování péče vietnamským ženám na oddělení šestinedělí. Všechny hypotézy byly potvrzeny.

Výzkumná otázka č. 1: Vnímají vietnamské ženy jazykovou bariéru jako překážku ošetrovatelské péče? Výzkumná otázka č. 2: Jaké mají vietnamské rodičky specifické potřeby během pobytu v porodnici? Výzkumná otázka č. 3: Jaké zkušenosti mají vietnamské rodičky při hospitalizaci s poskytováním ošetrovatelské péče? Výzkumná otázka č. 4: Co očekávají vietnamské rodičky od porodní asistentky? Všechny výzkumné otázky se nám podařilo v našem výzkumu zodpovědět.

Na základě výsledků výzkumu byly stanoveny tři hypotézy. Hypotéza č. 1: Vietnamské ženy vnímají jazykovou bariéru jako překážku ošetrovatelské péče. Hypotéza č. 2: Vietnamské rodičky mají specifické potřeby během pobytu v porodnici. Hypotéza č. 3: Vietnamské rodičky očekávají od porodní asistentky standardní ošetrovatelskou péči.

V České republice je vietnamská populace dle Českého statistického úřadu stále na vzestupu. Lze tedy očekávat, že kontakt vietnamských rodiček a porodních asistentek bude ve vzestupné tendenci. Nutností je, abychom si uvědomili, že právo na plnou informovanost není výsadou pouze českých rodiček, ale všech rodiček, které porodní asistentka ošetřuje. Je důležité, aby ošetřující personál měl k dispozici materiály, které alespoň částečně prolomí jazykovou bariéru mezi vietnamskými ženami, které přicházejí své děti porodit do těchto zdravotnických zařízení.

Na základě výše popsaných výsledků výzkumu byly navrženy následující opatření. Vzhledem k situaci, že vietnamské rodičky nedokáží přečíst informované souhlasy v češtině, jsme přistoupili k jejich překladu do vietnamského jazyka (viz

příloha 7B, 8B, 9B, 10B, 11B). Dále byl navržen souhlas s hospitalizací, který jsme přeložili do vietnamštiny (viz příloha 12A, 12B). Ke zlepšení komunikace mezi porodní asistentkou a vietnamskou rodičkou, byl vytvořen „Vstupní formulář při přijetí vietnamské rodičky na porodní sál“ (viz příloha 13) a „Nejčastější problematika na porodním sále a šestinedělí“ (viz příloha 14). Materiály mohou sloužit ke zkvalitnění ošetrovatelské péče u vietnamských rodiček.

7 Seznam použité literatury

1. *Centrum pro integraci cizinců* [on line] <http://www.cicpraha.org/index.php?option=com_content&view=article&id=206&Itemid=227&lang=cs > [cit. 2011.02.04]
2. ČECH, E. – HÁJEK, Z. – MARŠÁL, K a kol. *Porodnictví. 2.*, přepracované a doplněné vydání, Praha: Grada, 2006. 544 s. ISBN 80-247-1313-9
3. Český statistický úřad. Počet cizinců v ČR k 31. 5. 2010. [on line] Dostupné z WWW: http://www.czso.cz/csu/cizinci.nsf/kapitola/ciz_pocet_cizincu [cit. 2011-02-05]
4. *Definice porodní asistentky – mezinárodní* [on line] Dostupné z: WWW<<http://www.pdcap.cz/Texty/PA/DefinicePA.html> > [cit. 2010-11-30]
5. DOLEŽAL, A. *Od babictví k porodnictví. 1.* vydání, Praha: Karolinum, 2001. 144 s. ISBN 80-246-0277-6
6. ELBERTOVÁ, Z. Jazykové bariéry v českém zdravotnictví. *Zdravotnické noviny* [on line]. 18. 1. 2010 Dostupné z: WWW <<http://www.alfacz-preklady.cz/novinky/jazykove-bariery-v-ceskem-zdravotnictvi/>>,[cit. 2010-12-14].
7. FARKAŠOVÁ, D. *Ošetrovatelství – teorie. 1.* vydání, Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8
8. HAŠKOVCOVÁ, H. *Informovaný souhlas, jak a proč?* 1. vydání, Praha: Galén, 2007. 104 s. ISBN 978-80-7262-497-3
9. *Informace pro učitele, kulturní specifika.* [online]. Dostupné z WWW: <<http://www.varianty.cz/cdrom/podkapitoly/b05cizinci/01/10.pdf>>
10. IVANOVÁ, K. – ŠPIRUDOVÁ, L. – KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetrovatelství I. 1.* vydání, Praha: Grada, 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1
11. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIERIOVÁ, R.: *Ošetrovatelstvo 1,2. 2.* vydání. Martin: Osveta, 2004. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0
12. KŘIVOHLAVÝ, J. *Sestra a stres, příručka pro duševní pohodu. 1.* vydán, Praha: Grada, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3149-0

13. KUTNOHORSKÁ, J.: Etické aspekty komunikace v multikulturním ošetrovatelském přístupu. In *Sestra*, 2003, roč. 13, č. 5, s. 10-11. ISSN 1210-0404
14. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vydání, Praha: Grada, 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2
15. KUTNOHORSKÁ, J. *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče a respektování jejich transkulturní/ multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu*. Implementace multikulturního přístupu do výuky ošetrovatelství. Ostrava: Repronis, 2002. 119 s. ISBN 80-7042-344
16. KUTNOHORSKÁ, J.: Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče. In *Ošetrovatelství: teorie a praxe moderního ošetrovatelství*, 2004, roč. 6, č. 3-4, s. 98-101. ISSN 1212-723X
17. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2004. 988 s. ISBN 80-247-0668-7
18. MASTILIAKOVÁ, D.: *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 1. vyd. Národní centrum pro ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007. 164 s. ISBN 80-7013-457-7
19. MOCKOVÁ, Jana. Specifika ošetrovatelské péče u vietnamských žen v souvislosti s těhotenstvím, porodem a šestineděním. *Moderní babičství*. 2006, 10, s. 28-33. ISSN 1214-5572.
20. MÜLLEROVÁ, P. *Vietnam*. 1. vyd. Praha: Libri, 2004. 127 s. ISBN 80-7277-255-4
21. PAVLÍKOVÁ, S.: *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3
22. PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství @ porodu*. 2. vydání. Praha: Galén, 2005. 414s. ISBN 80-7262-411-3
23. ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J. *Základní otázky komunikace*. 1. vydání. Praha: Galén, 2009. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4
24. ŠPIRUDOVÁ, L. – TOMANOVÁ, D. – KUDLOVÁ, P. et al. *Multikulturní ošetrovatelství II*. 1. vydání, Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1213-X

25. TÓTHOVÁ, V. a kol. *Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*. 1. vydání, Praha: Triton, 2010. 195 s. ISBN 978-80-7387-414-8
26. TÓTHOVÁ, V.: Respektování zvláštností verbální a neverbální komunikace v ošetrovatelské péči o vietnamskou minoritu. In *Ošetrovatelství v pohybu. Sborník příspěvků z konference 1. Příbramské ošetrovatelské dny*. Příbram: SZŠ a VOŠ zdravotnická, 2006. 278 - 282 s.
27. ÚMLUVA č. 96/2001 Sb. mezinárodních smluv, o přijetí Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicině. Sbírka mezinárodních smluv ministerstva zahraničních věcí ČR, částka 44, 2001, s. 1897 – 1919.
28. VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. 1. vydání, Praha: Univerzita Karlova, Karolinum 2004. 358 s. ISBN 80-246-0841-3
29. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vydání. Praha: Grada 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8
30. VRÁNOVÁ, V. *Historie babictví a současnost porodní asistence*. 1.vydání, Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 203 s. ISBN 978-80-244-1764-6
31. VYHLÁŠKA č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Sbírka zákonů MZ ČR, částka 139, 2004, s. 8096 – 8139.
32. Zákon č. 96/2004 Sb., 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), ve znění zákona 189/2008 Sb. [on-line] dostupné z WWW: http://www.nconzo.cz/c/document_library/get_file?uuid=7231200d-178f-40ed-b41f-e2258a67c3c2&groupId=10900 [cit. 2010-11-30]

8 Klíčová slova

Jazyková bariéra

Komunikace

Multikulturní přístup

Ošetřovatelská péče

Porodní asistentka

Vietnamská rodička

9 Přílohy

Příloha 1 – Model vycházejícího slunce M. Leiningerové

Příloha 2 – Model transkulturního ošetřovatelství podle Gigerové a Davidhizarové

Příloha 3 – Etický kodex porodní asistentky

Příloha 4 – Dotazník pro porodní asistentky

Příloha 5 – Polostrukturovaný rozhovor

Příloha 6 A – Informační leták pro vietnamské rodičky - česky

Příloha 6 B – Informační leták pro vietnamské rodičky – vietnamsky

Příloha 7 A – Informovaný souhlas: spontánní porod – česky

Příloha 7 B – Informovaný souhlas: spontánní porod – vietnamsky

Příloha 8 A – Informovaný souhlas: plánovaný císařský řez – česky

Příloha 8 B – Informovaný souhlas: plánovaný císařský řez – vietnamsky

Příloha 9 A – Informovaný souhlas: neodkladný císařský řez – česky

Příloha 9 B – Informovaný souhlas: neodkladný císařský řez – vietnamsky

Příloha 10 A – Informovaný souhlas: klešťový porod – česky

Příloha 10 B – Informovaný souhlas: klešťový porod – vietnamsky

Příloha 11 A – Informovaný souhlas: manuální vybavení lůžka – česky

Příloha 11 B – Informovaný souhlas: manuální vybavení lůžka – vietnamsky

Příloha 12 A – Souhlas s hospitalizací – česky

Příloha 12 B – Souhlas s hospitalizací – vietnamsky

Příloha 13 – Vstupní formulář při přijetí vietnamské rodičky na porodní sál

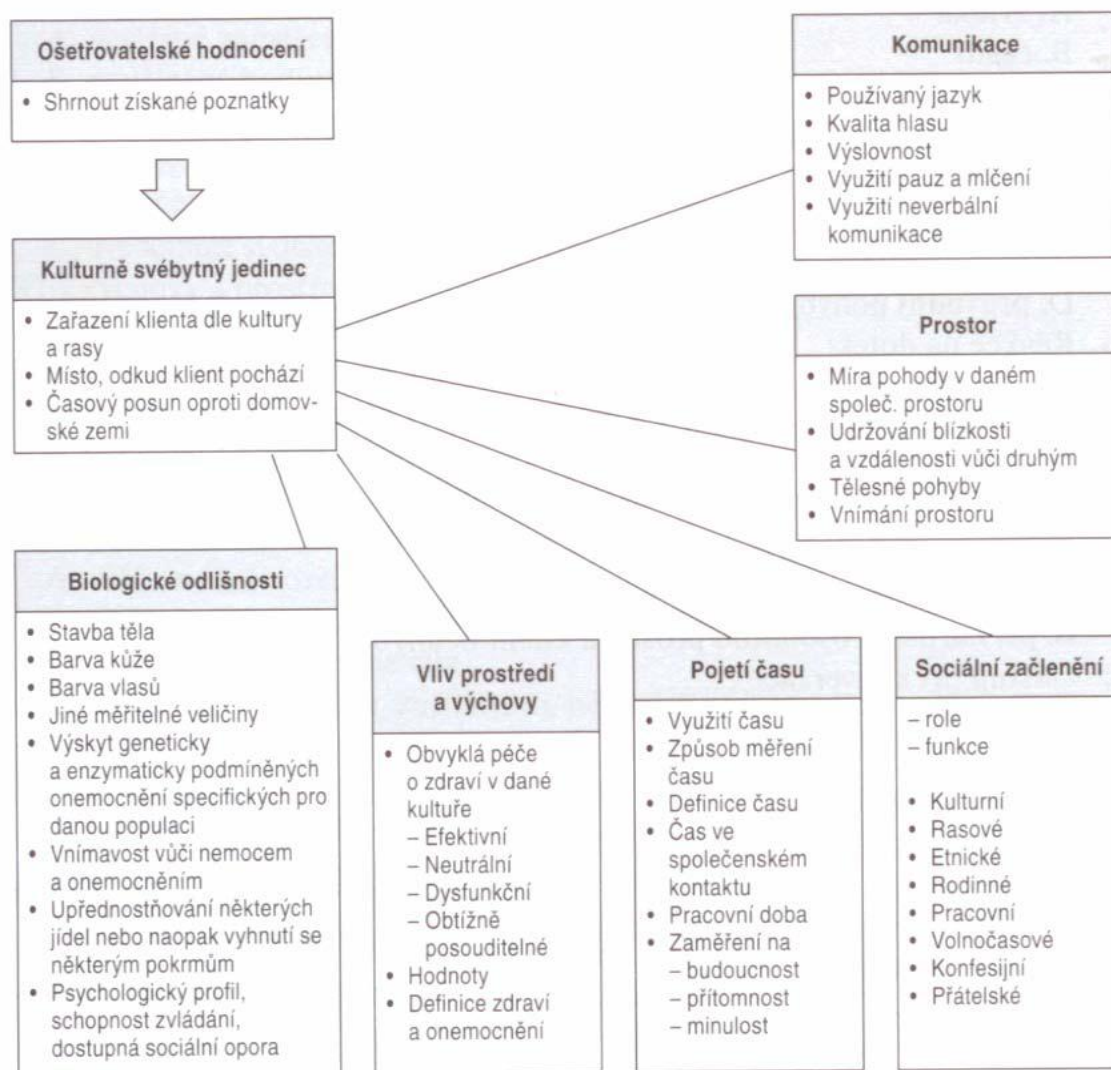
Příloha 14 – Nejčastější problematika na porodním sále a šestinedělí

Příloha 1 – Model vycházejícího slunce M. Leiningerové



Zdroj: ŠPIRUDOVÁ, L. et al.: *Multikulturní ošetrovatelství II.* 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1213-X

Příloha 2 – Model transkulturního ošetřovatelství podle Gigerové a Davidhizarové



Zdroj: ŠPIRUDOVÁ, L. et al.: *Multikulturní ošetřovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1213-X.

Příloha 3 – Etický kodex porodní asistentky

Etický kodex: Vztahy v porodnictví

1. Porodní asistentky respektují právo ženy na informovanou volbu a snaží se ženy vést k tomu, aby přijaly odpovědnost za svá rozhodnutí.
2. Součástí přístupu porodních asistentek je podporovat právo žen na aktivní účast v rozhodnutích, která se týkají poskytované péče. Porodní asistentky rovněž usilují o to, aby se ženy – klientky mohly samostatně vyjadřovat k otázkám zdraví, rodiny a kultury ve své společnosti.
3. Porodní asistentky i jejich klientky spolupracují s úřady a fondy na vymezení a potřeb, které má zdravotní péče zajistit. Zároveň se snaží zajistit úměrné rozdělování zdrojů a priorit.
4. Porodní asistentky se vzájemně podporují ve svém pracovním kolektivu a aktivně u sebe i u jiných pěstují přiměřený pocit vlastní hodnoty.
5. Porodní asistentky kooperují s dalšími zdravotnickými pracovníky. Podle potřeby se obracejí na jiné zdravotnické profese, využívají jejich kompetencí a konzultují s nimi stav svých klientek.
6. Porodní asistentky si jsou vědomy vzájemné závislosti lidí ve své profesi a snaží se řešit vznikající konflikty.
7. Porodní asistentky nesou odpovědnost i vůči své vlastní osobě jakožto jedinci s morálním vlastnictvím, sebeúctou a integritou.

Etický kodex: Porodnická praxe

1. Porodní asistentky poskytují ženám a rodinám péči zohledňující kulturní různorodost. Současně usilují o to, aby aplikací těchto kulturních pojetí nevnášely do své péče postupy, jež by mohly působit škodu.
2. Porodní asistentky budují v ženách dané společnosti realistické očekávání spojená s těhotenstvím, porodem a péčí o dítě. Minimálním optimistickým očekáváním je, že žena by početím, donošením a zaopatřením dítěte neměla utrpět žádnou újmu.
3. Ve všech prostředích a kulturách porodní asistentky užívají svých znalostí profese k zajištění bezpečného postupu při porodu.
4. Za všech okolností porodní asistentky reagují na psychologické, tělesné, citové a duchovní potřeby žen, o něž pečují.
5. Porodní asistentky jsou celoživotně mladým i starším ženám, rodinám i spolupracovníkům příkladem v účinné podpoře zdraví.
6. Porodní asistentky se po celou dobu své profesní kariéry rozvíjejí po stránce osobní, intelektové a odborné. Tento rozvoj se snaží využít v praxi.

Etický kodex: Profesní odpovědnost porodních asistentek

1. Porodní asistentky považují informace o klientkách za důvěrné a soukromé. Sdělují je pouze v odůvodněných případech.
2. Porodní asistentky nesou odpovědnost za svá rozhodnutí a činy včetně důsledků, které z nich vyplývají pro příjemce péče.
3. Porodní asistentky mohou odmítnout účast na činnostech, s nimiž zásadním způsobem a z morálního přesvědčení nesouhlasí. Důraz na osobní svobodu svědomí by však neměl připravit klientky o základní zdravotnické služby.
4. Porodní asistentky chápou negativní důsledky, které by mohlo na zdraví žen a dětí mít jakékoliv porušení etických zásad a lidských práv. Usilují o to, aby k takovému porušování nedocházelo.
5. Porodní asistentky se podílí na rozvoji zdravotní politiky a jejím zaváděním do praxe, pokud se jedná o zájmy zdraví žen a rodin s dětmi.

Etický kodex: Pokrok v porodnické teorii a praxi

1. Porodní asistentky zajišťují, aby rozvoj v porodnictví vycházel z takových praktik, které chrání osobní práva žen.
2. Porodní asistentky mnoha různými způsoby rozšiřují a předávají znalosti ve svém oboru.
3. Porodní asistentky se podílejí na formálním vzdělávání a výchově studentek i absolventek porodnických oborů.

Zdroj: KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vydání, Praha: Grada, 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2

Příloha 4 – Dotazník pro porodní asistentky

DOTAZNÍK

Dobrý den vážené a milé porodní asistentky.

Jmenuji se Alena Sedláková. Pracuji na gyn. – por. oddělení v Jindřichově Hradci jako porodní asistentka a jsem studentkou 3. ročníku porodní asistentka – kombinovaná forma studia, na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Dovoluji si Vás požádat o vyplnění dotazníku k mé bakalářské práci na téma: Jazyková bariéra jako překážka ošetrovatelské péče u rodících žen Vietnamské národnosti z pohledu porodní asistentky. Zaručuji Vám, že veškeré informace jsou zcela anonymní a budou použity výhradně pro potřeby mé bakalářské práce.

1. Na jakém typu pracoviště pracujete:
 - a) gynekologická ambulance
 - b) gynekologické oddělení
 - c) oddělení šestinedělí
 - d) porodní sál

2. Praxe v oboru porodní asistence
 - a) méně než 5 let
 - b) 5 -10 let
 - c) 11 a více let

3. Jaké máte dokončené vzdělání:
 - a) středoškolské
 - b) vyšší odborné
 - c) specializační
 - d) vysokoškolské
 - e) jiné: doplňte.....

4. Setkáváte se na vašem pracovišti s klientkami - rodičkami jiných národů? (Pokud jste se nikdy při své praxi nesečkala s rodičkami jiných národů, prosím dál nepokračujte.)

- a) ano
- b) ne

5. Pokud jste odpověděla na předchozí otázku ano, o jaké národnosti se konkrétně jedná? Vyberte max. 3 nejčastější možnosti.

- a) Ukrajinky
- b) Vietnamky
- c) Polky
- d) Čínanky
- e) Mongolky
- f) jiné napište.....

6. Mají vietnamské rodičky možnost na vašem pracovišti přečíst si práva pacientů ve vietnamštině?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

7. Je na vašem pracovišti možnost podat vietnamské rodičce Informovaný souhlas k porodu ve vietnamštině? pokud ano pokračujte otázkou č.9

- a) ano
- b) ne

8. Pokud vietnamské rodičky nemají možnost informovaného souhlasu s porodem přečíst ve vietnamštině. Dáváte jim informovaný souhlas v

- a) v českém jazyce
- b) v anglickém jazyce
- c) informovaný souhlas vietnamským rodičkám nedáváme

9. Používáte při pobytu vietnamských rodiček na porodním sále piktogramy (obrázek s popisem) ?

- a) ano
- b) ne

10. Pokud jste odpověděla v předchozí otázce ne, měla byste zájem o komunikaci pomocí piktogramů, překladu atd.?
- a) ano
 - b) ne
11. Jakým způsobem komunikujete s vietnamskou rodičkou, která zcela neovládá český jazyk? Můžete uvést více odpovědí.
- a) mluvím česky
 - b) mluvím anglicky
 - c) požívám gesta
 - d) snažím se nonverbálně komunikovat (gesta, mimika atd.)
12. Má vaše zdravotnické zařízení k dispozici tlumočníka na telefonu?
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím
13. Přivádí si vietnamská rodička k porodu osobu, která ovládá český jazyk?
- a) ano
 - b) ne
 - c) někdy
14. Spolupracujete s centrem pro integraci cizinců?
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím
15. Jak probíhá příjem vietnamské rodičky na porodní sál pokud rodička neovládá češtinu.
Můžete uvést více odpovědí.
- a) vycházím z údajů v těhotenské průkazce
 - b) pokud je přítomná osoba doprovázející rodičku k porodu obracím se na ni.
 - c) improvizuji

16. Uvítala byste přeložení základních otázek při příjmu vietnamské rodičky na porodní sál do vietnamštiny a naopak.

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

17. Uvítala byste přeložení do vietnamštiny a naopak nejčastější problematiky, se kterou se setkáváte na oddělení šestinedělí. (např. péče o novorozence, o prsa atd.)

- a) ano
- b) ne

18. Snaží se vietnamské rodičky s vámi komunikovat, přestože neovládají český jazyk?

- a) ano
- b) ne

19. Pokud jste na předchozí otázku odpověděla ano, jakým způsobem se s vámi snaží komunikovat:

- a) mluví vietnamsky
- b) snaží se vyslovit pár slov česky
- c) využívají neverbální komunikaci (gesta mimika, postoj těla atd.)

20. Ovládáte cizí jazyk, kterým byste byla schopná se vietnamskou rodičkou domluvit, pokud by ho také znala.

- a) ano
- b) ne

21. Pokud jste na předchozí otázku odpověděla ano, napište prosím o jaký konkrétní cizí jazyk se jedná.....

22. Používáte informační letáky ke kojení přeložené do vietnamštiny?

- a) ano
- b) ne

23. Pociťujete jazykovou bariéru jako překážku ošetrovatelské péče?

a) ano

b) ne

24. Prosím popište jak probíhá komunikace ve II.době porodní s vietnamskou rodičkou, která neovládá český jazyk a není přítomná osoba, která je schopná tlumočení.

.....

.....

.....

.....

Zdroj: vlastní

Příloha 5 – Polostrukturovaný rozhovor

Polostrukturovaný rozhovor s rodičkou vietnamské menšiny

Rozhovor bude probíhat **anonymně**. Se všemi údaji bude zacházeno jako s přísně důvěrnými a budou použity pouze ke zpracování mé bakalářské práce na téma „Jazyková bariéra jako překážka ošetrovatelské péče u rodičích žen vietnamské národnosti z pohledu porodní asistentky.“

1. Jak dlouho žijete v české republice?
2. Jak probíhaly vaše návštěvy v prenatální poradně?
3. Podle čeho jste si vybírala zdravotnické zařízení – porodnici, kde byste chtěla родit.
4. Zvažovala jste přítomnost doprovodu (člen rodiny, kamarádka atd.) na porodním sále.
5. Jak probíhal váš příjem na porodní sál.
6. Jak jste prožívala pobyt na porodním sále. Měla jste dostatek informací o průběhu porodu.
7. Jak byste popsala komunikaci mezi vámi a ošetřujícím personálem v porodnici.
8. Myslíte si, že by pro vás byla přínosem možnost komunikovat s ošetřujícím personálem pomocí piktogramů (karta s popisem) během porodu a na oddělení šestinedělí.
9. Měla jste dostatek informací o kojení a péči o novorozence.

Zdroj: vlastní



MÁMA VÍ

aneb INFORMOVANÁ MATKA

Milé maminky,

vítáme Vás na novorozeneckém oddělení a blahopřejeme Vám k narození Vašeho miminka!

Rádi bychom, aby Vám následující povídání pomohlo a usnadnilo první společné dny s Vaším právě narozeným miminkem, které strávíte na novorozeneckém oddělení.

Průvodce základní péčí o novorozence připravilo občanské sdružení Centrum pro integraci cizinců. Představíme Vám, co Vás v následujících několika dnech asi čeká, objasníme Vám základní pravidla kojení, upozorníme na případné potíže při kojení a připojujeme další informace o novorozeném miminku. V závěru také naleznete zákonné postupy, které je nutné v České republice dodržet. Věříme, že Vám tento text pomůže zorientovat se v podmínkách, které jsou běžné v České republice.

Eventuální problémy či dotazy Vám ochotně pomůže vyřešit buď dětská sestra, nebo lékař, kteří jsou na oddělení přítomni nepřetržitě 24 hodin denně.

Otázky k cizinecké problematice směřujte přímo na Centrum pro integraci cizinců, kontakty naleznete na konci letáku.

Přejeme Vám příjemný pobyt v porodnici a zdárné zvládnutí všech nových úkolů.

Kolektiv pracovníků Centra pro integraci cizinců

ROOMING IN

Snahou porodnice je, abyste po celou dobu pobytu v porodnici byla pokud možno společně se svým dítětem (*rooming in*), pokud to Váš zdravotní stav a stav Vašeho miminka dovolí. Tento způsob péče zajistí, že se co nejdříve naučíte rozpoznat, jak se vaše miminko chová, když je nespokojené nebo má hlad, a naučíte se o ně pečovat (přebalování, koupání, ošetřování kůže, čištění očí, pupku apod.).

KOJENÍ

Výlučné (plné) kojení je dnes považováno za optimální způsob výživy miminka do 6. měsíce věku. Dále můžete za postupného zavádění příkrmu pokračovat v kojení do dvou let věku dítěte, případně déle. Čím déle budete kojit, tím zdravější a odolnější by Vaše miminko mělo být. Proto byste si hned od začátku měla osvojit několik jednoduchých zásad a naučit se správné technice kojení, abyste vydržela bez problémů kojit co nejdéle.

Miminko přikládejte k prsu vždy, když chce sát. Nečekejte, až začne plakat, pak je přísátí obtížnější. Miminko to dává najevo už dříve, např. špulením rtů, vyplazováním jazyka, přitahováním ručiček k ústům apod. V prvních dvou třech dnech většina miminek téměř nic nevypije – to je normální. I v nepatrném množství mleziva (první mléko, které se začne tvořit) je mnoho obranných látek, které v prvních dnech novorozenec potřebuje nejvíce.

Živinami jste ho zásobila v posledních měsících těhotenství a pro první dny mu stačí čerpat energii z těchto zásob. Po porodu každý novorozenec ubývá na váze (tzv. poporodní váhový úbytek). Je to účelné a v žádném případě to neznamená, že dítě hladoví. Mění se totiž obsah vody v jeho orgánech a kůže tak, aby byly odolnější v suchém prostředí mimo dělohu matky. Úbytek obvykle představuje asi 10 % porodní hmotnosti, někdy více, někdy méně.

Přiložení k prsu už na porodním sále a časté přikládání k prsu v prvních dnech po porodu je důležité pro včasný nástup tvorby mléka. Přestávka mezi kojením by v prvních dnech neměla být delší než 4 hodiny. Miminko přikládejte při každém kojení k oběma prsům.

Později (od 2. až 3. dne) množství vypitého mléka orientačně vážíme. To nás informuje pouze o skutečnosti, že tvorba mléka již začala a že dítě je schopno účinně sát. Dávka však není rozhodující a je potřeba hodnotit i jiné věci než jen čísla. Mezi jednotlivými dětmi jsou v množství vypitého mléka v prvních dnech velké rozdíly. Dítě při sání odpočívá stejnou dobu jako saje – nespí! Pokud se dostatečně napije a usne, obvykle se pustí samo. Některé děti chtějí být u prsu skoro nepřetržitě – dopřejte jim to.

Po nakrmení nechejte miminko odříhnout ve zvýšené poloze nejlépe v postýlce (nešetrná manipulace bezprostředně po kojení může ublinkávání vyvolat nebo zhoršovat).

Zpočátku kojte vleže, později je vhodné polohy měnit. Sestra s Vámi polohy nacvičí a společně vyberete tu, která je pro Vás nejvhodnější.

Pamatujte: kojení by nemělo bolet. Dítě musí mít v pusince bradavku a co možná největší část dvorce. Pokud kojení bolí, znamená to, že je někde chyba (špatná poloha matky nebo dítěte, špatná technika kojení) a je nutné kojení přerušit a dítě přiložit znovu správně, aby nedošlo k rozkousání bradavky (tzv. ragády).

V prvních dnech přikládejte miminko k prsu s pomocí dětské sestry. Pokud kojení bolí, dítě je spavé a nechce se přisávat, sestra vám pomůže.

Po kojení je cítit v prsou úleva; pokud se úleva nedostaví, je vhodné mléko z prsu odstříkat.

Odšťikávání mléka

Kdy odšťikávat:

- při delším oddělení matky od dítěte
- při retenci (zadržování) mléka v prsou
- při nadbytku mléka
- pro vytvarování bradavky s dvorcem

Odšťikávat lze buď rukou nebo pomocí mechanické či elektrické odsávačky.

Příprava:

- vyvařená nádoba na odstříkané mléko
- čistě umyté ruce
- přiložení teplého vlhkého obkladu na prsa či nahřátí ve sprše
- krouživé masáže rukou od základu prsu směrem k bradavce k povzbuzení vypuzovacího reflexu
- zakončení masáže jemným vyklepáním prsů v předklonu

Postup:

1. Špičku palce položit nad dvorec a špičku ukazováku pod dvorec tak, aby prsty tvořily písmeno C. Prsty a bradavka musí být v jedné linii.
2. Celý prs přitisknout zbývajícými prsty a dlaní k hrudníku.
3. Rytmicky stlačovat bradavku, až mléko začne odkapávat.
4. Opakovat tento trojdobý pohyb a měnit pozice prstu na dvorci.
5. Prsty nesmějí bradavku vytahovat dopředu a nesmějí opouštět kůži, aby se neodřela.
6. Velký nebo příliš naltý prs podložit dlaní druhé ruky.
7. Doba odstříkávání je kolem 20 až 30 minut, prsy několikrát vystřídat.

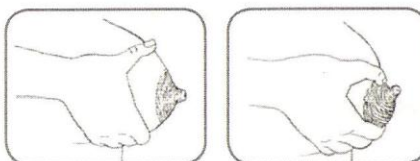
Problémy s prsy

- *Bolestivé a „nalité“ prsy*
 - Před kojením – nahřátí prsou mokrou teplou žínkou, eventuálně ve sprše prohřát prsa teplou vodou, následuje jemná masáž prsou a změkčení dvorce odstříkáním, aby dítě mělo možnost dobře se přisát
 - Po kojení – jemná masáž a odstříkání do pocitu úlevy
 - Mezi kojením – studené obklady, eventuálně Paralen tbl
- *Bolestivé a popraskané bradavky (ragády) – jsou výsledkem nesprávné techniky kojení, chybného přiložení nebo nesprávného sání. Co dělat:*
 - Opravit techniku kojení
 - Upravit polohu dítěte při kojení, aby ragáda byla v koutku úst
 - Měnit polohy
 - Stimulovat uvolnění mléka před kojením přiložením teplého obkladu
 - Nabídnout jako první méně bolestivý prs
 - Neomezovat frekvenci a délku kojení
 - Na konci kojení zasunout malíček za vnitřní koutek úst dítěte, které se pak samo pustí
 - Na bradavce ponechat po každém kojení zaschnout pár kapek mléka
 - Po každém kojení preventivně aplikovat hojivou mast Bepanthen
 - Bradavky ponechat co nejčastěji volně na vzduchu

TECHNIKA KOJENÍ

Správné držení prsu

- Prsty se nesmí dotýkat dvorce
- Prs je podpírán zespodu všemi prsty kromě palce
- Palec je položen vysoko nad dvorcem
- Tlak palce na prsní tkáň umožní napřímení bradavky
- Prs musí být dítěti nabídnut tak, aby uchopilo nejen bradavku, ale co možná největší část dvorce



POLOHY PŘI KOJENÍ

Hlavní zásady:

- zvolit pohodlnou pozici pro matku i dítě
- dítě leží na boku, obličej, hrudník, břicho i kolena směřují k matce
- ucho, rameno a kyčle dítěte jsou v jedné linii
- osy procházející uchem, ramenem a kyčelním kloubem u matky i dítěte mají být rovnoběžné
- matka přitahuje rukou tělo dítěte k sobě za ramena a záda, nikoliv za hlavičku
- matka se nemá zbytečně dotýkat hlavičky ani tváře dítěte, aby nedošlo k matení sacího reflexu
- pokud se dotýká hlavy, prsty nepřesahují spojnicí ušní linie
- mezi matkou a dítětem nesmí být žádná překážka (spodní ruka dítěte, uzel na zavinovačce...)
- matka nesmí odtahovat prs od nosu
- dítě přikládáme k prsu, nikoli prs k dítěti
- brada, tvář i nos dítěte se dotýkají prsu
- brada dítěte je v prsu hluboce zabořená
- dítě nesmí křičet
- kojení nesmí matku bolet

Známky správné vzájemné polohy matky a dítěte

Matka:

- je relaxovaná
- nic ji nebolí – bradavka, ramena, záda, ruce
- tkáň prsu se před ústy dítěte nenapíná
- vypuzovací reflex je funkční
- bradavka není poškozená ani oploštělá
- po kojení je prs vyprázdněný

Dítě:

- nešpulí rty, nevpadávájí mu tváře
- saje dlouhými doušky
- při sání nesrká
- volně dýchá, špičkou nosu odtlačuje prsní tkáň
- je spokojené

Poloha vleže



- Matka i dítě leží na boku
- Matka má polštářem podloženou pouze hlavu tak, aby se vyrovnala poloha hlavy s výškou ramene
- V zádech je lehce prohnuta dozadu
- Dítě leží v ohbí paže
- Matka se nesmí opírat o loket, ani horní končetina nesmí být zdvižena nad úroveň ramene

Poloha v sedě



- Hlava dítěte leží v ohbí paže matky
- Předloktí matky podpírá dítěti záda
- Prsty matky spočívají na hýždích nebo stehýnku výše umístěné dolní končetiny dítěte
- Druhou rukou matka přidržuje prs
- Spodní ruka dítěte je kolem pasu matky
- Chodidla matky podpírá stolička

Fotbalové boční držení



- Je vhodné pro ženy s velkými prsy nebo plochými bradavkami či po císařském řezu
- Dítě leží na předloktí matky, která rukou podpírá ramínka dítěte
- Prsty podpírají hlavičku dítěte
- Nožky dítěte jsou podél matčina boku
- Chodidla dítěte se nesmí o nic opírat
- Předloktí matky je podepřeno polštářem



Kojení v polosedě s podloženýma nohama

- Vhodné zejména pro matky po císařském řezu
- Dítě leží v ohbí paže nebo na předloktí paže matky
- Polštář na břichu matky brání tlaku dítěte na jizvu
- Polštář pod kolena podpírá dolní končetiny matky



Kojení dvojčat

- Kojit obě děti současně
- Lze volit různé polohy: boční fotbalové držení, kojení vleže, poloha do kříže, paralelní poloha
- Každé dítě může mít svůj prs

Správné přisátí

- Bradavka musí být vždy v úrovni úst dítěte
- Drážděním úst bradavkou se vyvolá hledací reflex
- Široce otevřená ústa dítěte jako při zívání jsou správnou odpovědí na tento dráždivý podnět
- Prs musí být nabídnut tak, aby dítě uchopilo nejen bradavku, ale co možná největší část dvorce, hlavně pod bradavkou
- Všechny prsty kromě palce by měly být pod prsem
- **!! POZOR !!** Matka nesmí prs odtahovat prsty

Kojení „spavého“ dítěte

- Mluvte s dítětem a navažte s ním kontakt očima
- Držte dítě ve vzpřímené poloze
- Pohybujte s dítětem
- Uvolněte zavinovačku
- Svlékněte dítě (sací aktivita se snižuje při teplotě nad 27°C)
- Hlad'te je
- Přebalte je
- Otřete obličej chladnou žínkou
- Kružte prstem okolo úst
- Dítě ve správné poloze může volně dýchat
- Nepřikládejte k prsu dítě, které křičí; jazyk je při křiku umístěn nahoře a dítě v této poloze nemůže uchopit bradavku

Pokud by se Vám přes výše popsané informace a pomoc sester na novorozeneckém oddělení kojení nedařilo, je také možné se obrátit na odborníky přímo na kojení, tedy na *Laktační ligu* nebo na *Národní linku kojení*.

Kontakty:

www.kojeni.cz

nebo telefonní linky:

Laktační liga: 261 082 424 (485)

Národní linka kojení: 261 082 424 (ve všední dny 9 – 13 hod.)

DOKRM

- Jestliže dítě potřebuje z nějakého důvodu dokrm, měli by všichni, kteří pečují o matku a dítě, znát alternativní způsoby krmení ke kojení (další informace o nich Vám podá dětská sestra)
- Aby kojení bylo úspěšné, nemělo by být dítě v žádném případě dokrmované z láhve
- Sání z láhve a prsu se od sebe liší, dítě se učí sát dvěma různými způsoby, což je pro ně matoucí, brzy začne preferovat láhev, ze které je pití snazší

PŘEBALOVÁNÍ

- Miminko přebalujte před každým kojením (asi po 2 až 4 hodinách)
- Přebalování, koupání a základní informace ohledně péče o miminko Vám ukáže a vysvětlí dětská sestra

TEPLOTA A DALŠÍ DŮLEŽITÉ ÚDAJE

- Teplota miminka se měří obvykle 2x denně (ráno a odpoledne), případně podle potřeby častěji
- Normální teplota miminka je 36,5 – 37,5°C
- Údaje, které jsou pro hodnocení stavu novorozence v prvních dnech důležité – močení, stolice, teplota, čas přiložení a později množství vypitého mléka – zapisujte do tabulky na postýlce podle instrukcí dětské sestry

NOVOROZENECKÁ ŽLOUTENKA

- Novorozenecká žloutenka se u většiny dětí „léčí“ vystavením dennímu světlu. Nezatahujte proto žaluzie a dítě s postýlkou přemístěte k oknu (pozor – na miminko nesmí od okna táhnout a nesmí na ně svítit přímé sluneční paprsky!). Jen při velmi silné žloutence léčíme dítě modrým světlem (tzv. fototerapie)

ODCHOD DOMŮ

- Domů s miminkem odcházíte obvykle 4. den po spontánním porodu či 6. den po porodu císařským řezem za předpokladu, že dítě dobře pije, přibývá na váze a nemá silnou žloutenku popř. jiný problém
- Při propuštění dostanete s sebou Zdravotní a očkovací průkaz a Propouštěcí zprávu novorozence

CO VŠECHNO DÁLE MIMINKO BĚHEM POBYTU U NÁS STIHNE

- Vizita – každý den v dopoledních hodinách ho prohlédne dětský lékař
- Vyšetření kyčlí ortopedem
- Vyšetření vrozených vad metabolismu z kapky krve
- Očkování proti tuberkulóze do levého ramínka
- Závěrečné vyšetření lékařem před propuštěním

!!! NEZAPOMEŇTE !!!

- Ihned po příchodu domů se přihlaste u praktického lékaře pro děti a dorost, kterého jste si vybrala, že jste byla propuštěna z porodnice. Dětský lékař Vám následně sdělí harmonogram očkování Vašeho dítěte, které je povinné.
- Vyzvedněte si osobně rodný list dítěte na matrice místně příslušné naší porodnici (bývá k dispozici cca do 1 až 2 týdnů od porodu)
- Rodný list nechte úředně přeložit a ověřit pro ambasádu Vaší země, aby ambasáda mohla vydat dítěti doklad (např. cestovní pas) nebo ho zapsala do dokladu rodičů.
- Do 60 dnů od narození dítěte požádejte pro dítě o pobyt, dítě má nárok na jeden z pobytů rodičů (můžete zvolit ten, který je pro Vás výhodnější). O trvalý pobyt se žádá na krajských pracovištích OAMP (Odbor azylové a migrační politiky) Ministerstva vnitra, o azyl na OAMP v Praze, o dlouhodobý pobyt na příslušné Cizinecké policii.
- Pojistěte dítě do 8 dnů od narození u zdravotní pojišťovny, nejjednodušší je přihlásit dítě u stejné pojišťovny, u které jste byla v den jeho porodu pojištěna Vy sama (potřebujete rodný list a osobní doklad). Pokud bude mít dítě české občanství, trvalý pobyt nebo azyl, stačí dítě pouze přihlásit u pojišťovny a dítě je pak pojištěno od narození a pojištění hradí stát. Pokud se Vaše dítě neúčastní veřejného zdravotního pojištění (např. pro něj žádáte o dlouhodobý pobyt), musíte dítěti sjednat komerční zdravotní pojištění. Pozor! Komerční pojištění může být komplexní, nebo jen pro neodkladnou péči. Zjistěte si raději předem, co vše je z pojištění hrazeno! Více informací ke zdravotnímu pojištění naleznete na www.cicpraha.org.
- Pozor na to, kdy matka není v době porodu zdravotně pojištěna. V takovém případě jí budou náklady na zdravotní péči při porodu porodnicí naúčtovány.



centrum pro integraci cizinců o.s.

Centrum pro integraci cizinců, o.s.

Kubelíkova 55
130 00 Praha 3
tel.: 222 713 332
e-mail: info@cicpraha.org
www.cicpraha.org



Tento materiál vznikl za podpory Ministerstva práce a sociálních věcí ČR.

Zdroj: Centrum pro integraci cizinců

Příloha 6 B – Informační leták pro vietnamské rodičky – vietnamsky



MÁMA VÍ

aneb INFORMOVANÁ MATKA

Các bà mẹ thân mến!

Chúng tôi nồng nhiệt chào đón các bạn tại phòng trẻ sơ sinh và chúc mừng các bạn mới sinh con!

Chúng tôi mong muốn để những điều chia sẻ dưới đây phần nào sẽ giúp các bạn trong việc sống và sinh hoạt với trẻ sơ sinh những ngày đầu tiên tại nơi này, tại khu trẻ sơ sinh.

Cuốn hướng dẫn chăm sóc trẻ sơ sinh cơ bản này do Hiệp hội công dân - TRUNG TÂM HỘI NHẬP NGƯỜI NƯỚC NGOÀI, soạn thảo. Chúng tôi sẽ giới thiệu về những điều sẽ chờ đón các bạn trong vài ngày tới, giải thích cho các bạn các qui tắc cơ bản khi cho con bú, thông báo cho các bạn đến những khó khăn (có thể xảy ra) khi cho con bú và cùng một số thông tin cần thiết về trẻ sơ sinh. Ở phần cuối, các bạn cũng được biết về các công đoạn bắt buộc mà pháp luật qui định, cái mà các bạn phải chấp hành trên lãnh thổ cộng hòa Séc. Chúng tôi tin rằng, cuốn hướng dẫn này sẽ giúp các bạn định hướng được trong những điều kiện thông thường ở cộng hòa Séc.

Các vấn đề nảy sinh cấp thời hoặc các thắc mắc, đề đạt sẽ được các cô y tá hộ sinh hoặc bác sĩ, những người có mặt liên tục 24/24 tiếng một ngày tại khu vực này, sẵn lòng giải quyết, giúp đỡ.

Các câu hỏi liên quan đến vấn đề người nước ngoài đề nghị các bạn đưa thẳng đến TRUNG TÂM HỘI NHẬP NGƯỜI NƯỚC NGOÀI (Centrum pro integraci cizinců) mà địa chỉ liên hệ được nêu ở phần cuối trang.

Chúc các bạn có thời gian tạm trú bình an tại nhà hộ sinh và hoàn thành trọn vẹn tất cả các nghĩa vụ, trách nhiệm mới!

Tập thể cán bộ nhân viên TRUNG TÂM HỘI NHẬP NGƯỜI NƯỚC NGOÀI.

Ở CÙNG PHÒNG VỚI TRẺ SƠ SINH (rooming in)

Cố gắng của nhà hộ sinh là để sao cho trong suốt thời gian nằm tại đây bạn có thể ở cùng phòng với con (mới sinh) của mình khi tình trạng sức khỏe của bạn và con bạn cho phép. Phương pháp chăm sóc này nhằm đảm bảo cho việc bạn sẽ sớm nhận biết rõ con của bạn thể hiện (sử sự) thế nào khi nó không hài lòng (khó chịu) hay đang đói và bạn học cách chăm sóc nó (thay tã, tắm, xem xét và chăm sóc da cho trẻ, lau mắt, rốn vv...)

CHO BÚ

Cho con bú (tự nhiên) ngày hôm nay được coi là phương pháp nuôi dưỡng trẻ sơ sinh tốt nhất cho đến tháng thứ sáu. Sau đó bạn có thể tiếp tục cho con bú đến khi chúng được hai tuổi hoặc hơn thế nữa đồng thời với việc cho trẻ ăn thêm dần dần các đồ khác. Thời gian cho trẻ bú dài bao nhiêu, trẻ chắc có lẽ càng khỏe hơn có sức đề kháng cao bấy nhiêu. Chính vì thế, ngay từ đầu, bạn phải nắm chắc một số nguyên tắc đơn giản cơ bản và học cách cho trẻ bú đúng phương pháp kỹ thuật để bạn có thể cho trẻ bú được lâu dài nhất và không có vấn đề gì.

Khi trẻ muốn bú, bao giờ bạn cũng áp (miệng) nó vào vú. Bạn đừng chờ đến khi trẻ khóc (mới cho bú) vì khi đó nó bú sẽ khó khăn hơn. Trẻ sơ sinh thể hiện điều này từ trước, chẳng hạn môi chép chép, lưỡi thè ra, đưa ngón tay lên mồm vv... Trong hai ba ngày đầu tiên (sau khi sinh) hầu hết trẻ

đều không uống gì cả – điều này là bình thường. Ngay cả trong một lượng nhỏ sữa non (sữa được cơ thể người mẹ sản ra đầu tiên) cũng có chứa nhiều chất kháng thể, cái mà trẻ sơ sinh cần nhất trong những ngày đầu cuộc sống.

Các chất dinh dưỡng được người mẹ tích lũy cho trẻ trong những tháng cuối cũng thời kỳ mang thai và vì thế những ngày đầu tiên, trẻ sơ sinh chỉ cần lấy nguồn năng lượng từ chỗ đã dự trữ đó. Sau khi sinh ra, trẻ bị sụt cân (cái này được gọi là : sụt cân sau khi sinh). Điều này có ý nghĩa và mục đích của nó chứ hoàn toàn không phải là trẻ bị đói. Sở dĩ có hiện tượng này vì hàm lượng nước trong các cơ quan nội tạng và da của trẻ phải thay đổi cho phù hợp và có sức đề kháng cao hơn trong môi trường khô bên ngoài từ cung người mẹ. Sụt cân sau khi sinh này thường đạt khoảng 10% trọng lượng trẻ khi mới ra đời, có lúc nhiều hơn, lúc ít hơn.

Việc áp miệng trẻ vào vú (mẹ) ngay trong phòng đẻ và việc thường xuyên làm điều này trong những ngày đầu tiên là rất quan trọng cho việc kịp thời tạo ra sữa (của người mẹ). Thời gian giữa hai lần cho con bú trong những ngày đầu không nên dài quá 4 giờ. Mỗi khi cho con bú nên áp miệng trẻ lần lượt vào cả hai bầu vú.

Về sau (từ ngày thứ hai hoặc thứ ba) chúng ta cần định hướng lượng sữa trẻ đã bú. Điều này chỉ cho chúng ta biết rằng sữa đã bắt đầu được tạo ra và trẻ có khả năng bú được. Con số sữa đã bú ở đây không phải là yếu tố quyết định và cần phải đánh giá cả những điều khác chứ không riêng gì những con số. Lượng sữa do từng đứa trẻ bú (được) trong những ngày đầu rất khác nhau. Trong khi bú đứa trẻ cũng nghỉ, thời gian bú và nghỉ là như nhau, tất nhiên nó không ngủ! Khi nó đã bú đủ rồi và thiếp đi, tự nó rời (núm vú) ra. Một số trẻ sơ sinh muốn ngậm vú gần như liên tục, không rời ra – bạn cứ để chúng được hưởng điều này.

Sau khi cho trẻ bú no ne, bạn hãy đặt trẻ ở vị trí cao (phần đầu trẻ cao hơn) để chúng ợ, tốt nhất là trong cũi nằm (gối đầu cao) (việc đặt trẻ không đúng tư thế ngay sau khi trẻ bú có thể gây ra chớ hoặc làm tăng thêm việc này).

Ban đầu bạn cho con bú ở vị trí nằm, về sau nên thay đổi tư thế thì tốt hơn. Cô y tá sẽ hướng dẫn bạn các vị trí và cùng bạn lựa chọn tư thế cho bú nào thích hợp nhất.

Hãy nhớ: việc cho con bú không được gây ra đau đớn! Trẻ sơ sinh phải ngậm được vào mồn toàn bộ núm vú và sao cho cả phần xung quanh, càng rộng càng tốt. Nếu khi cho bú bị đau, rõ ràng là đã có điều gì đó làm sai (vị trí, của con hay của mẹ, khi cho bú sai, kỹ thuật cho bú sai) và cần thiết phải dừng việc cho bú lại, và đặt lại trẻ cho đúng vị trí để không xảy ra việc đầu núm vú bị nhay (cắn).

Trong những ngày đầu bạn cho trẻ áp miệng vào vú với sự giúp đỡ của y tá hộ sinh. Nếu cho bú bị đau, đứa trẻ buồn ngủ (ngủ gật) và không muốn mút sữa, cô y tá sẽ giúp đỡ bạn giải quyết vấn đề.

Sau khi cho bú sẽ cảm thấy nhẹ nhõm ở ngực (vú). Nếu không thấy điều này, cần thiết phải nặn cho sữa còn trong vú phun ra.

Nặn sữa bỏ đi

Khi nào cần nặn sữa bỏ đi :

- Khi thời gian giữa hai lần cho bú hơi dài
- Khi sữa bị đọng lại trong bầu vú
- Khi lượng sữa bị thừa (quá nhiều, trẻ bú không hết)
- Để tạo hình núm vú cùng phần phụ cận

Việc phun bỏ sữa này có thể làm bằng tay (nặn ra), hay bằng máy hút cơ khí hoặc điện.

Chuẩn bị :

- bình đựng sữa đã được luộc trước (tẩy trùng)
- rửa sạch tay
- áp khăn vải ấm vào ngực (quanh bầu vú) hoặc dùng nước ấm (sây ngực ấm)
- dùng tay vừa bóp nặn (mát xa vú) vừa xoay từ chân bầu vú hướng ra núm vú để kích thích phân xạ tiết sữa
- kết thúc mát xa vú bằng cách đập rung nhẹ nhàng vào vú ở tư thế nghiêng

Công đoạn :

1. Đầu ngón cái đặt lên phần trên viền núm vú và đầu ngón trỏ đặt ở vị trí phía dưới viền núm vú sao cho các ngón tay tạo hình chữ C. Các ngón tay và đường viền núm vú phải nằm trên cùng mặt.
2. Dùng các ngón tay còn lại cùng lòng bàn tay nhàn bầu vú vào ngực.
3. Bóp đều đặn toàn phần núm vú cho đến khi sữa bắt đầu nhỏ ra.
4. Lặp lại chuyển động ba thời kỳ này và thay đổi vị trí ngón tay trên phần viền núm vú.
5. Các ngón tay không được kéo núm vú về đằng trước (kéo ra) và không được tách rời khỏi da để không bị bong da.
6. Nếu bầu vú to quá (cơ) hoặc quá căng thì dùng lòng bàn tay kia đỡ dưới.
7. Thời gian nặn sữa ra khoảng 20 – 30 phút, nhiều lần thay phiên nặn hai bầu vú.

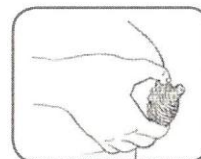
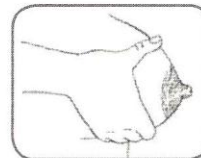
Các vấn đề của bầu vú

- **Bầu vú đau và căng cứng quá**
 - Trước khi cho bú: xấy ấm ngực (bầu vú) bằng khăn ấm hoặc dùng nước ấm từ vòi sen, sau đó mát xa nhẹ bầu vú và làm mềm (khu vực) chân núm vú bằng cách nặn bớt sữa ra, nhờ vậy trẻ sẽ bú (mút sữa) tốt hơn.
 - Sau khi cho bú: mát xa nhẹ bầu vú và nặn nốt sữa ra đến khi thấy cảm giác thoải mái
 - Trong khi cho bú: dùng khăn lạnh áp quanh (bầu vú), hoặc dùng Paralen tbl
- **Núm vú bị đau và nứt nẻ – do kỹ thuật cho bú sai gây ra, do đặt vị trí cho bú sai hay bú (mút sữa của trẻ) sai. Cần làm:**
 - sửa lại kỹ thuật cho bú
 - Chính lại vị trí của trẻ để toàn bộ núm vú nằm trong miệng trẻ
 - thay đổi vị trí
 - hãy kích thích tiết sữa dễ dàng bằng cách chườm ấm
 - cho trẻ bú bên ít bị đau trước
 - không hạn chế cường độ và thời gian cho trẻ bú
 - ở đoạn kết thúc cho bú, đưa ngón tay út vào miệng trẻ, đưa trẻ sau đó sẽ tự nhả
 - sau mỗi lần cho bú hãy để vài giọt sữa đọng lại tự khô trên đầu núm vú
 - sau mỗi lần cho bú dùng loại dầu Bepanthen bôi vào
 - núm vú nên để thường xuyên tự do (hở, tiếp xúc với không khí)

KỸ THUẬT CHO BÚ

Cách giữ bầu vú đúng

- Các ngón tay không chạm vào khu vực chân núm vú (xem hình)
- Bốn ngón tay đỡ bầu vú từ phía dưới (trừ ngón cái)
- Ngón cái đặt cao phía trên cách xa khu vực chân núm vú
- Dùng áp lực ngón cái lên phần thịt của bầu vú để chỉnh cho núm vú thẳng ra
- Các ngón tay điều chỉnh sao cho trẻ không những ngậm được núm vú mà còn cần một phần của chân núm vú, càng lớn càng tốt



CÁC VỊ TRÍ KHI CHO BÚ

Các nguyên tắc chính

- Chọn vị trí thoải mái cho cả hai mẹ con
- Trẻ nằm nghiêng, mặt, ngực, bụng và chân hướng vào người mẹ
- Tai, vai và hông của trẻ nằm trên một đường
- Hai trục chạy qua tai, vai và hông của mẹ cũng như của con phải song song với nhau
- Người mẹ dùng hai tay (đặt vào vai và lưng chứ không đặt vào đầu) kéo trẻ áp vào mình
- Người mẹ tránh đụng vào đầu hay vào mặt của trẻ một cách vô ích để không làm ảnh hưởng đến phản xạ mút sữa (của trẻ)
- Nếu phải động vào đầu (đưa trẻ) các ngón tay không vượt quá danh giới đường vạch chạy qua tai (chỉ động phần gáy)
- Giữa người mẹ và người đưa trẻ không có chướng ngại vật (tay phía dưới của trẻ, khăn quấn trẻ...)
- Người mẹ không được rút vú ra từ phía mũi
- Người mẹ áp (miệng trẻ) vào bầu vú chứ không đưa vú vào miệng trẻ
- Cằm, mặt và mũi đứa trẻ cùng chạm vào vú
- Cằm đứa trẻ ấn sâu vào bầu vú
- Trẻ không được gào khóc
- Việc cho bú không được gây đau đớn cho người mẹ

Những biểu hiện đúng đắn của vị trí mẹ và con khi cho bú

Mẹ:

- Thoải mái
- Không bị đau đớn gì – đầu núm vú, vai, lưng, tay
- Các cơ vú chỗ trước miệng trẻ không bị căng
- Phản xạ đẩy (tiết sữa ra) hoạt động
- Núm vú không bị ảnh hưởng, hư hại cũng như bị bẹt đi
- Sau khi cho bú bầu vú được thoát hết (sữa)

Trẻ sơ sinh:

- Không nhăn (nhúm) môi, không xệ mặt
- Mút sữa (bú) từng hơi dài
- Khi mút sữa không nuốt „ừng ực“
- Thở tự do, bằng chòm mũi đẩy phần cơ bầu vú ra (để thở)
- Hài lòng

Tư thế nằm



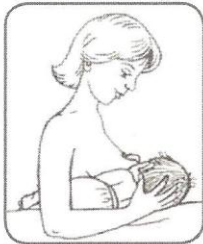
- Mẹ và trẻ sơ sinh cùng nằm nghiêng (xem hình bên)
- Người mẹ chỉ đệm gối cao dưới đầu sao cho vị trí của đầu nằm ngang bằng với độ cao của vai
- Lưng hơi khom về phía sau
- Đưa trẻ nằm trong vòng tay người mẹ
- Người mẹ không được tỳ bằng khuỷu tay, các tay cũng không được nhấc lên cao quá độ so với bả vai.

Tư thế ngồi



- Đầu đứa trẻ nằm trong vòng tay mẹ (xem hình bên)
- Bàn tay và phần cánh tay (trên) đỡ lưng trẻ
- Các ngón tay (của cánh tay này) chạm (đặt) lên mông hoặc đùi trên của trẻ.
- Bàn tay thứ hai dùng để giữ bầu vú
- Tay dưới của trẻ đặt vòng quanh eo người mẹ
- Chân người mẹ đặt trên bàn (nhỏ – để chân)

Giữ theo kiểu đá bóng, ngang hông



- Thích hợp cho người phụ nữ vú to hoặc núm vú bẹt hoặc phải mổ để.
- Trẻ nằm trên cánh tay người mẹ (phần trên), bàn tay người mẹ đỡ vai trẻ (xem hình bên)
- Các ngón tay đỡ đầu đứa trẻ.
- Hai chân đứa trẻ nằm theo vòng eo của người mẹ
- Bàn chân của trẻ không được chạm bất cứ vật gì
- Phần cánh tay trên của người mẹ tỳ lên gối

Cho hai con sinh đôi bú



- Thích hợp đặc biệt cho người mẹ phải mổ để
- Đưa trẻ nằm trong vòng ôm của mẹ hay nằm trên cánh tay mẹ (xem hình bên)
- Gối trên bụng (người mẹ) ngăn áp lực của đứa trẻ lên chỗ mổ
- Gối đặt dưới vùng đầu gối đỡ hai chân người mẹ

Cho hai con sinh đôi bú



- Cho cả hai con bú cùng một lúc
- Có thể lựa chọn phương pháp nào cũng được : kiểu bóng tạt ngang, kiểu nằm hay, kiểu bắt chéo hay kiểu song song
- Mỗi con có thể có một bầu vú riêng.

Cách mút sữa đúng kiểu

- Núm vú bao giờ cũng nằm ngang với miệng trẻ
- Dùng núm vú để kích thích trẻ tìm chỗ mút (phản xạ ngậm vú và mút sữa)
- Miệng trẻ mở to như khi nó ngáp chính là thể hiện sự đáp lại kích thích (cho bú) này
- Bầu vú phải được đưa ra để trẻ không những chỉ ngậm được núm vú không thôi mà còn ngậm được cả phần chân của núm vú, càng rộng càng tốt
- Tất cả các ngón tay của người mẹ (trừ ngón cái) phải nằm ở phần dưới của bầu vú
- **!! CHÚ Ý !!** Người mẹ không được dùng các ngón tay của mình để kéo bầu vú ra!

Cho trẻ ngái ngủ bú

- Hãy nói chuyện với trẻ và dùng mắt để duy trì mối liên hệ với chúng.
- Giữ đứa trẻ ở tư thế thẳng.
- Lắc lư trẻ
- Hãy nói khấn bó người trẻ sơ sinh ra.
- Lột quần áo trẻ ra (phản xạ mút sữa bị giảm khi nhiệt độ trên 27°C)
- Hãy xoa người trẻ
- Hãy thay tã cho trẻ
- Hãy dùng khăn mặt lạnh lau mặt cho trẻ
- Dùng ngón tay day vòng tròn quanh miệng trẻ
- Trẻ trong tư thế thích hợp có thể hít thở dễ dàng
- Đừng đưa vú vào miệng trẻ đang kêu gào. Lúc này lưỡi đứa trẻ, khi đang gào thét, đang nằm áp hàm trên và vì thế ở vị trí này nó không thể ngậm núm vú được.

Trong trường hợp dù áp dụng các hướng dẫn trên và có sự giúp đỡ của y tá của phòng hộ sinh bạn vẫn không cho con bú được, bạn có thể hỏi ý kiến của các chuyên gia về trẻ sơ sinh, làm việc tại „Laktační liga“ hoặc „Národní linka kojení“.

Liên hệ :

www.kojeni.cz

Hoặc telefon:

Laktační liga: 261 082 424 (485)

Národní linka kojení: 261 082 424 (trong các ngày làm việc từ 9–13 giờ.)

CHO ĂN THÊM

- Nếu trẻ, vì một lý do nào đó, cần ăn thêm, thì tất cả những người chăm sóc người mẹ và trẻ sơ sinh phải biết cách cho ăn thêm này. (các thông tin cụ thể sẽ được y tá hộ sinh cung cấp)
- Để việc cho bú có kết quả, trong trường hợp cho trẻ ăn thêm không được cho trẻ ăn – bú từ chai lọ (bình sữa).
- Việc mút sữa từ bình sữa và từ vú mẹ khác nhau, đứa trẻ phải học cách mút sữa bằng hai phương cách khác nhau và khiến chúng bị bối rối. Chúng sẽ sớm ưu tiên bú từ bình sữa (vì mút dễ hơn)

THAY TĂ CHO TRẺ

- Cần thiết phải thay tã cho trẻ trước mỗi lần cho bú (khoảng 2 đến 4 giờ/lần)
- Thay tã, tắm và các thông tin cơ bản về chăm sóc trẻ sơ sinh sẽ được cô y tá hộ sinh chỉ dẫn.

NHIỆT ĐỘ VÀ CÁC YẾU TỐ QUAN TRỌNG KHÁC

- Nhiệt độ của trẻ thường được đo 2 lần/1 ngày (sáng và chiều) hoặc tùy theo tình huống có thể nhiều lần hơn
- Nhiệt độ bình thường của trẻ sơ sinh là 36,5 – 37,5°C
- Các dữ liệu quan trọng khác cho việc đánh giá tình trạng của trẻ trong những ngày đầu là: tiểu, phân, nhiệt độ, thời gian đặt ngủ và về sau còn theo lượng sữa uống hết là bao nhiêu – bạn hãy ghi nó vào trong bảng đặt ở giường nằm theo chỉ dẫn của cô y tá.

BỆNH VÀNG DA Ở TRẺ SƠ SINH

- Bệnh vàng da ở trẻ sơ sinh chủ yếu được chữa bằng biện pháp cho trẻ tiếp xúc với ánh sáng ban ngày. Chính vì thế Không được kéo rèm để che ánh sáng và cũ cho trẻ nằm hãy đặt cạnh cửa sổ (Chú ý: không được đưa trẻ tránh xa cửa sổ và cũng không để ánh nắng mặt trời chiếu thẳng vào người trẻ!). Chỉ khi trẻ bị „vàng da nặng“ ta mới dùng tia sáng màu xanh biển để chữa (gọi là: fototerapie)

VỀ NHÀ

- Người mẹ cùng trẻ về nhà độ 4 ngày sau khi đẻ bình thường hoặc 6 ngày sau khi phải mổ đẻ với điều kiện là trẻ bú (uống) tốt, tăng cân, không bị „vàng da nặng“ hoặc các vấn đề khác.
- Khi rời khỏi bệnh viện về nhà, bạn nhận được cuốn Sổ (thẻ) sức khỏe và tiêm chủng và bản tin về tình trạng trẻ khi rời viện.

NHỮNG GÌ TRẺ ĐÃ KỊP NHẬN ĐƯỢC KHI Ở VIỆN

- Sự thăm khám – hàng ngày vào buổi sáng bác sĩ nhi sẽ khám cho trẻ
- Xét nghiệm xương hông (háng)
- Xét nghiệm các bệnh bẩm sinh (di truyền) qua xét nghiệm máu
- Tiêm chủng phòng Lao vào vai trái
- Khám tổng quát trước khi trẻ rời viện về nhà

!!! KHÔNG ĐƯỢC QUÊN !!!

- Ngay sau khi về nhà đến đăng ký ở bác sĩ khu vực (Praktický lékař) chuyên về nhi đồng và thiếu niên, do bạn tự chọn và thông báo việc bạn vừa ra viện về nhà. Bác sĩ nhi (Dětský lékař) sẽ thông báo cho biết kế hoạch tiêm chủng bắt buộc cho trẻ.
- Bạn trực tiếp đến làm và nhận giấy khai sinh cho trẻ tại phòng hành chính (Matrika) của ủy ban khu vực cùng với nhà hộ sinh nơi bạn đã đẻ ở đó. (GKS thường có sau 1 đến 2 tuần sau khi đẻ)
- Giấy khai sinh hãy đem dịch sang tiếng mẹ đẻ (có dấu phiên dịch quốc gia) và đem lên nộp cho sứ quán nước bạn để họ cấp cho trẻ Hộ chiếu (hoặc ghi tên con vào giấy tờ của bạn).
- Trong vòng 60 ngày bạn phải đệ đơn xin giấy phép cư trú cho trẻ mới sinh, đứa trẻ có quyền có cư trú theo mẹ hoặc bố (bạn có quyền lựa chọn cho trẻ loại cư trú nào có lợi hơn). Về cư trú dạng định cư (trvalý pobyt) bạn phải đệ đơn tại các ban làm việc cấp tỉnh của bộ nội vụ (OAMP Ministerstva vnitra), nếu dạng tị nạn thì ở OAMP tại Praha, dạng lâu dài (dlouhodobý pobyt) thì ở các phòng ngoại kiều tương ứng.
- Hãy ký hợp đồng bảo hiểm y tế cho trẻ trong vòng 8 ngày sau khi sinh ở công ty bảo hiểm, tốt nhất và đơn giản nhất là ở cùng công ty bảo hiểm SK với bạn (mà khi bạn rời khỏi viện bạn là khách hàng của công ty ấy (Bạn cần phải có: giấy khai sinh của trẻ và giấy tờ tùy thân). Nếu đứa trẻ sẽ có quốc tịch Séc, có cư trú định cư hoặc qui chế tị nạn, chỉ cần thông báo điều này cho công ty bảo hiểm và như vậy trẻ được bảo hiểm y tế ngay từ lúc mới ra đời và các phí tổn do nhà nước Séc chịu!. Nếu đứa trẻ không (được) tham dự vào loại hình bảo hiểm công (bắt buộc) (chẳng hạn bạn chỉ có thể xin cho con dạng cư trú lâu dài – dlouhodobý pobyt), bạn bắt buộc phải ký bảo hiểm y tế cho trẻ với loại hình thương mại. CHÚ Ý! BHYT thương mại có thể có hình thức toàn phần (komplexní) hoặc chỉ cho những chăm sóc cấp thời. Vì vậy tốt nhất các bạn nên hỏi trước những chăm sóc nào được BH trả tiền! Xem thêm thông tin về BHYT tại trang WEB: www.cicpraha.org.
- Hãy chú ý đến tình huống là người mẹ khi đẻ không có BHYT. Trong trường hợp này toàn bộ chi phí (cho việc đẻ và các chăm sóc mẹ-con kèm theo) sẽ bị tính và phải trả.



centrum pro integraci cizinců a.s.

TRUNG TÂM HỘI NHẬP NGƯỜI NƯỚC NGOÀI, o.s.

Kubelíkova 55
130 00 Praha 3

tel.: 222 713 332

e-mail: info@cicpraha.org

www.cicpraha.org



Tài liệu này được hoàn thành trên cơ sở „trợ giúp“ của bộ lao động và xã hội CH Séc.

Zdroj: Centrum pro integraci cizinců

Příloha 7 A – Informovaný souhlas: spontánní porod – česky

**INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTKY
SPONTÁNNÍ POROD - PARTUS PER VIAS NATURALES**

Gynekologicko - porodnické odd.

Lékař nebo porodní asistentka, kteří provedli poučení

jmenovka:

Identifikace pacientky:

1. Dnešního dne jsem byla lékařem poučena o zdravotním výkonu, který mi má být proveden.

Porodem je ukončena každá gravidita, kdy je narozen živý novorozenec nad 500g nebo novorozenec s nižší hmotností přežije 24 hod., a u mrtvě rozeného plodu hmotnost přesáhla 1000g.

2. Účelem tohoto zdravotního výkonu je:

Spontánní porod v ústavu za asistence lékaře a porodních asistentek, který počíná děložní činností či odtokem plodové vody následované porodními stahy. Těmito stahy dochází k otvírání porodních cest, prostupu plodu porodním kanálem a porození novorozence, následně je odloučena a porozena placenta, čímž je porod ukončen.

3. Poznámka:

Pokud nechcete být o plánovaném výkonu více informována, nemusíte číst dále a podepište tento informovaný souhlas na zadní straně.

4. Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Při počátku porodní činnosti je rodička vyšetřena a při zjištěné progresi na porodních cestách přeložena k přípravě k porodu na porodní sál, kde absolvuje očistu. Následné vyšetřování se děje ve zhruba dvouhodinových intervalech spolu se sledováním

kardiotokografického záznamu. SE SOUHLASEM rodičky k urychlení průběhu porodu provádíme dirupci vaku blan (neodteče-li plod. voda spontánně), posílení děložní činnosti infuzí či tabletou a aplikaci léků tlumících bolest a uvolňujících porodní cesty, na přání či z medicínské indikace anesteziolog provede epidurální anestezii. Při prořezávání hlavičky je provedena za kontrakce episiotomie- nástřih hráze matky - hrozí-li její roztržení, spolu s jejím ošetřením sešitím po porodu, včetně ošetření i jiných spontánně vzniklých porodních poranění vstřebatelnými stehy. K urychlení porodu placenty jsou aplikovány léky ke stažení dělohy, které zároveň sníží krvácení z rodidel. Někdy je nutné provést i manuální vybavení zadržného lůžka spolu s blanami, či digitální nebo i instrumentální revizi dutiny děložní v celkové anestezii - viz. samostatný souhlas. V některých případech je nutno pro vážnoucí přívod kyslíku k plodu porod ukončit kleštěmi - viz. samostatný souhlas. Při vzniku jakéhokoli patologického stavu u plodu či matky je porod ukončen neodkladným císařským řezem - viz. samostatný souhlas.

Dvě hodiny zůstává rodička sledována na porodním sále, a pak je přeložena na oddělení šestinedělí.

5. Byla jsem dále poučena, že lékařem doporučený výkon má následující rizika a komplikace:

Rizika při lékařsky vedeném porodu jsou minimální, např. větší porodní poranění při větším plodu, větší krvácení a krevní ztráta, infekce dutiny děložní či porodních poranění. Vzácně výhřez pupečníku při dirupci vaku blan. Odmítne-li rodička nástřih hráze, může dojít k jejímu spontánnímu poranění a to i včetně poranění konečníku, svěrače a stěny recta. Vyšetřování rodičky však umožní medicínsky usměrnit průběh porodu, tak aby byl optimální a tím zabránit vzniku komplikací.

6. Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života po porodu:

Kromě dodržení pohlavní zdrženlivosti nejsou známy. Pacientky odchází 4.den do domácí péče.

7. Chování po výkonu - jak se chovat po propuštění:

Pohlavní zdrženlivost po dobu šestinedělí, dodržení hygienických návyků z oddělení šestinedělí, gymnastická cvičení k formování postavy. Kontrola u svého obvodního gynekologa po šestinedělí. Pokud bylo těhotenství komplikováno onemocněním matky- př. těhotenská cukrovka, vysoký tlak, porucha funkce jater, srážlivostí, atd., pak je nutná kontrola i u odborného lékaře, který rozhodne o dalším sledování a ev. léčbě.

8. Prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měla jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Jsem srozuměna s tím, že výkon provede některý lékař oddělení.

9. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměla a výslovně souhlasím s provedením zdravotního výkonu:

Souhlasím s výše uvedenou terapií, tak jak mi byla lékařem doporučena.

10. Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví.

V

Dne a hodina:

Vlastnoruční podpis pacientky:

Podpis lékaře nebo porodní asistentky, kteří poučení provedli:

Zdroj: informovaný souhlas Nemocnice Jindřichův Hradec a.s.

Příloha 7 B – Informovaný souhlas: spontánní porod – vietnamsky

Khoa sản – phòng hộ sinh
Gynekologicko – porodnické oddělení

Bác sỹ sản khoa hoặc trợ lý giảng về bài học tập này
Lékař nebo porodní asistentka, kteří provedli poučení: Jmenovka:

SINH NỮ: BỆNH NHÂN (SẢN PHỤ) ĐỒNG Ý VỚI VIỆC SINH ĐẼ THƯỜNG

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTKY SE SPONTÁNNÍM PORODEM

1. Ngày hôm nay tôi đã được học về vấn đề sức khỏe trước khi sinh đẻ, việc sinh nở là sự việc cuối của việc mang thai, khi trẻ sơ sinh được sinh ra trên 500 g hoặc thấp hơn sẽ sống qua 24 giờ, và trong trường hợp thai nhi chết trong bụng mẹ lên đến 1000 g.

2. Mục đích sức khỏe là hiệu xuất :

Đẻ thường được thực hiện trong viện có sự trợ giúp của bác sỹ, và các hộ sinh , bắt đầu từ việc vỡ nước ối bằng các cơn co thắt, các cơn co thắt đó dẫn đến việc mở cửa mình cho sự bắt đầu quá trình sinh đẻ và sự xuất hiện của trẻ sơ sinh , như vậy là việc sinh đẻ đã hoàn thành.

3. Lưu ý :

Nếu các bà không muốn biết thêm thông tin, thì các bà không cần phải đọc thêm, và có thể tự ký tên vào mặt sau .

4. Hiệu quả việc chăm sóc sức khỏe sẽ được tiến hành như sau :

Trước khi đẻ sản phụ sẽ được khám và sẽ được xác định mức tiến độ của

quá trình sinh đẻ, để chuẩn bị cho sự sinh nở tại phòng đẻ, phòng đẻ phải sạch sẽ. Quá trình sinh đẻ sẽ khoảng 2 giờ, cùng với việc theo dõi hoạt động của tim mạch cho bà đẻ (tim mạch của thai nhi) có sự đồng ý của mẹ, sẽ được tiến hành nhanh chóng khi đã có hiện tượng vỡ màng nước ối (nước ối không bị chảy to), dùng thuốc kích thích để được mở cửa mình nhanh chóng, dùng thuốc giảm đau, thuốc hỗ trợ sinh đẻ theo chỉ dẫn ứng dụng, kể cả việc hỗ trợ gây tê chống đau. Việc rạch bờ âm hộ cho sản phụ khi cần để hỗ trợ cho việc sinh đẻ nhanh chóng, và việc khâu lại sau khi đẻ xong. Kể cả các việc điều trị sinh, gây thương sau việc sinh nở, và các mũi chỉ khâu sau khi rạch. Cho việc kích thích để nhanh việc ứng dụng loại thuốc để co dạ con, để giảm bớt việc chảy máu cho bà đẻ. Đôi khi cần thiết cho việc điều trị, để bà đẻ trong phòng đặc biệt để theo dõi, xem xét lại các nguy cơ biến chứng có thể xảy ra với khoang của tử cung, Ở một số trường hợp việc bị kẹt, để tránh việc thai nhi bị ngạt, do thiếu oxi thì việc dùng kẹp móc để lôi thai nhi ra là việc cần thiết, cũng cần có việc đồng ý tự nguyện của sản phụ. Nếu khi xuất hiện những bệnh lý khác ở thai nhi hoặc người mẹ, thì phải mổ đẻ – cũng có sự đồng ý của sản phụ. Người mẹ được để lại theo dõi 2 giờ tại phòng đẻ, sau đó được đưa về khoa điều trị sau đẻ – kéo dài có thể 6 tuần

5. Tôi đã được bác sỹ hướng dẫn và cho biết những nguy cơ, biến chứng và hướng giải quyết như sau:

Những nguy cơ được xảy ra khi sinh đẻ là rất ít, ví dụ vết mổ lớn vì thai nhi quá lớn, chảy nhiều máu, mất rất nhiều máu, nhiễm trùng của tử cung hoặc nhiều vết mổ đẻ. Đặc biệt trong việc cắt nhau. Nếu như bà mẹ đẻ từ chối không đồng ý việc rạch to của mình sẽ dẫn đến việc tự gây ra các vết thương khác, kể cả làm thương tổn đến hậu môn, vành cơ khoang, thành hậu môn.

Việc chăm sóc điều trị bà sản phụ theo y học trong suốt quá trình sinh đẻ phải là tối cần thiết, tránh để xảy ra các nguy cơ, biến chứng.

6. Các biện pháp có thể làm hạn chế, không bình thường trong sinh hoạt cuộc sống sau khi sinh nở:

Người mẹ sau đẻ 4 ngày có thể về nhà, với việc kiêng chế, kiêng cự – không sinh hoạt tình dục.

7. Chăm sóc sau khi đẻ – tự chăm sóc sức khỏe ra sao khi sản phụ được về

gia đình .

Sản phụ được quan hệ tình dục ít nhất là sau 6 tuần, giữ vệ sinh sạch sẽ theo chỉ dẫn của khoa sản , tập theo chỉ dẫn , đi kiểm tra tại bác sỹ sản phụ . Sau 6 tuần , nếu có chữa, bệnh tiểu đường , huyết áp cao, bệnh về gan, đông máu , vv, phải đi kiểm tra ở các bác sỹ chuyên khoa ngay, để cho việc theo dõi và điều trị kịp thời .

8 . Tôi tự tuyên bố rằng những điều tôi đã đọc trên đây là tôi đã hiểu , và tôi đồng ý với việc tiến hành theo tình tự y tế.

Tôi hoàn toàn đồng ý với các trình tự điều trị mà bác sỹ đã đưa ra với tôi .

9. Đồng thời tôi cũng tuyên bố rằng trong trường hợp nếu xảy ra những biến chứng ngoài dự kiến , tôi yêu cầu sử dụng các biện pháp cần thiết để bảo đảm an toàn tính mạng của tôi, cũng như sức khỏe của tôi, tôi cũng yêu cầu để tôi được hưởng tất cả các phương pháp điều trị cần thiết và cấp thiết cho tính mạng và sức khỏe của tôi .

10. Đồng thời tôi tuyên bố rằng : trong trường hợp đặc biệt có thể xảy ra những biến chứng khác có ảnh hưởng đến sức khỏe của tôi, tôi yêu cầu các bác sỹ thực hiện các biện pháp tiếp theo cần thiết , cấp bách để bảo vệ mạng sống và sức khỏe của tôi.

Tại thành phố:

V.....

ngày và giờ :

den a hodina

.....
chữ ký của sản phụ
Vlastnoruční podpis rodičky

Bác sỹ sản khoa hoặc trợ lý giảng về bài học tập này
Lékař nebo porodní asistentka, kteří provedli poučení:

Zdroj: Informovaný souhlas Nemocnice Jindřichův Hradec a.s., přeložil do vietnamského jazyka překladatel Bien Nguyen Dang

Příloha 8 A – Informovaný souhlas: plánovaný císařský řez – česky

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTKY
Sectio caesarea primaria / itterativa
PLÁNOVANÝ císařský řez

Gynekologicko - porodnické odd.

Lékař, který provedl poučení:

jmenovka:

Identifikace pacientky:

1. Dnešního dne jsem byla lékařem poučena o zdravotním výkonu, který mi má být proveden. Ukončení těhotenství císařským řezem plánovaně v těhotenství z různých příčin ohrožujících na životě matku a plod - nejčastější příčiny: nepoměr mezi hlavičkou plodu a pánví matky, nesprávná poloha plodu, včasná placenta, vývojové vady plodu, nesprávné polohy dvojčat, vícečetné těhotenství, nepřipravené por. cesty u předčasných porodů, závažná onemocnění matky, předchozí operace na děloze, zhoubná onemocnění, atd.

Pacientka je předem informována o termínu provedení operace a je svým obvodním gynekologem na ni připravena, včetně nutných předoperačních vyšetření.

2. Účelem tohoto zdravotního výkonu je:

Ukončení těhotenství operativní cestou - císařským řezem - plánovaně v těhotenství, tam kde došlo z různých příčin ke vzniku stavu ohrožujícím matku a plod nebo tam, kde ze známých důvodů nelze vést porod vaginálně.

3. Poznámka:

Pokud nechcete být o plánovaném výkonu více informována, nemusíte číst dále a podepište tento informovaný souhlas na zadní straně.

4. Zdravotní výkon (operace) bude probíhat takto:

V celkové nebo spinální anestezii v poloze na zádech je proveden řez v podbřišku nad stydkou kostí (ev. řez od pupku dolů po stydkou kost), tím je získán přístup do dutiny břišní, na děloze v dolní části bude proveden příčný řez nebo ev. podélný, kterým bude vybaven novorozenec (ev. novorozenci u vícečetného těhotenství), kterého předáme ihned na operačním sále do péče přítomného pediatra a sestry k prvnímu ošetření. Poté bude rukou šetrně vybaveno plodové lůžko a provedena kontrola dutiny děložní, zda zde nezůstaly zbytky placenty či plodových blan, někdy je nezbytné toto provést i nástrojem - kyretou. Řez na děloze je uzavřen vstřebatelnými stehy, kterými taktéž po vysušení a zkontrolování operačního pole je uzavřena dutina břišní. Pacientka je vybavena při operaci močovým katetrem, preventivně jsou jí podána antibiotika (proti zánětu) a lék na ředění krve v prevenci tromboembolie.

5. Byla jsem dále poučena, že lékařem doporučený výkon má následující rizika a komplikace:

Všeobecné komplikace každého oper. výkonu - naštěstí v důsledku rozvoje medicínských možností velmi řídké. Jedná se hlavně o EMBOLII - tj. uzávěr žíly a její neprůchodnost v důsledku vytvoření krevní sraženiny, př. v plicích. Dále TROMBOZU - vytvoření krevní sraženiny v žilách (př. dolní končetiny) a INFEKCI-vzniklou v místě operace s pozdějším možným šířením do organismu.

Specifické komplikace daného výkonu - Během operace: krvácení (z řezných ploch, z poranění okolních orgánů, z velkých cév), rozvoj koagulačních poruch včetně DIC s jejich nutným zaléčením, velmi vzácně i s ev. provedením život zachraňující hysterectomie. Poranění okolních orgánů v blízkosti dělohy (konečník, moč. měchýř, močovody, velké cévy), event. poranění orgánů při vstupu do dutiny břišní (střevo). Tyto komplikace jsou vzácné, ale nelze jim ani u zkušeného operátora stoprocentně zabránit. Často je nutné další operační ošetření těchto orgánů.

Po operaci: pooperační krvácení, zánět v místě operační rány, event. infekce močových cest, vznik močové či střevní píštěle - uměle vzniklé propojení močového měchýře nebo střeva s pochvou, kdy pak odchází moč či stolice pochvou. Velmi vzácné, ale vyžadující další operační řešení často s dlouhodobým doléčením. Teploty, zauzlení střev z různých příčin opět vyžadující další operační řešení.

6. Beru na vědomí, že po provedení uvedeného zdravotního výkonu budu takto omezen v obvyklém způsobu života: Po 24 hod. po operaci již rodička začíná pečovat spolu s personálem o novorozence, dovoluje-li to její zdravotní stav. Je-li nutno, jsou provedena laboratorní vyšetření krve spolu s následnou léčbou, někdy je nutné pacientce po větší krevní ztrátě aplikovat krevní deriváty v podobě transfuze. U žen na mateřské dovolené doporučujeme šetřící režim po dobu 6 týdnů, dodržovat dietní opatření, o kterých je poučena v pooperačním průběhu.

7. Chování po výkonu - jak se chovat po propuštění

Pohlavní zdrženlivost 6 týdnů, zvýšená hygiena, omezení fyzické námahy, těžších břemen (do 5 kg), šetřící režim, dietní opatření k prevenci zauzlení střev. Kontrola po operaci do 14 dní, další u svého obvodního gynekologa po šestinedělí. Pokud bylo těhotenství komplikováno onemocněním matky - př. těhotenská cukrovka, vysoký tlak, porucha funkce jater, srážlivostí, atd., pak je nutná kontrola i u odborného lékaře, který rozhodne o dalším sledování a ev. léčbě.

8. Prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měla jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Jsem srozuměna s tím, že výkon provede některý lékař oddělení.

9. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměla a výslovně souhlasím s provedením zdravotního výkonu:

Souhlasím s výše uvedenou terapií, tak jak mi byla lékařem doporučena.

10. Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví.

V

Dne a hodina:

Vlastnoruční podpis pacientky:

Podpis lékaře, který poučení provedl:

Zdroj: informovaný souhlas Nemocnice Jindřichův Hradec a.s.

Příloha 8 B – Informovaný souhlas: plánovaný císařský řez – vietnamsky

Khoa sản – phòng hộ sinh
Gynekologicko – porodnické oddělení

Bác sỹ sản khoa hoặc trợ lý giảng về bài học tập này
Lékař, který provedl poučení: jmenovka:

PHÂN KẾ HOẠCH MỔ ĐẼ : SỰ ĐỒNG Ý CỦA SẢN PHỤ KHI ĐƯỢC THÔNG BÁO

PLÁNOVANÝ CÍSAŘSKÝ ŘEZ: INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTKY

1. Hôm nay tôi đã được thông báo chi dẫn của các bác sỹ về kế hoạch chăm sóc sức khỏe sắp tới. Mổ đẻ cũng là một biện pháp nằm trong các biện pháp sinh nở , từ các nguyên nhân có thể gây ra nên nguy hiểm đe dọa tính mạng của sản phụ và thai nhi . Các nguyên nhân thường gặp cần phải mổ đẻ: thai nhi quá to, xương chậu sản phụ nhỏ, không đủ mở , thai nhi không bình thường, thai dính nhau, thai nhi sinh đôi nằm lệch, đa thai nhi, chuẩn bị không kịp trước khi sinh đẻ, sản phụ bị bệnh , sản phụ trước đây bị giải phẫu tử cung, các bệnh ung thư, vv.....

Sản phụ được thông báo trước về ngày giờ giải phẫu , bác sỹ sản khu vực quản lý sản phụ có trách nhiệm làm công việc chuẩn bị cho việc giải phẫu, kể cả việc cần thiết phải khám và điều trị trước khi giải phẫu.

2. Mục đích hiệu quả của việc giải phẫu trên :

Kết thúc (đề) việc mang thai bằng con đường mổ đẻ – con đường mổ đẻ này chỉ được thực hiện có kế hoạch trước khi đã biết nguyên nhân có thể đe dọa tính mạng của sản phụ và thai nhi, cùng với các nguyên nhân cho biết không thể đẻ, hoặc không thể đẻ sản phụ sinh đẻ bằng con đường tử cung.

3. Lưu ý :

Nếu các bà không muốn biết thêm thông tin, thì các bà không cần phải đọc thêm,

và có thể tự ký tên vào mặt sau .

4. Việc mổ đẻ sẽ được tiến hành như sau :

Nói chung sẽ gây tê, làm mất cảm giác đau tại khu sau lưng, bụng, vết mổ sẽ được tiến hành ở bụng dưới sản phụ , trên xương mu, (vết mổ được rạch từ rốn đến gần xương mu) phải thế mới vào được ổ bụng của sản phụ, thế mới tiếp tục đến được thai nhi (hoặc nhiều thai nhi) và mang thai nhi ra khỏi bụng sản phụ, thai nhi được chuyển ngay cho bác sỹ chuyên và các y tá để kiểm tra sức khỏe. Sau đó được bế bằng tay đặt vào lồng nằm riêng cho thai nhi, sau đó sẽ kiểm tra ổ bụng, không để sót nhau thai hoặc vỡ nước ối, khi cần phải dùng cả máy để kiểm tra .

Khi xong phần mổ được khâu lại , có nghĩa phần ổ bụng được đóng kín lại như cũ. Sản phụ được trang bị ống đi tiểu tiện để tránh nhiễm trùng , được dùng thuốc chống viêm nhiễm, thuốc làm loãng máu (chống máu đông)

5. Tôi cũng được đọc chỉ dẫn từ bác sỹ , những việc cần thực hiện để tránh các biến chứng có thể xảy ra sau mổ :

Tổng quát những biến chứng của từng ca mổ – rất may mắn vì có sự phát triển của y học nên các biến chứng rất ít. Chủ yếu ở chứng EMBOLIE – tắc quản , có nghĩa là các mạch không được thông suốt khi lượng máu bị đông lại không thông mạch.. Tiếp theo là chứng TROMBOZU – đông huyết khối , đó là do máu các cục máu đông trong các tĩnh mạch (thường ở chân) và INFEKCE – nhiễm trùng thường xảy ra chính tại chỗ, vết mổ trên cơ thể con người sản phụ.

Những biến chứng cụ thể – lúc thực hiện ca mổ : chảy máu (từ vết mổ, từ các cơ quan bên cạnh, tĩnh mạch) cần thiết có các dụng cụ, biện pháp làm đông máu, tránh làm tổn thương đến dạ con , và các cơ quan gần dạ con (hậu môn, bàng quang chứa nước tiểu , tĩnh mạch lớn, ...)

tránh tổn thương đến ổ bụng (ruột) , những biến chứng trên rất nguy hiểm, nhưng không thể tránh khỏi , hoặc 100% tránh thoát kể cả các bác sỹ giỏi có kinh nghiệm. Việc cần thiết là điều trị tiếp các cơ quan trên .

Sau khi mổ : Chảy máu sau mổ, viêm nhiễm, sưng tấy tại vết mổ , nhiễm trùng đường tiểu tiện , dẫn đến việc cần có ống nối nhân tạo cho đường tiểu tiện, kể cả cho đường đại tiện. Bởi thế nên luôn yêu cầu cao thường xuyên giải quyết chữa trị liệu dài sau khi mổ. Nhiệt độ tăng cao cũng là việc cần chữa trị sau mổ.

6. Tôi cần nhớ rằng , sau khi mổ tôi sẽ bị hạn chế trong sinh hoạt :

24 giờ sau khi mổ sản phụ có thể cùng với y tá chăm sóc cho trẻ sơ sinh (con mình) nếu cần thì sản phụ phải thử máu ở phòng thí nghiệm để theo dõi , đôi khi phải tiếp máu, đến khi mổ mất quá nhiều máu. Những sản phụ phải khám kiểm tra sau 6 tuần, thực hiện đúng điều căn dặn của bác sỹ sau khi mổ đẻ .

7. Tư chăm sóc bản thân thế nào

Không được quan hệ sinh lý (giao hợp) ít nhất là 6 tuần , vệ sinh sạch, tránh làm việc nặng, không xách nặng quá 5 kg, thực hiện đúng chế độ ăn uống. Đến kiểm tra sau 14 ngày sau mổ, sau 6 tuần đến kiểm tra tại bác sỹ sản khoa của mình . Nếu kiểm tra mà có chứa, sản phụ ốm bệnh, ví dụ bệnh tiểu đường, cao áp lực, bệnh gan , bệnh máu...vv , thì cần phải đến ngay bác sỹ chuyên khoa để chữa trị.

8. Tôi tuyên bố rằng , bằng chữ ký của mình tôi khẳng định rằng bác sỹ đã truyền cho tôi biết , đã giải thích cho tôi tất cả những điều được viết trong tài liệu này, tôi đồng ý . Tôi cũng có điều kiện hỏi và được trả lời các câu hỏi của mình.

9. **Tôi tuyên bố rằng tôi đã hiểu cụ thể những chỉ dẫn trên, và tôi hoàn toàn đồng ý với việc chăm sóc sức khỏe đã được nêu :**

Tôi đồng ý với việc được chăm sóc y tế được nêu trên, như bác sỹ đã bảo đảm .

10. **Đồng thời tôi tuyên bố rằng : trong trường hợp đặc biệt có thể xảy ra những biến chứng khác có ảnh hưởng đến sức khỏe của tôi, tôi yêu cầu các bác sỹ thực hiện các biện pháp tiếp theo cần thiết , cấp bách để bảo vệ mạng sống và sức khỏe của tôi.**

Tại thành phố

V.....

ngày và giờ

den a hodina:

.....
chữ ký tay của sản phụ
Vlastnoruční podpis rodičky

chữ ký của bác sỹ hoặc trợ lý :

Podpis lékaře, který poučení provedl:

.....

Zdroj: Informovaný souhlas Nemocnice Jindřichův Hradec a.s., přeložil do vietnamského jazyka překladatel Bien Nguyen Dang

Příloha 9 A – Informovaný souhlas: neodkladný císařský řez – česky

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTKY
Sectio caesarea primaria / itterativa
NEODKLADNÝ císařský řez

Gynekologicko - porodnické odd.
Lékař, který provedl poučení:

jmenovka

Identifikace pacientky:

1. Dnešního dne jsem byla lékařem poučena o zdravotním výkonu, který mi má být proveden.

Ukončení těhotenství neodkladným císařským řezem v průběhu porodu z různých příčin ohrožujících na životě matku a plod - př. tíseň plodu v děloze, výhřez pupečníku, krvácení,

předčasné odloučení lůžka, nesprávná poloha nebo naléhání plodu, preeklampsie, eklampsie či jiné závažné onemocnění matky.

2. Účelem tohoto zdravotního výkonu je:

Ukončení těhotenství operativní cestou - císařským řezem - tam, kde došlo z různých příčin ke stavu ohrožujícím matku a plod a jedná se tedy o záchranu života matky i dítěte nebo tam, kde ze známých důvodů nelze vést porod vaginálně.

3. Poznámka:

Pokud nechcete být o plánovaném výkonu více informována, nemusíte číst dále a podepište tento informovaný souhlas na zadní straně.

4. Zdravotní výkon (operace) bude probíhat takto:

V celkové nebo spinální anestezii v poloze na zádech je proveden řez v podbřišku nad stydkou kostí (ev. řez od pupku dolů po stydkou kost), tím je získán přístup do dutiny břišní, na děloze v dolní části bude proveden příčný řez nebo ev. podélný, kterým bude vybaven novorozenec (ev. novorozenci u vícečetného těhotenství), kterého předáme ihned na operačním sále do péče přítomného pediatra a sestry k prvnímu ošetření. Poté bude rukou šetrně vybaveno plodové lůžko a provedena kontrola dutiny děložní, zda zde nezůstaly zbytky placenty či plodových blan, někdy je nezbytné toto provést i nástrojem - kyretou. Řez na děloze je uzavřen vstřebatelnými stehy, kterými taktéž po vysušení a zkontrolování operačního pole je uzavřena dutina břišní. Pacientka je vybavena při operaci močovým katetrem, preventivně jsou jí podána antibiotika (proti zánětu) a lék na ředění krve v prevenci tromboembolie.

5. Byla jsem dále poučena, že lékařem doporučený výkon má následující rizika a komplikace:

Všeobecné komplikace každého oper. výkonu - naštěstí v důsledku rozvoje medicínských možností velmi řídké. Jedná se hlavně o EMBOLII - tj. uzávěr žíly a její neprůchodnost v důsledku vytvoření krevní sraženiny, př. v plicích. Dále TROMBOZU - vytvoření krevní sraženiny v žilách (př. dolní končetiny) a INFEKCI-vzniklou v místě operace s pozdějším možným šířením do organismu.

Specifické komplikace daného výkonu - Během operace: krvácení (z řezných ploch, z poranění okolních orgánů, z velkých cév), rozvoj koagulačních poruch včetně DIC s jejich nutným zaléčením, velmi vzácně i s ev. provedením život zachraňující hysterectomie. Poranění okolních orgánů v blízkosti dělohy (konečník, moč. měchýř, močovody, velké cévy), event. poranění orgánů při vstupu do dutiny břišní (střeva). Tyto komplikace jsou vzácné, ale nelze jim ani u zkušeného operátora stoprocentně zabránit. Často je nutné další operační ošetření těchto orgánů.

Po operaci: Pooperační krvácení, zánět v místě operační rány, event. infekce močových cest, vznik močové či střevní píštěle - uměle vzniklé propojení močového měchýře nebo střeva s pochvou, kdy pak odchází moč či stolice pochvou. Velmi vzácné, ale vyžadující další operační řešení často s dlouhodobým doléčením. Teploty, zauzlení střev z různých příčin opět vyžadující další operační řešení.

6. Beru na vědomí, že po provedení uvedeného zdravotního výkonu budu takto omezen v obvyklém způsobu života:

Po 24 hodin po operaci již rodička začíná pečovat spolu s personálem o novorozence, dovoluje-li to její zdravotní stav. Je-li nutno, jsou provedena laboratorní vyšetření krve spolu s následnou léčbou, někdy je nutné pacientce po větší krevní ztrátě aplikovat krevní deriváty v podobě transfuze. U žen na mateřské dovolené doporučujeme šetřící režim po dobu 6 týdnů, dodržovat dietní opatření, o kterých je poučena v pooperačním průběhu.

7. Chování po výkonu - jak se chovat po propuštění

Pohlavní zdrženlivost 6 týdnů, zvýšená hygiena, omezení fyzické námahy, těžších břemen (do 5 kg), šetřící režim, dietní opatření k prevenci zauzlení střev. Kontrola po operaci do 14 dní, další u svého obvodního gynekologa po šestinedělí. Pokud bylo těhotenství komplikováno onemocněním matky- př. těhotenská cukrovka, vysoký tlak, porucha funkce jater, srážlivostí, atd., pak je nutná kontrola i u odborného lékaře, který rozhodne o další sledování a ev. léčbě.

8. Prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měla jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Jsem srozuměna s tím, že výkon provede některý lékař oddělení.

9. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměla a výslovně souhlasím s provedením zdravotního výkonu.

Souhlasím s výše uvedenou terapií, tak jak mi byla lékařem doporučena.

10. Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví.

V

Dne a hodina:

Vlastnoruční podpis pacientky:

Podpis lékaře, který poučení provedl:

Podpis svědků poučení a souhlasu pacienta, pokud pacient není schopen se vlastnoručně podepsat:

Čitelně jména a příjmení:

Zdroj: informovaný souhlas Nemocnice Jindřichův Hradec a.s.

Příloha 9 B – Informovaný souhlas: neodkladný císařský řez – vietnamsky

Khoa sản – phòng hộ sinh
Gynekologicko – porodnické oddělení

Bác sỹ sản khoa hoặc trợ lý giảng về bài học tập này
Lékař, ktrý provedl poučení: jmenovka:

MỔ KHẨN CẤP – SỰ ĐỒNG Ý CỦA SẢN PHỤ

NEODKLADNÝ CÍSAŘSKÝ ŘEZ: INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTKY

1. Ngày hôm nay tôi được bác sỹ thông báo về việc chăm sóc sức khỏe cho tôi sẽ được thực hiện.

Kết thúc việc mang thai (đẻ) bằng biện pháp mổ khẩn cấp, trong việc sinh đẻ có nhiều nguyên nhân dẫn đến việc bảo vệ an toàn tình mạng cho người mẹ và thai nhi – suy thai nhi, sau nhau rốn, chảy máu, thai nhi ngược, hoặc sản phụ bị ốm đau, mang bệnh khác .

2. Mục đích hiệu quả của việc chăm sóc y tế này :

Kết thúc việc mang thai , đẻ bằng con đường mổ đẻ, vì cơ thể dẫn đến tình trạng đe dọa tính mạng của thai nhi cũng như của sản phụ và việc quan trọng là bảo vệ tính mạng của mẹ và thai nhi (trẻ sơ sinh) , với lí do không thể đẻ thường được.

3. Lưu ý :

Nếu các bà không muốn biết thêm thông tin, thì các bà không cần phải đọc thêm, và có thể tự ký tên vào mặt sau .

4. Việc mổ đẻ sẽ được tiến hành như sau :

Nói chung sẽ gây tê, làm mất cảm giác đau tại khu sau lưng, bụng, vết mổ sẽ

được tiến hành ở bụng dưới sản phụ, trên xương mu, (vết mổ được rạch từ rốn đến gần xương mu) phải thế mới vào được ổ bụng của sản phụ, thế mới tiếp tục đến được thai nhi (hoặc nhiều thai nhi) và mang thai nhi ra khỏi bụng sản phụ, thai nhi được chuyển ngay cho bác sỹ chuyên và các y tá để kiểm tra sức khỏe. Sau đó được bế bằng tay đặt vào lồng nằm riêng cho thai nhi, sau đó sẽ kiểm tra ổ bụng, không để sót nhau thai hoặc vỏ nước ối, khi cần phải dùng cả máy để kiểm tra .

Khi xong phần mổ được khâu lại, có nghĩa phần ổ bụng được đóng kín lại như cũ. Sản phụ được trang bị ống đi tiểu tiện để tránh nhiễm trùng, được dùng thuốc chống viêm nhiễm, thuốc làm loãng máu (chống máu đông)

5. Tôi cũng được đọc chỉ dẫn từ bác sỹ, những việc cần thực hiện để tránh các biến chứng có thể xảy ra sau mổ :

Tổng quát những biến chứng của từng ca mổ – rất may mắn vì có sự phát triển của y học nên các biến chứng rất ít. Chủ yếu ở chứng EMBOLIE – tắc quản, có nghĩa là các mạch không được thông suốt khi lượng máu bị đông lại không thông mạch.. Tiếp theo là chứng TROMBOZU – đông huyết khối, đó là do máu các cục máu đông trong các tĩnh mạch (thường ở chân) và INFEKCE – nhiễm trùng thường xảy ra chính tại chỗ, vết mổ trên cơ thể con người sản phụ.

Những biến chứng cụ thể – lúc thực hiện ca mổ : chảy máu (từ vết mổ, từ các cơ quan bên cạnh, tĩnh mạch) cần thiết có các dụng cụ, biện pháp làm đông máu, tránh làm tổn thương đến dạ con, và các cơ quan gần dạ con (hậu môn, bàng quang chứa nước tiểu, tĩnh mạch lớn, ...)
tránh tổn thương đến ổ bụng (ruột), những biến chứng trên rất nguy hiểm, nhưng không thể tránh khỏi, hoặc 100% tránh thoát kể cả các bác sỹ giỏi có kinh nghiệm. Việc cần thiết là điều trị tiếp các cơ quan trên .

Sau khi mổ : Chảy máu sau mổ, viêm nhiễm, sưng tấy tại vết mổ, nhiễm trùng đường tiểu tiện, dẫn đến việc cần có ống nối nhân tạo cho đường tiểu tiện, kể cả cho đường đại tiện. Bởi thế nên luôn yêu cầu cao thường xuyên giải quyết chữa trị liệu dài sau khi mổ. Nhiệt độ tăng cao cũng là việc cần chữa trị sau mổ.

6. Tôi cần nhớ rằng , sau khi mổ tôi sẽ bị hạn chế trong sinh hoạt :

24 giờ sau khi mổ sản phụ có thể cùng với y tá chăm sóc cho trẻ sơ sinh (con mình) nếu cần thì sản phụ phải thử máu ở phòng thí nghiệm để theo dõi , đôi khi phải tiếp máu, đến khi mổ mất quá nhiều máu. Những sản phụ phải khám kiểm tra sau 6 tuần, thực hiện đúng điều căn dặn của bác sỹ sau khi mổ đẻ .

7. Tự chăm sóc bản thân thế nào

Không được quan hệ sinh lý (giao hợp) ít nhất là 6 tuần , vệ sinh sạch, tránh làm việc nặng, không xách nặng quá 5 kg, thực hiện đúng chế độ ăn uống. Đến kiểm tra sau 14 ngày sau mổ, sau 6 tuần đến kiểm tra tại bác sỹ sản khoa của mình . Nếu kiểm tra mà có chứa, sản phụ ốm bệnh, ví dụ bệnh tiểu đường, cao áp lực, bệnh gan , bệnh máu...vv , thì cần phải đến ngay bác sỹ chuyên khoa để chữa trị.

8. Tôi tuyên bố rằng , bằng chữ ký của mình tôi khẳng định rằng bác sỹ đã truyền cho tôi biết , đã giải thích cho tôi tất cả những điều được viết trong tài liệu này, tôi đồng ý . Tôi cũng có điều kiện hỏi và được trả lời các câu hỏi của mình.

9. Tôi tuyên bố rằng tôi đã hiểu cụ thể những chỉ dẫn trên, và tôi hoàn toàn đồng ý với việc chăm sóc sức khỏe đã được nêu :

Tôi đồng ý với việc được chăm sóc y tế được nêu trên, như bác sỹ đã bảo đảm .

10. Đồng thời tôi tuyên bố rằng : trong trường hợp đặc biệt có thể xảy ra những biến chứng khác có ảnh hưởng đến sức khỏe của tôi, tôi yêu cầu các bác sỹ thực hiện các biện pháp tiếp theo cần thiết , cấp bách để bảo vệ mạng sống và sức khỏe của tôi.

Tại thành phố

V

ngày và giờ

Den a hodina:

.....
chữ ký tay của sản phụ
Vlastnoruční podpis rodičky

chữ ký của bác sỹ hoặc trợ lý :

Podpis lékaře, který poučení provedl:

.....

Zdroj: Informovaný souhlas Nemocnice Jindřichův Hradec a.s., přeložil do vietnamského jazyka překladatel Bien Nguyen Dang

Příloha 10 A – Informovaný souhlas: klešťový porod – česky

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTKY
KLEŠŤOVÝ POROD
PARTUS PER FORCIPEM (KJELLAND x SIMPSON)

Gynekologicko - porodnické oddělení
Lékař, který provedl poučení:

jmenovka

Identifikace pacientky:

1. Dnešního dne jsem byla lékařem poučena o zdravotním výkonu, který mi má být proveden. **Při klešťovém porodu dochází k instrumentálnímu vybavení plodu z vitální indikace z porodních cest matky pomocí kleští naložených na hlavičku plodu, která je již vstoupá a fixovaná v malé pánvi.**

2. Účelem tohoto zdravotního výkonu je:

Urychlené vybavení plodu, který je ohrožen na životě akutně vzniklou hypoxií (nedostatkem kyslíku) během porodu. Jedná se tak o neplánovanou život zachraňující operaci. U některých dlouhodobých závažných onemocnění matky je nutné počítat s provedením klešťového porodu pro snížení námahy a zkrácení doby porodu plodu (závažné oční onemocnění, kardiopatie atd.) Další průběh se od spontánního porodu téměř neliší.

3. Poznámka:

Pokud nechcete být o plánovaném výkonu více informována, nemusíte číst dále a podepište tento informovaný souhlas na zadní straně.

4. Zdravotní výkon (operace) bude probíhat takto:

Při takto nastalé situaci porodník zavede obě kleštiny na biparietální průměr hlavičky plodu mimo kontrakci, provede zkusmý tah za hlavičku, jestliže kleště nesklouzávají,

dokončí pak během kontrakce adekvátním tahem porod hlavičky plodu, po sejmutí kleští se porod dokončí spontánně-viz. samostatný souhlas. V takovéto situaci srovnatelná alternativa klešťového porodu neexistuje, navíc rychlým a včasným zákrokem snižujeme možnost trvalého postižení

novorozence, vyplývající z nedostatečného zásobení kyslíkem (dušení). V některých ne zcela urgentních případech některá pracoviště využívají podtlakový zvon nasazený na hlavičku plodu (VEX), u nás takový přístroj neužíváme.

5. Byla jsem dále poučena, že lékařem doporučený výkon má následující rizika a komplikace:

Při klešťovém porodu může dojít k poškození rodičky i plodu. U rodiček se jedná o častější rozsáhlejší porodní poranění – močového měchýře, pochvy, hrdla děložního, konečníku a svěrače. Či větší krevní ztrátu, pozdější sekundární hojení s ev. infekcí porodních poranění či dutiny děložní. Následně také rozvoje onemocnění DIC s možností profuzního krvácení i přes intenzivní terapii a nutností provedení hysterektomie. U novorozence se jedná taktéž převážně o různé druhy poranění (např. i frakturu lebečních kostí).

6. Beru na vědomí, že po provedení uvedeného zdravotního výkonu budu takto omezena v obvyklém způsobu života:

Při nekomplikovaném průběhu klešťového porodu kromě dodržení pohlavní zdrženlivosti během šestinedělí nejsou známé. Došlo-li ke komplikacím (viz. předešlý odstavec), pak je nutné počítat s přechodnými obtížemi s močením a stolicí a dlouhodobější hospitalizací až do definitivního vyřešení. Jinak pacientky odchází 4. den do domácí péče jako po spontánním porodu.

7. Chování po výkonu - jak se chovat po propuštění

Pohlavní zdrženlivost po dobu šestinedělí, dodržení hygienických návyků z oddělení šestinedělí, gymnastická cvičení k formování postavy. Kontrola u svého obvodního gynekologa po šestinedělí. Pokud bylo těhotenství komplikováno onemocněním matky - př. těhotenská cukrovka, vysoký tlak, porucha funkce jater, srážlivostí, atd., pak je nutná kontrola i u odborného lékaře, který rozhodne o dalším sledování a ev. léčbě.

8. Prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měla jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Jsem srozuměna s tím, že výkon provede některý lékař oddělení.

9. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměla a výslovně souhlasím s provedením zdravotního výkonu:

Souhlasím s výše uvedenou terapií, tak jak mi byla lékařem doporučena.

10. Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví.

V

Dne a hodina:

Vlastnoruční podpis pacientky:

Podpis lékaře, který poučení provedl:

Zdroj: informovaný souhlas Nemocnice Jindřichův Hradec a.s.

Příloha 10 B – Informovaný souhlas: klešťový porod – vietnamsky

Khoa sản – phòng hộ sinh
Gynekologicko – porodnické oddělení

Bác sỹ sản khoa hoặc trợ lý giảng về bài học tập này
Lékař, který provedl poučení: jmenovka:

DÙNG KÌM KẸP – THÔNG BÁO ĐỒNG Ý CỦA SẢN PHỤ

KLEŠŤOVÝ POROD: INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTKY

1. Hôm nay tôi được bác sỹ thông báo về việc chăm sóc sức khỏe cho tôi, sẽ được thực hiện .

Khi sản phụ để phải dùng kim kẹp , đây là dụng cụ y tế được trang bị cho việc sinh đẻ khi cần thiết, sẽ được cặp vào đầu thai nhi lôi ra với lý do của mình (xương chậu) hẹp, nhỏ.

2. Mục đích của việc này là :

Thúc đẩy việc sinh đẻ nhanh kết thúc, có thể thai nhi sẽ bị ngạt nếu để lâu không đưa được ra ngoài , vì không đủ lượng oxi cho thai nhi, đây cũng là một biện pháp có tính toàn trước để bảo vệ thai nhi. Nếu rơi vào trường hợp sản phụ , người mẹ bị bệnh khác, yếu thì nên dùng biện pháp này để giảm bớt lực, giảm bớt thời gian sinh nở cho sản phụ.

3. Lưu ý :

Nếu các bà không muốn biết thêm thông tin, thì các bà không cần phải đọc thêm, và có thể tự ký tên vào mặt sau .

4. Hiệu xuất y tế (dùng kim kẹp) sẽ được tiến hành như sau :

Nhân viên hộ sinh (đỡ đẻ) dùng kim kẹp bằng kích thước đầu thai nhi, và kéo thai nhi ra ngoài , nếu không bị trượt kim , thì thai nhi sẽ được lôi ra ngoài, bằng

cách này chúng ta kịp thời làm giảm đau cho sản phụ, tránh cho thai nhi dễ bị ngạt trong bụng mẹ. Ở một số trường hợp khác, ở một số bệnh viện khác người ta dùng loại mũ chụp hình chuông chụp vào đầu trẻ sơ sinh và lôi ra, nhưng ở bệnh viện của chúng ta không sử dụng loại máy này.

5. Tôi cũng được phở biến chỉ dẫn của bác sỹ về những nguy cơ và biến chứng có thể xảy ra .

Khi dùng kẹp có thể làm hại cho sản phụ và thai nhi. Dễ gây cho sản phụ bị thương đến bóng chứa nước tiểu, âm tạo, miệng cổ tử cung, hậu môn, mất nhiều máu. Dễ gây cho trẻ sơ sinh nhiều thương vong (như ảnh hưởng đến xương chằng hạn)

6. Tôi cũng cần ghi nhớ rằng sau khi được thực hiện các việc chăm sóc y tế trên tôi sẽ hạn chế trong sinh hoạt cuộc sống bản thân :

Sau khi thực hiện biện pháp đẻ có hỗ trợ của việc dùng kẹp kéo thai nhi ra ngoài, ngoài việc phải giữ việc kiêng sinh hoạt tình dục trong sáu tuần đầu, còn cả việc đại tiểu tiện sẽ gặp khó khăn, đau rát, phải thường đến bác sỹ kiểm tra để tiện việc chữa trị. Thường là sau 4 ngày sản phụ sẽ rời bệnh viện về nhà.

7. Chăm sóc sau khi đẻ – tự chăm sóc sức khỏe ra sao khi sản phụ được về gia đình .

Sản phụ được quan hệ tình dục ít nhất là sau 6 tuần, giữ vệ sinh sạch sẽ theo chỉ dẫn của khoa sản , tập theo chỉ dẫn , đi kiểm tra tại bác sỹ sản phụ . Sau 6 tuần , nếu có chữa, bệnh tiểu đường , huyết áp cao, bệnh về gan, đông máu , vv, phải đi kiểm tra ở các bác sỹ chuyên khoa ngay, để cho việc theo dõi và điều trị kịp thời .

8. **Tôi tự tuyên bố rằng những điều tôi đã đọc trên đây là tôi đã hiểu , và tôi đồng ý với việc tiến hành theo tình tự y tế.**

Tôi hoàn toàn đồng ý với các trình tự điều trị mà bác sỹ đã đưa ra với tôi .

9. Đồng thời tôi cũng tuyên bố rằng trong trường hợp nếu xảy ra những biến chứng ngoài dự kiến , tôi yêu cầu sử dụng các biện pháp cần thiết để bảo đảm an toàn tính mạng của tôi, cũng như sức khỏe của tôi, tôi cũng yêu cầu để tôi được hưởng tất cả các phương pháp điều trị cần thiết và cấp thiết cho tính mạng và sức khỏe của tôi .

10. Đồng thời tôi tuyên bố rằng : trong trường hợp đặc biệt có thể xảy ra những biến chứng khác có ảnh hưởng đến sức khỏe của tôi, tôi yêu cầu các bác sỹ thực hiện các biện pháp tiếp theo cần thiết , cấp bách để bảo vệ mạng sống và sức khỏe của tôi.

Tại thành phố

V.....

ngày và giờ :

den a hodina

.....
chữ ký của sản phụ

Vlastnoruční podpis rodičky

chữ ký của bác sỹ hoặc trợ lý :

Podpis lékaře, který poučení provedl:

.....

Zdroj: Informovaný souhlas Nemocnice Jindřichův Hradec a.s., přeložil do vietnamského jazyka překladatel Bien Nguyen Dang

Příloha 11 A – Informovaný souhlas: manuální vybavení lůžka – česky

**INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTKY
LYSIS MANUALIS PLACENTAE ET/SINE REVISIO CAVI UTERI
INSRUMENTALIS
Manuální vybavení lůžka s nebo bez instrumentální revize dutiny děložní**

Gynekologicko - porodnické oddělení

Lékař, který provedl poučení:

jmenovka

Identifikace pacientky:

1. Dnešního dne jsem byla lékařem poučena o zdravotním výkonu, který mi má být proveden.

Při zadržení lůžka nebo jeho částí ve III. době porodní, tj. po vaginálním porodu plodu kdy nedojde k jeho spontánnímu odloučení, je nutné vybavit lůžko manuálně s nebo bez provedení kontroly dutiny děložní instrumentálně v celkové krátkodobé anestezii.

2. Účelem tohoto zdravotního výkonu je:

Vybavení lůžka včetně blan po jeho zadržení v dutině děložní, spolu se zabráněním vzniku pozdějšího silného krvácení a puerperální infekce dutiny děložní.

3. Poznámka:

Pokud nechcete být o plánovaném výkonu více informován(a), nemusíte číst dále a podepište tento informovaný souhlas na zadní straně.

4. Zdravotní výkon (operace) bude probíhat takto:

V celkové krátkodobé anestezii v gynekologické poloze po aseptické přípravě operatér zavede do dutiny děložní prsty a jimi opatrně odloučí od děložní stěny placentu včetně blan a šetrně ji vybaví ven. Následně prsty znovu zreviduje celou dutinu, je-li potřeba připojí instrumentální revizi dutiny děložní kyretou, kterou odloučí zbytky pevně lpících

tkání. Preventivně jsou rodičce aplikovány do žíly léky proti vzniku zánětu - antibiotika a pod kůži léky proti vzniku tromboembolické nemoci.

5. Byla jsem dále poučena, že lékařem doporučený výkon má následující rizika a komplikace:

Všeobecné komplikace každého operačního výkonu - naštěstí v důsledku rozvoje medicínských možností velmi řídké. Jedná se hlavně o EMBOLII - tj. uzávěr žíly a její neprůchodnost v důsledku vytvoření krevní sraženiny, př. v plicích. Dále TROMBOZU - vytvoření krevní sraženiny v žilách (př. dolní končetiny) a INFEKCI-vzniklou v místě operace s pozdějším možným šířením do organismu.

Specifické komplikace daného výkonu - Během operace: větší krevní ztráta spojená s vybavením placenty nebo v důsledku na ni navazující hypotonie (ochablosti) děložní, rozvoj koagulačních poruch včetně onemocnění DIC s jejich nutným zaléčením, velmi vzácně i s ev. provedením život zachraňující hysterectomie, tuto operaci je nezbytné provést i v případě placentární patologie, kdy je lůžko v různém rozsahu vrostlé do stěny děložní.

6. Beru na vědomí, že po provedení uvedeného zdravotního výkonu budu takto omezen v obvyklém způsobu života:

Po výkonu je rodička převezena na odd. šestinedělí, kde zhruba po 24 hod. spolu s personálem již začíná pečovat o novorozence, dovoluje-li to její zdravotní stav. Je-li nutno, jsou provedena laboratorní vyšetření krve spolu s následnou léčbou, někdy je nutné pacientce po větší krevní ztrátě aplikovat krevní deriváty v podobě transfuze. Pacientka je 4. den po porodu propuštěna do domácí péče.

7. Chování po výkonu - jak se chovat po propuštění

Pohlavní zdrženlivost po dobu šestinedělí, dodržení hygienických návyků z oddělení šestinedělí, gymnastická cvičení k formování postavy. Kontrola u svého obvodního

gynekologa po šestinedělí. Pokud bylo těhotenství komplikováno onemocněním matky - př. těhotenská cukrovka, vysoký tlak, porucha funkce jater, srážlivostí, atd., pak je nutná kontrola i u odborného lékaře, který rozhodne o dalším sledování a ev. léčbě.

8. Prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měla jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Jsem srozuměna s tím, že výkon provede některý lékař oddělení.

9. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměla a výslovně souhlasím s provedením zdravotního výkonu:

Souhlasím s výše uvedenou terapií, tak jak mi byla lékařem doporučena.

10. Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví.

V

Dne a hodina:

Vlastnoruční podpis pacientky:

Podpis lékaře, který poučení provedl:

Zdroj: informovaný souhlas Nemocnice Jindřichův Hradec a.s.

Příloha 11 B – Informovaný souhlas: manuální vybavení lůžka – vietnamsky

Khoa sản – phòng hộ sinh
Gynekologicko – porodnické oddělení

Bác sỹ sản khoa hoặc trợ lý giảng về bài học tập này
Lékař, který provedl poučení:

HƯỚNG DẪN TRIỆT ĐỂ CÁCH HỦY BỎ NHAU THAI – VỚI SỰ ĐỒNG Ý CỦA SẢN PHỤ

MANUÁLNÍ VYBAVENÍ PLACENTY- MAUÁLNÍ LYSA: INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTKY

1. Hôm nay tôi được bác sỹ hướng dẫn về cách tiến hành phẫu thuật cho bản thân tôi .

Trong giai đoạn nằm trị giường sau đẻ, hay còn gọi là giai đoạn 3 sau khi đẻ, nếu (rốn) không tự động rụng theo quy luật thì sẽ phải dùng biện pháp gây tê để hủy bỏ .

2. Ý nghĩa của việc trên là :

Việc trang bị giường bao gồm cả màng bảo vệ của tử cung để đề phòng việc xuất hiện hiện tượng chảy máu ở khoang trong tử cung

3. Lưu ý :

Nếu các bà không muốn biết thêm thông tin, thì các bà không cần phải đọc thêm, và có thể tự ký tên vào mặt sau .

4. Việc trên sẽ được tiến hành như sau :

Việc gây tê trong một thời gian ngắn ở phần tử cung, sau đó làm các thủ pháp y tế để lấy nhau thai ra ngoài, kể cả không loại trừ việc tiêm vào mạch máu để chống viêm nhiễm – kể cả tiêm kháng sinh dưới da để đề phòng nhiều các bệnh ngoài da .

5. Tôi cũng được bác sỹ chỉ dẫn các biến chứng , nguy cơ khác có thể xảy ra

Các biến chứng chung , tổng quát của mỗi ca phẫu thuật – so sự phát triển tiến bộ y tế hiện đại, các biến chứng được kiểm chế, rất hạn chế xảy ra , thường hay xảy ra là việc EMBOLII (tắc quản) có nghĩa là các mạch không được thông xuất, khi có một lượng máu nhất định đọng lại và không thông mạch máu, tiếp theo là chứng TROMBOZU (đang huyết khối) đó là lý do các cục máu đông trong các tĩnh mạch (thường ở chân) và INFEKCE – nhiễm trùng, thường xảy ra chính tại vết mổ trên cơ thể của sản phụ.

Những biến chứng cụ thể thường xảy ra trong ca phẫu thuật :

Mất máu nhiều có liên quan đến thai nhi , cần các dụng cụ, các biện pháp làm động máu, ngưng chảy máu, tránh làm tổn thương đến dạ con và các cơ quan gần dạ con .

6. Tôi cần biết rằng sau khi mổ tôi sẽ bị hạn chế trong sinh hoạt :

Việc cần thiết là mang máu đi thử , để biết và điều trị nếu thấy cần thiết, phải tiếp máu cho sản phụ bởi vì khi phẫu thuật máu chảy nhiều, sản phụ có thể xuất viện sau ngày thứ tư trở về nhà và tự chăm sóc tại nhà .

7. Chăm sóc sau khi đẻ – tự chăm sóc sức khỏe ra sao khi sản phụ được về gia đình .

Sản phụ được quan hệ tình dục ít nhất là sau 6 tuần, giữ vệ sinh sạch sẽ theo chỉ dẫn của khoa sản , tập theo chỉ dẫn , đi kiểm tra tại bác sỹ sản phụ . Sau 6 tuần , nếu có chữa, bệnh tiểu đường , huyết áp cao, bệnh về gan, đông máu , v.v, phải đi kiểm tra ở các bác sỹ chuyên khoa ngay, để cho việc theo dõi và điều trị kịp thời .

8. **Tôi tự tuyên bố rằng những điều tôi đã đọc trên đây là tôi đã hiểu , và**

tôi đồng ý với việc tiến hành theo tình tự y tế.

Tôi hoàn toàn đồng ý với các trình tự điều trị mà bác sỹ đã đưa ra với tôi .

9. Đồng thời tôi cũng tuyên bố rằng trong trường hợp nếu xảy ra những biến chứng ngoài dự kiến , tôi yêu cầu sử dụng các biện pháp cần thiết để bảo đảm an toàn tính mạng của tôi, cũng như sức khỏe của tôi, tôi cũng yêu cầu để tôi được hưởng tất cả các phương pháp điều trị cần thiết và cấp thiết cho tính mạng và sức khỏe của tôi .

10. Đồng thời tôi tuyên bố rằng : trong trường hợp đặc biệt có thể xảy ra những biến chứng khác có ảnh hưởng đến sức khỏe của tôi, tôi yêu cầu các bác sỹ thực hiện các biện pháp tiếp theo cần thiết , cấp bách để bảo vệ mạng sống và sức khỏe của tôi.

Tại thành phố

V

ngày và giờ:

Den a hodina:

.....
chữ ký của sản phụ
Vlastnoruční podpis rodičky

chữ ký của bác sỹ hoặc trợ lý :

Podpis lékaře, který poučení provedl:

.....

Zdroj: Informovaný souhlas Nemocnice Jindřichův Hradec a.s., přeložil do vietnamského jazyka překladatel Bien Nguyen Dang

Příloha 12 A – Souhlas s hospitalizací – česky

Souhlas s hospitalizací

- Na základě posouzení zdravotního stavu je vám navržena léčba v rámci hospitalizace. Pokud s navrhovaným řešením souhlasíte, žádáme vás tímto o souhlas stvrzený Vaším podpisem.
- Potvrzuji tímto, že jsem byla ošetřujícím lékařem informována o mém aktuálním zdravotním stavu a s navrženou hospitalizací souhlasím.
- Souhlasím, aby lékaři, kteří poskytují zdravotní péči v nemocnici J. Hradec, podávali informace o mém zdravotním stavu níže uvedené osobě.

Nejbližší osoba: Jméno:

Příjmení:

Bydliště:

Telefon:

Datum a podpis pacientky:

Zdroj: Vlastní

Příloha 12 B – Souhlas s hospitalizací – vietnamsky

Đồng ý nhập viện

Souhlas s hospitalizací

- Trên cơ sở tư vấn bảo vệ sức khỏe , về trạng thái sức khỏe của bà, chúng tôi đã đưa ra phương thức chữa, chăm sóc sức khỏe. Nếu bà đã đọc và đồng ý với phương thức của chúng tôi , vậy chúng tôi đề nghị hãy tự tay ký vào .
- Tôi khẳng định rằng tôi đã được bác sỹ khám và thông báo về tình hình sức khỏe của tôi, tôi đồng ý nhập viện để điều trị.
- Tôi đồng ý để các bác sỹ chăm sóc sức khỏe cho tôi tại bệnh viện J-Hradec , họ đã thông báo cho tôi biết về tình hình sức khỏe của tôi.

Người thân nhất :

Tên (jméno) :

Họ (příjmení):

Nơi ở (bydliště):

Điện thoại (telefon):

Ngày tháng :

Datum:

Chữ ký sản phụ :

Podpis pacientky

Zdroj: Vlastní

Příloha 13 – Vstupní formulář při přijetí vietnamské rodičky na porodní sál

Vstupní přijímací formulář na porodní sál.

Đề nghị trả lời một số câu hỏi :

Đề nghị hãy ghi tên tuổi : (đề nghị viết CHỮ IN)

Tên mẹ : Jméno matky:	Họ tên mẹ : Příjmení matky:
Tên bố đưa trẻ : Jméno otce:	Họ bố đưa trẻ : Příjmení otce:
Tên cho con gái : Jméno pro dceru:	Họ cho con gái : Příjmení pro dceru:
Tên cho con trai : Jméno pro syna:	Họ cho con trai : Příjmení pro syna:

Otekla vám plodová voda?	Ano	Ne
Bà bị vỡ nước ối ?	Vâng	Không

V kolik hodin plodová voda otekla ? Napište čas

Mấy giờ thì nước ối bị vỡ ? Hay ghi thời gian.....

Měla nějakou barvu ?	Ne	Žlutá	Zelená
Nước ối màu gì ?	Không màu	Vàng	Xanh

Máte kontrakce?	Ano	Ne
Bà có bị co đầu vú không ?	Có	Không

Jak často kontrakce přicházejí? Napište čas

Bao lâu thì bà lại bị co vú như thế ? Hãy viết.....

Cítíte pohyb dítěte?	Ano	Ne
Bà có cảm nhận đứa bé đạp ko ?	Có	Không

Krvácíte?	Ano	Ne
Bà có bị chảy máu ko ?	Có	Không

V kolik hodin krvácení začalo . Napište čas

Mấy giờ thì máu bắt đầu chảy ? Hãy viết thời gian

.....

Po kolikáté budete rodit : napište 1,2,3,4,a více

Bà đẻ lần thứ mấy ? : Hãy viết : 1,2,3,4 lần hoặc nhiều hơn

Napište termín porodu

Khoảng thời gian đẻ.....

Jsou vaši rodiče zdraví ?	Ano	Ne
Bố mẹ bà có khỏe không ?	Có	Không

Má někdo z rodičů : cukrovku nebo vysoký krevní tlak ?

Bố mẹ có ai bị tiểu đường hay huyết áp cao không ?

Máte nějaké onemocnění, se kterým se léčíte?	Ano	Ne
Bà có bệnh gì mà hiện tại đang chữa không ?	Có	Không

Léčím se: Tôi đang chữa	Podtrňte: hãy gạch dưới
Vysoký krevní tlak	với áp huyết cao
Cukrovka	bệnh tiểu đường
Astma	bệnh hen suyễn,
Onemocnění ledvin	bệnh thận
Onemocnění jater	bệnh gan
TBC	bệnh lao
Pohlavní nemoc	các bệnh hoa liễu

Užívám léky : napište prosím jaké :

Tôi đang dùng thuốc : hãy viết những loại gì

Měla jste nějakou operaci nebo těžký úraz ?	Ano	Ne
Bà đã mổ phẫu thuật hay tai nạn nặng gì chưa ?	Rồi	Chưa

Měla jsem operaci : napište jakou

Tôi đã mổ phẫu thuật : hãy viết : mổ gì.....

Prodělala jste nějakou operaci na děloze ?	Ano	Ne
Bà đã mổ tử cung ? Rồi – chưa	Rồi	Chưa

Máte alergii na léky ?	Ano	Ne
Bà có bị dị ứng thuốc gì không ?	Có	Không

Na jaké léky jste alergická ? Napište.

Bà bị dị ứng thuốc gì : Hãy viết

Máte alergii na nějaké jídlo?	Ano	Ne
Bà bị dị ứng loại thức ăn nào ko không ?	Có	Không

Napište na jaké jídlo jste alergická.

Bà bị dị ứng loại thức ăn nào ?

Dostala jste někdy transfuzi ?	Ano	Ne
Bà đã phải truyền máu bao giờ chưa ?	Rồi	Chưa

Zdroj: vlastní

Příloha 14 – Nejčastější problematika na porodním sále a šestinedělí

Při porodu: Khi đẻ

Mám velké bolesti.

Tôi bị đau nặng.

Mám nesnesitelné bolesti v oblasti břicha.

Tôi đau không chịu nổi ở vùng bụng

Mám nesnesitelné bolesti v oblasti zad.

Tôi đau không chịu nổi ở vùng lưng.

Chce se mi zvracet.

Tôi buồn nôn

Zvracela jsem.

Tôi đã nôn

Chci zavolat lékaře.

Tôi muốn gọi bác sỹ.

Netlačte, snažte se dýchat.

Bà đừng dặn , hãy cố thở

Ještě nejste úplně otevřená, nemůžete tlačit.

Bà chưa mở hẳn (cửa tử cung) bà chưa dặn để được.

Nadechnout!

Hãy hít thở vào !

Zatlačit!

Hãy dặn đi !

Zatlačte silně do konečníku (jako když máte velkou zácpu)

Hãy dặn xuống hậu môn đi , như lúc bà bị táo bón

Po porodu, šestinedělí:

Vymočila jste se? Ano – Ne

Bà có đi tiểu được không ? Có – không

Nemůžu se vymočit.

Tôi không đi tiểu được.

Pálí nebo bolí vás při močení? Ano - ne

Bà có đau hay bị rát khi đi tiểu không ? Có – Ko

Bolí mě šití po porodu.

Tôi bị đau sau khi khâu đẻ.

Chtěla bych lék proti bolesti.

Tôi muốn thuốc giảm đau .

Silně krvácím.

Tôi chảy máu nhiều.

Slabě krvácím.

Tôi chảy máu ít.

Odchází očišky – krev po porodu? Ano – Ne

Máu chảy sau khi sinh? Có – không

Byla jste na stolici? Ano – Ne

Bà có đi đại tiện được ko? Có – không

Zaveďte si čípek do konečníku, aby jste se vyprázdnila.

Bà hãy nhét viên thuốc vào cuối hậu môn , để dễ đi đại tiện

Zapijte lék čistou vodou, ne čajem.

Hãy uống thuốc bằng nước lọc , đừng uống bằng nước chè

Máte horečku

Bà bị sốt không

Lék proti bolesti
Thuốc giảm đau

Lék proti horečce
Thuốc giảm sốt

Lék proti trombóze (ucpání žil)
Thuốc chống đông máu tĩnh mạch

Ztratila jste mnoho krve, musíme vám podat transfuzi. Souhlasíte: Ano – Ne
Bà bị mất nhiều máu quá, chúng tôi truyền máu cho bà được ko ? Vâng – Không

Chcete uvařit černý čaj? Ano – Ne
Bà muốn uống chè đen không ? Có- Không

Bolí mě prsa
Tôi đau ngực

Nahřejte si prsa v teplé vodě ve sprše
Khi tắm bà hãy dùng nước nóng để mát xa ngực

Bolí mě bradavky.
Tôi bị đau núm vú .

Ukážu vám odsávání mléka pomocí odsávačky.
Tôi dạy cho bà cách xoa bóp để sữa về bằng máy.

Měňte polohu dítěte při kojení.
Hãy cho đứa trẻ nằm các chiều khi bú sữa.

Snaží se dítě sát z prsu? Ano – Ne
Con bà có tự bú được ko ? Có – Không

Kolik plen dítě za den pomoci? Napište číslo:
Con bà phải thay mấy cái bỉm một ngày ? Hãy viết bằng số.....

Mělo dítě stolici? Ano – Ne
Con bà có đi đại tiện được không ? Có – Không

Moje dítě pláče nevím proč
Con tôi khóc nhưng tôi không biết tại sao

Dítě hubne více, než je obvyklé.
Con tôi gầy hơn thường

Musíme dítě přikrmit náhradním mlékem.
Chúng ta phải cho đứa trẻ ăn sữa ngoài.

Kontrolujte pupík dítěte, zda nekrvácí.
Hãy kiểm tra rốn đứa trẻ có bị chảy máu không.

Jste propuštěná do domácí péče.
Bà được về nhà tự chăm sóc.

Vaše dítě má v krvi moc bilirubinu – je moc žluté, proto je unavené a spavé.
Musíme žloutenku snížit. Světlo rozkládá bilirubin. Vaše dítě, musí pod speciální lampu, která mu pomůže s odstraněním žloutenky.

Con của bà có trong máu siêu vi trùng – bởi thế da nó rất vàng , hay mệt mỏi và ngủ nhiều.
Chúng ta phải hạ thấp bệnh vàng da. Con của bà phải được sưởi đèn đặc biệt , ánh sáng sẽ giúp nó trừ bớt bệnh vàng da.

Zvažte dítě (zapište váhu) před kojením, nakojte, dítě po kojení nepřevlékejte a znovu zvažte. Rozdíl je množství vypitého mléka.
Trước khi cho con bú bà hãy cân xem con bà nặng bao nhiêu , và cũng cân lại sau khi cho con bú. Sự khác biệt của trọng lượng là số lượng sữa con b

Zdroj: Vlastní