K PROBLEMATICE VYŠŠÍCH POTŘEB V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI O VIETNAMSKOU MINORITU

Problems of higher requirements in taking care of the Vietnamese minority

8: 1 - 200, 2006
ISSN 1212-4117

Valérie Tóthová, Gabriela Sedláková

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, katedra ošetřovatelství

Summary

Searching for and satisfaction of the need of patients, which is altered in disease, belong to pillars of modern nursing practice. In providing high-quality nursing care, in each patient/client, it is also necessary to respect his/her ethnic and cultural values, opinions and habits associated with his/her health, however, also with providing the medical care. To be able to plan culturally differentiated care respecting holistic theory for patients/clients who belong to members of a certain minority group, we should know in detail their special features associated with satisfying their basic and higher needs.

The purpose of the contribution is a presentation of results of the analysis of special foreign and Czech literature dealing with trans-cultural nursing practice on the one hand and special features of satisfying higher needs in the Vietnamese minority on the other. The authors, such as M. Leininger, M. Andrews, J. N. Giger, and R. E. Davidhizar belong to leading specialists in the trans-cultural nursing practice in abroad. Madeleine Leininger founded the trans-cultural nursing practice as an independent discipline in the field of nursing. The concept of the trans-cultural nursing was formed by her as early as in the 1950's. She is an author of a number of works dealing with these problems. The contribution concerns a 3-year research project, which is being solved within a grant of the IGA MZ ČR, and whose targets are aimed at providing this holistic nursing care for individuals from the Vietnamese and Chinese minority living in the Czech Republic, corresponding to the need of these citizens resulting from a different cultural environment in the country of their origin.

Key words: Vietnamese minority – multicultural care – family and family relationships – religion – values – time – space – mental health

Souhrn

Vyhledávání a uspokojování potřeb nemocného, které jsou nemocí pozměněny, je jedním z pilířů moderního ošetřovatelství. Při zabezpečení kvalitní ošetřovatelské péče je důležité respektovat u každého pacienta/klienta i jeho etnické a kulturní hodnoty, názory a praktiky, které se vážou k vlastnímu zdraví, ale i k poskytování zdravotnické péči. K tomu, abychom pacientům/klientům patřící do určité minoritní skupiny mohli naplánovat kulturně diferencovanou péči respektující holistickou teorii, bychom měli podrobně znát všechny jejich zvláštnosti související s uspokojováním jejich základních a vyšších potřeb. Cílem příspěvku je prezentace výsledků analýzy odborné zahraniční a české literatury zabývající se jednak transkulturním ošetřovatelstvím a jednak zvláštnostmi uspokojování vyšších potřeb u minoritní skupiny Vietnamiců. Autoři jako M. Leininger, M. Andrews, J. N. Giger, R. E. Davidhizar patří k předním odborníkům transkulturního ošetřovatelství v zahraničí. Madeleine Leininger je zakladatelkou transkulturního ošetřovatelství jako samostatného odvětví oboru ošetřovatelství. Koncept transkulturního ošetřovatelství začala formulovat již v 50. letech minulého století. Je autorkou řady prací zabývajících se touto problematikou. Příspěvek se vztahuje ke tříletému výzkumnému projektu, který je řešen v rámci IGA MZ ČR a jehož cíle směřují k zajištění jedincům vietnamské a čínské minority žijící v České republice v případě potřeby takové holistické ošetřovatelské péče, která odpovídá potřebám těchto občanů vyplývajícím z odlišného kulturního prostředí jejich původu.

Klíčová slova: vietnamská minorita – multikulturní péče – rodina a rodinné vztahy – náboženství – hodnoty – čas – prostor – duševní zdraví

ÚVOD

Společensko-politické změny, které u nás nastaly v roce 1989, nastrovaly i změny v národnostní, kulturní a etnické struktuře populace, neboť k nám v posledních letech přichází lidé z různých

států a kontinentů, kteří se dočasně nebo trvale usídlují v našem státě. Tyto změny kladou určité nároky i na zdravotníky, neboť během poskytování zdravotnické péče bychom měli postupovat tak, aby pacienti/klienti dostávali od všech členů zdra-

votnického týmu účinnou a srozumitelnou péči poskytovanou s respektem a způsobem slučitelným s kulturně zdravotnickým přesvědčením a praxí pacienta/klienta. Všichni zdravotníci pracovníci by si měli uvědomit, že během své praxe již v současné době přijdou do styku nejen s takovými pacienty/klienty, kteří sice nejsou původem z České republiky, ale přesto pocházejí z kulturně-historického hlediska ze stejného, nebo alespoň z velmi podobného prostředí, ale i s takovými pacienty/klienty, kteří pocházejí z diametrálně odlišného kulturního prostředí. Frekvence styku zdravotníků s takovými pacienty/klienty pak bude v budoucnu ještě stále více růst, a to nejen z důvodu přičlenění České republiky k Evropské unii, ale zejména i z důvodu stále se prohlubující globalizace, která se výrazně odráží i na migraci obyvatel.

Chceme-li poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči odpovídající požadavkům dnešní doby a zejména nárokům kladeným na zdraví, nelze v žádném případě vycházet pouze z unifikovaných standardů podléhajících nárokům většinové společnosti daného státu či širšího regionu. Zaručení kvalitní ošetrovatelské péče, resp. kvalitního a co nejrůznějšího návratu ke stavu zdraví u všech pacientů/klientů znamená jít mnohem dále než se jen spokojit s unifikovaným přístupem k pacientům/klientům na základě většinového pohledu na objekty ošetrovatelské péče. Právě tato skutečnost, tedy citlivá práce s lidmi odkázanými na zdravotnickou pomoc, činí z profese sestry mnohem náročnější povolání, než se na první pohled zdá. Kde jinde je třeba více vnímavějšího přístupu k lidem než ve zdravotnictví, kde pracujeme s lidmi odkázanými na profesionální a co nejdůvěryhodnější přístup zdravotníků v úsilí o co nejrychlejší a nejefektivnější navrácení zdraví, neboť většina pacientů/klientů se k nám obrací jako zástupci laické veřejnosti, kteří z profesního hlediska nejsou schopni adekvátně posoudit vše, co se kolem nich během poskytování zdravotnické péče děje. Chování pacienta/klienta potřebujícího naši pomoc je tak poznamenáno nejistotou vycházející z nemožnosti odborně posuzovat situaci. Ve zdravotnictví se tak na rozdíl od jiné oblasti práce s lidmi setkáváme s člověkem v situaci, kdy je z osobnostního a potažmo i ze zdravotnického hlediska mnohem zranitelnější. Tento stav je pak mnohem více umocněn u takového pacienta/klienta, jenž pochází ze zcela odlišného kulturního prostředí, které determinuje nejen celý jeho přístup k nám zdravotníkům, ale i kvalitu a hlavně účinnost poskytnuté zdravotnické, resp. ošetrovatelské péče.

Hlavním problémem zdravotnické péče

o pacienta reprezentující minoritu spoluobčanů s odlišnou kulturně-historickou výchovou není, jak by se na první pohled mohlo zdát, pouze různě velká komunikační bariéra, ale především kulturní pozadí společnosti, ze které pochází. Toto si bohužel většina z nás často ani neuvědomuje a automaticky tak v případě pacienta/klienta z minority s odlišnou kulturně-historickou výchovou předpokládáme stejný přístup k takovému pacientovi jako v případě zástupců většinové společnosti. V zájmu kvalitní, kulturně diferencované péče si musíme uvědomit, že to, co je přirozené pro nás, nemusí být přirozené a hlavně přijatelné pro druhé. Veškerá zdravotnická péče, včetně té ošetrovatelské, musí vycházet z předpokladů demokratické společnosti, která dává stejná práva všem jejím účastníkům bez rozdílu jejich původu, což znamená, že většinový příslušník takovéto společnosti by měl co možná nejvíce respektovat zvyklosti a návyky menšinových, kulturně odlišných etnických skupin.

Z hlediska výše zmíněných skutečností je proto důležité, aby zdravotníci pracovníci na všech úrovních měli dostatečné dovednosti a vědomosti o poskytování kulturně diferencované péče a na základě získaných vědomostí a dovedností poskytovali takovou profesionální zdravotní péči, která je kulturně citlivá, kulturně vhodná a kulturně kompetentní, tj. zajišťovali stejně kvalitní ošetrovatelskou péči pro všechny jejich účastníky – přičemž kulturně citlivá péče znamená, že poskytovatel má určité základní znalosti a konstruktivní postoje týkající se zdravotních tradic různých kulturních skupin, které žijí v prostředí, v němž zdravotní péči poskytuje; kulturně vhodná znamená, že poskytovatel používá základní znalosti, které musí mít, aby mohl danému pacientovi poskytnout co nejlepší zdravotní péči; kulturně kompetentní znamená, že v rámci poskytované péče poskytovatel chápe a zohledňuje celý kontext pacientovy situace. Jedná se tedy o komplexní kombinaci znalostí, postojů a dovedností (Spector, 2004). Zabezpečení kulturně diferencované kvalitní ošetrovatelské péče si žádá, aby vzdělávání každého jejího poskytovatele zajistilo i získání co možná nejhlubších vědomostí o těch minoritních skupinách, které v daném státě/regionu reprezentují spoluobčanů s výrazně odlišným kulturně-historickým původem.

Zvýšenou pozornost si z hlediska transkulturní komunikace u nás žádají především ty etnické skupiny, které pocházejí především z neevropského kulturního prostředí. V případě České republiky se jedná především o příslušníky asijských národů, z nichž tvoří největší minoritní skupinu Vietnamci, a to v počtu 34 179 (Ivanovová a kol., 2005).

VIETNAMSKÁ MINORITA V ČESKÉ REPUBLICE

Historie české vietnamské minoritní skupiny počíná zhruba v polovině 20. století, kdy na základě spolupráce mezi Vietnamskou demokratickou republikou a tehdejší Československou republikou k nám přišli za účelem studií první státní příslušníci Vietnamu. Vietnamští občané se zde na základě bilaterálních dohod odborně vzdělávali, resp. jim byla poskytována základní odborná příprava v oblastech strojírenství a lehkého průmyslu nebo studovali na vysokých školách převážně ekonomického a technického směru, kde většinou ve studovaném oboru dokončili i aspiranturu. V tomto období se však československá společnost příliš intenzivně nezajímala o vietnamskou kulturu, odlišné zvyky a dějiny tak vzdálené a rozdílné civilizace.

Změna v pohledu na vietnamské etnikum nastala v první polovině 80. let, kdy se počet Vietnamců v tehdejší ČSSR zvyšoval a převážnou část Vietnamců tvořili již studenti, ale aktivně pracující. Na základě bilaterální úmluvy z roku 1980 se mělo v letech 1980 – 1990 vystřídat v ČSSR až 30 000 vietnamských pracujících. Po roce 1989 vietnamští pracující obdrželi od státu odstupné a byly jim zaplacený cestovní náklady zpět do své vlasti. Na území Československa pobývajícím Vietnamcům však odmítli návrat domů a ve velkém počtu ilegálně zůstali nebo přicházeli zpět do Československa, později do České republiky. Začátkem 90. let se v důsledku společensko-politických změn podstatně změnila podnikatelské podmínky v Čechách a Vietnamci, kteří jsou velmi schopní, pracovití, nenároční a rovněž podnikaví, zde začali podnikat. Od té doby se vietnamská komunita stala nedílnou součástí celkového obrazu národnostního složení obyvatelstva České republiky a stále početně roste a tento trend lze předpokládat i do budoucna. Proto je důležité, aby jak vietnamská, tak i česká strana měly neustále na zřeteli, že národní kultury, tradice, zvyky i některé hodnotové žebříčky jsou, a to zcela logicky, odlišné a měly by se snažit předejít zbytečným nedorozuměním a mylným výkladům určitých situací (Müllerová, 2004). Výrazná kulturní odlišnost obou skupin, většinové a minoritní, v tomto případě vietnamské, však v žádném případě neznamená nějaké negativum, které by měly vietnamskou komunitu jakkoli znevýhodnit, ba naopak. Obě skupiny by se měly vzájemně co nejvíce poznat a pochopit, bez toho, aby bylo ze strany většiny požadováno kulturní přizpůsobení se menšiny většině, resp. kulturní asimilace v jakékoli velké míře. Pouze vzájemné poznání a tolerance odlišných kulturních, společenských a náboženských

zvyklostí může zaručit plnohodnotné soužití obou skupin, což platí i v ošetrovatelském přístupu zdravotnického personálu k vietnamské komunitě.

Chceme-li poskytovat vietnamské minoritní skupině kulturně diferencovanou péči plně respektující holistickou teorii, měli bychom podrobně znát všechny její zvláštnosti plynoucí z jejich odlišného kulturně-společenského původu a související s uspokojováním jejich základních a vyšších potřeb. Vyhledávání a uspokojování potřeb nemocného, které jsou nemocí pozměněny, je jedním z pilířů moderního ošetrovatelství. Potřeba je vlastně projevem nějakého nedostatku nebo absence něčeho, co je žádoucí. Některé potřeby jsou pro lidskou existenci zcela zásadní – tyto potřeby jsou označeny jako základní potřeby, jiné vytvářejí život bohatším, příjemnějším, vytvářejí pocit fyzické a psychické životní pohody – tyto potřeby jsou svou podstatou společenské nebo vyšší. Lidské potřeby jsou určeny společenskými podmínkami života, neboť vývoj potřeb každého člověka závisí na podmínkách jeho života, je určen společenskými vztahy a místy, která určitý člověk v soustavě těchto vztahů zaujímá. Potřeby jsou tedy určovány i kulturou (Farkašová a kol., 2001). V následující části příspěvku prezentujeme některé zvláštnosti vztahující se k etnicko-kulturním potřebám jedinců vietnamské minority, které by každý zdravotnický pracovník měl v zájmu zajištění adekvátní a kvalitní zdravotnické/ošetrovatelské péče bezpodmínečně znát.

VÝZNAM RODINY A RODINNÝCH VZTAHŮ PRO JEDINCE VE VIETNAMSKÉ MINORITĚ

Rodina je základní jednotkou společnosti a má vliv na zdraví, budování hodnot a produktivitu jednotlivých členů. Příslušnost k rodině znamená, že každý její člen se v rámci tohoto celku specificky vyvíjí z hlediska dědičnosti a etnického původu. Příslušnost k rodině znamená současně i rozvoj osobních, sociálních, morálních a kulturních hodnot. Jaké jsou určité charakteristiky rodiny ve vietnamské minoritě?

Zkusme se nejdříve zabývat příjmeními a jmény členů vietnamské rodiny. Ve Vietnamu se nepoužívá tolik příjmení jako u nás. Protože tak mnoho vietnamských rodin má stejné příjmení, při identifikaci osob se užívají spíše křestní jména. Jména ve Vietnamu se vždy píšou tak, že se nejprve uvede příjmení, pak prostřední jméno (nebo jména – někdy se používá více prostředních jmen) a nakonec křestní jméno. Stejně jméno se může používat jak pro muže, tak i pro ženu. V takovém případě může být klíčem pohlaví prostřední jméno, kdy na označení mužského pohlaví může odkazovat prostřední jméno „Van“ a na označení

ženského pohlaví pak prostřední jméno „*Thi*“. Po svatbě si žena nechává své dívčí jméno a nekombinuje ho s manžellovým. Neformálně může být oslokována křestním jménem nebo křestním jménem manžela („*paní Hai*“), ale formálně používá své plné dívčí jméno s předponou „*Ba*“, kterou lze přeložit i jako „*paní*“. Děti přijímají otcovo příjmení.

Křestní jména mají obvykle zvláštní významy, a tak někdy mohou např. vyjadřovat i to, jaké naděje rodiče do dítěte vkládají. Křestní jména lze vybírat i z přírody či hudby, např. „*Hong*“ znamená „*růže*“ a „*Xuan*“ znamená „*jaro*“. Doma mohou být jedinci oslovoováni místo křestního jména i číslem svého pořadí mezi sourozenci. Tím lze vysvětlit přezdívky jako „*Nam*“ („*pátý*“) nebo „*Bay*“ („*sedmý*“). Oslovování jedinců číslem jejich pořadí mezi sourozenci v domácím prostředí se používá většinou na jihu Vietnamu (Leininger, 1995).

Ve Vietnamu je rodina základní institucí společnosti a zajišťuje jednotlivým členům celoživotní ochranu a podporu. Role a struktura rodiny jsou dobře definované a mají rozsáhlou terminologii označující příbuzenské vztahy. Rodina je patriarchální, otec je považován za hlavu rodiny. Matka často zvládá velkou část odpovědnosti a řízení domácnosti. Bezprostřední rodina zahrnuje rodiče, svobodné děti, dcery, někdy manželovy rodiče a syny s manželkami a dětmi. Navíc rozšířená rodina zahrnuje i další blízké příbuzné (obvykle se stejným příjmením a předky), kteří žijí v téže komunitě. Nejstarší syn nese velkou odpovědnost za pokračování rodinného příjmení, za to, že se postará o rodiče až zestárnou, že jim zajistí péči a že bude pokračovat v dodržování povinností vůči církvi a předkům. Nejstarší dcera přejímá odpovědnost za péči o domácnost v nepřítomnosti matky. Jádrem rodinné věrnosti je „synovská pieta“, která dětem nařizuje, aby poslouchaly rodiče a vážily si jich. Rodiče zase považují za důležité vzdělávat své děti a tuto odpovědnost obvykle sdílejí i členové rozšířené rodiny, kteří žijí v domácnosti.

Poslušnost a úcta jsou prokazovány několika způsoby: poslušným chováním a postoji, používáním podrobné příbuzenské terminologie pro každou osobu a přispíváním k dobrému jménu rodiny vynikajícími činy. Špatné chování vrhá světlo na celou rodinu a má velký význam nejen pro příslušného jednotlivce. Pokud osobní city nebo ambice nepřispívají k dobru rodiny nebo způsobují disharmonii, očekává se, že se jednotlivec podřídí rodině a vzdá se osobních přání.

Děti jsou socializovány do svých rolí v rodině již v raném věku. Musí poslouchat a respektovat

všechny starší osoby, oslovovat je správnými tituly a správně křížit ruce před hrudníkem a mírně se sklánět od boků nahoru, když jsou představováni nebo vstupují do přítomnosti starších. Postavení dětí, resp. jejich role ve vietnamské rodině žijící u nás se však pod tlakem okolností může i měnit. Děti, které chodí do školy a učí se česky rychleji než dospělí doma, musí často přejímat úlohu překladatelů. Pokud tato situace trvá delší dobu, získává dítě pocit moci v rodinné hierarchii, který působí obtíže jemu samému i rodině (Giger a Davidhizar, 2004).

MÍSTO NÁBOŽENSTVÍ V ŽIVOTĚ JEDINCE

Náboženství je organizovaný systém uctívání. Náboženství obsahuje základní vyznání víry, rituály a praktiky. Náboženství mají často vlastní pravidla chování, aplikovatelná v každodenním životě. Náboženský vývoj jedince se vztahuje na přijetí specifických názorů, hodnot a pravidel chování a rituálů (Kozierová et al., 1995).

Vietnamská historie je charakterizována náboženskou tolerancí, s výjimkou období těsně před převzetím moci Francouzi, kdy byli křesťané podezříváni ze špionáže. V poslední době zastává vietnamská vláda oficiálně pozici náboženské tolerance a většina řízení v této oblasti bývá přenechávána místním úředníkům. Vietnamské myšlení a praktiky silně ovlivnila kombinace tří hlavních náboženství z Číny, která se stala součástí vietnamské kultury v uplynulých staletích: buddhismus, konfucianismus a taoismus. Buddhismus je považován spíše za organizovanou ortodoxnost než za stav duše a prosazuje tzv. Čtyři ušlechtilé pravdy, které učil Buddha: (1) život je utrpení, (2) utrpení je způsobováno touhou, (3) utrpení se lze vyhnout tím, že se člověk vyhne touze, a (4) aby se člověk vyhnul touze, musí kráčet po osminásobné cestě (Giger a Davidhizar, 2004).

Konfucianismus je etický kód a zdůrazňuje hierarchii společnosti, uctívání předků a úctu k věku, zvykům, učitelům a rodině. Taoismus pocházející od slova „*tao*“ neboli „*cesta*“ vznikl v 6. století před naším letopočtem a je tvůrčím principem, který řídí fyzický vesmír. Když mají věci možnost ubírat se svým přirozeným směrem, pohybují se směrem k harmonii a dokonalosti. Proto by se jedinci měli snažit splynout s přírodním světem, a ne se snažit ho dobývat.

V minulém století vznikly ve Vietnamu dvě menší náboženské sekty, Cao Dai a Hoa Hao (harmonie), které dnes mají dohromady asi 3 miliony stoupenců. Další systém víry, animismus, má i dnes silný vliv mezi horskými kmenovými skupinami. Zahrnuje praktiky pro jednání s démony,

zlými duchy, rozzlobenými bohy a prvky přírodního světa (Giger a Davidhizar, 2004).

Historie křesťanství ve Vietnamu sahá do šestnáctého století. První katolický misionář přišel do Vietnamu v roce 1513 a jezuité se sem dostali počátkem 17. století. Protestanti přišli počátkem 20. století. Dnešní křesťané čítají ve Vietnamu přes 2 miliony stoupenců. Buddhisté (spolu s mnoha Vietnamci, kteří se považují za buddhisty díky praktikám souvisejícím s jejich předky) zahrnují přibližně dvě třetiny obyvatel 79miliónové země. Mnozí Vietnamci se po změně vlády v roce 1975 hlásí k východnímu i západnímu náboženství (Müllerová, 2004).

Mnohé názory a praktiky týkající se smrti jsou tak vetkány do vietnamského života, že je obtížné je rozdělit na náboženské nebo kulturní koncept. Důležitým aspektem synovské piety a rodinné věrnosti je závazek, který trvá i po smrti: dodržování výročí úmrtí, shromažďování v rodinném domě a u oltáře a čištění hrodek předků. Pro buddhisty existují zvláštní zvyklosti, zahrnující obvykle složité rituály na 100 dní a jeden a dva roky po smrti (Andrews a Boyle, 2003).

Vzpomínky na zesnulé předky vrcholí v Den vzpomínek, což je den, který je každoročně vyhrazen pro uctění dané osoby, a ve výročí dne, kdy rodinný příslušník zemřel. Den vzpomínek je ve většině vietnamských rodin důležitější než narozeniny. Barvou smutku je bílá nebo černá a v době smrti a v následujícím období mohou členové rodiny nosit černé oblečení. Někteří členové rodiny nosí v případě úmrtí rodinného příslušníka po určitou dobu pouze tradičně černý pásek na ruku nebo kousek černé látky připichnutý na košili nebo blůze.

Ve Vietnamu je preferován tradiční kostrový pohřeb, ale praktikuje se i kremace. Hlavně u starších lidí se volí kremace, aby bylo možno převést popel zpět do Vietnamu a pohřbit ho poblíž rodiny, což je velmi důležitý slib či závazek, který je třeba ze strany pozůstalých splnit. Podle některých lidí se duše milované osoby osvobodí pouze správným dodržováním starých tradic, a proto jsou tradice po smrti podstatnou rodinnou povinností a známkou úcty (Leininger, 1995).

HODNOTY

Nejdůležitějšími hodnotami ve vietnamské kultuře jsou úcta a harmonie, které jsou založeny na třech hlavních systémech náboženské víry, které vládou v zemi. Síla synovské piety v kultuře vyjadřuje v mnoha směrech hlavní hodnotu v celém životním cyklu. Úsilí o zachování harmonie ovlivňuje způsob života kultury od nejvyšších vládních kruhů po nejdlehlší vesnice, od zacházení

s informacemi po přístup ke světovým konfliktům. Může se odrazit i na rozhodování o zdravotní péči. Rodiny někdy nejsou příliš ochotny se ve skupině dělit o špatné zprávy. Členové rodiny spíše akceptují rozhodnutí přijatá rodinou, protože jsou přesvědčeni, že rozhodnutí bylo přijato pro celkové dobro. Klienti jsou proto někdy ochotnější tiše snášet utrpení nebo bolest, aby nezpůsobovali rodině problémy nebo nepříjemnosti. Srovnáme-li hodnoty běžné pro orientální nebo východní systém, který se nachází ve Vietnamu, a occidentální nebo západní systém, je zřejmá povaha a rozsah akulturačních úkolů, které stojí před Vietnamci, když musí tyto dva systémy skloubit. Je zřejmé, že se nejedná o lehkou úlohu, která před Vietnamci žijící ve většinovém západní kulturním prostředí stojí (Andrews a Boyle 2003).

Implikace pro ošetrovatelskou péči: kvůli vysoké prioritě úcty, harmonie, synovské piety a materiálního sdílení ve většině vietnamských rodinných systémů plní bezprostřední i rozšířená rodina významnou roli při poskytování citové, fyzické a ekonomické podpory vietnamskému pacientovi. Během nemoci jsou často zvyklí na velká rodinná shromáždění. Pocit podpory ze strany rodiny vyvažuje stres způsobený nemocí a cizím prostředím zdravotnického zařízení.

Kulturně kompetentní sestra by měla do plánování péče a do pomoci s péčí, kdykoli to bude možné, zapojit i členy rodiny. Pokud klient neumí česky, rodina obvykle ocení, požádá-li sestra někoho, aby zůstal s klientem a sloužil jako překladatel.

Ve většině případů je třeba řešit komunikaci o plánu péče, potřebných právních dokumentech nebo preferenci možností léčby s osobou, kterou určí rodina. Je-li využíván tlumočník, je třeba dopřát rodině dost času na to, aby porozuměla možnostem léčby. Hodnota úcty a harmonie může způsobit neochotu říci rodinným příslušníkům klienta skutečnou diagnózu nebo prognózu, obzvláště pokud jsou starší. Je třeba počítat i s tím, že rodina může například požádat, aby klientovi nebyla sdělována diagnóza nevyléčitelné choroby (Leininger, 1995).

Kromě potenciálního narušení harmonie ve skupině se někdy rodinní příslušníci mohou domnívat, že diagnóza uspíší smrt a způsobí, že se pacient předčasně vzdá. Podle mnoha buddhistů určuje okamžik příchodu smrti karma. Tato orientace způsobuje, že podepisování informovaného souhlasu a předběžných pokynů může být považována za přinejmenším matoucí a v nejhorším případě za zcela irelevantní. Sestra by měla respektovat, že starší pacient může odsunovat podpis takovýchto dokumentů, dokud nepřijde určený

člen rodiny. Pochopení hodnot každého jednotlivého klienta a rodiny je zásadní pro poskytování kulturně kompetentní péče.

ORIENTACE V ČASE

Vietnamská kultura má několikatisíciletou tradici a tato starobylost se odráží i v časové orientaci. Důraz je kladen na předky a jejich přání, vzpomínky a hroby. Většina Vietnamců se orientuje na časové představy v cyklech, událostech nebo příhodách. Jelikož mnoho vietnamských jedinců, dokonce i těch, kteří nevyznávají buddhismus, alespoň trochu věří v reinkarnaci, není pro ně čas ani tak pevný bod (tady a pryč) jako spíše navracující se realita. Jinými slovy, existoval včerejšek, existuje dnešek a bude existovat zítřek... což bude ve skutečnosti dnešek, po němž bude následovat zítřek... a tak dále. Toto přesvědčení má za následek méně stresující a méně časově uvědomělé tempo, než jaké je běžné u nás. Pozdní nebo předčasný příchod není považován za žádný problém (Gruber a Davidhizar, 2004).

Implikace pro ošetřovatelskou péči: sestra by si měla uvědomit, že koncept prevence chorob vyžaduje orientaci na budoucnost i na přítomnost. Prevence nemocí je obtížný koncept, pokud člověk nemá vědecké znalosti chorobných procesů. Sestra by si měla také uvědomit, že klienti vietnamského původu si mohou myslet, že u utrpení hraje velkou roli osud a že mohou nemoc snadno považovat za výsledek duchovního selhání nebo stres. Souhlas s očkováním dětí, s provedením výtěru nebo mamogramu nebo i jen vyhledání běžné lékařské péče může být u příslušníků vietnamské komunity ovlivněno mnoha faktory, včetně časové orientace.

Nedodržování doby schůzek může být často způsobeno jinými faktory než časovou orientací. Částečně může být nedodržení způsobeno neporozuměním ústnímu sdělení nebo sdělení na kartičce prohlídek nebo neschopností přečíst si instrukce. Sestra musí pečlivě kontrolovat kartičku prohlídek a zadávané pokyny, aby se ujistila, že klient všemu rozumí. Dostane-li klient telefonní číslo, aby si zavolal kvůli prohlídce nebo pomoci, je důležité ujistit se, že klient má k dispozici telefon, umí ho používat a má správné telefonní číslo kliniky. Přijít včas na kliniku může pro klienta vietnamského původu znamenat složitý proces, když zvažíme obvyklý pracovní rozvrh vietnamských domácností, přepravu autobusem nebo metrem, péči o děti, kterou musí zajistit ti, kteří zůstávají doma.

Časová orientace přispívá i k frustraci sestry, snaží-li se zjistit chronologický přehled průběhu nemoci. Obzvláště Vietnamci z venkova používají

někdy k označení časových okamžiků životní události jako narození, sňatky nebo úmrtí spíše než konkrétní data z kalendáře. Někdy může sestra objasnit historické události tím, že se na některou z těchto událostí přímo odvolá: „Začaly vám tyhle žaludeční bolesti, než zemřel váš manžel, nebo teprve po jeho smrti?“

TERITORIALITA A OSOBNÍ PROSTOR

Představy o prostoru jsou ve vietnamské kultuře hluboce zakořeněny. Pro tradiční Vietnamce patří aktivity intimní zóny do soukromí. Držení rukou na veřejnosti, obzvláště s příslušníky opačného pohlaví, je považováno za nevkusné. Rovněž objímání nebo citové doteky na veřejnosti, a to i mezi blízkými přáteli nebo členy rodiny, uvádí tradičního Vietnamce do rozpaků. Představy o prostoru rovněž ovlivňují názory Vietnamců na péči poskytovanou ženám. Do počátku 20. století se tradiční léčitelé nesměli dotýkat těla svých klientek s výjimkou zjišťování tepu. Pacientka měla sama na figuríně ukázat, kde má problémy. Ve vietnamské komunitě se negativně staví k vyšetření pánevní oblasti u neprovdaných mladých žen.

Během osobních a sociálních vztahů se Vietnamci většinou cítí lépe při větším odstupu. Sociální výměna obvykle nezahrnuje jiný fyzický kontakt než podání ruky, které může být používáno mezi muži (Leininger a McFarland, 2004).

Pro životní prostor je charakteristické, že rozšířené rodiny žijí pohodlně v poměrně malých prostorách. Mírné nebo teplé klima umožňuje, aby bylo mnoho rodinných činností vykonáváno venku. Kuchyň bývá často oddělena od zbytku domu a dvě nebo tři hlavní místnosti slouží současně jako obývací pokoje i ložnice. I v prostorných domech členové rodiny často nejraději tráví většinu času ve vzájemné blízkosti. Na vietnamském venkově jsou domy obvykle uspořádány do komunit a vesnic, kde vždy stojí několik domů poblíž sebe.

Implikace pro ošetřovatelskou péči. Pečuje-li sestra o klienty vietnamského původu, měla by vědět, jaký vliv může mít prostor na péči o klienta. Měla by si například uvědomit, že má-li být ženě vyšetřena pánevní oblast, je důležité, aby jí tlumočnice-žena pečlivě vysvětlila, proč je nutné to, co se bude dělat. Tlumočnice-žena by pak měla s klientkou zůstat i během vyšetření. Pokud se sestra dotkne hlavy klienta vietnamského původu omylem, nebo pokud se jí musí dotknout v rámci péče, a klient je přesvědčen, že je hlava posvátná, měla by se sestra dotknout také opačné strany hlavy nebo ramene (a tím zabránit úniku životní síly). Sestra by si měla také uvědomit, že tření zad od cizího člověka může u příslušníka vietnamské

komunity vyvolávat nepříjemný pocit. Sestra by proto měla trénit zad zahrnovat do ošetrovatelské péče jen velmi obezřetně (Andrews a Boyle, 2003).

DUŠEVNÍ ZDRAVÍ

Vietnamci věří, že nervový systém je zdrojem všech duševních a fyzických aktivit. Když dojde k poruše duševní nebo fyzické aktivity, je proto za její hlavní příčinu považován právě nervový systém. Neurózy jsou nazývány „slabosti nervů“ a tento termín označuje mnoho druhů úzkosti, deprese, únavy nebo mentální retardace. Psychózy jsou známy jako „rozbourané nervy“, což přesněji odráží klientovo chování nebo pocity. Termín *psychiatr* nebo *mentální lékař* nemá přímý překlad do vietnamštiny. *Nervový lékař* je o něco lepší, ale nejlépe klient pochopí vysvětlení „odborník, který léčí bláznivé lidi“.

Ve Vietnamu často vládl jistý optimismus vzhledem k většině nemocí postihujících nervy a jejich léčbě lidovými prostředky – nervovými toniky pro posílení slabých nervů nebo uklidňujících léků pro zmírnění vnitřních zmatků.

Snad nejdůležitějším individuálním faktorem v přístupu k psychiatrické péči u Vietnamců je kulturní vzorec snahy udržet rodinné psychiatrické problémy v rodině a řešit je, pokud to jde, vlastními silami. Hodnota „zachování tváře“ je v tradici stále přítomna a klienti se snaží nehovořit o emocích a neprojevoval je, obzvláště vůči cizím lidem. Účinným léčebným programem může být práce s tradičními lékaři a léčiteli, pokud je takový druh spolupráce možný a nemoc nemá psychotické příčiny. Jinak osoby s duševními problémy jen zřídka navštíví zdravotnické zařízení, dokud jejich problémy nenabývaly kritických rozměrů. Ve Vietnamu, ať starší člen rodiny měl, či neměl symptomy demence, nebylo obvykle pochyb o tom, že zůstane doma a že se o něj ostatní postarají (Giger a Davidhizar, 2004).

CITOVÉ A PSYCHOLOGICKÉ PROJEVY STRESU

Vietnamci jsou zvyklí řešit životní problémy v rámci rodiny/komunity. V situaci uprchlíka nebo imigranta je rodina a komunita (obzvláště bez starších členů) často nekompletní nebo zcela chybí, což přispívá k častým pocitům dezorganizace, bezmocnosti nebo izolace. Na jedné straně se uprchlík těší na svobodu, aby mohl přijímat nezávislá rozhodnutí, na druhé straně se musí vypořádat s neočekávanou nejistotou a osamělostí. Ve vietnamských komunitách se často projevuje úzkost a deprese, která často znamená vážný handicap pro jejich sebelepší úspěchy při navykání na

nový domov (Spector, 2004).

Rodiny prodělávají akulturaci společně, ale její členové reagují na akulturaci individuálně. To je obzvláště zřejmé v rozšířené rodině, kde se pod bdělým okem ustaraných starších členů začínají projevoval větší problémy, když děti dorůstají a začínají přijímat hodnoty hostitelské kultury.

Obecný vzor smíření a adaptace, který prožívá mnoho osob při kulturním přizpůsobení v imigraci, můžeme charakterizovat následovně:

1. stadium – v prvních několika měsících vládne pozitivní postoj s velkými nadějemi; energie se zaměřuje na jazyk, zaměstnání a plnění základních potřeb. Vzrušení z nového fyzického prostředí a „věcí“ pomáhá potlačit bolest z různých ztrát.

2. stadium – období „psychologického příchodu“ probíhá 6 až 18 měsíců po imigraci, kdy si člověk uvědomuje ztráty a začíná si „idealizovat“ minulost. Běžná je postraumatická stresová porucha a normální napětí v běžném rodinném životě je zveličováno. Často se vyskytují mezilidské konflikty. Dalšími symptomy mohou být pocity beznaděje, akutní stres a žal, vyčerpanost a nestabilní nálady. Toto období může být přechodné nebo dlouhodobé, mírné nebo závažné, a zřejmě se vyskytuje bez ohledu na to, kolik se člověku dostává pomoci nebo podpory. Obvykle je to velmi frustrující období pro sponzory a „pomocníky“, kteří mají pocit, že nedokáží pomoci. Během tohoto období bývá častá i somatizace.

3. stadium – zhruba po 18 až 24 měsících je člověk schopen přeformulovat žal a začít řešit nutné úkoly. Už si tolik neidealizuje minulost a začne se snažit pomáhat těm, které nechal ve vlasti. Adaptace postupuje rychleji, protože staré způsoby přizpůsobování jsou nahrazovány novými. Vzniká nová autoidentita (Giger a Davidhizar, 2004).

ZÁVĚR

Zvyky, hodnoty, zdravotní názory a praktiky klientů vietnamského původu jsou pro české zdravotnické profesionály někdy neobvyklé, ale přesto je třeba je rozhodně zohlednit. Většina dospělých z vietnamské minority si uchovala jistou víru v lidovou medicínu, která ovlivňuje nejen vysvětlování příčin symptomů, ale i druh vybírané léčby. Sestra, která se seznámí s těmito názory a pochopí je, bude poskytovat efektivnější ošetrovatelskou péči a lépe usnadní pacientovi zvyknout si na nový zdravotnický systém. Proto je velice žádoucí, abychom multikulturnímu ošetrovatelství věnovali dostatečnou pozornost již v kvalifikační přípravě sester a vhodnými didaktickými metodami vedli studenty k dosažení těch vědomostí a dovedností,

kteří potřebují pro práci s klienty/pacienty z různých kultur. K pochopení zvláštností uspokojování potřeb v určitých minoritních skupinách nenásilnou formou můžeme motivovat budoucí sestry moderním způsobem výuky orientovaný na studenta (Trešlová, 2005). K tomu, aby sestry a studenti ošetrovatelství měly co nejvíce informací o vietnamské minoritní skupině, bychom chtěli přispět naším výzkumným projektem s názvem „Zajištění efektivní, kulturně diferencované ošetrovatelské péče pro vietnamskou a čínskou minoritu v České republice“. Cíle výzkumného projektu směřují k zajištění holistické péče těmto našim spoluobčanům v případě potřeby na takové úrovni, která odpovídá potřebám vycházejících z jejich odlišného společensko-kulturního prostředí původu.

* Publikace se vztahuje k řešení grantového projektu NR/8473-3, který je realizován za finanční podpory IGA MZ ČR.

LITERATURA

- ANDREWS M. M., BOYLE J. S.: *Transcultural Concepts in Nursing Care*. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, 2003.
- FARKAŠOVÁ D. A KOL.: *Ošetrovatelstvo – teória*. Martin, Osveta, 2001.
- GIGER J. N., DAVIDHIZAR R. E.: *Transcultural Nursing*. Mosby, Philadelphia, 2004.
- IVANOVÁ K. ET AL.: *Multikulturní ošetrovatelství I*. Praha, Grada, 2005.
- KOZIEROVÁ B. ET AL.: *Ošetrovatelstvo*. 1. díl. Martin, Osveta, 1995.
- LEININGER M. M., MCFARLAND M. R.: *Culture Care Diversity and Universality*. Jones and Barlett Publisher, Sudbury, 2004.
- LEININGER M.: *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practices*. McGraw-Hill, New York, 1995.
- MÜLLEROVÁ P.: *Vietnam*. Libri, Praha, Libri, 2004.
- SPECTOR R. E.: *Cultural Diversity in Health and Illness*. Pearson Education, New Persey, 2004.
- TREŠLOVÁ M.: *Možné didaktické metody při výuce ošetrovatelských předmětů*. Kontakt 3-4: 259-261, 2005.

Valérie Tóthová a Gabriela Sedláková
tothova@zsf.jcu.cz