



SEXUÁLNE A REPRODUKČNÉ ZDRAVIE ŽENY Z HĽADISKA NIEKTORÝCH SOCIÁLNYCH A KULTÚRNYCH ASPEKTOV

SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH OF WOMEN IN TERMS OF SOME SOCIAL AND CULTURAL ASPECTS

Martina Tomašíková

*Ústav nelekárskych študijných programov, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave
Institute of Non-Medical Study Programmes, Jessenius Medical Faculty in Martin, Comenius University in Bratislava*

Abstrakt

Cieľ práce: V príspevku sa venujeme otázke rizikovosti vybraných sociálnych a kultúrnych aspektov sexuálneho a reprodukčného zdravia ženy, ktoré sa uskutočňuje na konkrétnom kultúrno - historickom pozadí. **Východiská:** Modely, ktoré sa zaoberajú sexuálnym a reprodukčným zdravím, nedokážu dať adekvátnu odpoveď na otázku prípadnej rizikovosti správania ženy a významných osôb v jej okolí. Samotné rizikové faktory môžu byť zaradené ako behaviorálne alebo individuálne, alebo majú environmentálny charakter. **Metódy a analýzy:** Posudzovanie rizík v oblasti sexuálneho a reprodukčného zdravia ženy z hľadiska kultúrnych a sociálnych charakteristík môžeme rozdeliť do niekoľkých kategórií, na ktoré je nutné prihliadať pri poskytovaní kultúrne kompetentnej starostlivosti. Ide napríklad o ekonomické parametre, kultúrne problémy, komunikáciu, vnímanie bolesti, menštruáciu, polohu pri pôrode, starostlivosť o ženu, významné osoby, starostlivosť o novorodenca, dojčenie a starostlivosť o ženu v popôrobnom období. **Záver:** Z hľadiska ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie je nutné poznať tieto rizikové faktory, vedieť sociálny (sociálny status rodiny a jednotlivca) a kultúrny kontext (prvky kultúry) jednotlivca pri poskytovaní komplexnej ošetrovateľskej a kultúrne kompetentnej (vhodná pre všetky kultúry v podmienkach dominantnej kultúry) starostlivosti.

Kľúčové slová: rodina, regulácia sexuálneho správania, reprodukčná funkcia rodiny, rizikové faktory, kultúra, kultúrna kompetencia.

Abstract

Aim: In the paper we discuss the question of risk of selected social and cultural aspects of sexual and reproductive health of women, which takes place in the specific cultural-historical background. **Background:** Models, which deal with sexual and reproductive health, can not provide an adequate answer to the question of the possible risk behavior of women and the significant people in her neighborhood. The risk factors themselves may be classified as behavioral or individual, or are environmental in nature. **Methods and analysis:** Risk assessment in the area of sexual and reproductive health of women, in terms of cultural and social characteristics, can be divided into several categories, which must be taken into consideration in providing culturally-competent care. They are for example the economic parameters, cultural problems, communication, perception of pain, menstruation, position at childbirth, solicitude for woman, significant people, care for newborn, breastfeeding and care for the woman in the postnatal period. **Conclusion:** In terms of nursing and midwifery it is necessary to know these risk factors, to know the social (social status of the family and of the individual) and cultural context (elements of culture) of the individual person in providing comprehensive nursing and culturally-competent (suitable for all cultures in the terms of the dominant culture) solicitude.

Key words: family, regulation of sexual behavior, reproductive function of the family, risk factors, culture, cultural competence

Úvod

Sexuálne a reprodukčné zdravie ovplyvňujú, ekonomické podmienky, vzdelanie, zamestnanie, životný štýl, rodinné prostredie, sociálne a rodové

vzťahy, ako aj tradičné a právne štruktúry štátu, v ktorom jednotlivci žijú. Sexuálne a reprodukčné správanie sa riadi komplexnými biologickými, kultúrnymi a psycho - sociálnymi faktormi, preto sa dosiahnutie optimálneho zdravia v tejto oblasti neobmedzuje len na zásahy v

korespondence: tomasikova@ifmed.uniba.sk

zdravotníctve. Kľúčovým determinantom sexuálneho a reprodukčného zdravia žien je ich **postavenie v spoločnosti, úroveň zdravotnej starostlivosti a možnosti žien vzdelávať sa**. Programy na podporu zdravia žien, sa zaoberajú zvyšovaním informovanosti, modifikácií správania, ako aj rizikovými faktormi, ktorými sú ženy a ich partneri vystavení. Skúsenosti s prevenciou HIV/AIDS alebo plánovaným rodičovstvom však ukazujú, že nestačí poukazovať len na rizikové faktory, ale je nevyhnutné sledovať aj sociokultúrne determinanty, ktoré zásadným spôsobom ovplyvňujú správanie jednotlivcov. V rámci efektívnej prevencie nestačí len vedieť, ktorí jednotlivci sú riziková a aké riziká sú najdôležitejšie, je nevyhnutné rozumieť aj otázke, prečo sa jedinci rizikovo správajú¹ (*Sexual and Reproductive Health*. 2001).

Ciel'

Poukázať na rizikovosť vybraných sociálnych a kultúrnych aspektov sexuálneho a reprodukčného zdravia ženy, ktoré sa uskutočňuje na konkrétnom kultúrno – historickom pozadí.

Východiská

Rizikové sexuálne správanie podlieha spoločenským normám a kultúrnym tradíciám, ktoré už striktné nekontrolujú ich dodržiavanie z hľadiska sexuálneho a reprodukčného správania. Spoločenské normy dovoľujú napríklad adolescentom realizovať prvé sexuálne aktivity ešte pred uzavretím manželského zväzku (aj bez sexuálnych motívov), alebo nie sú zriedkavé partnerstvá mladých slobodných žien s výrazne staršími partnermi² z ekonomických dôvodov, nie len z dôvodu dodržania tradície či kultúrnych zásad, ako v krajinách, kde je uzavretie manželstva obchodom. Táto skutočnosť sa odráža vo vzťahu k materstvu a rodičovstvu. Mladé dievčatá sa často krát stávajú matkami skôr ako fyzicky a psychicky dozrejú (*Sexual and Reproductive Health*, 2001).

V rámci socializácie dieťaťa v rodine a vzájomnej interakcii, ktorá tu zákonite prebieha, ide o významný vzájomný proces výmeny informácií. V tomto procese ide o vedomé úsilie, ktoré podporuje genderové správanie jednotlivcov v spoločnosti. Connors, a podobne aj Fagot (Renzetti, 2005, s. 111) poukazujú na to, že rodičia komunikujú inak so synmi a inak s dcérami. Tvrdia, že chlapci sú v období dojčatá aj v období batolaťa živší ako dievčatá, rýchlejšie sa rozhnevajú, dievčatká sú naopak kľudnejšie a uvoľnenejšie. Autori uvádzajú, že dievčatká sa tak správajú preto, lebo to od nich ich

matky očakávajú. Okrem toho zistili, že v slovníku dievčat predškolského veku je viac emocionálnych výrazov, častejšie s nimi hovoria o smútku, zatiaľ čo u chlapcov prevláda komunikácia, ktorá je menej emotívna, prevládajú témy o hneve a majú menšiu schopnosť interpretovať emócie oproti dievčatám. Výskumy taktiež naznačujú, že rodičia majú sklon hrať sa so synmi drsnejšie, fyzicky náročnejšie hry ako s dcérami. Tieto a podobné výskumy naznačujú, že samozrejmom súčasťou našej spoločnosti sú genderové stereotypy (Renzetti, 2005, s.112).

Metódy a analýzy

Posudzovanie rizík v oblasti sexuálneho a reprodukčného zdravia ženy z hľadiska kultúrnych a sociálnych charakteristík môžeme rozdeliť do niekoľkých kategórií, na ktoré je nutné prihliadať pri poskytovaní kultúrnej kompetentnej starostlivosti. Ide napríklad o ekonomické parametre, kultúrne problémy, komunikáciu, vnímanie bolesti, menštruáciu, polohu pri pôrode, starostlivosť o ženu, významné osoby, starostlivosť o novorodenca, dojčenie a starostlivosť o ženu v popôrodnom období.

Ekonomické parametre – veľká časť zdravotnej starostlivosti je ovplyvňovaná nestabilitou štátnej sociálnej politiky. Obrovská variabilita úrovne poskytovaných služieb v zdravotníctve, závisí od typu sociálneho systému, privátneho a štátneho sektoru poskytovateľov služieb, dostupnosti služieb, individuálnych preferencií a schopnosti platiť (poisťovne, jednotlivci).

U jednotlivcov z nižších sociálnych skupín chýba adekvátny prístup k poskytovateľom zdravotníckych služieb, odkladajú návštevu zdravotníckych zariadení, realizujú málo preventívnych aktivít, majú nedostatok informácií o zdraví a zdravotníctve.

Kultúrne problémy – tak, ako sa štáty stávajú multikultúrnymi krajinami, sa otázka zdravia minoritných skupín dostáva do popredia pozornosti. Nedostatok skúseností v multikultúrnej komunikácii (kultúrnej kompetencii), môže spôsobovať nemalo problémov. Posudzovanie rizík je jednoduchšie, ak má poskytovateľ starostlivosti dostatok informácií ohľadom kultúry, jazyka, noriem, priorít a očakávaní od zdravotnej starostlivosti minoritnej skupiny (Rankin, 2005, s. 64).

Pri **komunikačných problémoch** - ide o rozdiely nielen v nezrozumiteľnej slovnej zásobe, ale aj v konverzačných štýloch, intonácií a tempe reči, v osobnom priestore a teritorialite priestoru, ďalej sú to rozdiely v udržiavaní očného kontaktu, dotykoch

a časovej orientácií. Okrem toho môže byť komunikácia sťažená aj u jednotlivcov s rôznym druhom postihnutia. Napríklad pri poruchách zraku, sluchu, emocionálnych alebo psychických problémoch, sú špecifické požiadavky na starostlivosť. Komunikácia musí byť otvorená, ohľaduplná a priama (k pacientke nie k príbuznému). Pred samotným procesom komunikácie je vhodné sa pripraviť. Komunikovať so ženou je nutné s priamym udržiavaním očného kontaktu, zabezpečiť blízkosť a spoluprácu významných osôb a vysvetliť ich zapojenie do starostlivosti, poprípade ich krátko zaškoliť. Posudzovanie ako aj intervencie musia byť prispôsobené aktuálnemu stavu. Napríklad:

Nepočujúca žena – často odčítava z pier, píše a odpisuje na otázky, používa posunkovú reč, alebo realizuje všetky spôsoby komunikácie. Preto pôrodná asistentka či sestra musí komunikovať jasne, výrazne, s dôrazom na artikuláciu, pomaly a hlavne tvárou v tvár nepočujúcej žene. Ak do komunikácie vstupuje tretia osoba, je vhodné adresovať všetky otázky, pripomienky a odporúčania žene, nie tlmočníkovi, resp. tretej osobe.

Nevidiaca žena – musí byť zorientovaná v priestore. Nie je vhodné posadiť ženu do neznámej miestnosti, bez toho, aby sme jej „ukázali“, kde sa nachádza. Taktiež je vhodné pripraviť sa na to, že nevidiacich často sprevádzajú vodiace psy, ktoré potrebujú taktiež priestor. Sestra či pôrodná asistentka musí pri vyšetrení nevidiacej ženy popisovať akýkoľvek úkon, každú činnosť a plánovanú aktivitu. (Nap. „...teraz vám vydezinfikujem miesto, kde vás pichnem. Bude to mokré a studené, nezláknite sa. Už miesto dezinfikujem. Nie je to nepríjemné? Teraz vás pichnem. Môže to trochu štípať. Pichla som vás.....“). Podrobný popis každej situácie eliminuje u ženy počas vyšetrení strach a obavy (Lowdermilk, 2007, s. 100).

Vnímanie bolesti - vyjadrovanie bolesti je v každej kultúre iné. Vyjadrovanie bolesti patrí k tradíciám a často je spájané aj s rodinnou hrdosťou (Leifer, 2008, s. 104). Niektoré kultúry neprejavujú žiadnu bolesť verbálne a naopak v niektorých kultúrach je hlasné vyjadrovanie bolesti žiadúce. Taktiež sa často využívajú tradičné postupy na potlačenie či zvládanie bolesti, ktoré nie sú pre modernú medicínu prípustné (pojedanie rôznych zvieracích exkrementov a sekrétov, častí tela, využívanie tepla či chladu a podobne).

Menštruácia - zatiaľ čo niektoré ženy pokladajú menštruáciu za samozrejmosť a potvrdenie si plodnosti, či ženskosti, iné majú problém vysporiadať sa s touto situáciou a pripisujú to rôznym

zlým silám, hnevu bohov, pripadajú si nečisté, je to pre ne nehygienické a musia dodržiavať určité spoločenské obmedzenia. Vnímanie menštruácie závisí od kultúry a spoločnosti, v ktorej je žena vychovávaná. Vydeľovanie žien s menštruáciou zo spoločenského života, zamedzenie prístupu k príprave jedál, či manželský život počas tohto obdobia je ešte stále v mnohých kultúrach pravidlom (Umeora, 2008, s.69).

Starostlivosť o ženu – vykonávaná lekármi spolu s pôrodnými asistentkami alebo len pôrodnými asistentkami je rovnako rozdielna v rôznych kultúrach. Avšak je vhodné, ak sa rešpektujú prania ženy. Predchádza sa tak možným problémom vznikajúcim z nepohody či stresu a strachu. V niektorých kultúrach je žena považovaná za menejcennú a podľa toho sa k nej aj pristupuje (odopieranie primeranej starostlivosti, týranie, zneužívanie, ponižovanie či zastrasovanie) alebo sa z hľadiska nesprávne zakorenených náboženských tradícií neustále používajú rituály, ktoré sa v dnešnej dobe zaraďujú medzi formy násillia (FGM/C)³.

Poloha pri pôrode – niektoré kultúry vyžadujú polohu poležiačky (Európanky) iné preferujú vertikálne polohy, polohu v kľaku alebo v podrepe a rôzne iné praktiky, ktoré sú podmienené kultúrou, sociálnym prostredím, ale aj mytológiou danej kultúry (viď Tab.1).

Starostlivosť o novorodenca – kultúrne rozdiely sa premietajú aj do starostlivosti o novorodenca. V niektorých kultúrach (Latinská Amerika, Filipíny) používajú na ochranu dieťaťa pred úrazom a chorobami brušný pás. Niekedy dávajú mincu na pupok, aby ich ochránili pred „zlými silami“. Ľudia Ázijského pôvodu majú tendenciu hneď ako dieťa zaplače vziať ho na ruky. Niektoré kultúry nepraktikujú strihanie vlasov a nechťov novorodencom, pretože veria, že môžu spôsobiť ochorenie (napríklad v Latinskej Amerike veria, že tak spôsobia u dieťaťa krátkozrakosť).

Dojčenie – vo väčšine kultúr je dojčenie podporované. Niekde však dojčenie odkladajú, nakoľko veria, že kolostrum je pre novorodenca škodlivé, nečisté (Leifer, 2008, s. 199). Inde je zase bežné, že ženy odkladajú dojčenie až kým sú prepustené z nemocnice do domáceho prostredia (Aziatky, Moslimky). Mormóni veria, že dojčenie je dôležitou súčasťou materstva. Niektoré kultúry, kde je dojčenie bežné a normálne, sú však pod vplyvom modernej doby presvedčené, že práve rôzne náhradné spôsoby výživy novorodencov a dojčiat sú symbolom modernej spoločnosti a od dojčenia upúšťajú.

Starostlivosť o ženu v popôrodnom období – kultúrne rituály, otázka tabuizovaných tém, rôzne praktiky a tradície musí sestra na oddelení šestonedelia rešpektovať v čo najväčšej možnej miere. Nie je ojedinelé, ak žena po pôrode žiada špeciálne jedlo alebo bylinky na zažehnanie problémov spojených s popôrodným obdobím. Pre niektoré ženy (Čiňanky, Aziatky) je popôrodné obdobie obdobím kľudu a odpočinku, a preto potrebujú pri sebe niekoho, kto sa im postará o ich potreby a o novorodenca. Preto je pre ne rooming-in nevhodným riešením. Neznamená to však, že sa o dieťa nevedia alebo nechcú postarať. Veľmi známou teóriou uznávanou v tradičných spoločnostiach je teória horúceho a chladného. Ide o zabezpečenie rovnováhy medzi teplom a chladom. Pretože krv je horúca, strata krvi počas pôrodu

znamená nerovnováhu, a preto je dôležité žene dodať niečo teplé, aby sa pomer vyrovnal. Preto sa môže stať, že aj napriek horúcemu počasiu ženy po pôrode odmietnu podanie studenej vody alebo vetranie či klimatizáciu v miestnosti. V niektorých kultúrach odmietajú ženy kúpeľ a umývanie vlasov až 40 dní po pôrode. Okrem toho sa môžeme stretnúť s rôznymi rituálmi (viď. Tab.1), ktoré sa týkajú placenty (pochovávanie placenty po pôrode) alebo pupočníka.

Problematika významných osôb – počas pôrodu nemusí byť prítomný manžel, ale ktorákoľvek pre pacientku významná osoba, s ktorou sa pacientka cíti uvoľnená a v pohode. Dôležité je, kto dá pacientke pomoc a podporí ju.

Tab. 1 Praktiky pri pôrode v rôznych svetových kultúrach

Rola ženy pri pôrode	Úloha partnera pri pôrode
Africké ženy - aktívne spolupracujú, sú hlučné, po pôrode vyžadujú umyť na lôžku a až po odznení očískov sa osprchujú a umyjú vlasy Indky – sú stoické, môžu požadovať indigové závesy v miestnosti kde rodia, nosia špeciálne náhrdelníky, môžu meditovať (spievaním), požadujú vodu na pitie izbovej teploty, po pôrode vyžadujú slepačiu polievku Arabky – sú pasívne, ale expresívne, musia byť oblečené, nosia na sebe amulety, majú nízku toleranciu bolesti, novorodenci mužského pohlavia sú vitanejší ako ženského pohlavia, požadujú 20 dní na lôžku po pôrode Čiňanky – môžu byť počas pôrodu hlučné, nesmú zastat' vo dverách aby nenarušili pôrod, okná a dvere nesmú byť zamknuté – pre ľahší pôrod, nepoužívajú meno ženy pri oslovovaní rodičky, niekedy na nespochujú 30 dní po pôrode, preferujú dojčenie, musia byť vyzývané, aby odpovedali na otázky Japonky – preferujú pôrodnú sálu smerujúcu na sever, môžu si strihať vlasy a dávať špeciálne sľuby, počas pôrodu sú asertívne, ale nesťažujú sa na bolesť, sú skromné, po pôrode sa okúpu alebo osprchujú, niekedy novorodenca dvakrát do týždňa vystavujú hlasným a hlučným miestam alebo hudbe, aby odlákali „zlých duchov“ Kórejčanky – sú aktívne, odmietajú studenú vodu, neželajú si, aby boli oslovované krstným menom, po pôrode sa umývajú na lôžku, nepoužívajú vždy amulety Vietnamky – trpia potichu, preferujú ponúkané analgetiká, preferujú zvislé polohy pri pôrode, preferujú teplú vodu na pitie, na lôžku sa umývajú 2 týždne po pôrode, novorodenca nechvália kvôli žiarlivosti Izraelčanky – ortodoxné židovky – preferujú pôrodnú asistentku, udržiavajú cudnosť a skromnosť, nemajú intímny styk, pokiaľ neskončia očísky, mužská obriezka musí byť realizovaná do 8. dňa po pôrode, meno pre dievčatko je vždy menom v kalendári prvú sobotu po pôrode Rómkyn – nie ojedinele mimomanželské dieťa, málo informácií	■ Len člen rodiny ženského pohlavia ■ Manžel počas pôrodu neprijíma žiadnu stravu - niekedy podporujú manželky pri pôrode ■ Manžel sa pôrodu nezúčastňuje, ale kontroluje priebeh, ženské členky rodiny dohliadajú a väčšinou aj pôrod vedú, manžel je prítomný pri vyšetrovaní manželky, novorodencovi manžel šeptá do ucha chvály ■ Manžel obyčajne nehrá aktívnu úlohu pri pôrode, ale starší muži môžu robiť dôležité rozhodnutia, manželkina matka sa často pôrodu zúčastňuje ■ Manžel pospevuje a rozhadzuje ryžu aby odlákal „zlých duchov“ Modernejší Japonci sa zúčastňujú pôrodu a sú ochotní zúčastňovať sa edukácie ■ Manžel sa zúčastňuje pri pôrode, neželá si vedieť prognózu plodu ani pohlavie dieťaťa, rodina rozhoduje o tom, aké lieky môže žena užívať ■ Členovia ženského pohlavia sú tolerovaní pri pôrode. Manžel nie je pri pôrode, ale je nablízku. Je zakázaný pohlavný styk počas tehotenstva a v šestonedelí ■ Manžel sa nezúčastňuje prenatálnej starostlivosti, nesmie sa dotknúť ženy počas pôrodu, nesmie vidieť perineum ani dieťa ako sa rodí, môže byť s manželkou len vo verbálnom kontakte, matka manželky sa pôrodu zúčastňuje ■ Predstava o postavení muža v domácnosti je

o pohlavnom styku; prirodzené zábrany pred plánovaným rodičovstvom; tehotenstvo vítaná udalosť, nikotinizmus v tehotenstve aj počas dojčenia; často predčasne odchádzajú z pôrodnice, dojčia dlho	z pohľadu mužov výrazne silnejšia, než z pohľadu žien, dominantné postavenie muža pri sexuálnom kontakte, tehotenstvo partnerky vnímajú pozitívne
Moslimky – (ale aj Nepálčanky, Fidžanky a pod.) sú pasívne a počúvajú rady odborníkov pri pôrode, počas pôrodu majú zakrytú hlavu, s prenatálnou starostlivosťou začínajú na 120. deň tehotnosti, nechcú vidieť pohlavie dieťaťa pred pôrodom (môže to znervózniť matku ak nie je pohlavie dieťaťa podľa jej prania), po pôrode sa umývajú na lôžku, 40 dní po pôrode žijú v ústraní	■ Členky rodiny ženského pohlavia sa pôrodu zúčastňujú, otec je nablízku, manžel musí byť prítomný, ak lekár vyšetruje ženu, po pôrode otec umyje novorodencovi hlavu a šepká do ucha chvály, počas pôrodu môže byť čítané sväté písmo

* (Leifer, 2008, s. 105)

Pochopenie konceptu etnocentrizmu a kultúrneho relativizmu, poznanie a rešpektovanie kultúrnych faktorov a stratégií pre vhodnú starostlivosť (Tab. 2) môže pomôcť sestre a pôrodnej asistentke pri starostlivosti o ženu a dieťa v multikultúrnej rodine alebo komunite. Je nutné si uvedomiť, že niektoré kultúrne faktory môžu zabraňovať optimálnej liečebnej starostlivosti, zatiaľ čo iné ju zlepšujú. Analyzovať trendy v starostlivosti o matku a dieťa a skúmať príslušné sesterské intervencie z hľadiska multikultúrneho a stratifikačného rozdelenia spoločnosti sa už stáva neoddeliteľnou súčasťou profesnej prípravy sestier a pôrodných asistentiek.

Tab. 2 Stratégie pre vhodnú starostlivosť o ženu z inej kultúry

Stratégie
• Odstrániť rečové bariéry • Logicky podať dôvody a príčiny návrhu starostlivosti o ženu • Integrovať tradičné a moderné postupy starostlivosti o ženu • Získať pre spoluprácu významné osoby pre ženu • Dostať súhlas na poskytovanie starostlivosti od správnej osoby • Pripraviť vhodné, jazykovo zrozumiteľné materiály pre poskytovanie starostlivosti o ženu
Vhodná starostlivosť
• Otázky ohľadom tradičných očakávaní na starostlivosť o ženu • Byť citlivý vzhľadom k tlmočeniu a rečovým bariéram • Pýtať sa na dôležité diétne praktiky obzvlášť vo vzťahu k pôrodu • Pýtať sa na praktiky komunity a očakávania komunity pri starostlivosti o ženu • Pýtať sa na obavy ženy

* (Lowdermilk, 2007, s. 27)

Záver

Pri poskytovaní kultúrne kompetentnej starostlivosti (Rankin, 2005, s. 71) je nutné poznať široké spektrum faktorov (priestor, komunikáciu, časovú

orientáciu a rodinné role), ktoré ovplyvnia pacientkin postoj k poskytovanej starostlivosti. Okrem toho si sestra, pôrodná asistentka, ale aj žena, ktorá vyžaduje kultúrne kompetentnú starostlivosť, musí byť vedomá rôznych kultúrne podmienených noriem a tradícií pri dodržiavaní nariadení zdravotníckych pracovníkov.

Keď sestry a pôrodné asistentky zostavujú plány ošetrovateľskej starostlivosti pre klientov, ktorí sú kultúrne odlišní od kultúry poskytovateľov zdravotníckej starostlivosti či od dominantnej kultúry komunity, je vhodné do sesterskej dokumentácie zaradiť stručný plán postupu, ako treba postupovať pri starostlivosti o pacientku so zmenenou komunikáciou, o pacientku zo zásadne odlišnej kultúry, postupy starostlivosti pri netradičných technikách alebo požiadavkách. Mala by obsahovať kontakt na osobu, ktorá by bola ochotná komunikovať so ženou a jej rodinou (tlmočník, tlmočník posunkovej reči).

Základné a najčastejšie vyšetrenia, úkony a postupy by mali byť znázornené aj formou obrázkov. Je vhodné identifikovať vhodné kompromisy pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti, aby sa predchádzalo problémom (ak príde pacientka z minoritnej kultúry akútne a nie je čas plánovať).

Podporené grantom KEGA č. 143-046UK-4/2010

Bibliografické odkazy

- BIANCHI, G. 2001. Sexuálne zdravie ako kultúrny, sociálny a politický jav. In BIANCHI G. (ed). *Identita, zdravie a nová paradigma. Human Communication Studies*. vol. 7. Bratislava: Veda, 2001. s. 169.
- LEIFER, S. M. et al. 2008. *Maternity Nursing*. An Introductory text. Canada: ELSEVIER, 2008. p. 514.
- LOWDERMILK, L. D., PERRY, S. E. 2007. *Maternity & Women's Health Care*. 9th ed. St. Louis: Mosby Elsevier, 2007. p. 1188.
- MOŽNÝ, I. 2002. *Sociologie rodiny*. Praha: SLON, 2002. s. 250.
- MOŽNÝ, I. 2006. *Rodina a společnost*. Praha: SLON, 2006. 311 s.

RANKIN, S. H., STALLINGS, K. D., LONDON, F. 2005. *Patient Education in Health and Illness*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott W&Wilkins, 2005. p. 368.

RENZETTI, C. M., CURRAN, D. 2005. *Ženy, muži a společnost*. Univerzita Karlova v Praze: Karolinum, 2005. s. 642.

UMEORA, O. U. J., EGWUATU, V. E. 2008. Menstruation in Rural Igbo Women of South East Nigeria: Attitudes, beliefs and Practices. *Africal Journal for Reproductive Health*. 2008, vol. 12, no. 1, p. 69–79.

Poznámky:

¹ Spoločenské normy napríklad zakazujú sexuálne styky vo viacerých situáciách (šestonedelie, abstinencia počas menzes), ale u niektorých jednotlivcov je to signál na mimomanželský pohlavný styk – promiskuita, nevera a pod.

² Tzv. Sugar daddies – ktorí majú tendenciu mať viac mladých partneriek. Tie zotrvávajú v takomto vzťahu nielen kvôli veku partnera, ale hlavne kvôli ich ekonomickému zabezpečeniu, ktoré môžu využívať.

³FGM/C je skratka anglického výrazu – female genital mutilation/cutting (mrzačenie ženských pohlavných orgánov/obriezka).