

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Vnímání a tolerance bolesti v kulturách
Diplomová práce

Vedoucí práce

Doc. PhDr. Gabriela Sedláková Ph.D.

Autor práce

Bc. Jana Čutová

2008

Abstract

For the Diploma work we chose the theme: “Algesia and pain tolerance across cultures“. We chose it because due to globalisation and migration of inhabitants cultures from the whole world reside in the Czech Republic. We decided for three the most numerous cultural groups in the Czech Republic, which are Czechs, Romanians and Vietnamese.

These cultures, despite living in one territory, have a different history, different customs and traditions and approach differently to health and disease. They perceive pain differently, it has a different importance for them and they use different ways of calming the pain. To get to know these cultures closer in the area of pain and to describe differences between Czechs, Romanians and Vietnamese is the essential for a good quality professional and especially multicultural care.

For better lucidity and coherence we divided the theoretical part into four sections. The first one is devoted to basic information about pain, its history, factors that affect algesia and its treatment. Other sections are focused gradually on each culture separately. We mention brief history of the relevant culture, pain treatment in the past and especially pain symptoms in the relevant culture, algesia and tolerance of pain.

For the empirical section there were defined three targets and five hypotheses. We should find out and compare the differences in calming pain in Romanians, Vietnamese and Czech culture in domestic and hospital environment. We should further find out whether the designated cultures consider pain a part of their lives and the last target was to find out the effect of pain on normal activity leading to initiation of activities for pain calming. The targets were established based on the assumption that members of nation minorities in the Czech Republic, in this work specially Romanians and Vietnamese, prefer non-pharmacological ways of calming pain to the pharmacological ones and that Czechs do not consider pain a part of their life unlike members of the nation minorities in the Czech Republic. Other assumption was that a church person bears pain better than an atheist. And last two assumptions were that Romanians have lower pain tolerance than Czechs and that Vietnamese higher.

The research was carried out at a selected sample of representatives of all three cultures in form of questionnaires. On the basis of results it is possible to say that the work targets were met. The first two hypotheses were not proved and the last three were.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Vnímání a tolerance bolesti v kulturách vypracovala samostatně pouze 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 diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích

.....

Děkuji vedoucí práce Doc. PhDr. Gabriele Sedlákové Ph.D. za metodické vedení a cenné rady při psaní této diplomové práce.

Obsah

Úvod

1. Současný stav	5
1.1 Bolest	5
1.1.1 Patofyziologie bolesti	5
1.1.2 Historie bolesti	6
1.1.3 Faktory ovlivňující vnímání bolesti	8
1.1.4 Hodnocení bolesti	10
1.1.5 Řešení bolesti v našich podmínkách	12
<i>1.1.5.1 Nefarmakologická léčba</i>	12
<i>1.1.5.2 Farmakologická léčba</i>	16
1.2 Česká majorita a bolest	16
1.2.1 Z historie českého národa	17
1.2.2 Vnímání bolesti v naší společnosti	17
1.2.3 Projevy bolesti	18
1.2.4 Vnímání a tolerance bolesti	19
1.3 Romská minorita a bolest	23
1.3.1 Stručná historie Romů	23
1.3.2 Romové a bolest	25
<i>1.3.2.1 Chirurgické výkony a reakce na bolest</i>	26
<i>1.3.2.2 Léčivé prostředky</i>	27
1.3.3 Projevy bolesti u Romů	29
1.3.4 Vnímání a tolerance bolesti Romy	29
1.4 Vietnamská minorita a bolest	32
1.4.1 Stručná historie česko-vietnamských vztahů	32
1.4.2 Vietnamci a bolest	33
<i>1.4.2.1 Chirurgické výkony a reakce na bolest Vietnamců</i>	34
<i>1.4.2.2 Využití farmakologických přípravků při bolesti u Vietnamců</i>	35
1.4.3 Projevy bolesti u Vietnamců	36

1.4.4 Vnímání a tolerance bolesti Vietnamci	36
2. Cíle práce a hypotézy	40
2.1 Cíle práce	40
2.2 Hypotézy	40
3. Metodika	41
3.1 Metodika práce	41
3.2 Výzkumný soubor	41
4. Výsledky	42
4.1 Výsledky výzkumu	42
5. Diskuse	112
5.1 Diskuse k hypotéze číslo 1	112
5.2 Diskuse k hypotéze číslo 2	115
5.3 Diskuse k hypotéze číslo 3	117
5.4 Diskuse k hypotéze číslo 4	118
5.5 Diskuse k hypotéze číslo 5	121
6. Závěr	124
7. Seznam použitých zdrojů	126
8. Klíčová slova	132
9. Přílohy	133

Úvod

„Narození je doprovázeno bolestí, stárnutí je bolestivé, nemoc je bolestivá, smrt je bolestivá. Spojení s nepříjemným je bolestivé, bolestivé je oddělení od příjemného a jakákoliv neovladatelná touha je také příliš bolestivá.“

Buddha, 500 př. n. l.

Bolest je jev univerzální, který si nevybírání. V současné době je prováděno mnoho výzkumů, týkajících se především tišení nejrůznějších druhů bolesti. S tím souvisí i pohled do minulosti, protože v nejednom případě můžeme objevit praktiky již známé.

Globalizace klade čím dál větší požadavky na zdravotnické pracovníky. Nejen léčit, ale přizpůsobit léčbu jedinci a respektovat jeho odlišnosti vyplývající nejen z rozdílného pohlaví, věku, vzdělání a výchovy, ale také z kultury.

Bolest je součástí každodenního života. Je to subjektivní pocit, který si nevybírání svůj cíl. Je stará jako samo lidstvo a každá civilizace ji vnímání a léčí jinak. V současné době se snaží společnost o integraci menšin do společnosti a poznání historie, tradic a vnímání života a všeho kolem něj. Je to pro kultury žijící vedle sebe důležité, ne-li přímo nezbytné. Globalizace způsobila, že vedle sebe a spolu žijí lidé s jinou vírou a jiným vnímáním bolesti. Poznání těchto odlišností přispěje ke zlepšení vzájemného přístupu, k větší toleranci v soužití jednotlivých kultur navzájem a především ke zlepšení ošetrovatelské péče.

A to je důvod, proč jsme si vybrali téma „Vnímání a tolerance bolesti v kulturách“. Rozhodli jsme se zkoumat zástupce početných kultur v České Republice – Čechy, Romy a Vietnamce. Romové a Vietnamci jsou nepřehlédnutelná a nezanedbatelná menšina. Poznatky této práce využijeme v naší budoucí ošetrovatelské praxi a pomohou nám přiblížit alespoň některé kultury v České Republice.

Rozdílný původ kultur způsobuje rozdílné vnímání nejen bolesti, ale její význam vůbec. Pro jednoho je to součást života, pro druhého trest, pro dalšího cesta

k vykoupení. Cílem naší diplomové práce je zmapovat rozdíly v tišení bolesti v romské, vietnamské a české kultuře, poukázat na vnímání a toleranci bolesti odlišných kultur. Neméně důležité je zjistit, zda na vnímání a toleranci bolesti má vliv náboženské vyznání jedince.

V závěru práce jsme shrnuli informace a poznatky z teoretické a empirické části. Práce přispěje ke zlepšení informovanosti a osvětě o jednotlivých kulturách a především o prožívání jejich bolesti. Výsledky výzkumu bude možné publikovat v odborných časopisech pro sestry a interpretovat na sesterských seminářích a konferencích.

1. Současný stav

1.1 Bolest

Bolest je jevem ležícím na pomezí fyziologie a psychologie. Pokud se podíváme na bolest hlouběji, zjistíme, že označení bolesti jako multidimenzionálního fenoménu je jistě na místě. Bolest je neurochemický proces modifikovaný sociálními a psychologickými faktory. Je to nejuniverzálnější jev v životě všech lidí (22, 54).

1.1.1 Patofyziologie bolesti

Bolest způsobuje dráždění periferních nervových vláken, která jsou citlivá na bolest. Tato vlákna se nazývají nociceptory a jsou obsaženy v kůži i ve vnitřních orgánech v různé hustotě. Jejich podrážděním se spustí biochemická reakce, což jsou látky zapříčiňující vznik pocitu bolesti. Z místa podráždění je veden vzruch aferentními nervovými senzitivními vlákny do thalamu, odtud do mozkové kůry, kde dojde ke zpracování podnětu a eferentními vlákny je vedena odpověď z mozku zpět k postiženému orgánu.

Na bolest reagují tři druhy receptorů. Bolestivé vnímání zaznamenají vysokoprahové receptory při stimulaci, která je intenzivní a mechanická. Teplo a chlad vnímají polymodální nociceptory. Pokud teplo nebo chlad zintenzivní, přemění se tepelné vnímání v bolestivé. Speciální bolestivé nociceptory jsou volná zakončení nervových primárních aferentních neuronů vnímající jen bolest, která se aktivuje v období chemického, mechanického a tepelného dráždění (34).

Výsledkem práce nociceptorů je uvědomění si bolesti. Jedinec bolest cítí jako senzorický vjem. O tom, zda nocicepce povede k bolestivému vjemu, rozhoduje úroveň endogenní modulační bolesti. Bolest však může být přítomna i bez nocicepce. Např. u neurogení bolesti nejsou aktivovány nociceptory, ale zdrojem bolestivého dráždění je porušená svalová struktura, nervové vlákno nebo vyšší ústředí.

Psychická reakce na bolest se nazývá utrpení. Intenzita bolesti je tvořena senzorickou a afektivní složkou. Proto je žádoucí u chronické bolesti psychologická intervence, která je mnohdy účinnější než analgetika. Utrpení nemusí být vždy následek

bolestivého pocitu v důsledku tělesného postižení, ale může to být výsledek déletrvající negativní emoce, která vznikla následkem bolesti.

Výsledkem vnímání bolesti a psychické reakce na ni je bolestivé chování. Bolestivé chování je podle některých odborníků jediný objektivně pozorovatelný a kvantifikovatelný projev bolesti. Může to být grimasa, pláč, vzdychání, kulhání, zaujímání úlevových poloh, verbální vyjadřování bolesti, opakované chození k lékaři apod. Bolestivým chováním dochází k maladaptaci jedince. Účelem je přimět okolí, aby vzalo na vědomí, že dotyčný má bolest (50).

Bolest má ochranný a signální význam. Její vhodné léčebné tlumení není pouze etickým požadavkem, ale je také důležitou součástí léčby každého onemocnění. Úzkost a strach jsou častými prožitky a stavy nemocného jedince. Zároveň to dokazuje psychosomatickou jednotu člověka. Úzkost je reakce na tušené nebezpečí. Na rozdíl od toho strach je reakce na nebezpečí již poznané (6, 34, 54).

Bolest se dělí na akutní a chronickou. Akutní bolest nastává okamžitě po bolestivém podnětu. Většinou je to bolest pálivá, ostrá, vychází především z kůže, svalů, kloubů a patří sem i některé kolikovitě bolesti. Akutní bolest je krátkodobá, trvá maximálně 6 měsíců. Při vyšší intenzitě znamená pro jedince velkou zátěž. Akutní bolest má ochranný charakter, jedince varuje a zabraňuje dalšímu zhoršování stavu. Chronická bolest na tělesnou, psychickou i sociální stránku jedince působí většinou destruktivně. Obvykle se nejedná o kauzální vztah mezi poškozením organismu a zážitkem bolesti. Chronická bolest nemá na rozdíl od akutní bolesti ochranný a signální význam. Je problematická její lokalizace a určení její kvality (50, 54).

1.1.2 Historie bolesti

Bolest byla problémem pro lidstvo již v dávných dobách. Z dochovaných zápisů ze starého Egypta ze 4 tisíciletí př. n. l. víme, že Egypťané věřili, že bolestivá onemocnění byla způsobena vlivem bohů nebo duchů smrti. Každý lékař měl svou specializaci, například byli lékaři, kteří se specializovali na léčení bolestí hlavy nebo jiných částí těla.

Příručkou určenou k léčbě různých bolestivých poranění a onemocnění byl Smithův papyrus. Je v něm popsán nejen vzhled a rozsah poranění, ale také stručná

anamnéza, diagnóza a možná terapie. Lidé spojovali náboženskú zkušenost, kouzla a léčebnou činnost (40).

Ve starověké Mezopotámii byla považována bolest za zásah bloudících duchů zemřelých nebo zlých démonů. Nemocný byl považován za nečistého a léčbě proto muselo předcházet rituální očištění těla, lůžka a také příbytku. Nemocnému byla podávána skutečná léčiva.

V Číně vytvořil císař Šeng Nung herbář obsahující i rostliny, které se používaly k mírnění bolestí. Začátek civilizovaného státu se tam datuje k roku 2. až 3. př. n. l. (40).

Římský lékař a badatel Celsus považoval bolest za oznámení onemocnění. Bolest tehdy znamenala negativní jev. Nejznámějším lékařem, který navázal na egyptské a řecké lékaře byl Galénos, osobní lékař Marca Aurelia. Na mechanismy bolesti měl velmi pokrokový náhled. Uznával periferní a centrální mechanismy nervového systému a za centrum vnímání považoval mozek (41).

Lékař Plinius se zase věnoval zaznamenávání nejsilnějších druhů bolestí. Zajímavé je, že na prvním místě byly kameny v uretře, na druhém bolest žaludku a na třetím místě byla bolest hlavy (39).

Od 14. století se prohlubovaly medicínské znalosti a tím se rozvíjela i péče o bolest. Ale v minulosti komplikovalo léčbu bolesti křesťanské náboženství. Mělo zásadní vliv na vývoj lékařství a léčitelství. Křesťané věřili, že bolest je součástí života a že bolest s utrpením souvisí s odpuštěním viny a hříchu. Protože Ježíš na kříži také trpěl, krásnější posmrtný život musel být vykoupený bolestí. Porodní bolesti si vyložili jako utrpení za prvotní hřích Evy. Křesťanství ovlivňovalo pojetí bolesti i v období renesance. Bolest byla významná pro spásu duše, proto ji nebylo třeba léčit. Vztah mezi vírou a bolestí byl zduchovňován a povznesen nad každodenní lidské utrpení.

Po 2. světové válce se začala prosazovat anesteziologie jako samostatný obor a léčba bolesti byla jeho nedílnou součástí (39).

V novodobé historii je léčba bolesti poměrně mladým oborem. Zájem o psychologické faktory u somatických nemocí se zvýšil až od 30. let 20. st. Vývoj fyziologie bolesti vedl ke zlepšení pochopení její percepce a k rozvíjení nových

mezioborových vztahů. Přešlo se od psychosomatických souvislostí k bio-psycho-sociálním (38).

Základy léčby bolesti v České republice položil anesteziolog primář D. Miloschewsky na začátku 70. let. Vznikla komise pro studium a léčbu bolesti, která se později přejmenovala na Sekci pro studium a léčbu bolesti. Roku 1990 vznikla Společnost pro studium a léčbu bolesti a později byla rozšířena o Sekci paliativní medicíny. Velkým úspěchem byl evropský kongres o bolesti konaný v Praze roku 2003.

V historické zkratce je vidět posun v myšlení od jednostranného pojetí bolesti k multidimenzionálnímu. To tvoří základ současného bio-psycho-sociálního vnímání bolesti (38).

1.1.3 Faktory ovlivňující vnímání bolesti

Fyziologicky by mělo být vnímání bolesti u homo sapiens sapiens stejné, ale způsob života, podmínky, výchova, kultura a další faktory změni práh bolesti, vnímání i její význam. Každý jedinec má individuální vnímání bolesti. Existuje mnoho faktorů, které ovlivňují vnímání bolesti negativně, ale mohou ho ovlivňovat také pozitivně. Bolest má souvislost např. s povahou člověka, příslušností k etnické skupině, předchozími zkušenostmi, informovaností, podporou okolí, pohlavím, věkem, denní dobou, okolnostmi, prostředím, ve kterém jedinec vyrůstá, prostředím, ve kterém se momentálně jedinec nachází a s mnoha dalšími podněty, podle kterých se odvíjí i vnímání intenzity bolesti. Bolest je druhým nejčastějším důvodem, proč lidé navštěvují lékaře. Liší se jak faktory ovlivňující bolest, tak i verbální popis bolesti a požadavky jednotlivců na okamžité nebo váhavé tišení bolesti. Bolest je univerzální zkušeností lidstva. Týká se lidí různého stáří i různých sociálních vrstev (4, 19).

Prahem bolesti se nazývá určitá pomyslná hranice. Čím vyšší práh bolesti, tím je pro bolest těžší se přes něj dostat a člověk cítí bolest méně. Pokud má jedinec nízký práh bolesti, je k bolesti náchylnější. Obecně se soudí, že introverti mají nižší práh bolesti než extroverti, ale extroverti o bolesti snadno a ochotně mluví.

Další důležitou roli ve způsobu vyjadřování bolesti mají ***kulturní faktory***. Příslušnost k určité etnické skupině dává člověku určitou výchovu při vnímání bolesti, význam bolesti, přístup k ní. Židé a křesťané považují bolest za trest, který nutně

následuje po spáchání hříchu. V některých kulturách Afriky a Středního východu si lidé působí bolest na projev smutku. U jiných národů je bolest součástí rituálů a ceremoniálů, protože podle nich tolerance bolesti zvyšuje sílu i vytrvalost. Specifika Romů, Vietnamců a Čechů budou probírána níže.

Na **vnímání** bolesti a odpověď má vliv i okolí jedince. Například klient/pacient, který se doma baví s přáteli, může mít snížené vnímání bolesti až do doby, kdy hosté odejdou. Pak ji může pociťovat silněji. Návštěvy při hospitalizaci v nemocnici jsou vítané, protože snižují vnímání bolesti klienta/pacienta.

To, jak **emoce** ovlivňují vnímání bolesti, se projevuje např. u hráčů fotbalu, kteří jsou natolik zaujatí hrou, že až do konce utkání nevnímají bolest způsobenou poraněním. Naopak lidé, kteří nemají co dělat, nudí se nebo mají depresi, více myslí na svou bolest a více se na ni soustředí.

Očekávání jiných lidí nebo určitých věcí může být součástí ovlivňování vnímání bolesti a také ovlivňování reakce na ni. Dívky mají v určitých situacích povoleno otevřeněji projevovat bolest než chlapci. Stejně důležité je postavení v rodině. Osamělá matka dětí může bolest ignorovat, protože musí zůstat v práci, aby vydělala peníze. Přítomnost přátel a lidí, kteří klienta/pacienta podporují, ovlivňuje jeho vnímání bolesti. Například děti lépe snášejí bolest, pokud mají nablízku své rodiče anebo někoho ze zdravotníků. Rodinní příslušníci mají tendenci bolest přeceňovat. Existuje běžný názor, že bolest patří k věku a ke stárnutí, proto z ní má mnoho lidí obavy.

Literatura o **snášení bolesti** uvádí, že ženy bolest snášejí o něco lépe než muži.

Citlivost vůči bolesti se snižuje s vyšším věkem.

S bolestí je spojena i **denní doba**. Ráno je člověk k bolesti náchylnější, odpoledne se práh bolesti snižuje. Největší bolest pociťují klienti/pacienti v noci, kdy je ticho, nic se neděje a oni se na bolest více soustředí.

Úzkost je nepříjemný emocionální stav, pocit, kdy cítíme, jakoby nás uvnitř něco svíralo. Zde platí jednoduchá rovnice, že bolest vyvolává úzkost a úzkost bolest násobí. Může vzniknout z nedostatečné informovanosti, z obav z neznámého, z nemoci apod.

Deprese je dlouhodobý nepříjemný emocionální stav, který se projevuje skleslostí a zoufalstvím, a který se vyskytuje většinou u klientů/pacientů trpících

chronickou bolestí, kdy člověk není schopen normálního společenského života a má potíže s vykonáváním každodenních povinností. Toleranci k bolesti deprese snižuje.

Způsob života, rodinný nebo samotářský, ovlivňuje vnímání bolesti. Je značný rozdíl v reakci na léčbu bolesti mezi klienty/pacienty žijícími v rodinném kruhu nebo s mnoha přáteli, a těmi, kteří jsou opuštěni.

U pacientů/klientů, kteří jsou více **vzdělaní** je pravděpodobnější úspěch s léčbou používající komplexní terapii.

Bolest je jedincem prožívána silněji, pokud je jeho **organismus unaven** a vyčerpán. Bolest doprovázená strachem, např. z vyšetření, operace nebo ze ztráty zaměstnání v důsledku pracovní neschopnosti, je prožívána také intenzivněji.

Významným faktorem ovlivňujícím vnímání bolesti je **motivace**. Jedinec může být velký podnikatel, kterého by poddání se bolesti připravilo o mnoho peněz, o image, o důležitou zakázku. Nemůže si dovolit být nemocný. Nemůže si dovolit jít s bolestí k lékaři. To ho motivuje, aby bolest zvládl sám a pokusil se ji ignorovat. Nebo naopak jedince může motivovat fakt, že pokud teď podstoupí bolestivý výkon, do budoucna se bolesti nemusí obávat (5, 19, 22, 54).

1.1.4 Hodnocení bolesti

Při hodnocení bolesti se musí nejdříve odebrat anamnéza bolesti a provést fyzikální vyšetření se zaměřením na klientovy/pacientovy fyziologické a behaviorální odpovědi na bolest. Mezi údaje, které je nutné získat při anamnéze, patří lokalizace bolesti, intenzita, kvalita a typ bolesti, faktory, které ji vyvolávají, doprovodné symptomy, předcházející zkušenosti a další informace (50).

U bolesti se hodnotí v první řadě, zda se jedná o bolest akutní nebo o bolest chronickou. Akutní bolest se dostavuje okamžitě po bolestivém podnětu a je to většinou bolest pálivá, ostrá, vycházející především z kůže, svalů, kloubů a patří sem i některé druhy kolikovitě bolesti. Akutní bolest má ochranný charakter, postiženého varuje a zabraňuje případnému zhoršení stavu. Chronická bolest trvá déle než 3 měsíce a chybí zde aktivace sympatiku. Na rozdíl od akutní bolesti nemá chronická bolest ochranný a signalizační význam a problematická je také lokalizace a určení kvality bolesti (50).

Další informací je lokalizace bolesti. Přesně lokalizovat lze bolest povrchní. Lokalizace v hlubších tkáních je obtížnější. Snadněji lokalizovatelná je bolest akutní než chronická. Obrazovou formou sdělení bolesti klientem/pacientem je mapa bolesti, na které jedinec přesně ukáže místo bolesti.

Při hodnocení kvality bolesti se klient/pacient snaží vystihnout charakter bolesti. Problematicky charakterizují kvalitu bolesti děti. Somatická bolest vzniká drážděním míšních nervů a je to bolest ostrá a přesně ohraničená. Viscerální bolest vzniká podrážděním sympatiku a je popisována jako tupá, neurčité lokalizace a je pocíťována ve střední čáře. Kolikovitou bolest zapříčiňují spasmy hladkého svalstva a je to bolest prudká s narůstající intenzitou. Ve svalové tkáni v důsledku hypoxie vzniká bolest ischemická. Zánětlivá bolest se projevuje bolestivým napínáním v postiženém místě, je provázena tepáním a šubáním.

Intenzita bolesti vyjadřuje sílu bolesti. Na bolest malé intenzity je možné při odpoutání pozornosti zapomenout. Bolest střední intenzity je neodbytná, upoutává naši pozornost a nedovoluje soustředění na práci. Bolest velké intenzity způsobuje koncentraci jen na bolest a nedovoluje jiný výkon. Je provázena vegetativními projevy (secernací slz, pocením, mydriázou, tachykardií, vzestupem krevního tlaku apod.). Nejvyšší bolestí je nesnesitelná bolest, kdy se intenzita bolesti stupňuje až dostoupí k vrcholu. Klient/pacient je bolestí zcela schvácen, ztrácí schopnost adaptivního chování, hlasitě nařiká a křičí. Vegetativní projevy se stupňují až k obrazu šoku a pokud není bolest tlumena, může klient/pacient zemřít pod obrazem šoku z bolesti (50).

K měření intenzity bolesti se používají různé hodnotící škály. Vizuální analogová škála (VAS) používá měřítko od nuly, což znamená žádná bolest, po číslo deset znázorňující nesnesitelnou bolest. Klient/pacient ukazuje momentální intenzitu bolesti. U dětí se používá řada obličejů s mimikou od úsměvu po pláč, která znázorňuje jejich pocity v závislosti na intenzitě bolesti (viz. příloha 1) (36).

Časovým aspektem bolesti hodnotíme vývoj bolesti v čase. S využitím VAS a záznamem s vodorovnou osou časových údajů zaznamenává klient/pacient intenzitu bolesti v určitém čase. Dále se do tohoto grafu zaznamenávají léky, které klient/pacient užil proti bolesti (10).

1.1.5 Řešení bolesti v našich podmínkách

Bolest se v našich podmínkách řeší nefarmakologicky a farmakologicky. Za nefarmakologickou léčbu jsou považovány všechny postupy, při kterých nejsou použity žádné léky. Do těchto postupů patří akupresura, relaxace, odvádění pozornosti, aplikace tepla a chladu, dechová cvičení, hudba, autosugesce a sugesce, aromaterapie, masáže, meditace a další. Mnoho z těchto postupů může používat sama sestra. Sestra může klientovi/pacientovi pomoci především svým úsměvem, empatií a lidským přístupem. Do farmakologické léčby patří např. aplikace analgetik a nervová blokáda.

1.1.5.1 Nefarmakologická léčba

Placebo je přípravek, který neobsahuje žádný účinný lék nebo lék, který by měl terapeutický vztah ke klientovým/pacientovým obtížím. Placebo efekt je termín, který znamená soubor psychických a fyzických změn, které vyvolá samotné očekávání klienta/pacienta o účinnosti daného léku. Placebo efekt může odstranit symptomy a radikálně změnit patologický stav organismu. Může také vyvolat i vedlejší negativní účinky, jako je např. zvracení, bolesti hlavy apod. Nejdůležitějším a rozhodujícím momentem je důvěra nemocného v terapeutický postup a v jeho kladný výsledek (16, 42, 50).

Sugesce se vztahuje k sociální komunikaci. Znamená to navození určitých představ, myšlenek, postojů, přesvědčení nebo dání impulzu k určité činnosti. Pokud člověk sám sebe přesvědčuje o tom, že se věci mají nějak a ne jinak, nazývá se to autosugesce. V případě, že člověk nekriticky přijímá to, co je mu sdělováno, jedná se o heterosugesci. Sugestivní působení na klienta/pacienta, který trpí bolestí, může mít kladný terapeutický vliv. Důležitý je vzájemný vztah toho, kdo sugesci podává a toho, kdo ji přijímá. Důraz je kladen na způsob komunikace a další podmínky, které sugestivní působení buď zintenzivňují nebo naopak zmírňují (16, 50).

Relaxační techniky jsou určené ke zbavení napětí, zvolnění určitého tempa, uklidnění nervů, nenucenému chování a odpočinku. Bolest působí jako stresor, který zvyšuje tepovou frekvenci, zvyšuje krevní tlak a vyvolává celkové vzrušení. Relaxační techniky působí opačným směrem, zmírňují úzkost z bolesti nebo ze stresu, uvolňují bolest ze svalového napětí, odpoutávají pozornost od bolesti, zlepšují odpočinek a

spánek, zvyšují efektivitu jiných způsobů léčby bolesti a zmírňují pocity beznaděje a deprese související s bolestí. Nejvíce efektivní jsou u chronických bolestí. Pro relaxaci je nutné splnit tři podmínky a to zaujmout správnou polohu, mít pokojnou mysl a vyhledat pokojné prostředí. Je mnoho druhů relaxačních technik a sestra by měla zjistit, zda již má klient/pacient s nějakou z nich zkušenosti. Jedním ze způsobů relaxace je hluboký nádech klientem/pacientem, kdy si plní plíce vzduchem. Klient/pacient pomalu a syčivě vypouští vzduch z plic, tělo nechává uvolněné a soustředí se na to, jaký je to pěkný pocit. Potom se několikrát normálně nadechne a vydechne. Na to se klient/pacient opět zhluboka nadechne a při pomalém vydechování se soustředí jen na dolní končetiny. Totéž opakuje znovu, ale tentokrát se soustředí jen na horní končetiny. Po té, co se klient/pacient tímto způsobem uvolní, začne pomalu a rytmicky dýchat. Pokud bolest zintenzivní, může použít rychlejší dýchání. Klient/pacient může používat relaxační techniku sám nebo mu může jednotlivé kroky říkat sestra. Sestra musí na závěr zjistit, zda klientovi/pacientovi byla relaxační technika příjemná a zda byla efektivní (19, 42, 50).

Odvádění pozornosti má za úkol zaměřit pozornost na jiný stimul než na bolest. Mezi příklady odvádění pozornosti patří čtení, poslouchání hudby nebo sledování televize. Klient/pacient to může činit vědomě nebo nevědomě nebo ho k tomu může navést sestra. Odpoutávání pozornosti bývá nejefektivnější při mírné nebo střední bolesti, ale intenzivní koncentrace na jiné podněty může uvolňovat i akutní bolest. U dětí se odpoutává pozornost od bolesti čtením pohádek nebo požadavkem, aby popisovaly nějaké obrázky. Mezi odpoutávající techniky patří např. masáž a pomalé rytmické dýchání nebo aktivní poslouchání hudby a koncentrace na nějaký rytmus apod. Tyto techniky však může narušit hluk, prudké světlo, nepříjemný zápach nebo nezcizlá návštěva. Sestra by měla tyto rušivé podněty včas redukovat (16, 19, 42).

Představivost se liší od běžného odvádění pozornosti v tom, že odvádění pozornosti se většinou neobejde bez vnějších stimulů, ale představivost je výlučně záležitostí mysli. Předstupněm představivosti může být relaxační technika. Sestra naučí klienta/pacienta, aby používal vlastní představivost a bude záviset jen na něm, kdy této techniky použije. Klient/pacient musí být při této technice bystře bdělý a úporně soustředěný. Klient/pacient si může např. představovat, jak sedí na břehu řeky a při

každém výdechu říční proud odnáší bolest do moře. Nebo si představit, že je na pláži, sedí ve stínu pod stromem a slyší šumění vln, cítí mořský vzduch a na tváři vánek. Představivost lze používat po krátké časové úseky nebo po dobu až 20 minut. Koncentrací klienta/pacienta na představy se tlumí vnímání bolesti. Opět je zde kladen důraz na to, aby byla představa klientovi/pacientovi příjemná (42, 50).

Akupunktura je léčba, kterou může provádět jen specializovaný lékař. S velkým úspěchem se po staletí používá v Číně a Orientu k mírnění bolesti a některých dalších obtíží. K rozšíření této metody došlo ve 20. století. Při akupunktuře se do kůže a podkoží zavádějí do specifických bodů sterilní akupunturní jehly. Jehly mohou být v některých případech nahrazeny působením slabého elektrického proudu nebo působením tlaku, což se nazývá akupresura. Výchozí myšlenkou orientálního lékařství je představa, že člověk, příroda a veškerá skutečnost jsou ovládáni harmonií nebo řádem, který spočívá v dynamické jednotě dvou polů jing a jang. Vychýlením z rovnováhy nastávají potíže a onemocnění a zhroucení rovnováhy znamená smrt. Podle akupunkturického pojetí proudí člověkem po drahách životní síla čchi, která vzchází z napětí mezi jingem a jangem. Její tok lze ovlivnit akupunkturou, akupresurou nebo jinými technikami prováděnými právě na těchto drahách.

Akupresurní body jsou místa na kůži o velikosti 0,1 – 5 mm a mají většinou okrouhlý tvar. Jejich podrážděním lze vyvolat určitou specifickou odpověď organismu. Podráždění nesmí být bolestivé. *Akupresura* patří mezi ošetrovatelské intervence, které může provádět sestra specializující se na tuto problematiku. Akupresura je vhodná ke zmírnění nebo odstranění bolesti pokud je známa diagnóza, ke snížení prudké bolesti, k zábraně opakovaných potíží, jako podpůrná léčba k jiné základní léčbě, při odstranění běžných funkčních potíží, k první pomoci, k relaxaci, koncentraci nebo tonizaci tělesné i duševní činnosti, k prevenci známých nebo se opakujících poruch, k léčbě nemocí po stanovení diagnózy a doporučení této léčby lékařem. Akupresura má také kontraindikace jako bolesti nejasného původu, dlouhodobé nelepšící se potíže, které na akupresuru nereagují, body v místech s poškozenou pokožkou, nad křečovými žilami, zánětem žil, při menstruaci, u těhotných v oblasti břicha a kříže, stavy vyčerpání u těžkého selhávání srdce, jater, ledvin, u nádorů bez porady s lékařem a u celkově promrzlých. Relativní kontraindikací mohou být lidé pod vlivem drog, alkoholu a při

nepříčetnosti. Mezi výhody akupresury patří okamžitá použitelnost a nebránění jiným prioritním výkonům první pomoci (42, 43, 50).

Aplikace tepla a chladu se často používá jako doplněk léčby. Lidský organismus si udržuje stálou teplotu těla, která zaručuje normální průběh všech životních funkcí. Prostředky, které mají vyšší teplotu, než je stálá teplota těla, pocitujeme jako procedury teplé. Prostředky s nižší teplotou, než je teplota těla, pocitujeme jako chladné procedury. Převod tepla do organismu zvyšuje prokrvení orgánů, urychluje krevní oběh a tak zahřívá organismus. Zvýšené prokrvení podporuje hojení ran a vředů. U některých počínajících zánětlivých procesů působí toto prokrvení protizánětlivě, zvýší obranné schopnosti organismu a vyvolá resorpci infiltrátu. U pokročilého zánětu teplo proces urychluje nebo napomáhá k ohraničení zánětu. Teplo se nesmí podávat tam, kde by se infekce mohla šířit do volných prostor nebo na citlivé tkáně. Další z přínosů tepla je protibolestivý účinek, teplo snižuje napětí (spasmus hladkého i příčně pruhovaného kosterního svalstva, účinek je spasmolytický). Kontraindikace pro podání tepla je porušení krevního oběhu na končetinách, lidé se sníženou citlivostí na teplo a bolest, při zhoršování se především lymfatického otoku, u malých dětí, protože nemají ještě dobře vyvinutou termoregulaci a teplo špatně snášejí, u starých lidí s chorobami srdce a cév a s onemocněním dýchacího ústrojí. Teplo tyto potíže zhoršuje. Převod chladu do organismu je snadnější než teplo. Chladné procedury mají preventivní význam při otužování. Celková umělá hypotermie, kdy se teplota snižuje intenzivním chladem, se užívá při některých chirurgických zákrocích (především u srdečních operací). Lokální ochlazení zpomalí a sníží životní pochody a na omezeném místě způsobí vasokonstrikci, utlumí zánětlivý proces, sníží tendenci k otokům, dojde k místnímu znecitlivění a tím i ke zmírnění bolesti a sníží tělesnou teplotu (29).

Transkutánní elektrická nervová stimulace (TENS) dokáže zmírnit akutní i chronické bolesti. Mechanismus TENS není zcela jasný. Někteří odborníci se domnívají, že působení TENS je dáno aktivací nervových zakončení, tak jako je tomu s teplem nebo chladem. Další možností je, že stimulací nervových vláken o velkém průměru se uzavírá brána pro transmisi bolestivých impulzů. Další uváděnou možností je blokáda primárních aferentních nervových vláken nebo stimulování produkce endorfinů. Elektrody se většinou umisťují na oblast periferního nervu, který inervuje

bolestivé místo. Nejlepší místo bývá v blízkosti bolesti. Některým pacientům/klientům však víc pomáhá, pokud jsou elektrody umístěny mimo bolestivou oblast. Účinek TENS je vnímán velmi individuálně (42).

1.1.5.2 Farmakologická léčba

Farmakologická léčba bolesti vychází ze schématu, které je doporučováno SZO jako *standardní postup* pro léčbu bolesti. Prvním stupněm je podávání neopioidních analgetik a případná kombinace s adjuvantními léky. Druhý stupeň je podávání slabých opioidů a jejich kombinace s neopioidními analgetiky a adjuvantními farmaky. A třetím stupněm je aplikace silných opioidů a jejich kombinace s adjuvantními farmaky. Opioidní analgetika působí přes centrální nervový systém. Jsou většinou jedinou účinnou léčbou proti silným bolestem. Opioidní analgetika může předepisovat pouze lékař nebo stomatolog a podléhají ustanovení zákona o zneužívání léků. Je to proto, že ovlivňují vnímání bolesti působením na centrální nervový systém a nejen, že tiší silné bolesti, ale také vyvolávají pocit blaha. Tak vzniká jistá tendence těchto léků vyvolat duševní i tělesnou závislost. Neopioidy působí na nervy v místě bolesti. Utišují mírné a středně silné bolesti. Zmírňují především muskuloskeletární bolesti a většinu mírných až středních bolestí. Jsou vhodným doplňkem při sekundární kostní bolesti způsobené zhoubnými chorobami (42, 50).

Nervová blokáda může být použita v situacích, kdy jsou jiné metody zmírnění bolesti kontraindikovány nebo byly neúčinné, a kdy je bolest jednostranná a omezená na určitou krajinu. Přenos nervových impulzů vyvolávajících bolest je přerušeno aplikací injekce lokálního anestetika s dočasným účinkem nebo preparátu ničícího nervová vlákna. Nervovou blokádu provádí lékař (42).

1.2 Česká majorita a bolest

Češi přísluší k europoidní rase. Češi jsou západoslovanský národ, obývající hlavně Českou republiku, menší komunity žijí na Slovensku, USA, Brazílii, Kanadě, Rakousku, Německu, Rusku, Ukrajině, Chorvatsku, Srbsku a Rumunsku. Podle nejnovějších výzkumů má v současnosti 10 procent obyvatel Česka předky, kteří žili po staletí pouze na zdejším území. Zhruba 40 procent Čechů má shodné genetické znaky s

jinými slovanskými národy střední a východní Evropy. V rámci Čechů existuje několik etnografických skupin (Hanáci, Chodové, Laši, Moravští Slováci, Valaši a další), které se v minulosti lišily některými kulturními rysy a dialektem. Tyto rozdíly se začaly zejména po druhé světové válce stírat, některé krajové zvláštnosti se však dosud udržují (53).

1.2.1 Z historie českého národa

Český národ má bohatou historickou minulost. Jedná se jak o české pověsti, např. o Libuši a Přemyslu Oráčovi, tak o mnoho knížecích a královských rodů. Jednou z nejvýznamnějších osobností české historie je Karel IV. z rodu Lucemburků, který byl v té době již panovník Svaté říše římské. Do českých dějin vstoupil jako nejslavnější panovník, vzor úspěšného a spravedlivého vládce a jako Otec vlasti. Českým zemím vládli dále Přemyslovci, Habsburkové a další rody.

Češi byli neustále pod něčí nadvládou a samostatným Československým státem se stali 28. října 1918. Prvním prezidentem byl zvolen T. G. Masaryk. V období 2. sv. války byl stát obsazen Němci. Po skončení války se moci ujali komunisté a teprve roku 1989, kdy proběhla sametová revoluce, vznikl nový stát s názvem Československá federativní republika. Odlišné názory na ekonomické reformy Česka a Slovenska vedly k dohodě o rozdělení Československa. 1. ledna 1993 tak vznikla Česká republika a Slovenská republika (2, 3).

1.2.2 Vnímání bolesti v naší společnosti

Nejprve byla nemoc diagnostikována na základě zjevných hlavních příznaků, bez ohledu na jakékoliv další příznaky. Nebo se po příznacích vůbec nepátralo, protože se lidé domnívali, že léčba závisí na zásahu nadpřirozených sil. Byla to vhodná doba pro rozvoj šarlatánství a čarodějnictví. Lidé se léčili sami a začátek ošetřovatelství byl pravděpodobně stejný jako na celém světě (30).

Později začala nemocné lidi ošetřovat charita a organizace spojené s církvemi. Jejich cílem bylo především zmírnit utrpení. Pro jejich pomoc přicházela hlavně chudina, která si nemohla dovolit zaplatit lékaře. Profesionální ošetřovatelská péče přišla až s Florence Nightingaleovou. Její činnost ovlivnila ošetřovatelství jak na celém

světě a tak i u nás. Cílem F. Nightingaleové bylo definovat ošetřovatelství jako vědu a umění a poskytnout všeobecná pravidla pro praxi a rozvoj ošetřovatelství. Florence Nightingaleová považovala za nejdůležitější složku pro zdraví prostředí obklopující nemocného jedince. S její pomocí bylo dosaženo výrazného snížení počtu zemřelých vojáků v Krymské válce. Vytvořila první teorii ošetřovatelství založenou na vztahu jedince s prostředím (26).

Medicínskou oblast ovlivnil Hippokrates. Vytvořil sbírku lékařských textů, ve které odmítal pověry a léčitelskou magii. Jeho dílo Corpus Hippocraticum vešlo do dějin medicíny. Obsahuje také nejznámější dokument, přísahu, která se stala normou lékařské etiky. V moderní době byla tato přísaha nahrazena tzv. lékařským slibem. Obsahuje mimo jiné i části, že lékař bude do domu vstupovat pro blaho nemocných a že bude od nemocných vzdalovat všechno zlé a škodlivé (30).

1.2.3 Projevy bolesti

Reakce na bolest představuje nejnuitnější a nejsilnější nepodmíněnou reakci organismu na podnět (52).

Bolest je nejčastěji spojována s pocitem ohrožení. Toto ohrožení se projevuje úzkostí, strachem, tísní, depresi, pocity beznaděje, zklamáním, bezmocí, vztekem. Můžeme se setkat také s tím, že se bolest u Českých jedinců projevuje odhodláním, nadějí a pozitivními pocity. U každého jedince jsou pocity odlišné a specifické. Na základě uvedených projevů se liší i vnímání bolesti, stejně jako reagování na ni (8).

Projevy bolesti se liší podle typu bolesti. Akutní bolest se projevuje zejména strachem a úzkostí. Chronický a nádorový typ bolesti doprovází deprese, uzavřenost a apatie. Jakýkoliv druh bolesti je velmi často příčinou nespavosti a tak se dostává fyzická i psychická slabost. Slabost ovlivňuje schopnost provádět běžné denní aktivity a může vyústit až závislostí na druhé osobě, která negativně ovlivňuje projevy jedince a jeho reakce na bolest. Jedinec se dostává do bludného kruhu, z něhož nedokáže sám za daných okolností nalézt východisko. Projevy bolesti lze pozorovat objektivně, zatímco subjektivní pocity jsou spojené s vnímáním bolesti.

U jedince trpícího nemocí je možné pozorovat např. stud za své prožitky, bagatelizaci jeho bolesti, může mít pocit, že obtěžuje zdravotnický personál a rodinu (12).

Projevy bolesti se liší podle věku jedince. Nonverbální projev bolesti se u dětí snižuje s rostoucím věkem. Jejich výraz bolesti se mění na výraz zlosti. S rostoucím věkem jsou jedinci schopni vyjadřovat určitou bolest verbálně (16).

Projevování bolesti Čechy se liší i podle jeho osobnosti. Jedinec náladový v době, kdy prožívá euforii, popírá nebo podceňuje svou bolest a je neukázněný. V období deprese je skleslý a bolest ovlivňuje především jeho psychiku. Jedinec, který je popudlivý, reaguje na bolest nepříjemně, projevuje ji afektivními výbuchy zlostného charakteru. Přecitlivělý Čech projevuje svou bolest depresí, únikem, rezignací a izolací. Odmítá o čemkoliv sám rozhodovat. Osobnost jedince ovlivňuje prožívání bolesti a tím i její projevení. Ne u každého se však jeho osobnost projevuje stejně, je důležité uvědomovat si individualitu člověka jako ve všech jiných oblastech (11).

1.2.4 Vnímání a tolerance bolesti

Z psychického hlediska má trvání pocitu silné, akutní a prudké bolesti ubíjející charakter, zatímco chronická bolest má charakter spíše deprimující, někdy přecházející až v utrpení, což ovlivňuje samotné vnímání bolesti (52).

Každý jedinec vnímá jinak, co se s ním děje. Nejvýrazněji je to vidět u bolesti. Ten samý podnět, který působí bolest, může jeden člověk vnímat jako nepatrnou bolest a druhý člověk se může svíjet nesnesitelnou bolestí. Někteří lidé mnohé věci přecházejí jako nepodstatné a nedůležité. Odborně se tento jev nazývá necitlivost nebo otupělost. Na druhé straně jsou jedinci, kteří jsou až mimořádně citliví a okamžitě reagují na sebemenší podnět. Tento postoj se nazývá monitorování, dozor nebo přísný dohled. Pokud se objeví určitý příznak změny zdravotního stavu projevující se bolestí, první skupina jej přirozeně přehlídí, druhá skupina zjistí velice rychle změnu a ihned ji vnímá jako něco důležitého (17).

Vnímání bolesti ovlivňuje u Čechů postoj zdravotnického personálu. Z výzkumu, který prováděla Ambulance pro léčbu bolesti v nemocnici České Budějovice, a. s., vyplývá, že klienti/pacienti, kteří jsou léčeni na Ambulanci pro léčbu

bolesti mají jiný přístup k bolesti, vnímají ji lépe, než klienti/pacienti na jiných odděleních. Uvádějí, že na jiných odděleních není nejvyšší prioritou bolest. Zdravotnický personál je orientován na výkon, ne na klienta/pacienta. Proto nemají klienti/pacienti pocit, že by se bolestí zdravotnický personál zabýval a proto ji prožívali intenzivněji. Naproti tomu na Ambulanci bolesti se klientům/pacientům věnují, jejich pocitům věří, věnují jim holistický přístup. Zvýšenou pozornost si zaslouhuje nejen fyzická bolest, ale i psychické změny. Toto nelze brát jako univerzální, ale postoj zdravotnického personálu velmi ovlivňuje vnímání bolesti jedince (27).

Ideální je, pokud nastane shoda v pojetí bolesti jedince s medicínským pohledem na jeho bolest, nebývá problém shodnout se na léčbě a vytvářet důvěrnější vztah. Ale může nastat situace, že jedinec vnímá svou bolest zcela jinak, než lékař, pak se nemůže mezi nimi vytvořit vzájemná důvěra. Lékař a ostatní zdravotničtí pracovníci musejí mít na vědomí definici SZO, že „bolest je vždy subjektivní“ (8).

Vnímání bolesti je ovlivněno minulou zkušeností jedince. Očekávaná bolest je většinou spojena s prožitky strachu a úzkosti. Jedinec může mít strach ze smrti, protože mezi lidmi je rozšířeno, že smrt je bolestivá. Lidé si smrt spojují s bolestí. Z minulých zkušeností si může jedinec vyvodit, že nebude mít sílu zvládnout bolest. Nebo naopak na základně minulé zkušenosti ví, jakou může očekávat bolest a jak ji bude efektivně tišit (28).

Bolest, která následuje po operaci, přijímají klienti/pacienti s obavami. U veřejnosti převládá domněnka, že operace „musí“ bolet. Lidé to vědí a bojí se probuzení během operace a bolesti pooperační. Podávání analgetik přijímají kladně a oceňují zájem sester a jejich nabídky na různé způsoby tišení bolesti. Chtějí informace o bolestivosti zákroku. Nepřijímají lži o bolesti, nechtějí slyšet, že bolest přestane. Chtějí vědět, že bolest se bude postupně snižovat (7).

Na bolest mají vliv i okolnosti, za kterých tato bolest vznikla. Pokud bolest nastupuje nenápadně a pomalu, jedinec ji zprvu nemusí ani vnímat. Sžije se s ní. Pakliže bolest vznikla například po autonehodě, jedinec si ji velmi uvědomuje a nepříznivé okolnosti ji znásobují (16).

Češi jsou většinou lehkovážní v posuzování své vlastní bolesti. V převážné většině jsou posíláni do nemocnice ošetřujícím nebo odborným lékařem. O hospitalizaci

mají určité představy, které se předávají z klienta/pacienta na klienta/pacienta nebo mají vlastní zkušenosti. Hospitalizace ovlivňuje jedince ve více oblastech, což se odráží i na vnímání bolesti. Jedinec si uvědomuje pasivitu, do které se nedobrovolně dostal, závislost na druhých lidech, mění se jeho životní rytmus, musí konat činnosti, které neumí a neovládá, což snižuje jeho sebevědomí a sebehodnocení, je oddělen od své rodiny, na které je v určité míře závislý nebo ona na něm, je uzavřen do poměrně malého a neznámého prostředí, musí značně omezit své zájmy. K tomu je ještě přidružen stav, kdy klient/pacient svému fyzickému a psychickému stavu moc nerozumí, ztrácí nad ním vládu a neví si s ním rady, emocionální stav je charakterizován negativními pocity a pacient žije převážně jen a jen v přítomnosti, protože budoucnost je buď nejistá nebo problematická. Jedinec má pocit, že ztrácí svou vlastní identitu (17).

Vnímání bolesti u Čechů dále ovlivňuje hodnota části těla, která je bolestí zasažena. Například bolest obličeje, rukou nebo prsou vzbuzuje obavy a je interpretována jako něco vážného. Je to proto, že obličej je vidět, ruce musí pracovat a prsa jsou nedílnou součástí ženy a na základě osvěty o rakovině prsu se o ně bojí. To se týká i bolesti, která znesnadňuje pohyblivost. Pokud se v důsledku bolesti Čech hůře pohybuje nebo nemůže vykonávat pohyby, které často potřebuje konat, tam je častěji chápána jako něco vážného, něco čemu je třeba věnovat pozornost. Ale to, že je bolest interpretována jako něco vážného u Čecha neznamena, že se odebere s podezřením na vážné onemocnění k lékaři. Důvodem může být, že cítí povinnost dál chodit do práce, neopustit potomky, zodpovědnost nejprve dokončit něco důležitého (17).

Pokud jedinec vnímá bolest jako přechodnou záležitost vedoucí k něčemu příznivému, ke konci nemoci apod. je motivován k lepší toleranci této bolesti. S tím souvisí i hodnota stavu „být bez bolesti“, kdy je jedinec schopen tolerovat větší bolest s tím vědomím, že konečný stav bude mít pro něj dobrý výsledek. V Maslowově hierarchii potřeb by potřeba „být bez bolesti“ patřila mezi biologické potřeby. Na základě uspokojení této potřeby je jedinec schopen stoupat v pomyslné pyramidě výš. To je hnací silou, která ovlivňuje lepší toleranci bolesti (31).

Tolerancí bolesti je maximální intenzita a délka bolesti, kterou dokáže jedinec snést. Je to individuální pocit ovlivněný řadou faktorů. Mění se v průběhu vývoje jedince. Významnou roli v toleranci bolesti mají vzájemné vztahy v rodině a výchova

jedince. Od dětství si jedinec vytváří své základní postoje k bolesti a způsob, jak na ni reagovat a jak ji překonávat. S tím souvisí i míra tolerance bolesti. Když dvouleté dítě upadne, čeká, co bude matka dělat. Pokud ho začne utěšovat a věnovat mu přehnanou péči, dítě se bude bolestí dlouho zabývat a chování bude opakovat. Jestliže jiné dítě upadne a matka po zkoumavém pohledu řekne, že to nic není, dítě bolesti nebude věnovat přehnanou pozornost a toto si s sebou ponese celý život. Druhý způsob je pravděpodobně vhodnější, protože je důležité umět správně zhodnotit prožívanou bolest.

Klienti/pacienti zvýšeně citliví a neurotičtí tolerují bolest hůře a s tím souvisí i délka bolesti, kterou tak pociťují dlouhodoběji, než jednotlivci s vyšším prahem bolesti. Dále špatně tolerují bolest jedinci, kterým se následně změní kvalita života. I to je velice individuální, ale dá se říci, že optimisté tolerují bolest lépe než pesimisté (8, 37).

Opuštěnost, osamocení, hromadící se stres, sociální stav, psychické rozpoložení (např. po rozvodu), prostředí a emoce, to vše může nejen u Českého jedince ovlivnit toleranci bolesti. Klient/pacient podporovaný rodinou, cítící lásku a blízkost svých blízkých, zvládá bolest lépe než klient/pacient opuštěný, bez rodiny, bez podpory nebo v těžké životní situaci (18).

Se zvládnutím intenzity bolesti Čechovi mohou pomoci různé způsoby psychoterapie, sugesce nebo odreagování. Jedinec si sám logicky argumentuje, objasňuje souvislosti bolesti, příčiny choroby, sám se snaží odstranit nesprávné postoje, usměrnit se a směřovat své názory pozitivním směrem. Snaží se odpoutat pozornost od bolesti čtením, poslechem hudby nebo rozhovorem s návštěvou. Při této činnosti se stane, že jedinec na bolest alespoň na chvíli zapomene (54).

Toleranci bolesti ovlivňuje i poznání příčiny toho, co se stalo. Český jedinec hledá smysluplnost bolestivé situace. Týká se to jak fyzické bolesti, tak i psychické. Velký vliv na toleranci má přijetí bolesti. U jedinců s chronickou bolestí je akceptace tohoto stavu otázkou psychologie boje s nemocí. Vliv na toleranci bolesti, na hledání smyslu bolesti a na akceptaci bolesti má náboženství. V České republice přísluší nejvíce věřících k římskokatolické církvi, necelé 3 miliony občanů. Převážná většina obyvatel České republiky je však ateistů. Věřící i ateisté bolest vnímají jako součást života, jako projev onemocnění. Rozdíl je v toleranci bolesti, kdy věřícím Čechům pomáhají ve

zvládání bolesti modlitby a samotná víra v Boha. Čím vyšší je míra bolesti, tím vyšší je důraz na sílu, kterou berou Češi z víry (18).

1.3 Romská minorita a bolest

V rámci etnické skladby světa zaujímají Romští příslušníci specifické místo. Žijí rozptýleně na všech pěti kontinentech, převážně však v Evropě, v celkovém počtu 10 - 15 milionů. Termín Rom je souhrnné označení několika etnických skupin, které mají společný původ, společné kulturní rysy a osobité charakteristiky. Romové patří jako většina evropských národů k plemeni europoidnímu. Mají však některé odlišné antropologické rysy. Charakteristická je barva jejich pleti a řada detailů morfologických, jako např. tvar hlavy, ruky, tělesné proporce, a detailů fyziologických – krevní skupiny. Tyto rysy mají vliv na zdravotní stav Romů (9).

Romy lze rozdělit z několika různých hledisek, protože slovo Rom je souhrnný název řady etnických skupin, které mají společný původ a jazyk, společné kulturní rysy a osobité charakteristiky, ale odlišné tradice nebo historické zkušenosti.

Romská vlajka se skládá z modrého pruhu v horní polovině, zeleného pruhu v polovině dolní a uprostřed je umístěná červená čakra s 16 paprsky. Čakra, která je i na vlajce Indie, odkazuje na indický původ Romů. Zelený a modrý pruh symbolizují život věčných poutníků po zelené zemi a pod blankytnou oblohou. Tato vlajka byla přijata roku 1971 na 1. Mezinárodním sjezdu IRU v Londýně (24).

1.3.1 Stručná historie Romů

Pro pochopení projevů bolesti Romů, jejich vnímání a tolerance bolesti je důležité se seznámit s jejich historií. Je to nedílná součást jejich kultury a i přesto, že svůj původ mnoho z nich nezná, může to vysvětlit některé skutečnosti.

Romové mají jako každý národ dlouhou historii. Ale jejich dějiny jsou z větší části jen rekonstrukcí, protože Romové svou historii nezapisovali a hmotných památek se zachovalo málo, a to jen z posledních dvou století. Zprávy v kronikách, letopisech a archivech ostatních národů jsou zlomkovité. Často se o nich však mluví v různých nařízeních, ediktech a zákonech evropských národů (24, 44).

Kvůli nedostatku pramenů o romském původu museli historikové při výzkumu nejstarších úseků spolupracovat s lingvisty a antropology. Romové pochází z indického Rádžasthánu, popř. Paňdžábu, území na severu Pákistánu a Indie. Předkové Romů pravděpodobně příslušeli k nejnižším a opovrhovaným kastám. Čím nižší kasta, tím nižší byla průměrná inteligence jejích členů. Živili se jako kováři, podkováři, koteláři, měďotepci, korytáři, zvěrolékaři, drezéři, rezníci, koželuhové, košíkáři. Ale také to byli hudebníci, tanečníci, kejklíři, zloději a žebráci, kteří neznali písmo a neměli písennictví, které nahrazovala ústní lidová slovesnost. Řemeslo se dědilo z otce na syna a tak se s rozmnožením každé příští generace zvyšoval počet řemeslníků. Na původním místě, kde rodina žila, už nebyl dostatek práce. Proto docházelo k segmentaci a část rodiny putovala územím s nadějí, že v sousedství bude větší poptávka po její práci a dovednostech. Neustále docházelo k dalšímu a dalšímu územnímu pohybu. Jedna početnější vlna postupovala od 9. století přes Krétu, Korfu a Řecko směrem na Balkánský poloostrov a vedlejší proud se pohyboval přes severoafrické pobřeží na Pyrenejský poloostrov a odtud dále do západní Evropy. Usazovali se zejména kováři a muzikanti. Kovářství bylo v sociálně málo rozvinutých a cechovně neproorganizovaných balkánských zemích užitečné a žádané. Hudba, tanec, kejklářství a jiné formy zábavy nacházely v tamní společnosti rovněž své uplatnění. Někteří z těchto umělců a artistů se stávali jakýmsi služebníky na dvorech feudálních velmožů. Opět docházelo k populačním přírůstkům a migraci. Jednotlivé skupiny udržovaly mezi sebou velmi těsné kontakty a setrávaly v izolaci od okolního obyvatelstva (24, 45).

Romové při svých cestách zažili jak vřelá přijetí, tak nenávisť a zlobu. Museli trpět ponižování a zákazy ubytování se na územích některých států. Církev je vinila z nevěrectví a čarodějnictví a světská moc jim podsouvala špionáž, sabotáže, loupežnictví a také nekalou konkurenci řemeslnickým cechům. Postoj majoritní společnosti vůči Romům se zhoršil od roku 1427, kdy je pařížský arcibiskup exkomunikoval z církve (24, 45).

Celými dějinami pobytu Romů na evropském kontinentu se line pronásledování a útlak. Relativně mírnější útlak byl v jihovýchodní Evropě a umožnil tak některým romským rodům, aby se tam trvale usazovaly. V západní Evropě však byli Romové

vyhánění pod pohrůžkou trestu smrti nebo beztrestně zabíjení, proto se neusazovali a dodnes tam mnohé skupiny žijí kočovně nebo polokočovně (24, 45).

Za druhé světové války skončila velká část západoevropských Romů v koncentračních táborech, pro východoevropské Romy byl podobný osud připravován.

Většina Romů žijících dnes v České republice přišla do země ze Slovenska v letech 1945 až 1993. Přijížděli nejen kočovní olašští Romové, ale i tradičně usedlé rodiny. První vlna přistěhovalců přišla na základě vlastního rozhodnutí brzy po skončení války. Stěhovali se především do pohraničních oblastí, odkud bylo vysídleno německé obyvatelstvo. Tito Romové si zachovali své tradice a většinou i jazyk. S ostatními obyvateli se sžili a většinou neměli vážné problémy. Ty jim však nastávali ve chvíli, kdy se přestěhovali do jiné obce, kde obyvatelstvo s Romy nebylo sžité. Druhá vlna přišla v 50. a 60. letech 20. století při organizovaných náborech na stavby a do těžkého průmyslu. Předpokládalo se, že si tito Romové v Čechách vydělají a pak se vrátí na Slovensko. Zpravidla se tak ale nestalo. Naopak si ze Slovenska přivezli nevěsty a založili v Čechách rodiny. V jednom místě se ocitli Romové z mnoha osad, s různou kulturou a různými nepsanými zákony. Svou kulturu znali jen nedokonale a často zapoměli romský jazyk. Většinou se snažili o dobrovolnou asimilaci, ale neasimilovali natolik, aby je většinová společnost přijala za vlastní. Třetí vlna Romů byla stěhována po roce 1965 násilně při uplatňování usnesení vlády o likvidaci cikánských osad, čtvrtí a ulic. Z kulturního šoku, který prodělali tak radikální změnou prostředí, bydlení, práce i trávení volného času, se mnoho z nich dosud nevzpamatovalo. Často byli stěhováni do obcí, kde předtím žádné Romské obyvatelstvo nebylo, a záměrně byly rozptylovány z jedné osady do více míst. Následně se sice snažili o sestěhování, ale nikdy se jim to zcela nepodařilo. Z velké části ztratili a dále ztrácejí své tradice i jazyk (24, 45, 46).

1.3.2 Romové a bolest

Vzhledem k tomu, že Romové jsou původem z Indie, uvádíme zde indické způsoby léčení. Tamní léčitelství má vliv na tradiční romskou komunitu i dnes. V dobách minulých bylo hlavním rámcem védské medicíny náboženství, magie a zkušenost. Zaklínání bohů a démonů se postupem času změnilo na modlitby a vzývání bohů, uplatňování magie a zaříkávadla. Magická medicína se měnila ve světskou, začala

převládat racionální terapie. Za příčinu nemocí přestali být považováni démoni, ale poruchy rovnováhy tělesných tekutin. Nejprve léčili nemocné kněží a v pozdějším období se vytvořil samostatný lékařský stav (30).

Lékaři používali k odstraňování bolesti a nemocí mnoho léčebných metod. Od bylinek, minerálů, živočišných látek, přes masáže, jógu a tantrická cvičení až po chirurgické zákroky (30).

Jako léčebná procedura se používalo klyzma s různými nálevy a výplachy. Lékaři ovládali masáž, která osvěžovala tělo, cévy, pokožku a klouby, povzbuzovala krevní oběh, posilňovala nervy, vyvolávala pocit zdraví, čistoty a štěstí. Další léčebnou metodou byla akupresura, což není masáž, ale stisknutí určitých bodů na pacientově těle a nesměla být nikdy nepříjemná. K posílení zdraví nebo odstranění bolesti přispívala meditace a tělesná cvičení včetně jógy. Jóga vychází z teorie spojení sebe sama s vyšším vědomím. Podle ní nelze oddělit tělo, mysl a ducha a důležité je uvědomění si spojení člověka se všemi živočichy i s neživou hmotou. Pravidelná dechová, smyslová a všechna ostatní cvičení udržovala svěžest těla, bystrost smyslů a zpomalovala proces stárnutí. Smyslem cvičení bylo obnovení zapomenuté funkce pravědomí. Člověk stárne pomaleji proto, že žije všestranně aktivním životem. Pokud se objeví některé ze zapomenutých funkcí pravědomí, lze přistoupit k probouzení nadvědomí, což byla hadí síla. Bylo možné to provádět pouze pod dozorem zkušeného mistra gurma, jinak hrozily vážné tělesné i psychické poruchy. Jedinec, který probudil pravědomí i nadvědomí, nebyl nikdy unavený, nemoci se mu vyhýbaly a byl schopen neuvěřitelných výkonů. Uměl omezit svou tělesnou hmotnost, ovládal trávení a peristaltiku, uměl regulovat srdeční tep, snížit spotřebu kyslíku, změnit svou tělesnou teplotu, nepodléhal emocím a afektům, byl bystrý v myšlení a rozhodování, dokonalý v chování, žil vyrovnaně a radostně. Další metodou, kterou mohl lékař vhodně doplnit vyšetřování pacienta, bylo tantrické cvičení. Lékař při zjišťování tepu nechal bříšky svých prstů proudit do nemocného životní sílu (30).

1.3.2.1 Chirurgické výkony a reakce na bolest

Indičtí lékaři se neobávali ani chirurgických zákroků, protože podle tamního náboženství byla nesmrtelná pouze duše. Díky chirurgickým zákrokům byly odstraněny

různé problémy, včetně bolesti. Ve staré Indii byla chirurgie preferovaným oborem, byla vrcholem indické medicíny. Chirurg musel znát stavbu těla s ohledem na vzájemné vztahy jednotlivých orgánů, chirurgické nástroje, obvazy, leptavé prostředky, léčbu chirurgických nemocí, operativní chirurgii, ošetřování ran, plastické operace, léčbu vykloubenin a kostních zlomenin. Úspěchy indické chirurgie se mohou připsat mimořádné čistotě, maximální péči během operace a důslednému doléčování. Prováděly se břišní operace, sešívání střev, operativní odstraňování kaménků z močového měchýře apod. Ale nemocného s nevyлéčitelnou a stále se zhoršující nemocí lékař do své péče přebírat nesměl (30).

Dodnes se dochovaly podrobné návody týkající se operací. Operace se prováděla v době příznivého postavení planet. Před a po operaci se konaly náboženské obřady. Mírně sytý pacient byl přivázán obličejem k východu a lékař s tváří k západu provedl ostrým nástrojem operaci. Pokud byl výkon obtížnější a bolestivý, byl pacient narkotizován. Krvácení se zastavovalo utažením obvazu, horkým olejem nebo různými bylinami. Po operaci lékař opláchl pacientovi pot chladnou vodou a ránu ošetřil antiseptickým odvarem, sezamovým olejem, medem nebo máslem thé, pokryl tamponem a obvázal. Větší bolestivé rány lékař nakuřoval balzámem nebo jinými bylinami. Po operaci provedl obřad zařikávání, doprovodil pacienta domů a poskytl mu rady o životosprávě a ošetřování rány. Třetí den provedl převaz rány a další péče záležela na stavu pacienta (30).

1.3.2.2 Léčivé prostředky

I v dnešní době se tradiční romská terapie opírá o bylinky a různé léčivé látky. Některé poznatky tehdejší doby jsou k užítku i dnešním Romům. Léčivé účinky bylin znají spíše starší ženy příslušející k romské minoritě a ty je využívají k prospěchu svému a své rodiny.

Léky se dělily na minerální, připravené ze zvířat a rostlinné. Z léčivých bylin se užívalo kořínků, kůry, šťáv, pryskyřice, lodyh, plodů, květů, olejů, listů i trnů. Byliny se užívaly nejen jako prostředky na zvracení, projímadla, utišující léky, posilující léky atd., ale také jako elixírů života, afrodiziak, jedů a protijedů. Indická farmacie dosáhla vysoké úrovně především díky vynikajícím znalostem chemie. Vyráběly se tinktury,

odvary, nálevy, výluhy, lektvary s medem, emulze, sirupy, pilulky, pasty, masti, čípky, vykuřovadla, náplasti, mazání a další výrobky. Během celého starověku měla Indie pověst nejbohatší pozemské pokladnice drog a koření. Jako léčivo se nejčastěji používalo aloe, benzoe, galgány, oměj, zázvor a cukrová třtina.

Mezi další rozšířená léčiva patří ta, která jsou léčivého původu. Sloní a lidské mléko se používalo na oční choroby, kravské podporovalo tvorbu semene, buvolí upravovalo spánek, kozí se užívalo při krevních chorobách, kobyly při revmatismu, ovčí na růst vlasů, velbloudí při vodnatelnosti a jako projímadlo. Lékaři používali sloučeniny rtuti proti impotenci, na zánět spojivek sirič arzenitý, proti horečkám měsíční kámen, vředy a nádory se nakuřovaly doutnající živici, kolem rodiček se páčila hadí kůže, lékem na cholery byly kravské ledviny a kravská žluč sloužila proti cizopasníkům.

V Indii se také používaly pijavice, které tvoří hirudin, nejmocnější prostředek proti srážení krve. Příkladaly se na tělo nemocného při poruchách krevního systému v případě, že hrozilo nebezpečí krevních sraženin.

Při léčbě bolesti používali jako sedativa odvar z máku, konopí, jerlínu a pastináku. K posílení nervové soustavy sloužil vývar z vachty, máty a kozlíku. K tišení bolesti byl používán mák (opium) a prudce jedovatý bolehlav. Při neuralgii a migréně užívali oměj. Záněty se léčily odvarem z heřmánkového květu, zduřelé žlázy obkladem z dobromysle, bolesti v krku a angína cibulí. Na sklerózu a příznaky stáří se užíval prášek ze jmelí a tlučný fenykl se sklenkou vína.

Vše bylo přesně odměřováno. I ta nejléčivější bylina mohla být v nesprávné dávce použita jako jed. Lékaři museli znát nejen léčebné účinky látek, ale také jak léčit otravu způsobenou těmito bylinami (30).

V Indii nestálo lidové léčení v protikladu k vědecké medicíně, kterou šířili kněží. Bylo to způsobeno náboženským světovým názorem. Indové věřili, že tajemnými zaklínacími formulami si mohou podrobit tajemné síly přírody a usměřňovat je podle svých přání. (14)

1.3.3 Projevy bolesti u Romů

Při projevech bolesti je důležité neopomenout zhodnocení nemocného. Projevy bolesti ovlivňují tělesné, emocionální, vývojové, společenské, kulturní, intelektové a duchovní aspekty nemocného.

Romové bolest projevují jak verbálně, tak mimicky. Hlasitě naříkají, vzdychají, stěžují si, pláčou apod. Projevují ji nahlas před celou rodinou, která prožívá bolest s nemocným. Romové se nesnaží bolest skrývat před okolím.

Reakce organismu na bolest se projevuje tachykardií, bradykardií, zvýšeným nebo sníženým systolickým tlakem krve, tachypnoí, pocením, zvýšeným svalovým tonusem, bledostí, rozšířením zornic, zrychlenou řečí, zvýšeným hlasem nebo nepřiměřenou čilostí, nauzeou, zvracením, suchou a teplou kůží, synkopou až kolapsem, zúžením zornic, pomalou monotónní řečí a uzavřeností. Další možnou odpovědí jsou změny chování nemocného, projevující se mobilitou, unaveností, neklidem, svíjením se, nepřirozenou polohou, sténáním a pláčem. Nemocný cítí strach, úzkost, zlost, beznaděj, bezmocnost, potrestání, únavu, vyčerpání a depresi.

Při posuzování bolesti Roma musí být získána anamnéza bolesti stejně, jako u jakéhokoliv jiného klienta/pacienta. Při odebrání anamnézy je první kontakt sestry s klientem/pacientem důležitý pro vytvoření důvěry. Získání důvěry romského nemocného ovlivní jeho další spolupráci. Romové mají velmi vyvinutý smysl pro poznání člověka pouhým pohledem a intuicí. „Při jakékoliv komunikaci zpracovávají možná ještě více než 95 % informací mimoslovních.“ (9, s. 182) Jejich schopnost empatie je v jednání s druhými mnohem vyšší, než v našich kulturách. V jejich komunikaci je charakteristický vysoký podíl emocí při jednání i při vyjadřování nepohodlí a bolesti. Pokud je romský nemocný zoufalý, není schopný vidět ostatní věci, které jsou pozitivní a neohrožující a není schopen si vytvořit nadhled. Rom slyší jen špatnou diagnózu a neslyší možné způsoby řešení a to, že smrt je v tomto případě vyhnutelná (1, 9, 21, 14, 45).

1.3.4 Vnímání a tolerance bolesti Romy

Bolest, která je spojená se zachováním, zmnožením a pokračováním života, má pro Romy velký význam. Děti jsou bohatstvím romské rodiny, pokračováním rodu a

láska k nim je pro Romy příslovečná. Romská žena, která je těhotná se stává pro ostatní Romy nečistá. Když na ženu přišly porodní bolesti, nesměla mít na sobě žádné kovové předměty, sponky a šperky, protože by měla těžký komplikovaný porod. Snažila se tak bolest minimalizovat na nejnutnější míru. Pro zmírnění bolestí ženě omývali tvář vodou a dávali jí pít čaj nebo alkohol (45).

Dnes se romské matky podvolily majoritní společnosti a rodí v porodnicích. V této významné chvíli jim velmi chybí podpora a pozornost vlastní rodiny. Je proto celkem typické, že většina rodiny tráví čas v okolí porodnice. Může tak být v kontaktu s rodičkou a dorozumívat se mimo návštěvní hodiny například přes okno (9).

Bolest, která souvisí s těhotenstvím a početím, je u Romů akceptovatelná, protože z ní vzejde něco důležitého, pro jedince i rodinu. Porod a komplikace při porodu snáší žena s ostatními členkami rodiny, které ji psychicky podporují (21).

Romové používali i praktiky vedoucí k vyvolání potratu. V tom případě byla žena připravena a schopna podstoupit bolest a strasti s tím spojené. Zvedala těžké předměty, koupala se v horké vodě se solí nebo si položila na břicho těžký kámen. Tyto praktiky doprovázela odvary z různých koření a bylin (30).

Smrt je pro Romy velmi bolestná záležitost. Pociťují silnou psychickou bolest, kterou dávají hlasitě a demonstrativně najevo. K úmrtí se váže rituál a řada zvyků. Umírajícímu Romovi se snaží rodina a příbuzní ulehčit smrt. Odeberou mu polštář a peřinu, ženě rozpustí vlasy a sundají ozdoby. Duše se pak může snadněji odpoutat od těla. Smrt je provázena usedavým pláčem žen. Je to nejen projev silných emocí, ale také způsob, jak tuto zprávu oznámit sousedům. Ti vyjadřují smutek a soustrast podáním ruky, objetím a políbením pozůstalých (14).

V den pohřbu nebožtíka všichni hlasitě oplakávají. Při vkládání rakve do hrobu se vrhají k rakvi a naznačují, že by chtěli skočit za rakví. Je to velmi smutná chvíle pro všechny zúčastněné. Smrt blízké osoby poznamená Roma duševní bolestí na celý život. Nikdy na ni nezapomene. Oficiální smutek se drží po jeden rok. Blízcí zemřelého se nezúčastňují svateb, zábav a nezpívají (45).

Romové pociťují velký strach z bolesti a ze smrti, i když jejich zdravotní stav není vážný. Pro Čechy snad maličkost, ale pro Romy žádná bolest není banalitou. Je to dáno jejich temperamentem a původem. Jsou velmi emotivní, často a nahlas sténají.

Strach z bolesti se projevuje i u dětí. „Strach z tělesného trestu je u nich dvakrát vyšší než u neromského dítěte“ (1, s. 46).

V případě, že musí být Rom hospitalizován, je to pro něj vytržení z rodiny. V rodině není zvyklý na soukromí a tak není neobvyklé ani zahanbující, když muž v nemocnici pláče. Je sám, v cizím prostředí, nechráněn rodinou, musí se podrobit jinému pro něj tak cizímu řádu. Ženy jsou úzkostné, hospitalizaci snášejí velice špatně. Ve chvíli, kdy přijde do zdravotnického zařízení rodina, nemocný Rom před nimi může dát najevo svou bolest. Ostatní prožívají bolest s nemocným, trpí s ním, ale také ho podporují. Nemocný diskutuje s rodinou o lékařských rozhodnutích. Rozhoduje se celá rodina, protože ta ví, co je pro ně nejlepší. Rom se cítí lépe, pokud je u něj celá rodina. Sám je slabý a ohrožený. Pokud dostávají Romové rady, velmi záleží na způsobu podání a na jednání s nimi. Rady mohou v některých případech pociťovat jako nespravedlnost a cítit se dotčeně. Rom užívá léky a plní přikázaná opatření jen dočasně. V případě, že potíže ustoupí, nepovažuje za důležité řídit se dál radami lékaře (1, 9, 14, 45).

To, jak budou Romové tolerovat bolest, ovlivňuje mnoho faktorů. Ovlivňují ji podmínky a příčiny vzniku bolesti, délka trvání bolesti, lokalizace, intenzita, kvalita a typ bolesti, faktory, které bolest vyvolávají nebo tiší, provázející symptomy, vliv na každodenní aktivity, předcházející zkušenosti nemocného s bolestí, jeho názor na bolest, používané obranné způsoby a afektivní odpovědi na bolest.

Bolest ovlivňují i zvyky, tradice a náboženství dané kultury. Romové přebírají náboženství nejčastěji podle společnosti, ve které žijí. Většina českých Romů se hlásí k římským katolíkům. Jejich víra ale není převzetí křesťanské doktríny bez specifických romských úprav. Jejich víra je spojení náboženství a jejich vlastních pověr, které si přinesli z Indie (9).

Život má pro Romy nejvyšší hodnotu. Vše, co život ohrožuje nebo omezuje, je vnímáno negativně. Pokud bolest omezuje nemocného, vnímá ji Rom jen jako nutné zlo, které se musí odstranit (45).

1.4 Vietnamská minorita a bolest

Charakteristickým znakem Vietnamců je jejich tělesný vzhled. Mají nízkou postavu, žlutou barvu kůže, tmavé oči, tmavé rovné vlasy, štíhlou postavu. Většinou se usmívají. Mezi jejich typické rysy patří národní hrdost a dodržování lidových tradic (32, 33).

Hlavními náboženstvími pro Vietnamce je buddhismus, konfucianismus a taoismus. Mnoho vietnamských jedinců, i těch, kteří nevyznávají buddhismus, alespoň z části věří v reinkarnaci. Čas pro ně není ani tak pevný bod, jako spíše navracející se realita. Toto přesvědčení má za následek méně stresující a méně časově uvědomělé tempo, než jaké je běžné u nás.

Oficiální název země zní Vietnamská socialistická republika, což je ve vietnamštině Nuoc Cong hoa xa hoi chu nghia Viet Nam. Má rozlohu 329 566 km². 331 114 Hlavním městem je Hanoi. Na tomto území žije více než 84,4 milionů obyvatel. Vietnam je státem s 54 národnostmi, nejpočetnější je národnost Kinh neboli Viet, která zastupuje 84 % všech obyvatel, 2 % jsou etničtí Číňané a zbylých 14 % Tay, Thai, Muong, Khmerové, Chamové atd. (9, 13, 23).

1.4.1 Stručná historie česko-vietnamských vztahů

Vietnam procházel složitým koloniálním věkem, který měl vliv na životní styl současné doby. Dokázal si však uchovat své charakteristiky z minulých dob. První archeologické nálezy a zmínky o osídlení území, lovu, pěstování rýže výroby bronzu se datují k 10. století př. n. l. Od té doby se jižní území vyvíjelo odděleně od severního. Sever se snažil ovládnout jih, potom naopak jih sever, ale nadvládu měl vždy jiný stát.

Obdobné politické zaměření přispělo ke spolupráci mezi Československou republikou (ČSR) a Vietnamskou demokratickou republikou (VDR) v 50. letech 20. století. Když roku 1954 předal československý velvyslanec pověřovací listiny prezidentu Ho Či Minovi, oficiálně tím zahájil činnost československého velvyslanectví ve Vietnamu a intenzivnější styky obou států. O rok později bylo zřízeno v Praze Vietnamské velvyslanectví.

Vietnam potřeboval po válce pomoc ve všech oblastech a uvítal zájem Československa. To naopak vnímalo Vietnam jako odrazový můstek k získání dalších

trhů v Asii. Začaly výhodné výměny, kdy ČSR dodávala do VDR chybějící stroje, materiál, spotřební zboží a také udělila stipendia na československých vysokých školách třiceti vietnamským studentům. A naopak vietnamský vývoz obsahoval cín, kaučuk, rákos, sóju, čaj, sušené buvolí a volské kůže. ČSR vybuodovala ve Vietnamu nemocnici a na její náklady přijelo do Československa sto dětí ve věku 7 – 15 let, aby získaly kvalitní vzdělání.

V Hanoji se konala výstava „10 let ČSR“ s fotografiemi zachycujícími život československých dětí a pionýrů a konal se první festival československého filmu. V Praze na oplátku byly vystaveny fotografie o běžném životě vietnamského lidu, dřevořezy, kresby a tradiční lidové obrázky.

Roku 1956 podepsaly ČSR a VDR dohodu o vědecko-technické spolupráci. Československá vláda poskytovala nejen stipendia a odborné praxe vietnamským občanům, ale také vysílala své specialisty z různých oborů do Vietnamu.

O rok později uvítali obě země delegace, při kterých se chtěli prezentovat co nejlépe. Také byla podepsána dohoda o kulturní spolupráci ČSR a VDR, která měla za cíl podpořit spolupráci a vzájemné výměny nejen mezi kulturními a vědeckými institucemi, ale také mezi sportovními organizacemi obou zemí (13, 23).

1.4.2 Vietnamci a bolest

I přesto, že část Vietnamců žije v České republice, zachovává si své zvyky a tradice z Vietnamu a do toho patří i tradiční vietnamská medicína. Na severu Vietnamu byla rozšířena tradiční čínská medicína a jih Vietnamu měl svou vlastní vietnamskou tradiční medicínu, která se však podobala té čínské.

Vietnamské lidové léčitelství je založeno na starých empirických zkušenostech. Tato medicína neměla teoretické základy, ty byly až později připojovány, revidovány a modifikovány významnými lékaři. Jižní medicína zahrnovala nejen přírodní léčiva, ale i metody malé chirurgie.

V prvním tisíciletí n. l., kdy byl Vietnam pod čínskou nadvládou, se do Vietnamu šířila ze severu, z Číny, severní medicína. Lid ale dával vždy přednost jižní medicíně, která mu byla bližší. Utlačovatelské a privilegované vrstvy podporovaly medicínu severní. Ve 13. st. se hojně léčilo akupunkturou (viz. níže). Ani literatura

nezůstala pozadu. V díle Phu Thuoc Nam je popsáno 630 léčivých rostlin, z nichž mnohé nebyly uváděny v tehdejší čínské lékařské literatuře.

Tradiční čínská medicína má několik základních pilířů. Jsou jimi akupunktura, požehování, bylinná, živočišná a minerální medicína, dietologie, dechová a tělesná cvičení.

Na akupunkturu byly nejprve používány ostré kameny, později ostré kosti, bambusové třísky, trny a později kovové jehly, kterými se dráždily určité body na tělesném povrchu. Tato metoda byla v Číně a severním Vietnamu velmi oblíbená. Klasická akupunktura používala devět druhů jehel. Výběr správného místa ke vpichu vyžadoval velmi jemnou diagnostiku a vhodný výběr doby zákroku.

Mezi léčebné metody se řadilo také moxování neboli požehování. Požehování bylo prováděno tyčinkami z listů pelyňku smíchanými se sírou a olejem. Listy pelyňku se usušily, rozemlely a ze vzniklé hmoty se vytvořily malé kužele. Tyto kuželíky se přiložily na povrch těla v místě akupunkturního bodu a zapálily se. Doutnající kuželíky vydávající teplo dostávaly do těla jangovou energii a otevíraly cestu, kterou škodliviny mohly unikat z těla ven.

Akupresura a masáž byly stejně rozšířené, jako akupunktura. Do Číny se rozšířily z Indie. Tyto metody se používaly při bolestech a nejrůznějších onemocněních. Akupresura je metoda vzniklá na stejném základě jako akupunktura. Rozdíl je v tom, že akupunktura používá invazivní metodu, kdy se jehličky zapichují pod kůži do bodů, kterými proudí životní síla čchi, ale při akupunktura se na tyto body vyvíjí pouze tlak.

Dechová cvičení byla významná především proto, že Číňané se domnívali, že každý člověk má přisouzen určitý počet dechů a záleží jen na něm, jak s nimi vystačí. Dechová a tělesná cvičení otevírala zablokované cesty, kterými proudí životní energie čchi (30).

1.4.2.1 Chirurgické výkony a reakce na bolest Vietnamců

Kvůli odporu ke krvi a strachu ze zmrzačení byl rozvoj čínské anatomie a chirurgie zbrzděn. Chirurgie se omezovala na převazování ran a vředů a přikládání hojivých mastí. Chirurgické instrumentarium bylo složeno pouze z nedokonalých a hrubých nástrojů. První zmínka o chirurgických operacích je z období dynastie Čou.

V té době se prováděly všechny operace, od pouštění žilou po operace sleziny, jater a jiných vnitřních orgánů. Byla prováděna i kastrace, jako trest za těžké zločiny a později tak byli operováni mladí mužové, kteří se chtěli stát eunuchy.

V souvislosti s nedostatečnými znalostmi anatomie bylo na nízké úrovni i porodnictví. Problematický porod byl řešen léky proti křečím a bolestem.

Lékařství mělo třináct uznávaných oborů, ale udrželo se jich jen jedenáct. Patřil tam obor onemocnění velkých cév, onemocnění malých cév, horečka, neštovice, ženské nemoci, kožní nemoci, akupunktura, oční choroby, krční choroby, nemoci ústní dutiny a zubů a poslední obor se zabýval nemocemi kostí (30).

1.4.2.2 Využití farmakologických přípravků při bolesti u Vietnamců

I Vietnamci využívali farmakologické přípravky při léčbě bolesti. Farmakologie byla nejvíce propracovanou částí čínské medicíny. Třídění léků bylo vesměs spekulativní, zakládalo se na jisté podobnosti. Na žloutenku se užíval květ nebo látka žluté barvy, na srdce červená nebo hořká apod. Další znaky byly v podobnosti tvaru, např. fazole připomínala ledvinu, při onemocněních horní poloviny těla se používaly listy, květy a poupata a na nemoci v dolní polovině těla kůra z kmene a kořeny. Proti průjmům se užívalo granátové jablko, estragon, muškátový oříšek, hořec a sedmikráska a naopak jako projímadlo aloe, broskvové jádro, lopuch, jmelí atd. Při horečce bylo jako sedativum užíváno sladké dřevo, které má uklidňující účinek.

Velké pozornosti se těšil žen-šen, který pocházel z Korey. Lék měl, a stále má, pozitivní vliv na krevní oběh, srdeční činnost a látkovou výměnu a působí také protizánětlivě.

Sušená mléčná šťáva, opium, bylo dováženo z Indie, Afriky a Blízkého východu a užívalo se proti průjmům a úplavici.

Klasická čínská materia medica zahrnuje 1500 léků rostlinného původu a 500 léků živočišného původu nebo minerálního složení. Farmacie vděčí Číně za objev efedrinu, baldriánu, kafru, rebarbory, čaje a žen-šenu (30).

1.4.3 Projevy bolesti u Vietnamců

Vietnamci se většinou snaží nedávat svou bolest najevo, protože tím nechtějí obtěžovat svou rodinu, nechtějí jí způsobovat problémy nebo nepříjemnosti. Ochotně snášejí svou bolest a nedávají najevo své potíže. Velkou roli má v projevování bolesti výchova. Rodiče své děti příliš nechválí, zachovávají si kontrolu nad jejich výchovou, učí je být poctiví, tiší a slušní a kladou důraz na nezávislost. Ženy jsou velmi stydlivé. Raději půjdou na toaletu, i přesto, že pocítují při přesunu bolest, než aby použily podložní mísu. V projevování bolesti je důležité si uvědomit hodnotu vietnamských příslušníků zvanou „zachování tváře“, což znamená nehovořit o emocích a neprojevovat je, obzvlášť před cizími lidmi (9, 32, 33).

Nejčastějšími zdravotními problémy všeobecně u Vietnamců jsou nemoci očí, zubů, TBC, malnutrice a duševní poruchy. Pravděpodobně je to dáno životními podmínkami.

Při poskytování psychické podpory přijímají dotyky a hlazení po vlasech jen od svých nejbližších (47).

1.4.4 Vnímání a tolerance bolesti Vietnamci

Nejvýznamnějšími hodnotami ve vietnamské kultuře jsou úcta a harmonie, založené na třech hlavních systémech náboženské víry, které vládou v zemi. Jsou to buddhismus, konfucianismus a taoismus. Náboženství a víra mají v životě Vietnamců velký význam, ovlivňují způsob života, postoje a vztah k nemoci a smrti.

Pro lepší pochopení vnímání bolesti je zde uvedena ve stručnosti podstata těchto náboženství. Buddhismus je založen na teorii, že veškeré bytí je strastné. Základem buddhistické nauky jsou čtyři ušlechtilé pravdy. První pravdou je vznešená pravda o utrpení, druhá je vznešená pravda o vzniku utrpení, třetí je vznešená pravda o zániku utrpení a čtvrtá pravda je vznešená pravda o cestě, která vede k zániku utrpení. Součástí čtvrté pravdy je následování osmidílné stezky, což je pravá znalost, pravý záměr, pravá řeč, pravý čin, pravé živobytí, pravé úsilí, pravá zdvořilost a pravá koncentrace. Dále pro příslušníky buddhistické obce platí pět pravidel etiky, což je abstinence od zabíjení jakéhokoliv života, kradení, sexuální nevázanosti, lhaní a pití omamných nápojů. Buddhismus je pravděpodobně nejtolerantnější náboženství světa a je schopno

koexistovat s jakýmkoliv jiným náboženstvím. Stejně podstatnou roli, jakou v buddhismu hraje soucit, má v konfucianismu pojem lidskost. Konfucianismus se tak orientuje na transformaci nebo zdokonalení člověka v rámci světa. Všechny vědomosti smrti končí a život je většinou pokládán za materiální. Přesto povinností potomků vůči rodičům smrti nekončí. Předci jsou i nadále drženi v hluboké úctě a potomci se starají jak o příslušné modlitby, tak vybudování speciální svatyně v prostorách svého domu. V taoismu, stejně jako v konfucianismu, vytvářejí společně principy jing a jang energii života. Taoisté se snaží meditacemi, náboženskými úkony a cvičením rozvíjet klid a vnitřní mír, snaží se o život v souladu s přírodou a tu také ctí. Přejí si dlouhý pozemský život a proto pěstují sebekázeň, sebeuvědomění a sebekontrolu. Přesto není taoismus zdaleka tolik svázán etiketou jako konfucianismus. Snaží se o uchování tří pokladů lidského života, kterými jsou esence, energie a duch, které jsou od sebe neoddělitelné a vzájemně závislé (20, 35).

Vietnamci preferují rovnováhu sil jing a jang. Jang znamená tmou, chlad, vlhko a jing znamená světlo, teplo a sucho. Tyto síly ovlivňují jak rovnováhu, tak harmonii zdraví. Zdraví je vnímáno jako rovnováha mezi suchem a vlhkem, mezi horkem a chladem. Pokud jsou tyto síly v nerovnováze, způsobují nemoc.

Stres způsobený nemocí a cizím prostředím zdravotnického zařízení vyvažuje pocit podpory ze strany rodiny. Bezprostřední i rozšířená rodina plní významnou roli při poskytování citové, fyzické a ekonomické podpory vietnamskému pacientovi. Je to kvůli vysoké prioritě úcty, harmonie, synovské piety a materiálního sdílení ve většině vietnamských rodinných systémů. Většinou rodina určí osobu, která komunikuje o plánu péče, potřebných právních dokumentech nebo výhodách možností léčby. Rodina může zdravotníky požádat, aby klientovi nebyla sdělována diagnóza nevyléčitelné choroby. Rodinní příslušníci se mohou domnívat, že diagnóza urychlí smrt a způsobí, že se pacient vzdá předčasně, kromě toho to naruší harmonii ve skupině (9, 49).

Podle mnoha buddhistů určuje okamžik příchodu smrti karma. Karma (sanskrtské slovo) znamená přírodní etický zákon příčiny a následku činů. Má podobný význam jako české přísloví "jak se do lesa volá, tak se z lesa ozývá", s přesahem do bližší i vzdálené budoucnosti a do příštích životů člověka. Co jednou vykonal se mu s jistotou dříve nebo později v adekvátní podobě vrátí. Buddhisté věří, že nesobecké

jednání přináší štěstí a egoistické jednání způsobuje utrpení. Taková víra ovlivňuje vnímání informovaného souhlasu, kdy při jeho podepisování mohou nastat problémy. (9, 33, 35, 49).

Jak již bylo řečeno, Vietnamci jsou ovlivněni třemi hlavními náboženstvími, buddhismem, konfucianismem a taoismem. Utrpením, o kterém mluví buddhismus, se rozumí i bolest. Nejen to, ale také částečná víra v reinkarnaci, ovlivňuje vnímání a toleranci bolesti. „Klienti vietnamského původu si mohou myslet, že v utrpení hraje velkou roli osud a že mohou nemoc snadno považovat za výsledek duchovního selhání nebo trest.“ (49, s. 41) Taoismus, který vznikl v 6. st. př. n. l. a pochází od slova „tao“ což je „cesta“, hlásí, že když se mají věci možnost ubírat svým přirozeným směrem, pohybují se k harmonii a dokonalosti. Nemoc a bolest mohou mít nějaký hlubší význam, mohou být cestou k dokonalosti. Pokud ale nemoc a bolest překročí únosnou míru, narušují jedincovu harmonii a dokonalost a ruší tím tyto prvky v celé rodině. Potom je to problém, který se musí řešit (20, 35, 49).

I dnes jsou v tradiční vietnamské kultuře vyhledávání léčitelé, aby poskytli léky, byliny a provedli spirituální léčebné obřady. Většina dospělých Vietnamců si uchovala jistou víru v lidovou medicínu, která ovlivňuje nejen vysvětlování příčin symptomů, ale i druh léčby. Vietnamci dodržují zásady správné výživy, nepřejídají se, nekouří a alkohol konzumují jen v malém množství. Základem jejich stravy je rýže, kuřecí maso, ryby a zelenina. V době nemoci přijímají více tekutin, především teplé neochucené čaje. Dávají přednost bylinným čajům a nejrůznějším rostlinám před analgetiky, protože mají obavu z návyku a jejich vedlejších účinků. Vietnamci jsou ochotni snášet velkou bolest. Bolesti přiznají až v pokročilém stadiu a do nemocnice přicházejí, když je jejich stav závažný. To se týká i osoby s duševními problémy, která nenavštíví zdravotnické zařízení, dokud její problémy nenabudou kritických rozměrů.

V době porodu doprovází do porodnice rodičku manžel a rodina. Vietnamské ženy se chovají klidně, tiše a chtějí svou bolest snášet samy v soukromí. Nejsou uzavřené návrhům na zpříjemnění porodu, např. sprchou, masáží. Pokud si zdravotnický personál získá jejich důvěru, snaží se Vietnamka dorozumět a spolupracuje. Pokud při komunikaci zdravotnický personál projeví vůči rodičce zájem, úctu a respekt, může zjišťovat stupeň bolesti nebo úzkosti a rodičce pomoci. Vietnamské ženy se při porodu

chovají velmi statečně a snaží se nedávat bolest najevo. Velmi jim pomáhá ve snášení poporodních bolestí přítomnost rodiny i přítomnost narozeného dítěte. I přesto, že preferují rodinné prostředí před nemocničním, v dnešní době v České republice probíhají vietnamské porody v porodnici. Ženy, ale i muži, tolerují bolest lépe díky jinému náhledu na svět a duchovním hodnotám.

V případě nemoci a léčby se rozhoduje rodina společně. Při rozhodování akceptují spíše rozhodnutí přijatá rodinou, protože jsou přesvědčeni, že rozhodnutí bylo schváleno pro celkové dobro. Bezprostřední i rozšířená rodina plní také významnou roli při poskytování citové, fyzické a ekonomické podpory vietnamskému klientovi/pacientovi. To vše ovlivňuje toleranci jedince k bolesti. Pocit podpory ze strany rodiny vyvažuje stres způsobený nemocí, bolestí a pobytem ve zdravotnickém prostředí (9, 13, 23, 49).

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Pro diplomovou práci jsme si zvolili tyto cíle:

1. Zjistit a porovnat rozdíly v tišení bolesti v romské, vietnamské a české kultuře v domácím a v nemocničním prostředí.
2. Zjistit, zda Romové, Vietnamci a Češi vnímají bolest jako součást života.
3. Zjistit vliv bolesti na běžnou činnost vedoucí k zahájení aktivit pro tišení bolesti.

2.2 Hypotézy

- H1:** Příslušníci národnostních menšin v České republice upřednostňují nefarmakologické způsoby tišení bolesti před farmakologickými v porovnání s Čechy.
- H2:** Češi nevnímají bolest jako součást života na rozdíl od příslušníků národnostních menšin v České republice.
- H3:** Věřící člověk snáší bolest lépe než nevěřící.
- H4:** Romové mají nižší toleranci bolesti než Češi.
- H5:** Vietnamci mají vyšší toleranci bolesti než Češi.

3. Metodika

3.1 Metodika práce

Pro dosažení stanoveného cíle jsme zvolili techniku strukturovaného dotazníku. Byl vytvořen anonymní dotazník stejný pro všechny tři kultury, aby bylo možné výsledky výzkumu mezi sebou porovnat.

Dotazník byl složen celkem z 26 výroků a otázek, které byly uzavřené a polootevřené. První otázky se týkaly identifikačních údajů. Otázky a výroky byly zaměřeny především na prožívání, vyjadřování a význam bolesti a na způsoby jejich tišení. Dotazník dále obsahoval výroky týkající se souvislosti mezi bolestí a vírou.

Údaje získané z dotazníků byly zpracovány počítačovým programem Microsoft Excel. Byly vybrány sloupcové grafy a pro přehlednost také tabulky.

3.2 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořily skupiny respondentů zastupující českou, romskou a vietnamskou kulturu. Celkem bylo rozdáno do každé kultury 50 dotazníků. Od českých respondentů se vrátilo 46 dotazníků (92 %), z toho byly vyřazeny 4 dotazníky a použitelných bylo 42 dotazníků (84 %). Návratnost byla u Čechů 84 %, pro zpracování grafů je 100 % 42 dotazníků.

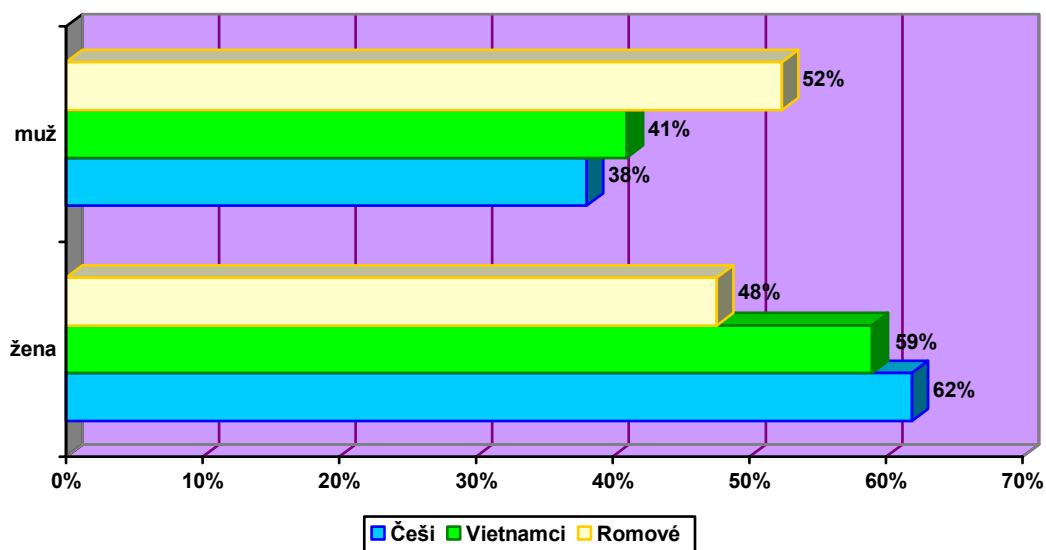
Od romských respondentů se vrátilo 49 dotazníků (98 %), z toho bylo vyřazeno 7 dotazníků a použitelných bylo 42 dotazníků (84 %). Návratnost byla u Romů 84 %, pro zpracování grafů je 100 % 42 dotazníků.

Od vietnamských respondentů se vrátilo 45 dotazníků (90 %), z toho bylo vyřazeno 6 dotazníků a použitelných bylo 39 dotazníků (78 %). Návratnost byla u Vietnamců 78 %, pro zpracování grafů je 100 % 39 dotazníků.

4. Výsledky

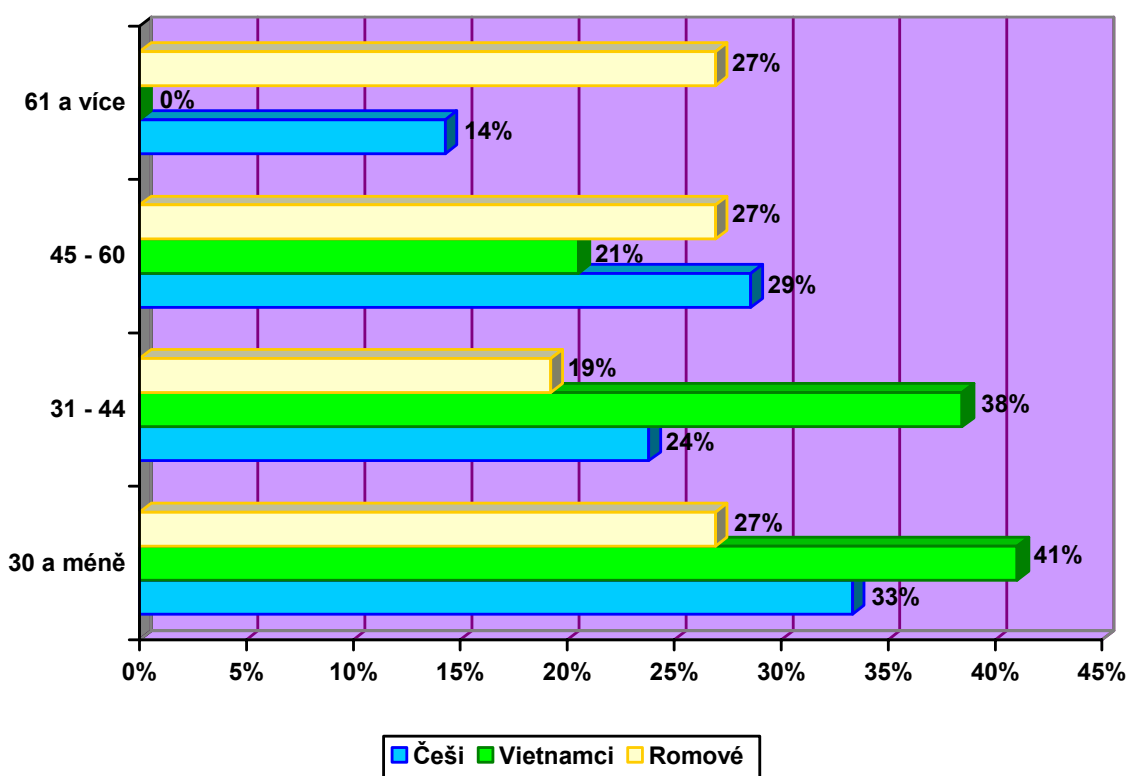
4.1 Výsledky dotazníků

Graf 1 Pohlaví respondentů



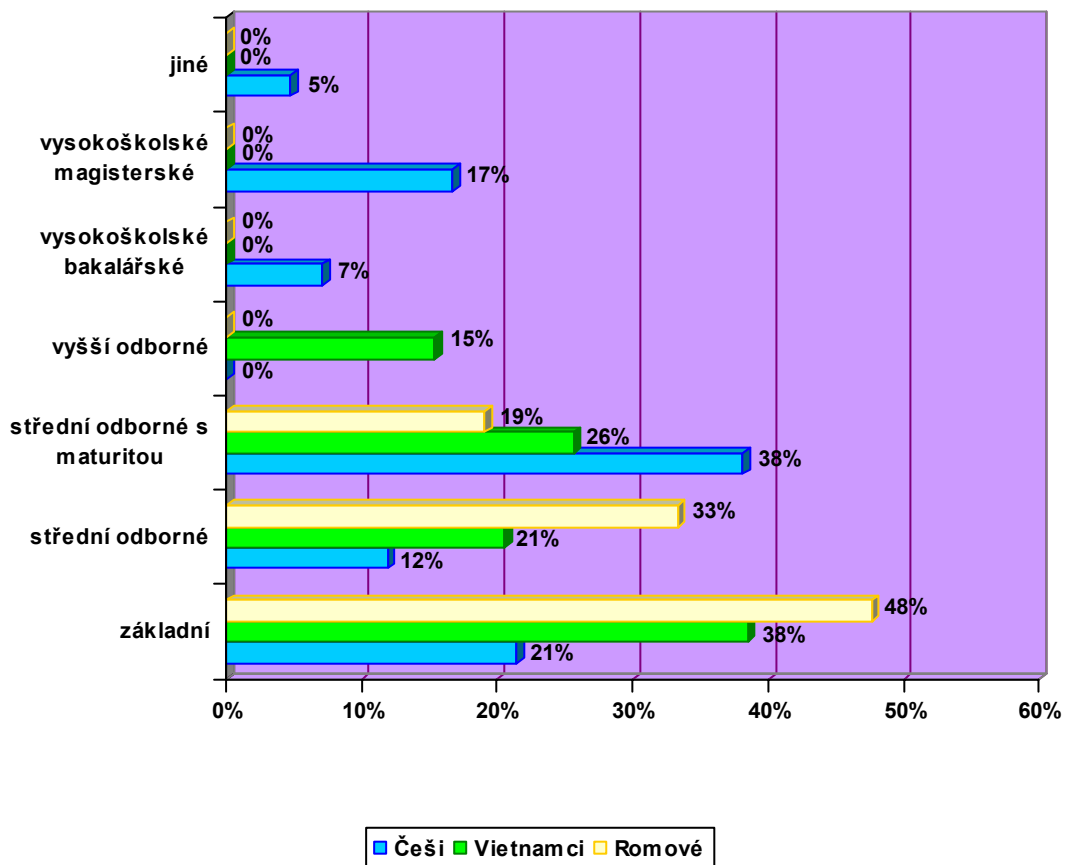
Výzkumu se zúčastnilo 42 Čechů (100 %), z toho 26 žen (62 %) a 16 mužů (38 %), Vietnamců bylo 39 (100 %), z toho 23 žen (59 %) a 16 mužů (41 %) a Romů odpovídalo 42 (100 %), z toho 20 žen (48 %) a 22 mužů (52 %).

Graf 2 Věk respondentů



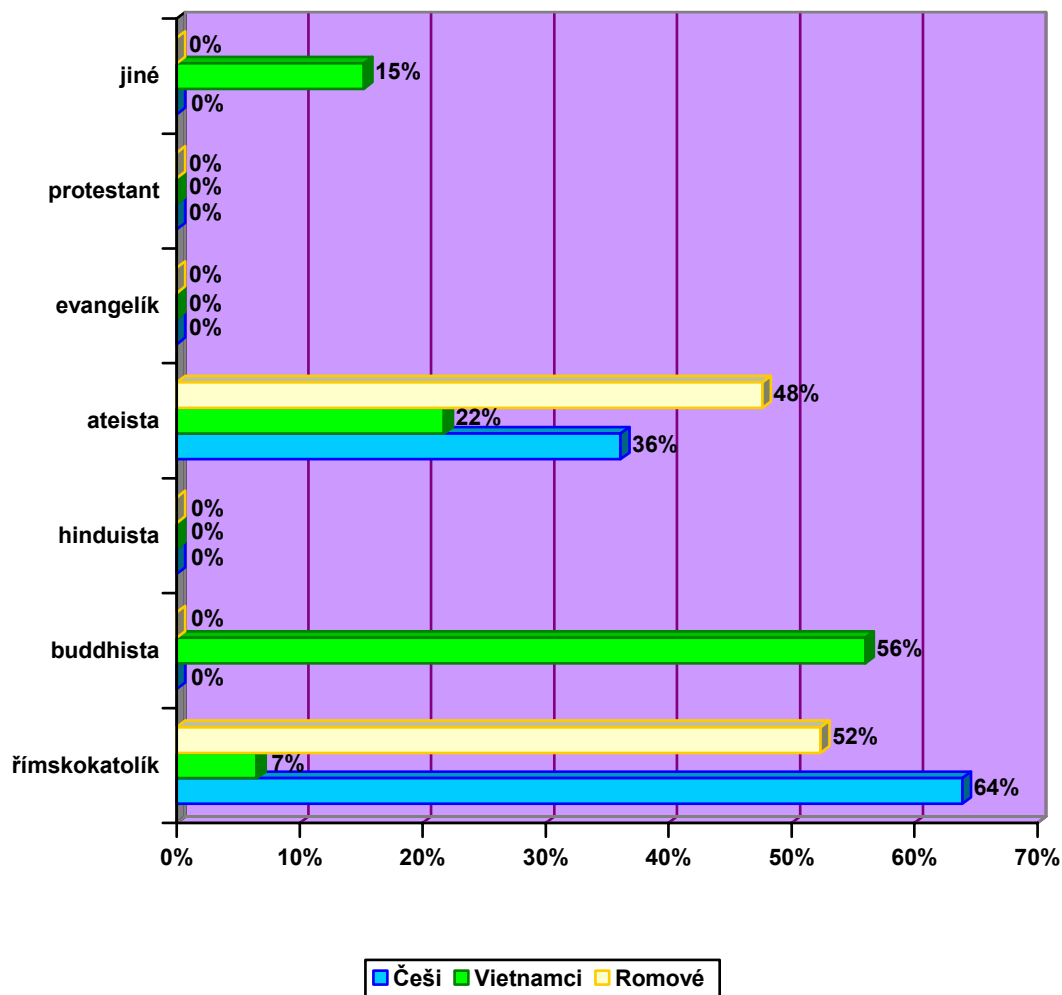
Českých respondentů bylo 42 (100 %), vietnamských respondentů 39 (100 %) a romských respondentů 42 (100 %). Ve věku 30 let a méně bylo 14-ti českým respondentům (33 %), 16-ti vietnamským respondentům (41 %) a 14-ti romským respondentům (27%). Ve věku 31 – 44 let odpovídalo 10 českých respondentů (24 %), 15 vietnamských respondentů (38 %) a 10 romských (19 %). Ve věku 45 – 60 bylo 12 Čechů (29 %), 8 Vietnamců (21 %) a 14 Romů (27 %). A dále odpovídalo ve věku 61 let a více 6 Čechů (14 %), žádný Vietnamec (0 %) a 14 Romů (27 %).

Graf 3 Vzdelání respondentů



Ze 42 Čechů (100 %) označilo základní vzdělání 9 respondentů (21 %), ze 39 Vietnamců (100 %) 15 (38 %) a ze 42 Romů (100 %) tak odpovědělo 20 (48 %). Střední odborné vzdělání mělo 5 Čechů (12 %), 8 Vietnamců (21 %) a 14 Romů (33 %). Střední odborné vzdělání s maturitou absolvovalo 16 Čechů (38 %), 10 Vietnamců (26 %) a 8 Romů (19 %). Vyšší odborné vzdělání neoznačil žádný Čech (0 %), označilo ho 6 Vietnamců (15 %) a neoznačil ho žádný Rom (0 %). Vysokoškolské bakalářské studium absolvovali 3 Češi (7 %), žádný Vietnamec (0 %) a žádný Rom (0 %). Vysokoškolské magisterské vzdělání mělo 7 Čechů (17 %), žádný Vietnamec (0 %) a žádný Rom (0 %). Jiné vzdělání měli 2 Češi (5 %), kteří označili vysokoškolské inženýrské vzdělání a žádný Vietnamec (0 %) a žádný Rom (0 %).

Graf 4 Náboženské vyznání respondentů



Českých respondentů bylo 42 (100 %), vietnamských respondentů 39 (100 %) a romských respondentů 42 (100 %). Na otázku týkající se náboženského vyznání respondentů odpovědělo 23 Čechů (64 %), že jsou římskokatolického vyznání, 3 Vietnamci (7 %) a 22 Romů (52 %). Buddhistické vyznání ne zvolil žádný Čech (0 %), zvolilo 26 Vietnamců (56 %) a ne zvolil žádný Rom (0 %).

Tabulka 1 Věřící a nevěřící čeští, vietnamští a romští respondenti

	Češi		Vietnamci		Romové	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Věřící	23	55 %	29	74 %	22	52 %
Nevěřící	19	45 %	10	26 %	20	48 %
Celkem respondentů	42	100 %	39	100 %	42	100 %

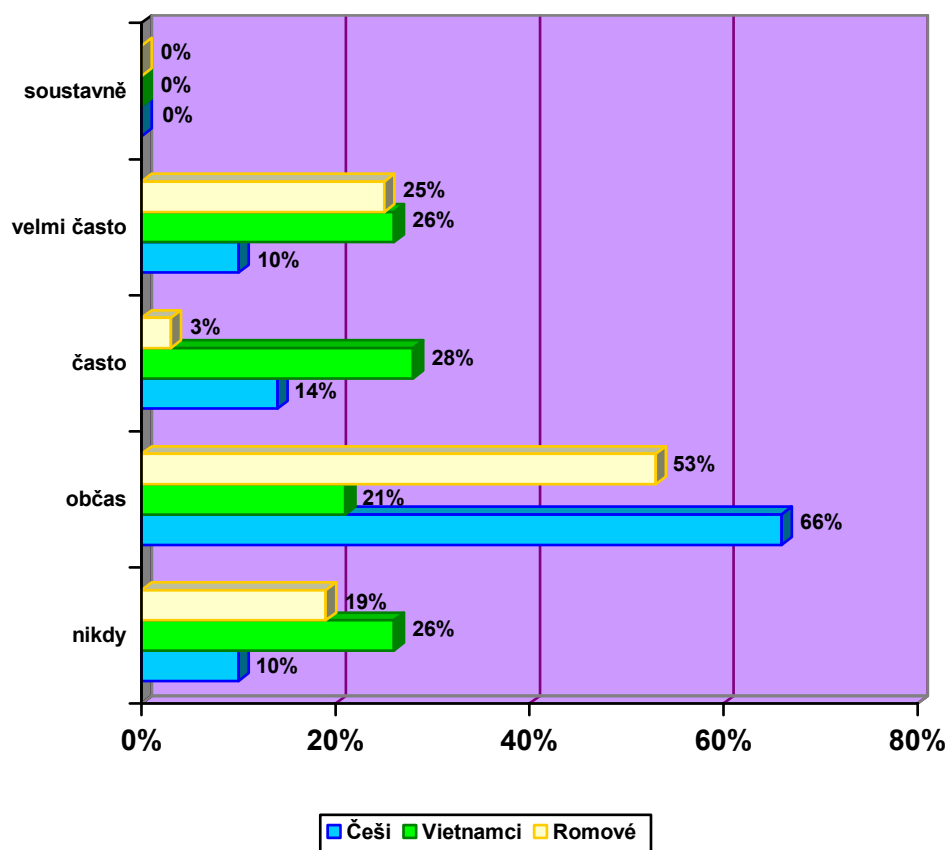
Tabulka je doplněním grafu 4. Z českých respondentů bylo 23 věřících (55 %) a 19 ateistů (45 %), z vietnamských respondentů bylo celkem 29 věřících (74 %) a 10 nevěřících (26 %) a romských respondentů bylo 22 (52 %) s náboženským vyznáním a 20 nevěřících (48 %).

Tabulka 2 Věřící a nevěřící respondenti

Náboženské vyznání	Češi, Romové, Vietnamci	
	Počet	%
Věřící	74	60 %
Nevěřící	49	40 %
Celkem	123	100 %

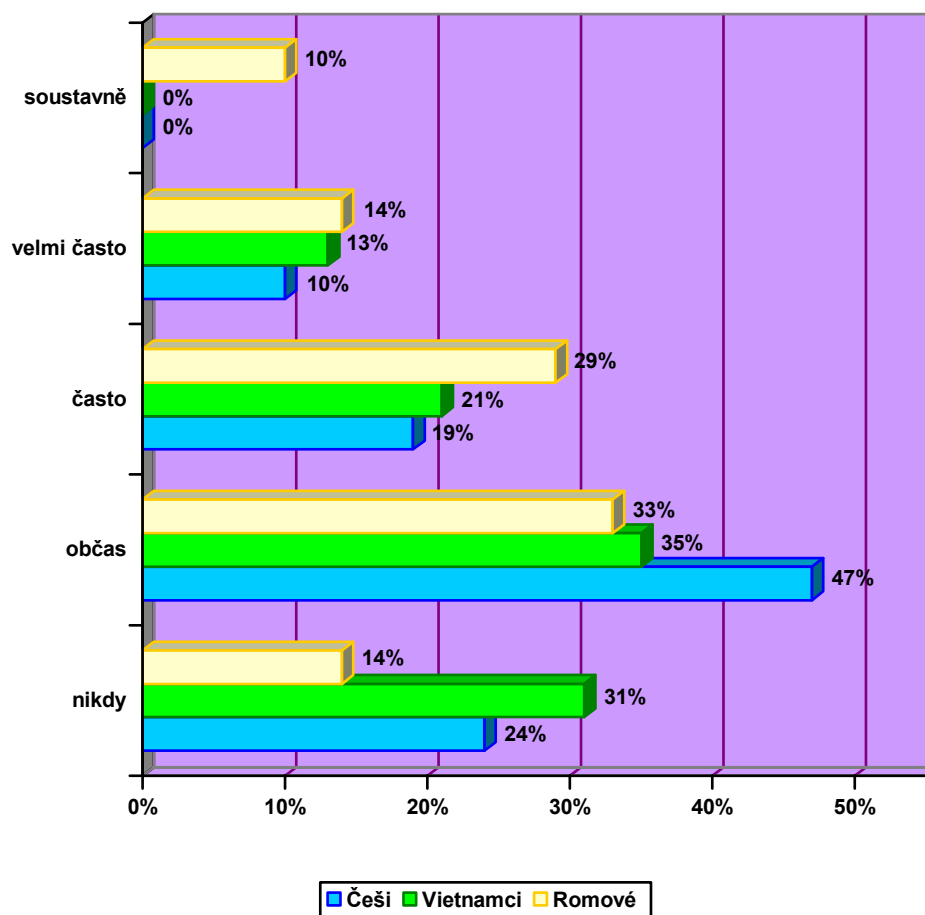
Tabulka doplňuje graf 4 a je shrnutím tabulky 1. Ze všech 123 respondentů (100 %) zastupujících českou, vietnamskou a romskou kulturu bylo 74 respondentů (60 %) věřících a 49 respondentů (40 %) nevěřících.

Graf 5 Bolest hlavy



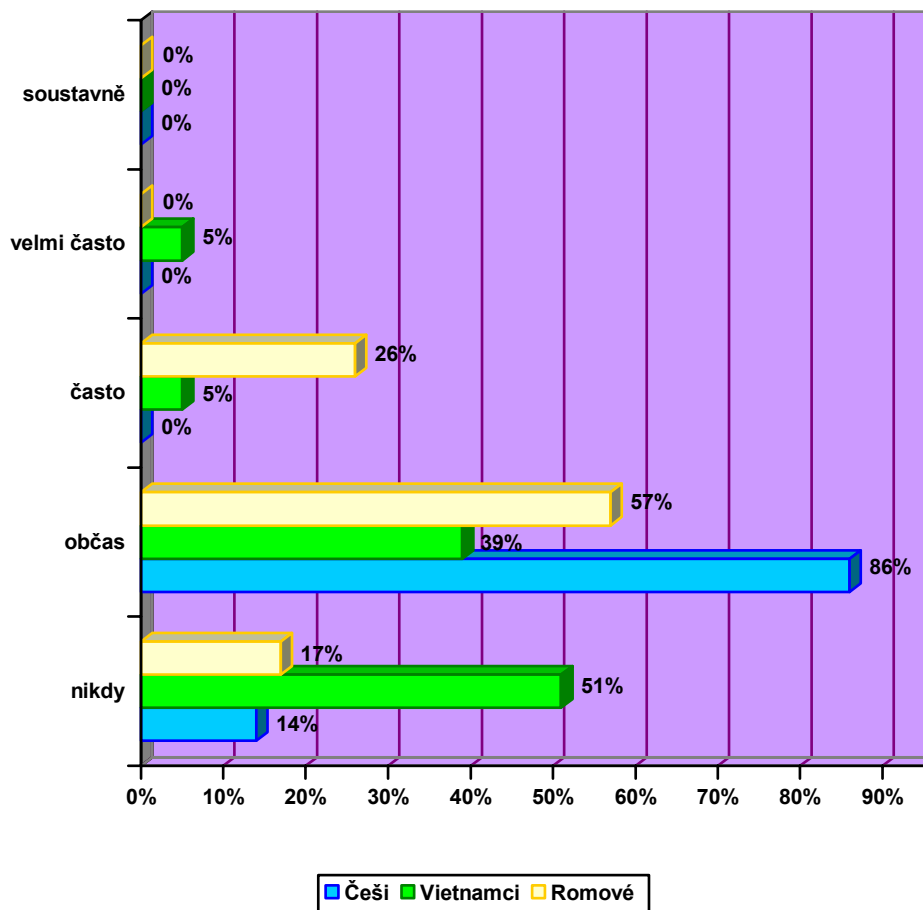
Ze 42 českých respondentů (100 %), 39 vietnamských respondentů (100 %) a 42 romských respondentů (100 %) odpovědělo na otázku týkající se prožité bolesti hlavy, že nikdy 4 čeští respondenti (10 %), 10 vietnamských respondentů (26 %) a 6 romských respondentů (19 %). Odpověď občas zvolilo 28 českých respondentů (66 %), 8 vietnamských respondentů (21 %) a 17 romských respondentů (53 %). Možnost často si vybralo 6 Čechů (14 %), 11 Vietnamců (28 %) a 1 Rom (3 %). Velmi Často bolí hlava 4 Čechy (10 %), 10 Vietnamců (26 %) a 8 Romů (25 %). Odpověď soustavně zaškrtl žádný Čech (0 %), žádný Vietnamec (0 %) a žádný Rom (0 %).

Graf 6 Bolest páteře



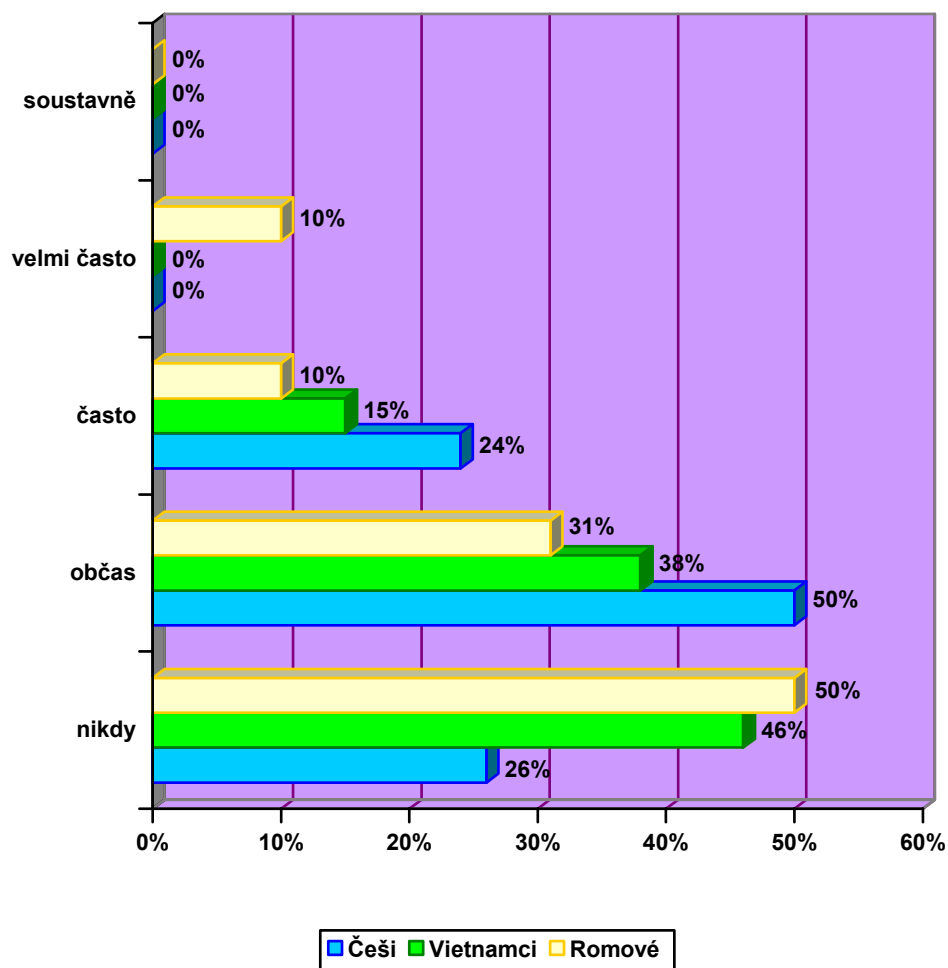
Z celkového počtu 42 českých (100 %), 39 vietnamských (100 %) a romských respondentů (100 %) bolest páteře nikdy neprožilo 10 českých respondentů (24 %), 12 vietnamských respondentů (31 %) a 6 romských respondentů (14 %). Možnost občas zvolilo 20 českých respondentů (47 %), 14 vietnamských respondentů (35 %) a 14 romských respondentů (33 %). Často bolí páteř 8 Čechů (19 %), 8 Vietnamců (21 %) a 12 Romů (29 %). Odpověď velmi často zvolili 4 Češi (10 %), 5 Vietnamců (13 %) a 6 Romů (14 %). A dále možnost soustavně nezvolil žádný Čech (0 %), žádný Vietnamec (0 %) a zvolili ji 4 Romové (10 %).

Graf 7 Bolest zubů



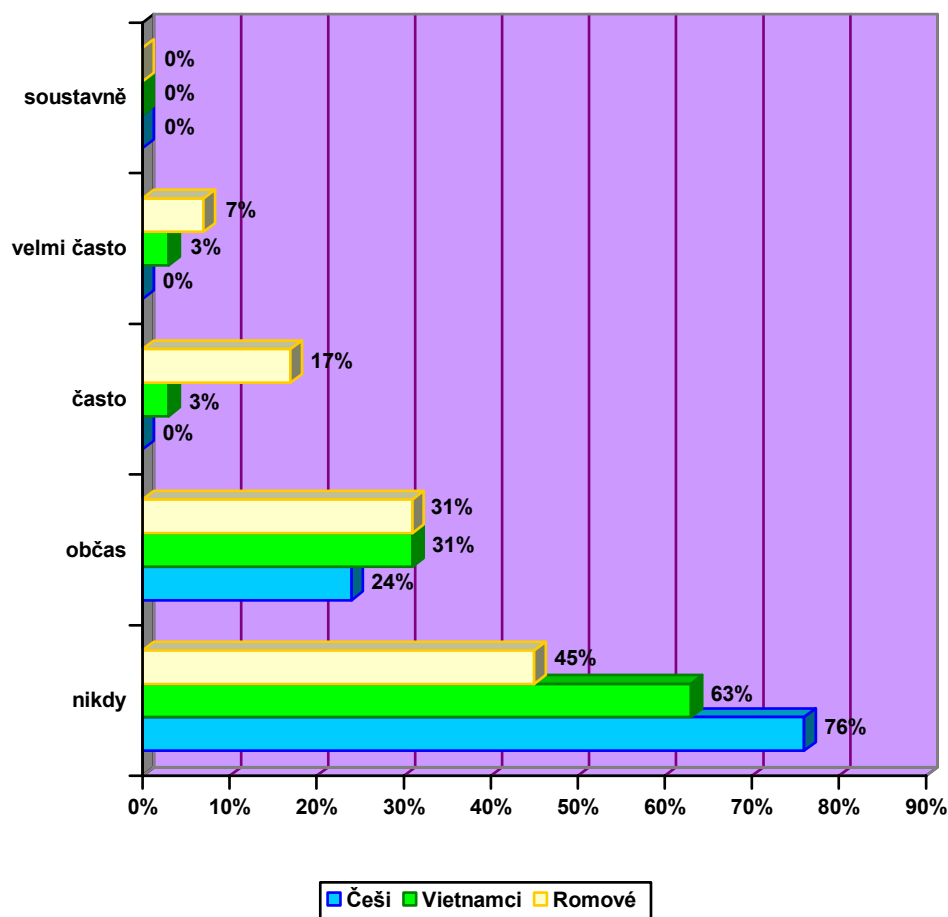
Z celkového počtu 42 českých (100 %), 39 vietnamských (100 %) a romských respondentů (100 %) bolest páteře nikdy nemělo 6 českých respondentů (14 %), 20 vietnamských respondentů (51 %) a 7 romských respondentů (17 %). Odpověď občas zvolilo 36 Čechů (86 %), 15 Vietnamců (39 %) a 24 Romů (57 %). Možnost často nevybral žádný Čech (0 %), 2 Vietnamci (5 %) ji vybrali a 11 Romů (26 %) také ano. Velmi často páteř nebolí žádného českého respondenta (0 %), bolí 2 vietnamské respondenty (5 %) a nebolí žádného romského respondenta (0 %). Soustavně nebolí páteř ani jednoho respondenta ze tří kultur.

Graf 8 Bolest menstruační



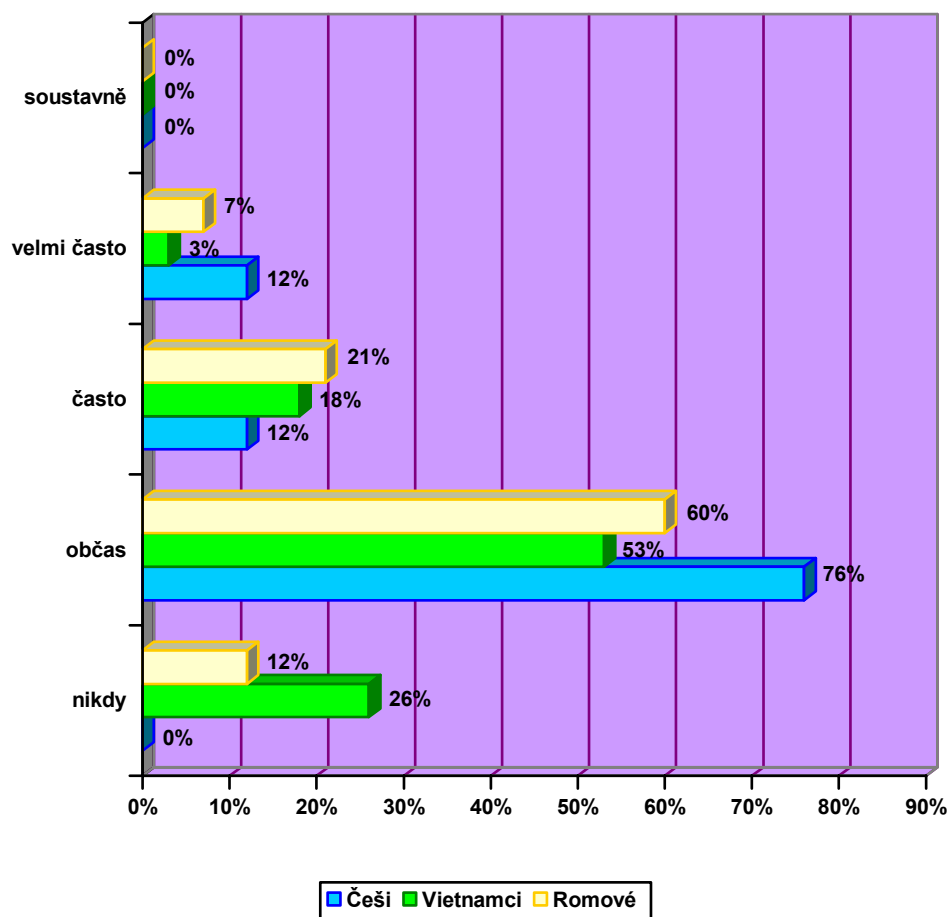
Z celkového počtu 42 českých (100 %), 39 vietnamských (100 %) a romských respondentů (100 %) menstruační bolest nikdy neprožilo 11 Čechů (26 %), 18 Vietnamců (46 %) a 21 Romů (50 %). Odpověď občas zvolilo 21 Čechů (50 %), 15 Vietnamců (38 %) a 13 Romů (31 %). Odpověď často vybralo 10 Čechů (24 %), 6 Vietnamců (15 %) a 4 Romové (10 %). Možnost velmi často nezvolil žádný Čech (0 %), žádný Vietnamec (0 %) a zvolili ji 4 Romové (10 %). Možnost soustavné menstruační bolesti nevybral ani jeden respondent ze těchto tří skupin.

Graf 9 Bolest hrudníku



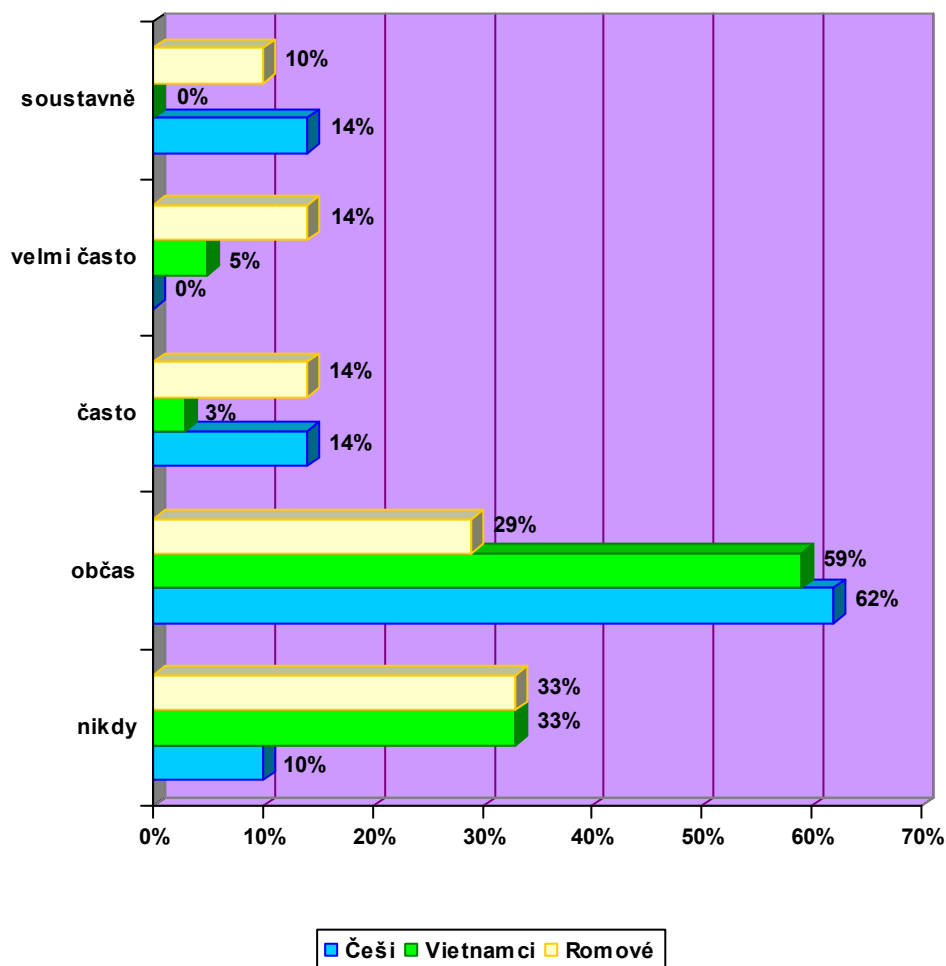
Z celkového počtu 42 českých (100 %), 39 vietnamských (100 %) a romských respondentů (100 %) u otázky týkající se bolesti hrudníku zvolilo 32 Čechů (76 %) odpověď, že je nebolel nikdy, 25 Vietnamců (63 %) a 19 Romů (45 %) odpovědělo taktéž. Občas bolest hrudníku zažívá 10 Čechů (24 %), 12 Vietnamců (31 %) a 13 Romů (31 %). Možnost často nezvolil žádný Čech (0 %), zvolil ji 1 Vietnamec (3 %) a 7 Romů (17 %). Odpověď velmi často nevybral žádný Čech (0 %) a vybral ji 1 Vietnamec (3 %) a 3 Romové (7 %). Soustavnou bolest hrudníku nezvolil žádný respondent z těchto tří skupin.

Graf 10 Bolest břicha



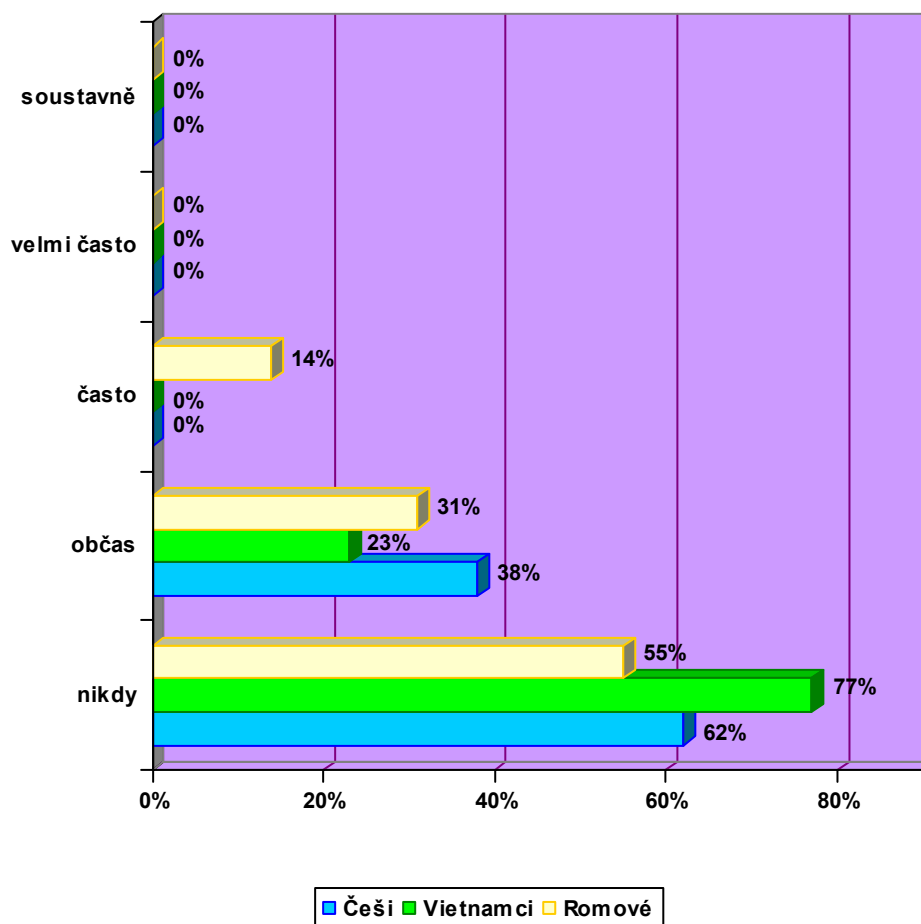
Z celkového počtu 42 českých (100 %), 39 vietnamských (100 %) a romských respondentů (100 %) možnost nikdy u otázky týkající se bolesti břicha ne zvolil žádný český respondent (0 %), nikdy ji neprožilo 10 vietnamských respondentů (26 %) a 5 romských respondentů (12 %). Odpověď občas zvolilo 32 Čechů (76 %), 21 Vietnamců (53 %) a 25 Romů (60 %). Odpověď často vybralo 5 Čechů (12 %), 7 Vietnamců (18 %) a 9 Romů (21 %). Velmi často bolí břicho 5 českých respondentů (12 %), 1 vietnamského respondenta (3 %) a 3 romské respondenty (7 %). Možnost odpovědi soustavně nevybral žádný respondent z těchto tří kultur.

Graf 11 Bolest kloubů



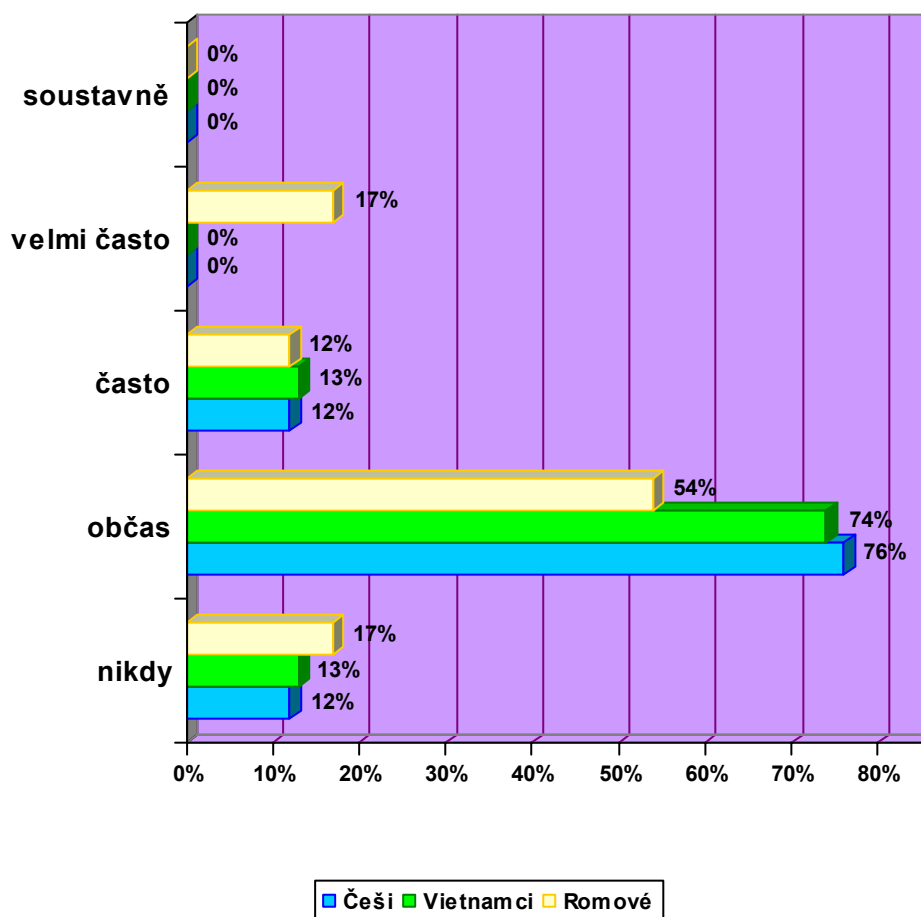
Z celkového počtu 42 českých (100 %), 39 vietnamských (100 %) a romských respondentů (100 %) bolest kloubů nikdy neprožili 4 čeští respondenti (10 %), 13 vietnamských respondentů (33 %) a 14 romských respondentů (33 %). Občas tuto bolest prožilo 26 Čechů (62 %), 23 Vietnamců (59 %) a 12 Romů (29 %). Možnost často zvolilo 6 Čechů (14 %), 1 Vietnamec (3 %) a 6 Romů (14 %). Odpověď velmi často nevolil žádný Čech (0 %), volili ji 2 Vietnamci (5 %) a 6 Romů (14 %). Soustavně bolí klouby 6 Čechů (14 %), 4 Romů (10 %) a žádného Vietnamce (0 %).

Graf 12 Bolest při zlomenině



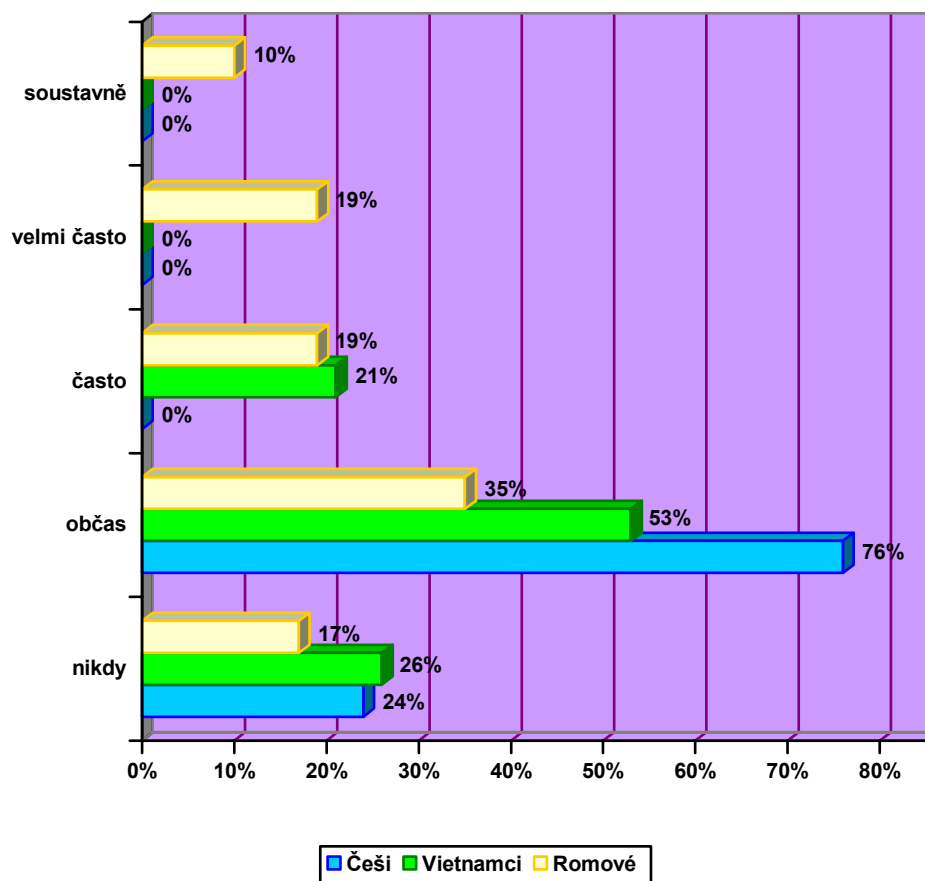
Z celkového počtu 42 českých (100 %), 39 vietnamských (100 %) a romských respondentů (100 %) bolest spojenou se zlomeninou nikdy neprožilo 26 českých respondentů (62 %), 30 vietnamských respondentů (77 %) a 23 romských respondentů (55 %). Občas ji prožilo 16 Čechů (38 %), 9 Vietnamců (23 %) a 13 Romů (31 %). Možnost často nezvolil žádný Čech (0 %) ani žádný Vietnamec (0 %) a zvolilo ji 6 Romů (14 %). Odpověď velmi často a odpověď soustavně nevybral žádný český, vietnamský ani romský respondent.

Graf 13 Bolest ze ztráty blízkého člověka



Z celkového počtu 42 českých (100 %), 39 vietnamských (100 %) a romských respondentů (100 %) bolest spojenou se ztrátou blízkého člověka nikdy neprožilo 5 českých respondentů (12 %), 5 vietnamských respondentů (13 %) a 7 romských respondentů (17 %). Možnost občas zvolilo 32 Čechů (76 %), 29 Vietnamců (74 %) a 23 Romů (54 %). Odpověď často vybralo 5 Čechů (12 %), 5 Vietnamců (13 %) a 5 Romů (12 %). Odpověď velmi často nezvolil žádný Čech (0 %) ani žádný Vietnamec (0 %) a zvolilo ji 7 Romů (17 %). Možnost soustavně nezvolil žádný český, vietnamský ani romský respondent.

Graf 14 Bolest v duši



Z celkového počtu 42 českých (100 %), 39 vietnamských (100 %) a romských respondentů (100 %) na otázku týkající prožité bolesti v duši zvolilo odpověď nikdy 10 českých respondentů (24 %), 10 vietnamských respondentů (26 %) a 7 romských respondentů (17 %). Odpověď občas vybralo 32 Čechů (76 %), 21 Vietnamců (53 %) a 15 Romů (35 %). Možnost často nezvolil u této otázky žádný Čech (0 %), zvolilo ji 8 Vietnamců (21 %) a 8 Romů (19 %). Odpověď velmi často nevybral žádný Čech (0 %) ani žádný Vietnamec (0 %) a vybralo ji 8 Romů (19 %). Soustavnou bolest v duši neprožívá žádný český ani žádný vietnamský respondent (0 %) a prožívají ji 4 Romové (10 %).

Tabulka 3 Druhy prožité bolesti

		Češi		Vietnamci		Romové	
		Počet	%	Počet	%	Počet	%
Celkový počet respondentů		42	100 %	39	100 %	42	100 %
Bolest hlavy	Nikdy	4	10 %	10	26 %	6	19 %
	Občas	28	66 %	8	21 %	17	53 %
	Často	6	14 %	11	28 %	1	3 %
	Velmi často	4	10 %	10	26 %	8	25 %
	Soustavně	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Bolest páteře	Nikdy	10	24 %	12	31 %	6	14 %
	Občas	20	47 %	14	35 %	14	33 %
	Často	8	19 %	8	21 %	12	29 %
	Velmi často	4	10 %	5	13 %	6	14 %
	Soustavně	0	0 %	0	0 %	4	10 %
Bolest zubů	Nikdy	6	14 %	20	51 %	7	17 %
	Občas	36	86 %	15	39 %	24	57 %
	Často	0	0 %	2	5 %	11	26 %
	Velmi často	0	0 %	2	5 %	0	0 %
	Soustavně	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Bolest menstruační	Nikdy	11	26 %	18	46 %	21	50 %
	Občas	21	50 %	15	38 %	13	31 %
	Často	10	24 %	6	15 %	4	10 %
	Velmi často	0	0 %	0	0 %	4	10 %
	Soustavně	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Bolest hrudníku	Nikdy	32	76 %	25	63 %	19	45 %
	Občas	10	24 %	12	31 %	13	31 %
	Často	0	0 %	1	3 %	7	17 %
	Velmi často	0	0 %	1	3 %	3	7 %
	Soustavně	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Bolest břicha	Nikdy	0	0 %	10	26 %	5	12 %
	Občas	32	76 %	21	53 %	25	60 %
	Často	5	12 %	7	18 %	9	21 %
	Velmi často	5	12 %	1	3 %	3	7 %
	Soustavně	0	0 %	0	0 %	0	0 %

Bolest kloubů	Nikdy	4	10 %	13	33 %	14	33 %
	Občas	26	62 %	23	59 %	12	29 %
	Často	6	14 %	1	3 %	6	14 %
	Velmi často	0	0 %	2	5 %	6	14 %
	Soustavně	6	14 %	0	0 %	4	10 %
Bolest při zlomenině	Nikdy	26	62 %	30	77 %	23	55 %
	Občas	16	38 %	9	23 %	13	31 %
	Často	0	0 %	0	0 %	6	14 %
	Velmi často	0	0 %	0	0 %	0	0 %
	Soustavně	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Bolest ze ztráty blízkého člověka	Nikdy	5	12 %	5	13 %	7	17 %
	Občas	32	76 %	29	74 %	23	54 %
	Často	5	12 %	5	13 %	5	12 %
	Velmi často	0	0 %	0	0 %	7	17 %
	Soustavně	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Bolest v duši	Nikdy	10	24 %	10	26 %	7	17 %
	Občas	32	76 %	21	53 %	15	35 %
	Často	0	0 %	8	21 %	8	19 %
	Velmi často	0	0 %	0	0 %	8	19 %
	Soustavně	0	0 %	0	0 %	4	10 %

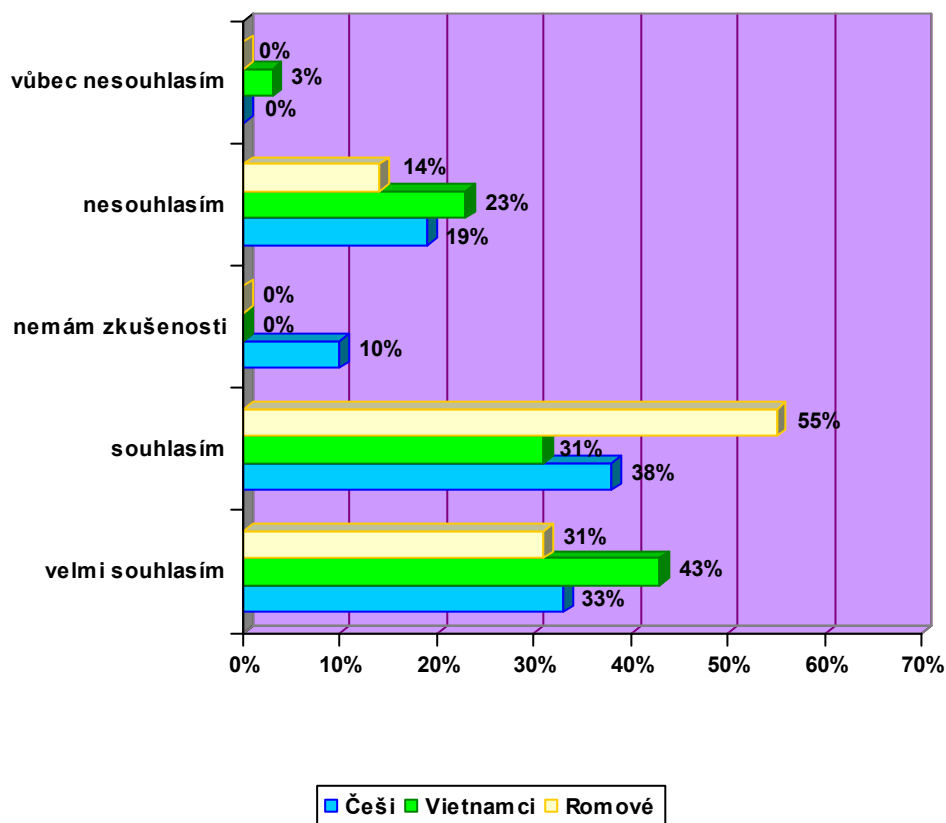
Tabulka shrnuje odpovědi českých, vietnamských a romských respondentů z grafu 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 a 13.

Tabulka 4 Maximální délka bolesti

	Češi		Vietnamci		Romové	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Méně než 1 měsíc	22	53 %	28	71 %	21	49 %
Déle než 1 měsíc	8	19 %	1	3 %	7	17 %
Déle než 3 měsíce	6	14 %	2	5 %	2	5 %
Déle než 6 měsíců	6	14 %	8	21 %	12	29 %
Celkový počet respondentů	42	100 %	39	100 %	42	100 %

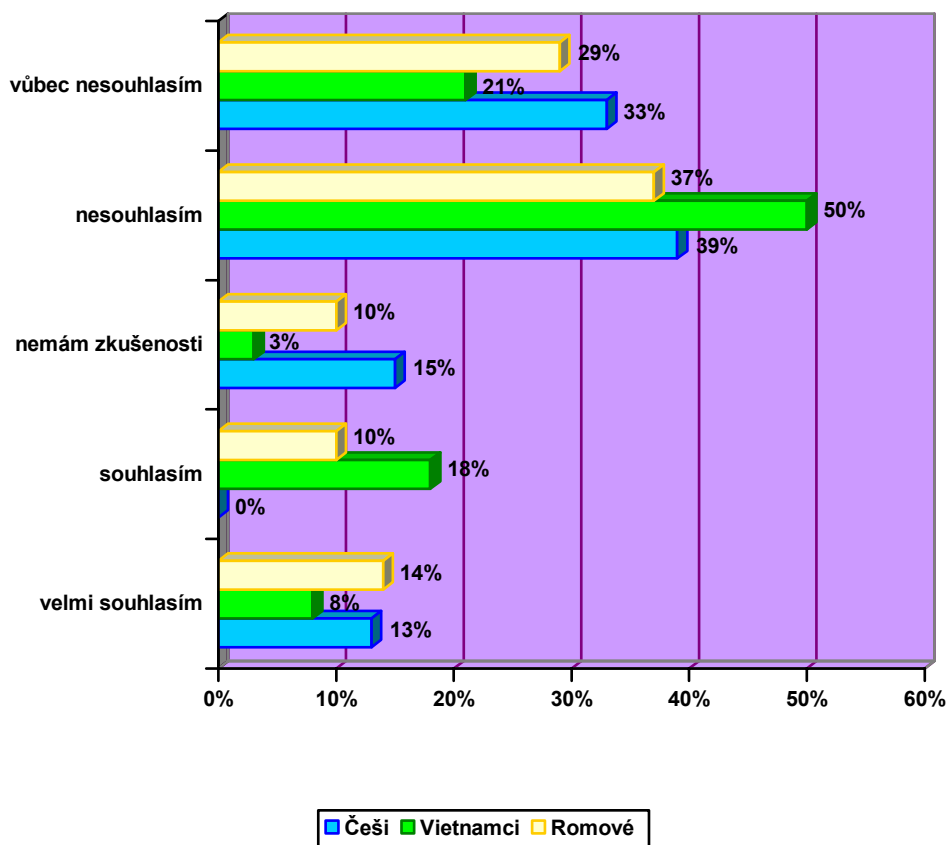
Na otázku týkající se nejdéle prožité bolesti zvolilo z celkového počtu 42 českých (100 %), 39 vietnamských (100 %) a romských respondentů (100 %) odpověď méně než 1 měsíc 22 českých respondentů (53 %), 28 vietnamských respondentů (71 %) a 21 romských respondentů (49 %). Odpověď déle než jeden měsíc zvolilo 8 českých respondentů (19 %), 1 vietnamský respondent (3 %) a 7 romských respondentů (17 %). Možnost déle než 3 měsíce vybralo 6 českých respondentů (14 %), 2 vietnamští respondenti (5 %) a 2 romští respondenti (5 %). Možnost déle než 6 měsíců zvolilo 6 českých respondentů (14 %), 8 vietnamských respondentů (21 %) a 12 romských respondentů (29 %).

Graf 14 Bolest jako příznak onemocnění



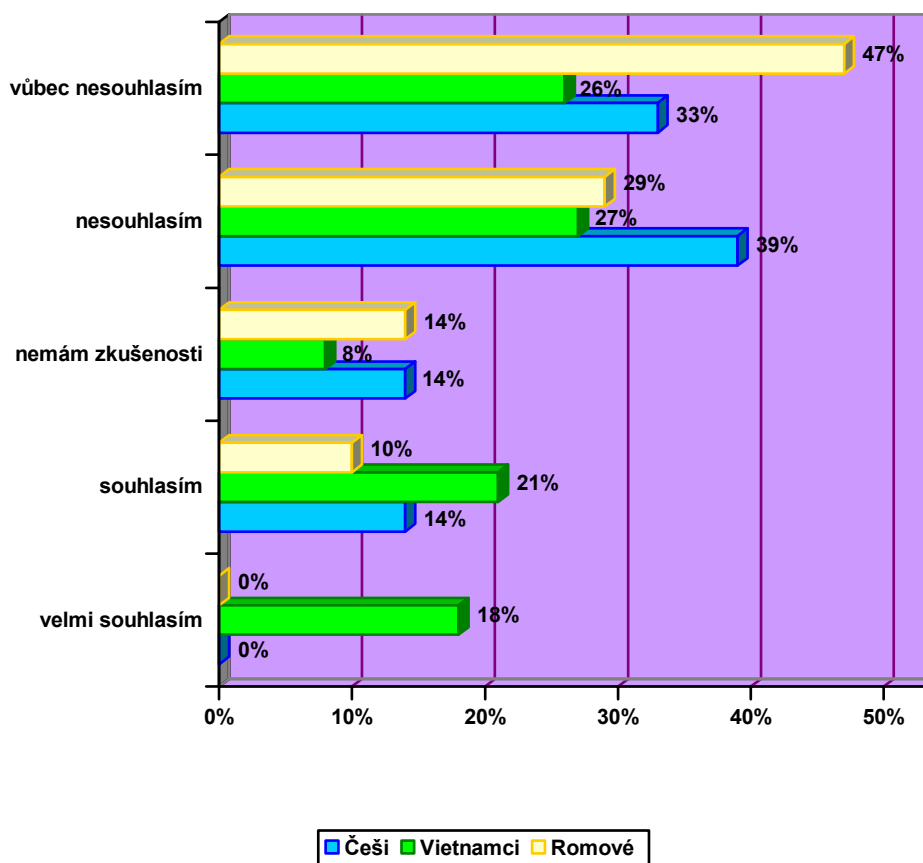
Z celkového počtu 42 českých (100 %), 39 vietnamských (100 %) a romských respondentů (100 %) s výkladem bolesti jako s příznakem onemocnění velmi souhlasí 14 českých respondentů (33 %), 17 vietnamských respondentů (43 %) a 13 romských respondentů (31 %). Souhlasí s ním 16 českých respondentů (38 %), 12 vietnamských respondentů (31 %) a 23 romských respondentů (55 %). Možnost nemám zkušenosti volili 4 Češi (10 %), žádný Vietnamec (0 %) a žádný Rom (0 %). Odpověď nesouhlasím, že bolest je příznak onemocnění zvolilo 8 Čechů (19 %), 9 Vietnamců (23 %) a 6 Romů (14 %). Odpověď velmi nesouhlasím nezvolil žádný Čech (0 %), zvolil ji 1 Vietnamec (3 %) a nezvolil ji žádný Rom (0 %).

Graf 15 Bolest jako cesta k vykoupení



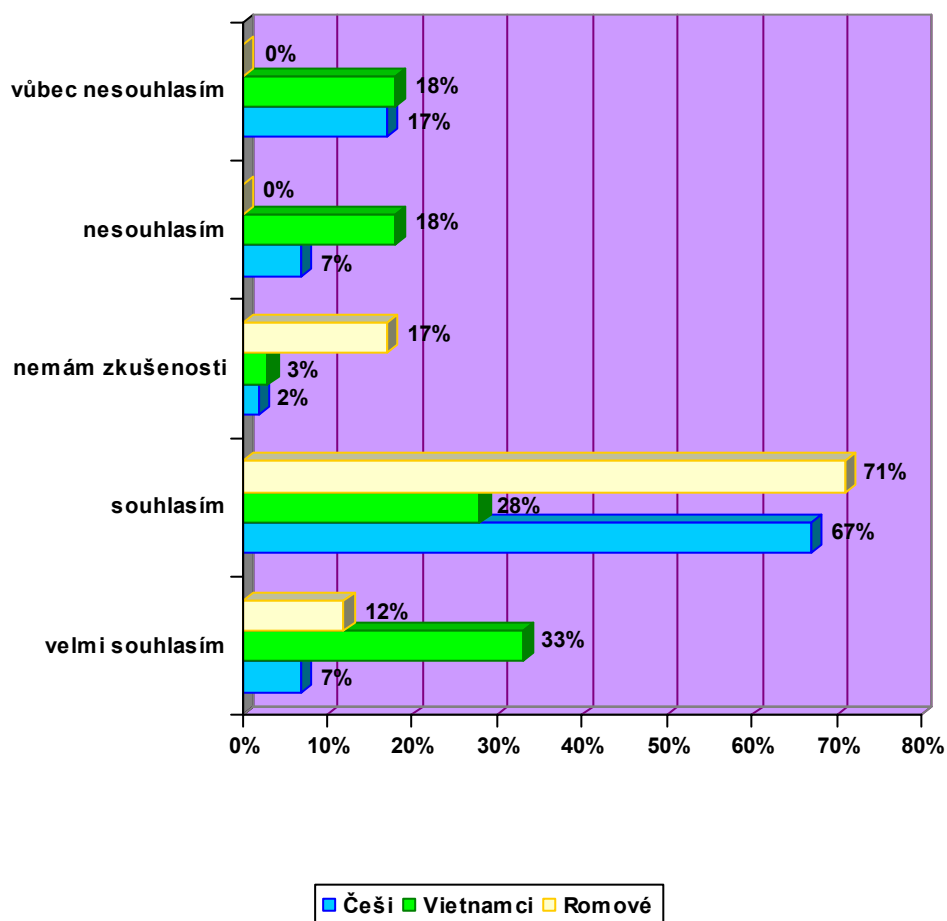
Z celkového počtu 42 českých (100 %), 39 vietnamských (100 %) a romských respondentů (100 %) s významem bolesti jako cesty k vykoupení velmi souhlasí 6 českých respondentů (13 %), 3 vietnamští respondenti (8 %) a 6 romských respondentů (14 %). Odpověď souhlasím nezvolil žádný český respondent (0 %), zvolilo ji 7 vietnamských respondentů (18 %) a 4 romští respondenti (10 %). Možnost nemám zkušenosti využilo 7 Čechů (15 %), 1 Vietnamec (3 %) a 4 Romové (10 %). Možnost nesouhlasím volilo 19 Čechů (39 %), 20 Vietnamců (50 %) a 16 Romů (37 %). Odpověď velmi nesouhlasím vybralo 16 Čechů (33 %), 8 Vietnamců (21 %) a 12 Romů (29 %).

Graf 16 Bolest jako trest



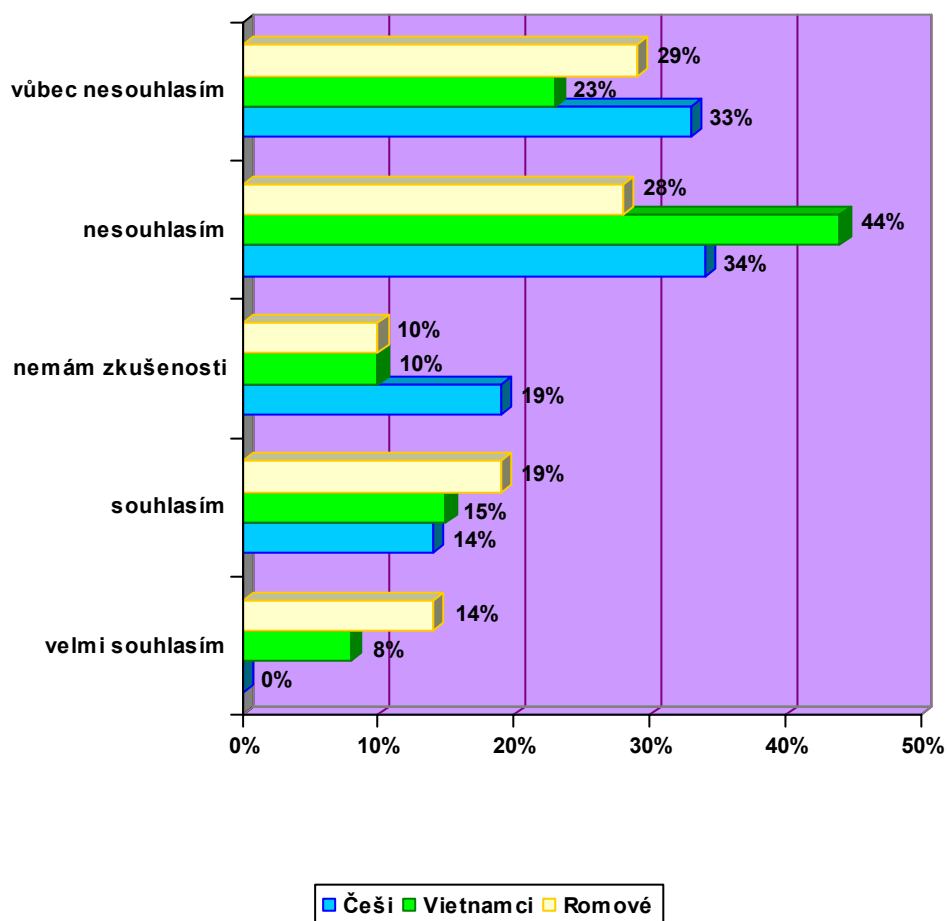
Z celkového počtu 42 českých (100 %), 39 vietnamských (100 %) a romských respondentů (100 %) odpověď velmi souhlasím, v otázce, zda pro respondenty znamená bolest trest, nezvolil žádný český respondent (0 %), zvolilo ji 7 vietnamských respondentů (18 %) a žádný romský respondent (0 %). Odpověď souhlasím vybralo 6 Čechů (14 %), 8 Vietnamců (21 %) a 4 Romů (10 %). Možnost nemám zkušenosti využilo 6 Čechů (14 %), 3 Vietnamci (8 %) a 6 Romů (14 %). Odpověď nesouhlasím zvolilo 16 Čechů (39 %), 11 Vietnamců (27 %) a 12 Romů (29 %). Možnost velmi nesouhlasím s tímto tvrzením zvolilo 14 Čechů (33 %), 10 Vietnamců (26 %) a 20 Romů (47 %).

Graf 17 Bolest jako součást života



Z celkového počtu 42 českých (100 %), 39 vietnamských (100 %) a romských respondentů (100 %) s tvrzením, že bolest je součást života, velmi souhlasí 3 čeští respondenti (7 %), 13 vietnamských respondentů (33 %) a 5 romských respondentů (12 %). Souhlasí 28 Čechů (67 %), 11 Vietnamců (28 %) a 30 Romů (71 %). Možnost nemám zkušenosti zvolil 1 Čech (2 %), 1 Vietnamec (3 %) a 7 Romů (17 %). Odpověď nesouhlasím volili 3 Češi (7 %), 7 Vietnamců (18 %) a žádný Rom (0 %). Možnost velmi nesouhlasím zvolilo 7 Čechů (17 %), 7 Vietnamců (18 %) a žádný Rom (0 %).

Graf 18 Bolest jako boží vůle



Z celkového počtu 42 českých (100 %), 39 vietnamských (100 %) a romských respondentů (100 %) s tvrzením, že bolest je boží vůle, velmi souhlasí 3 Vietnamci (8 %), 6 Romů (14 %) a žádný Čech (0 %). Možnost souhlasím zvolilo 6 Čechů (14 %), 6 Vietnamců (15 %) a 8 Romů (19 %). Volbu nemám zkušenosti využilo 8 Čechů (19 %), 4 Vietnamci (10 %) a 4 Romové (10 %). Odpověď nesouhlasím zvolilo 14 Čechů (34 %), 17 Vietnamců (44 %) a 12 Romů (28 %). Možnost velmi nesouhlasím s tímto tvrzením zvolilo 14 Čechů (33 %), 9 Vietnamců (23 %) a 12 Romů (29 %).

Tabulka 5 Význam bolesti

		Češi		Vietnamci		Romové		Národnostní menšiny	
		Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Celkový počet respondentů		42	100 %	39	100 %	42	100 %	81	100 %
Příznak onemocnění	Velmi souhlasím	14	33 %	17	43 %	13	31 %	30	37 %
	Souhlasím	16	38 %	12	31 %	23	55 %	35	43 %
	Nemám zkušenosti	4	10 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
	Nesouhlasím	8	19 %	9	23 %	6	14 %	15	19 %
	Velmi nesouhlasím	0	0 %	1	3 %	0	0 %	1	1 %
Cesta k vykoupení	Velmi souhlasím	6	13 %	3	8 %	6	14 %	9	11 %
	Souhlasím	0	0 %	7	18 %	4	10 %	11	14 %
	Nemám zkušenosti	7	15 %	1	3 %	4	10 %	5	6 %
	Nesouhlasím	19	39 %	20	50 %	16	37 %	36	44 %
	Velmi nesouhlasím	16	33 %	8	21 %	12	29 %	20	25 %
Trest	Velmi souhlasím	0	0 %	7	18 %	0	0 %	7	9 %
	Souhlasím	6	14 %	8	21 %	4	10 %	12	15 %
	Nemám zkušenosti	6	14 %	3	8 %	6	14 %	9	11 %
	Nesouhlasím	16	39 %	11	27 %	12	29 %	23	28 %
	Velmi nesouhlasím	14	33 %	10	26 %	20	47 %	30	37 %
Součást života	Velmi souhlasím	3	7 %	13	33 %	5	12 %	18	22 %
	Souhlasím	28	67 %	11	28 %	30	71 %	41	50 %
	Nemám zkušenosti	1	2 %	1	3 %	7	17 %	8	10 %
	Nesouhlasím	3	7 %	7	18 %	0	0 %	7	9 %
	Velmi nesouhlasím	7	17 %	7	18 %	0	0 %	7	9 %
Boží vůle	Velmi souhlasím	0	0 %	3	8 %	6	14 %	9	11 %
	Souhlasím	6	14 %	6	15 %	8	19 %	14	17 %
	Nemám zkušenosti	8	19 %	4	10 %	4	10 %	8	10 %
	Nesouhlasím	14	34 %	17	44 %	12	28 %	29	36 %
	Velmi nesouhlasím	14	33 %	9	23 %	12	29 %	21	26 %

Tabulka shrnuje odpovědi 42 respondentů českých (100 %), 39 vietnamských (100 %) a 42 romských (100 %) uvedených v grafu 14, 15, 16, 17 a 18. Dále uvádí odpovědi vietnamských a romských respondentů dohromady, což je 81 respondentů (100 %), ve

sloupci nazvaném národnostní menšiny. Zde uvedeme jen údaje národnostních menšin. S tvrzením, že bolest je příznak onemocnění velmi souhlasí 30 respondentů národnostních menšin (37 %), souhlasí 35 respondentů (43 %), nemá zkušenosti žádný z respondentů (0 %), nesouhlasí 15 respondentů (19 %) a velmi nesouhlasí 1 respondent z národnostních menšin (1 %). S tvrzením, že bolest je cesta k vykoupení velmi souhlasí 9 respondentů národnostních menšin (11 %), souhlasí 11 respondentů (14 %), nemá zkušenosti 5 těchto respondentů (6 %), nesouhlasí 36 respondentů (44 %) a velmi nesouhlasí 20 respondentů národnostních menšin (25 %). S bolestí jako s trestem velmi souhlasí 7 respondentů národnostních menšin (9 %), souhlasí 12 respondentů (15 %), nemá zkušenosti 9 respondentů (11 %), nesouhlasí 23 respondentů (28 %) a vůbec s tímto tvrzením nesouhlasí 30 respondentů národnostních menšin (35 %). Bolest je součástí života, s tímto tvrzením velmi souhlasí 18 respondentů národnostních menšin (22 %), souhlasí 41 respondentů (50 %), nemá zkušenosti 8 respondentů (10 %), nesouhlasí 7 respondentů (9 %) a velmi nesouhlasí také 7 respondentů národnostních menšin (9 %). S bolestí jako s boží vůlí velmi souhlasí 9 respondentů národnostních menšin (11 %), souhlasí 14 respondentů (17 %), nemá zkušenosti 8 respondentů (10 %), nesouhlasí 29 respondentů (36 %) a velmi nesouhlasí 21 respondentů národnostních menšin (26 %).

Tabulka 6 Nejvyšší fyzická bolest

	Češi		Vietnamci		Romové	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
0	0	0 %	0	0 %	0	0 %
1	3	7 %	0	0 %	0	0 %
2	0	0 %	0	0 %	3	7 %
3	3	7 %	0	0 %	3	7 %
4	0	0 %	1	3 %	3	7 %
5	7	17 %	5	13 %	7	17 %
6	10	24 %	3	8 %	5	12 %
7	5	12 %	23	58 %	0	0 %
8	11	26 %	4	10 %	5	12 %
9	3	7 %	3	8 %	3	7 %
10	0	0 %	0	0 %	13	31 %
Celkový počet respondentů	42	100 %	39	100 %	42	100 %

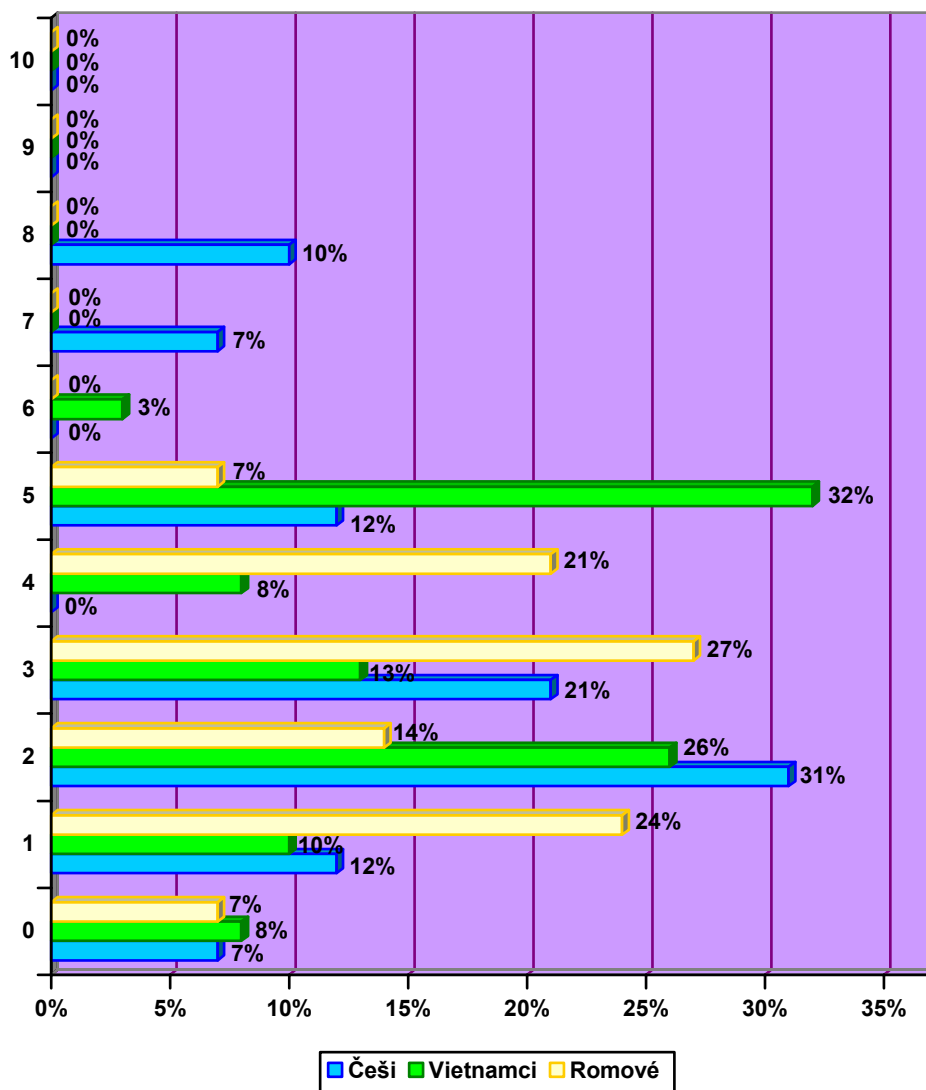
V otázce týkající se nejvyšší prožité fyzické bolesti měli respondenti zaznamenávat do stupnice od 0 (žádná bolest) do 10 (nesnesitelná bolest) svou odpověď. Z celkového počtu 42 českých (100 %), 39 vietnamských (100 %) a romských respondentů (100 %) číslo 0 ne zvolil žádný respondent z uvedených tří kultur. Číslo 1 zvolili 3 čeští respondenti (7 %), žádný Vietnamec (0 %) ani žádný Rom (0 %). Číslo 2 ne označil žádný Čech (0 %) ani žádný Vietnamec (0 %) a označili ho 3 Romové (7 %). Číslo 3 zvolili 3 Češi (7 %), žádný Vietnamec (0 %) a 3 Romové (7 %). Číslo 4 nevolil žádný Čech (0 %), volil ho 1 Vietnamec (3 %) a 3 Romové (7 %). Možnost zvolit číslo 5 využilo 7 českých respondentů (17 %), 5 vietnamských respondentů (13 %) a 7 romských respondentů (17 %). Číslo 6 si vybralo 10 Čechů (24 %), 3 Vietnamci (8 %) a 5 Romů (12 %). Číslo 7 označilo 5 českých respondentů (12 %), 23 vietnamských respondentů (58 %) a žádný Rom (0 %). Číslo 8 zvolilo 11 Čechů (26 %), 4 Vietnamci (10 %) a 5 Romů (12 %). Číslo 9 zvolili 3 Češi (7 %), 3 Vietnamci (8 %) a 3 Romové (7 %). A dále číslo 10 ne zvolil žádný Čech (0 %) ani žádný Vietnamec (0 %) a zvolilo jej 13 Romů (31 %).

Tabulka 7 Nejvyšší psychická bolest

	Češi		Vietnamci		Romové	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
0	3	7 %	0	0 %	0	0 %
1	0	0 %	0	0 %	0	0 %
2	3	7 %	0	0 %	5	12 %
3	7	17 %	0	0 %	3	7 %
4	5	12 %	0	0 %	3	7 %
5	13	31 %	18	46 %	10	24 %
6	3	7 %	3	8 %	3	7 %
7	0	0 %	15	38 %	0	0 %
8	5	12 %	2	5 %	3	7 %
9	3	7 %	1	3 %	0	0 %
10	0	0 %	0	0 %	15	36 %
Celkový počet respondentů	42	100 %	39	100 %	42	100 %

V této otázce měli respondenti na škále od 0 (žádná bolest) do 10 (nesnesitelná bolest) označit číslo, které značí nejvyšší psychickou bolest, kterou v životě zažili. Z celkového počtu 42 českých (100 %), 39 vietnamských (100 %) a romských respondentů (100 %) číslo 0 zvolili 3 Češi (7 %), žádný Vietnamec (0 %) a žádný Rom (0 %). Číslo 1 nezvolil žádný respondent z těchto tří skupin. Možnost čísla 2 volili 3 Češi (7 %), žádný Vietnamec (0 %) a 5 Romů (12 %). Číslo 3 zvolilo 7 Čechů (17 %), žádný Vietnamec (0 %) a 3 Romové (7 %). Bolest na čísle 4 uvedlo 5 českých respondentů (12 %), žádný vietnamský respondent (0 %) a 3 romští respondenti (7 %). Možnost čísla 5 zvolilo 13 Čechů (31 %), 18 Vietnamců (46 %) a 10 Romů (24 %). Číslo 6 využili 3 čeští respondenti (7 %), 3 vietnamští respondenti (8 %) a 3 romští respondenti (7 %). Číslo 7 nezvolil žádný Čech (0 %), zvolilo ho 15 Vietnamců (38 %) a žádný Rom (0 %). Číslo 8 vybralo 5 Čechů (12 %), 2 Vietnamci (5 %) a 3 Romové (7 %). Možnost čísla 9 zvolili 3 Češi (7 %), 1 Vietnamec (3 %) a žádný Rom (0 %). Číslo 10 nevolil žádný Čech (0 %) ani žádný Vietnamec (0 %) a volilo ho 15 romských respondentů (36 %).

Graf 19 Bolest zubů, která respondenta neobtěžuje



V této otázce měli respondenti označit na škále 0 (žádná bolest) až 10 (nesnesitelná bolest) bolest zubů, která je neobtěžuje. Z celkového počtu 42 českých (100 %), 39 vietnamských (100 %) a romských respondentů (100 %) číslo 0 zvolili 3 Češi (7 %), 3 Vietnamci (8 %) a 3 Romové (7 %). Číslo 1 vybralo 5 Čechů (12 %), 4 Vietnamci (10 %) a 10 Romů (24 %). Možnost zvolit číslo 2 využilo 13 Čechů (31 %), 10 Vietnamců (26 %) a 6 Romů (14 %). Číslo 3 zvolilo 9 Čechů (21 %), 5 Vietnamců (13 %) a 11

Romů (27 %). Číslo 4 nevybral žádný Čech (0 %), vybrali ho 3 Vietnamci (8 %) a 9 Romů (21 %). Číslo 5 využilo 5 Čechů (12 %), 13 Vietnamců (32 %) a 3 Romové (7 %). Číslo 6 neoznačil žádný Čech (0 %), označil ho 1 Vietnamec (3 %) a žádný Rom (0 %). Číslo 7 vybrali 3 Češi (7 %) a žádný Vietnamec (0 %) ani Rom (0 %). Možnost čísla 8 využili 4 Češi (10 %) a žádný Vietnamec (0 %) ani Rom (0 %). Možnost zvolit číslo 9 a číslo 10 nevyužil žádný respondent z těchto uvedených kultur.

Tabulka 8 Doplněk grafu 19

	Češi		Vietnamci		Romové	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
0	3	7 %	3	8 %	3	7 %
1	5	12 %	4	10 %	10	24 %
2	13	31 %	10	26 %	6	14 %
3	9	21 %	5	13 %	11	27 %
4	0	0 %	3	8 %	9	21 %
5	5	12 %	13	32 %	3	7 %
6	0	0 %	1	3 %	0	0 %
7	3	7 %	0	0 %	0	0 %
8	4	10 %	0	0 %	0	0 %
9	0	0 %	0	0 %	0	0 %
10	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Celkový počet respondentů	42	100 %	39	100 %	42	100 %

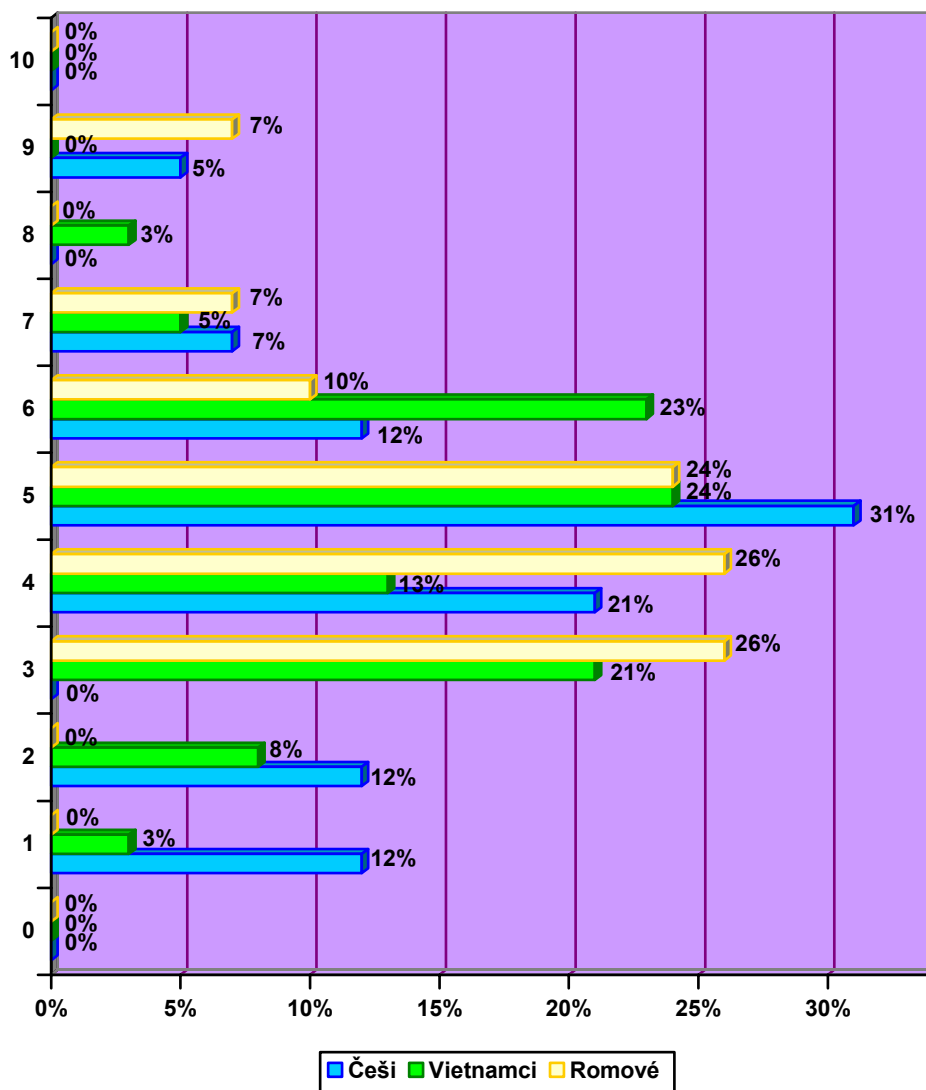
Tabulka shrnuje údaje, které jsou uvedeny v grafu 19.

Tabulka Bolest, která věřícího a nevěřícího člověka neobtěžuje

	Věřící		Nevěřící	
	Počet	%	Počet	%
0	5	7 %	4	8 %
1	8	11 %	11	22 %
2	13	18 %	16	34 %
3	20	26 %	5	10 %
4	6	8 %	6	12 %
5	17	23 %	4	8 %
6	1	1 %	0	0 %
7	2	3 %	1	2 %
8	2	3 %	2	4 %
9	0	0 %	0	0 %
10	0	0 %	0	0 %
Celkový počet respondentů	74	100 %	49	100 %

Respondenti zastupující českou, vietnamskou a romskou kulturu byli rozděleni na respondenty s náboženským vyznáním a respondenty bez náboženského vyznání bez ohledu na kulturu, ze které pocházejí. Respondenti měli označit číslo, kdy cítí bolest, která je neobtěžuje. Z celkového počtu 74 věřících (100 %) respondenti označili možnost 0, která znamenala žádnou bolest, v pěti případech (7 %), číslo 1 označilo 8 věřících respondentů (11 %), číslo 2 zvolilo 13 věřících respondentů (18 %), číslo 3 zvolilo 20 věřících respondentů (26 %), číslo 4 si vybralo 6 věřících respondentů (8 %), číslo 5 volilo 17 věřících respondentů (23 %), číslo 6 označil 1 věřící respondent (1 %), číslo 7 označili 2 věřící respondenti (3 %), číslo 8 zvolili 2 věřící respondenti (3 %), číslo 9 a číslo 10 nezvolil žádný z věřících respondentů. Ze 49 nevěřících (100 %) respondenti označili číslo 0 ve 4 případech (8 %), číslo 1 označilo 11 nevěřících respondentů (22 %), číslo 2 označilo 16 nevěřících respondentů (34 %), číslo 3 označilo 5 respondentů (10 %) ze skupiny nevěřících, číslo 4 zvolilo 6 nevěřících respondentů (12 %), číslo 5 si vybrali 4 nevěřící respondenti (8 %), možnost vybrat si číslo 6 nezvolil žádný nevěřící respondent (0 %), možnost zvolit číslo 7 využil 1 nevěřící respondent (2 %), číslo 8 zvolili 2 nevěřící respondenti, číslo 9 a číslo 10 nezvolil žádný z respondentů z nevěřící skupiny.

Graf 20 Bolest zubů, která dovoluje vykonávat běžnou činnost



Tato otázka mapuje vnímání bolesti zubů respondentů, kdy bolest cítí, ale mohou vykonávat běžnou činnost. Označovat měli čísla na škále 0 (žádná bolest) až 10 (nesnesitelná bolest). Ze 42 českých respondentů (100 %), 39 vietnamských respondentů (100 %) a 42 romských respondentů (100 %) číslo 0 ne zvolil žádný respondent z těchto tří kultur. Číslo 1 zvolilo 5 českých respondentů (12 %), 1 vietnamský respondent (3 %) a žádný romský respondent (0 %). Číslo 2 zvolilo 5 Čechů

(12 %), 3 Vietnamci (8 %) a žádný Rom (0 %). Číslo 3 nevyužil ke zhodnocení této bolesti žádný Čech (0 %), využilo ji 8 Vietnamců (21 %) a 11 Romů (26 %). Možnost čísla 4 zvolilo 9 Čechů (21 %), 5 Vietnamců (13 %) a 11 Romů (26 %). Číslo 5 vybralo 13 Čechů (31 %), 10 Vietnamců (24 %) a 10 Romů (24 %). Číslo 6 využilo 5 Čechů (12 %), 9 Vietnamců (23 %) a 4 Romové (10 %). Číslo 7 označili 3 Češi (7 %), 2 Vietnamci (5 %) a 3 Romové (7 %). Číslo 8 nevybral žádný Čech (0 %), vybral ho 1 Vietnavec (3 %) a žádný Rom (0 %). Dále číslo 9 zvolili 2 Češi (5 %), žádný Vietnavec (0 %) a 3 Romové (7 %). Možnost zvolit číslo 10 nevyužil žádný český, vietnamský ani romský respondent.

Tabulka 10 Doplněk grafu 20

	Češi		Vietnamci		Romové	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
0	0	0 %	0	0 %	0	0 %
1	5	12 %	1	3 %	0	0 %
2	5	12 %	3	8 %	0	0 %
3	0	0 %	8	21 %	11	26 %
4	9	21 %	5	13 %	11	26 %
5	13	31 %	10	24 %	10	24 %
6	5	12 %	9	23 %	4	10 %
7	3	7 %	2	5 %	3	7 %
8	0	0 %	1	3 %	0	0 %
9	2	5 %	0	0 %	3	7 %
10	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Celkový počet respondentů	42	100 %	39	100 %	42	100 %

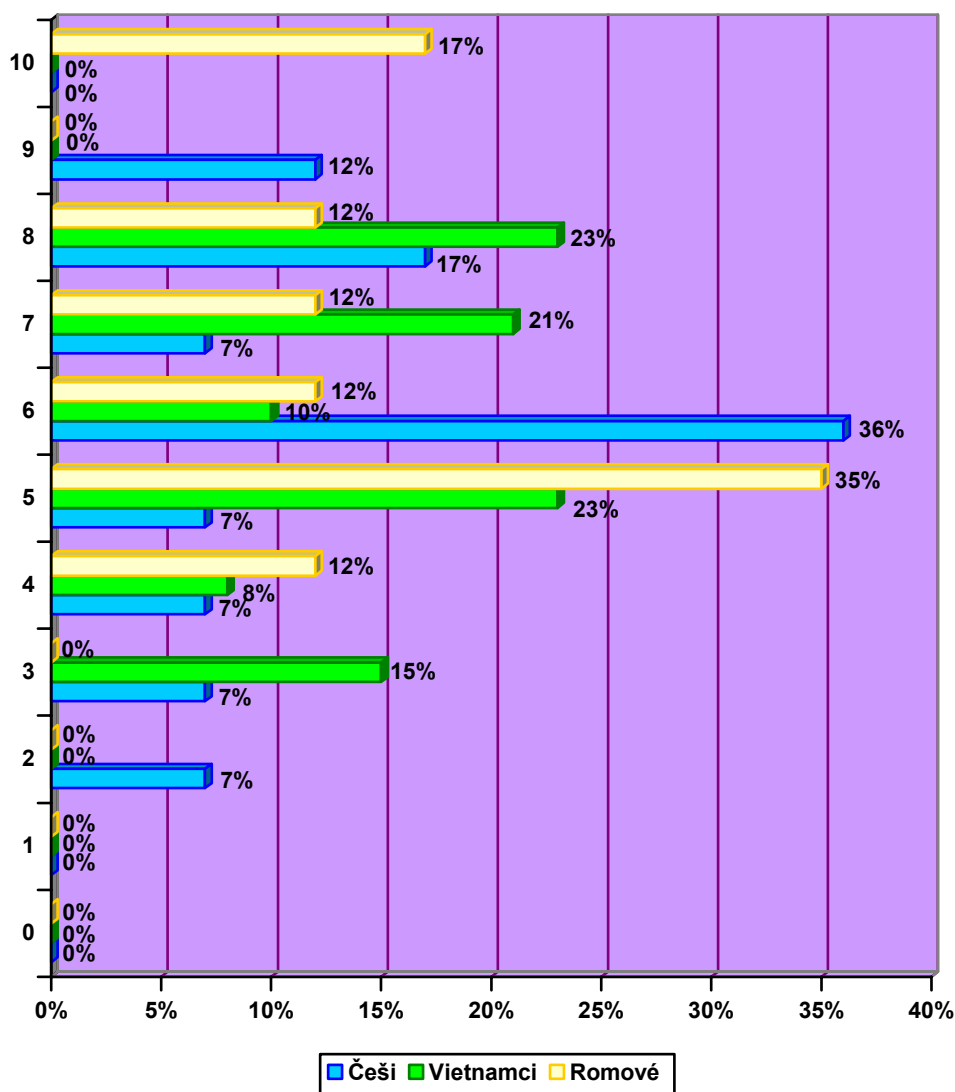
Tabulka shrnuje data z předchozího grafu 20.

Tabulka 11 Bolest, při které věřící a nevěřící člověk může vykonávat běžnou činnost

	Věřící		Nevěřící	
	Počet	%	Počet	%
0	0	0 %	0	0 %
1	4	5 %	2	4 %
2	5	7 %	3	6 %
3	12	16 %	7	14 %
4	15	20 %	10	20 %
5	21	29 %	12	26 %
6	10	14 %	8	16 %
7	4	5 %	4	8 %
8	1	1 %	0	0 %
9	2	3 %	3	6 %
10	0	0 %	0	0 %
Celkový počet respondentů	74	100 %	49	100 %

V této otázce měli respondenti, rozdělení na věřící, kterých bylo 74 (100 %), a nevěřící respondenty, kterých bylo 49 (100 %), možnost označit číslo, při kterém bolest cítí, ale mohou vykonávat běžnou činnost. Číslo 0 značící žádnou bolest neoznačil žádný věřící respondent (0 %), číslo 1 označili 4 věřící respondenti (5 %), číslo 2 označilo 5 věřících respondentů (7 %), číslo 3 zvolilo 12 věřících respondentů (16 %), číslo 4 zvolilo 15 věřících respondentů (20 %), číslo 5 označilo 21 věřících respondentů (29 %), číslo 6 využilo 10 věřících respondentů (14 %), číslo 7 zvolili 4 věřící respondenti (5 %), číslo 8 označil 1 věřící respondent (1 %), číslo 9 označili 2 věřící respondenti (3 %) a možnost zvolit číslo 10 nevyužil žádný věřící respondent (0 %). Nevěřící respondenti neoznačili ani jednou číslo 0, číslo 1 označili 2 respondenti (4 %), číslo 2 označili 3 nevěřící respondenti (6 %), číslo 3 zvolilo 7 nevěřících respondentů (14 %), číslo 4 označilo 10 nevěřících respondentů (20 %), číslo 5 zvolilo 12 nevěřících respondentů (26 %), číslo 6 si vybralo 8 nevěřících respondentů (16 %), číslo 7 označili 4 nevěřící respondenti (8 %), číslo 8 neoznačil žádný nevěřící respondent (0 %), číslo 9 zaznamenali 3 nevěřící respondenti (6 %) a možnost nabízející číslo 10, které značilo nesnesitelnou bolest, nevyužil žádný nevěřící respondent (0 %).

Graf 21 Bolest zubů, která zabraňuje vykonávat běžnou činnost



Tato otázka obsahovala škálu od 0 (žádná bolest) do 10 (nesnesitelná bolest), na které měli respondenti označit číslo bolesti zubů, která jim již zabraňuje vykonávat běžnou činnost. Z celkového množství 42 českých respondentů (100 %), 39 vietnamských respondentů (100 %) a 42 romských respondentů (100 %) možnost zvolit číslo 0 a číslo 1 nevyužil ani jeden respondent z těchto tří skupin. Možnost zvolit číslo 2 využili 3 Češi (7 %) a žádný Vietnamec (0 %) ani Rom (0 %). Číslo 3 zvolili 3 Češi (7 %), 6

Vietnamců (15 %) a žádný Rom (0 %). Číslo 4 označili 3 Češi (7 %), 3 Vietnamci (8 %) a 5 Romů (12 %). Číslo 5 využili 3 Češi (7 %), 9 Vietnamců (23 %) a 15 Romů (35 %). Číslo 6 zvolilo 15 Čechů (36 %), 4 Vietnamci (10 %) a 5 Romů (12 %). Číslo 7 označili 3 čeští respondenti (7 %), 8 vietnamských respondentů (21 %) a 5 romských respondentů (12 %). Číslo 8 zvolilo 7 Čechů (17 %), 9 Vietnamců (23 %) a 5 Romů (12 %). Číslo 9 zvolilo 5 Čechů (12 %), žádný Vietnamec (0 %) a žádný Rom (0 %). Možnost zvolit číslo 10 nevyužil žádný Čech (0 %), žádný Vietnamec (0 %) a využilo ji 7 romských respondentů (17 %).

Tabulka 12 Doplněk grafu 21

	Češi		Vietnamci		Romové	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
0	0	0 %	0	0 %	0	0 %
1	0	0 %	0	0 %	0	0 %
2	3	7 %	0	0 %	0	0 %
3	3	7 %	6	15 %	0	0 %
4	3	7 %	3	8 %	5	12 %
5	3	7 %	9	23 %	15	35 %
6	15	36 %	4	10 %	5	12 %
7	3	7 %	8	21 %	5	12 %
8	7	17 %	9	23 %	5	12 %
9	5	12 %	0	0 %	0	0 %
10	0	0 %	0	0 %	7	17 %
Celkový počet respondentů	42	100 %	39	100 %	42	100 %

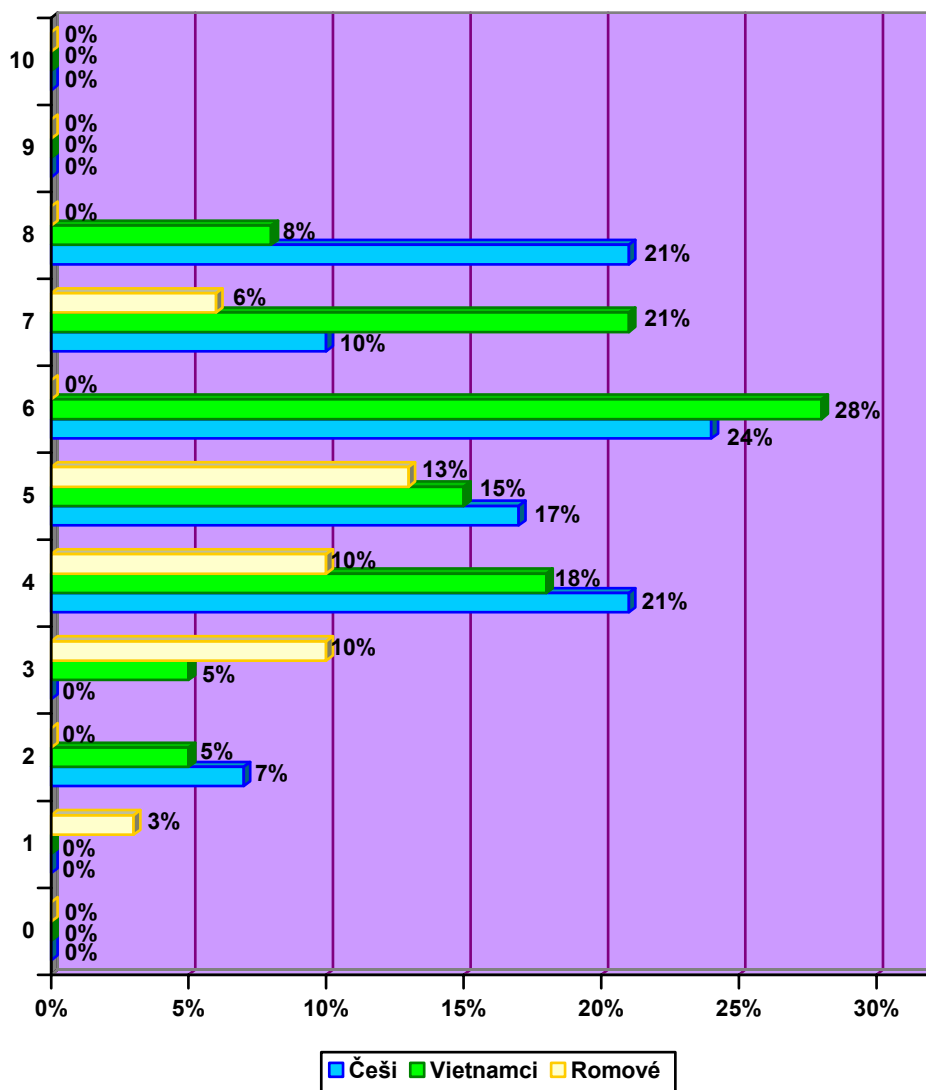
Tabulka je přehledným shrnutím grafu 21.

Tabulka 13 Bolest, která věřícímu a nevěřícímu zabraňuje vykonávat běžnou činnost

	Věřící		Nevěřící	
	Počet	%	Počet	%
0	0	0 %	0	0 %
1	0	0 %	0	0 %
2	2	3 %	1	2 %
3	5	7 %	4	8 %
4	6	8 %	5	10 %
5	16	21 %	11	24 %
6	14	19 %	10	20 %
7	10	14 %	6	12 %
8	15	20 %	6	12 %
9	2	3 %	3	6 %
10	4	5 %	3	6 %
Celkový počet respondentů	74	100 %	49	100 %

Tato tabulka shrnuje odpovědi z tabulky 12, tentokrát však rozdělené na odpovědi 74 věřících respondentů (100 %) a odpovědi 49 nevěřících respondentů (100 %). Respondenti označovali číslo, při kterém jim již bolest zabraňuje vykonávat běžnou činnost. Žádný věřící respondent neoznačil číslo 0 ani číslo 1. Číslo 2 označili 2 věřící respondenti (3 %), číslo 3 označilo 5 věřících respondentů (7 %), číslo 4 označilo 6 věřících respondentů (8 %), číslo 5 zvolilo 16 věřících respondentů (21 %), číslo 6 zvolilo 14 věřících respondentů (19 %), číslo 7 označilo 10 věřících respondentů (14 %), číslo 8 zvolilo 15 věřících respondentů (20 %), číslo 9 zvolili 2 věřící respondenti (3 %) a číslo 10 označili věřící respondenti ve 4 případech (5 %). Nevěřící respondenti nezvolili číslo 0 a číslo 1 ani jednou. Číslo 2 zvolil 1 nevěřící respondent (2 %), číslo 3 zvolili 4 nevěřící respondenti (8 %), číslo 4 zvolilo 5 nevěřících respondentů (10 %), číslo 5 označilo 11 nevěřících respondentů (24 %), číslo 6 označilo 10 nevěřících respondentů (20 %), číslo 7 zvolilo 6 nevěřících respondentů (12 %), číslo 8 volilo také 6 nevěřících respondentů (12 %), číslo 9 označili 3 nevěřící respondenti (6 %) a číslo 10 bylo voleno také 3 nevěřícími respondenty (6 %).

Graf 22 Zahájení činnosti na tišení bolesti zubů



Součástí této otázky byla také stupnice od 0 (žádná bolest) do 10 (nesnesitelná bolest), na které měli respondenti označit číslo, kdy zahájí činnosti na tišení bolesti zubů. Ze 42 českých (100 %), 39 vietnamských (10 %) a 42 romských respondentů (100 %) možnost 0 nezvolil ani jeden respondent z uvedených kultur. Číslo 1 neoznačil žádný český respondent (0 %) ani žádný vietnamský respondent (0 %) a označili ji 3 romští respondenti (7 %). Číslo 2 zvolili 3 Češi (7 %), 2 Vietnamci (5 %) a žádný Rom (0 %).

Číslo 3 neoznačil žádný Čech (0 %), označili ji 2 Vietnamci (5 %) a 10 Romů (24 %). Číslo 4 zvolilo 9 Čechů (21 %), 7 Vietnamců (18 %) a 10 Romů (24 %). Možnost zvolit číslo 5 vybralo 7 českých (17 %), 6 vietnamských (15 %) a 13 romských respondentů (31 %). Číslo 6 vybralo 10 Čechů (24 %), 11 Vietnamců (28 %) a žádný Rom (0 %). Číslo 7 označili 4 Češi (10 %), 8 Vietnamců (21 %) a 6 Romů (14 %). Číslo 8 označilo 9 Čechů (21 %), 3 Vietnamci (8 %) a žádný Rom (0 %). Možnost označit číslo 9 a číslo 10 nevyužil žádný respondent z těchto kultur.

Tabulka 14 Doplněk grafu 22

	Češi		Vietnamci		Romové	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
0	0	0 %	0	0 %	0	0 %
1	0	0 %	0	0 %	3	7 %
2	3	7 %	2	5 %	0	0 %
3	0	0 %	2	5 %	10	24 %
4	9	21 %	7	18 %	10	24 %
5	7	17 %	6	15 %	13	31 %
6	10	24 %	11	28 %	0	0 %
7	4	10 %	8	21 %	6	14 %
8	9	21 %	3	8 %	0	0 %
9	0	0 %	0	0 %	0	0 %
10	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Celkový počet respondentů	42	100 %	39	100 %	42	100 %

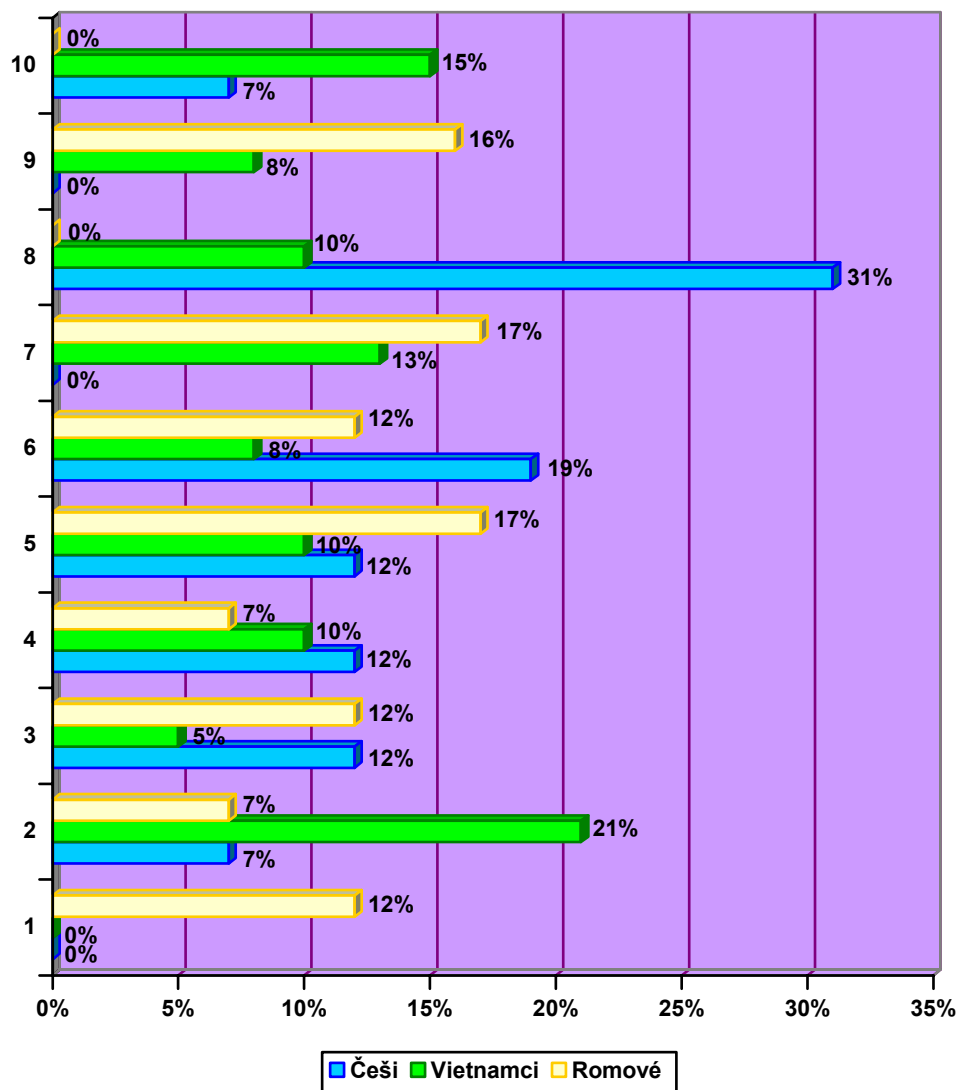
Pro přehlednost uvádíme také tabulku shrnující data z grafu 22.

Tabulka 15 Zahájení činnosti proti bolesti zubů věřícím a nevěřícím člověkem

	Věřící		Nevěřící	
	Počet	%	Počet	%
0	0	0 %	0	0 %
1	3	4 %	2	4 %
2	4	5 %	1	2 %
3	10	14 %	7	14 %
4	13	18 %	12	26 %
5	21	28 %	10	20 %
6	11	15 %	7	14 %
7	6	8 %	7	14 %
8	6	8 %	3	6 %
9	0	0 %	0	0 %
10	0	0 %	0	0 %
Celkový počet respondentů	74	100 %	49	100 %

Tato tabulka navazuje na předchozí tabulku a odpovědi jsou rozděleny na věřící respondenty, kterých bylo 74 (100 %) a nevěřící respondenty, kterých bylo 49 (100 %). Respondenti zastupující českou, vietnamskou a romskou kulturu zde volili číslo, při kterém zahájí činnosti na tišení bolesti. Číslo 0 neoznačil žádný věřící respondent (0 %), číslo 1 označili 3 věřící respondenti (4 %), číslo 2 označili 4 věřící respondenti (5 %), číslo 3 zvolilo 10 věřících respondentů (14 %), číslo 4 zvolilo 13 věřících respondentů (18 %), číslo 5 označilo 21 věřících respondentů (28 %), číslo 6 označilo 11 věřících respondentů (15 %), číslo 7 zvolilo 6 věřících respondentů (8 %), tak jako číslo 8, které bylo označeno také 6-ti věřícími respondenty (8 %), číslo 9 a číslo 10 nebylo zvoleno žádným věřícím respondentem (0 %).

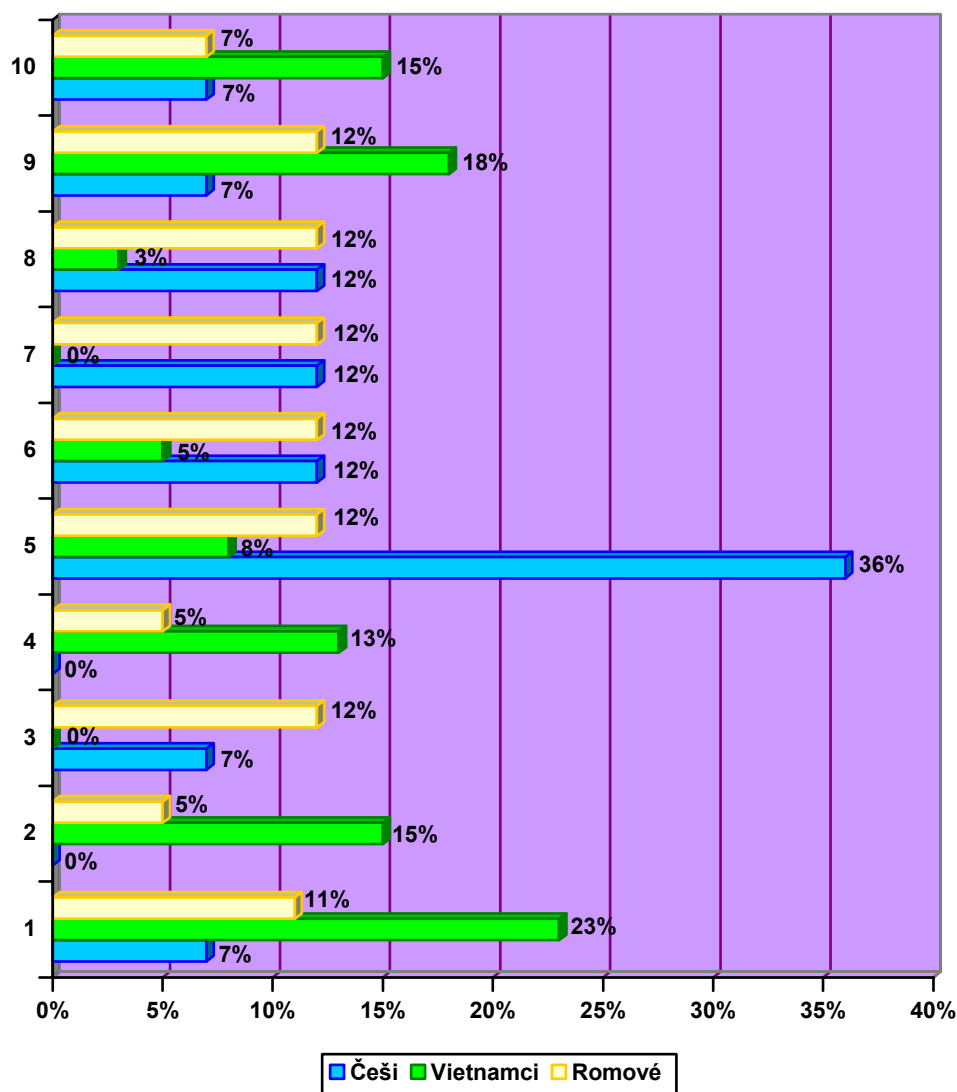
Graf 27 Vyjadřování bolesti před okolím



Stupnice 1 – 10 se týkala vyjadřování bolesti před okolím, kdy číslo 1 znamenalo „vyjadřuji“ a číslo 10 „nevyjadřuji“. Ze 42 českých (100 %), 39 vietnamských (10 %) a 42 romských respondentů (100 %) číslo 1 neoznačil žádný český (0 %) ani žádný vietnamský respondent (0 %) a označilo ho 5 respondentů romských (12 %). Číslo 2 zvolili 3 čeští (7 %), 8 vietnamských (21 %) a 3 romští respondenti (7 %). Číslo 3 označilo 5 Čechů (12 %), 2 Vietnamci (5 %) a 5 Romů (12 %). Číslo 4 zvolilo 5 Čechů

(12 %), 4 Vietnamci (10 %) a 3 Romové (7 %). Číslo 5 zaškrtnulo 5 Čechů (12 %), 4 Vietnamci (10 %) a 7 Romů (17 %). Číslo 6 označilo 8 Čechů (19 %), 3 Vietnamci (8 %) a 5 Romů (12 %). Číslo 7 nevolil žádný Čech (0 %), volilo ho 5 Vietnamců (13 %) a 7 Romů (17 %). Číslo 8 zvolilo 13 Čechů (31 %), 4 Vietnamci (10 %) a žádný Rom (0 %). Možnost zvolit číslo 9 nevyužil žádný Čech (0 %), využili ji 3 Vietnamci (8 %) a 7 Romů (16 %). Číslo 10 znamenající nevyjadřování bolesti před okolím zvolili 3 čeští (7 %) a 6 vietnamských respondentů (15 %) a nezvolil ho žádný romský respondent (0 %).

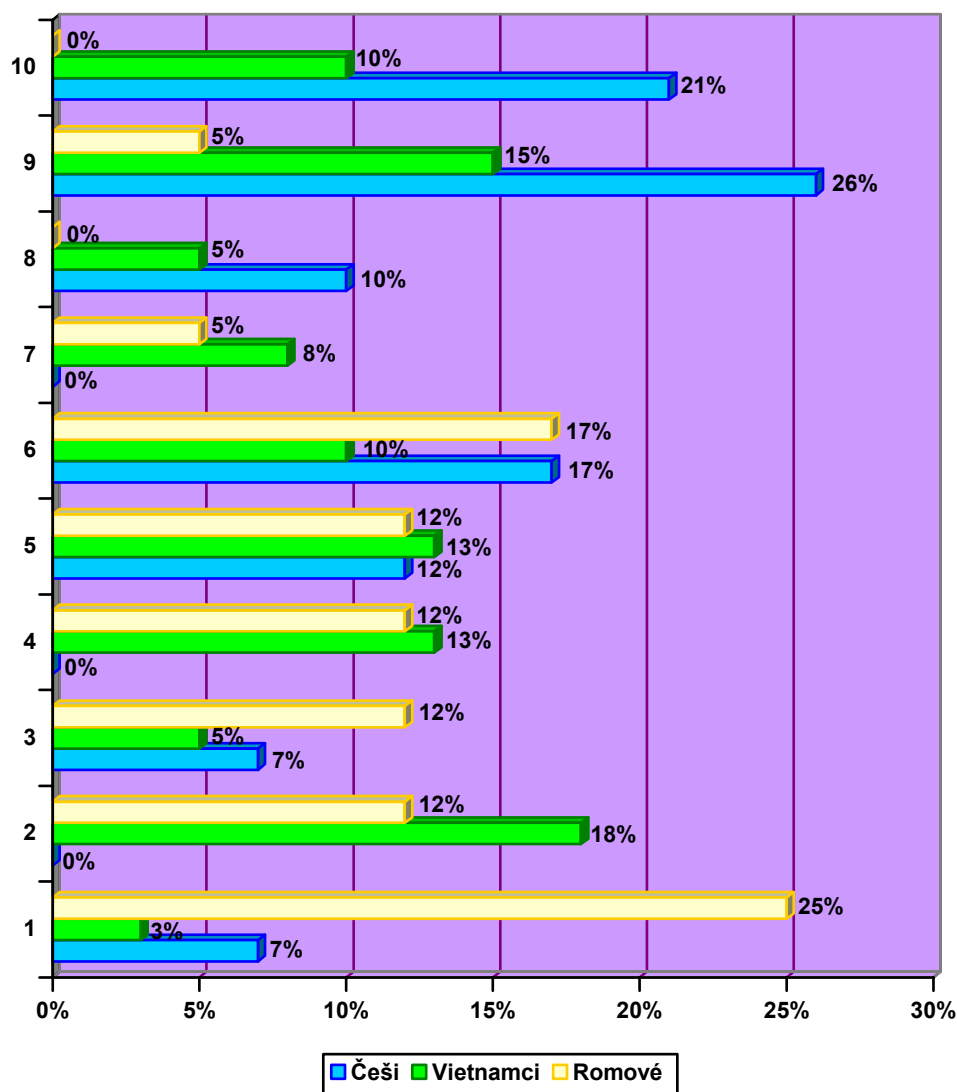
Graf 24 Verbální vyjadřování bolesti



Tato otázka obsahovala stupnici od 1 (vyjadřuji) do 10 (nevyjadřuji), na které měl respondent označit míru slovního vyjadřování své bolesti před okolím. Ze 42 českých (100 %), 39 vietnamských (10 %) a 42 romských respondentů (100 %) číslo 1 zvolili 3 čeští respondenti (7 %), 9 vietnamských respondentů (23 %) a 5 romských respondentů (11 %). Číslo 2 neoznačil žádný Čech (0 %), označilo ji 6 Vietnamců (15 %) a 2 Romové (5 %). Číslo 3 zvolili 3 Češi (7 %), žádný Vietnamec (0 %)

a 5 Romů (12 %). Číslo 4 nevybral žádný Čech (0 %), vybralo ji 5 Vietnamců (13 %) a 2 Romové (5 %). Číslo 5 volilo 15 Čechů (36 %), 3 Vietnamci (8 %) a 5 Romů (12 %). Číslo 6 zvolilo 5 Čechů (12 %), 2 Vietnamci (5 %) a 5 Romů (12 %). Číslo 7 označilo 5 Čechů (12 %), žádný Vietnamec (0 %) a 5 Romů (12 %). Číslo 8 označilo 5 českých (12 %), 1 vietnamský (3 %) a 5 romských respondentů (12 %). Číslo 9 volili 3 Češi (7 %), 7 Vietnamců (18 %) a 5 Romů (12 %). Číslo 10 využili 3 čeští respondenti (7 %), 6 vietnamských respondentů (15 %) a 3 romští respondenti (7 %).

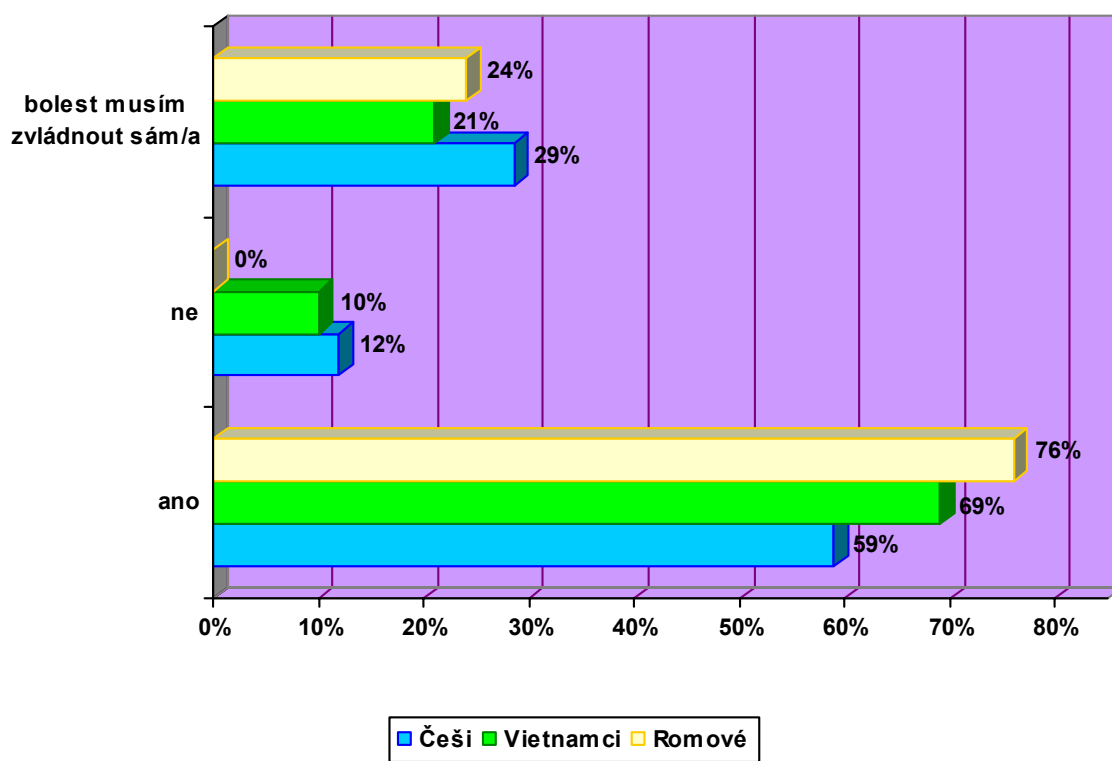
Graf 25 Neverbální vyjadřování bolesti



Na škále u této otázky měl respondent označit míru vyjadřování své bolesti neverbálně. Ze 42 českých (100 %), 39 vietnamských (10 %) a 42 romských respondentů (100 %) číslo 1 označili 3 čeští (7 %), 1 vietnamských (3 %) a 11 romských respondentů (25 %). Číslo 2 neoznačil žádný Čech (0 %), označilo ji 7 Vietnamců (18 %) a 5 Romů (12 %). Číslo 3 zvolili 3 Češi (7 %), 2 Vietnamci (5 %) a 5 Romů (12 %). Číslo 4 nevolil žádný český respondent (0 %), volilo ji 5 vietnamských (13 %) a 5 romských respondentů (12

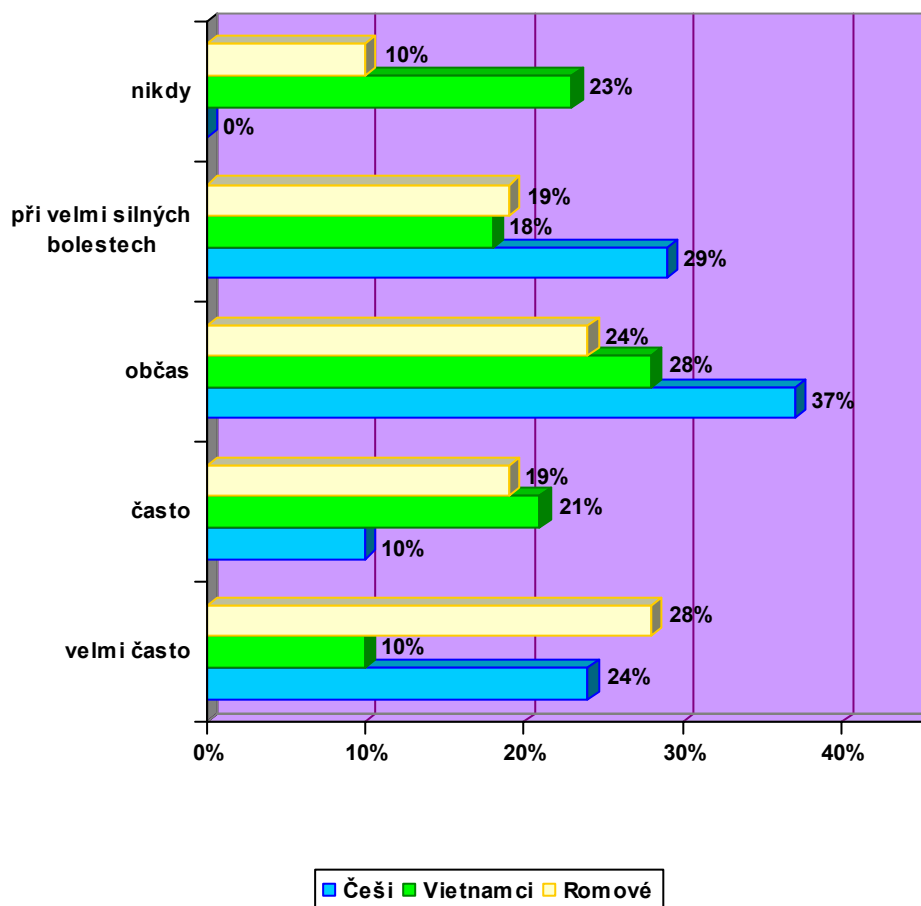
%). Číslo 5 označilo 5 Čechů (12 %), 5 Vietnamců (13 %) a 5 Romů (12 %). Číslo 6 vybralo 7 Čechů (17 %), 4 Vietnamci (10 %) a 7 Romů (17 %). Číslo 7 nevybral žádný Čech (0 %), vybrali ji 3 Vietnamci (8 %) a 2 Romové (5 %). Číslo 8 zvolili 4 Češi (10 %), 2 Vietnamci (5 %) a žádný Rom (0 %). Číslo 9 zvolilo 11 Čechů (26 %), 6 Vietnamců (15 %) a 2 Romové (5 %). Možnost označit číslo 10 využilo 9 českých respondentů (21 %), 4 vietnamští respondenti (10 %) a žádný respondent romského původu (0 %).

Graf 26 Pomoc rodiny



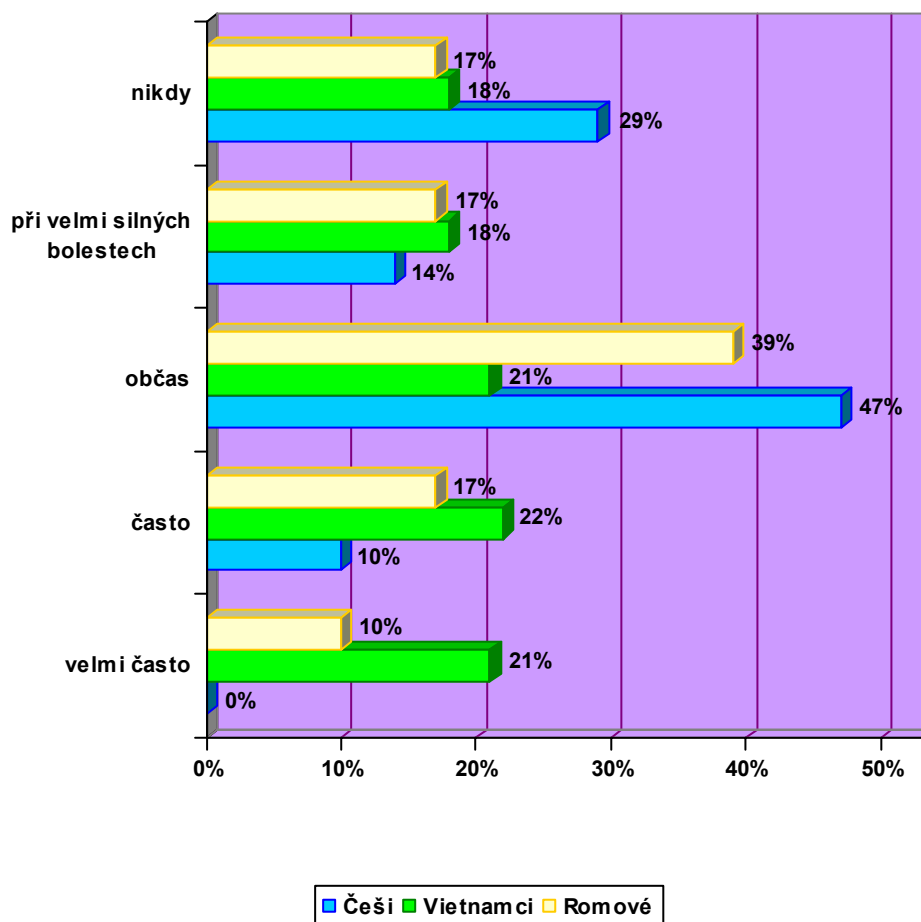
Ze 42 českých (100 %), 39 vietnamských (10 %) a 42 romských respondentů (100 %) uvedlo 25 českých respondentů (59 %), že jim rodina pomáhá zvládat bolest, tak jako 27 respondentům vietnamským (69 %) a 32 romským (76 %). Rodina nepomáhá 5 Čechům (12 %), 4 Vietnamcům (10 %) a tuto odpověď nezvolil žádný Rom (0 %). Bolest musí zvládnout samo 12 českých respondentů (29 %), 8 vietnamských respondentů (21 %) a 10 romských respondentů (24 %).

Graf 27 Léky při zvládnání bolesti



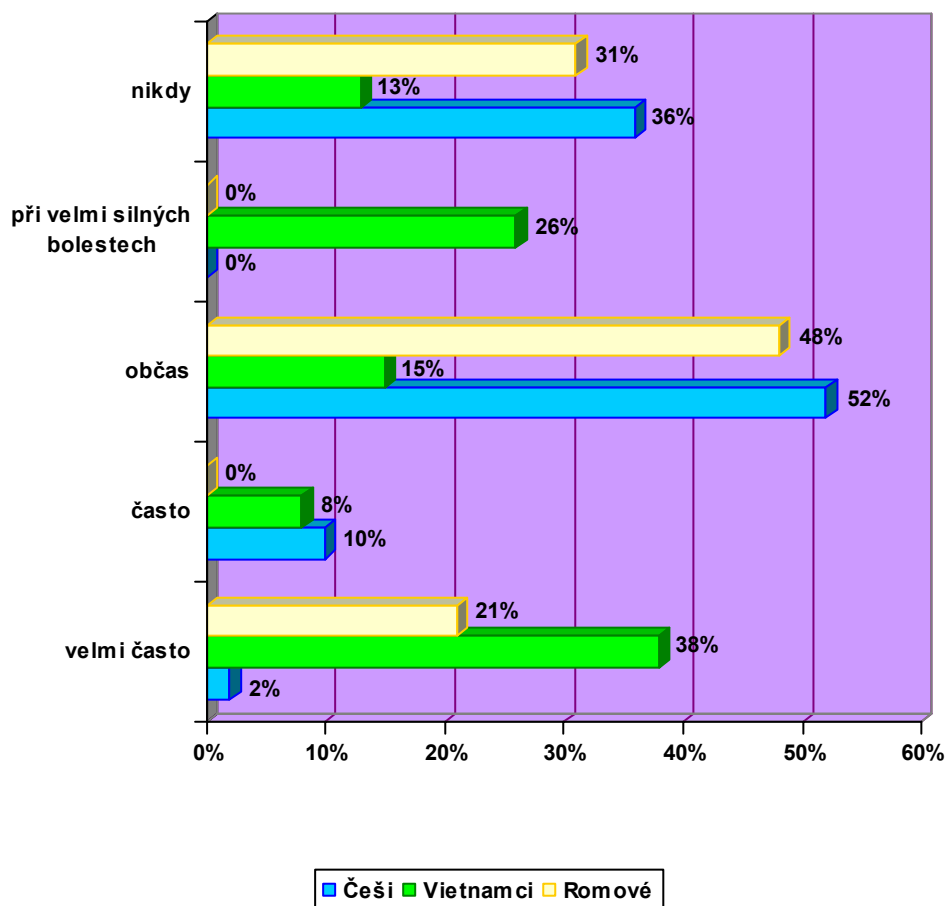
Ze 42 českých (100 %), 39 vietnamských (10 %) a 42 romských respondentů (100 %) dává přednost lékům při zvládnání bolesti velmi často 10 českých respondentů (24 %), 4 vietnamští respondenti (10 %) a 12 romských respondentů (28 %). Často je upřednostňují 4 čeští (10 %), 8 vietnamských (21 %) a 8 romských respondentů (19 %). Možnost občas zvolilo 16 Čechů (37 %), 11 Vietnamců (28 %) a 10 Romů (24 %). Možnost, že respondenti využívají léky při velmi silných nemocech, využilo 12 Čechů (29 %), 7 Vietnamců (18 %) a 8 Romů (19 %). Odpověď nikdy nevybral žádný Čech (0 %), vybralo ji 9 Vietnamců (23 %) a 4 Romové (10 %).

Graf 28 Obklady při zvládnání bolesti



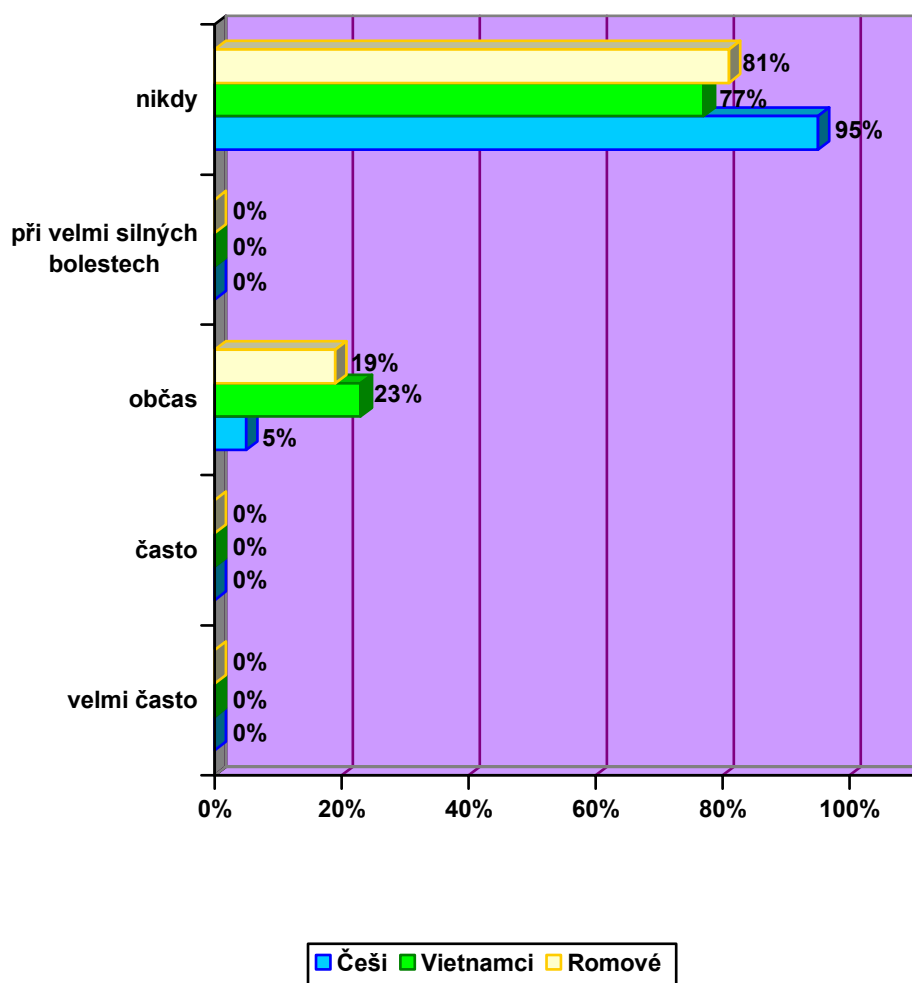
Obkladům při zvládnání bolesti dává velmi často přednost ze 42 českých (100 %), 39 vietnamských (10 %) a 42 romských respondentů (100 %) žádný z českých respondentů (0 %), 8 vietnamských (21 %) a 4 romští respondenti (10 %). Často je volí 4 Češi (10 %), 9 Vietnamců (22 %) a 7 Romů (17 %). Občas obklady použije 20 Čechů (47 %), 8 Vietnamců (21 %) a 17 Romů (39 %). Při velmi silných bolestech je zvolilo 6 Čechů (14 %), 7 Vietnamců (18 %) a 7 Romů (17 %). Možnost nikdy zvolilo 12 českých (29 %), 7 vietnamských (18 %) a 7 romských respondentů (17 %).

Graf 29 Byliny při zvládnání bolesti



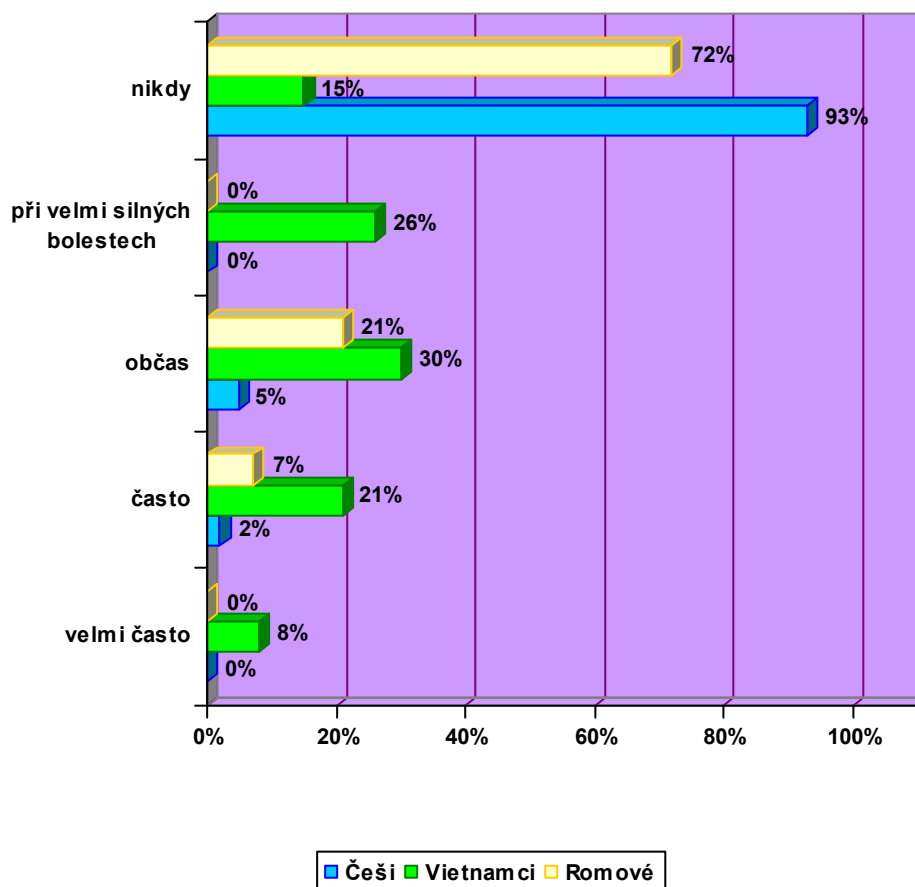
Ze 42 českých (100 %), 39 vietnamských (10 %) a 42 romských respondentů (100 %) byliny při zvládnání bolesti velmi často upřednostňuje 1 český respondent (2 %), 15 vietnamských (38 %) a 9 romských respondentů (21 %). Často je použijí 4 Češi (10 %), 3 Vietnamci (8 %) a žádný Rom (0 %). Možnost občas zvolilo 22 Čechů (52 %), 6 Vietnamců (15 %) a 20 Romů (48 %). Při velmi silných bolestech je nevyužije žádný český respondent (0 %), využije je 10 vietnamských respondentů (26 %) a žádný romský respondent (0 %). Možnost nikdy označilo 15 českých (36 %), 5 vietnamských (13 %) a 13 romských respondentů (31 %).

Graf 30 Akupunktura při zvládání bolesti



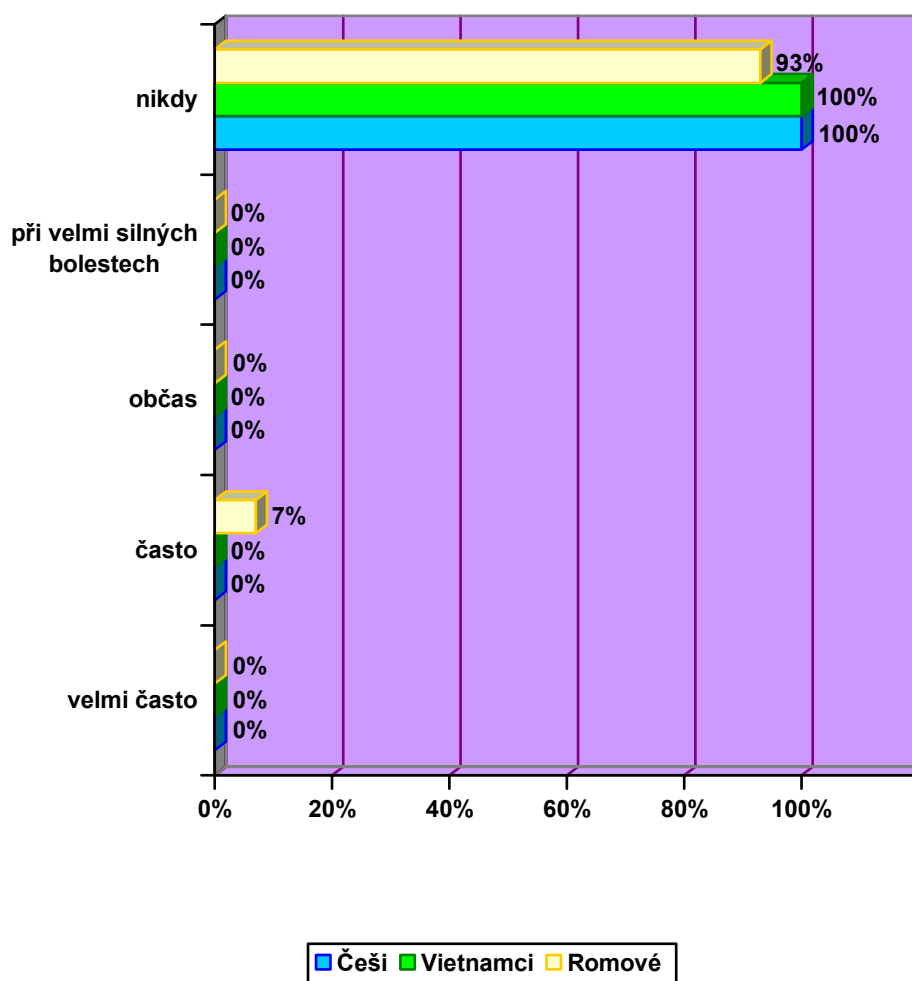
Ze 42 českých (100 %), 39 vietnamských (10 %) a 42 romských respondentů (100 %) využití akupunktury při zvládání bolesti velmi často a často neoznačil žádný český, vietnamský ani romský respondent. Možnost občas zvolili 2 Češi (5 %), 9 Vietnamců (23 %) a 8 Romů (19 %). Odpověď při velmi silných bolestech nezvolil žádný respondent z uvedených tří kultur. Odpověď nikdy označilo 40 českých respondentů (95 %), 30 vietnamských respondentů (77 %) a 34 romských respondentů (81 %).

Graf 31 Meditace při zvládání bolesti



Ze celkového množství 42 českých (100 %), 39 vietnamských (10 %) a 42 romských respondentů (100 %) odpověď velmi často užívám meditaci neoznačil žádný český respondent (0 %), označili ji 3 Vietnamci (8 %) a žádný romský respondent (0 %). Možnost často zvolil 1 Čech (2 %), 8 Vietnamců (21 %) a 3 Romové (7 %). Odpověď občas zvolili 2 Češi (5 %), 12 Vietnamců (30 %) a 9 Romů (21 %). Odpověď při velmi silných bolestech nevyužil žádný Čech (0 %), využilo ji 10 Vietnamců (26 %) a žádný Rom (0 %). Možnost zvolit odpověď nikdy využilo 39 českých respondentů (93 %), 6 vietnamských respondentů (15 %) a 30 romských respondentů (72 %).

Graf 32 Omamné látky při zvládnání bolesti



Omamné látky velmi často nevolí žádný respondent ze 42 českých (100 %), 39 vietnamských (10 %) a 42 romských respondentů (100 %). Odpověď často ne zvolil žádný český (0 %) ani žádný vietnamský respondent (0 %) a zvolili ji 3 respondenti romští (7 %). Možnosti občas a při velmi silných bolestech nevyužil žádný respondent z těchto tří kultur. Možnost nikdy zvolilo 42 českých (100 %), 39 vietnamských (100 %) a 39 romských respondentů (93 %).

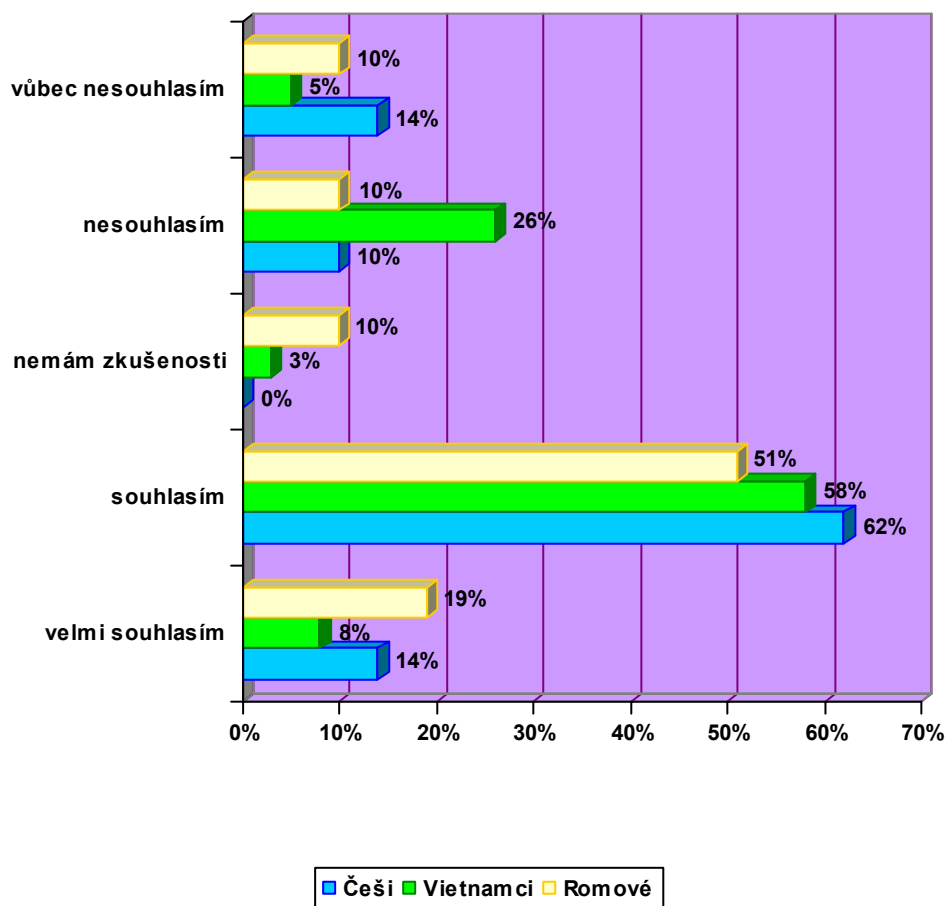
Tabulka 16 Přednost při zvládání bolesti

		Češi		Vietnamci		Romové		Národnostní menšiny	
		Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Celkový počet respondentů		42	100 %	39	100 %	42	100 %	81	100 %
Léky	velmi často	10	24 %	4	10 %	12	28 %	16	20 %
	často	4	10 %	8	21 %	8	19 %	16	20 %
	občas	16	37 %	11	28 %	10	24 %	21	25 %
	při velmi silných bolestech	12	29 %	7	18 %	8	19 %	15	19 %
	nikdy	0	0 %	9	23 %	4	10 %	13	16 %
Obklady	velmi často	0	0 %	8	21 %	4	10 %	12	15 %
	často	4	10 %	9	22 %	7	17 %	16	20 %
	občas	20	47 %	8	21 %	17	39 %	25	31 %
	při velmi silných bolestech	6	14 %	7	18 %	7	17 %	14	17 %
	nikdy	12	29 %	7	18 %	7	17 %	14	17 %
Byliny	velmi často	1	2 %	15	38 %	9	21 %	24	30 %
	často	4	10 %	3	8 %	0	0 %	3	4 %
	občas	22	52 %	6	15 %	20	48 %	26	32 %
	při velmi silných bolestech	0	0 %	10	26 %	0	0 %	10	12 %
	nikdy	15	36 %	5	13 %	13	31 %	18	22 %
Akupunktura	velmi často	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
	často	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
	občas	2	5 %	9	23 %	8	19 %	17	21 %
	při velmi silných bolestech	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
	nikdy	40	95 %	30	77 %	34	81 %	64	79 %
Meditace	velmi často	0	0 %	3	8 %	0	0 %	3	4 %
	často	1	2 %	8	21 %	3	7 %	11	14 %
	občas	2	5 %	12	30 %	9	21 %	21	26 %
	při velmi silných bolestech	0	0 %	10	26 %	0	0 %	10	12 %
	nikdy	39	93 %	6	15 %	30	72 %	36	44 %
Omamné látky (drogy)	velmi často	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
	často	0	0 %	0	0 %	3	7 %	3	4 %
	občas	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
	při velmi silných bolestech	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
	nikdy	42	100 %	39	100 %	39	93 %	78	96 %

Tabulka je popsána na následující straně.

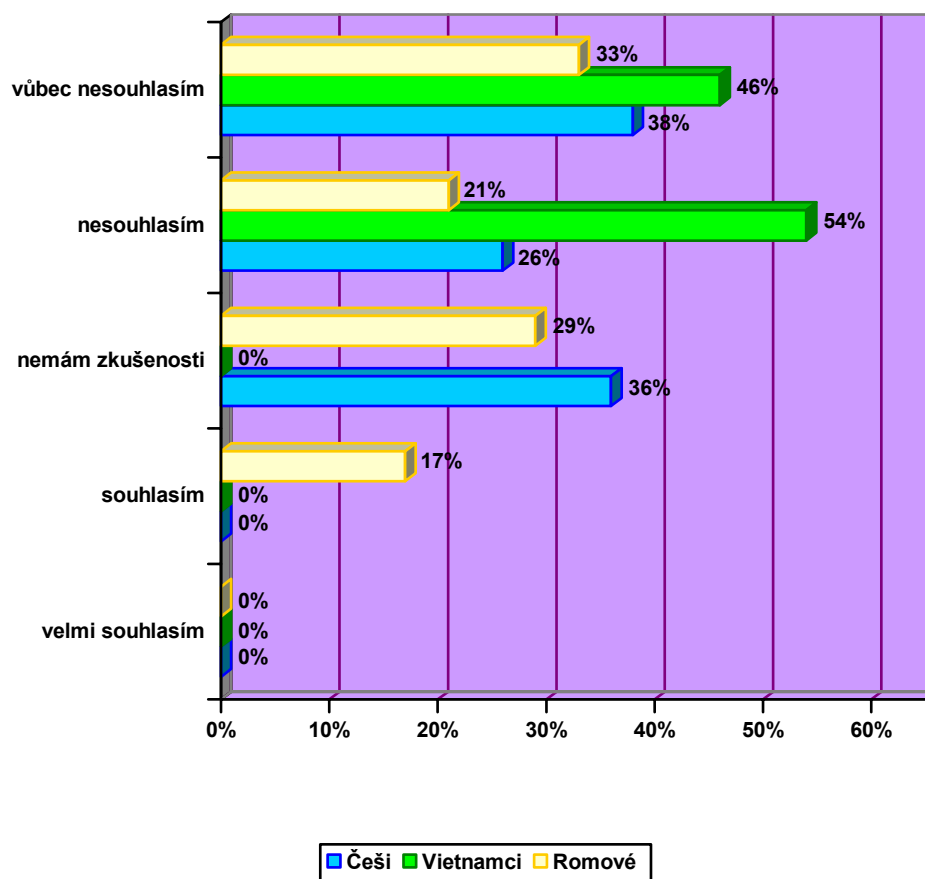
Tabulka je přehledným shrnutím odpovědí uvedených v grafech 27, 28, 29, 30, 31 a 32. Dále obsahuje sloupec s názvem národnostní menšiny, který obsahuje 81 respondentů (100 %), kde jsou údaje vietnamských a romských respondentů sečteny. Z údajů národnostních menšin vyplývá, že léky velmi často používá 16 respondentů národnostních menšin (20 %), často také 16 respondentů (20 %), občas 21 respondentů (25 %), při velmi silných bolestech 15 respondentů (19 %) a nikdy je nepoužívá 13 respondentů (16 %). Obklady velmi často používá 12 respondentů (15 %), často 16 respondentů (20 %), občas 25 respondentů (31 %), při velmi silných bolestech 14 respondentů (17 %) a nikdy je nepoužívá 14 respondentů (17 %). Byliny velmi často používá 24 respondentů (30 %), často 3 respondenti (4 %), občas 26 respondentů (32 %), při velmi silných bolestech 10 respondentů (12 %) a nikdy je nepoužívá 18 respondentů (22 %). Akupunkturu velmi často a často nepoužívá žádný respondent z národnostních menšin (0 %), občas ji použije 17 respondentů (21 %), při velmi silných bolestech žádný respondent (0 %) a odpověď nikdy zvolilo 64 respondentů národnostních menšin (79 %). Pomoc meditace velmi často využijí 3 respondenti (4 %), často 11 respondentů (14 %), občas 21 respondentů (26 %), při velmi silných bolestech 10 respondentů (12 %) a nikdy ji nepoužije 36 respondentů (44 %). Omamné látky velmi často neužije žádný respondent národnostních menšin (0 %), často je užijí 3 respondenti (4 %), odpověď občas a při velmi silných bolestech ne zvolil žádný respondent (0 %) a nikdy je nepoužívá 78 respondentů (96 %).

Graf 33 Pomoc lékaře



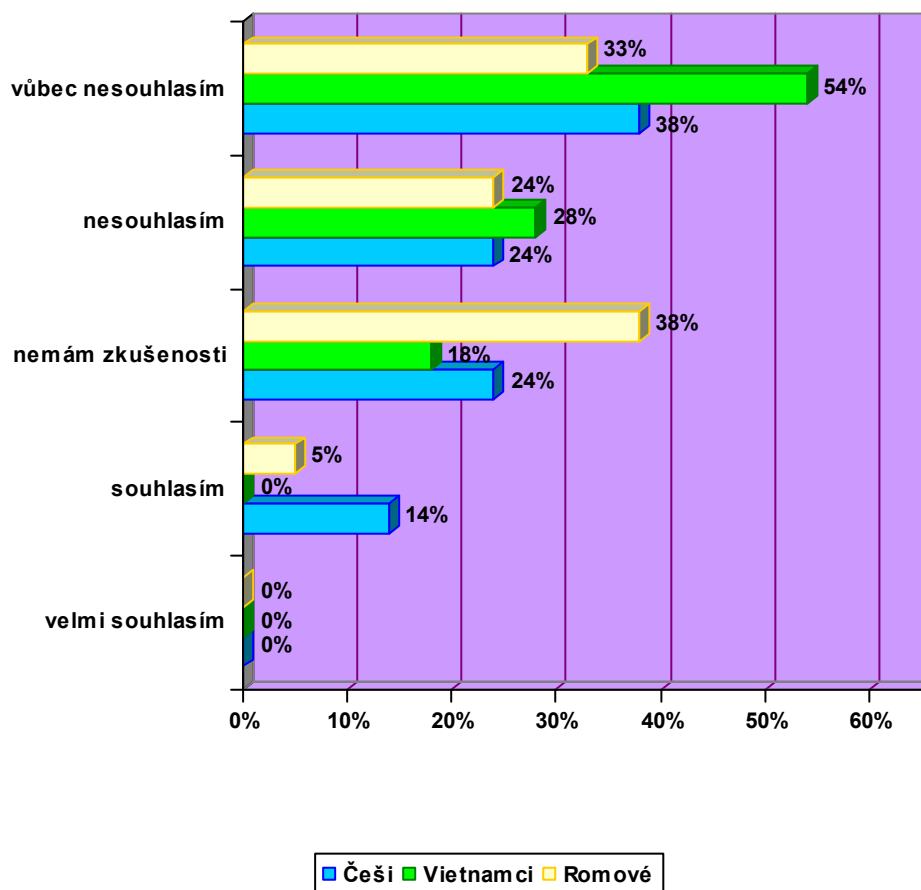
Ze 42 českých (100 %), 39 vietnamských (10 %) a 42 romských respondentů (100 %) s tvrzením, že při bolesti nejdříve respondent vyhledává pomoc lékaře, velmi souhlasí 6 českých (14 %), 3 vietnamští (8 %) a 8 romských respondentů (19 %). Souhlasí s tím 26 Čechů (62 %), 23 Vietnamců (58 %) a 22 Romů (51 %). Možnost nemám zkušenosti nevyužil žádný český respondent (0 %) a využil ji 1 vietnamský (3 %) a 4 romští respondenti (10 %). Odpověď nesouhlasím zvolili 4 Češi (10 %), 10 Vietnamců (26 %) a 4 Romové (10 %). Odpověď velmi nesouhlasím označilo 6 českých (14 %), 2 vietnamští (5 %) a 4 romští respondenti (10 %).

Graf 34 Pomoc léčitele



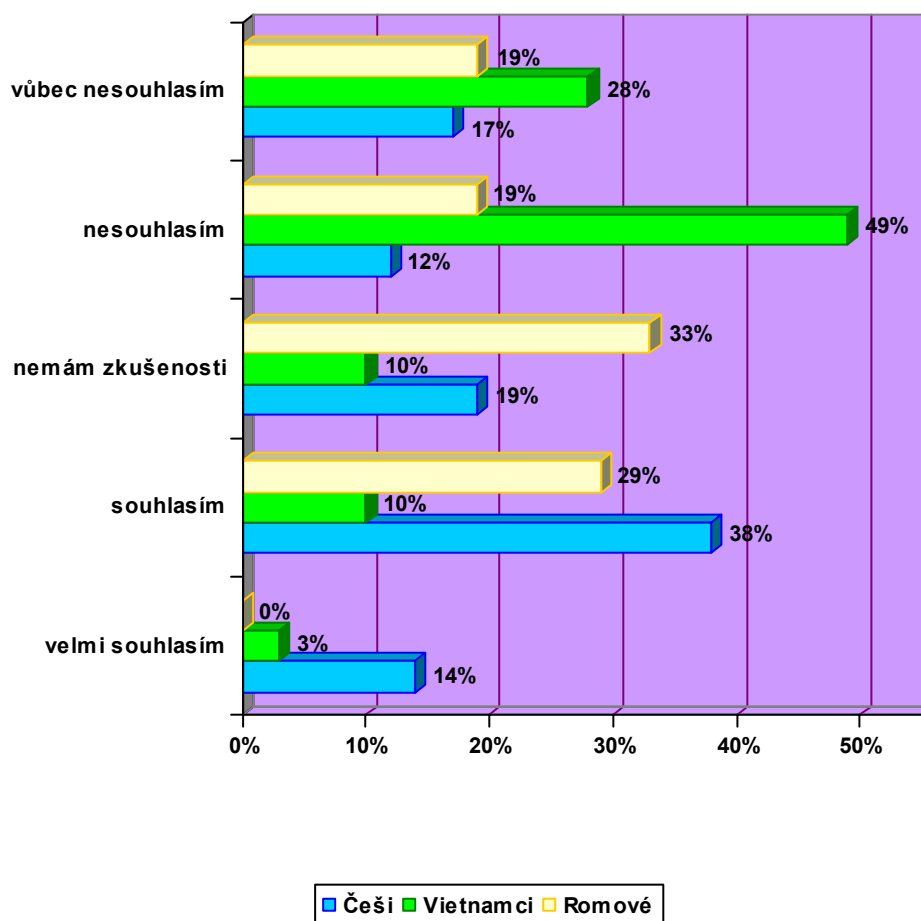
Ze 42 českých (100 %), 39 vietnamských (10 %) a 42 romských respondentů (100 %) velmi souhlasí s tvrzením, že nejprve při bolesti respondent vyhledává pomoci léčitele, žádný ze tří uvedených kultur. Souhlasí žádný český (0 %) a žádný vietnamský respondent (0 %) a 7 romských respondentů (17 %). Možnost nemám zkušenosti zvolilo 15 Čechů (36 %), žádný Vietnamec (0 %) a 12 Romů (29 %). Odpověď nesouhlasím zvolilo 11 Čechů (26 %), 21 Vietnamců (54 %) a 9 Romů (21 %). Odpověď velmi nesouhlasím označilo 16 českých respondentů (38 %), 18 vietnamských respondentů (46 %) a 14 Romů (33 %).

Graf 35 Pomoc homeopata



U tvrzení, že při bolesti respondent nejprve vyhledává pomoc homeopata, ze 42 českých (100 %), 39 vietnamských (10 %) a 42 romských respondentů (100 %) nevybral žádný respondent možnost velmi souhlasím. Souhlasí s ním 6 českých respondentů (14 %), žádný Vietnamec (0 %) a 2 Romové (5 %). Možnost nemám zkušenosti zvolilo 10 Čechů (24 %), 7 Vietnamců (18 %) a 16 Romů (38 %). Možnost nesouhlasím označilo 10 Čechů (24 %), 11 Vietnamců (28 %) a 10 Romů (24 %). Odpověď velmi nesouhlasím volilo 16 českých (38 %), 21 vietnamských (54 %) a 14 romských respondentů (33 %).

Graf 36 Pomoc zdravotní sestry



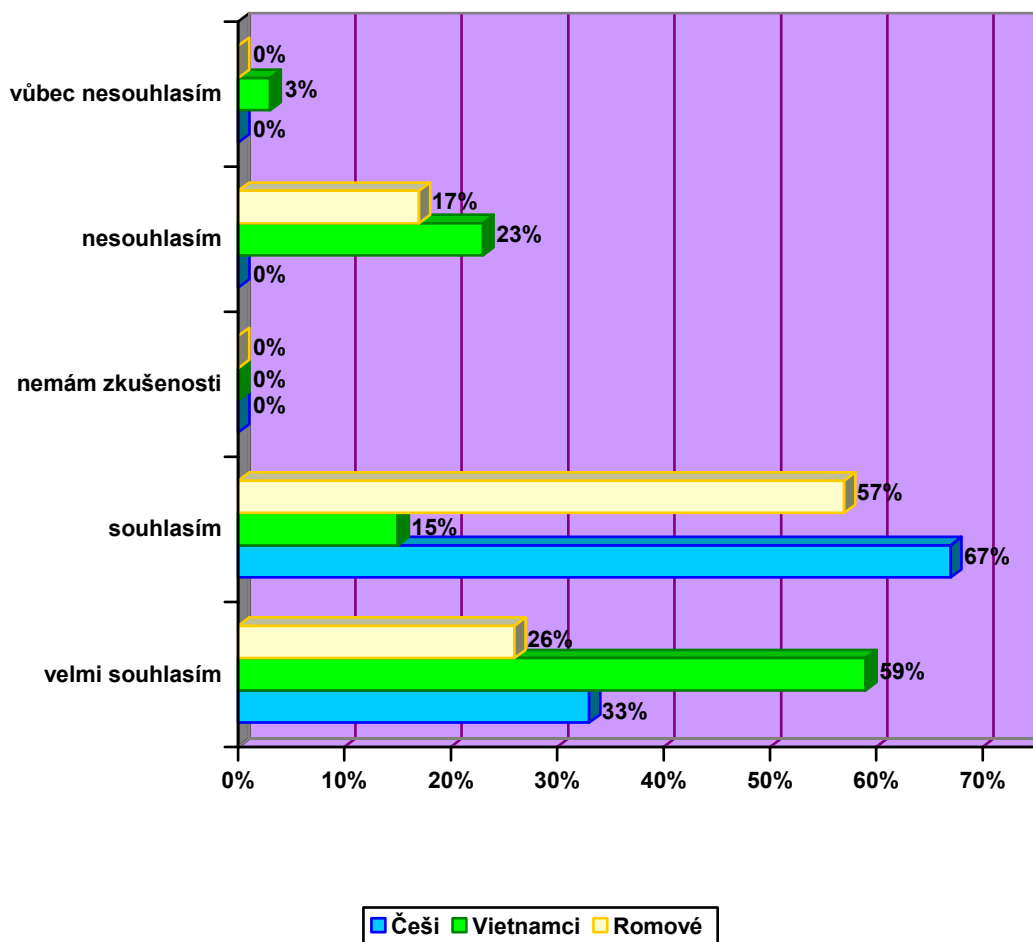
Ze 42 českých (100 %), 39 vietnamských (10 %) a 42 romských respondentů (100 %) s vyhledáváním pomoci zdravotní sestry při bolesti velmi souhlasí 6 českých (14 %), 1 vietnamský (3 %) a žádný romský respondent (0 %). Souhlasí 16 Čechů (38 %), 4 Vietnamci (10 %) a 12 Romů (29 %). Možnost nemám zkušenosti označilo 8 Čechů (19 %), 4 Vietnamci (10 %) a 14 Romů (33 %). Možnost nesouhlasím zvolilo 5 Čechů (12 %), 19 Vietnamců (49 %) a 8 Romů (19 %). Odpověď velmi nesouhlasím zvolilo 7 českých (17 %), 11 vietnamských (28 %) a 8 romských respondentů (19 %).

Tabulka 17 První vyhledávaná pomoc

		Češi		Vietnamci		Romové	
		Počet	%	Počet	%	Počet	%
Celkový počet respondentů		42	100 %	39	100 %	42	100 %
Lékaře	Velmi souhlasím	6	14 %	3	8 %	8	19 %
	Souhlasím	26	62 %	23	58 %	22	51 %
	Nemám zkušenosti	0	0 %	1	3 %	4	10 %
	Nesouhlasím	4	10 %	10	26 %	4	10 %
	Velmi nesouhlasím	6	14 %	2	5 %	4	10 %
Léčitele	Velmi souhlasím	0	0 %	0	0 %	0	0 %
	Souhlasím	0	0 %	0	0 %	7	17 %
	Nemám zkušenosti	15	36 %	0	0 %	12	29 %
	Nesouhlasím	11	26 %	21	54 %	9	21 %
	Velmi nesouhlasím	16	38 %	18	46 %	14	33 %
Homeopata	Velmi souhlasím	0	0 %	0	0 %	0	0 %
	Souhlasím	6	14 %	0	0 %	2	5 %
	Nemám zkušenosti	10	24 %	7	18 %	16	38 %
	Nesouhlasím	10	24 %	11	28 %	10	24 %
	Velmi nesouhlasím	16	38 %	21	54 %	14	33 %
Zdravotní sestry	Velmi souhlasím	6	14 %	1	3 %	0	0 %
	Souhlasím	16	38 %	4	10 %	12	29 %
	Nemám zkušenosti	8	19 %	4	10 %	14	33 %
	Nesouhlasím	5	12 %	19	49 %	8	19 %
	Velmi nesouhlasím	7	17 %	11	28 %	8	19 %

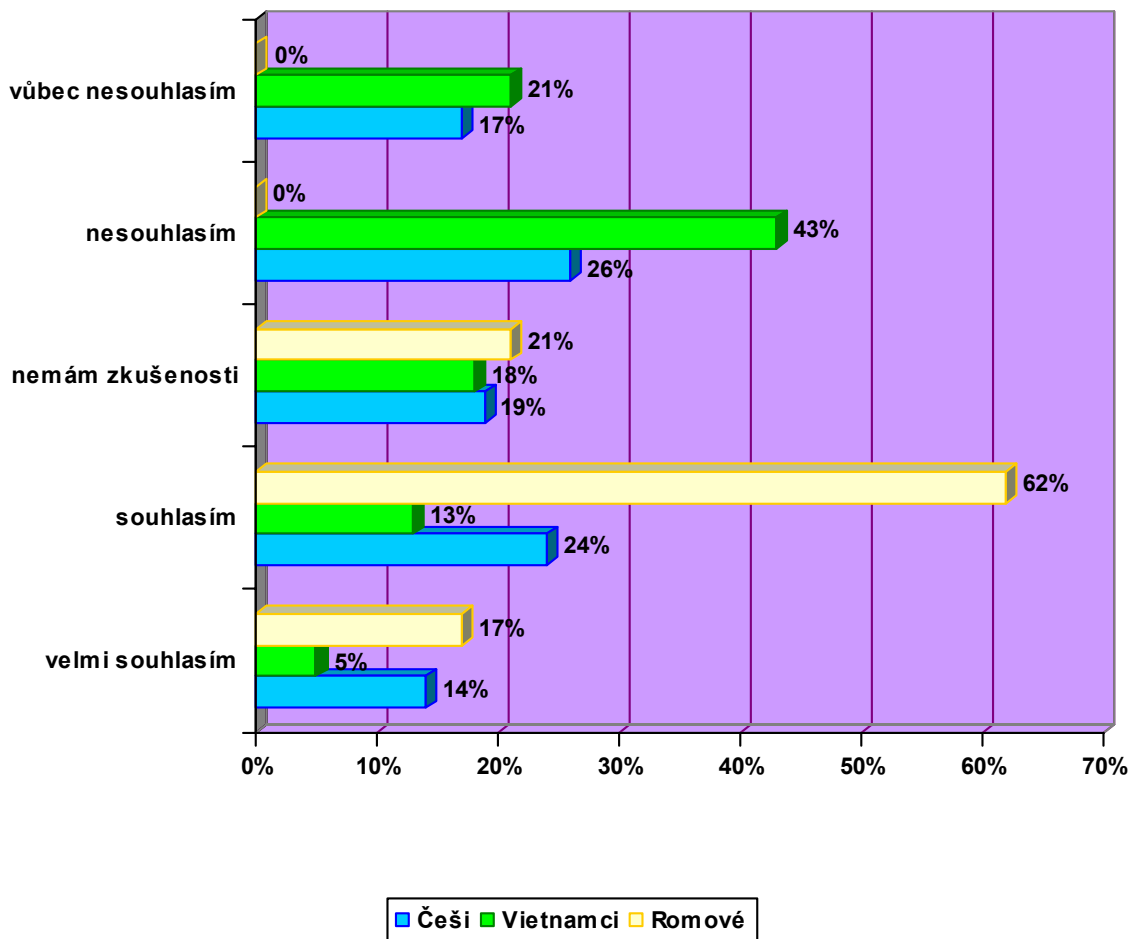
Tabulka přehledně shrnuje odpovědi uvedené v grafech 33, 34, 35 a 36.

Graf 37 Léčba v domácím prostředí



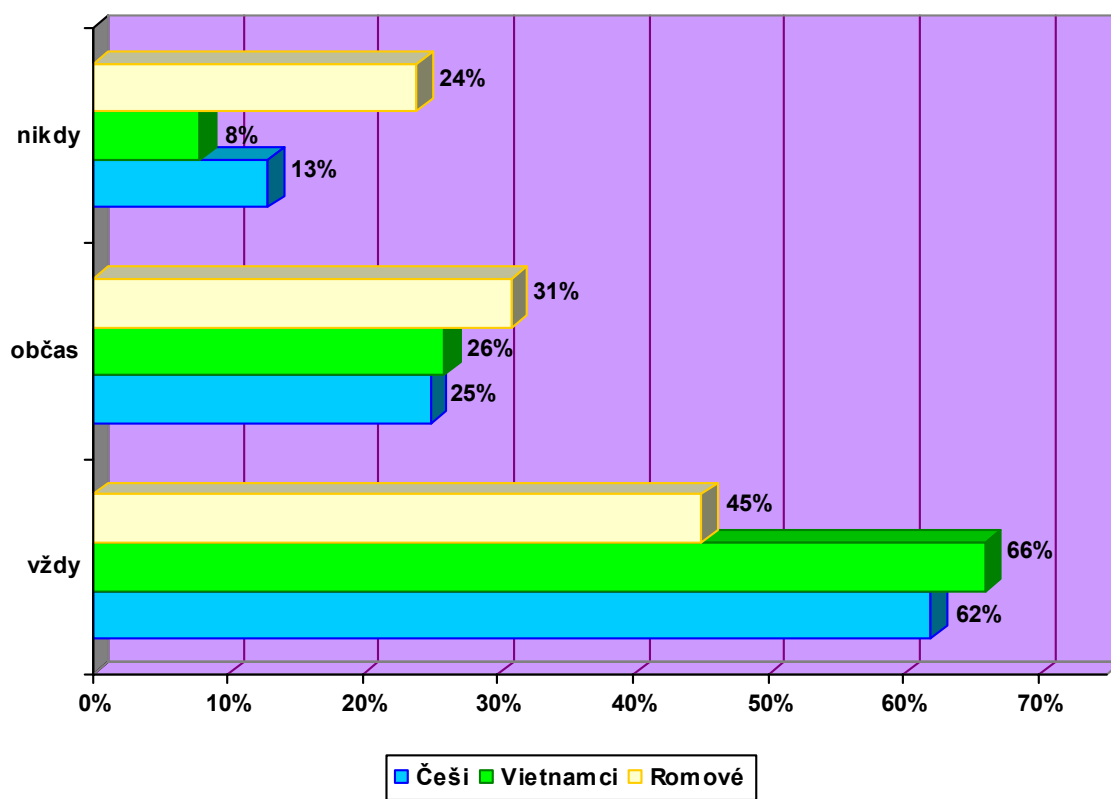
V této otázce se 42 českých (100 %), 39 vietnamských (10 %) a 42 romských respondentů (100 %) vyjadřovalo k tomu, zda dávají přednost léčbě v domácím prostředí. Velmi souhlasí 14 českých (33 %), 23 vietnamských (59 %) a 11 romských respondentů (26 %). Souhlasí 28 Čechů (67 %), 6 Vietnamců (15 %) a 24 Romů (57 %). Možnost nemám zkušenosti nevyužil žádný respondent z uvedených tří kultur. Možnost nesouhlasím nevyužil žádný Čech (0 %), využilo ji 9 vietnamských (23 %) a 7 romských respondentů (17 %). Odpověď vůbec nesouhlasím ne zvolil žádný Čech (0 %), využilo ji 1 Vietnamec (3 %) a ne zvolil ji žádný Rom (0 %).

Graf 38 Léčba ve zdravotnickém prostředí



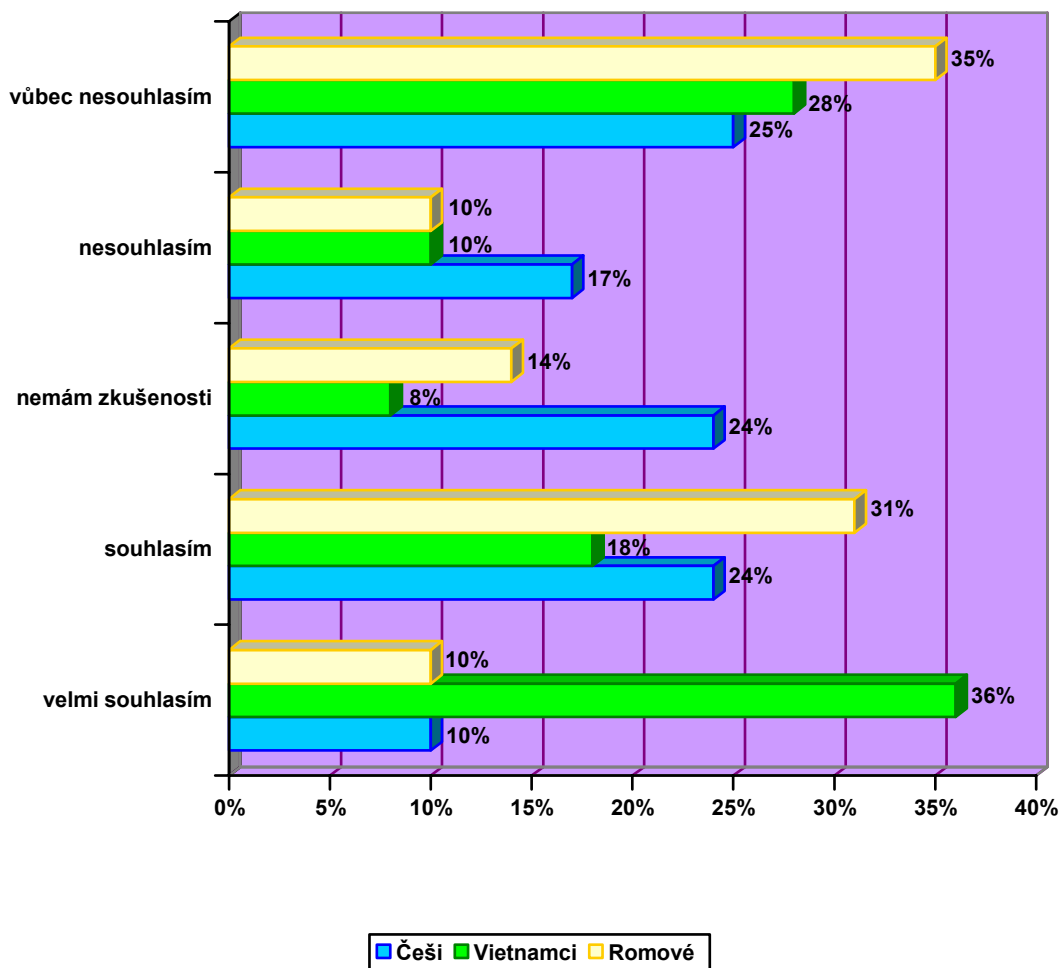
Ze 42 českých (100 %), 39 vietnamských (10 %) a 42 romských respondentů (100 %) s přednostní léčbou ve zdravotnickém zařízení velmi souhlasí 6 českých (14 %), 2 vietnamští (5 %) a 7 romských respondentů (17 %). Možnost souhlasím zvolilo 10 Čechů (24 %), 5 Vietnamců (13 %) a 26 Romů (62 %). Odpověď nemám zkušenosti označilo 8 Čechů (19 %), 7 Vietnamců (18 %) a 9 Romů (21 %). Možnost nesouhlasím volilo 11 českých respondentů (26 %), 17 vietnamských respondentů (43 %) a žádný romský respondent (0 %). Možnost vůbec nesouhlasím vybralo 7 českých (17 %), 8 vietnamských (21 %) a žádný romský respondent (0 %).

Graf 39 Dodržení diety



Na otázku, zda by respondent dodržel dietu, pokud by mu ji doporučil lékař, zvolilo ze 42 českých (100 %), 39 vietnamských (10 %) a 42 romských respondentů (100 %) odpověď vždy 30 českých (62 %), 26 vietnamských (66 %) a 19 romských respondentů (45 %). Odpověď občas vybralo 12 Čechů (25 %), 10 Vietnamců (26 %) a 13 Romů (31 %). Možnost nikdy označilo 6 českých respondentů (13 %), 3 vietnamští respondenti (8 %) a 10 romských respondentů (24 %).

Graf 40 Víra a boží pomoc při toleranci bolesti



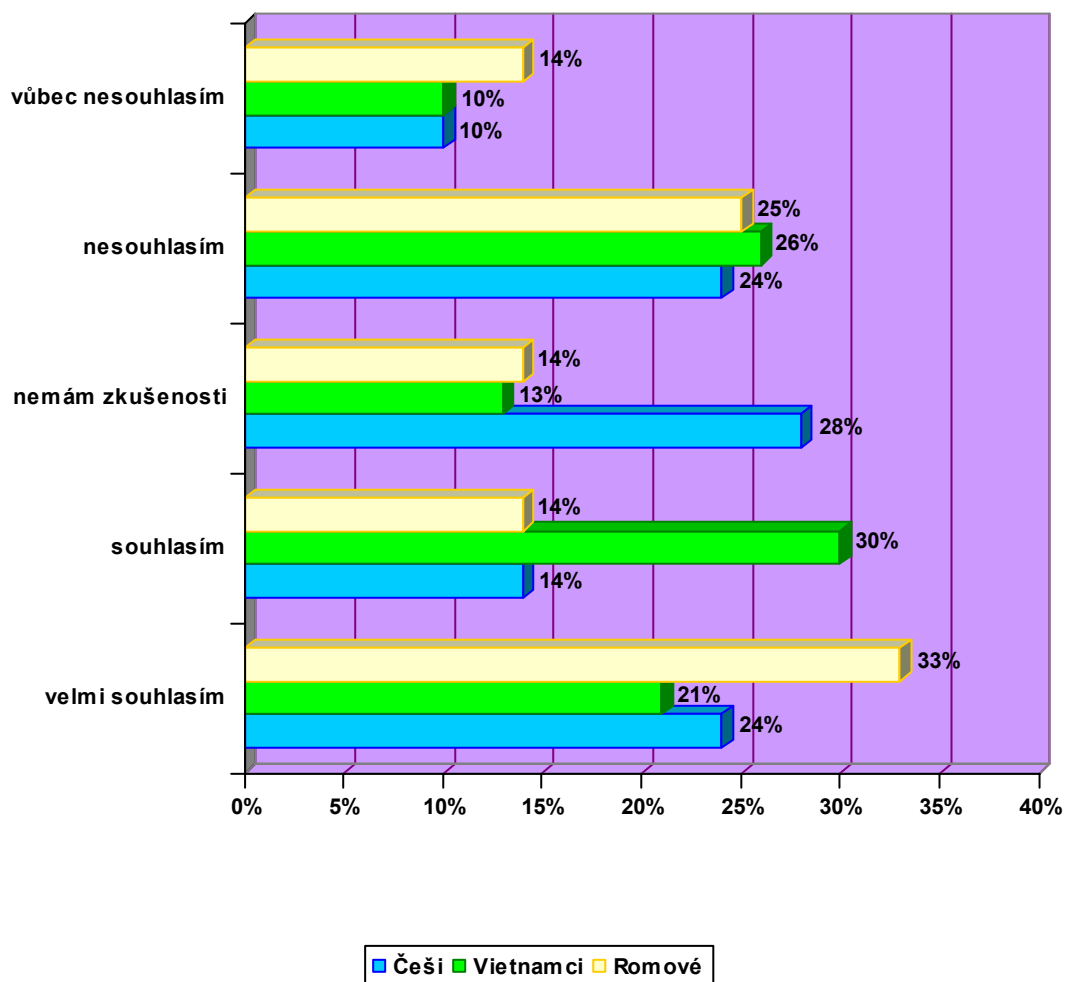
V této otázce 42 českých (100 %), 39 vietnamských (10 %) a 42 romských respondentů (100 %) uvádělo, zda souhlasí s tvrzením, že jim víra a boží pomoc pomáhají při toleranci bolesti. Velmi souhlasí 4 čeští (10 %), 14 vietnamských (36 %) a 4 romští respondenti (10 %). Souhlasí 10 Čechů (24 %), 7 Vietnamců (18 %) a 13 Romů (31 %). Možnost nemám zkušenosti zvolilo 10 Čechů (24 %), 3 Vietnamci (8 %) a 6 Romů (14 %). Odpověď nesouhlasím označilo 7 Čechů (17 %), 4 Vietnamci (10 %) a 4 Romové (10 %). Odpověď vůbec nesouhlasím volilo 11 českých respondentů (25 %), 11 vietnamských respondentů (28 %) a 15 romských respondentů (35 %).

Tabulka 18 Víra a boží pomoc pro věřící a nevěřící

	Věřící		Nevěřící	
	Počet	%	Počet	%
velmi souhlasím	22	30 %	0	0 %
souhlasím	30	41 %	0	0 %
nemám zkušenosti	9	12 %	10	20 %
nesouhlasím	7	9 %	8	16 %
vůbec nesouhlasím	6	8 %	31	64 %
Celkový počet respondentů	74	100 %	49	100 %

Tato tabulka znázorňuje odpovědi všech 74 věřících (100 %) a 49 nevěřících (100 %) respondentů zastupujících českou, vietnamskou a romskou kulturu na výrok, že víra a boží pomoc jim pomáhá při toleranci bolesti. 22 věřících respondentů (30 %) s tímto výrokem velmi souhlasí, 30 věřících respondentů (41 %) souhlasí, 9 věřících respondentů (12 %) nemá zkušenosti, 7 věřících respondentů (9 %) nesouhlasí a 6 věřících respondentů (8 %) vůbec nesouhlasí. Žádný nevěřící respondent neodpověděl, že s tímto tvrzením velmi souhlasí nebo souhlasí (0 %), 10 nevěřících (20 %) zvolilo odpověď, že nemá zkušenosti, 8 nevěřících respondentů (16 %) zvolilo možnost nesouhlasím a 31 nevěřících respondentů (64 %) vůbec nesouhlasí.

Graf 41 Nevěra v boží pomoc



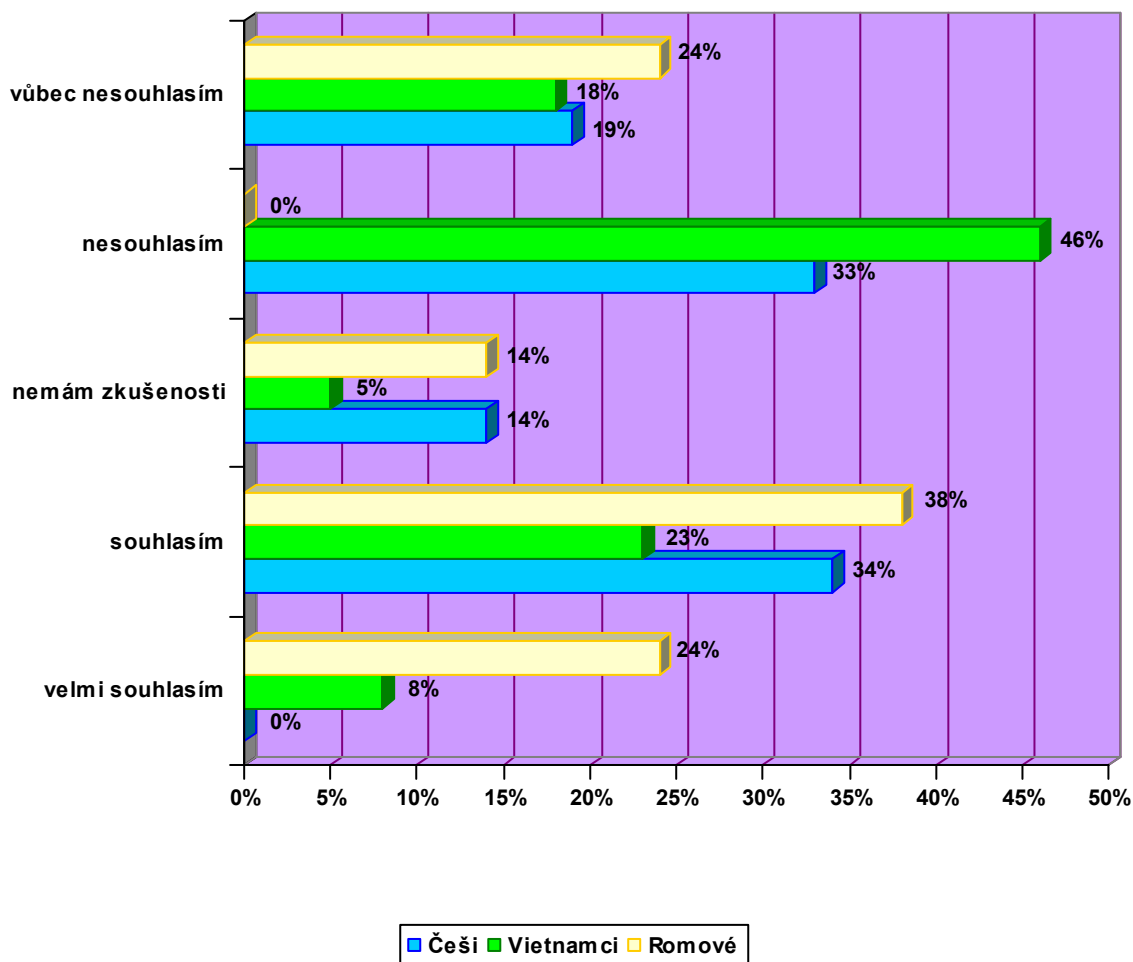
Ze 42 českých (100 %), 39 vietnamských (10 %) a 42 romských respondentů (100 %) s tvrzením, že respondent nevěří při bolesti boží pomoci, velmi souhlasí 10 českých respondentů (24 %), 8 vietnamských (21 %) a 14 romských respondentů (33 %). Souhlasí 6 Čechů (14 %), 12 Vietnamců (30 %) a 6 Romů (14 %). Odpověď nemám zkušenosti zvolilo 12 českých (28 %), 5 vietnamských (13 %) a 6 romských respondentů (14 %). Odpověď nesouhlasím označilo 10 Čechů (24%), 10 Vietnamců (26 %) a 10 Romů (25 %). Možnost vůbec nesouhlasím s tímto tvrzením zvolili 4 Češi (10 %), 4 Vietnamci (10 %) a 6 Romů (14 %).

Tabulka 19 Nevíra v boží pomoc věřících a nevěřících

	Věřící		Nevěřící	
	Počet	%	Počet	%
velmi souhlasím	0	0 %	32	66 %
souhlasím	17	23 %	7	14 %
nemám zkušenosti	13	18 %	10	20 %
nesouhlasím	30	40 %	0	0 %
vůbec nesouhlasím	14	19 %	0	0 %
Celkový počet respondentů	74	100 %	49	100 %

Tabulka shrnuje předchozí odpovědi v rozdělení na věřící a nevěřící respondenty zastupující všechny tři kultury dohromady. S tvrzením, že respondent nevěří boží pomoci při bolesti vůbec nesouhlasí 14 věřících respondentů (19 %), nesouhlasí 30 věřících respondentů (40 %), možnost nemám zkušenosti zvolilo 13 věřících respondentů (18 %), souhlasí s tímto tvrzením 17 věřících respondentů (23 %) a velmi souhlasí žádný věřící respondent (0 %). S tímto výrokem velmi souhlasí 32 nevěřících respondentů (66 %), souhlasí 7 nevěřících respondentů (14 %), nemá zkušenosti 10 nevěřících respondentů (20 %) a nesouhlasí a vůbec nesouhlasí s tímto tvrzením ani jeden nevěřící respondent (0 %).

Graf 42 Prosba k Bohu o pomoc



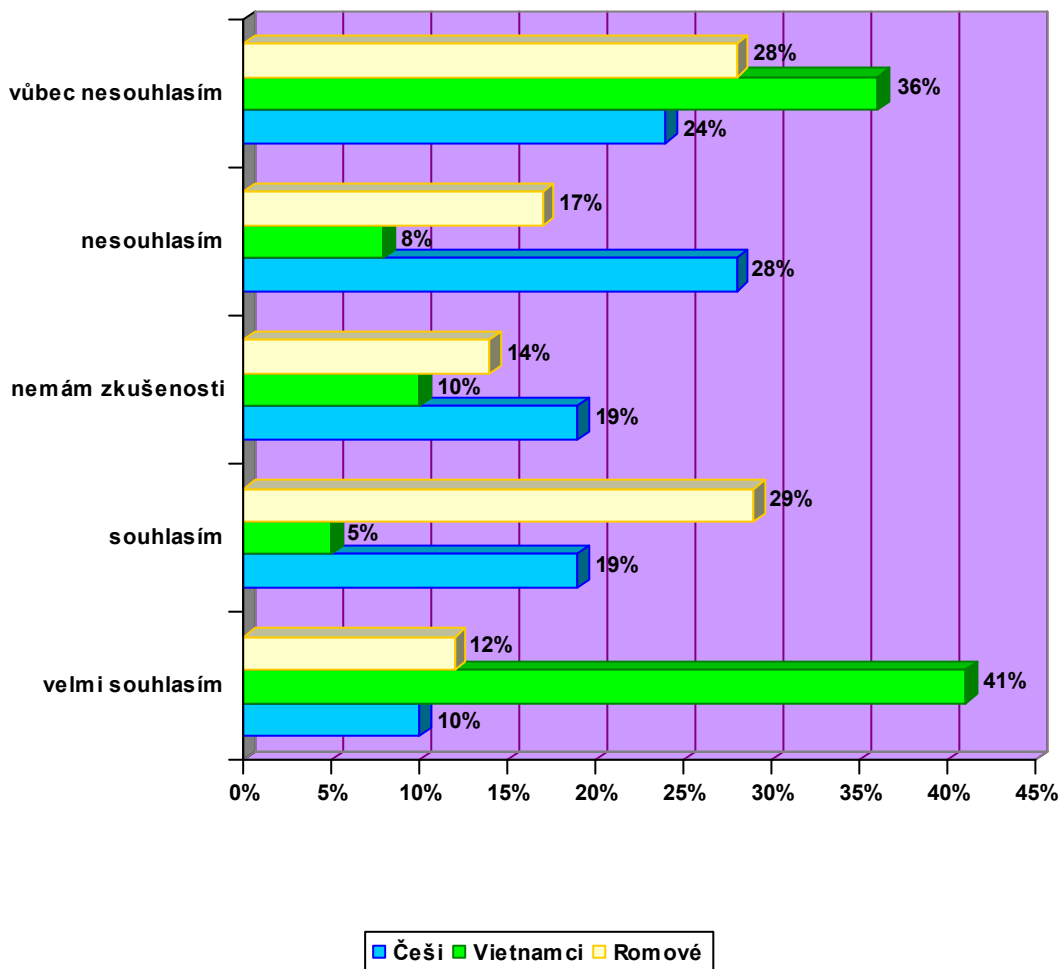
U tvrzení, že při bolesti respondent prosí Boha o pomoc, ze 42 českých (100 %), 39 vietnamských (10 %) a 42 romských respondentů (100 %) nevybral odpověď velmi souhlasím žádný český respondent (0 %) vybrali ji 3 vietnamští (8 %) a 10 romští respondenti (24 %). Souhlasí 14 českých (34 %), 9 vietnamských (23 %) a 16 romských (38 %). Možnost nemám zkušenosti zvolilo 6 českých respondentů (14 %), 2 vietnamští respondenti (5 %) a 6 romských respondentů (14 %). Odpověď nesouhlasím zvolilo 14 Čechů (33 %), 18 Vietnamců (46 %) a žádný Rom (0 %). Odpověď vůbec nesouhlasím označilo 8 českých (19 %), 7 vietnamských (18 %) a 10 romských respondentů (24 %).

Tabulka 20 Prosba k Bohu o pomoc věřících a nevěřících

	Věřící		Nevěřící	
	Počet	%	Počet	%
velmi souhlasím	13	18 %	0	0 %
souhlasím	33	43 %	6	12 %
nemám zkušenosti	10	14 %	4	8 %
nesouhlasím	10	14 %	22	45 %
vůbec nesouhlasím	8	11 %	17	35 %
Celkový počet respondentů	74	100 %	49	100 %

Tabulka rozděluje odpovědi na výrok, zda respondenti prosí při bolesti Boha o pomoc, na odpovědi 74 věřících (100 %) a 49 nevěřících (100 %) respondentů ze všech tří skupin. Velmi souhlasí s tímto tvrzením 13 věřících respondentů (18 %), souhlasí 33 věřících respondentů (43 %), nemá zkušenosti 10 věřících respondentů (14 %), nesouhlasí s tímto tvrzením 10 věřících respondentů (14 %) a vůbec nesouhlasí 8 věřících respondentů (11 %). S tímto tvrzením velmi souhlasí žádný nevěřící respondent (0 %), souhlasí 6 nevěřících respondentů (12 %), nemají zkušenosti 4 nevěřící respondenti (8 %), nesouhlasí s tím 22 nevěřících respondentů (45 %) a vůbec nesouhlasí 17 nevěřících respondentů (35 %).

Graf 43 Pomoc modlitby při bolesti



S tvrzením, že modlitba respondentovi pomáhá při bolesti, ze 42 českých (100 %), 39 vietnamských (10 %) a 42 romských respondentů (100 %) velmi souhlasili 4 čeští (10 %), 16 vietnamských (41 %) a 5 romských respondentů (12 %). Možnost souhlasím si vybralo 8 Čechů (19 %), 2 Vietnamci (5 %) a 12 Romů (29 %). Možnost nemám zkušenosti zvolilo 8 Čechů (19 %), 4 Vietnamci (10 %) a 6 Romů (14 %). Odpověď nesouhlasím zvolilo 12 českých respondentů (28 %), 3 vietnamští respondenti (8 %) a 7 romských respondentů (17 %). Odpověď vůbec nesouhlasím zvolilo 10 českých (24 %), 14 vietnamských (36 %) a 12 romských respondentů (28 %).

Tabulka 21 Pomoc modlitby u věřících a nevěřících

	Věřící		Nevěřící	
	Počet	%	Počet	%
velmi souhlasím	25	34 %	0	0 %
souhlasím	22	30 %	0	0 %
nemám zkušenosti	9	12 %	9	18 %
nesouhlasím	11	15 %	11	22 %
vůbec nesouhlasím	7	9 %	29	60 %
Celkový počet respondentů	74	100 %	49	100 %

Tabulka rozděluje respondenty všech tří kultur jen na věřící a nevěřící respondenty. Respondenti odpovídali na tvrzení, zda jim pomáhá při bolesti modlitba. 25 věřících respondentů (34 %) s tímto výrokem velmi souhlasí, 22 věřících respondentů (30 %) souhlasí, 9 věřících respondentů (12 %) nemá zkušenosti, 11 věřících respondentů s tím nesouhlasí (15 %) a 7 věřících respondentů (9 %) vůbec nesouhlasí. Odpověď velmi souhlasím a souhlasím nezvolil žádný nevěřící respondent (0 %), 9 nevěřících respondentů nemá zkušenosti, 11 nevěřících respondentů (22 %) nesouhlasí a 29 nevěřících respondentů (60 %) vůbec nesouhlasí.

5. Diskuse

Dotazník vyhotovený pro empirickou část diplomové práce byl stejný pro české, vietnamské a romské respondenty. Obsahoval 26 otázek a výroků, které byly stanoveny tak, abychom na jejich základě dosáhli stanovených cílů a stanovené hypotézy mohly být potvrzeny. Pro empirickou část práce jsme zvolili 3 cíle a 5 hypotéz. Cíle se zabývají zmapováním rozdílů v tišení bolesti v daných kulturách, významem bolesti pro tyto tři kultury a vlivem bolesti na běžnou činnost.

První část dotazníku se týkala identifikačních údajů respondentů českých, vietnamských a romských. Otázky byly zaměřeny na pohlaví (graf 1), věk (graf 2) a dosažené vzdělání respondentů (graf 3). U českých a vietnamských respondentů bylo o třetinu více žen než mužů. Je otázkou, zda je to způsobeno tím, že na světě je obecně více žen než mužů. Pohlaví romských respondentů se lišilo o dva respondenty. Češi a Romové pokryli všechny věkové skupiny, zatímco žádný Vietnamec nebyl ve věku 61 let a více. Je to pravděpodobně proto, že tato generace neovládá český jazyk nebo jen minimálně. V otázce týkající se vzdělání měla polovina romských respondentů základní vzdělání, třetina romských respondentů střední odborné vzdělání a část absolvovala střední odbornou školu s maturitou. Romové nepřikládají vzdělání takovou váhu, protože přináší ovoce až po několika letech, zatímco oni jsou orientováni spíše na přítomnost a minulost (45). Vietnamští respondenti absolvovali tytéž stupně vzdělání jako romští respondenti a část z nich vystudovala také vyšší školu. Vietnamci kladou na vzdělání velký důraz a ochotně na ně obětují ušetřené prostředky. Věří, že vzdělanost dětí vylepší jejich ekonomickou situaci a chtějí zabezpečit lepší budoucnost svým dětem (33). Čeští respondenti pokryli vzdělání od základního po vysokoškolské a dva čeští respondenti uvedli v možnosti „jiné“ vysokoškolské inženýrské vzdělání.

5.1 Diskuse k hypotéze číslo 1

Hypotéza číslo 1 zní: *„Příslušníci národnostních menšin v České republice upřednostňují nefarmakologické způsoby tišení bolesti před farmakologickými v porovnání s Čechy“*. Tuto hypotézu měly potvrdit otázky a výroky číslo 17, 18, 19, 20, 21 a 22 (viz. příloha 2). Nejprve jsme se zeptali, čemu dávají respondenti při zvládání bolesti přednost. Jedna čtvrtina dotazovaných Čechů dává velmi často přednost

lékům. Nejčastěji použili čeští respondenti možnost „občas“ a to jak u léků, tak u obkladů a bylin. Dva respondenti měli zkušenosti s akupunkturou a dva s meditací. K uchýlení se při bolesti k omamným látkám nepřistupuje žádný Čech. U romských respondentů je to jinak. Tři respondenti romského původu často užívají ke zvládnání bolesti omamné látky (drogy). Zde se však nabízí otázka, zda Romové za omamné látky považovali i tzv. lehké drogy, jako je alkohol a zda ostatní kultury nebraly tuto možnost v úvahu. Romští respondenti nejčastěji užívají při tišení bolesti léky, 39 % často volí obklady a 48 % byliny. Tito respondenti ve 4x větší míře než Češi volí k tišení bolesti akupunkturu a také meditaci. Nabízí se otázka, zda je to proto, že v Indii byla v minulosti akupunktura a meditace častým způsobem léčení? S ohledem na jejich vzdělání je zajímavé, že volí tyto způsoby léčení bolesti. Odpovědi Vietnamců byly poměrně rovnoměrně rozmístěny do všech možností. Nejčastěji však zvolili k léčbě bolesti byliny. Snad je to dáno tím, že i dnes jsou v tradiční vietnamské kultuře vyhledáváni léčitelé, aby poskytli léky, byliny a provedli spirituální léčebné obřady (9). A proto v České republice sahají po možnostech alternativní medicíny. Odpovědi na tvrzení, týkající se míry souhlasu s léky, obklady, bylinami, akupunkturou, meditací a s omamnými látkami při zvládnání bolesti, jsou shrnuty v tabulce 16. Z výsledků k těmto výroky vyplývá, že čeští respondenti nejvíce upřednostňují léky a občas obklady a byliny. Romští respondenti s menšími rozdíly v počtu odpovědí volili stejné možnosti. Vietnamští respondenti nejčastěji užívají byliny, za kterými následují obklady a léky.

Hypotéza však hovoří o příslušnících národnostních menšin. Proto výsledky, které budeme hodnotit, shrnuje tabulka 16. Z uvedených údajů se dozvídáme, že příslušníci národnostních menšin dávají přednost nejčastěji lékům, potom obkladům a za nimi jsou byliny. Rozdíly mezi odpověďmi jsou minimální, přesto je zde nepatrná převaha farmakologických prostředků. Léky jsou v dnešní době snadno dostupné jak z hlediska finančního, tak i místního. Není problém navštívit lékaře nebo sám dojít do lékárny a koupit farmakologické prostředky prodávané volně bez lékařského předpisu. Podle uvedených odpovědí je možné, že národnostní menšiny kombinují farmakologickou léčbu s nefarmakologickou. Mísí se zde vliv medicíny a tradičního léčitelství.

Na základě těchto výsledků můžeme shrnout, že respondenti příslušející k národnostním menšinám i čeští respondenti dávají přednost při tišení bolesti lékům. Hypotéza proto nebyla potvrzena. Zde můžeme vyzdvihnout význam odlišností nejen individuálních, ale také kulturních. Literatura věnující se této otázce neopomíná fakt, že rozdíly mezi jedinci jsou nejen biologické, psychologické a sociální, ale také kulturní. Zdravotnický personál by si měl uvědomit kulturní zvyky a tradice každého klienta/pacienta, měl by mít určité znalosti alespoň o těch národnostních menšinách, které se vyskytují v České republice nejčastěji a na základě toho přistupovat k tomu určitému jedinci jako k individualitě. Tyto rozdíly ovlivňují jeho vnímání, chování a přístup k léčbě. Proto následující údaje opět uvádíme v rozdělení na tři kultury, aby bylo zřetelně vidět případné rozdíly.

V následující otázce týkající se toho, čím pomoc při bolesti nejprve respondenti vyhledávají, však Vietnamci léčiteli ne zvolili ani v jednom případě. Naše předpoklady, že vyhledávají spíše alternativní způsoby léčby bolesti, se nepotvrdily. Je možné, že v českých podmínkách považují za léčiteli českého člověka zabývajícího se léčitelstvím a nemají k němu důvěru jako k představiteli vlastní menšiny. Nebo takové lidi nazývají jinak. Pokud již vyhledávají zdravotnickou pomoc, osloví ve více než polovině případech lékaře a minimum respondentů jde nejprve za zdravotní sestrou. Pokud bychom měli vytvořit pořadí v odpovědích na tuto otázku u romských respondentů, byli by na prvním místě lékaři, následovaly by zdravotní sestry a část romských respondentů vyhledává také léčiteli a homeopaty. Díky tomu, jak zde Romové žijí dlouho, přejali z velké části zvyky české země ve které žijí, což můžeme považovat za určitý druh asimilace. Dalším důvodem takovéto vyhledávané pomoci může být možnost, že jsou přístupní alternativním způsobům léčby. Oproti tomu žádný z respondentů Čechů nesouhlasí s vyhledáváním léčiteli, zatímco pomoc lékaře přijímá nadpoloviční většina z nich. Více než třetina českých respondentů neodmítá ani pomoc sestry. Část českých respondentů vyhledává i homeopaty.

Pro doplnění otázek o vyhledávané pomoci a prostředcích na tišení bolesti jsme zařadili do dotazníku také tvrzení týkající se upřednostňování domácího prostředí nebo zdravotnického zařízení při potřebě léčby. Léčbu v domácím prostředí upřednostňují všechny tři kultury poměrně stejně. Okolo 20 % vietnamských a romských respondentů

odpovědělo na toto tvrzení záporně. Souvisí to s otázkou, zda respondentům pomáhá rodina zvládat bolest. Převážná většina respondentů z každé kultury odpověděla kladně. Rodina spolu s domácím prostředím má na léčbu obecně kladný vliv. I přes velmi silné rodinné vazby jsou to právě romští respondenti, kteří ve stejném poměru, jako upřednostňují domácí prostředí, volí zdravotnické zařízení. Žádný romský respondent nebyl proti léčení ve zdravotnickém zařízení. Pravděpodobně využívají tuto možnost léčby s vědomím, že rodina, která je jim tak blízká, je může každý den navštěvovat. S upřednostňováním léčby ve zdravotnickém zařízení zhruba polovina českých respondentů souhlasí a polovina jich nesouhlasí. 64 % vietnamských respondentů se ve zdravotnickém zařízení léčit nechce. Jak uvádí Ivanová Vietnamci vždy nejprve zkouší domácí léčení. K tomu je může vést více důvodů. Zdravotnické zařízení je pro ně nejen naprosto cizí prostředí, ale setkají se zde s jazykovou bariérou a také s tím, že zdravotnický personál, i přes vzdělávání v oblasti multikultury, nezná zvyky vietnamské kultury, a proto může dojít k nepříjemným situacím.

Následující otázka, zda by respondent dodržel dietu doporučenou lékařem, měla naznačit váhu slova lékaře pro respondenty jednotlivých kultur. Nejmenší rozdíly v odpovědích se nacházely u romských respondentů. Necelá polovina z nich odpověděla, že by dietu dodrželi vždy. Třetina dotazovaných odpověděla, že občas a čtvrtina romských respondentů zvolila možnost nikdy. Oproti tomu více jak 60 % vietnamských a českých respondentů by tuto doporučenou dietu vždy dodrželo. K nedodržení diety nařizené lékařem se neuchýlil ani jeden český respondent a pouze tři vietnamští respondenti také ne. Pravděpodobné důvody takovýchto odpovědí můžeme hledat v hloubce kulturních zvyků a charakteristik. Vietnamci jsou důslední a obvykle splní očekávání zdravotnického personálu. Naopak Romové mají slabší vůli, vytrvalost a trpělivost (9).

Na základě diskutovaných výsledků nebyla hypotéza 1 potvrzena.

5.2 Diskuse k hypotéze číslo 2

Otázka číslo 7 měla potvrdit hypotézu 2, která zní: „*Češi nevnímají bolest jako součást života na rozdíl od příslušníků národnostních menšin v České republice.*“ Respondenti měli uvést, do jaké míry souhlasí s tvrzením, že bolest pro ně znamená

příznak onemocnění, cestu k vykoupení, trest, součást života nebo boží vůli. Odpovědi jsou uvedené v grafech 14, 15, 16, 17 a 18 a vše shrnuje tabulka 5.

Čeští respondenti nejvíce souhlasí s tím, že bolest je součástí života a jen o jedinou odpověď méně měla možnost, že je to příznak onemocnění. Jsou to dva nejvíce uváděné významy bolesti pro české respondenty. V hypotéze jsme sice předpokládali, že Češi bolest jako součást života nevnímají, ale dle údajů z výzkumu je zřejmé, že to tak není. Nemoci patří k lidskému bytí, proto lidé předpokládají, že nemoc je příznakem onemocnění. Často jen na základě tohoto příznaku navštíví lékaře. Ale právě proto, že nemoci k lidskému životu patří, považují Češi bolest i za součást života. I přesto, že respondenti byli z poloviny věřící, minimum odpovědí příslušelo k možnosti, že bolest je trest, cesta k vykoupení nebo boží vůle.

Odpovědi respondentů příslušníků národnostních menšin se nijak významně neliší. Ale bolest pro ně znamená na prvním místě příznak onemocnění a až na druhém místě se umístila možnost, že je to součást života. Je pravděpodobné, že část respondentů přiklánějících se k tomu, že bolest je součást života, jsou buddhistického vyznání (viz. graf 4). Na základě filosofie buddhismu, že veškeré bytí je strastné, můžeme předpokládat, že bolest do tohoto bytí patří (20). Svě místo zde mají i ostatní odpovědi, ale čísla jsou třetinová v porovnání s předchozími údaji (viz tabulka 18).

Dnešní doba přináší rozdíly ve vnímání významu bolesti oproti dobám minulým. Bolest už nesesílají bohové ani to není prokletí (30). Bolest je spojená s počítáním, zrozením i se smrtí. Provází lidi od nepaměti a tak dlouho se také mění její výklad.

Opět zde však musíme zdůraznit, že při poskytování nejen zdravotnické péče nelze přistupovat k ostatním kulturám jako k jednomu celku, jako k lidem patřícím do jedné velké skupiny bez kulturních rozdílů. Proto zde pro zajímavost uvádíme i rozdíly mezi romskými a vietnamskými respondenty zvláště. Romští respondenti v 36 případech odpověděli, že pro ně bolest znamená příznak onemocnění a 35 romských respondentů uvedlo součást života. V tabulce 18 také vidíme, že zbylým odpovědím přikládá význam malá část respondentů a nejsou podstatné pro znění hypotéz. Stejně tak vietnamští respondenti nejvíce souhlasí s bolestí jako se součástí života. A poměrná část souhlasí i s bolestí jako s příznakem onemocnění. Na možný vliv buddhismu jsme již výše poukázali. V tomto případě však chceme upozornit i na trest, kterému necelá

polovina respondentů dala při bolesti význam. Výsledky tak souhlasí s literaturou, která u Vietnamců uvádí, že mohou považovat nemoc za trest (49).

Dle výše diskutovaných údajů můžeme říci, že hypotéza 2 nebyla potvrzena.

5.3 Diskuse k hypotéze číslo 3

Hypotéza obsahovala předpoklad, zda víra ovlivňuje toleranci bolesti. K hypotéze se vztahovaly otázky a výroky číslo 10, 11, 12, 13, 23, 24, 25 a 26 (viz. příloha 2). Respondenti české, vietnamské a romské kultury zde byli rozděleni na věřící a nevěřící respondenty. První čtyři otázky obsahovaly škálu od 0, která značila žádnou bolest, do 10, která značila bolest nesnesitelnou. Uváděná čísla jsou v pořadí od nejvíce voleného po to méně volené. Nejprve jsme zjišťovali, na jakém čísle je bolest zubů, která respondenta neobtěžuje (viz. tabulka 9). Tuto bolest věřící respondenti označili na čísle 3 a 5. Třetina nevěřících respondentů označila číslo 2, druhé nejčastěji volené číslo bylo 1. Věřící respondenti volili čísla, kdy je bolest neobtěžuje, vyšší.

Na té samé škále měli respondenti označit číslo, při kterém bolest zubů již cítí, ale mohou vykonávat běžnou činnost (viz. tabulka 11). Věřící respondenti takovou bolest označili na čísle 5 a dále číslo 4. Nevěřící respondenti zvolili tytéž čísla jako věřící, to znamená číslo 5 a 4. Bolest, kdy mohou respondenti vykonávat běžnou činnost, tak ohodnotili obě skupiny stejně.

Dále měli respondenti označit číslo, při kterém jim bolest nedovoluje vykonávat běžnou činnost (viz. tabulka 13). Věřící respondenti volili s nejmenším rozdílem v počtu číslo 5, 8 a 6. Nevěřící respondenti označili číslo 5 a číslo 6. Na tuto otázku volili respondenti stejné číslo odpovědi, ale druhá nejčastější odpověď nám ukazuje, že věřící respondenti takovou bolest volí na čísle vyšším.

Poslední otázka obsahující tuto hodnotící škálu nám měla říci, při jakém čísle zahájí respondenti činnosti na tišení bolesti (viz. tabulka 15). Věřící respondenti zahájí takovou činnost při bolesti dosahující čísla 5 a pětina věřících zahájí tuto činnost na čísle 4. Oproti tomu nevěřící respondenti zahájí tuto činnost na čísle 4 a poté se až umístilo číslo 5. Podle prvního voleného čísla bychom mohli předpokládat, že nejvyšší procento věřících zahájí činnosti na tišení bolesti později, než nejvyšší procento nevěřících.

Výroky, které byly zvoleny pro doplnění této hypotézy, se týkají náboženského vyznání a jeho případné pomoci při bolesti. Z údajů, které jsou uvedeny v tabulkách 18 až 21, je zřejmé, že více než dvěma třetinám věřících pomáhá při toleranci bolesti víra (viz. tabulky 18, 19, 20 a 21). S tím nesouhlasí ani jeden nevěřící respondent. Boží pomoci nevěří ani jeden nevěřící, ale také jí nevěří část věřících respondentů. Zajímavá je odpověď nevěřících respondentů na otázku, zda při bolesti prosí Boha o pomoc. I přesto, že respondenti uvedli, že jsou ateisté, při bolesti prosí Boha o pomoc 6 nevěřících respondentů. Můžeme předpokládat, že při silných bolestech již existenci Boha nepopírají a že naopak touží po tom, aby existoval a aby jim pomohl. Část věřících respondentů Boha o pomoc nežádá ani při bolestech. Je pravděpodobné, že mohou patřit do skupiny věřících, kteří byli k víře vychováni a dále v Boha věří bez hlubšího uvědomění.

Z otázek o víře a její pomoci při bolesti můžeme usuzovat, že víra pomáhá věřícím při toleranci bolesti a dle hodnotících škál je zřejmé, že věřící respondenti měli lepší toleranci bolesti než nevěřící respondenti. Proto můžeme říci, že hypotéza 3, která zní: „*Věřící člověk snáší bolest lépe než nevěřící*“, byla potvrzena.

5.4 Diskuse k hypotéze číslo 4

Hypotézu vztahující se k toleranci bolesti mají potvrdit nebo nepotvrdit otázky číslo 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 a 17 (viz. příloha 2). Tato hypotéza se vztahovala jen k romským a vietnamským respondentům. Nejprve jsme zjišťovali, jakou bolest čeští a romští respondenti v životě již prožili. Údaje jsou uvedené v tabulce 3.

Dále jsme zjišťovali, jak dlouho trvala nejdelší bolest respondentů. Polovina českých a polovina romských respondentů měla bolest kratší než jeden měsíc. Zbývající respondenti prožili nejdelší bolest trvající déle než jeden měsíc, déle než tři měsíce nebo déle než šest měsíců. Otázka trvání bolesti je zde na místě. Krátkodobá bolest vyvolává jiné pocity než bolest dlouhodobá. Při dlouhodobé bolesti může klient/pacient propadat depresi a stavům beznaděje, což ovlivňuje jeho další vnímání bolesti, její toleranci a jeho další přístup k léčbě.

Následující otázky obsahovaly stupnice od 0, což značilo žádnou bolest, do 10, což označovalo bolest nesnesitelnou. Zjišťovali jsme, jakou nejvyšší fyzickou bolest respondenti v životě zažili. Jsou zde uvedena ta čísla, která byla volena nejčastěji. Na prvním místě vždy to nejvíce volené číslo a dále čísla volená dále. Nejvíce odpovědi českých respondentů bylo označeno na čísle 8 a čísle 6. V porovnání s tím označili romští respondenti nejčastěji číslo 10 (viz. tabulka 6). Další otázka se zabývala psychickou bolestí, kterou respondenti označovali na stejně vytvořené škále. Čeští respondenti zaznamenali nejčastěji číslo 5. Romští respondenti označili číslo 10 a potom také číslo 5 (viz. tabulka 7). Důvody, proč jsou odpovědi u romských respondentů v obou otázkách vyšší, mohou být takové, že Romové jsou nejen temperamentnější, ale také obecně citlivější a vnímavější, co se bolesti týká. Dokazují to i příklady Romů, kteří se pod tíhou psychické bolesti vrhají na pohřbech do hrobu. Tento projev zvládnutí bolesti potvrzují i mimické projevy Romů, jak je uvedeno v kapitole 1.3.3 (14).

Při dalších čtyřech otázkách si měli respondenti představit, že je bolí zuby a na základě toho odpovídat. Hodnoty jsou uváděné v pořadí podle toho, ke které odpovědi se respondenti více přikláněli od nejvíce voleného čísla po nejméně volené. Na prvním místě uvádíme číslo, které respondenti uvedli nejčastěji. Nejprve měli na stupnici označit číslo, při kterém by je bolest zubů neobtěžovala. Čeští respondenti označili číslo 2 a 3. Nejvíce označované hodnoty romských respondentů byly 3 a 1 (viz. graf 19). Z uvedených údajů vyplývá, že Romy neobtěžuje nižší bolest na rozdíl od Čechů, kteří jsou ochotni považovat za neobtěžující bolest o jeden stupeň vyšší.

Potom následovala otázka, aby respondenti označili číslo, při kterém bolest cítí, ale mohou vykonávat běžnou činnost. Čeští respondenti označili nejčastěji číslo 5 a 4. Odpovědi romských respondentů pokryly nejvíce čísla 3 a 4, která získala stejný počet bodů (viz. graf 20). Zde je patrný minimální rozdíl, ale opět zvolili Češi vyšší čísla, kdy bolest cítí, ale mohou vykonávat běžnou činnost, než Romové, kteří označili čísla nižší.

Další otázka žádala respondenty o označení čísla, při kterém jim bolest již zabraňuje vykonávat běžnou činnost. 35 % českých respondentů označilo číslo 6. Stejný počet respondentů romských označilo číslo 5 (viz. graf 21). Češi nemohou vykonávat běžnou činnost při čísle vyšším, než jaké uvedli Romové.

Poslední otázka se stejnou hodnotící škálou se zabývala číslem, při kterém respondenti zahájí činnosti na tišení bolesti zubů. Čeští respondenti zvolili číslo 6 a za ním následovala se stejným počtem odpovědí čísla 4 a 8. Oproti tomu romští respondenti označovali čísla nižší, a to číslo 5 a za ním opět se stejným počtem odpovědí čísla 3 a 4 (viz. graf 22). Češi jsou tak ochotni tolerovat vyšší bolest než Romové. Pokud bychom porovnali odpovědi českých a romských respondentů jako křivku, zjistili bychom, že odpovědi romských respondentů jsou zaznamenány téměř vždy na nižším čísle než odpovědi českých respondentů. Z výsledků můžeme usuzovat, že Romové mají nižší toleranci bolesti než Češi.

Pro doplnění hypotézy jsme položili otázky týkající se vyjadřování bolesti před okolím. Tentokrát byla vytvořena stupnice od čísla 1, což označovalo vyjadřování bolesti, po číslo 10, což značilo nevyjadřování bolesti. Z odpovědí respondentů českých lze stanovit závěr, že celkově před okolím bolest najevo dávají méně, slovně se vyjadřují průměrně a mimicky vůbec. U slovního vyjadřování volili romští respondenti celou škálu a hodnotili ji v podstatě stejným počtem odpovědí, od naprosto sdílejících svou bolest s okolím přes průměrně se svěřující až po mlčící. Při mimickém vyjadřování bolesti před okolím je však jasná převaha čísla 1, což označovalo odpověď, že respondent bolest před okolím dává najevo (viz. grafy 23, 24 a 25).

S tím souvisí i další otázka týkající se toho, zda respondentům pomáhá rodina zvládat svou bolest. Nadpoloviční většině českých respondentů rodina pomáhá, stejně tak tří čtvrtinám romských respondentů rodina pomáhá. Avšak ani jeden respondent romského původu neodpověděl, že by mu rodina nepomáhala. Českých respondentů tak odpovědělo 5 (viz. graf 26). Rodina, která obsahuje i mnoho příbuzných, je pro Roma vysoko na žebříčku hodnot. Její členové si navzájem pomáhají a podporují se. Pokud je Rom hospitalizován, chodí za ním celá rodina, aby se necítil osamělý. A to vše jsou důvody, které vedou k ohodnocení takto znějící odpovědi. A možnost, že bolest musí zvládnout respondent sám, zvolil skoro stejný počet zástupců obou kultur.

Bolest u Romů si zaslouhuje zkoumání mnohem hlubší a konané na větším počtu respondentů. Je to nelehký úkol. Ale po získání důvěry Romů jsou velmi ochotní spolupracovat. Jejich vnímání bolesti je odlišné od toho našeho. Jsou celkově citlivější jak k bolesti fyzické, tak k bolesti psychické. Nelze to brát jako univerzální pro celou

romskou kulturu. Ani z těchto výsledků nesmíme usuzovat, že to takto vnímá každý Rom. Musíme brát v úvahu jedinečnost jedince, tak jako u všech ostatních kultur. A jak uvádí literatura týkající se všech lidí celkově, k člověku se musí přistupovat holisticky. A to slovo obsahuje i pojem „vnímat kulturní rozdíly“.

Pokud výsledky těchto otázek shrneme, zjistíme, že hypotéza 4, která zní: „*Romové mají nižší toleranci bolesti než Češi*“ byla potvrzena.

5.5 Diskuse k hypotéze číslo 5

Poslední hypotéza se týkala rovněž tolerance bolesti, tentokrát však byli hodnoceni Češi a Vietnamci. Vztahují se k ní stejné otázky, které jsme použily pro stanovení předchozí hypotézy. Budeme opět uvádět i odpovědi Čechů, aby bylo možné snazší srovnání. Nejdelší prožitá bolest, kterou čeští respondenti označili nejčastěji, byla kratší než jeden měsíc. Stejně tak bylo nejvíce odpovědí vietnamských respondentů, kteří také prožili bolest kratší než jeden měsíc. Ostatní odpovědi jsou uvedené v menším počtu. Krátkodobá bolest má ochranný charakter, upozorňuje na akutní problém.

Další otázky obsahovaly škálu od 0 - žádná bolest, do 10 - nesnesitelná bolest, na které měli respondenti označit nejdříve největší fyzickou bolest, kterou prožili a na druhé škále největší psychickou bolest, kterou prožili. Čísla jsou uváděna v pořadí podle toho, které číslo bylo voleno častěji. Čeští respondenti u otázky týkající se fyzické bolesti nejčastěji volili číslo 8 a 6. U vietnamských respondentů značně převažovalo číslo 7 (viz. tabulka 6). Největší psychickou bolest čeští respondenti prožili na čísle 5. Bez mála polovina vietnamských respondentů zvolila číslo 5, druhá necelá polovina označila číslo 7 (viz. tabulka 7). Fyzickou bolest hodnotí obě kultury podobně, zatímco psychickou bolest hodnotí Vietnamci nepatrně výše. Je to pravděpodobně proto, že tato skupina respondentů, jak je uvedeno výše, nezažila dlouhotrvající bolest. Výzkum byl prováděn na náhodně vybraném vzorku zástupců obou kultur, tudíž jsou volená čísla prožitá bolesti ovlivněna délkou zkušenosti s bolestí. Výzkum na početnějším vzorku by nám mohl otázku plně zodpovědět.

Další otázky byly zaměřeny na představu, že respondenti prožívají bolest zubů. Své odpovědi zaznamenávali opět do škály od 0, což značilo žádnou bolest, do 10, což označovalo bolest nesnesitelnou. Při první otázce si měli respondenti představit bolest

zubů, která by je neobtěžovala. Odpovědi jsou uvedeny v grafu 19. Čeští respondenti označovali nejčastěji číslo 2. Vietnamští respondenti zaznamenali nejvíce číslo 5 a za ním číslo 2. V této otázce měli vyšší toleranci bolesti Vietnamci.

Následující otázka chtěla po respondentech označit číslo, při kterém bolest cítí, ale mohou vykonávat běžnou činnost. Čeští respondenti volili nejčastěji možnost znázorňující číslo 5. Vietnamští respondenti označili číslo 5 a o jednoho respondenta méně označilo číslo 6 (viz. graf 20). V této otázce volili Vietnamci stejné číslo jako Češi a číslo vyšší.

Respondenti měli dále uvést číslo, při kterém jim již bolest zabraňuje vykonávat běžnou činnost. Čeští respondenti zaznamenali takovou bolest na čísle 6. Vietnamští respondenti označili stejným počtem číslo 5 a 8 (viz. graf 21). Průměrně však Vietnamci volí opět vyšší číslo, z čehož můžeme usuzovat, že jsou ochotni tolerovat vyšší bolest.

Poslední otázka, týkající se bolesti zubů, žádala respondenty, aby označili číslo, při jakém zahájí činnosti na její tišení. Největší počet českých respondentů zahájí tuto činnost na čísle 6, za ním následují čísla se stejným počtem odpovědí a to čísla 4 a 8. Třetina vietnamských respondentů zahájí tuto činnost na čísle 5 a za tímto číslem následuje hodnota 8. Hodnoty jsou uvedeny v grafu 22 a tabulce 14. Pokud bychom udělali průměr z čísel, která volili zástupci české kultury a průměr hodnot, které volili zástupci Vietnamců, zahájili by Vietnamci tišení bolesti při vyšší bolesti než Češi. Na základě výzkumu a srovnání výsledků těchto zástupců jednotlivých kultur jsme dospěli k závěru, že Vietnamci mají vyšší toleranci bolesti než Češi.

Další otázky, které jsou doplněním pro tuto hypotézu, obsahovaly stupnici od 1 do 10 a týkaly se vyjadřování bolesti před okolím. Číslo 1 znamenalo, že respondenti vyjadřují svou bolest před okolím a číslo 10 znamenalo, že respondenti svou bolest před okolím nevyjadřují. Čeští respondenti svou bolest před okolím spíše nevyjadřují. Pokud ano, tak dávají přednost slovnímu projevu, mimicky se vyjadřují minimálně. Vietnamští respondenti dávají svou bolest najevo jak slovně, tak mimicky. Výsledky této otázky týkající se Vietnamské kultury jsou překvapující, protože literatura uvádí, že Vietnamci jsou tiší a svou bolest nedávají před okolím najevo. Ivanová uvádí příklad nastávajících rodiček, které trpí tise a proto i když nenaříkají, je nutné je uklidnit (9). Zde se můžeme

jen domnívat, zda většina vietnamských respondentů nepochopila otázku či se v tomto případě jedná o vzorek, který je v této záležitosti od většiny tak odlišný.

Se zodpovědním této otázky nám mohou pomoci data získaná z následující otázky, zda respondentům pomáhá rodina zvládat bolest. Dvě třetiny vietnamských respondentů uvedlo, že ano, rodina jim bolest pomáhá zvládnout. Pravděpodobně je zde souvislost. Za okolí mohli považovat jen rodinu a pokud by jim svou bolest nesdělili, rodina by jim nemohla pomoci. Ale protože svou bolest dávají najevo, rodina jim pomáhá. Také většina českých respondentů uvedla, že jim rodina pomáhá zvládnout bolest. Podle odpovědí předpokládáme, že rodina má vliv na bolest. Odpovědi všech respondentů v této otázce jistě ovlivnila i skladba, funkčnost a harmonie v rodině. Na to však otázka nebyla zaměřena, proto se můžeme jen domnívat, že respondenti mohou své rodině věřit a svěřit se se svou bolestí. A že rodina respondentům pomůže tak, aby vše bylo v rovnováze.

Pro hypotézu číslo 5 jsou však nejpodstatnější otázky 10 až 13. Na základě uvedených údajů můžeme říci, že hypotéza: *“Vietnamci mají vyšší toleranci bolesti než Češi“* byla potvrzena.

6. Závěr

Vstoupili jsme do nového tisíciletí. Na všech místech světa se setkávají kultury pocházející z různých koutů Země. Lidé se stěhují za prací, za partnerem, za lepším životem. Kdekoliv je může zastihnout nemoc a budou potřebovat pomoc zdravotníků. Zdravotnický personál by jim měl být oporou v zemi cizí i v zemi vlastní. Je potřeba, aby byl zdravotnický personál vzdělán v oblasti multikulturní. Žádá to doba, žádá to společnost a žádá to především sám klient/pacient. Má právo na poskytnutí kvalitní a profesionální ošetrovatelské péče. Znalost zvyků a potřeb jiných kultur a touha po poznání, pomůže zdravotníkovi i klientovi/pacientovi při překonávání možných nedorozumění.

V diplomové práci byly stanoveny tři cíle, které měly zmapovat a porovnat rozdíly mezi Čechy, Romy a Vietnamci v oblasti vnímání a tolerance bolesti.

První cíl se zabýval rozdíly v tišení bolesti v české, romské a vietnamské kultuře v domácím a v nemocničním prostředí. Tento cíl byl zjišťován pomocí otázek a tvrzení v dotazníku, které byly zaměřeny na farmakologické a nefarmakologické způsoby tišení bolesti a na upřednostňování zdravotnického zařízení nebo domácího prostředí. Každá kultura zná a používá různé způsoby tišení bolesti a každá kultura také preferuje jiné prostředí.

Druhým cílem bylo zjistit, zda Romové, Vietnamci a Češi vnímají bolest jako součást života. Bylo uvedeno více variant významu bolesti. Poznání významu bolesti u jednotlivých kultur může pomoci zdravotnickému personálu ve vhodném přístupu ke klientovi/pacientovi.

Třetí cíl se týkal vlivu bolesti na běžnou činnost vedoucí k zahájení aktivit pro tišení bolesti. Pro dosažení cíle jsme použili škály, na základě kterých jsme mohli výsledky všech tří kultur porovnat.

Výsledky naší práce bychom chtěli publikovat v odborných časopisech zaměřených na ošetrovatelství, aby mohl zdravotnický personál využít poznatky z výzkumu v praxi. Výsledky bychom také chtěli poskytnout organizacím pořádajícím semináře zaměřené na multikulturní a transkulturní péči v ošetrovatelství. Věříme, že práce pomůže zkvalitnit ošetrovatelskou péči poskytovanou klientům/pacientům

pocházejících z české, romské a vietnamské kultury. Díky těmto výsledkům si možná více sester a zdravotnického personálu uvědomí, jak rozdílné a individuální je vnímání bolesti lidí různých kultur.

7. Seznam použitých zdrojů

1. BAKALÁŘ, P. *Psychologie Romů*. 1. vyd. Praha: Votobia, 2004. 179 s. ISBN 80-7220-180-8
2. ČAPEK, V., PÁTEK, J. *Dějepis pro střední odborné školy*. 1. vyd. Praha: Scientia, 2001. 195 s. ISBN 80-7183-237-5
3. ČORNEJ, P. a kol. *Dějepis pro střední odborné školy*. 1. vyd. Praha: SPN, 2002. 240 s. ISBN 80-7235-194-X
4. DAVIDHIZAR, N., GIGER, J. N. A review of the literature on care of clients in pain who are culturally diverse. *International Nursing Review*. 2004. s. 47 – 55.
5. DOENGES, M. E. MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Přel. I. Suchardová. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 568 s. Přel. z: Nurse's Pocket Guide: Diagnoses, Interventions, and Rationales. ISBN 80-247-0242-8
6. DYLEVSKÝ, I. *Somatologie*. 2. vyd. Olomouc: Epava, 2000. 359 s. ISBN 80-86274-05-5
7. FESSL, V., ŽIDKOVÁ, A. Tišení bolesti v ošetrovatelské praxi. *Bolest* Praha: 2006, roč. 9, č. 2, s. 42. ISSN 1212-0634
8. HONZÁK, R. Psychika u bolestivých stavů. *Bolest* Praha: 2006, roč. 9, č. 1, s. 29. ISSN 1212-0634
9. IVANOVÁ, K., ŠPIRUDOVÁ, L., KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: 2005, Grada Publishing, s. 233. ISBN 80-247-1212-1
10. JANÁČKOVÁ, L. *Bolest a její zvládnání*. 1. vyd. Praha: 2007, Portál, s. 192. ISBN 978-80-7367-210-2
11. JOBÁNKOVÁ, M. et al. *Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1996. 215 s. ISBN 80-7013-209-4
12. KAŠPÁRKOVÁ, J., FESSL, V. Chováme se k nemocným s bolestí správně aneb léčíme správně bolest? *Bolest* Praha: 2006, roč. 9, č. 3, s. 159 - 161. ISSN 1212-0634
13. KLAUSMANN, A., MOSTÝN, M. Servis – Business travel. *Exportér*. Praha: 2007, č. 2, s. 16 – 20.

14. Kol. autorů Muzea romské kultury. *Romové – O Roma, Tradice a současnost*. 1. vyd. Brno: Signet, 1999. 92 s. ISBN 80-902476-1-X
15. KOUDELKA, V. *Vietnam. Země rýže a hor*. 1. vyd. Třebíč: Akcent, 2003. 175 s. ISBN 80-7268-269-5
16. KŘIVOHLAVÝ, J. *Bolest – její diagnostika a psychoterapie*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1992, 66 s. ISBN 80-7013-130-6
17. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0
18. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 280 s. ISBN 80-7178-551-2
19. KOZIEROVÁ, B. et al. *Ošetrovatel'stvo 2*. 1. vyd. Martin: Osvěta, 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0
20. KUNG, H. *Po stopách světových náboženství*. Přel: Lajkepová, E., Kolmačka, P. 1. vyd. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 2006. Přel. z: Spurensuche. 306 s. ISBN 70-7325-059-4
21. MARÁDOVÁ, E. *Multikulturní porozumění*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 44s. ISBN 80-86991-82-2
22. MCDERMOTT, M. A. et al. *Pain as a mutual experience for patients, nurses and families*. Journal of Cultural Diversity. ProQuest Medical Library: 2000, roč. 7, č. 1, s. 3 – 11.
23. MULLEROVÁ, P. *Stručná historie států. Vietnam*. 1. vyd. Praha: Libri, 2004. 128 s. ISBN 80-7277-255-4
24. NEČAS, C. *Romové v České republice včera a dnes*. 5. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002. 131 s. ISBN 80-244-0497-4
25. PALMER, B. et al. *Acculturation and the prevalence of pain amongst South Asian minority ethnic groups in the UK*. Rheumatology. The Autor: 2007. s. 1009 – 1014.
26. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3
27. PECHINGEROVÁ, A., HACO VÁ, E. *Vnímání bolesti pacientů léčených na ambulanci pro léčbu bolesti a na jiných odděleních nemocnice*. *Bolest* Praha: 2006, roč. 9, č. 2, s. 42. ISSN 1212-0634

28. ROHLÍKOVÁ, P. Akutní bolest po transplantaci plic očima psychologa. *Bolest* Praha: 2006, roč. 9, č. 1, s. 29. ISSN 1212-0634
29. ROZSYPALOVÁ, M. et al. *Ošetrovatelství I/1 pro střední zdravotnické školy*. 2. vyd. Praha: Informatorium, 1996. 235 s. ISBN 80-85427-93-1
30. RŮŽIČKA, R. *Medicína dávných civilizací*. 1. vyd. Olomouc: Poznání, 2004. 346 s. ISBN 80-86606-18-X
31. ŘÍČAN, P. *Psychologie osobnosti*. 5. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 196 s. ISBN 978-80-247-1174-4
32. SEDLÁKOVÁ, G. *Posudzovanie stavu vietnamského klienta v zdraví a chorobe*. Ošetrovatelství v pohybu: Sborník příspěvků z konference 1. Příbramské dny. Příbram: SZŠ a VOŠ zdravotnická, 2006. s. 209 – 213.
33. SEDLÁKOVÁ, G. Rodinné ošetrovatel'stvo, rodinná sestra a vietnamská komunita. *Florence*, 2006, roč. 2, č. 2, s. 50 – 51. ISSN 1801-464X
34. SILBERNAGL, S. LANG, F. *Atlas patofyziologie člověka*. Přel. S. Trojan et al. 1. české vydání. Praha: Grada Publishing, 2001. 404 s. Přel. z: Taschenatlas der Pathophysiologie. ISBN 80-7169-968-3
35. SMITH, H. *Světová náboženství*. Přel. Zeman, J. 1. vyd. Praha: Knižní klub, 1995. 256 s. Přel. z: The Illustrated World' Religions A Guide To Our Wisdom Traditions. ISBN 80-7176-217-2
36. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 6*. Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 55 s. ISBN 80-7013-323-6
37. STROUHALOVÁ, L. Psychika u bolestivých stavů. *Bolest* Praha: 2006, roč. 9, č. 1, s. 30. ISSN 1212-0634
38. STROUHALOVÁ, L. VRBA, I. Klasický věk – 17. století. *Bolest*. Praha: 2000, roč. 3, č. 2, s. 118 – 120. ISSN 1212-0634
39. STROUHALOVÁ, L. VRBA, I. Z historie bolesti - Bolest a její odraz ve filozofii a farmakologii v antice. *Bolest*. Praha: 1999, roč. 2, č. 3, s. 154 – 155. ISSN 1212-0634
40. STROUHALOVÁ, L. VRBA, I. Z historie bolesti - Starověké civilizace a bolest. *Bolest*. Praha: 1998, roč.1, č. 3, s. 76 – 77. ISSN 1212-0634

41. STROUHALOVÁ, L. VRBA, I. Z historie bolesti – Starověký Řím. *Bolest*. Praha: 1999, roč. 2, č. 2, s. 98 – 99. ISSN 1212-0634
42. SOFAER, B. *Bolest - příručka pro zdravotní sestry*. Praha : Grada Publishing, 1997. 144 s. ISBN 80-7169-309-X
43. SVOBODOVÁ, M. KOMBERCOVÁ, J. *Autorehabilitační sestava pro osoby s roztroušenou sklerózou a podobnými obtížemi*. 5. svazek. Praha: Unie Roska, 2001. 219 s. Edice Roska.
44. ŠÍŠKOVÁ, T. *Výchova k toleranci a proti rasismu*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. 204 s. ISBN 80-7178-285-8
45. ŠÍŠKOVÁ, T. *Menšiny a migranti v České republice*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 192 s. ISBN 80-7178-648-9
46. ŠOTOLOVÁ, E. *Vzdělávání Romů*. 2. vyd. Praha: Grada, 2001. 92 s. ISBN 80-247-0277-0
47. TESLÍKOVÁ, A. Multikulturní přístup při ošetřování příslušníků vietnamské komunity. *Sestra*. Praha, 2006, č. 5, s. 24. ISSN 1210-0404
48. 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. s 278 – 282.
49. TÓTHOVÁ, V., SEDLÁKOVÁ, G. K problematice vyšších potřeb v ošetrovatelské péči o vietnamskou minoritu. *Kontakt*. Roč. 8 , č. 1 , 2006 , s. 36-43
50. TRACHTOVÁ, E. et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999. 186 s. ISBN 57-863-99
51. VRBA, I. STROUHALOVÁ, L. Bolest v období renesance. *Bolest*. Praha: 2000, roč. 3, č. 1, s. 35 – 36. ISSN 1212-0634
52. Wikipedie: Otevřená encyklopedie: *Bolest* [on-line]. c2008 [cit. 2008-06-20]. Dostupné z WWW: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Bolest>
53. Wikipedie: Otevřená encyklopedie: *Češi* [on-line]. c.2008 [cit. 2008-06-20]. Dostupné z WWW: <http://cs.wikipedia.org/wiki/%C4%8Ce%C5%A1i>

54. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2007. 232 s. ISBN 987-80-247-2068-5

8. Klíčová slova

Bolest

Vnímání bolesti

Tolerance bolesti

Češi

Romové

Vietnamci

Kultura

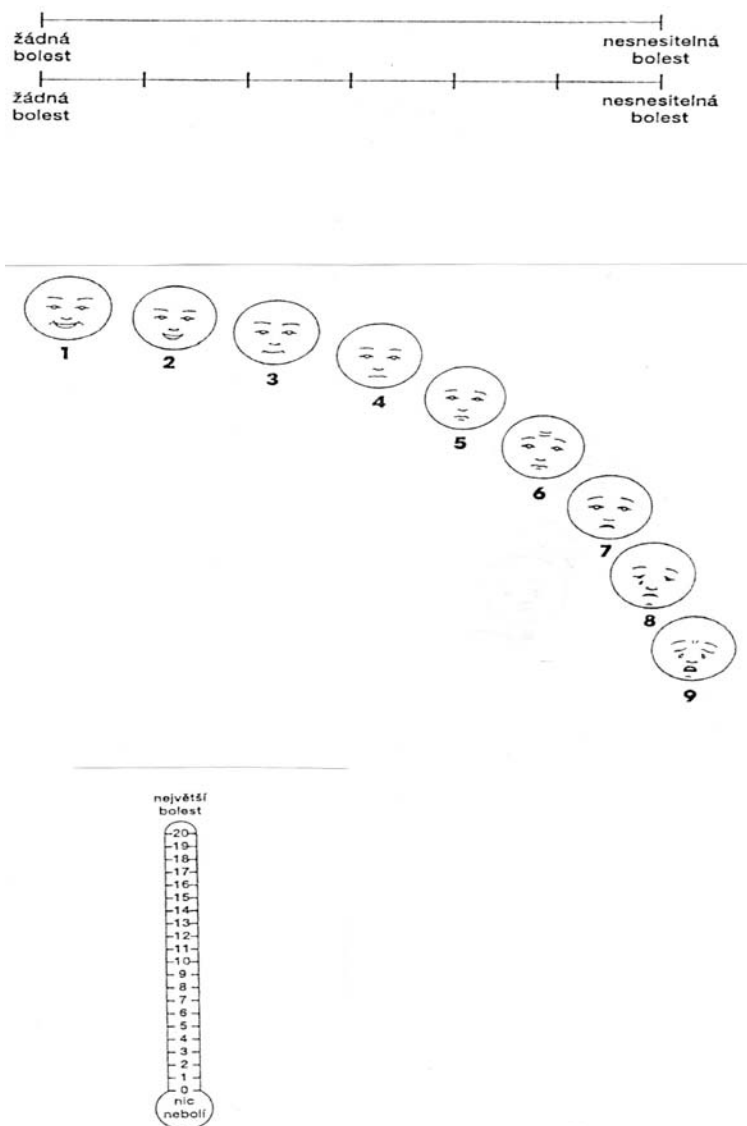
9. Přílohy

Příloha 1 Vizualní analogové škály

Příloha 2 Dotazník

Příloha 1 Vizuální analogové škály

Vizuální analogová škála pro měření bolesti, řada obličejů s mimikou – vizuální analogová škála pro děti nejmenších věkových skupin a teploměr jako vizuální analogová škála pro hodnocení bolesti u dětí



Zdroj: TRACHTOVÁ, E. et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999. 186 s. ISBN 57-863-99

Příloha 2 Dotazník

Vážení,

předkládám Vám dotazník, který je zaměřený na vnímání a toleranci bolesti v kulturách. Cílem je analyzovat vnímání a toleranci bolesti v kulturách. Jsem studentkou druhého ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Dotazník je zcela anonymní a je součástí diplomové práce.

Děkuji Vám za Vaše odpovědi.

Bc. Jana Čutová

Prosím, vždy si pečlivě přečtěte otázku nebo výrok a zakřížkujte Vaše odpovědi. Pokud je za odpovědí vytečkované pole, můžete jej využít k doplnění odpovědi.

1. Vaše pohlaví:

žena

muž

2. Kolik je Vám let?

30 a méně

31 - 44

45 – 60

) 61 a více

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

základní

střední odborné

střední odborné s maturitou

vyšší odborné

vysokoškolské bakalářské

vysokoškolské magisterské

jiné

4. Jaké je Vaše vyznání?

římskokatolík

buddhista

hinduista

ateista

evangelík

protestant

jiné

5. Jakou bolest jste v životě prožili?

Bolest hlavy:

nikdy občas často velmi často soustavně

Bolest páteře:

nikdy občas často velmi často soustavně

Bolest zubů:

nikdy občas často velmi často soustavně

Bolest menstruační:

nikdy občas často velmi často soustavně

Bolest hrudníku:

nikdy občas často velmi často soustavně

Bolest břicha:

nikdy občas často velmi často soustavně

Bolest kloubů:

nikdy občas často velmi často soustavně

Bolest při zlomenině:

nikdy občas často velmi často soustavně

Bolest ze ztráty blízkého člověka:

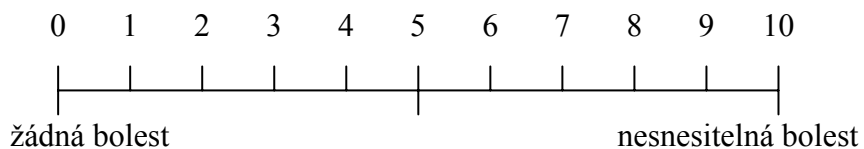
nikdy občas často velmi často soustavně

Bolest v duši:

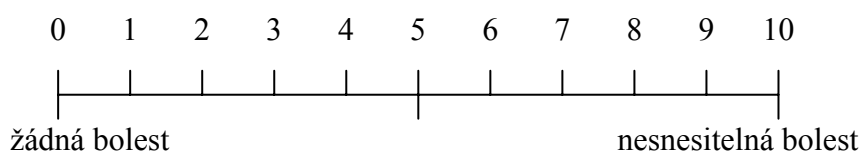
nikdy občas často velmi často soustavně

U otázek 10 – 13 si představte, že Vás bolí zuby:

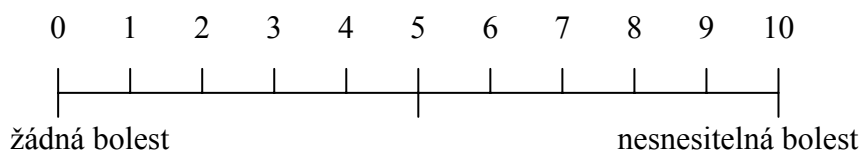
10. Označte na stupnici číslo, při kterém Vás bolest neobtěžuje:



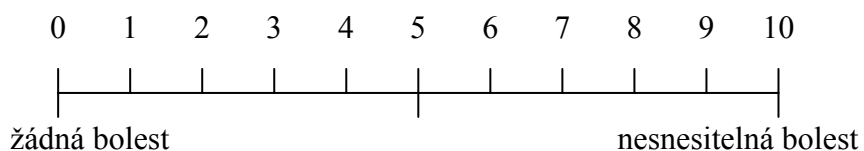
11. Označte na stupnici číslo, při kterém bolest cítíte, ale můžete vykonávat běžnou činnost:



12. Označte na stupnici číslo, při kterém Vám bolest zabraňuje vykonávat běžnou činnost:



13. Při jaké bolesti zahájíte činnosti na její tišení?



14. Bolest před okolím vyjadřuji (odpověď zakroužkujte):

Vyjadřuji 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nevyjadřuji

15. Bolest před okolím vyjadřuji slovně (odpověď zakroužkujte):

Vyjadřuji 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nevyjadřuji

16. Bolest před okolím vyjadřuji mimicky (odpověď zakroužkujte):

Vyjadřuji 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nevyjadřuji

17. Pomáhá Vám rodina zvládat bolest?

ano

ne

bolest musím zvládnout sám/a

18. Při zvládání bolesti dávám přednost

lékům:

velmi často často občas při velmi silných bolestech nikdy

obkladům:

velmi často často občas při velmi silných bolestech nikdy

bylinám:

velmi často často občas při velmi silných bolestech nikdy

akupunktūře:

velmi často často občas při velmi silných bolestech nikdy

meditaci:

velmi často často občas při velmi silných bolestech nikdy

omamným látkám (drogám):

velmi často často občas při velmi silných bolestech nikdy

19. Při bolesti vyhledávám nejprve pomoc

lékaře:

velmi souhlasím souhlasím nemám zkušenosti nesouhlasím vůbec nesouhlasím

léčitele:

velmi souhlasím souhlasím nemám zkušenosti nesouhlasím vůbec nesouhlasím

homeopata:

velmi souhlasím souhlasím nemám zkušenosti nesouhlasím vůbec nesouhlasím

zdravotní sestry:

velmi souhlasím souhlasím nemám zkušenosti nesouhlasím vůbec nesouhlasím

20. Dávám přednost léčbě v domácím prostředí:

velmi souhlasím souhlasím nemám zkušenosti nesouhlasím vůbec nesouhlasím

21. Dávám přednost léčbě ve zdravotnickém zařízení:

velmi souhlasím souhlasím nemám zkušenosti nesouhlasím vůbec nesouhlasím

22. Pokud by Vám lékař doporučil při bolesti dietu, dodrželi byste ji?

vždy občas nikdy

23. Víra a Boží pomoc mi pomáhají při toleranci bolesti:

velmi souhlasím souhlasím nemám zkušenosti nesouhlasím vůbec nesouhlasím

24. Nevěřím Boží pomoci při bolesti:

velmi souhlasím souhlasím nemám zkušenosti nesouhlasím vůbec nesouhlasím

25. Při bolesti prosím Boha o pomoc:

velmi souhlasím souhlasím nemám zkušenosti nesouhlasím vůbec nesouhlasím

26. Při bolesti mi pomáhá modlitba:

velmi souhlasím souhlasím nemám zkušenosti nesouhlasím vůbec nesouhlasím