



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Vnímání bolesti u vybraných národnostních a
náboženských minorit**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Sandra Kopčáková

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Rolantová, Ph.D

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci „*Vnímání bolesti u vybraných národnostních a náboženských minorit*“ jsem vypracoval (a) 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 bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 15. 5. 2017

.....

Bc. Sandra Kopčáková

Poděkování

Ráda bych upřímně poděkovala paní doktorce Lucii Rolantové, za ochotné vedení diplomové práce, poskytnutí informací, vstřícný přístup, trpělivost a ochotu. Dále patří velké díky probandům, za jejich ochotu, zájem a čas zúčastnit se výzkumného šetření.

Vnímání bolesti u vybraných národnostních a náboženských minorit

Abstrakt

Diplomová práce je zaměřena na vnímání bolesti napříč vybranými kulturami a náboženstvím. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktický výzkum. V teoretické části je popsáno transkulturní ošetřovatelství, jeho vývoj, bolest a její vnímání. Následně jsou v práci charakterizovány vybrané národnostní a náboženské menšiny, a to vietnamská, ukrajinská, romská menšina a menšina vyznávající islám.

V praktické části jsou zpracována data, která byla získána během výzkumného šetření. Na začátku výzkumu, byly sestaveny dva cíle. První byl zaměřen na zmapování vnímání bolesti u příslušníků vybraných národnostních a náboženských minorit. Druhý cíl byl zaměřen na využití možností terapie bolesti u příslušníků vybraných národnostních a náboženských minorit. Data byla získána pomocí polostrukturovaného rozhovoru o 25 otevřených otázkách. Rozhovorů se účastnilo vždy pět probandů od každé minority pobývajících na území České republiky. Pouze menšina vyznávající islám byla zastoupena dvěma příslušníky, pobývajících na území České republiky.

Z výsledků lze vyčíst, že vnímání bolesti a její projevy se u národnostních menšin patrně liší. Jedinci ukrajinské a vietnamské menšiny svoji bolest skrývají na rozdíl od jedinců romské menšiny. Vyznavači islámu byli zastoupeni dvěma jedinci české národnosti, což ovlivnilo výsledky výzkumu. Dále se výzkumná část zabývá přístupem menšin k terapii bolesti. Důležité je, aby se ke každému jedinci přistupovalo individuálně. Výsledky pouze nastínily možné předpoklady, které by ovlivnily zmírnění bolesti.

Na základě výsledků výzkumného šetření byl sestaven informační materiál pro sestry, který stručně charakterizuje specifika vnímání bolesti u vybraných menšin. Jeho účelem je pomoci sestrám orientovat se v této problematice a přiblížit jim techniky terapie bolesti či volbu vhodné metody na její měření.

Klíčová slova

multikulturní ošetřovatelství; náboženství; bolest; etnikum; menšina; migrace; cizinec

Perception of pain in selected national and religious minorities

Abstract

The diploma thesis is focused on the perception of pain across selected cultures and religions. The thesis is divided into theoretical and practical research. The theoretical part describes transcultural nursing and development, pain and perception. Subsequently, selected ethnic and religious minorities, namely the Vietnamese, Ukrainian, Roma minority and Islamic minority, are characterized.

In the practical part, the data obtained during the research survey are processed. At the beginning of the research were compiled two goals. The first was aimed on mapping the perception of pain among members of selected national and religious minorities. The second objective was focused on the use of pain therapy options among members of selected national and religious minorities. Data were obtained using a semi-structured interview of 25 open questions. The interviews were attended by five probands from each minority residing in the territory of the Czech Republic. Only an Islamic minority was represented by two members residing in the territory of the Czech Republic.

It can be seen from the results that the perception of pain and its symptoms are probably among ethnic minorities differ. Individuals of the Ukrainian and Vietnamese minorities hide their pain as opposed to individuals of the Roma minority. Islamists were represented by two individuals of Czech nationality, which influenced the results of the research. Furthermore, the research part deals with minorities access to pain therapy. It is important that each individual is approached individually. The results only outlined possible assumptions that would influence pain relief.

Based on the results of the research was compiled information material for nurses, which briefly describes the specifics of the perception of pain in selected minorities. Its aim is to help nurses orientate in this field and introduce them pain therapy technique or to select suitable methods of its measurement.

Key words

Multicultural nursing; Religion; Pain; Ethnic; Minority; Migration; Stranger

Obsah

ÚVOD.....	8
1 SOUČASNÝ STAV	9
1.1 Transkulturní ošetrovatelství.....	9
1.2 Bolest.....	10
1.3 Vietnamská menšina	13
1.3.1 Rysy vietnamské menšiny	14
1.3.2 Tradiční medicína ve Vietnamu	15
1.3.3 Zdraví a nemoc z pohledu Vietnamské menšiny	16
1.3.4 Vnímání a pohled na bolest	18
1.4 Romská menšina	19
1.4.1 Rysy romské menšiny	20
1.4.2 Přístup romské menšiny ke zdraví a nemoci	22
1.4.3 Vnímání a pohled na bolest	22
1.5 Ukrajinská menšina.....	23
1.5.1 Rysy ukrajinské menšiny	24
1.5.2 Přístup ukrajinské menšiny ke zdraví	25
1.6 Vyznavači islámu	26
1.6.1 Rysy jedince vyznávající islám.....	27
1.6.2 Zdraví a nemoc pohledem islámu	29
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	31
2.1 Cíle práce	31
2.2 Výzkumné otázky.....	31
2.3 Operacionalizace pojmů.....	31
3 METODIKA	32
3.1 Charakteristika výzkumných souborů.....	32
4 VÝSLEDKY	34
4.1 Vyhodnocení výsledků souboru A – vietnamská minorita	34
4.1.1 Identifikace souboru A	34
4.1.2 Vyhodnocení rozhovorů souboru A – vietnamská minorita.....	35
4.2 Vyhodnocení výsledků souboru B – romská minorita.....	43
4.2.1 Identifikace souboru B	43
4.2.2 Vyhodnocení rozhovorů souboru B.....	44

4.3	Vyhodnocení výsledků souboru C – ukrajinská minorita	50
4.3.1	<i>Identifikace souboru C</i>	50
4.3.2	<i>Vyhodnocení rozhovorů souboru C</i>	51
4.4	Vyhodnocení výsledků souboru D – vyznavači islámu	58
4.4.1	<i>Identifikace souboru D</i>	58
4.4.2	<i>Vyhodnocení rozhovorů souboru D</i>	59
5	DISKUZE	65
5.1	Diskuze výzkumného souboru A – vietnamská menšina	65
5.2	Diskuze výzkumného souboru B	69
5.3	Diskuze výzkumného souboru C	74
5.4	Diskuze výzkumného souboru D	78
6	ZÁVĚR	82
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	84
8	SEZNAM PŘÍLOH A OBRÁZKŮ	93
9	SEZNAM ZKRATEK	111

ÚVOD

Ve zdravotnických zařízeních přicházíme každý den do kontaktu s pacienty trpícími bolestí. Vlivem migrace a globalizace se z naší společnosti stává multikulturní společnost, tedy se můžeme i ve zdravotnických zařízeních setkat s pacienty jiné národnosti příslušnosti, kteří trpí bolestí.

Bolest je nepříjemný, individuální prožitek, který nepříznivě zpomaluje dobu rekonvalescence. Negativně ovlivňuje osobní a sociální vztahy a osobnost jedince. Jedná se o pacientovo strádání. Může zapříčinit komplikace nebo prodloužit dobu hospitalizace. Vnímání bolesti je zapříčiněno řadou fyzických, psychických, spirituálních a sociálně-kulturních činitelů. Jak již bylo řečeno, jedná se o individuální cití, a to jak místem, intenzitou a délkou trvání, tak i pohledem na příčinu vzniku. Rovněž může být odlišně vnímána a prožívána ve vztahu k náboženskému vyznání daného jedince. Některé kultury reakci na bolest nedávají znát z důvodu projevu slabosti. Jiné zase bolest velmi intenzivně prožívají a její přítomnost dávají hlasitě najevo. Další chápou bolest jako trest za něco, co si způsobili vlastním nečestným chováním. Důležité je informovat se od pacienta jiné kultury o jeho prožívání bolesti a o odlišnostech v poskytování ošetrovatelské péče v jeho kultuře. Všeobecná sestra by měla rozpoznat typ bolesti, ovládat techniky tišení a terapii bolesti. Měla by si uvědomit individuální a holistický přístup a postoj k pacientovi. U pacientů odlišných kultur by se měly nejen všeobecné sestry, ale i ostatní zdravotnický personál seznámit s kulturními a náboženskými rozdíly dané minority či etnika. Dalším významným faktorem v poskytování péče je komunikace s cizincem a předcházení komunikačním a jazykovým bariérám. Výsledkem je poskytnutí kvalitní ošetrovatelské péče na základě získaných informací, která respektuje kulturní individuality, dbá ve prospěch národnostních a náboženských odlišností a pozvedá ošetrovatelskou péči na vyšší úroveň.

Téma diplomové práce jsem si zvolila proto, že mě zajímá multikulturní pojetí světa. Ráda bych se podívala do jiných zemí, porozuměla specifikům kultury a péči v dané zemi a uměla tyto poznatky aplikovat do praxe, až se setkám v nemocnici s pacientem jiné národnosti.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Transkulturní ošetřovatelství

Transkulturní ošetřovatelství je ošetřovatelský a antropologický obor mající respekt z hlediska kulturních odlišností vzhledem k hodnotám, národnosti, smýšlení a zvyklostem osob nebo skupin. Důraz je kladen na vyhledávání a porovnávání specifík jedince a jeho potřeb ve spojitosti se zdravím a kulturou (Kutnohorská, 2006). Plevová et al. (2011) doplňují výše uvedenou autorku a uvádí některá specifika, která je potřeba respektovat při poskytování péče jedincům odlišné kultury. Platí to především pro potřeby v oblasti stravování, hygieny, vnímání vlastního těla, komunikace, víry, rodinných vazeb, ale i ve vztahu zdraví a nemoc z pohledu kultury. Kutnohorská (2006) ve své publikaci vychází z výroků autorky Mastiliakové (2002), že transkulturní péče si klade za cíl podpořit prospěch zdraví a pomáhá zabránit obtížným situacím, které plynou z kulturních rozdílů pomocí kulturně prospěšných metod. Dalším cílem je objevení individualit a společných ukazatelů v dané kultuře a poskytnutí vhodné péče, která se označuje jako „šitá na míru“.

Prvním, kdo charakterizoval transkulturní péči a dal základy tomuto oboru, byla profesorka M. Leininger, která se v polovině 50. let 20. století začala zabývat vlivem kultury na chování jedince ve zdraví a nemoci. Vycházela ze svých zkušeností, které nabyla v praxi jako dětská psychiatrická sestra (Pavlíková, 2006). O tom se zmiňuje i Špirudová et al. (2010), kteří dodávají, že pozorování dětí jí nastínilo, jak se od sebe děti a rodiče z různých kultur liší. Pocítila, že musí udělat změnu. Všimla si odlišného původu, výchovy, stravovacích návyků, rozdílů ve spánkových návycích dětí, ale i ochoty dětí komunikovat o svém soukromí. Mimo jiné pozorovala i jejich postoj k lékům a ošetřovatelské péči. Sama Leininger (2002, s. 46) definovala transkulturní ošetřovatelství: „*Transkulturní ošetřovatelství je významná oblast studia a praxe orientovaná na komparativní významy kulturní péče (pečování), víry, praktiky individuů či skupin stejných či odlišných kultur. Cílem transkulturního ošetřovatelství je poskytovat kulturně shodnou a diferencovanou ošetřovatelskou péči praktikovanou pro zdravé a nemocné lidi anebo jim pomáhat čelit nepříznivým lidským podmínkám, chorobě či umírání kulturně vhodným způsobem.*“ Svoji teorii nazvala teorií „kulturně diverzifikované a univerzální péče“ a její pojetí je graficky vyobrazené pomocí modelu „Vycházejícího slunce“. (obr. 1) V 60. letech poprvé formulovala termín transkulturní ošetřovatelství. Ve své publikaci popsala pojetí a funkce transkulturní péče a potvrdila,

že ošetrovatelství a antropologie jsou vzájemně propojené, ale přesto odlišné. Její teorie a model, jak popisují Špirudová, Tomanová et al. (2006) ve své knize, slouží jako základ k dalším modelům a vychází z něj řada teoretiků a odborníků (filozofové, sociologové, pedagogové), kteří se zabývají transkulturním fenoménem. V ošetrovatelství jsou to například Giger – Davidhizar s jejich modelem „kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče“.

Kvůli nedostatkům informací a z důvodu snahy o zkvalitnění transkulturní péče se sestry začaly v této oblasti vzdělávat proto, aby pochopily nejen pacientovu chorobu, ale i kulturu a její vliv na vnímání zdraví a nemoci (Špirudová, Tomanová et al., 2006). Kutnohorská (2006) upozorňuje na skutečnost, že péči poskytující sestra i lékař musí mít náležitě znalosti a dovednosti, pro umožnění komplexní kvalitní péče lidem z odlišných kultur, do které se řadí i komunikace. Papadopoulos (2006) poukazuje na fakt, že v dnešní době má každý právo na ohleduplné zacházení dle jeho kulturních zvyklostí, a právě proto je orientace kulturně způsobilé péče důležitou součástí u těch, kteří se věnují zdravotnické profesi. Líšková, Nádánská et al. (2006) jsou toho názoru, že v dnešní době má na rozmach transkulturního ošetrovatelství vliv pohyb sester a lékařů, narůstající zájem o poznání cizích kultur, změny náboženského přesvědčení, prohlubování lidských práv, zájem o alternativní medicínu a zvýšené nároky menšin na náležitou péči. Zmiňuje se ale i o negativních vlivech, které transkulturní péči ovlivňují, například útlak a narůstající přítomnost násilí.

1.2 Bolest

Z hlediska historie je bolest nejznámějším a nejobvyklejším symptomem u nemocí, poranění či poškození. Lidé věřili, že bolesti způsobují zlé síly, které jde vyléčit jen rituály. Za nejstarší léčitelství je považován šamanismus provozovaný kouzelníky a v současné době šamany. Toto léčitelství spočívalo v dobrých znalostech přírody s následnou přípravou přírodních léčiv. Ovšem v Mezopotámii, kde se léčitelství nacházelo na hranici rozumových znalostí přírody a náboženství, byla bolest spjata s tzv. démonologií. V té době lidé věřili v převtělení zlých démonů do těl hříšníků a jedinou léčbu tvořily náboženské obřady (Janáčková, 2007). Před nástupem křesťanství se léčitelé snažili nemocného jedince zbavit bolesti či jej otupit díky výtažkům z bylin (Štětina et al., 2014). To zejména díky extraktům z máku, což vedlo k rozšíření tohoto léku, zvaného opium, v oblastech celého Středomoří (Janáčková,

2007). Štětina et al. (2014) dále popisují, že pro terapii bolesti se stala přínosná zejména 2. polovina 19. století, a to díky uvedení éterové narkózy, což umožňovalo vykonávat bezbolestné operace. Janáčková (2007) se zmiňuje, že začátek 20. století přinesl další objev pro léčení bolesti v podobě endorfinu. Štětina et al., (2014) uvádějí za zakladatele léčby bolesti amerického anesteziologa J. Bonica, který změnil filozofii léčby bolesti a dal základ rozmachu výroby analgetik. Janáčková (2007) doplňuje, že v posledních letech výzkumy ukazují na fakt, že bolest je zvláštní a složitou záležitostí a na její vnímání mají vliv nejen tělesné, ale i psychické a sociální faktory. Tlumení bolesti je primárním předpokladem úspěšné léčby s cílem bolest plně ovládnout.

Definicí bolesti se zabývá mnoho autorů a často se jejich poznatky doplňují. Bydžovský (2010) charakterizuje bolest jako složitý, nepříznivý smyslový prožitek, který souvisí s případným nebo konkrétním poraněním tkáně. Jedná se o varovný signál, který jedince přinutí vyhledat lékařskou pomoc. Kolektiv autorů (2006) předkládá, že bolest má i funkci obranného mechanismu. Janáčková (2007) ve své publikaci popisuje, že bolest je emocionálním a subjektivním prožitkem zasahující do biologických, psychologických a sociálních potřeb. Kolektiv autorů (2006) se shoduje a doplňuje ostatní autory o informace, že záleží na rozdílnosti intenzity prahu bolesti, snášenlivosti a způsobu projevu bolesti, že bolest není závislá jen na tělesných patologiích, ale i na kulturních a sociálních rysech jedince, jeho očekávání, rozpoložení a povaze. Tohoto názoru je i Janáčková (2007), která uvádí, že každé etnikum má svoje specifické kulturní vnímání a projev bolesti. Adamczyk (2007) má stejný postoj a to ten, že někteří příslušníci kultur se dokáží v projevech bolesti sebeovládat a projevy bolesti nedávají znát, dokonce nevyhledají lékařskou pomoc. Naopak existují i kultury projevující své emoce intenzivněji, a to i při bolesti o malé intenzitě nebo krátkodobém čítí. Nováková (2008) se přidává s tvrzením, že na způsobu života, na chování, na postoj ke zdraví, nemoci, bolesti a umírání se podílí z velké části náboženské vyznání. To udává jedinci předpisy, ať už ohledně stravy, plodnosti, medicínské terapie, tak i ohledně péče o mrtvé tělo. Briggs (2008) zastává také teorii ohledně náboženství a jeho podstatného vlivu na bolest. Říká, že náboženství lidé používají k nalezení smyslu bolesti a víra jim pomáhá následně se s ní vyrovnat. Bolest vysvětlují jako trest od Boha, který ji zmírní, až on uzná za vhodné. Jak publikuje Vácha (2014), východní náboženství spojují bolest s předešlým proviněním a utrpení právě v podobě bolesti je vnitřní očistou za hříchy.

Bolest je označována jako multidimenzionální fenomén, což znamená, že má mnoho složek nebo stránek a je závislá na různých faktorech. Je to jedinečný pocit, pro jehož lepší popis a členění existuje řada dělení a klasifikací (Adamczyk, 2007). Existuje mnoho teorií dělení bolesti, například Adamczyk (2007) ji dělí podle délky trvání na chvilkovou (transientní), akutní nebo chronickou. Kolektiv autorů (2006) ji člení na akutní, chronickou nenádorovou a nádorovou bolest. Hakl et al. (2011) dělí bolest obsáhleji. Podle délky trvání na akutní a chronickou. Podle patofyziologie na nociceptivní, neuropatickou, dysautonomní, psychogenní a smíšenou. Původem může být bolest onkologická nebo neonkologická. Důležitou poznámku uvedl Kolektiv autorů (2006), který zastává názor, že přesný a spolehlivý způsob hodnocení závisí pouze na pacientově vlastím hlášení ohledně intenzity a přítomnosti bolesti.

Pro pacientovo usnadnění hodnocení bolesti existuje řada hodnotících a měřících technik a škál, dělených na verbální, neverbální a smíšené (Rokyta, Kršiak, Kozák, 2006). R. Malzack (1983) ve své učebnici uvádí až 33 způsobů hodnocení a měření bolesti. Autoři Vaňásek, Čermáková, Kolářová (2014) začínají hodnocení bolesti anamnézou, kde se lékař nebo sestra dotazují pacienta na její lokalizaci, intenzitu, délku, zkoumají psychický stav, a to, jak bolest zasahuje do denních činností. Hakl et al. (2011) dělí hodnocení bolesti jednoduše, a to pouze za pomoci VAS škály a obličejové škály. Janáčková (2007) doplňuje a rozsáhleji klasifikuje měřící techniky z hlediska topologického, díky kterým se dozvídáme, kde pacient bolest pociťuje. Do těchto metod patří dotazníková metoda podle Kabat – Zinny (1983), mapy bolesti podle M. S. Margolose (1983) (*obr. 2*). Ze strany intenzity můžeme bolest měřit pomocí analogové stupnice, nejčastěji používané a označované jako VAS (*obr. 3*). Má mnoho obměn, jinou alternativou VAS škály je numerická škála (*obr. 4*) nebo obličejová škála (*obr. 5*) u dětských pacientů či pacientů s komunikační bariérou. Do verbálního popisu bolesti se dále řadí slovní stupnice. Šamánková et al. (2006) upozorňují na důležitou úlohu sestry při hodnocení bolesti a tou je zaznamenávat veškeré informace do sesterské dokumentace, která by měla obsahovat hodnocení a lokalizaci bolesti pacientem, provokující a úlevové faktory, dobu výskytu bolesti, záznamy pomocí měřících technik a v neposlední řadě i podání terapie a jejích účinků.

1.3 Vietnamská menšina

Vietnam se nachází v Jihovýchodní Asii, na pobřeží Jihočínského moře. Úřední název státu je Vietnamská socialistická republika s hlavním městem Hanoj. V čele republiky je prezident, který se volí na období 5 let. Od roku 2016 zastává funkci prezidenta Tran Dai Quang (Ministerstvo zahraničních věcí České Republiky, 2017). Vietnam je označován za 13. nejlidnatější zemi světa, s počtem obyvatel 94,1 milionu (Dufková et al., 2014). Z hlediska národnostního složení tvoří 86% obyvatelstva etnikum národnosti Kinh, nacházející se u hlavních řek a v rovinnatých krajinách. Etničtí Číňané zastupují pouze 12% obyvatelstva. Ostatní populace je složena z Hkhmerů, Čamovů a dalších šedesáti národnostně - jazykových menšin, žijících v horských krajích (Ministerstvo zahraničních věcí České Republiky, 2017). Mateřským a úředním jazykem je vietnamština, ale setkáme se tu i s angličtinou nebo kantonskou či mandarínskou čínštinou, ruštinou a francouzštinou, tou z velké části hovoří starší generace (Dufková et al., 2014).

Náboženství ve Vietnamu je rozmanité. Dominuje tu mahájánový buddhismus a dalšími náboženskými směry jsou katolicismus, protestantismus, islám u khmerského a čamového etnika, hinduismus a animismus (Ministerstvo zahraničních věcí České Republiky, 2017). Autorky Holubová a Michálková (2012) se ve svém příspěvku zmiňují, že vietnamská populace uznává náboženskou toleranci a bez ohledu na vyznání víry se v každé rodině nachází oltář k uctívání zemřelých. Z toho pramení úcta, pokora a respekt ke starší generaci. Rodina je posvátná a oddanost spolu s úctou dětí k rodičům je předepsána v takzvané synovské oddanosti. Pokud je nemocný starší člen rodiny, je povinností mladších potomků zajistit celkovou péči o nemocného. Kutnohorská (2013) potvrzuje, že rodina je pro vietnamskou komunitu středem života a dodává, že typickým rysem je pro ni uzavřenost. Hlavním důvodem je odlišnost od jiné kultury a jazyková bariéra. Z historického hlediska byly styky mezi tehdejší Československou republikou a Vietnamem navázány roku 1950, kdy přicházeli jedinci za účelem studovat. Druhá vlna migrace nastala s pracujícími. Ti přišli s vidinou zlepšení ekonomické situace a získání dobré úrovně pro rodinu, a tak tu založili rodiny. Friedingerová (2014) objasňuje odlišnosti mladých generací od starších. Děti imigrantů ovládají plynule český jazyk, avšak čtení a psaní vietnamštiny již neumí. Vyskytují se u nich české návyky a dochází k asimilaci, tedy přijetí české kultury a opuštění tradiční vietnamské. To je odrazem i v intimním životě, kdy se mladší generace stýká s opačným pohlavím,

sjednávají si schůzky a jsou přípustní dotykům na veřejnosti, což je v konvenční vietnamské společnosti nepřipustné. Dávají si pozor na ostudu, která by mohla znehodnotit rodinnou pověst, dokonce by situace mohla vést k migraci zpět do Vietnamu. Vietnam sice považují za zemi svých předků, ale na rozdíl od svých rodičů za domov pokládají Česko (Friedingerová, 2014).

1.3.1 Rysy vietnamské menšiny

Jako každé etnikum i Vietnamci se vyznačují charakteristickými tělesnými rysy. Jsou nízkého vzrůstu a štíhlé postavy. Nemají sklony k obezitě. Barva kůže je žlutohnědá, oči jsou tmavé, stejně jako vlasy. Ženy považují své tmavé, rovné a dlouhé vlasy za symbol bohatství a náležitě o ně pečují (Sedláková, 2006).

Jsou národem s patriarchálním typem rodiny, což znamená, že hlavou rodiny je muž, nejčastěji manžel nebo otec. Po jeho smrti nastupuje na místo nejstarší syn, který se stává dědicem rodinného majetku. Ženy jsou podřízeny mužům proto, že muž je brán jako silný jedinec, který se umí vypořádat s krizí a vykonává těžké práce (Archalousová, 2007). Autorky Sedláková a Koudelková (2008) charakterizují vietnamskou rodinu jako rozšířenou, s úctou ke starším členům a se stabilními a pevnými vztahy, a to i se vzdálenými příbuznými. Archalousová (2007) dále píše, že děti jsou pro ně důležitou součástí života, i když je příliš nechválí. Na to reagují autorky Bittnerová s Moravcovou (2006), že pro pracovní vytíženost rodičů nemají na děti dostatek času, ale vynahrazují jim to podporou ve vzdělání, protože chtějí pro děti lepší budoucnost a věří, že vzdělání pozvedne jejich ekonomickou situaci. Potomci většinou pomáhají svým rodičům, a proto nenavštěvují zájmové akce jako jejich čeští vrstevníci. Charakteristickým rysem je pro vietnamské etnikum uzavřenost. Jak popisuje Kutnohorská (2013), Vietnamci jsou velmi zdrženlivý, stydlivý národ a neradi obtěžují svými problémy. Proto si v nemocnici neřeknou o léky nebo sami od sebe nepřiznají problém, to až po dotazu zdravotní sestry nebo lékaře. Tóthová (2010) přispívá informací, že zdrženlivost a izolovanost pramení hlavně z pocitu bezpečí, který jim poskytne právě jen rodina. Jak uvádí Kutnohorská (2013), jestliže se chceme chovat zdvořile, měli bychom dbát na klidné a pomalé pohyby, podávat předměty oběma rukama, při pozdravu mírně stisknout ruku a překrýt ji druhou, což vyjadřuje úctu. Napřed hovoříme a zdravíme muže, až poté ženu. Kutnohorská (2013) dále popisuje, že bychom měli mít na paměti význam přímého pohledu. Na rozdíl od Evropanů je pro

Vietnamce, přímý pohled do očí nevhodný a nezdvořilý, vyjadřující povýšenost nebo ješitnost. Tuto výjimku tvoří i úsměv, který je mnohoznačný. Může znamenat projev dobré nálady nebo nervozity, hněvu, ale také může symbolizovat omluvu z nepochopení. Na to by měl brát ohled zejména zdravotnický personál a provádět kontrolu pomocí zpětné vazby, zda jedinec porozuměl. Jelikož Vietnamci nerozumí dobře českému jazyku, je pro ně podstatná neverbální komunikace. Mocková (2007) píše, že Vietnamci jsou otevření dotykům, avšak to platí pouze mezi přáteli. V tradiční vietnamské kultuře je nepřipustné, aby se milenci na veřejnosti drželi za ruce. Vyvarovat bychom se měli i dotykům v oblasti hlavy, jelikož je chápána za „sídlo života“. Pokud musí zdravotník provést nějaké vyšetření v oblasti hlavy, pak by měli vietnamskému pacientovi jasně osvětlit, proč je to důležité. Mlýnková (2009) udává další projevy nezdvořilosti, například překřížení nohou přes sebe nebo zkřížené ruce na hrudníku. Vyvarovat by se měli zdravotníci těchto věcí hlavně, pokud potřebují pacientovi něco vytknout. Kritika na veřejnosti je pro ně neslušná a raději řeší spory v ústraní. Jak již bylo řečeno, důležitá je zpětná vazba pomocí otázek, na které lze odpovědět ano nebo ne a zajištění tlumočnicka, nejčastěji z řad příbuzenstva.

1.3.2 Tradiční medicína ve Vietnamu

Již od 13. století před naším letopočtem byly položeny základy tradiční vietnamské medicíny. Ta jde ruku v ruce s čínskou medicínou a opírá se o empirické zkušenosti léčitelů. Velmi významným léčitelem a později lékařem byl Tue Tinh, který sepsal knihu s názvem „Zázračné účinky jižní medicíny“, kam zaznamenal své poznatky ohledně léčivých účinků bylin a rostlin. Z jeho díla čerpalo po několik generací mnoho léčitelů a lékařů. Tradiční medicína má dva druhy, jižní a severní. Jižní nemá teoretické poznatky, staví pouze na lidových znalostech a léčí především přírodně. Oproti tomu severní medicína je mladší než jižní a odráží se od náboženských směrů (Šerý a Votrubec, 1988). Mnoho autorů, mezi které patří i Archalousová (2007), se zabývá severním směrem medicíny, která je postavena na dvou protikladných principech. Na jing a jang. Právě Vietnamci věří, že zdraví je odrazem rovnováhy mezi silami jing a jang. Že se jedná o rovnováhu mezi teplem a zimou, suchem a vlhkem. Princip JIN je odrazem vnitřní stránky těla a ženy. Je negativní, nečinný, studený a odráží smrt a tmu. Kdežto JANG kontroluje vnější stránku těla a je odrazem muže. Je pozitivní a teplý. Šerý a Votrubec (1988) ještě doplňují, že v tradiční čínské medicíně hraje roli model pěti elementů, kterými jsou dřevo, oheň, kov, hlína a voda. (obr. 6) Každá z nich

pracuje samostatně a charakterizuje roční období, světovou stranu, barvu, chuť a lidský orgán. Archalousová (2007) se kromě toho zmiňuje i o tom, že v dnešní době jsou v tradičním Vietnamu žádáni léčitelé a jsou preferováni před moderní medicínou. Udává i některé tradiční praktiky, například baňkování, akupunkturu nebo vyštípování. Současným cílem vietnamských lékařů a léčitelů je propojení moderního a tradičního lékařství při léčení bolesti či prevenci.

Zdravotnický systém se ve Vietnamu skládá ze soukromého a veřejného sektoru, jak o tom píše autorka Tóthová (2010). Ten je dále dělen na 3 stupně. Centrální stupeň je řízen ministerstvem zdravotnictví, pod jednotlivé správní celky patří parciální stupeň a posledním stupněm je lokální stupeň zahrnující vesnice a menší čtvrtě a společenství. Ve Vietnamu lze zaznamenat značné rozdíly v poskytování péče, a to mezi obyvateli z měst a menších vesnic. Zdravotní pojištění je řazeno do dvou tříd, v první třídě je poskytováno státním zaměstnancům, soukromým zaměstnancům s minimálním počtem deseti zaměstnanců, zahraničním zaměstnancům a dále sem spadají důchodci a invalidé. Soukromé zdravotní pojištění spadá do druhé třídy. Ministerstvo zahraničních věcí České republiky (2017) popisuje, jak funguje poskytování zdravotní péče cizincům v České republice a opačně. Probíhá to na základě mezinárodních smluv, které Česko uzavřelo s domovským státem jedince. Jedna taková smlouva existuje i mezi Českou republikou a Vietnamem, přímo se jedná o dohodu „Dohoda mezi vládou Československé socialistické republiky a vládou Vietnamské demokratické republiky o spolupráci ve zdravotnictví 118/1967 Sb.“, zavazující poskytnutí bezplatné péče pokud cizinec předloží platný cestovní pas.

1.3.3 Zdraví a nemoc z pohledu Vietnamské menšiny

Pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče je důležité uvědomit si rozdílnost a specifika v pojetí zdraví a nemoci z hlediska toho, jak na něj pohlíží daná kultura. Jak už bylo výše uvedeno, vztah vietnamského etnika a zdraví je ovlivněn konceptem jin - jang, 5 elementy a dále náboženstvím, především buddhismem a konfucianismem. Konfucianismus je učení o etice, orientující se na společenské předpisy a závazky, a to hlavně z hlediska kázně ke starším. Buddhistické učení se zakládá na zákonu odplaty, karmy a na utrpení s cílem dosažení nirvány, která představuje stav ukončení reinkarnace a utrpení (Tóthová, 2010). Ve své knize se Tóthová (2010) rozepisuje o vnímání nemoci vietnamskou minoritou. Nemoc je chápána jako porucha rovnováhy,

kdy příčinou jsou mimo jiné vlivy zevního a vnitřního prostředí. Čínská medicína, podle které se řídí i vietnamské etnikum, zahrnuje do zevních faktorů podněcující nemoc vítr, teplo/ohněň, vlhkost, sucho a chlad. Důvodem vnitřních nemocí jsou emoce. Tedy radost, hněv, úzkost, obavy, zármutek, strach a zděšení. V článku „Aspekty životního stylu vietnamské a čínské minority,“ se Tóthová et al. (2007) zmiňují, že mezi poslední důležité příčiny způsobující nemoci, řadí etnikum i špatné stravovací návyky, a proto je jedinci kladen důraz na vyváženou stravu. Kelnarová a Matějková (2009) podávají informace ohledně stravování Vietnamců, na které by měl zdravotnický personál brát ohled proto, že Vietnamci nepřijímají studenou stravu a pijí jen teplé čaje nebo vodu pokojové teploty. Dále upozorňují, že vietnamské etnikum nemusí dobře snášet laktózu, proto mohou odmítat mléčné výrobky.

Mlýnková (2009) uvádí fakta, že příslušníci vietnamského etnika nadřazují domácí léčení nad svěřením se do lékařské péče. Svolení s hospitalizací dávají, až když je zdravotní problém neúnosný nebo závažný. Tóthová (2010) nastiňuje, že čínská medicína spolupracuje s individualitou člověka a ne pouze s diagnózou. Výsledkem je léčba „šitá na míru“. Tóthová (2010) uvádí i některé léčebné metody, které čínská medicína využívá. Předkládá i využití některých metod u vietnamského etnika žijícího v České republice. Příkladem je akupunktura, kdy se postupně zabodávají tenké jehličky do akupunkturálních bodů, kterými plyne energie. Tato metoda je vyhledávána ve Vietnamu, ale už nikoli etnikem žijícím na našem území. Další léčebnou metodou je akupresura, metoda podobná akupunktuře a stejně tak ani tato metoda nemá velkou oblibu u vietnamského etnika. Naopak velké oblíbenosti se těší léčba pomocí bylin, která je Vietnamci praktikována i v České republice, a to zejména k léčbě dermatologických a gastroenterologických potíží. Proto, jak uvádí Tóthová (2010) ve své knize věnované ošetrovatelské péči o vietnamskou minoritu, jedinci vietnamské minority dbají na své zdraví, jelikož pro ně představuje nejcennější hodnotu. Neodmítají lékařská vyšetření či léčebné výkony. Jsou dochvilní a pravidelné prevenci přikládají velký význam, hlavně pokud jde o děti anebo o těhotné ženy. Kutnohorská (2013) připomíná, že Vietnamci jsou stydliví, zejména ženy. V oblasti hygieny raději provádějí očistu sami nebo s pomocí příslušníka rodiny stejného pohlaví. Při vyšetření je jim potřeba zajistit samostatnou místnost. Při dotazu intimního charakteru je třeba být s jedincem o samotě a dostatečně mu osvětlit, že dotaz je součástí anamnézy. Mlýnková (2009) upozorňuje, že se diagnóza nikdy nesděljuje pacientovi, nýbrž rodině. Ta rozhodne, jestli je vhodné

pacienta vystavovat úzkosti a nátlaku. Tóthová (2010) se ještě zmiňuje, že vietnamská i čínská minorita uznávají lékařské odborníky a ocenily by péči poskytovanou buď rodinným lékařem či sestrou nebo příslušníky své kultury, a to z důvodu snížení jazykové bariéry.

1.3.4 Vnímání a pohled na bolest

Vnímání bolesti je z pohledu vietnamské kultury ovlivněno náboženstvím a vírou, jak připomíná Küng (2006). Buddhismus učí o utrpení, které symbolizuje právě bolest, ale také o reinkarnaci, která může mít dopad na vnímání a snášenlivost bolesti. Jedinec si může vysvětlit původ bolesti jako osud a že bolest je právě prostředkem, přes který je jedinec trestán (Tóthová, 2010). Küng (2006) autorku doplňuje o vysvětlení dalšího náboženského směru, a to taoismu. Ten pojímá význam bolesti jako možnou cestu k dokonalosti, pokud je vyvážená harmonie. Však v případě, že je harmonie narušena, se cesta k dokonalosti narušuje a nastává problém, který je třeba vyřešit. Vietnamci v souvislosti s vnímáním bolesti nedávají své pocity znát a dokáží snášet silnou bolest, jak uvádí Sedláková (2006). To proto, že projevy považují za stěžování si a obtěžování, což je v rozporu s jejich výchovou. Jak již bylo řečeno, jsou vedeni k tichosti, poslušnosti a nezávislosti. Dále se autorka shoduje s ostatními autory na tom, že vietnamští pacienti nehovoří o svých pocitech, a to zejména před cizími lidmi. Udržují si takzvané „zachování tváře“. Tóthová (2010) ve své publikaci informuje, že asijské kultury disponují vysokým prahem bolesti. K hospitalizaci svolí, až když se bolest nachází v pokročilé fázi a zdravotní stav je závažný. Problém také nastává, když se při pocíťování bolesti neobráťí na zdravotnický personál s žádostí o analgetika. Důvodem je strach z návyku a nežádoucích účinků. Je tedy důležité, aby zdravotnický personál pacientovi léky podával včas a pacientovi je nabízel. Nemusí se vždy jednat jen o analgetika, například i o antiemetika, jelikož si jedinec o léky řekne, až po opakovaných příhodách zvracení. Pozornost je věnována i těhotným ženám, které se projevují tiše a požadují snášet bolest v soukromí. Jsou otevřené nápadům nelékových forem pro tišení bolesti, kam řadíme masáž či sprchování. Pro lepší vybudování důvěry, která zdravotnickému personálu pomůže zjistit míru bolesti, je projevení úcty a respektu, čímž si rodičku získá (Tóthová, 2010).

1.4 Romská menšina

Romové postrádají vlastní psané dějiny, proto je jejich minulost sestavena díky poznatkům z historických materiálů. U nás nejstarším dochovaným spisem se zmínkou o Romech je Dalimilova kronika (Nováková, 2013). Autoři Kaleja a Knejpl (2009) se odkazují na autora Fräsera (1998), který uvedl, že předsudky vůči Romům, negativní pohledy na jejich společenství a jejich vyčlenění z majoritní společnosti jsou dány díky historickým podkladům pocházejícím právě od většiny. Nováková (2013) se dále zmiňuje, že se migrace Romů v Evropě odehrávala v několika vlnách, kde se jednotlivé skupiny odděleně usidlovaly. První zmínka o lidech, kteří kočují a mají jinou barvu pleti, hovoří jiným jazykem a mají jiné povahové vlastnosti, byla až ve 14. století. Kaleja a Knejpl (2009) se zmiňují o důležité informaci, a to že prvním, kdo si všiml podobnosti romského a indického jazyka, byl v 18. století pastor István Váli. Nováková (2013) souhlasí a předkládá informaci, že Váliho teorií se zabývali různí odborníci, kteří později dokázali, že Romové mají indické kořeny.

Při migraci se Romové setkali jak s přijetím, tak i s nepřátelstvím a záští. Prošli procesy ponižování a byly proti nim vydávány zákazy a zákony. V 15. století byli Evropany vítáni pro své dovednosti a řemeslné zkušenosti. Zvrat nastal v roce 1427, po vyloučení Romů z církve pařížským arcibiskupem. Následně byl v 16. století na území Německa vydán dekret, který Romům nařizoval okamžité opuštění státu pod výhrůzkou smrti. V tehdejší době se jednalo o nejzávažnější nařízení (Nováková, 2013). Nováková (2013) rozebírá historii romských jedinců i v českých zemích. Zde začala nedůvěra k Romům stoupat po požáru v Praze, roku 1541, což mělo za následek pozdější útlak. Leopold I. označil Romy v 16. století za vyhoštěnce. Karel VI. pokračoval ve stíhání romských jedinců a svůj útlak směřoval i na ty, kteří jim poskytli útočiště či podporu.

V 1. polovině 19. století se romská menšina hojně rozšířila díky svým dovednostem a tím se odstranila izolace. I přes to své domy situovali na okraje měst, což dalo za vznik takzvaným cikánským táborům. Autorka ještě doplňuje, že formálně byli Romové schváleni národnostní menšinou až v období první republiky. Nováková (2013) se shoduje s autory, že pro Romy bylo nejzásadnější období 2. světové války, kdy opět nastalo jejich stíhání a vyčlenění ze společnosti. Romové označováni jako Cikáni se tak stali obětmi vražd jednotek SS a holokaustu. O poválečném začlenění menšiny píše Pavelčíková (2009), která udává, že po válce přestal fungovat zaběhlý systém vzájemného sžívání se, což vedlo k migracím. Česká republika zažila tři migrační vlny

ze Slovenska, jak uvádí autor Vasečka (2007). První vlna nastala s příchodem romských jedinců z poválečného Slovenska, kteří osídlili české pohraničí. V druhé etapě se nacházeli jedinci cestující do Česka za prací a poslední etapa přišla s rušením romských osad na Slovensku. S nástupem komunismu v českých zemích je romská menšina považována za sociální problém, kdy jediným řešením je začlenění, jak se zmiňuje Nováková (2013). Pro romskou menšinu je vydán zákon „O trvalém usídlení kočujících osob“, to přináší poskytnutí bytu a zaměstnání. Na druhou stranu nejsou brány v potaz romské tradice a způsob života, což činí Romům značné problémy, jelikož tyto hodnoty nejsou kompenzovány. Nováková (2013) dodává, že právě proto většina romských jedinců nezná svůj původ a historii, nedokáže se zařadit, a proto žije na okraji společnosti.

V současnosti se integrací zabývá Rada vlády České republiky pro záležitosti romské komunity a Rada vlády pro národnostní menšiny. Vláda České republiky vydává „Zprávu o stavu romské menšiny“, pro tuto diplomovou práci jsem použila zprávu za rok 2015, která byla publikována k červenci 2016. Integraci prosazují koordinátoři pro záležitosti romské menšiny, kteří se věnují podpoře, jednání a řízení poradců. Ti se účastní vylepšení situací pro menšiny tím, že pro ně připravují schůze, semináře a jiné společenské aktivity. Pro lepší začlenění a přijetí romské menšiny se většinou konají akce na podporu romské kultury. Zpráva se dále zmiňuje i o poklesu násilí vůči romské menšině a předkládá dokument „Strategie romské integrace“, kterou se bude zabývat Rada vlády další roky (Vláda České republiky, 2017).

1.4.1 Rysy romské menšiny

Vláda České republiky (2017) označuje romskou menšinu jako nejpočetnější národnostní menšinu vyskytující se na území České republiky a udává počet 226 300 romských jedinců k roku 2015. Hirt a Jakoubek (2007) označují podle „Romského antropologického modelu“ za člena romské minority jedince hlásícího se k romskému národu, který má specifické vnější rysy. Nováková (2013) popisuje a aplikuje tyto rysy v modelu Giger a Davidhizar. Pro romského jedince je charakteristická tmavší pleť, oči a vlasy. Z hlediska stavby těla jsou menšího vzrůstu, se sklony k obezitě. Romové hovoří romštinou, ale znají a hovoří i jazykem většinové populace. Charakteristickým rysem je pro ně povaha, jsou temperamentní, spontánní a živí. Mají smysl pro tanec, rytmus a hudbu. Z hlediska původu zařazuje autorka Kašparová (2015) romskou

menšinu do 4 skupin. První skupinu tvoří slovenští Romové, do druhé spadají kočovní Olaští Romové a třetí a čtvrtou skupiny tvoří malé skupiny Moravských a Sinti Romů.

Pro Romy je rodina nejdůležitější součástí životních hodnot, jejím posláním je vzdělávat, chránit a žít. Vyznačuje se pevným příbuzenským poutem, je patriarchálního charakteru a není neobvyklé, že je složena z více generací. Žena se stará o celou rodinu, výchovu dětí, hospodaří s financemi a je podřízená svému manželovi. Roli hlavy rodiny později přebírá nejstarší syn (Nováková, 2013). Šlechtová s Bürgerovou (2009) čerpají od autora Matoušky a autorku Novákovou doplňují o informaci, že právě muž rozhoduje a je odpovědný za významnost a váženost své rodiny. Jak již bylo uvedeno, Nováková (2013) poukazuje na fakt, že rodina je nejcennější hodnotou a největším trestem postihujícím romského jedince je vyloučení z rodiny. Jak píše autorky Šlechtová a Bürgerová (2009), největším darem pro romskou rodinu jsou děti. V rámci rodiny se vzdělávají v navazování sociálních známostí, domácích činnostech a povinnostech budoucího rodinného života. Nováková (2013) na tuto informaci navazuje z hlediska školního vzdělání tím, že romské etnikum nepřikládá vzdělanosti velký význam, právě proto, že škola jim neposkytne informace, které potřebují k vedení domácnosti. Děti Romů nejsou vedeny k samostatnosti na rozdíl od dětí majoritní společnosti, jak popisují Šlechtová a Bürgerová (2009). To je dáno dlouhodobou výchovou ze strany matky a sourozenců, ale také životem s početným příbuzenstvem, protože nejsou nuceni rozhodovat se a spoléhat se sami na sebe. Děti mají značnou volnost, protože nemají kromě péče o mladší sourozence jiné úkoly (Šlechtová, Bürgerová, 2009). Nováková (2013) informuje, že dospělost začíná u romských dětí založením vlastní rodiny. Dále informuje, že významné postavení v rodině mají i staré osoby, ke kterým je chována úcta a které jsou i v pokročilém stáří ponechány v komunitě. Zajímavou zvláštností, kterou čerpá Kašparová (2015) je vzájemné vnímání rodin uvnitř komunit. Ty jsou děleny na čisté a nečisté. Nejedná se však o čistotu hygienickou, ale rituální. Jsou to pravidla chování a jednání jedince. K příkladu je uváděn zákaz omývat potraviny v nádobách sloužících na očistu těla, zákaz sňatku nebo styku mezi osobami čistými a nečistými. Nerespektování činí jedince nečistým a dochází k vyloučení z komunity, aby mohl být opět začleněn, musí podstoupit řadu očišťovacích rituálů. Koncept nečistoty je považován za nakažlivý a Romové se takovému jedinci vyhýbají. Jak už poukázala Nováková (2013) sounáležitost s rodinou je nejcennější hodnotou.

1.4.2 Přístup romské menšiny ke zdraví a nemoci

Podle Novákové (2013) je zdraví romskou skupinou chápáno nejen jako fyzická odolnost, ale i sociální zaopatření a tolerance majority. Jedná se o individuální, společenský, fyzický, duševní a kulturní celek. Šlechtová a Bürgerová (2009) naopak popisují pojetí zdraví jako nepřítomnost nemoci, kdy nemoc značí neschopnost a je vázána na smrt. Diagnóza se sděluje nejčastěji nejstaršímu muži, v jeho nepřítomnosti nejstarší ženě. Nemoc se tedy stane rodinným problémem a starostí celé komunity, proto by zdravotníky neměla překvapit početnější návštěva u nemocného jedince.

Pro Roma je nejvyšší hodnotou život a vše, co směřuje k jeho zabezpečení, tedy rodina a peníze. Zdraví zaujímá v hodnotovém žebříčku Romů až nižší pozice a zájem o léčbu Romové většinou projeví až se somatickými projevy. Zdravotní pomoc je tedy vyhledávána až při úrazech, hlavně pokud se jedná o krvácení a dále při výrazných tělesných projevech, horečce nebo bolesti. Ovšem po odeznění příznaků přestanou dodržovat léčbu, jelikož podle jejich filozofie je nemoc vyléčena (Šlechtová, Bürgerová, 2009). Nováková (2013) předkládá problém, že romská menšina nezná a nemá dostatečné povědomí o důležitosti prevence, a to proto, že romský jedince žije současností a neplánuje. Dále Nováková (2013) ze svého výzkumu uvádí, že Romové uznávají lékaře i zdravotnický personál, i když chovají nedůvěru k většinové společnosti. Získat si důvěru je těžké a zdravotnický personál by měl pamatovat na to, že k porušení důvěry může dojít velmi lehce.

1.4.3 Vnímání a pohled na bolest

Nováková (2013) píše o romské menšině jako o lidech pociťující velký strach z bolesti. Charakterizuje je jako hlučné, projevující své emoce nahlas a bez studu, a to i když jejich zdravotní situace není závažná. V době nemoci nebo bolesti nemají silnou vůli ani trpělivost, potřebují své blízké, protože pociťují strach z blížící se smrti. Upozorňuje, že tyto emoce mohou vyvolat v romském pacientovi neochotu spolupráce až agresi. Pro Romy je charakteristická komunikace vyznačující se hlasitostí, temperamentem a přílišnými gesty, kterými zvýrazní verbální projev. Romové neskrývají svoje city, naopak je velmi projevují. Z hlediska komunikace by měl zdravotnický personál pamatovat na to, že humor chápou, ironii ne. Šlechtová a Bürgerová (2009) píší, že pro

omezenou slovní zásobu a špatné vzdělání preferuje romský jedinec verbální komunikaci před psaným projevem. Proto je důležité mluvit srozumitelně a jasně, získávat zpětnou vazbu a vyvarovat se odborným výrazům.

Jak již bylo v kapitole „Bolest“ uvedeno, náboženství má na bolest podstatný vliv (Briggs, 2008). Romové však nemají vlastní vyznání víry. Přizpůsobí se majoritní společnosti v naší zemi, tedy křesťanství. Avšak náboženství si podle potřeby přizpůsobují k vlastním hodnotám, protože náboženství chápou jako způsob života (Nováková, 2013). Šlechtová s Bürgerovou (2009) uvádějí, že svoji upravenou víru používají i při vyrovnávání se s bolestí, a to i s prvky magie, zaříkávatel a modliteb.

1.5 Ukrajinská menšina

Ukrajina je republikou ležící ve východní, zčásti ve střední Evropě s hlavním městem Kyjev. Úředním jazykem je ukrajinština, ale na Ukrajině se hojně používá i ruština, zejména na východě a v oblasti Krymu. Ukrajinci jsou na svůj jazyk pyšní, proto se snaží a je pro ně důležité hovořit pouze ukrajinsky (Hudáčková, 2012). Ministerstvo zahraničních věcí České Republiky (2017) informuje, že nynější funkci prezidenta státu vykonává Petro Porošenko. Dále informuje o národnostním složení, kdy největší zastoupení zaujímají etničtí Ukrajinci, následují Rusové, Bělorusové a zbytek je v zastoupení Moldavanů, Bulharů, Poláků a Maďarů. Hudáčková (2012) ještě doplňuje krymské Tatary, Řeky a Čechy.

Ministerstvo zahraničních věcí České Republiky (2017) udává, že nejrozšířenějším náboženstvím na Ukrajině je pravoslavné křesťanství, které se dělí na několik odvětví. Jak doplňuje Hudáčková (2012) ve státě není vyznáváno pouze pravoslaví. Na západě Ukrajiny se jedinci přiklání k řeckokatolické církvi, na jihu se krymští Tataři hlásí k islámu a mezi další náboženství Ukrajiny patří judaismus nebo baptismus. Jak dále Evans (2007) popisuje, pravoslavní vyznávají svaté symboly, které mají moc ochraňovat, léčit a přinášet dostatek hojnosti a jsou umístěny v domácnostech ukrajinských jedinců. Hudáčková (2012) popisuje, že bohoslužby probíhají v pravoslavných kostelech, kdy muži nesmí mít pokrývku hlavy, ženy naopak ano. Návštěvy kostela jsou důležité i pro ukrajinské imigranty, jenž slouží pro společenské schůzky, k vzájemné komunikaci s ostatními krajany.

Migrace ukrajinské menšiny na naše území probíhala a rozvíjela se poměrně dlouho (Leontiyeva, 2006). Hudáčková (2012) se také zabývá migrací na území Čech a doplňuje, že v 19. a 20. století migrují Ukrajinci z politických důvodů. Mezi ně patří i jedinci, kteří mají zájem studovat vysoké školy se záměrem zvýšit si vzdělání a později si zajistit odpovídající zaměstnání. Dalšími příchozími jedinci jsou politici, spisovatelé, vojáci, novináři, ale i dělníci pracující v uhelných dolech. Leontiyeva (2006) se dále zmiňuje, že i ukrajinský národ postihla 2. světová válka, kdy byly rušeny školy i instituty a zabavovány pozemky. Autorka se také zmiňuje o současné migraci a jejích důvodech. Ekonomická situace, nezaměstnanost a malá jazyková bariéra jsou hlavní příčinou migrace za účelem výdělků a zlepšení ekonomické situace rodiny. Ukrajínští jedinci pobývají ve větších městech a jsou zaměstnáváni na postech dělníků bez potřeby středního vzdělání. Ukrajinci se řadí mezi početné migrační komunity v České republice a žijí na našem území díky povolením k zaměstnání.

1.5.1 Rysy ukrajinské menšiny

Ukrajinský jedinec se stavbou těla a barvou pleti od Čechů neliší. Muži nosí krátce ostříhané vlasy a jsou pečlivě oholeni. Ženy se výrazněji líčí a dbají na krásu i na módu (Hudáčková, 2012). Díky podobnosti jak jazyka, tak i kultury je život pro Ukrajince v České republice jednodušší než například pro Vietnamce. Jazyková podobnost nemotivuje a brání Ukrajincům zlepšovat se v našem jazyce (Leontiyeva, 2006). Fedjuk (2006) se zmiňuje, že cíl ukrajinských pracovníků je zcela finanční. Do ciziny odjíždějí za prací, kdy vydělané peníze zasílají rodině na Ukrajinu, aby zajistili její živobytí, protože rodina je pro ně důležitá. Po čase se vracejí zpět do rodné země, kde začínají s našetřenými penězi nový život. Leontiyeva (2006) přikládá ke znakům ukrajinské menšiny informaci, že kvůli celkové pracovní vytíženosti nemají příliš volného času a nežijí kulturním životem menšiny. Podle Hudáčkové (2012) žije ukrajinská menšina na území Česka v uzavřených skupinách. Kdežto Leontiyeva (2006) se drží výzkumu, že uzavřenost menšiny není založena na vytváření vlastních území, ale je dána tím, že žijí v levných ubytovnách, které jsou mimo centra.

Ukrajinská kultura, tradice a zvyky jsou do jisté míry ovlivněny náboženstvím, zejména pravoslavným (Johnstone, Bloom, 2009). Jsou národem velmi hrdým na svoji kulturu, která je hojná zejména během ukrajinských svátků a slavností, kdy se tančí a zpívá. Jedním ze symbolů ukrajinské kultury je národní kroj, užívaný během slavností.

Tradiční kulturu již nyní vyznává pouze starší generace, mladší se přizpůsobila evropským hodnotám (Hudáčková, 2012). Evans (2007) přikládá několik zásad, se kterými se setkáme u ukrajinského jedince. Vždy je nutné se představit a pozdravit, žena nabídne ruku muži jako první, nikoli naopak. Při návštěvě je pravidlem vyzout si obuv, než vstoupí host do domu nebo bytu a pokud je návštěva ohlášena předem, je slušností přinést hostiteli malý dar. Než Ukrajinci začnou jíst, popřejí si dobrou chuť a za neslušné se považuje nechat zbytky na talíři. Hudáčková (2012) navazuje na Evans ohledně stravy a informuje, že během církevních svátků Velikonoc dodržují věřící jedinci půst.

1.5.2 Přístup ukrajinské menšiny ke zdraví

Hudáčková (2012) poukazuje na to, že ukrajínští jedinci žijící na našem území dbají na prevenci a mají zájem o své zdraví. Článek na stránkách Vlády České republiky (2017) pojednává o opaku s informací, že ukrajínští pracovníci nevyhledají pomoc lékaře, kdy důvodem strachu je udělení neschopnosti, ze které plyne obava o ztrátu práce. Dále se autorka Hudáčkovu (2012) zmiňuje, že se ukrajinský jedinec o své zdraví stará v rozsahu svých znalostí. Někteří jedinci praktikují prvky alternativní medicíny, například pití bylinných čajů nebo užívání přírodních léčiv.

Hudáčková (2012) se zmiňuje i o postoji ukrajinské ženy v prevenci a péči v těhotenství. Žena uznává předporodní péči a je pro ženu velmi důležitá. Dodržuje preventivní prohlídky a pravidelně navštěvuje prenatální poradny. Z hlediska náboženství je interrupce nepřijatelná, naopak křest je největší událostí a jeho úlohou je zabezpečit dítěti ochranu před nemocemi, protože pokud není dítě pokřtěno, pak je náchylné k nemocem.

Zdravotní péče na Ukrajině není dostatečná, proto jsou ukrajínští jedinci s ošetrovatelskou péčí v naší zemi spokojeni (Ministerstvo zahraničních věcí České republiky, 2017).

Vnímání a pociťování bolesti z pohledu ukrajinského jedince:

Je podobné jako u českého. Při bolesti někteří vyhledávají lékařskou pomoc a užívají analgetika, někteří se obrátí na alternativní stránku medicíny (Hudáčková, 2012).

1.6 Vyznavači islámu

Islám se řadí mezi tři největší monoteistická náboženství. Slovo islám v překladu znamená odevzdání se do Boží vůle, v tomto případě Alláhovi (Štampach, 2008). Vznik islámu je datován počátkem 7. století a v té době převládá ve střední Albánii. Prorokem zvěstujícím toto učení byl Muhammad ibn Abdulláh (Linhartová, Janků, Topinka, 2015). Štampach (2008) doplňuje, že díky Muhammadu a jeho přívržencům se islám začal šířit slovem a až o několik let později byla Muhammadova učení sepsána do knihy, kterou je Korán. Autoři Linhartová, Janků a Topinka (2015) uvádí podle učení islámu, že Korán je považován za svaté písmo, napsané v klasickém arabském jazyce. Dále popisují dělení islámu na dva hlavní směry, a to sunnitský a ší'itský, kteří se od sebe odlišují učením víry a ortodoxními znaky. Sunnitský směr je zastoupen zhruba v devadesáti procentech, kdežto ší'itský směr je muslimskou populací zastoupen v menšině. Ší'itský islám se následně dělí na další proudy a příznivce tohoto směru najdeme v Iránu, Pákistánu, Indii, Sýrii, Libanonu a dalších.

Štampach (2008) sděluje, že islám má etickou a právní stránku náboženství, že víra v toto náboženství je jednoduchá a vysvětluje, že není Boha kromě Alláha a Muhammad je jeho poslem. Život muslima se sestává z pěti pilířů, kterými jsou vyznání víry, modlitba, postění se, almužna a pouť do Mekky. Kutnohorská (2013) dodává, že vyznavači islámu jsou označováni za muslimy a podstatou islámské kultury je islámské právo čerpající z Koránu a Sunny. Autorka vysvětluje, že Sunna obsahuje pro muslima rady, v co má jedinec věřit a jak má jednat.

Z hlediska vztahu islámu a České republiky lze říci, že o tomto náboženství nebylo v naší zemi žádné povědomí až do období 80. let 20. století, kdy do země začali přijíždět studenti, kteří se zde později usadili. V dnešní době Česko navštěvují muslimové, kteří sem přijíždějí za turistikou či lázeňstvím, a jejich pobyt je časově omezený (Topinka, 2007). Dle Českého statistického úřadu (2017) nelze přesný počet muslimů na našem území zjistit, jelikož se vyznání islámu řadí pod titulek „jiná náboženství“. Jiříčka (2014) seznamuje čtenáře, že v dnešní době se v Česku vyskytují muslimské obce, a to v Praze, v Brně, v Teplicích, Liberci, Karlových Varech a dalších. Kopecká (2015) se zabývá postojem Čechů k islámu, kdy islám je díky médiím spojován s terorismem či jiným násilím. Mendel, Ostřanský, Rajtaj (2007) souhlasí, že hlavní příčinou islamofobie jsou média informující o zahraničních zprávách, nikoli negativní zkušenosti českého jedince s jedincem vyznávající islám. Břešťan (2006)

doplňuje, že muslimové na našem území dodržují zákony a snaží se integrovat do společnosti bez provokace k násilí. Topinka, Janků a Kliment (2015) uzavírají postoj českého jedince k vyznavači myšlenkou, že strach a mystifikace médií brání muslimským jedincům v úspěšném začlenění.

1.6.1 Rysy jedince vyznávající islám

Za vyznavače islámu se považuje jedinec zpravidla pocházející z arabských zemí, vyznávající toto náboženství s určitými kulturními a náboženskými tradicemi (Rolantová, 2012). Islám ovlivňuje všechny vlastnosti muslimova života, jak stravování, hygienu, sexualitu, vztah k druhému pohlaví, tak i komunikaci a vnímání času. Pro muslima je základem bytí dodržování pravidel obsažených v pěti pilířích víry. Islám pro jedince neznamena jen náboženství, ale představuje pro něj životní vodítko, podle kterého se má řídit (Linhartová, Janků, Topinka, 2015). První pilíř představuje vyznání víry, kdy se jedná o pronášení věty, že „Není Boha kromě Boha a Muhammad je posel Boží“, čímž se muslimové hlásí ke svému Bohu, Alláhu a stávají se tak plnohodnotnými vyznavači (Rolantová, 2012). Druhou povinností muslima je modlitba, kdy povinností muslimského zdravého jedince je vykonávat modlitbu pětkrát denně směrem k Mekce, na čistém místě s pomocí modlitebního koberečku (Linhartová, Janků, Topinka, 2015). Králíková (2008) uvádí, že pokud muslim modlitbu řádně nevykonává, ztrácí možnost být plnohodnotným muslimem a je na něj pohlíženo jako na toho, kdo se odklonil od víry. Modlitby probíhají odděleně a modlit se mohou i nemocní. Linhartová, Janků a Topinka (2015) popisují, že muslimský jedinec musí před modlením provést rituální očištění nohou, rukou, obličeje a zahalit si oděvem vrchní část těla. Zdravotnický personál by měl pamatovat na to, že modlící muslim by neměl být rušen. Králíková (2008) doplňuje, že stejně tak by měl zdravotník pamatovat na to, že Korán a modlitební koberec jsou muslimy považovány za posvátné, tedy by se jich neměli dotýkat a nic na ně pokládat, protože znečištění je hříchem. Ze svých zkušeností popisuje, jak se v Iráku setkala s pacienty nosícími stuhy s úryvky z Koránu, které jim měly jedinci pomoci při zotavování. Rolantová (2012) charakterizuje třetí pilíř, kam spadá almužna, což představuje dělení nepotřebného majetku ostatním věřícím, například chudým, sirotkům a jiným. Islám pojednává o tom, že majetek, který muslim nepotřebuje, je nežádoucí a jeho rozdělení těm, kdo jej potřebují, je správné. Linhartová, Janků, Topinka (2015) popisují čtvrtý pilíř, kam spadá půst trvající 30 dní, zejména v měsíci Ramadán.

V tomto období nesmí muslimský jedinec jíst, kouřit a mít pohlavní styk v čase od úsvitu do západu slunce. Nemocní, staří, těhotné ženy a děti jsou tohoto půstu ušetřeni. Rolantová (2012) doplňuje, že hlavním smyslem je upevnění víry a věrnosti k Bohu. Popisuje i poslední pilíř víry, kam spadá pouť do Mekky. Tuto cestu by měl alespoň jednou za život podstoupit každý muslim. Během cesty je muslimský jedinec oblečen do speciálního poutnického oděvu. Ženy mají zakryté celé tělo mimo dlaní a obličej. Na konci poutě se muži svlékají a podstupují holení hlavy.

Mezi další rysy vyznavačů islámu patří zákaz konzumace alkoholu, což se váže i na léky obsahující alkohol. Zdravotnický personál by měl použít daný lék až po konzultaci s pacientem, kdy je mu řádně vysvětlena důležitost léku (Linhartová, Janků, Topinka, 2015). I příprava stravy a stravování jsou pro muslimy významné a mají mnoho pravidel. Jedním z pravidel, které Korán zakazuje, je požívání vepřového masa a všech vepřových produktů (Rolantová, 2012).

Dalším, na co by zdravotník měl pamatovat při komunikaci, jsou témata, která představují pro muslimského jedince tabu. Patří tam zejména zjištění fyziologických funkcí, těhotenství, rodinný stav, počet dětí, zejména ptá-li se zdravotník svobodné ženy. Je nutné, aby zdravotník při zjišťování těchto informací postupoval opatrně a vysvětlit pacientovi, že se jedná o důležité informace k sestavení anamnézy (Linhartová, Janků, Topinka, 2015). Kutnohorská (2013) doplňuje, že z hlediska neverbální komunikace je za nevhodné považován oční kontakt či podání ruky muže ženě. Dalším specifikem je rozlišení důležitosti pravé a levé ruky. Pravá ruka je používána k podávání předmětů a je považována za čistou, kdežto levá naopak a podání předmětu levou rukou je pokládáno za urážku a nevychovanost.

Důležité je, uvědomit si, že ne všichni muslimové se shodují na tom, co islám představuje. Někteří věří, že pouze víra je vyznáním islámu, jiní zase dbají na zachování pěti pilířů víry nebo na postoj k intimitě a zahalení těla (Linhartová, Janků, Topinka, 2015). Jak již bylo řečeno, islámská etika vystupuje z islámského práva. Pro muže i ženy platí jistá pravidla, která musí být dodržována. Žena musí mít zakryté nohy, musí nosit zahalenou hlavu, aby jí nebyly vidět vlasy, nesmí smilnit před svatbou a jiné. Muž nesmí být homosexuální orientace, nosit šperky ze zlata a mnoho dalších. K obecným zákazům platícím pro všechny muslimy jsou například zesměšňování víry, zřikání si islámu, cizoložnictví, rouhání se (Kutnohorská, 2013).

1.6.2 Zdraví a nemoc pohledem islámu

Islám vyzdvihuje zdraví a uvádí výčet zásad a předpisů, jak by měl vyznavač žít, konat, co by měl vyhledávat a naopak, čemu se vyhnout, co smí užívat a co nikoli. Islám říká, že život a smrt či zdraví a nemoc jsou pouze Boží vůlí (Rolantová, 2012). Králíková (2008) uvádí, že je velmi důležité v roli zdravotníka pamatovat na to, že se muslimský pacient velmi liší od běžného českého. Rolantová (2012) se přiklání k ostatním s výrokem, že je pro muslimského pacienta z hlediska zdraví a nemoci důležitá hygiena. Na autorku navazuje Králíková (2008) slovy, že islám řadí hygienu k prevenci. Ptáček, Bartůněk et al. (2014) uvádějí některé příklady, kdy je muslimský pacient považován za nečistého, a to po spánku či bezvědomí, po toaletě nebo pokud jeví známky zánětlivého onemocnění. Žena je považována za nečistou, pokud je po gynekologickém vyšetření či je v období perrody. Autoři podotýkají, že je rozdíl mezi těmito očištěními, protože běžná hygiena nenahrazuje rituální hygienu. Králíková (2008) uvádí hledisko psychické očištění, kdy se musí postupovat podle pravidel, jež ukládá islám, by zdravotník neměl být udiven, pokud po běžné hygieně muslimský pacient znovu požádá o očištění, kterou chce provést sám. Linhartová, Janků, Topinka (2015) se v kontextu s běžnou hygienou zmiňují o intimitě muslimské ženy, kdy předkládají, že muslimské ženy se nerady odhalují, a to jak po stránce fyzické, tak i psychické. Zdravotník by měl vyšetření přizpůsobit tak, aby došlo k co nejmenší míře odhalení, a dodávají, že ženu smí vyšetřovat pouze žena. Králíková (2008) navazuje tím, že žena musí mít souhlas muže, aby mohla podstoupit vyšetření. Pokud nelze provést vyšetření ženy ženou, je nutné požádat manžela či jiného rodinného příslušníka mužského pohlaví o svolení provést výkon, a to za jeho přítomnosti. Druhým důležitým faktorem v péči o zdraví hraje roli rodina, jak dále popisují autoři Linhartová, Janků, Topinka (2015), kdy je rodina považována za důležitou. Králíková (2008) čerpá ze svých zkušeností, kdy se setkávala s rodinami pacientů, které přicházely v hojném počtu a v době nemoci byly pro pacienty velkou oporou. Dále se zmiňuje, že se rodina účastní ošetrovatelských úkonů, například v oblasti hygieny nebo stravování. Setkala se i se situací, kdy v nemocnici přespávala rodina společně s nemocným, což není neobvyklé pro vyznavače islámu. V našich nemocnicích je toto nemožné, tudíž se muslimský pacient může cítit osamělý a izolovaný.

I smrt má v islámu svá pravidla. Pokud muslimský jedinec zemře, tělo je důkladně omyto a zabaleno do bílé látky beze švů. Dbá se na pohřbení ještě tentýž den, kdy tělo je uloženo do země, protože islám zakazuje kremaci (Linhartová, Janků, Topinka, 2015). Rolantová (2012) doplňuje poznatky, že vyznavači islámu věří na posmrtný život, kdy je čeká bohatství.

Vnímání bolesti jedince vyznávajícího islám:

Králíková (2008) se ve své praxi setkala s muslimskými pacienty, u kterých zaznamenala nízký práh bolestivosti. Ptáček, Bartůněk et al. (2014) se vyjadřují o bolesti u muslimských jedinců jako o emocionální. Popisují, že bolest je vyjadřována jasně a hlasitě, a to jak verbálními projevy, tak i neverbálními. Vyznavači islámu neskrývají bolest. Ovšem tyto projevy nemusí být obrazem dané bolesti, protože tyto projevy nemusí vyjadřovat skutečnost, že daná bolest je pro pacienta nesnesitelná.

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

1. Zmapovat vnímání bolesti u pacientů vybraných národnostních a náboženských minorit.
2. Zmapovat možnosti terapie bolesti u pacientů vybraných národnostních a náboženských minorit.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jak vnímají bolest příslušníci vybraných národnostních a náboženských minorit?
2. Jaké jsou možnosti terapie bolesti u pacientů vybraných národnostních a náboženských minorit?
3. Jak vnímají zdraví příslušníci vybraných národnostních a náboženských minorit?
4. Jak vnímají nemoc příslušníci vybraných národnostních a náboženských minorit?

2.3 Operacionalizace pojmů

Menšina

Vysvětlením pojmu menšina se zabývá Šišková (2001), která ve své publikaci uvádí, že do roku 2001 nebyla platná žádná právní norma charakterizující menšinu. Uvádí, že dřívější označení etnická menšina, bylo nyní nahrazeno slovem národnostní. S pojmem národnostní menšina seznamuje Vláda ČR (2017). Pojem je popsán v zákoně 273/2001 Sb. o právech příslušníků národnostních menšin a o změně některých zákonů. Menšina je charakterizována v § 2, kde se uvádí, že se jedná o občanskou společnost, která pobývá na území státu. Tuto společnost spojují společenské, etnické, jazykové, kulturní a tradiční znaky. Dále je pro ně spojující vynaložené úsilí pro zachování jejich kultury a historie. Ministerstvo zahraničních věcí ČR (2017) charakterizuje příslušníka národnostní menšiny i občana ČR hlásícího se k jiné národnosti. Sedlářová et al. (2008) blíže charakterizují znaky národnostní menšiny, kdy menšina může být tvořena i třemi jedinci, musí se odlišovat od většiny a jedinci se aktivně hlásí k jiné, než majoritní společnosti.

3 METODIKA

Empirická část diplomové práce byla realizována za pomoci kvalitativního výzkumného šetření technikou polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor (*Příloha 1*) obsahoval 25 otevřených otázek zaměřených na význam a vnímání bolesti. Dále se rozhovor zabýval hodnocením bolesti. K této otázce byla přiložena příloha sestavená z vybraných škál hodnotících bolest (*Příloha 2*). V této příloze měli probandi určit, která hodnotící škála je pro ně nejsrozumitelnější. V rozhovoru byly otázky zaměřeny i druhy a metody, které jedinci využívají při tlumení bolesti. Dále byly otázky zaměřeny na zdraví, jeho význam, udržování a na prevenci. V závěru rozhovoru byly otázky orientovány na vnímání nemoci a dodržování léčebných opatření. Metoda rozhovoru byla zvolena pro svoji vhodnost doplnění otázek, což vedlo k prohloubení a získání více informací.

Výzkumné šetření probíhalo v období od března do dubna 2017 a účastnilo se jej sedmnáct probandů. Před samotným výzkumným šetřením byl proveden předvýzkum pomocí pilotních rozhovorů, což pomohlo odhalit nedostatky a následně nahradit neužitečné otázky srozumitelnými a pochopitelnými pro probandy. Účastníci byli seznámeni s tématem diplomové práce a souhlasili s provedením výzkumu i audiozáznamem. Záznam rozhovorů byl doslovně přepsán a upraven do spisovného jazyka (*Příloha 4*). Poté proběhla fáze kódování dat s technikou barvení textu (*Příloha 3*). Následně byly sestaveny hlavní kategorie a podkategorie, které byly graficky znázorněny v kapitole 4 „Výsledky“ z důvodu lepší přehlednosti a orientace. V datech podkategorií byly použity pouze věty mající přínos pro výzkumné šetření a byly doplněny přímými řečmi probandů, které jsou v textu označeny kurzívou.

3.1 Charakteristika výzkumných souborů

Pro výběr souboru byla zvolena metoda záměrného výběru. Kritériem výběru bylo vyhledání osob se stejnými národnostními znaky. U muslimských jedinců bylo kritériem stejné náboženské vyznání. Výzkumného šetření se účastnilo sedmnáct probandů z vybraných národnostních a náboženských minorit, žijících na území České republiky. Tyto minority byly zastoupeny vietnamskou, ukrajinskou a romskou menšinou a menšinou vyznávající islám. Soubor probandů byl zastoupen vždy pěti příslušníky z každé národnostní a náboženské minority. Rozhovor s probandy probíhal jednotlivě po předem domluvených schůzkách. Zprvu jsme účastníky oslovili náhodně a následně byl získán požadovaný počet jedinců za pomoci techniky snowball sampling.

Jak popisují Čeněk et al. (2016), technika spočívá ve výběru jedince splňujícího kritériální znaky stanovené pro výzkum, který odkáže nebo doporučí výzkumníkovi další jedince ze svého okolí se stejnými znaky. V našem případě národnostními a náboženskými. Tato technika se nám osvědčila nejvíce u vietnamské, ukrajinské a romské menšiny. U posledního souboru nemohla být tato technika využita, protože nastala komplikace při oslovování jedinců. Důvodem neochoty a nezájmu byla současná politická situace, strach a medializace islámu ve spojení s terorismem. Ze všech míst, spolků a jedinců, které jsem kontaktovala, mi rozhovor později poskytly dvě Češky, které konvertovali k islámu.

K lepší orientaci mezi minoritami byly soubory označeny písmeny. Soubor označený písmenem A zastupoval jedince vietnamské menšiny. Soubor B tvořili jedinci romské menšiny, soubor C jedinci ukrajinské menšiny a soubor D vyznavači islámu.

4 VÝSLEDKY

4.1 Vyhodnocení výsledků souboru A – vietnamská minorita

4.1.1 Identifikace souboru A

Tabulka 1: Identifikační údaje výzkumného souboru A

vietnamská menšina	Věk	Pohlaví	Narozen	Pobyt v ČR	Vyznání
P1	19	Žena	ČR	rodiče 20 let	Ateista
P2	20	Žena	ČR	rodiče 20 let	Ateista
P3	18	Muž	ČR	rodiče 20 let	nespecifikováno
P4	19	Žena	ČR	rodiče 20 let	Křesťanské
P5	22	Žena	ČR	rodiče 21 let	Křesťanské

(zdroj vlastní)

Tabulka 1 charakterizuje jedince z výzkumného souboru vietnamské menšiny. Rozhovoru se účastnili probandi z řad mladé generace vietnamské minority, a to z důvodu jazykové bariéry u starší generace.

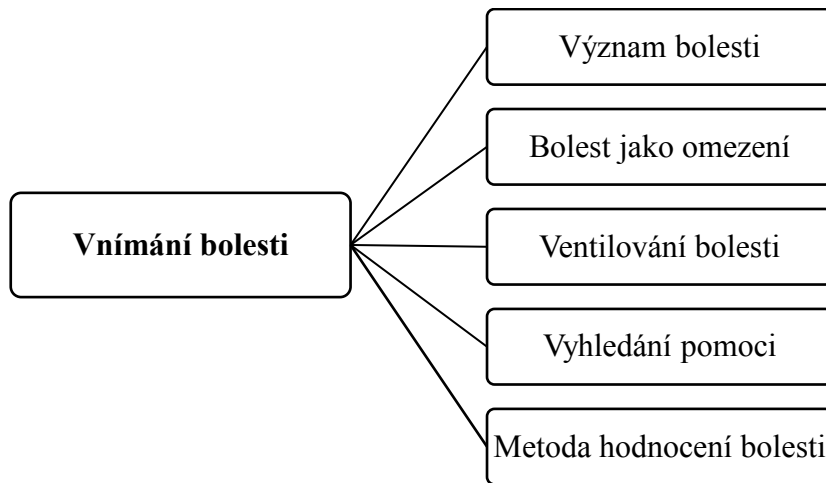
Proband 1 je žena ve věku 19 let, narozena v ČR. Její rodiče se narodili ve Vietnamu a v ČR pobývají již 20 let. Zúčastněná nevyznává žádné náboženství, zatímco její rodina vyznává buddhismus. Proband 2 je žena ve věku 20 let, narozená v ČR, kdežto její rodiče se narodili ve Vietnamu. Její rodina zde žije 20 let. Dotyčná je ateistkou, kdežto její rodiče vyznávají buddhismus. Proband 3 je mužského pohlaví ve věku 18 let, narozen v ČR. Rodiče probanda se narodili ve Vietnamu a v ČR žijí již 20 let. Proband uvedl, že věří v nějaký faktor, který nebyl schopen blíže specifikovat, zatímco jeho rodiče vyznávají buddhismus. Proband 4 je žena ve věku 19 let, narozena v ČR. Rodiče se narodili ve Vietnamu a v ČR pobývají 20 let. Dotyčná vyznává katolicismus, stejně jako její otec a bratr, na rozdíl od matky, která vyznává buddhismus. Dále uvedla, že dochází do kostela, je biřmovaná a věří v Boha. Proband 5 je žena ve věku 22 let, narozena v ČR na rozdíl od rodičů narozených ve Vietnamu. Její rodina v ČR pobývá okolo 21 let. Dotyčná se hlásí k římskokatolické církvi.

Ani jeden z dotazovaných nemá zájem o návrat do Vietnamu, zatímco jejich rodiče uvažují o cestě do rodné země v období důchodu.

4.1.2 Vyhodnocení rozhovorů souboru A – vietnamská minorita

Kategorie 1: Vnímání bolesti

Schéma 1: Vnímání bolesti



První kategorie se zaměřuje na představení, jak jedinec vnímání a pociťuje bolest. Tato kategorie obsahuje pět podkategorií.

Význam bolesti

Pokud měli probandi uvést jednoslovně charakteristiku své bolesti, uváděli svá označení následně. P3 svoji bolest označil slovem utrpení, zatímco ostatní čtyři probandi neoznačovali svoji bolest žádným speciálním slovem, pouze ji pojmenovali bolest či fyzická bolest.

Z hlediska významu bolesti ji dva jedinci rozdělili na fyzickou a psychickou. P1 charakterizovala význam psychické bolesti jako stav, kdy je smutná a prožívá depresi, zatímco fyzické bolesti přiřadila význam obrany těla. „*Psychická bolest pro mě představuje být smutná nebo prožívat „depresi. Fyzická bolest je pro mě naopak to, že se s tělem děje něco špatně“* (P1). Obdobný náhled na bolest měla i P5, která doplnila, že bolest hlavy je pro ni znakem únavy či stresu a fyzická bolest po zátěži značí správně odvedený výkon. „*Záleží na druhu bolesti. Bolest hlavy pro mě znamená, že něco není v pořádku, například únava či stres a bolest po cvičení znamená dobře odcvičeno“* (P5). Zbylí tři dotazovaní odpovídali obdobně, že je pro ně bolest odezvou těla, protože díky ní vědí, že se s tělem něco děje a že se tělo brání. „*Bez bolesti bychom se nedozvěděli o nemoci, která by dále postupovala, aniž by byla léčena“* (P3).

Bolest jako omezení

Čtyři probandi se shodli, že vnímají bolest jako obtěžující. P2 uvedla, že pro ni bolest představuje omezení proto, že se nemůže soustředit na konkrétní věci a svoji pozornost věnuje právě bolesti. P5 popsala konkrétní bolest, a to migrénu, která ji omezuje v běžných denních činnostech, protože musí odpočívat a uvedla, že tato bolest je pro ni omezením někdy i následující den. *„Když ji mám, nejsem schopna nic udělat, musím jenom ležet. Často na sobě pocítuji nevolnost ještě následující den“* (P5). Podobně popsala své omezení bolestí i P4, která uvedla, že při bolestech břicha se nemůže hýbat, jelikož každá jiná pozice ji činí nevolnost a ještě větší bolesti. *„Občas třeba když mě bolí břicho, tak se nemůžu moc pohnout, protože každá jiná pozice bolí“* (P4). Jen P1 nepocítovala omezení bolestí, protože bolest vnímala jako součást života.

Ventilování bolesti

Dotazovaní odpovídali ohledně ventilování bolesti podobně. Čtyři probandi se shodovali, že při pocítování bolesti jsou často rozmrzelí a straní se okolí, až potom nastupuje pláč nebo vztek. *„Většinou jsem protivná hodně a straním se radši lidí, abych nebyla zbytečně zlá. Když je to hodně velká bolest, tak mi vyhrknou slzy, ale většinou se zabalím do deky a zalezu do postele“* (P4). Rovněž svoji bolesti ventiluje P2, která popsala, že raději tráví čas sama, protože bolest ji činí podrážděnou. Pouze P1 odpověděla jinak, než ostatní čtyři dotazovaní, že si od své bolesti uleví pláčem či křikem a vyčkává, až bolest zmizí. *„Občas křičím nebo brečím a prostě doufám, že to zmizí“* (P1).

Vyhledání pomoci

V odpovědích na otázku, zda jedinci snáší bolest raději sami, se shodli tři probandi, že se spoléhají sami na sebe, protože nechtějí zatěžovat své okolí. *„Nechci někoho zatěžovat a říkat mu, že mě něco bolí, aby se o mě staral“* (P1). P5 uvedla, že snáší bolest sama, ale v případě migrény musí požádat někoho z rodiny, či se obrátí na kamaráda, který ji poskytne pomoc. P3 uvedl, že se svěří své rodině, která jej uklidní a poradí mu. Jak z rozhovorů dále vyplynulo, čtyři probandi vyhledají raději pomoc své rodiny než odborníka a do péče odborníka se svěří až v krajní nouzi. *„Obrátím se na*

rodinu, a když to bude horší tak na odborníka“ (P3). P4 uvedla, že k lékaři nechodí a proto je její jedinou volbou rodina. P2 uvedla, že se obrátí na rodinu, protože jí poradí, zda se dá bolest zvládnout či nikoli a jestli má vyhledat odbornou pomoc. P5 upřednostnila svoji rodinu před odborníkem, jelikož se na své rodiče může spolehnout, pokud se o sebe nedokáže v nemoci či bolesti postarat. „*Jako první se obrátím na své rodiče, kteří se o mě starají a pomáhají mi a nemusím se starat o to, abych si uvařila jídlo či udělala čaj, když já nemohu, když mě bolest omezuje*“ (P5). Jediný proband, který dal přednost odborníkovi před rodinou, byl P1, který konstatoval, že rodina je pro něj sice oporou, ale odborník pro něj představuje větší jistotu. „*Vím, že on je odborníkem a může mi pomoci*“ (P1).

Přímou pomoc odborníka či návštěvu lékaře by vyhledalo všech pět dotazovaných až v momentě, kdy je to vážné. P2 uvedla, že lékaře navštěvuje až v momentě, kdy selhávají léky. P3 uvedl, že vyhledá odborníka pouze v akutní situaci, což je pro něj úraz. Jinak do té doby užívá léky. „*Když to bude hodně akutní. To znamená, že když třeba budu mít rýmu a kašel, tak to nepůjdu, to si vezmu léky, ale třeba když budu mít něco zlomeného*“ (P3). V nejkrajnější situaci vyhledá odborníka i P4, která se svěřila, že lékaře nemá v oblibě. „*Nemusím moc doktory, takže jenom když je to hodně krajní. Třeba když by šlo o život*“ (P4).

Metoda hodnocení bolesti

Všech pět jedinců se shodlo, že jejich rodiče by se orientovali podle obličejové škály, kdežto názory mladší generace se rozcházejí. Čtyři dotazovaní se ale shodli, že škála číslo 1 je nejvíce nesrozumitelná. „*Asi rozumím všem, krom první*“ (P1). P4 popsala, že nejvíce rozuměla numerickému vyjádření bolesti, tedy bodu 2 a 4, zatímco ostatním metodám nedokázala porozumět nebo ji připadaly zvláštní. „*Asi čtyřce nejvíc a pak dvojce. Smajlíci mi přijdou divní a jednička je taková, že nevím, co to je*“ (P4). Škála číslo 2 vyhovovala nejen P4, ale i P2. Se srozumitelností škály číslo 2 souhlasila i P5, jedinou překážku viděla v tom, že by si nebyla jistá správností při přiřazení číselné hodnoty, která vyjádří intenzitu bolesti. „*Ta dvojka od 1 do 10, ale nepřijde mi příliš vhodná, protože nevím, jakou hodnotou mám bolest „ocenit“*“ (P5).

Kategorie 2: Terapie bolesti

Schéma 2: Terapie bolesti



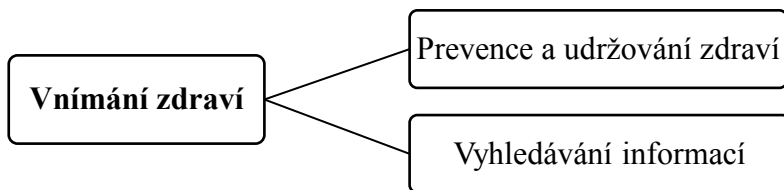
Druhá kategorie popisuje, jak jedinci léčí svoji bolest a jaké metody používají na její zmírnění.

Metoda tlumení bolesti

Názory probandů se v oblasti používaných metod pro tlumení bolesti rozcházejí. Pro dva dotazované bylo první volbou užití léku a alternativní metodu tlumení bolesti využívali spíše jejich rodiče. „Obracím se spíše na léky. Nejsem proti alternativní medicíně, at' si to třeba mamka používá, ale já spíše ty léky“ (P1). P3 popsal, že užívá pouze léky, ale pokud trpí bolestí hlavy, mamka mu navíc aplikuje v oblasti spánků speciální masť, kterou nazývají Tygří masť. Dle individuálního hodnocení intenzity bolesti dávali zbylí tři dotazovaní přednost jiným technikám před medikamenty. „To záleží na tom, jak intenzivní je ta bolest, ale nejdříve zkusím ty mastičky a čaje, a potom teprve ty léky“ (P2). Alternativní tlumení bolesti s pomocí masti, která je původem z Vietnamu a využití akupresury, používala pouze rodina jednoho jedince. Dotyčná uvedla, že prvotně svoji bolest či nemoc léčí masť, obklady či zábaly a až poté volí medikamenty. „Většinou začínám takovou zelenou mastičkou z Vietnamu, a když to nepomáhá, tak se máma učí akupresuru a používá ji. Vlastně bolest léčím mastičkou, obklady, zábaly, a pak až sáhnu po léku“ (P4). Dále se svěřila, že někteří členové rodiny nebyli této metodě zprvu zcela otevření. „Mamka v to věřila, to my s taťkou na to moc nevěřili, že se něco zmáčkne a pomůže to, ale časem jsme se tomu otevřeli a používáme to“ (P4).

Kategorie 3: Vnímání zdraví

Schéma 3: Vnímání zdraví



Třetí kategorie je zaměřená na vnímání vlastního zdraví z pohledu jedince. Kategorie obsahuje další dvě podkategorie.

Prevence a udržování zdraví

Odpovědi jedinců, zda nějakým způsobem udržují zdraví, se také rozcházel. Dva probandi uváděli, že své zdraví udržovali, ale pro nedostatek času museli s udržováním zdraví skončit. P5 uvedla, že před úrazem své zdraví udržovala sportem, ale momentálně na udržování a podporu svého zdraví nemá kvůli studiu a bakalářské práci čas. Podobně odpověděla P4, která uvedla, že vitamíny neuznává, ale před tím, když ještě měla dostatek času, měla snahu sportovat a zdravě se stravovat, kdy si jednotlivé porce rozdělovala na menší části a dbala na vyváženost stravy. „*Zkoušela jsem si i rozdělit stravu na více těch částí a taky jsem se snažila jíst trošku zdravěji, víc zeleniny a ovoce, ale moc mi to dlouho nevydrželo*“ (P4). Zbýlý vzorek tří zúčastněných odpovídal tak, že své zdraví neudržuje vůbec. P1 argumentovala, že z důvodu silné imunity své zdraví nijak udržovat nemusí. Ze všech dotazovaných by se pouze P4 chtěla vrátit k udržování svého zdraví, a to až bude mít více času. „*Po maturitě se k tomu plánuju vrátit, možná*“ (P4).

Z hlediska prevence uvedlo všech pět zúčastněných, že prevenci svého zdraví spíše zanedbávají. Dva z nich odpověděli, že na preventivní prohlídky k lékařům chodí, pouze pokud je to nutné. P5 popsala, že prevenci shledává v dodržování základních hygienických a bezpečnostních návyků. Odpovědi tří probandů na otázku, zda dbají na prevenci svého zdraví, byly totožné s odpovědí P4, která uvedla, že prevenci nedodrжуje. Stejně jako pravidelné návštěvy lékaře dotazovaní nepovažovali za důležité, pouze pokud měli vážnější problém nebo museli právě na zmiňovanou preventivní prohlídku. „*Na preventivní prohlídku jo, ale jinak ne, ani když jsem nemocná. Chodím tam, když už je to dost vážnější*“ (P2). Svého lékaře navštěvovala P5 pouze tehdy, když

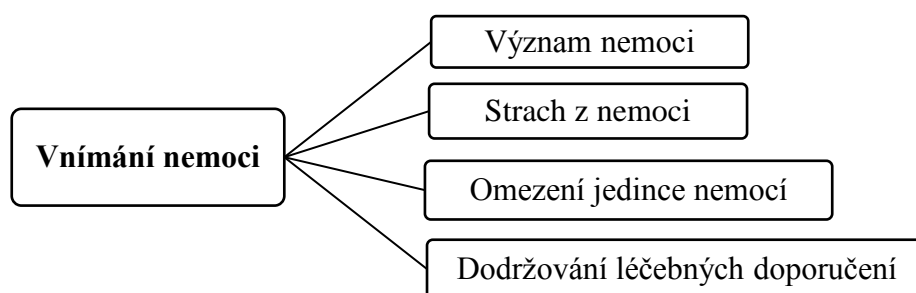
potřebovala potvrzení či trpěla vážnější nemocí. „Svého lékaře navštěvuji, pokud potřebuji nějaké potvrzení, nebo když jsem nemocná či mám nějaký vážnější problém, takže pravidelně ne“ (P5). Dokonce P4 dodala, že si není jistá, zda by docházela na prohlídky, kdyby jí nebyly zasílány pozvánky. „No do teď jsem byla u dětského, tak mi posílali kartičku, kdy mám přijít, ale kdyby mi neposílali, tak bych se tam neukázala“ (P4).

Vyhledávání informací

Z rozhovorů s probandy vyplynulo, že se aktivně neúčastí udržování svého zdraví a nemají zájem vyhledávat si informace. „Jak jsem už zmínila, moc se nestarám o své zdraví“ (P1). Důvod, proč o informace pro udržení zdraví není zájem, uvedla P4, že v jejím případě by jí informace pouze rozrušily a způsobily zbytečné obavy. „Ani když mě něco bolí, tak si to na internetu nehledám, protože bych začala šilet, že něco mám“ (P4). Nepatrný náznak aktivity při hledání informací o zdraví projevila P2, která uvedla, že pokud objeví zajímavý článek, aktivně si jej přečte. Pro účely získání povědomí o tom, co by mohlo prospět zdraví, používají jedinci internet, nebo se svěří rodičům, podobně jako P4, která doplnila, že její mamka čerpá poznatky z knížek dovezených z Vietnamu.

Kategorie 4: Vnímání nemoci

Schéma 4: Vnímání nemoci



Čtvrtá kategorie je zaměřená na vnímání nemoci, co pro jedince představuje a v čem omezuje. Tato kategorie obsahuje čtyři podkategorie.

Význam nemoci

Pro jednu dotazovanou představovala nemoc obranu těla a varování, že se s tělem něco děje. „*Tělo je slabé a brání se*“ (P1). Podobně odpověděl P3, který uvedl, že nemoc je odezvou těla, protože se v něm něco děje. Naopak pro P4 představovala nemoc zátěž, která ji zpomaluje a nedovoluje vykonávat potřebné povinnosti. „*Je to břemeno. Zpomaluje mě a nedovoluje mi udělat to, co bych potřebovala*“ (P4). Pouze P2 popsala, že pokud by se jednalo o méně závažnou nemoc, pak by pro ni nemoc nepředstavovala žádný podstatný význam. Dodala však, že pokud by jí byla diagnostikována závažnější nemoc, pak by ji chápala jako konec života. „*Když je to vážnější, třeba rakovina, tak to už je horší. Jako i kdyby mi řekli třeba, že se to dá léčit, tak v tom okamžiku bych si myslela, že bude konec*“ (P2).

Strach z nemoci

Strach z nemoci nepociťovali pouze dva jedinci, kteří odpověděli identicky. P4 také nepociťovala strach z nemoci, pouze uvedla, že ji nemoc obtěžuje, ale pokud by se jednalo o vážnější nemoc, přiznala se, že by se snažila působit vyrovnaně, zatímco by uvnitř panikařila. „*Kdyby to byla vážnější nemoc, myslím si, že navenek bych se snažila vypadat normálně, ale uvnitř bych šilela*“ (P4). Podobně odpověděl P3, že pokud by byla nemoc vážnější, pak by se strach z nemoci dostavil i u něj. Naopak u jedné dotyčné se strach z nemoci vyskytoval nejvíce, a to u P5, která se svěřila, že se obává vážnější nemoci, kterou by mohla trpět, zatím ji obtěžují obavy z nástupu propuknutí migrény. „*Často mám strach, že mám nějakou vážnější nemoc nebo úraz. Jenom mě často obtěžuje to, že mám strach z toho, že dostanu migrénu*“ (P5).

Omezení jedince nemocí

Pro tři probandy představuje nemoc omezení. P5 shledala omezení nemocí v tom, že nemůže vykonávat činnosti, které by chtěla. P4 vnímala omezení nemocí stejně jako P5 a dodala, že význam nemocí pro ni symbolizuje „zpomalení“. Dva probandi nepociťovali výrazné omezení při nemoci. P3 nepociťoval omezení nemocí vůbec. Podobně tak P1, která uvedla, že netrpí vážnější chorobou a proto nemohla s určitostí říci, zda by ji nemoc omezila či ne. „*Nejsem nějak vážně nemocná, takže nedokážu říct, ale při menší nemoci jdu běžně do školy*“ (P1).

Všech pět probandů bylo studujících, a proto by jejich návštěva u lékaře a udělení neschopenky nijak zásadně neovlivnilo jejich pracovní poměr. P2 uvedl, že o jeho absenci rozhodují rodiče, kteří jej do školy pošlou i s rýmou, ovšem pokud má teploty, pak jej nechají doma. P3 odpověděl stejně a dodal, že se bojí absence ve škole, protože by hodně zameškal a musel by učivo dohánět. Dva probandi lékařskou pomoc nevyhledávají. P5 je studentkou, která má lékaře mimo studijní místo, a proto její návštěva lékaře nenaruší její studijní absenci. *„Jsem studentka mimo rodné město, kde je i můj lékař, takže mi škola často zabraňuje lékaře navštívit, ale chodím do školy, i když mi není moc dobře“* (P5). P1 také nemoc nezabraňuje v docházení do školy, jak je patrné z její výpovědi. *„I s bolestí nebo mírnou nemocí uznám, že mohu chodit do školy a pracovat“* (P1). P4 stejně jako ostatní čtyři respondenti dochází i přes nemoc do školy, výjimku u ní tvoří, pokud jí lékař naordinuje antibiotika.

Dodržování léčebných doporučení

Na otázku zda jedinci dodrží stanovenou léčbu lékařem až dokonce, odpověděli tři probandi, že nikoli. Léčbu ukončí v momentě, kdy se jim udělá lépe. P1 se přiznala, že na dodržení léčebných doporučení je líná a pokud je její stav lepší, pak nemá vůli pokračovat v léčbě. P4 popsala, že pociťuje zodpovědnost při užívání léků a uvedla, že se snaží, protože je to nařizené lékařem, ovšem stejně jako předchozí jedinci nedokončí léčbu, když se její stav zlepší. P3 uvedl, že někdy léčbu dodrží, jindy ne a rozvedl, že pokud mu lékař předepíše antibiotika, snaží se je vždy dobrat, pokud se ale jedná o léky na kašel či rýmu, pak jeho léčba trvá pouze do odeznění příznaků. *„Kdy ano: antibiotika bych měl dodržovat a dodržuji to. Kdy ne: když mám kašel a rýmu a jdu si pro léky, tak je беру, jen dokud mi to nepřestane“* (P3). Proband P5 popsala, že léčbu většinou také dodrží, pokud má dostatek volného času.

4.2 Vyhodnocení výsledků souboru B – romská minorita

4.2.1 Identifikace souboru B

Tabulka 2: Identifikační údaje výzkumného souboru B

romská menšina	Věk	Pohlaví	Narozen	Pobyt v ČR	Vyznání
P1	40	žena	ČR	40 let	věří v Boha
P2	22	žena	ČR	22 let	věří v Boha
P3	22	muž	ČR	22 let	věří v Boha
P4	59	žena	SR	35 let	věří v Boha
P5	64	žena	SR	47 let	věří v Boha

(zdroj vlastní)

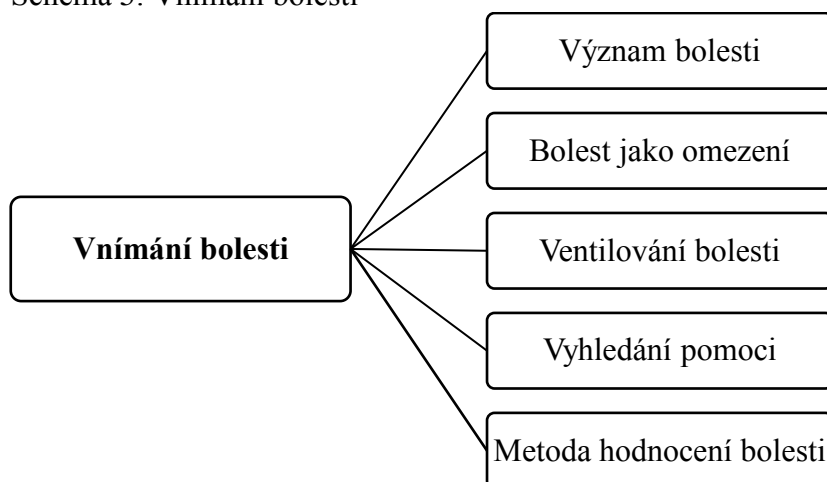
Tabulka 2 charakterizuje jedince z výzkumného souboru romské menšiny.

Proband 1 je žena ve věku 40 let, narozena v ČR, která věří v Boha, ale nedochází do kostela, ani se nemodlí, pouze věří jen pro své potřeby. Proband 2 je žena ve věku 22 let, narozena v ČR, která také věří v Boha, ale ke křesťanskému náboženství se nehlásí. Proband 3 je muž, ve věku 22 let, narozený v ČR, který také věří v Boha je pověřivý. Proband 4 je žena, ve věku 52 let, narozena na Slovensku a v ČR pobývá 35 let. Dotyčná také věří pouze v Boha, aniž by se hlásila ke křesťanskému náboženství. Proband 5 je žena ve věku 64 let, narozena na Slovensku a v ČR pobývá již 47 let. Dotyčná také věří pouze v Boha, aniž by se hlásila ke křesťanskému náboženství.

4.2.2 Vyhodnocení rozhovorů souboru B

Kategorie 1: Vnímání bolesti

Schéma 5: Vnímání bolesti



První kategorie se zaměřuje na představení, jak jedinec vnímá a pociťuje bolest. Tato kategorie obsahuje pět podkategorií.

Význam bolesti

Pro tři jedince romské menšiny představuje bolest depresi. „*Bolest má pro mě spíš depresivní význam*“ (P1). Proband P3 uvedl, že pro něj bolest nepřímo nabývá významu utrpení, spíš bolest vnímal jako faktor, s kterým se dá těžko vyrovnat. „*Není to utrpení, ale bolest je takový to, že se s tím nedá vyrovnat*“ (P3). P5 nerozlišovala bolest a nemoc a uvedla, že bolest pro ni znamená užívání léků. „*Bolest je to, že mám prášky. Nerozlišuju nemoc a bolest, to je to samé*“ (P5). Stejně vnímala bolest i P4, která uvedla, že je velmi nemocná a pociťuje bolest všude.

Bolest jako omezení

P1 vnímala omezení bolestí jako „zátěžové“ a dodala, že při bolesti se necítí v dobrém rozpoložení a nemůže se postarat o svoji rodinu. Stejně jako předchozí proband i jedinec P2 shledává bolest jako obtěžující v tom, že se nemůže postarat o rodinu. P5 uvedla, že trpí bolestmi a nemocemi již 12 let a tyto potíže, kam řadí i nemoci shledávala velmi obtěžujícími. Proband P4 také shledávala bolest a s ní spojené nemoci jako omezující a svěřila se, že její stav jí nedovolí vykonávat delší časové úkony či vycházet o samotě ven. „*Kolikrát se mi zamotá venku hlava a kolikrát musím posedět,*

jinak já bych upadla. Když uklízím, tak taky musím kvůli embolii i posedět nebo když se taky hodně namáhám, tak už mě chytá ta bolest“ (P4). Pouze proband P3 uvedl, že bolest neshledává obtěžující a dokáže vykonávat běžnou práci, pouze nechce být nikým rušen.

Ventilování bolesti

Od své bolesti si pláčem uleví dva probandi, jak popsali, že jejich reakce na bolest bývá hlavně z hlediska bezmoci, kdy si neví rady. *„Když mě bolí tělo a nevím, co s tím mám dělat, tak jsem rozčilená a pláču“ (P2). P4 popsala, že někdy bolest ventiluje křikem a poté pláčem, protože je to jediné, co jí pomůže. P1 pociťuje při bolesti hněv a ve své odpovědi popsala, že je „vzteklá“ a nadává. Podobně jako P1, který uvedl, že se snaží svoji pozornost od bolesti odvrátit a nebýt „naštvaný“, nicméně jak později uvedl, svoji bolest ventiluje nadávkami. P5 se svěřila, že se obrací na Boha, kdy jej prosí, aby bolest ustala.*

Vyhledání pomoci

Bolest sdílí společně s okolím čtyři jedinci. P2 uvedla, že se svěří své rodině protože, jak dále dodala, jí to přijde důležité. Stejně tak i P3. P4 a P5 jsou kamarádky, které obě uvedly, že se navzájem navštěvují a povídají si o svých problémech. *„Jdu za kamarádkou a promluvíme si. Pomůže mi, že si popovídáme a něco si doporučíme“ (P5). P4 uvedla, že nemá nikoho z rodiny, kdo by ji pomohl a komu by mohla věřit, kromě vnuka, který ji pomůže a své kamarádky, a pouze jen na tyto dva se může spolehnout. P1 uvedla, že se s bolestí okolí nesvěří a snáší bolest raději sama, ale pokud by bylo potřeba, pak by se svěřila manželovi, protože je čerstvou matkou a dá přednost rodině před odbornou pomocí. Další dva jedinci by se obrátili prvotně na svoji rodinu nežli na odborníka, protože k odborníkovi docházejí, až pokud je to nutné. *„Na rodinu, na odborníka ne. Rodina mi pomůže, odborník až když musím. Ted' mě bolely zuby, tak to jsem šla, protože to jsem už nemohla vydržet.“ (P2). Zbylé dvě tázané se raději obrátí na odborníka, protože lékař jim na rozdíl od svých blízkých poradí. *„Lékaři ví, oni mi poradí víc a napíšou léky, to kamarádky nebo rodina ne“ (P5). Pro P4 je podstatný lékař, protože se na něj může spolehnout a věří mu. *„Já doktorům hodně věřím, oni vědí“ (P4).****

Metoda hodnocení bolesti

Všichni čtyři účastníci se shodli, že pokud by měli ohodnotit svoji bolest na předložených škálách, pak by si zvolili pouze škálu číslo 3, tedy obrázkovou škálu. Jako jediná jim přišla přehledná, srozumitelná a jednoduchá. „*Podle těch smajlíků se to dá dobře poznat*“ (P2). Ojediněle neuměl odpovědět proband P4, který neporozuměl zadané otázce.

Kategorie 2: Terapie bolesti

Schéma 6: Terapie bolesti



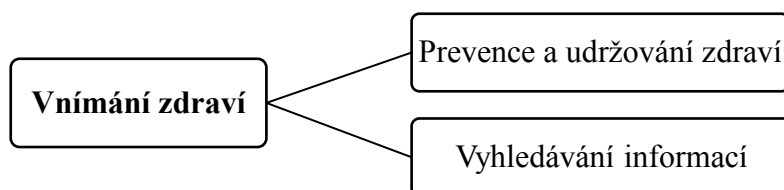
Druhá kategorie popisuje, jak jedinci léčí svoji bolest, jaké metody používají na její zmírnění.

Metoda tlumení bolesti

Na otázku, k jaké metodě při terapii bolesti se jedinci přiklánějí, odpověděl pouze jeden proband, že svoji bolest tlumí výhradně léky a v jinou metodu nevěří. „*Normálně prášky, na nic jiného nevěřím*“ (P3). P1 uvedla, že se snaží odvést pozornost od své bolesti prací, ale pokud je bolest nesnesitelná, vezme si léky. Nakonec se ale přiznala, že bolest často neovládá a proto nakonec stejně užije medikament. P2 také uvedla, že užívá léky, ale nebrání se alternativě v podobě čaje. „*Někdy si dám i čaj, ale když je to pak hrozný, tak si vezmu ten Brufen*“ (P4). Podobně tak i P3, která uvedla, že bolest tlumí i odpočinkem, kdy si vezme prášek a na chvíli si lehne, dokud její bolest nepřejde. Jako jediná využívala zprvu alternativní techniky P5, která popsala, že radši použije speciální obklad z octa než léky a to proto, že léků užívá hodně. „*Když mě bolí hlava, tak si vezmu utěrku a dám ji do octa a tak si lehnu a tu utěrku tak si dám na hlavu*“ (P5). Dále se svěřila, že sice nechodí na masáže, ale doma si namaže bolavé místo Fastum gelem, což shledala účinným a postačujícím.

Kategorie 3: Vnímání zdraví

Schéma 7: Vnímání nemoci



Třetí kategorie je zaměřená na vnímání vlastního zdraví z pohledu jedince. Kategorie obsahuje další dvě podkategorie.

Prevence a udržování zdraví

Na prevenci a pravidelné návštěvy u lékaře dbaly pouze dvě ženy, které jsou kontrolovány pro své nynější choroby. „*Navštěvuji lékaře pravidelně. Na cukr mám doktora tady blízko*“ (P4). P5 uvedla, že dochází k lékařům pravidelně na kontroly a užívá doporučené léky. Dále se svěřila, že zredukovala konzumaci cigaret na 1 - 2 kusy denně, nikoli krabičku jak byla zvyklá, stejně tak omezila konzumaci kávy a dodržuje zásady zdravého stravování. P4 uvedla, že užívá léky a snaží se udržovat své zdraví, i když jak popsala je již velmi nemocná, ale i přesto se snaží, aby se její stav nezhoršil, což ne vždy jde, jak doplnila. „*Beru léky a snažím se jíst. Snažím se, abych zůstala zdravá, to je nejdůležitější*“. Tři jedinci z celého vzorku uvedli, že prevence pro ně není důležitá. P1 odpověděla podobně jako P3, že na prevenci nedbá a nechodí na pravidelné lékařské prohlídky. Dále uvedla, že kouří a své zdraví neudržuje, protože nemá čas, který ji zabírá péče o rodinu.

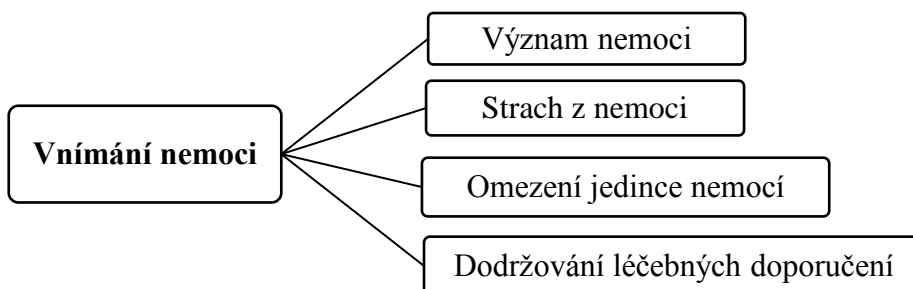
Návštěvu lékaře nepovažovali tři probandi za důležitou a uváděli, že k lékaři dochází, pokud je to nevyhnutelné. P3, uvedl, že lékaře pravidelně nenavštěvuje, ale během rozhovoru si vzpomněl, že musí jít na kontrolu, kde mu budou vytaženy stehy. Přiznal, že nebyť otázky, která mu návštěvu lékaře připomněla, nevzpomněl by si, že musí jít na kontrolu dnes.

Vyhledávání informací

Odpovědi probandů se jednotně neshodovaly v tom, zda si aktivně či jinak vyhledávají či nevyhledávají informace. P3 odpověděl striktně, že si informace nevyhledává. „*Informace si nehledám vůbec*“ (P3). P4 si nemohla informace hledat protože, jak uvedla, nemá k dispozici internet a jediné informace, které může získat, jsou od svého lékaře, vnuka či kamarádky. P2 si naopak informace občas vyhledává s použitím internetu. Z negativní zkušenosti čerpal jeden proband, který si informace společně s manželem vyhledával za pomoci internetu, od lékaře nebo díky reklamám. Na nebezpečnost reklamních sdělení poukázala P5, která popsala, že si její manžel objednal léky, které byly doporučovány v reklamě, ale pro manžela zcela nevhodné. „*Manžel si našel nějaké prášky v reklamě, tak je bral, ale doktor řekl, že by se tím mohl otrávit, tak já je hned vyhodila*“ (P5).

Kategorie 4: Vnímání nemoci

Schéma 8: Vnímání nemoci



Čtvrtá kategorie je zaměřená na vnímání nemoci, co pro jedince představuje a v čem ho omezuje. Tato kategorie obsahuje čtyři podkategorie.

Význam nemoci

Pro každého jedince nemoc představovala něco jiného. P1 se zamyslela, co by dělala v případě vážné nemoci. „*Někdy na to člověk myslí, co by asi dělal, kdyby měl nějakou vážnou nemoc*“ (P1). P4 nemoc vyčerpávala, a to jak fyzicky, tak psychicky. Dále uvedla, že dříve nebyla nemocná, dokud jí nebyl diagnostikován diabetes, od té doby trpí nemocemi. „*Dřív jsem nebyla nemocná, pak mi zjistili ten cukr, a pak jsem se ani neotočila a najednou nohy a embolie*“ (P4). P2 vnímala nemoc podobně jako bolest

a odpověděla, že sice méně závažná nemoc trvá chvíli, ale i přes to pociťuje depresi. P3 pohlížel na nemoc jako na zátěž a význam nemoci popsal tak, že jej nemoc zdržuje a brzdí. „*Je to pro mě vězeňská koule. Zbrzdí mě to*“ (P3). P5 vnímala nemoc jako konečný stav, a to i pokud u ní propukne chřipka. Během rozhovoru se k nám připojil i její manžel, který měl rozbité naslouchátko a snažil se jej opravit. Na to okamžitě reagovala přítomná slovy, že pokud naslouchátko manžel nezprovozní, už se blíží jeho konec. „*Ted' on neslyší a má rozbité naslouchátko, tak to je taky konec. Z toho se už nedostane*“ (P5).

Strach z nemoci

Strach z nemoci pociťovali čtyři dotazovaní, pouze jedna zúčastněná uvedla, že se nemoci již nebojí. „*Bála jsem se, ale už se uklidňuju, stalo se, že jsem nemocná a už s tím musím žít*“ (P4). Dotyčná se nad svým zdravotním stavem rozlítostnila, protože ho již nemohla zvrátit. „*Smutná z toho jsem, jaký mám nemoci. Musím žít, nic víc nemůžu udělat a s tím už nejde dělat nic, už tu nemoc mám*“ (P4). P1 se nemoci obávala, jak sdělila, protože by tu nechtěla svoji rodinu nechat samotnou. P2 popsala, že strach z nemoci pociťuje i pokud to není vážné či v případě výskytu nemoci v rodině. P3 uvedl, že se sice bojí, ale nesmí si to připouštět. Jelikož byl po pracovním úrazu hlavy, uvedl, že většina strachu pochází z přemýšlení, co smí a nesmí dělat za úkony, aby mu „nepraskly“ stehy. Dotazovaná P5 se svěřila, že se nyní cítí znepokojena z příznaků diabetu, které na sobě pozoruje. Následně uvedla, že větší strach má ze smrti. „*Taky se bojím, až budu v nemocnici a budu umírat a děti budou nade mnou brečet*“ (P5).

Omezení jedince nemocí

P4 popsala, že pociťuje značné omezení nemocemi, kterými trpí, a to zejména pokud se jí zamotá hlava, upadne a nemůže se postavit. P1 i P2 se shodly, že nemoc jim brání v péči o rodinu. P5 pociťovala omezení medikamenty, které užívá, ať z hlediska finančního či zdravotního. „*Omezuje mě, že beru ty prášky. Je to drahý.*“ Pro P3 nemoc výrazné omezení nepředstavovala, jak uvedl, i přes nemoc dochází do práce. Jelikož byl uznán pracovní neschným, díky pracovnímu úrazu, cítil se nesvůj. „*Cítím se jak mrzák*“ (P3). Z hlediska pracovní neschnosti nepociťoval strach ze ztráty práce. Popsal, že jej šéf ujistil, že místo neztratí. Dvě ženy byly v důchodovém věku, tedy strach o ztrátu práce z důvodu udělení neschnosti neměly. Zbylé dvě dotazované byly

na mateřské dovolené. P2 uvedla, že nikdy nebyla v pracovním poměru a nemá zkušenosti být pracovně neschopná.

Dodržování léčebných doporučení

Tři dotazovaní odpověděli, že léčbu nedodrží. P3 uvedl, že pokud se cítí lépe, léky již nedoužívá. I P1 nemůže dodržet léčbu protože, jak uvedla, se musí starat o rodinu a na terapii jí nezbývá čas. Rodina je pro dotyčnou důležitá, a pokud je nemocný někdo z rodiny, pak jeho léčbu bere vážně. „*Jsem zaneprázdněná rodinou. Nemůžu je tady nechat. Ale pokud je rodina nemocná, pak to беру hodně vážně*“ (P1). Poslední zúčastněná své nedodržení terapie vysvětlila následně, a to že léčbu nemůže dodržet z nedostatku financí. „*Nemůžu. Nemám peníze*“ (P4). Svěřila se, že i když je vážně nemocná nemůže si dovolit dodržet dietu, která je zásadní vzhledem k jejímu onemocnění. „*Já Vám řeknu někdy ani jídlo nemám*“ (P4). Léky, které měla hrazené, užívala. P5 léčbu dodržovala, protože jak uvedla, je nemocná a musí dodržovat terapii.

4.3 Vyhodnocení výsledků souboru C – ukrajinská minorita

4.3.1 Identifikace souboru C

Tabulka 3: Identifikační údaje výzkumného souboru C

ukrajinská menšina	Věk	Pohlaví	Narození	Pobyt v ČR	Vyznání
P1	39	žena	Ukrajina	12 let	Nespecifikováno
P2	32	žena	Ukrajina	5 let	věří v Boha
P3	20	žena	Ukrajina	3 roky	Nespecifikováno
P4	61	žena	Ukrajina	18 let	Nespecifikováno
P5	37	muž	Ukrajina	16 let	Pravoslavenství

(zdroj vlastní)

Tabulka 2 charakterizuje jedince z výzkumného souboru ukrajinské menšiny.

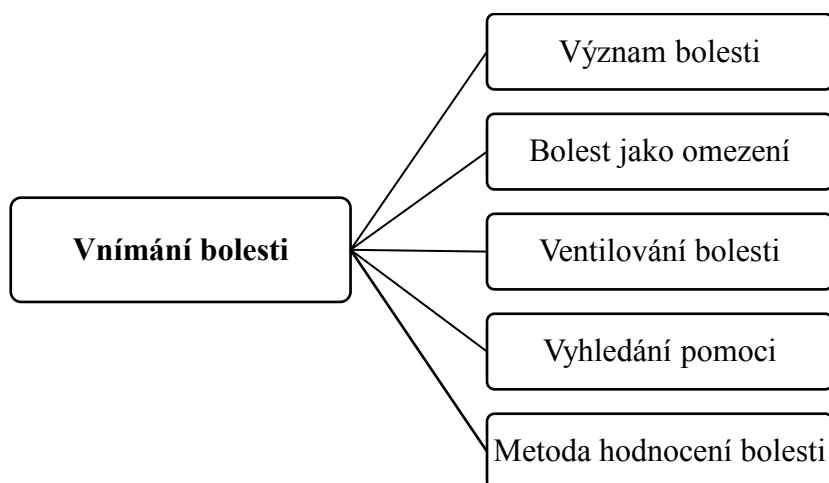
P1 je žena ve věku 39 let, narozena na Ukrajině a v ČR pobývá 12 let. Dotyčná uznává svátky spojené s pravoslavenstvím, hlavně z hlediska úcty. V Boha přímo nevěří, pouze uvedla, že není ani ateista, ani věřící. O návratu do rodné země dotyčná neuvažuje. P2 je žena ve věku 32 let, narozena na Ukrajině a v ČR pobývá 5 let. Dotyčná věří v Boha, i když se více přiklání k vlastnímu pozitivnímu myšlení. Návrat na Ukrajinu také

neplánuje. P3 je žena ve věku 20 let, narozena na Ukrajině a v ČR pobývá 3 roky. Zúčastněná uvedla, že její matka vyznává pravoslavenství zatímco ona jen z části. Návrat do rodné země v blízké budoucnosti neplánuje, kvůli výdělku. P4 je žena ve věku 61 let, narozena na Ukrajině a v ČR pobývá 18 let. Dotyčná uvedla, že věří v existenci Boha, ale nevěří, že jí v těžké situaci pomůže, to jen ona sama. Zúčastněná uvažuje o návratu do rodné země, protože na Ukrajině má rodinu. P5 je muž, ve věku 37 let, narozený na Ukrajině a v ČR pobývá již 16 let. Dotyčný uvedl, že věří v Boha a přiklání se k Pravoslavné církvi, ale do kostela nedochází. Uvažuje o návratu do rodné země, kam pravidelně dojíždí za rodiči.

4.3.2 Vyhodnocení rozhovorů souboru C

Kategorie 1: Vnímání bolesti

Schéma 9: Vnímání bolesti



První kategorie se zaměřuje na představení, jak jedinec vnímá a pociťuje bolest. Tato kategorie obsahuje dalších pět podkategorií.

Význam bolesti

Čtyři dotazovaní se shodli na označení bolesti slovem bolest, pouze jedna zúčastněná ji označila trestem. P3 a P4 uvedly, že bolest nevnímají a označení pro bolest také žádné nemají. P4 uvedla, že velmi pracuje a bolest si nepřipouští. P2 naopak přiřazovala bolesti význam trestu. P1 chápala bolest jako nejhorší možnou příhodu, kterou člověk může zažít. Dodala, že záleží na typu bolesti a uvedla, že při mírné bolesti se snaží pochopit, co se v těle děje. Bolest chápala jako „technický způsob“, kdy se v organismu neděje nic vážného, jen tělo reaguje na stres a únavu. „Není to tím, že by v organismu

něco bylo špatně a tím bolela hlava, je to spíš z toho, že máš nějaký stres, nervy“ (P1). Pro P5 bolest nepředstavovala ani trest ani odezvu těla a přiznal se, že neví, jaký má pro něj bolest význam, protože nikdy bolestí netrpěl. Po doplňujících otázkách odpověděl, že například bolest hlavy nepovažuje za bolest, může ji pocítit pouze s větším úrazem. „Pro někoho bolest to je, když někoho bolí hlava trochu. To já jako bolest neberu. Já třeba jako bolest beru, když bych si rozmlátil prst. To by asi bolelo, to by asi byla bolest“ (P5).

Bolest jako omezení

Tři probandi odpověděli, že i s bolestí dochází do práce. P2 uvedla, že záleží na typu a intenzitě bolesti, ale do práce i přes bolest dochází. P4 také neshledávala bolest obtěžující, uvedla, že jí odvádí pozitivním myšlením. „*Já se snažím nemyslet negativně. Negativní myšlenky ještě zhoršují. Tak se snažím, aby nebyla bolest, a pak to neobtěžuje“ (P4).*

Ventilování bolesti

P5 považoval za bolest něco jiného, než ostatní a jak uvedl, nikdy bolestí netrpěl, proto na tuto otázku nemohl odpovědět. U dvou probandů se jejich výpovědi shodovaly. P2 uvedla, že bolest neventiluje, pracuje dál a nechce být rušena okolím. Podobně tak i P3 nechce být rušena a bolest o větší intenzitě ji činí mrzutou. Zbylé dvě dotyčné ventilovaly bolest rovněž. P1 popsala, že se při bolesti chytí za část těla, která je zasažena a více bolest „neprožívá“. „*Neprožívám to. Nekroutím se, nenadávám. Spíš se chytnu takhle za břicho nebo za ruku“ (P1). Dále se svěřila, že si někdy při velké bolesti uleví pláčem. P4 uvedla, že o své bolesti nedává vědět, protože se snaží být dokonalá. Diskrétně dodala, že „plakala“ pouze dvakrát, a to když jí zemřela maminka a dceři byla diagnostikována trombóza. „*Snažím se tím nikoho neobtěžovat. Být dokonalá. Jako při svojí bolesti a nemoci nepláču“ (P4).**

Vyhledání pomoci

Bolest snáší čtyři účastníci rozhovoru sami. P2 uvedla, že nechce obtěžovat ani svoji rodinu, a proto trpí raději sama, ovšem při léčbě pro ni rodina představuje oporu. „*Když mě něco bolí, tak se jim nesvěřím, ale jsem ráda, že tam někde se mnou jsou*“ (P2). Popsala i svoji zkušenost s prvním porodem, kdy nechtěla, aby byl přítomen manžel, pouze ji těšila jeho podpora z dálky. „*Já to беру tak, že on někde tam právě je a nemusí být se mnou, ale někde tam pro mě sedí a čeká*“ (P2). Dotyčná dále uvedla, že pokud si není jistá svojí bolestí, pak jako první volí pomoc kamarádky, než odborníka. I P3 uvedla, že snáší bolest o samotě a oporu shledává ve své rodině. Podobně jako P2, tak i P3 popsala, že se primárně obrátí na rodinu, než na odborníka. P4 také uvedla, že snáší bolest sama, protože od nikoho nečeká pomoc a skrývá ji. „*Já někdy maskuju, když mě bolí hlava a říkám, že jsem unavená. S nikým svůj stav nerozebírám. Jsem hrdina, nic mi není a zvládnou to sama*“ (P2). Dále přiznala, že je na rodině závislá, protože trpí jazykovou bariérou a informace od lékařů jí musí překládat dcera. Také proto se raději obrací na kamarádku, než na odbornou pomoc. P1 stejně jako předchozí tři jedinci odpověděla, že snáší bolest sama, protože se za ni stydí. „*Nemám ráda, když někdo vidí, že mně je špatně. Já jsem ráda za hvězdu, že mám všechno v pořádku, všechno je fajn*“ (P1). Příčinou studu je především pocit, že je „chudák“. „*To nesnáším, když mi někdo řekne „ty chudáčku malý“*“ (P1). Oporu v rodině P1 měla, ale raději se obrátí na odborníka, než na své příbuzné.

Lékařskou pomoc by vyhledalo všech pět jedinců až v momentě, kdy by bolest nedokázali zvládnout, nebo byl jejich stav vážný. P2 popsala, že lékařskou pomoc vyhledá až v momentě, kdy jí dojdou síly nebo ji odveze kamarádka. „*Lékaře vyhledám, až když mě potáhne kamarádka nebo manžel nebo už spadnu v práci*“ (P2). P4 ze své zkušenosti, kdy jí byla diagnostikována cysta popsala, že se obrátí na lékaře až v momentě, kdy je jím varována. „*Měla jsem cystu, a táhla jsem do posledního, dokud mi doktorka neřekla, že to mám velký jako vejce a je to moc závažný a musím na operaci, jinak bych nešla*“ (P4). Stejně jako P1, která popsala svoji nedávnou událost, kdy jí byla diagnostikována trombóza. Dotyčná uvedla, že i přes bolest docházela dál do práce a nepřipouštěla si, že by bolest mohla značit něco závažnějšího. „*Já už opravdu nemohla šlápnout na nohu, ale já stejně šla do práce*“ (P1). Jediné na co myslela, byla docházka do zaměstnání. „*Mně nešlo o to, že mě to bolí, mně šlo o to, jak já půjdu do*

práce“ (P1). Lékařskou pomoc vyhledala až ve chvíli, kdy měla velmi nateklou nohu a nevěděla si s ní rady.

Metoda hodnocení bolesti

Čtyři dotazovaní shledali metodu číslo tři jako vhodnou, pokud by měli ohodnotit intenzitu své bolesti. Obrázková škála jim přišla nejsrozumitelnější. *„Ta se smajlíkama, tu chápu“ (P2). Pouze P1 odpověděla, že porozuměla všem. „Všechny jsou pro mě srozumitelné“ (P1).*

Kategorie 2: Terapie bolesti

Schéma 10: Terapie bolesti



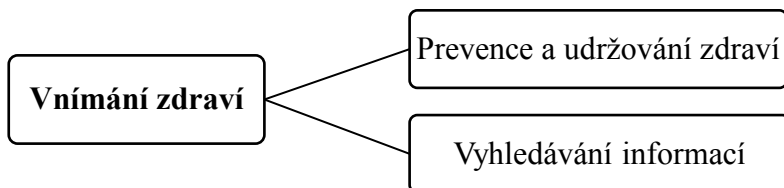
Druhá kategorie popisuje, jak jedinci léčí svoji bolest, jaké metody používají na její zmírnění

Metoda tlumení bolesti

Svoji bolest tlumí tři probandové pouze medikamenty a na alternativní medicínu nevěří ani jeden z nich. P5 popsal, že užívá pouze léky a alternativní medicíně nevěří. *„Spíš ten Ibalgin si dám. Asi těžko mi pomohou nějaký masti nebo čaje, obklady“ (P5). P2 se svěřila, že pití čajů či přikládání obkladů ji nepomáhá, proto jsou pro ni léky první volbou. P1 na rozdíl od předchozích tří probandů věří na alternativní medicínu, ale nepraktikuje ji protože, jak uvedla, medikamenty mají rychlejší nástup účinku, zatímco alternativní medicína zabere čas. Alternativní medicína není pro ni zbytečná, ale více pracná. „Já jsem víc na léky, je to pro mě rychlejší. Bylinky zabírají, ale musíš to pít třeba týden nebo celý den. Já na to čas nemám“ (P1). Poslední proband výzkumu praktikoval alternativní medicínu a popsal několik praktik, které vykonává. „Když mám teplotu, tak si máčím hadr v octu a utírám se. Když mám náběh na chřipku, tak používám cibuli a česnek“ (P4). Také ve své odpovědi uvedla, že využívá služeb léčitele a dochází na akupresuru.*

Kategorie 3: Vnímání zdraví

Schéma 11: Vnímání zdraví



Třetí kategorie je zaměřená na vnímání vlastního zdraví z pohledu jedince. Kategorie obsahuje další podkategorie.

Prevence a udržování zdraví

Prevence vázla u P5, který na ni nedbá. Později doplnil, že své zdraví udržuje občasnou jízdou na kole. P3 uvedla, že prevenci dodržuje tehdy, když ji lékař vyzve nebo v případě preventivních prohlídek. Uvedla, že na udržování svého zdraví nemá dostatek času, jelikož většinu času tráví v práci. Naopak P4 byla v prevenci a udržování svého zdraví velmi aktivní. Popsala, že si aktivně vyhledává informace, chodí na preventivní prohlídky a navštěvuje léčitele. „*Hledám si informace, chodím na pravidelné prohlídky, taky chodím k těm léčitelům, používám bylinky. Kamínky z jantaru nosím na krku a ono mi to tak nějak pomáhá*“ (P4). P2 se přiznala, že dříve na své zdraví nedbala kvůli pracovnímu vytížení, nyní ale musí, protože je v jiném stavu. Také uvedla, že občas užije doplňky stravy proti vypadávání vlasům, ale v udržování zdraví není disciplinovaná. P1 popsala, že na prevenci dbá díky upomínkám od svého lékaře. Svě zdraví neudrží žádnou aktivitou, pouze občasnými procházkami. Podobně jako P2 i P1 užívá občasně doplňky stravy.

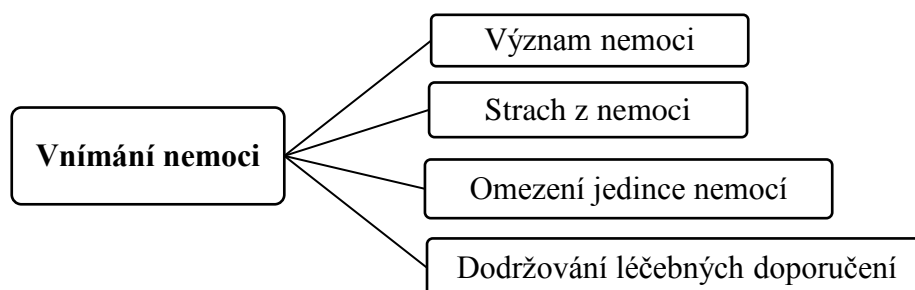
Pravidelně lékaře nevyhledávají dva probandi, jak uvedli, jen pouze v případě nutnosti. P2 navštěvovala v poslední době pravidelně ordinaci gynekologie z důvodu těhotenství. Pravidelné kontroly u lékaře podstupovala i P4, protože se léčí s vysokým krevním tlakem. Stejně tak i P1, která navštěvovala lékaře pro kontrolu štítné žlázy a vysokého tlaku. Nyní docházela k lékaři pro kontroly kvůli prodělané trombóze.

Vyhledávání informací

Dvě ženy uvedly, že si informace týkající se zdraví vyhledávají aktivně za pomoci internetu. Další žena, P4 uvedla, že si informace také vyhledává a dbá na rady lékařů i kamarádek. P5 odpověděl, že si informace nehledá, protože nemocí nikdy netrpěl a pokud ano, nepociťoval svůj stav jako nemoc. Informace by si nevyhledal, i kdyby nemocí trpěl. Informace nevyhledávala ani P1, pouze uvedla, že si vyhledá rady ohledně výživy vlasů, kde doporučují zábaly. Z časových důvodů si raději koupí doplňky stravy. Na otázku, zda si dotyčná vyhledala informace o svém zdravotním stavu, když jí byla diagnostikována trombóza, uvedla, že si informace nehledala, protože to nepovažovala za důležité a neuvědomovala závažnost svého stavu. „*Dali mi léky, tak co s tím víc. Neprožívala jsem to, měla jsem to už za sebou, tak čeho už se bát*“ (P1).

Kategorie 4: Vnímání nemoci

Schéma 12: Vnímání nemoci



Čtvrtá kategorie je zaměřená na vnímání nemoci, co pro jedince představuje a v čem omezuje. Tato kategorie obsahuje čtyři podkategorie.

Význam nemoci

Pro každého jedince nemoc představovala něco jiného. P5ji žádný význam nepřiradil. Podobně jako P2, která si bolest nepřipouštěla. „*Já tu nemoc nevnímám, dokud není nejhorsí a snažím se jí oddálit co nejdál*“ (P2). P4 uvedla, že smysl nemoci chápe, jako osud. „*Nemoc pro mě představuje, že to mělo být a tak to je*“ (P4).

Strach z nemoci

Strach z nemoci nepocítovali tři dotazovaní. P4 se nemoci nebála a je s jejím příchodem vyrovnaná. „*Když se stane, tak se stane. Nic už s tím nenadělám. Prostě nemoc je a bude, takže když se stane, tak se stalo a já bojuji*“ (P4). Dále uvedla, že pláčem se nemoc jen zhorší a nic nezmění. P2 uvedla, že se nemoci nebojí, protože spoléhá na lékaře, kteří nemoc umějí léčit. „*Myslím si, že se najde nějaký řešení té nemoci, doktoři vědí, co s tím mají udělat. Musí, ať chtějí, nechťejí*“ (P2). P5 uvedl, že by se asi nemoci nebál, ale opět nemohl posoudit, protože nemocemi, kterými doposud trpěl, nepovažoval za nemoci. „*Myslím si, že bych se nebál. Bud' se to vyřeší, a když ne, tak ne. To ale člověk pozná, až když to přijde, takhle to nemůžu říct jistě*“ (P5). Bolesti se velmi obávala P3, která uvedla, že pocítuje strach z hospitalizace. P1 opět vycházela ze své nedávné zkušenosti a konstatovala, že se nemoci nebojí. Nedokázala si připustit, že by u ní mohla vypuknout podobná choroba. „*Přišlo mi, že jsem byla unavená, spíš přetažená z práce a že už ty nohy prostě selhávaly*“ (P1). Dále ve své odpovědi uvedla, že i po sdělení diagnózy u ní nenastoupil pocit strachu.

Omezení jedince nemocí

P4 uvedla, že je pro ni nemoc omezením, ale i přes to dochází do práce, protože je nerada označena za „*chcípáka*“. P5 uvedl, že může pocítit omezení pouze tím, že se mu bude pomaleji pracovat, což se odrazí na jeho výkonu. P3 neshledávala nemoc jako omezující faktor a pokud by musela k lékaři, pak by odmítla neschopenku. „*Jako půjdu za doktorem, když to bude vážný, ale řeknu jí, že nepotřebuju volno a neschopenku, že chci chodit do práce*“ (P3). Pokud by P2 trpěla nemocí, omezovala by jí nemoc v péči o rodinu. Dodala, že peníze pro ni nehrají roli, protože její životní hodnotou je rodina. P1 opět čerpala ze své nedávné zdravotní situace a uvedla, že jí nemoc omezovala velmi, zejména bolestí. Její pracovní stav zneschopnění neohrozilo, ale dotyčná se svěřila, že práce pro ni představuje zdroj financí a neschopenka jí v tom brání. *Taky nechci neschopenku, je to mizerný plat, tak já radši to nějak zvládnou a půjdu do práce a nějak to dám. Hlavně pro ty peníze. Jinak důvod asi úplně není*“ (P1).

Dodržování léčebných doporučení

Reakce na otázku, zda jedinec dodržuje léčebná opatření doporučená jejich lékařem, odpověděli kladně pouze tři ženy. P4 uvedla, že léčbu musí užívat z důvodu vysokého krevního tlaku. „Musí, protože já mám léky na tlak, tak je radši беру“ (P4). Stejně tak P1 uvedla, že musí terapii dodržovat z důvodu vysokého tlaku a onemocnění štítné žlázy a nyní trombózy. P2 přiznala, že dodržuje léčebná doporučení až nyní, kdy je v jiném stavu. P3 na dodržení léčby nemá z důvodu pracovního vytížení čas. Neurčitě odpověděl P5, který by se rozhodl podle situace, zda by se léčil do konce či ne. „Jednou možná jo, podruhé možná ne. Kdybych na to zapomněl, tak to nedoberu“ (P5).

4.4 Vyhodnocení výsledků souboru D – vyznavači islámu

4.4.1 Identifikace souboru D

Tabulka 4: Identifikační údaje výzkumného souboru D

vyznavači slámu	Věk	Pohlaví	Místo narození	Pobyt v ČR	Vyznání
P1	47	žena	Česká republika	47 let	Islám
P2	52	žena	Česká republika	52 let	Islám

(zdroj vlastní)

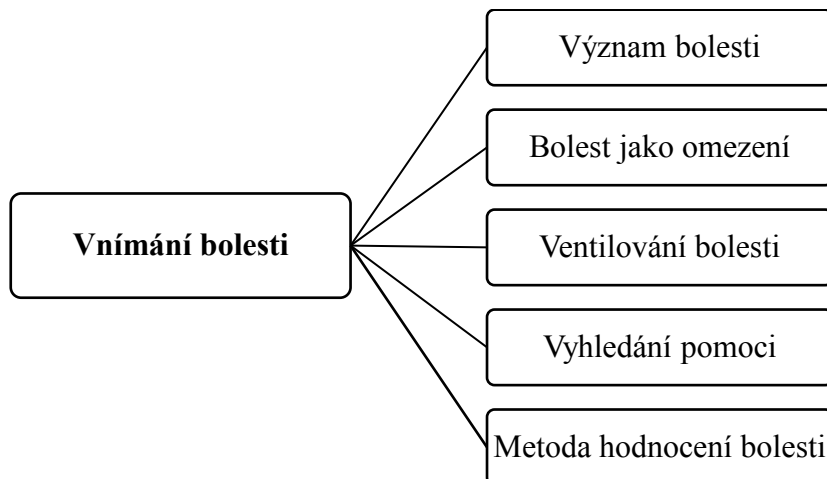
Tabulka 4 charakterizuje jedince z výzkumného souboru menšiny vyznávající islám.

P1 je žena ve věku 47 let, české národnosti, narozena v ČR. Je vyznavačkou již 25 let a konvertovala k víře během studií na filozofické fakultě. Uvedla, že impulzem pro ni bylo zhlédnutí filmu Poselství o proroku Muhammadovi. P2 je žena ve věku 52 let, české národnosti, narozena v ČR. Stala se vyznavačkou před 15 lety proto, že jí vyhovují pevné vztahy a jasná životní pravidla, která islám udává.

4.4.2 Vyhodnocení rozhovorů souboru D

Kategorie 1: Vnímání bolesti

Schéma 13: Vnímání bolesti



První kategorie se zaměřuje na představení, jak jedinec vnímání a pociťuje bolest. Tato kategorie obsahuje dalších pět podkategorií.

Význam bolesti

Význam bolesti popsaly obě vyznavačky podobně. Pro P1 představovala bolest „překážku“ či signál těla. „Signalizuje pro mě, buď že jsem něco přehnal a zanedbala nebo námahu, že tělo již stárne a člověk by měl být opatrný“ (P1). Zvláštní pojmenování pro bolest vyznavačka neměla, pouze bolest nazývá podle lokalizace části těla zasaženou bolestí, například bolest hlavy označovala migrénou.

Bolest jako omezení

Obě vyznavačky se shodly, že je bolest omezuje v činnostech, v péči o rodinu či práci. „Nejsem pak schopná doma natož v práci nic udělat ani nikam jít“ (P1). Dále uvedla, že záleží na příčině a typu bolesti. P2 popsala, že ji bolest omezuje v běžných denních činnostech, hlavně v péči o rodinu. „Bolest mě samozřejmě obtěžuje, protože mě omezuje v běžných činnostech. V tom, abych se postarala o rodinu nebo se soustředila v práci“ (P2).

Ventilování bolesti

Obě ženy opět shledávaly podstatné, že záleží na typu a intenzitě bolesti a opět se obě shodly v odpovědích, že se při bolesti neprojeví. „*Snažím se ji utiřit, ale taky se snažím navenek ji nijak neventilovat, neprojevovat*“ (P2). P2 uvedla, že se bolest snaží rozdýchat. „*Většinou se odstěhuji do ložnice, aby mě nikdo nerušil, maximálně se ji snažím rozdýchat, jako při porodu*“ (P2).

Vyhledání pomoci

V těchto odpovědích se názory účastnic rozcházejí. P2 uvedla, že bolest snáší raději sama, protože nechce zatěžovat okolí. Uvedla, že spoléhá sama na sebe a na svoji víru. Dále odpověděla, že oporou jí je jak víra, tak i manžel, na které se v případě potřeby může spolehnout. Na odborníka se obrátí až v momentě nouze. Naopak P1 uvedla, že bolest sice snáší sama, ale netají se s ní. „*Prostě, když mi není dobře, tak to všem oznámím a jdu si lehnout. I protože mám 3 děti a ty se pak musí trochu starat o sebe*“ (P1). Na rozdíl od P2 pohlíží P1 odlišně i na roli rodiny, jako opory, kdy P1 uvedla, že je pro ni důležité, aby její rodina byla ohleduplná a dokázala se o sebe na nějaký čas postarat, zatímco bude odpočívat. „*Potřebuji vědět, že se nemusím strachovat, že by se beze mě rodina na pár hodin nebo celý den neobešla*“ (P1). Další odlišností mezi probandy byl ten, že se P1 obrátí na odborníka, než na svoji rodinu, protože rodině nechce způsobovat starosti. „*Rodině oznamuji až výsledky, aby předem neměla starosti hlavně moje maminka, která je sama*“ (P1).

Metoda hodnocení bolesti

P2 označila všechny škály pro hodnocení bolesti jako srozumitelné. P1 by si zvolila obrázkovou škálu bolesti. Dále uvedla, že si není jistá, zda by dokázala svoji bolesti přiřadit adekvátní hodnotu. „*Já myslím, že každý člověk má jinou hranici citlivosti na bolest. Já osobně si nikdy nedokážu říct, co už je opravdu za hranicí, protože vydržím celkem dost a nepřipouštím si, že to může být už míra neúnosná*“ (P1).

Kategorie 2: Terapie bolesti

Schéma 14: Terapie bolesti



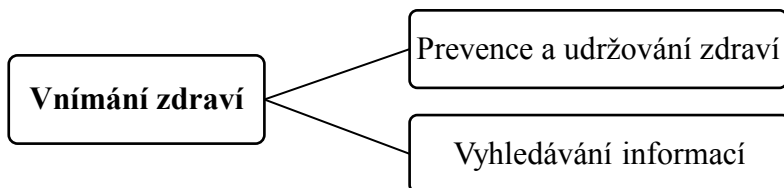
Druhá kategorie popisuje, jak jedinci léčí svoji bolest, jaké metody používají na její zmírnění.

Metoda tlumení bolesti

Oba probandi uvedly, že jsou otevření alternativní medicíně. Zejména P2, která popsala, že léky jsou pro ni nepodstatné a raději se přiklání k přírodním prostředkům a masáží. „*Obracím se na přírodní prostředky, masáž bolavého místa. Léky jsou většinou poslaní volbou*“ (P2). P1 uvedla, že upřednostňuje šetrnější terapii, kdy kombinuje přírodní léčiva s medikamenty společně s vírou. Popsala, že dochází na masáže, používá obklady, teplé koupele, ale pokud již bolest není snesitelná, užije léky. Pokud se nejedná o bolest hlavy, pustí si dotyčnou Korán, což jak dodala, „*uvolňuje mysl i tělo*“. „*Existují přímo pasáže, které pomáhají při určitých bolestech, pokud člověk je skutečně věřící*“ (P1). Dále se vyznavačka svěřila, že by se o radu neobrátila na léčitele, protože tento způsob neshledává věrohodným.

Kategorie 3: Vnímání zdraví

Schéma 15: Vnímání zdraví



Třetí kategorie je zaměřená na vnímání vlastního zdraví z pohledu jedince. Kategorie obsahuje dvě podkategorie.

Prevence a udržování zdraví

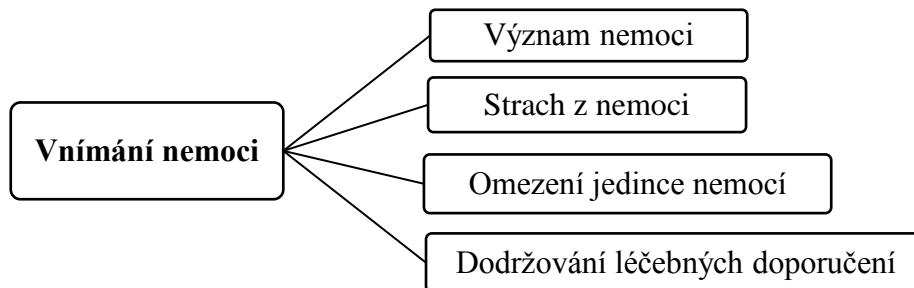
Obě dotazované uvedly, že dbají na prevenci svého zdraví. Stejně tak obě uvedly, že nejen docházejí na pravidelné kontroly ke svým lékařům, ale jsou zastánkyněmi správného životního stylu. „*Dbám na rozumný životní styl. Občas chodím na procházky a zdravě se stravuji*“ (P2). P1 své zdraví podporuje aktivitou, sportem a jak uvedla, hlavně optimismem a shovívavostí, že některé věci nelze změnit, protože jsou součástí jejího osudu. Dále uvedla, že v péči o své zdraví vychází z Koránu a Sunny, kde jsou popsána mnohá doporučení pro udržování zdraví, péči o tělo a doporučení potravin vhodných na určité potíže. Vyznavačka popsala několik příkladů ze své zkušenosti, jakými byly hidžáma a užívání miswáku. „*Z péče o tělo je to například hidžáma, což je baňkování, používání miswáku k čištění zubů*“ (P1). Dále uvedla, že věří v důležitost síly víry. „*Myslím si, že i víra je součástí léčby a může pomoci člověku přenést se přes bolest a zdravotní problémy či handicap*“ (P1).

Vyhledávání informací

Oba probandi měli zájem aktivně si vyhledávat informace o zdraví a zdravém životním stylu. P1 uvedla, že čerpá informace z článků a sleduje novinky. P2 uvedla, že využívá běžných zdrojů a stejně jako první proband používá k získání informací články v časopisech, letáky i internet. „*Používám běžné zdroje, jako jsou internet, časopisy, letáky*“ (P2).

Kategorie 4: Vnímání nemoci

Schéma 16: Vnímání nemoci



Čtvrtá kategorie je zaměřená na vnímání nemoci, co pro jedince představuje a v čem omezuje. Tato kategorie obsahuje čtyři podkategorie.

Význam nemoci

Pro P2 představovala nemoc omezení v běžných aktivitách a strach v případě nákazy infekcí. „*Omezení běžných aktivit. V případě infekce mám, je to strach z nakažení rodiny*“ (P2). P1 považovala nemoc za součást života, kdy tělo člověka varuje, protože s ním jedinec nezachází správně. „*Možná také varování, že člověk nezachází se svým tělem, které mu bylo svěřeno Stvořitelem tak, jak by měl. Že něco zanedbává*“ (P1). Dále dotyčná uvedla, že dle jejího názoru nemoc nepřichází sama a člověk by měl věřit v uzdravení a prosit Boha o pomoc. Uvedla i svůj názor ohledně selhání léčby, že by člověk neměl chovat zášť, ale přijmout osud a být odměněn na Onom světě. „*Měli bychom mít proto pozitivní mysl a stále naději. Doufat, že smíření potkáme na tomto světě nebo za naše utrpení budeme odměněni na Onom světě*“ (P1).

Strach z nemoci

Strach z nemoci pociťovala P2, která uvedla, že strach pociťuje, ale nenechá se jím omezit. „*Bojím, ale strach mě nijak neovlivňuje*“ (P2). P1 neuměla odpovědět, ale zmínila se, že se bojí nepříjemné bolesti, kterou pociťuje při vrtání a trhání zubů u stomatologa.

Omezení jedince nemocí

Pro P1 představovala nemoc omezení, protože nemůže vykonávat běžné denní činnosti a starat se o rodinu, která je na ní závislá. P2 uvedla, že záleží na druhu nemoci, intenzitě, délce trvání, terapii a dalších faktorech. Zmínila se, že užívá léky jen na vysoký tlak, což ji nijak výrazně neomezuje. „*Naštěstí beru jen prášky na vysoký tlak a nikterak mě to neomezuje. Děkuji Bohu, že nemám žádnou závažnou nemoc*“ (P1).

Dodržování léčebných doporučení

Obě dotazované uvedly, že vždy dodrží stanovená léčebná doporučení. P2 uvedla, že pokyny lékaře vždy dodržuje do konce, stejně tak i terapii. „*Pokyny lékaře dodržuji a vždy dokončím léčbu, kterou mi stanovil*“ (P2).

5 DISKUZE

5.1 Diskuze výzkumného souboru A – vietnamská menšina

Bolest je univerzálním a subjektivním pocitem s dlouhou historií ve světě. O její objektivizaci a vnímání se snažili vědci již v minulosti (Khan et al., 2015). Dále se Kahn et al. (2015) zmiňují, že vnímání bolesti je individuální a nepochybně na ni reaguje každá kulturní skupina odlišně. Al- Harty et al. (2016) také poukazují na důležitost faktoru při vnímání bolesti, kterým je kultura a uvádí, že vnímání bolesti je specifické pro danou kulturu a zároveň se liší od ostatních kultur. Právě tento názor nás přivedl na první kategorii otázek výzkumného šetření, kdy jsme se probandů z vietnamské menšiny dotazovali na význam bolesti. Z rozhovorů vyplynulo, že všichni probandi vnímají bolest jako odezvu těla na počínající problém. Dále bylo zásadní sdělení dvou jedinců (P1, P3), u kterých výskyt bolesti nabývá významu utrpení či deprese. Na základě této otázky jsme se probandů doptávali, zda shledávají bolest jako obtěžující. Čtyři probandi (P2, P3, P4, P5) vnímali a hodnotili bolest právě jako obtěžující a dále svá omezení bolestí určovali dle její lokalizace. Na rozdíl od ostatních, pouze jeden proband P1 chápal bolest jako součást života. Z hlediska vnímání bolesti se naše výsledky shodovaly s prací Čutové (2008), která ve svém výzkumu uvádí, že pro Vietnamce představuje bolest první příznak nemoci. Dále uvádí, že vnímání bolesti jako součásti života je dáno vlivem buddhismu. K dalšímu zhodnocení vnímání bolesti je třeba poukázat na to, jak probandi ventilují svoji bolest. Campbell et al. (2012) uvádějí, že existují různé emocionální projevy, ale vnímání bolesti jako takové se neliší. Ivanová et al. (2005) popisují, že kultura mimo jiné ovlivňuje verbální a neverbální projevy bolesti. Průcha (2010) doplňuje autorky a poukazuje na klidné chování vietnamských jedinců při prožívání bolesti. Toto tvrzení se nám potvrdilo i v našem výzkumu, kdy se probandi (P2,P3,P4,P5) shodovali, že svoji bolest zprvu emocionálně neprojevují, naopak se okolí straní, kvůli své mrzutosti. Z rozhovorů dále vyplynulo, že přímou pomoc odborníka vyhledá všech pět probandů až v momentě, kdy je to vážně, ale první kontakt při pomoci pro ně představuje rodina která jim je zároveň nápomocna. Pouze P1 preferuje návštěvu odborníka, před rodinou, jelikož do odborníka vkládá větší důvěru. Odpovědi na otázku, zda rodina pomáhá probandům zvládat bolest, se většina odpovědí kladně shodovala s výsledky výzkumu Čutové (2008). Jako další součástí vnímání bolesti je zajisté i hodnocení bolesti. V této oblasti jsme zaznamenali zajímavé informace, které jsou užitečné pro praktické využití. Slezáková et al. (2013) se shodují

s ostatními autory ohledně hodnocení intenzity bolesti a uvádějí, že bolest je nepříjemný subjektivní vjem, který musí být ohodnocen, aby byl ověřen jedincův pocit. Dále doplňují, že je mnoho technik k hodnocení bolesti a vždy je nutné tyto škály doplnit navíc pozorováním projevů nemocného (Slezáková et al., 2013). Lze tedy říci, že při hodnocení bolesti v nemocničním zařízení je důležité, aby pacient jiné národnosti a jazyka porozuměl hodnotícím škálám a mohl tak identifikovat a popsat intenzitu své bolesti. Tímto aspektem se zabývá Vymětal (2008) který poukazuje na důležitost bezproblémové komunikace díky znalostem verbálních i neverbálních signálů napříč kulturam. Kutnohorská (2013) apeluje na důležitost komunikace, jelikož díky komunikační bariéře nedokáže pacient vyslovit své pocity a dochází tak k špatnému uspokojení potřeb, studu a nespolupráce. Špirudová et al. (2006) doplňuje autorku slovy, je důležité uvědomit si, že pacient se v neznámém prostředí cítí ohrožený. A právě stud může zapříčinit u jedince vietnamské menšiny nepochopení, z čehož vyplyne přikývnutí, aniž by pacient rozuměl otázce. Proto jsme se zúčastněných jedinců dotazovali, jaká škála je pro ně nejsrozumitelnější, pokud by se jich zdravotnický personál dotazoval na hodnocení intenzity bolesti. Zajímavým zjištěním byla shoda všech jedinců, že jejich rodiče by se orientovali podle obličejové škály, kdežto probandi mladší generace (P1, P2, P4, P5) shledávají přínosnou numerickou škálu. Naopak uváděli, že grafická škála je pro ně nesrozumitelná, stejně tak jako obličejová.

Další oblast výzkumného šetření se zabývala terapií bolesti. Ando (2005) popisuje, že tradiční vietnamská medicína je založena na zkušenostech a principu alternativních technik, kam se řadí akupunktura, baňkování, využívání léčivosti bylin, energie i Jin – Jang a další. Ve výzkumu jsme tedy zjišťovali, jaké techniky probandi používají při tlumení a terapii bolesti. Zda se přiklánějí právě k alternativní metodě či zvolí medikamenty. Názory probandů se v oblasti používaných metod rozcházejí. Probandi (P1, P3) volí při terapii bolesti výhradně medikamenty, zatímco rodiče dvou zmíněných probandů přednostně využívají alternativní medicínu. Zbylí probandi (P2, P4, P5) se přiklánějí k alternativním způsobům. Z výsledků je možné vyčíst, že jedinci používají jako alternativní metody zejména zábaly, aplikace mastí, přikládání obkladů, popíjení čajů a u jedné rodiny výše zmíněnou akupresuru. Z výpovědí probandů mladší generace užívajících analgetika lze usoudit, že nepociťují obavy ohledně návykovosti, jak uvádí literatura. Naše výsledky se v této oblasti rozcházejí s výzkumem Doláka (2008), který

shledal ve svém šetření opak. Tedy že jedinci pociťovali obavy ze závislosti či vedlejších účinků medikamentů.

Další kategorie našeho výzkumného šetření se týká vnímání zdraví. Pro vnímání zdraví je důležité pochopit postoj probanda k udržování zdraví. Jak uvádí Mastiliaková (2014), většina lidí potřebuje pomoc s udržováním zdraví, protože nemá dostatečné povědomí o důležitosti, kterou právě prevence a péče o zdraví představuje. Machová et al. (2016) rozlišují pojmy podpora zdraví a prevence. Prevence je zaměřená proti nemocem a snahou jim předejít, kdežto podpora zdraví je považována za aktivitu k péči a udržování zdraví. Z výsledků vyplynulo, že pouze dva probandi (P4, P5) dříve pečovali o své zdraví, ale pro nedostatek času se péči o zdraví nevěnují. Zajímavou odpověď lze shledat u probanda P4, který jako jediný z dotazovaných řadil k udržování svého zdraví důležitost stravy. Zbylí probandi (P1, P2, P3) se o své zdraví nestarali a zájem v péči o něj neprojevovali. Z celého vzorku probandů, měla pouze jedna žena P4 úvahy o návratu k podpoře svého zdraví. Postoj k péči zdraví ovlivňuje i umístění v žebříčku hodnot jedince. Ve většině odpovědí lze shledat, že probandi na první místo řadí svoji rodinu a zdraví přiřazují nižší hodnoty. To je možná dáno uzavřeností vietnamské komunity a vedení mladší generace k úctě o rodinu, jak uvádějí Kelnarová a Matějková (2014). Naše výsledky byly v rozporu s tvrzením Tóthové (2010), která ve své knize popisuje, že vietnamští jedinci dbají na své zdraví, jelikož pro ně představuje nejvyšší hodnotu. K vnímání zdraví se jistě řadí i prevence a na její důležitost poukazují Machová et al. (2016). Probandům byly položeny otázky, zda dbají na prevenci svého zdraví a pravidelně docházejí na lékařské prohlídky. Z odpovědí vyplynulo, že ani jeden z probandů na prevenci svého zdraví nedbá a lékařské prohlídky spíše zanedbávají. Je tedy zřejmé, že pro probandy nejsou pravidelné prohlídky považovány za důležité a jak dále z výsledků vyplynulo, pokud jsou prohlídky povinné, pak je nutné, aby lékař svého pacienta upozornil předem. Návštěvou lékaře se ve své výzkumné práci zabýval Dolák (2008), který shledal stejně jako my, že vietnamská menšina nedbá na prevenci a pravidelné prohlídky. Lze tedy říci, že vnímání prevence vietnamskou menšinou se neshoduje s výrokem Machové et al. (2016). Ti ve své knize uvádějí, že většina lidí dbá na prevenci, protože si uvědomují dopad prevence na zvýšení kvality zdraví a života. Dále nás v této oblasti zajímalo, zda mají jedinci zájem vyhledávat si informace spojené se zdravím. Z rozhovorů se všemi probandy vyplynulo, že aktivně nevyhledávají informace. Nezájem jedné účastnice P4 pramení ze strachu, který by pociťovala ze

zjištěných informací. Naopak nepatrný náznak se projevuje u P2, která si v rámci možností a zajímavostí přečte například článek týkající se zdravotního tématu.

Poslední kategorie otázek ve výzkumné části se zaměřovala na vnímání nemoci u příslušníků vietnamské menšiny. Dle literatury je nemoc chápána vietnamskou menšinou jako porucha rovnováhy mezi vnitřním a vnějším systémem a dále je vnímání nemoci ovlivněno náboženským vyznáním (Tóthová, 2010). U mladší generace se nevyskytovalo žádné náboženství vyznávané tradiční vietnamskou menšinou. Většina probandů výzkumného šetření byla ateisty. Vnímání nemoci se u probandů lišilo, jelikož nemoc vnímal každý jedince individuálně a pro každého jedince měla jiný význam. Dva jedinci (P1, P3) vnímali nemoc podobně jako bolest a uvedli, že pro ně nemoc představuje reakci těla na nějaký nežádoucí podnět. Pro další dva jedince (P4, P5) představuje bolest omezující faktor. Zajímavě odpověděl proband P2. Ta svoji odpověď rozvedla z hlediska charakteru závažnosti. Pokud by jí byla diagnostikována závažná nemoc, i přes kurabilní charakter by nemoc vnímala jako konec života. V souvislosti s nemocí bychom neměli zapomínat na výskyt strachu, který sebou nemoc nese. Právě zde se naskytla navazující otázka, zda jedinci pociťují strach z nemoci. Z odpovědí nepociťovali žádný strach z nemoci dva probandi (P1, P2). U dalších dvou jedinců (P3, P4) by se strach z nemoci v menší míře vyskytoval, a to tehdy, kdyby nemoc byla vážnějšího charakteru. Lze tak usoudit z výpovědi P4, která uvedla, že by se snažila působit na okolí vyrovnaně, zatímco by pociťovala nervozitu. Z celého vzorku probandů se u jednoho jedince P5 dostavoval strach z nemoci ve velké míře. Jak je patrné z její odpovědi, kdy její obavy plynou z myšlenek o propuknutí vážnějších nemocí a z přítomnosti migrény. Stejně jako u bolesti, i u nemoci pociťují jedinci omezení tímto faktorem. V našem výzkumném šetření se vyjádřili tři jedinci (P2, P4, P5) o pocitu nemoci jako o omezení. Zato dva probandi (P1, P3) nepociťují onemocnění či nemoc jako obtěžující a to z důvodu, že netrpí vážnějšími nemocemi, pouze lehčími které je neomezují. V rozhovorech jsme se dále zaměřovali na omezení jedince nemocí, z hlediska pracovního poměru. Všech pět probandů vietnamské minority jsou studenty, a proto jejich návštěva u lékaře nijak zásadně neovlivní pracovní poměr udělením neschopenky. O jejich absencích rozhodují rodiče, a jak dále z rozhovorů vyplynulo, do školy docházejí i přes drobné nemoci, jakou jsou rýma, kašel, chřipka a jiné. Při hlubších dotazech vyplynulo z výpovědí, že do školy chtějí docházet i kdyby je rodiče nechali doma. Probandi argumentovali, že je pro ně obtížné dohánět učivo. Do kategorie

vnímání nemoci byla zařazena i otázka ohledně dodržování léčebných doporučení. Jak již bylo zmíněno, Tóthová (2010) popisuje, že jedinci vietnamské menšiny dbají na své zdraví a dodržují léčebná opatření. Naše výsledky se s literaturou neshodují, jak je patrné z odpovědí jedinců, kde všichni jedinci uvádějí, že nedokončí léčebná doporučení. Terapii ukončí ihned v momentě, kdy se jim udělá lépe. Proband P4 pociťuje zodpovědnost při užívání léků a vždy se snaží terapii dodržet, avšak stejně jako předchozí jedinci léčbu nedokončí, když se jeho stav zlepší. Jako jediný rozvedl svoji odpověď proband P3, který uvedl příklady, kdy léčbu dodrží a kdy nikoliv. Zodpovědnost k dodržení léčby pociťuje, když jsou mu naordinována antibiotika.

5.2 Diskuze výzkumného souboru B

Romská menšina je uváděna jako nejpočetnější menšina na území ČR. Zaměříme se na Romy a jejich vnímání bolesti, kterými se zabývá Nováková (2013). Ta uvádí, že lze u romského jedince pozorovat známky strachu, který z bolesti vyplývá. Kopecká (2015) uvádí, že výjimku tvoří bolest, která je spojena s početím a porodem. Tomuto typu bolesti romská menšina přisuzuje velký význam. Tři jedinci romské menšiny (P1, P2, P3) uvedli, že vnímají bolest jako depresi. Zajímavě odpověděl proband P5, který bolest srovnává s užíváním léků. Z jeho odpovědi je patrné, že pokud užívá léky, pak musí trpět nemocí i bolestí. Tedy se bolest neliší od nemoci. Stejně vnímá bolest i jedinec P4, který uvedl, že je velmi nemocný a pociťuje bolest všude. Z jeho odpovědi lze usoudit, že trpí spíše psychickou bolestí, nežli fyzickou a bytí je pro něj utrpením. Zato P5 pro svoji bolest nemá přímo označení. Uvedla, že bolest a léky jsou špatná věc, a dále z její odpovědi vyplynulo, že si uvědomuje svoji závislost na užívání léků, konkrétně Neurolu. Lze tedy říci, že i z našich odpovědí vyplynulo, že více jak polovina probandů snáší bolest špatně. Dále naše otázky směřovaly na vnímání bolesti jako obtěžujícího faktoru. Kelnerová et al. (2015) uvádí, že Romové disponují slabší vůlí, a to zejména v období bolesti. Názory probandů se zčásti shodovaly. Bolest jako zátěž a omezení pociťovali čtyři probandi (P1, P2, P4, P5). Dva probandy (P1, P2) omezovala bolest v péči o rodinu, což shledávali velmi problematické. Tato fakta lze přisoudit tomu, že Romové svoji rodinu považují za největší dar a milují své děti, jak popisují Kelnarová et al. (2015). Zbylé dva jedince (P4, P5) omezovala bolest z hlediska nemocí, kterými oba dotyční trpěli. V našem výzkumném šetření jsme se zaměřili i na ventilování bolesti. Nováková (2013) popisuje Romy jako hlučné, velmi emotivní jedince. Kelnarová a Matějková (2014) se dále zmiňují, že intenzita pociťované bolesti nehraje při jejich

projevování žádnou roli. Své emoce projevují i při bolesti o nízké intenzitě. Naše výsledky se jejich tvrzeními příliš neshodovaly. Pouze dva probandi (P2, P4) popsali, že si od bolesti uleví pláčem a to v momentě, kdy pocítují bezmoc a neví si rady. Probandi (P1, P3) si od své bolesti uleví hněvem a nadávkami. Lze tedy říci, že nadávky a hněv pramení z temperamentu typickým pro Romy. V rozhovorech jsme se dále vyptávali, zda je rodina pro romské jedince přínosná při terapii bolesti. Nováková (2013) uvádí, že právě rodina je nejdůležitější životní hodnotou Romů. Tento fakt se nám potvrdil ve třech případech, kdy jedinci (P1, P2, P3) uvedli, že jejich nejvyšší životní hodnotou je právě rodina a vlastní zdraví řadí na poslední místo. Zbylí dva probandi (P4, P5) považují za důležité zdraví i rodinu, vzhledem ke svému onemocnění. Lze tedy říci, že všichni považují rodinu za důležitou a v případě bolesti či problému by se na ni obrátilo všech pět probandů. Pouze proband P4 uvedl, že rodinu již nemá a tuto funkci nahradila dobrá kamarádka, které věří. Při bližších dotazech, zda raději vyhledají odborníka nebo se obrátí na rodinu, zvolili tři jedinci (P1, P2, P3) prvotně svoji rodinu. Jak již bylo řečeno, rodina je pro romskou minoritu velmi důležitá a návštěva odborníka by je mohla od rodiny odloučit. Zbylé dvě dotazované (P4, P5) se raději obrátí na odborníka, protože lékař jim, na rozdíl od blízkých, poradí. Lékařskou pomoc vyhledá už i při malé bolesti pouze jeden jedinec, kterým je P5 trpící vážnými nemocemi. Zbylí probandi (P1, P2, P3, P4) odbornou pomoc nevyhledají. Opět se naše odpovědi respondentů shodovaly s výzkumnou prací Čutové (2008). Probandi se shodovali, že rodina pro ně představuje nejvyšší hodnotu a vzájemnou podporu. Dále jsme zjišťovali, jak jedinci romské menšiny dokáží zhodnotit bolest dle vybraných hodnotících škál, která je pro ně srozumitelná a podle které by dokázali svoji bolest zhodnotit. Slezáková et al. (2013) upozorňují na hodnocení nejen podle hodnotících škál, ale i podle pozorování. U Romů lze shledat typické neverbální i verbální projevy. Všichni čtyři probandi se shodli, že pokud by měli ohodnotit svoji bolest na předložených škálách, pak by si zvolili pouze obrázkovou škálu. Jako jediná jim přišla přehledná, srozumitelná a jednoduchá. Je možné, že výběr škály ovlivňuje u romského jedince vzdělání. Tím se zabývá Nováková (2013), která uvádí, že romské etnikum nepřikládá vzdělanosti velký význam.

Další oblast výzkumného šetření popisuje terapii bolesti romským jedincem. Nováková (2013) popisuje, že romský jedinec nemá v době nemoci i bolesti silnou vůli ani trpělivost, protože pocítuje strach z blížící se smrti. Zjišťovali jsme, k jakým technikám se romský jedinec uchýlí při tlumení a terapii bolesti, zda k alternativním metodám či

zvolí medikamenty. Z výsledků vyplynulo, že se většina probandů uchýlí k terapii medikamenty. Tři jedinci (P1, P2, P4) svoji bolest tlumí léky i jinými metodami, v podobě čaje či odpočinku. Nejčastěji však ve společné kombinaci. Jedinec P1 jako jediný věří pouze v terapii medikamenty. Proband P5 volí alternativní metodu s pomocí obkladu, který namočí v octové vodě. Dodal, že radši použije obklad než léky, a to protože léků užívá hodně. Z výzkumného šetření vyplývá, že většina Romů užije lék v jakémkoliv případě. Lze tedy usoudit, že tyto výsledky se shodují s Kopeckou (2015), která uvádí, že Romové požádají o léky na bolest kdykoliv.

Další kategorie našeho výzkumného šetření se týká vnímání zdraví. Kelnarová et al. (2015) se opět zabývají vztahem romské menšiny a zdraví. Popisují, že zdraví je v hodnotovém systému romského jedince až na třetím nebo posledním místě. Ptali jsme se jedinců, jak pečují o své zdraví. Z výsledku je patrné, že na prevenci dbají pouze dvě respondentky (P4, P5), které docházejí k lékaři pravidelně na kontroly a užívají doporučené léky. Dotyčná P5 se rozpovídala o tom, jak své zdraví dříve udržovala prací, kde se hýbala. Teď má pohyb pouze tehdy, když uklízí doma, nebo se jde na chvilku projít před ubytovnu s kamarádkou, protože sama se bojí. Dále se svěřila, že si svého zdraví váží, a proto se snaží omezit konzumaci cigaret a kávy. Respondentka P4 také uvedla, že se snaží své zdraví udržovat i přes mnohočetnost onemocnění a to z důvodu, aby se její stav nezhoršil. Tři probandi (P1, P2, P3) uvedli, že prevenci neshledávají důležitou, stejně tak i péči o zdraví. Lze tedy tvrdit, že naše výsledky se shodovaly s literaturou, jelikož první místo v jejich hodnotovém systému zaujímá rodina. S prevencí a udržováním zdraví souvisí i pravidelné návštěvy lékaře. Návštěva lékaře není pro tři probandy (P1, P2, P3) důležitá a jeho služby vyhledají, až pokud je to nutné. Jak již bylo zmíněno, dva jedinci P4 a P5 dochází k lékaři pravidelně pro jeho blízkou dostupnost a jejich choroby vyžadující pravidelné kontrolní prohlídky. Z odpovědí probandů (P4, P5) je patrné, že si uvědomují závažnost svého zdravotního stavu a kontroly pro ně představují jakýsi přehled o zdravotní situaci. Nováková (2013) ve své knize předkládá problém v podobě plánování času. Romové se neorientují dobře podle hodin, žijí současností a neplánují. Toho názoru je i Kopecká (2015), která udává, že romský jedinec nepřikládá časovému harmonogramu prioritu. To je zřejmé ze situace, která nastala při rozhovoru s probandem P3, který si během rozhovoru vzpomněl na kontrolní návštěvu lékaře pro vytažení stehů. V této kategorii nás ohledně vnímání zdraví zajímalo i vyhledávání informací probandy. V těchto odpovědích se

výpovědi jedinců rozcházel. Dvě respondentky (P2, P4) si občas na internetu vyhledají nějakou informaci. Dotyčná P4 uvedla, že si informace aktivně nehledá, protože nemá k dispozici zdroje a jejím jediným zdrojem jsou rady jejího lékaře, kamarádky nebo vnuka. Negativní zkušenost popsala P5, která poukázala na nebezpečnost díky vlastní zkušenosti, kdy si informace s manželem společně hledají, ať už na internetu, od lékaře nebo díky televizním reklamám, a právě na jejich nebezpečnost poukázala. Z její odpovědi později vyplynulo, že díky této zkušenosti dbá více na radu lékaře a jeho doporučení.

Poslední oblastí otázek ve výzkumné části je zaměřeno na vnímání nemoci z pohledu romského jedince. Kašparová (2015) popisuje, že nemoc představuje pro jedince stav provázený bolestí a je vnímán jako konečný stav života, tedy smrt. Pro romského jedince znamená smrt nezvratnou ztrátu romství. V našich výsledcích představovala nemoc pro každého jedince něco jiného. Respondentky (P1, P2) nerozlišují bolest a nemoc. Uvádějí, že i méně závažná nemoc je u nich provázena depresí. Jak uvedly, omezení nemocí shledávají v následném nedostatku péče o rodinu, která je pro ně vším, a právě to v nich vyvolává depresivní stavy. Zajímavou odpověď jsme zaznamenali u jedince P3, který nemoc považoval za „věžeňskou kouli“, která jej brzdí. Stejně tak byla zajímavá odpověď P5. Její odpověď se shodovala s literárním vyjádřením popisující vnímání nemoci u Romů. Dotyčná uvedla, že i menší nemoc, jako je rýma, pro ni představuje blížící se smrt, a shledává velké omezení kvůli užívání medikamentů, a to jak po stránce finanční tak i zdravotní. Během rozhovoru se stále zmiňovala, že léky jsou špatné a znečišťuje si jimi tělo. U rozhovoru byl přítomen její manžel, který během naší rozmluvy neúspěšně opravoval naslouchátko. Dotyčná ihned reagovala negativně. Z její výpovědi bylo patrné, že dotyčná přiřazuje k nemoci i faktory, které přímo s nemocí nesouvisí. Pro P4 představuje nemoc vyčerpání, a to jak fyzické tak psychické. Během rozhovoru si pacientka posteskla, že je velmi nemocná a za mlada si zdraví nevážila. Nyní by se o své zdraví, jak již bylo uvedeno, ráda starala, ale již je pozdě. Dodala, že si velmi uvědomuje, jak ji nemoc nyní omezuje. Znepokojilo nás, když se dotyčná rozpovídala o svém stavu, že někdy omdlí a nic si nepamatuje. Naše výsledky odhalily odlišnosti, avšak nelze z nich usuzovat, že vnímání jak nemoci tak bolesti je u všech romských jedinců stejné. Je zapotřebí si uvědomit individualitu jedince a přistupovat k němu holisticky. Dále nás v této oblasti zajímalo pociťování strachu z nemoci u této skupiny probandů. Tyto informace jsme považovali za důležité. Strach

z nemoci pociťují všichni dotazovaní, pouze jedna respondentka P4 uvedla, že se strachu z nemoci již nepřikládá takový význam jako dříve. Během otázky dotyčná P4 vyjádřila svoji lítost pláčem slovy, že smutná ze svého stavu je, ale již ho nejde zvrátit. Z odpovědi P4 bylo patrné, že je částečně smířená se svým stavem. Strach z nemoci limituje dva probandy (P1, P2) opět z rodinného hlediska. Částečný strach pociťuje i P3, který uvedl, že je to z části dáno jeho pověřivostí. Na otázku, zda v blízké době pocítil strach z nemoci, odpověděl, že je nyní po pracovním úrazu hlavy a tedy strach vychází z přemýšlení nad tím, co smí a nesmí dělat. Největší strach z nemoci byl pozorován u P5, která se během rozhovoru svěřila, že je nyní znepokojena a obává se blížící se nemoci. Následně uvedla, že větší strach má ze smrti. V rozhovorech jsme se dále zaměřovali na omezení jedince nemocí z hlediska pracovního poměru. Dvě dotazované (P1, P2) jsou na mateřské dovolené, a proto se o ztrátu svého pracovního místa neobávají. Jak dále z rozhovorů vyplynulo, ani jedna z dotyčných nikdy v pracovním poměru nebyla. Dva probandi (P4, P5) jsou v důchodovém věku, tedy strach o ztrátu práce z důvodu udělení neschopnosti nemají. Jediné zkušenosti s prací měla P5, která dříve pracovala na různých pozicích, v prádelně a v nemocnici na postu uklízečky. Z její odpovědi šlo vyčíst, že práce uklízečky jí velmi naplňovala, protože ráda uklízí. Pro P3 nemoc výrazné omezení nepředstavuje a do práce dochází stále. Strach ze ztráty práce nepociťuje ani, když je práce momentálně neschopný. Jedny z nejdůležitějších výsledků pro nás odkryla oblast dodržování léčebných doporučení. Šlechtová a Bürgerová (2009) popisují, že po odeznění příznaků přestanou Romové dodržovat léčbu, jelikož podle jejich filozofie je nemoc vyléčena. Čtyři dotazovaní (P1, P2, P3) odpověděli, že léčbu nedodrží. P3 uvedl, že pokud se cítí lépe, pak terapii nedokončí. Lze tak usoudit i z jeho stavu, kdy měl úraz hlavy. Jelikož nepociťoval již bolest, zapomněl na kontrolu u lékaře, kde mu měly být vytaženy stehy. Důvody dvou jedinců (P1, P2) byly opět z hlediska rodinné vytíženosti, a proto jim nezbývá čas na terapii. Pokud by se ale dodržení léčebných opatření týkalo někoho z rodiny, pak by na dotyčného apelovaly, aby terapii dokončil. Poslední jedinec P4 nedodržující terapii vysvětlil, že léčbu nemůže dodržet z důvodu nedostatku financí. Opět jsme u něj shledali znepokojení v momentě, kdy uvedl, že je silný diabetik a z důvodu chudoby nemá na základní terapii, jakou je dieta. Z jeho odpovědi, ohledně závažnosti stavu, jsme nabyli nepříjemného dojmu. Lze říci, že se výsledky shodují s tvrzením Šlechtové a Bürgerové (2009).

5.3 Diskuze výzkumného soboru C

Kopecká (2015) představuje Ukrajince jako národ hrdý a pohostinný, ale přesto chudý. Dále autorka uvádí, že u nich převládá pravoslavné křesťanství. Z našeho vzorku probandů pouze jeden P5 vyznával pravoslavnou církev. Jak dotyčný uvedl, jeho víra nijak neovlivňuje chápání zdraví, nemoci a bolesti. Z výsledků odpovědí pouze jeden proband přikládal bolesti význam trestu, ale bez významu Božího potrestání. Jak již bylo řečeno, význam bolesti je udáván a chápán každým jedincem jinak. Schwartz et al. (2010) předkládají, že vnímání bolesti je ovlivněno kulturou stejně tak jako projevy bolesti a způsoby, kterými jedinci svoji bolest zvládají. Dvě respondentky (P3, P4) bolest nevnímají a nikterak neoznačují a to proto, že si bolest nepřipouštějí. Naopak P1 uvedla, že bolest považuje za nejhorší příhodu, která může člověka potkat. Dále popsala, že se snaží bolest třídit podle typu a intenzity a pátrat, co bolest vyvolalo a co se s tělem děje. Zajímavá byla její charakteristika bolesti z únavy či stresu. Bolest označila jako bolest vyvolanou technickým způsobem. I odpověď probanda P5 byla pozoruhodná. Proband uvedl, že bolestí nikdy netrpěl a po hlubších otázkách nám odkryl své vnímání bolesti. Uvedl, že bolest hlavy či drobnější vnímání bolesti za bolest nepovažuje a bolest pociťuje až tehdy, kdy je to viditelné, například rozdrčená ruka. Hudáčková (2012) ve svém výzkumu zjistila, že vnímání bolesti je podobné jak u českého jedince, tak i u ukrajinského. Z odpovědí všech pěti probandů nepřímo vyplynulo, že je bolest neobtěžuje a i přes její pociťování dále docházejí do práce a snaží se vykonávat běžné denní činnosti. Na otázku, jak ventilují ukrajinští jedinci svoji bolest, se shodli, že svoji bolest nedávají najevo a pokračují v práci, pouze nechtějí být okolím rušeni. U tří respondentek (P1, P2, P3) se bolest projeví v podobě rozmrzelosti. Respondentka P1 dodala, že se ve většině případů chytí za postiženou část těla a pouze při bolesti o velké intenzitě si uleví pláčem. Ve své odpovědi dále sdělila, že pokud pláče, pak mimo dosah lidí, protože nechce působit zranitelně. Z její odpovědi bylo zřejmé, že spíše svoji bolest ventiluje neverbálně. Stejně tak o své bolesti nedávala okolí vědět P4, protože chce být pro okolí dokonalou. Diskrétně dodala, že „plakala“ pouze dvakrát, a to když jí zemřela maminka a dceři byla diagnostikována trombóza. Z odpovědí jedinců lze vyčíst, že k rodině chovají úctu a drží spolu, jak uvádí Dufková (2014). To lze vyčíst z odpovědí jedinců na otázku, co považují za svoji nejvyšší životní hodnotu v hodnotovém systému. Tři jedinci (P2, P4, P5) považují za nejdůležitější svoji rodinu, až poté zdraví. Pro zbylé dvě respondentky (P1, P3) jsou hlavním finance, kvůli kterým do České republiky přijely. S oblastí rodiny je spojeno i vyhledání pomoci. Čtyři

probandi (P1, P3, P4, P5) uvedli, že bolest snášejí sami, ale rodina je pro ně důležitá z hlediska podpory. Dále všichni jedinci uváděli, že se primárně obrátí na rodinu, než na odborníka. Pokud si proband P2 není jistý svojí bolestí, pak jako první zvolí pomoc kamarádky, než odborníka. Respondentka P4 přiznala, že je na rodině závislá, protože trpí jazykovou bariérou a informace od lékařů jí musí překládat dcera. A právě z důvodu jazykové bariéry se raději obrátí na kamarádku než na lékaře. Také P1 uvedla důvod, proč svoji bolest snáší, a tím je pocitování studu. Dále se svěřila, že ráda působí na okolí vyrovnaně. Jako jediná se P1 obrátí na odborníka, protože její rodinou je pouze matka, kterou nechce v jejím věku zatěžovat. Kopecká (2015) hovoří o Ukrajincích, jako o velmi ukázněných pacientech, kteří se velmi neprojevují. Kelnarová a Matějková (2014) uvádějí, že možným důvodem je úcta k českému zdravotnictví, jelikož na Ukrajině není poskytována adekvátní zdravotnická péče. Výsledky ukázaly, že lékařskou pomoc vyhledá všech pět probandů až v momentě, kdy bolest nedokáží zvládnout nebo je jejich stav vážný. To lze uvést na příkladu, který uvedla P1 vycházející ze své nedávné události, kdy jí byl diagnostikován zánět žil. Dotyčná i přes velkou bolest docházela do práce a nepřipouštěla si, že by bolest mohla značit něco závažnějšího. Lékařskou pomoc vyhledala až v momentě, kdy si nevěděla rady. Leontiyeva (2006) uvádí, že podobnost řeči mezi českým a ukrajinským jedincem nepodněcuje Ukrajince v rozvoji českého jazyka a nemotivuje jej k zdokonalení mluvené češtiny. Všichni probandi ve výzkumném šetření rozuměli námi položeným otázkám, a tedy jsme mezi sebou nezaznamenali jazykovou bariéru. Z výsledků vyplynulo, že by si všichni probandi zvolili při hodnocení bolesti obrázkovou škálu, která jim přijde jasná. Mossey (2011) klade důraz na správné porozumění a hodnocení bolesti národnostními menšinami, a to zejména při terapii analgetiky. Je tedy nutné, aby jedinci porozuměli hodnotícím škálám a uměli tak zhodnotit svoji bolest správně.

Další oblastí našeho výzkumného šetření bylo zjištění, jak jedinci léčí svoji bolest. Wiener et al. (2013) uvádějí, že kultura ovlivňuje přístup i léčbu bolesti. Hudáčková (2012) opět uvádí ve výzkumu, že ukrajinský jedinec užívá přednostně medikamenty a jen někteří se obrátí na alternativní stránku medicíny. Jak vyšlo z našich výsledků, čtyři probandi (P1, P2, P3, P5) tlumí svoji bolest pouze medikamenty. Tři jedinci (P2, P3, P5) uvedli, že na alternativní metody tišení bolesti nevěří a P2 uvedla, že i přes pokus o alternativní léčení nezaznamenala metodu úspěšnou. Alternativní medicínu uznává P1, která ji nepraktikuje, protože je dle jejího názoru pracná. Zato poslední

proband P4 se přiklání pouze k alternativní medicíně. Dále ve své výpovědi uvedla, že využívá služeb léčitele a dochází na akupresuru. Šimek (2015) popisuje alternativní léčbu jako jiný přístup k chorobám z mimo vědeckého hlediska. Dále uvádí, že alternativní metody léčby mají mnohaleté využívání v různých kulturách a u nás se tyto techniky začínají teprve objevovat (Šimek, 2015). Není důležité, zda jedinec věří či nevěří v sílu těchto metod. Podstatné je být otevřený potencionálu, který se v metodách skrývá. Stále se najdou ale tací, kteří těmto metodám nevěří a mají svá vlastní tvrzení. Dle mého názoru je alternativní medicína přínosná. Osobně kombinuji prvky medicíny s alternativní léčbou a domnívám se, že některé medicínské způsoby terapie lze vzájemně kombinovat. O přístupu a udržování zdraví ukrajinské menšiny píše Hudáčková (2012). Ta uvádí, že ukrajinský jedinec dbá na péči o své zdraví. Naše výsledky se s jejím tvrzením neshodují. Čtyři jedinci (P1, P2, P3, P5) uvedli, že na prevenci svého zdraví nedbají a své zdraví nijak neudržují. Zvrat nastal u dotyčné P2, která nedávno otěhotněla a díky svému stavu dochází na pravidelné prohlídky a dodržuje preventivní opatření. Tato fakta se tedy shodují s tvrzením Hudáčkové (2012), která uvádí, že postoj k prevenci se výrazně změní v období těhotenství. Dodává, že předporodní péče je pro ženu velmi důležitá. I pro P4 je prevence důležitá a své zdraví aktivně udržuje díky masážím, procházkám a jiným aktivitám. Z jejich odpovědí vyplývá, že o své zdraví aktivně pečují, což dokazují i docházky k léčiteli a užívání podpůrných alternativních prvků. Zbylí probandi nemají na udržování svého zdraví čas kvůli pracovnímu vytížení. Z odpovědí lze také vyčíst, že k lékaři docházejí jedinci, jen pokud je to nutné a pokud to vyžaduje jejich zdravotní stav. Toto tvrzení se potvrzuje ve výpovědi respondentky P4, která pravidelně k lékaři dochází, protože u ní nedávno proběhl silný zánět žil. Dále z rozhovorů vyplynulo, že si aktivně vyhledávají informace pouze tři jedinci (P1, P2, P4). Informace za pomoci internetu si vyhledají dva probandi (P1, P2), kteří se zajímají o kosmetiku a doplňky stravy. Pozoruhodná byla odpověď dotyčné P4 na otázku, zda si vyhledala informace o svém zdravotním stavu, když jí byla diagnostikována trombóza. Dotyčná odpověděla, že si informace nehledala, protože to nepovažovala za důležité. Internet nevyužívá P4, která neumí číst česky a raději informace získá od kamarádky či léčitele.

Poslední oblastí výzkumného šetření bylo soustředěno na vnímání nemoci. Z odpovědí bylo opět patrné, že každý jedinec je osobitý a na nemoc pohlíží individuálně. Všichni probandi své nemoci nepřirážují význam a snaží se ji oddálit. Z jejich odpovědí lze

usoudit, že jsou s příchodem nemoci vyrovnání a považují nemoc za součást života, lze říci i osudu. Nejlépe vnímání nemoci popsala P4, která uvedla, že pokud u ní propukne nemoc, pak ta nemoc měla být. Podobně odpovídala P4 na otázku, zda pociťuje strach z blížící se nemoci. Z její odpovědi lze usoudit, že s příchodem nemoci je také vyrovnaná a zastává názor, že pláč a strach nemoc jen zhoršuje. Zde se proband shoduje s názorem Nielsena et al. (2009), kteří usuzují, že reakce na bolest není pouze fyziologickou odezvou těla, ale způsobují ji i emocionální aspekty. Další, kdo nepociťuje strach z nemoci, je P2, která vkládá velkou důvěru do lékařů. Přítomnost strachu se neobjevuje ani u respondentky P1, která opět vycházela ze své nedávné zkušenosti. V době, kdy u ní propukl zánět žil, si nepřipouštěla, že je nemocná. V závěru dodala, že si neuvědomovala závažnost stavu, protože nemá medicínské vzdělání. O tom se zmiňuje okrajově i Hudáčková (2012), která uvádí, že se ukrajinský jedinec o své zdraví stará v rozsahu svých znalostí. Můžeme se jen domnívat, zda by se u dotyčné i s povědomím závažnosti svého stavu objevil strach a zda by se zajímala o své zdraví více. Je známo, že nemoc jedince omezuje, a právě i na tento faktor jsme se tázali našich probandů. Nemoc sice zmáhá P4, ale i přesto ji neomezuje v docházení do práce. O otázce spekuloval i P5, který usuzoval, že pokud by byl nemocný, pak by omezení mohl pocítit pouze tím, že se mu bude pomaleji pracovat, jinak pro něj nemoc nepředstavuje velké omezení. To je zřejmé z jeho odpovědi, kdy dochází do zaměstnání i pokud se necítí dobře. Nemoc jako omezující faktor pociťuje P2, a to v péči o rodinu, kdy ji nemoc brzdí. Dalším, kdo shledával nemoc jako omezující, byl proband P4, kterého omezovala právě bolest díky zánětu žil. Na otázku, zda její zdravotní stav ovlivnil její pracovní poměr, reagovala dotyčná kladně. Svěřila se, že nemá rodinu a práce pro ni představuje hlavně finanční zdroj. Také právě proto nechce neschopenku, protože na nemocenskou není adekvátně platově ohodnocena. Návštěvu lékaře nevyhledá ani P3, protože by jí byla navržena pracovní neschopnost a ta pro ni není žádoucí. Uvedla, že k lékaři půjde, až pokud je to velmi vážné, ale požádá lékaře, aby jí neschopenku neuděloval. Tyto výsledky se částečně shodují s tvrzením v článku Vlady ČR (2017), kde je popsáno, že ukrajinskí jedinci nevyhledají pomoc lékaře právě kvůli obavám ze ztráty práce. Lze říci, že z našich výsledků vyšel pravděpodobnější fakt a to ten, že nemocenská není platově přínosná pro ukrajinské jedince. Ukrajinci a jejich uplatněním na trhu práce v cizí zemi se zabývá Drbohlav (2015). Ten popisuje, že ukrajinský jedinec není adekvátně ohodnocen a dochází k podceňování jeho vzdělání a dovedností. Je známo, že většina ukrajinských jedinců přijíždí do Česka z důvodu

finanční ekonomie, což také vyplynulo z rozhovorů s našimi probandy. Ukrajinský jedinec pracuje i mimo povolenou pracovní dobu, je zaměstnán na podřadnější pracovní pozici a pobírá základní mzdu. Možná právě proto Ukrajinci docházejí do práce i přes bolest či nemoc, což osobně shledáváme jako znepokojivé. Otázkou je, zda by jedinci dbali více na své zdraví, kdyby se jejich pracovní zařazení zlepšilo. Vzhledem k vnímání nemoci nesmíme opominout i zásady dodržování léčebných doporučení. Dodržování léčebných doporučení lékařem je v zásadě důležité, což si většina jedinců neuvědomuje. Reakce na otázku, zda jedinec dodržuje léčebná opatření doporučená jejich lékařem, odpověděly kladně pouze tři ženy (P1, P2, P4). Dvě respondentky (P1, P4) musejí dodržovat léčebná opatření, protože se léčí s vysokým tlakem. P4 navíc se zánětem žil. Léčebná doporučení dodržuje až nyní P2, a to z důvodu těhotenství. Ostatní jedinci uvedly, že dodržení léčby by záviselo od typu nemoci.

5.4 Diskuze výzkumného souboru D

Podle Siegla (2013) je islám součástí moderní evropské civilizace a je formovaný pomocí filozofie, antropologie a svojí jedinečnou kulturou. Jak uvádí Linhartová, Janků a Topinka (2015) důležitou součástí muslima je Korán i sunna. Ty obsahují výroky Muhammada a jsou považovány za důležité součásti života každého jedince vyznávajícího islám. Obsahují rady od zdraví až po nemoc, modlitby a jiné. Vzhledem k medializované situaci jsme získali pouze dva probandy. Siegl (2013) poukazuje na fakt, že není muslim jako muslim a že vliv islámu nemá dopad na činy jedinců, kteří jej extrémně vyznávají a s kterými jsme denně seznamováni prostřednictvím médií. Islám je náboženství mírumilovné, ale je znehodnoceno díky fanatickým jedincům skrývajících své činy za toto náboženství. Naši první oblastí otázek, které jsme pokládali vyznavačům islámu, se týkaly vnímání bolesti. Tracey (2010) věří, že víra ovlivňuje vnímání a projevy bolesti. Obě respondentky popsaly své pocity ohledně bolesti podobně. První respondentka P1 navíc chápe bolest jako překážku, kdy jí tělo signalizuje nějaký problém. Dále uvedla, že svoji bolest rozlišuje a pojmenovává z hlediska typu a vztahu, například bolest hlavy označuje migrénou atd. Jelikož obě dotyčné byly matkami od rodiny, shodly se, že je bolest omezuje v běžných činnostech. Ptáček et al. (2014) porovnávají vyjadřování bolesti u jedince muslimského a českého. Jejich výsledky vykazují, že muslimský jedinec svoji bolest vyjadřuje hlasitěji, i když ne vždy jsou tyto projevy odrazem intenzity bolesti. Našeho výzkumného šetření se účastnili vyznavačky islámu, ovšem české národnosti. Tedy nelze přímo naše výsledky

srovnat s literaturou, tak aby odpovídaly. Obě shledávají podstatné, že záleží na typu a intenzitě bolesti a dále svoji bolest navenek neprojevují. Respondentka P1 popsala, že ráda tráví čas sama, kdy bolest rozdýchává. Na otázku, zda vyhledají probandi pomoc, se jejich odpovědi rozcházely. Respondentka P2 uvedla, že bolest raději snáší sama, protože nechce být přítěží pro okolí. Dále uvedla, že spoléhá sama na sebe a svoji víru, ale i přesto je jí oporou manžel. Uvedla, že na odborníka se obrátí pouze v krajním případě. Naopak P1 snáší bolest sama, ale pocity své bolesti sdílí s rodinou, která je na ní závislá. Jak vyplynulo z její výpovědi, rodině sdělí svůj zdravotní stav, aby byla rodina připravena k samostatnosti. Další rozdíl mezi vyznavačkami byl zaznamenán ve vyhledání odborné pomoci. Respondentka P1 se spíše obrátí na odborníka, než na svoji rodinu. Rodině sdělí pouze výsledky, do té doby nechce vyvolávat v rodinném zázemí nepokoje a obavy. Jelikož byly obě dotyčné české národnosti, nebyli jsme omezeni komunikací. Domnívám se tedy, že by se při hodnocení bolesti nenaskytl žádný problém. Jelikož se ani u jedné respondentky nevyskytovala jazyková bariéra, obě porozuměly všem předloženým škálám. P1 dodala, že by si zvolila obličejovou škálu, protože na numerické škále by neuměla svoji bolest adekvátně ohodnotit. Jak je tedy z výsledků patrné, obličejovou metodu by si nezvolili pouze pacienti s jazykovou bariérou, ale i ostatní, a to pro svoji jednoduchost.

Zajímalo nás, zda vyznavači budou používat jiné metody při terapii bolesti. Z odpovědi vyplynulo, že jsou obě respondentky otevřené alternativní medicíně. Respondentka P2 uvedla, že se obrací na přírodní prostředky, využívá služeb maséra a léky jsou pro ni až poslední volbou. Z odpovědi P1 lze vyčíst, že upřednostňuje šetrnější terapii, kdy kombinuje přírodní léčiva s medikamenty a vírou. Dále uvedla, že dochází na masáže, používá obklady, teplé koupele, ale pokud již bolest není snesitelná, užije léky. Zajímavé lze shledat, že pokud se nejedná o bolest hlavy, pustí si dotyčná Korán, který ji uklidní. Kokaisl (2009) zastává názor, že Korán je sám o sobě posvátným a disponuje velkou silou díky obsaženým zkušenostem a moudrostem. Zajímavé bylo shledání, že by dotyčná nikdy nenavštívila léčitele, protože jeho služby neuznává. Jegindø et al. (2012) ve své publikaci pojednávají o přínosu víry v terapii. Ačkoliv je modlitba pro jedince při terapii důležitá a může mít pozitivní účinky, autoři nemají dostatečné podklady o pravdivosti tohoto tvrzení. Dále uvádějí, že náboženské praktiky jsou složité a je v nich zapotřebí psychologických faktorů.

Jak uvádí Rolantová (2012), islám vyzdvihuje zdraví a uvádí výčet zásad a předpisů, která jsou uvedena v Koránu a sunně. V další oblasti jsme se tedy zabývali vnímáním zdraví. Králíková (2008) vyzdvihuje důležitost zdravotníka, který by měl pamatovat na muslimského pacienta stejně jako na jiného pacienta. Rolantová (2012) doplňuje, že muslimský jedinec považuje hygienu za zásadní prvek při prevenci a udržování zdraví. Na autorku navazuje Králíková (2008) slovy, že islám řadí hygienu k prevenci. Naši probandi hygienu shledávali podstatnou, avšak nikoli z hlediska víry, ale z hlediska běžných hygienických návyků. Obě dotazované uvedly, že dbají na prevenci svého zdraví. Stejně tak obě uvedly, že nejen docházejí na pravidelné kontroly ke svým lékařům, ale jsou zastávkyněmi zdravého životního stylu. Respondentka P1 své zdraví udržovala sportem a zastávala sílu optimismu. Věří, že některé věci nelze změnit, protože jsou součástí jejího osudu. Její pozdější odpověď pro nás představovala zajímavé zjištění, kdy P1 uvedla, že v péči o své zdraví vychází z Koránu a sunny. Popsala, že vychází z doporučení, které oba svazky představují. Respondentka dále uvedla, že věří v sílu víry, protože víra dokáže být součástí léčby a pomůže člověku překonat zdravotní problémy, nemoci a handicap. Z její odpovědi šlo usoudit, že dotyčná nemyslela pouze své vyznání, ale víru obecně. Jegindø et al. (2012) věří, že modlitba má účinky úlevy a terapie. K vnímání zdraví, prevenci a udržování zdraví se jistě řadí i aktivita jedince vyhledávat si informace s tematikou týkající se zdraví. Z odpovědí je zřejmé, že oba probandi mají zájem aktivně si vyhledávat informace o zdraví a zdravém životním stylu. Respondentka P1 čerpá informace z článků. Respondentka P2 nevychází jen z Koránu a sunny, ale při získávání informací využívá stejných zdrojů jako P1.

Poslední a také důležitou oblastí jsou otázky zaměřené na vnímání nemoci. Nemoc představuje pro dotyčnou P2 omezení v běžných aktivitách. Dále dotyčná pocíťuje strach z infekčních nákaz, kterými by mohla ohrozit svoji rodinu. Dodala, že strach sice pocíťuje, ale nenechá se jím omezit. Respondentka P1 naopak vnímá nemoc jako součást života, tedy odezvu těla, kdy tělo jedince varuje před vznikajícím problémem. Dále dotyčná uvedla svoji myšlenku, že nemoc nepřichází sama a člověk by měl věřit v uzdravení a přiklánět se k Bohu. Ve své odpovědi uvedla názor, že i při selhání léčby by měl člověk přijmout svůj osud a nechovat zášť. Odpovědi vyznavaček ohledně vnímání nemoci jako omezujícího faktoru se rozcházely. Pro respondentku P1 představuje nemoc omezení, protože nemůže pečovat o svoji rodinu. Naopak

respondentka P2 neshledává nemoc v ničem omezující. Jak uvedla, děkuje Bohu, že netrpí vážnější nemocí. Důležité pro nás byla zjištění, zda vyznavači islámu dodržují léčebná opatření, stanovená jejich lékařem. Z odpovědí obou respondentek je patrné, že obě dodržují stanovená léčebná doporučení.

6 ZÁVĚR

Tato diplomová práce byla zaměřena na vnímání bolesti, zdraví a nemoci u vybraných národnostních a náboženských minorit. Diplomové práce se účastnili jedinci vietnamské, romské a ukrajinské menšiny a menšiny vyznávající islám, které pobývají na území ČR. Byly stanoveny dva cíle. Prvním cílem bylo zmapování vnímání bolesti u pacientů vybraných národnostních a náboženských minorit. Druhým cílem bylo zmapovat možnosti terapie bolesti u pacientů vybraných národnostních a náboženských minorit. Díky výsledkům byly všechny čtyři otázky zodpovězeny.

Rozhovory s respondenty odlišných kultur a náboženství odhalily následující výsledky. Oblast vnímání bolesti nám odkryla, že jednotlivé skupiny probandů vnímají bolest podobně, ale jejich projevy jsou odlišné. Svoji bolest posuzují díky hodnotícím škálám následně. Jedinci vietnamské minority shledávají přínosnou obličejovou i numerickou škálu. Pro jedince romské minority je přínosná obličejová škála, stejně tak pro jedince ukrajinské menšiny. Vyznavači islámu se dobře orientují jak pomocí obličejové škály, tak i numerické. Z rozhovorů vyplynulo, že mají probandi povědomí o alternativních metodách léčby, avšak ne všichni ji využívají. Alternativní léčbu shledávají přínosnou jedinci vietnamské menšiny i vyznavači islámu, zatímco jedinci ukrajinské menšiny volí ve většině případů medikamentózní léčbu, stejně jako Romové. S terapií souvisí i další oblast týkající se prevence zdraví. Zde bylo odhaleno, že jedinci nedbají na prevenci svého zdraví a zřídka dodržují stanovenou léčbu do konce. Výjimku tvořil vzorek vyznavačů islámu, kteří uvedli, že léčbu vždy dodrží. Dále rozhovory odhalily, že pro většinu probandů představuje rodina nejvyšší životní hodnotu a je řazena na první místo v hodnotovém systému. Zato zdraví není považováno jedinci za důležité. Zejména jedinci romské minority nepovažují své zdraví za důležitou hodnotu svého života. Dále se výzkumné šetření zabývalo vnímáním nemoci. Jedinci vietnamské a ukrajinské menšiny na nemoc pohlíželi podobně, stejně jako vyznavači islámu. Výjimku tvořili jedinci romské menšiny, kde většina vnímala nemoc jako omezení.

V dnešní době je díky globalizaci důležité, aby se na menšiny nepohlíželo odlišně. Zejména v rámci nemocniční péče jí byla poskytnuta ohleduplná a kulturní péče. Myslíme si, že dnes je již vietnamská menšina tolerována majoritní společností více, než jiné minority a její sžití lze považovat za dobré. Dále se domníváme, že na rozdíl od ostatních menšin, například výše uvedené vietnamské menšiny, se proti romské

menšině vyskytuje stále dostatek předsudků. Ty mohou být velmi intenzivní až xenofobní. I to se může mimo jiné odrazit v ošetrovatelské péči. Je tedy třeba, aby si ošetřující personál uvědomil princip zobecňování a pohlížel na každého romského jedince individuálně. Vzhledem k politické situaci a spojení islámu s terorismem sledujeme i zde důležité uvědomění si možných předsudků. Zdravotnický personál by neměl zapomínat na individualitu člověka jako takového, měl by k němu přistupovat s úctou, bez předsudků a respektovat jeho odlišnosti v jakékoliv oblasti.

Výsledky diplomové práce byly použity k sestavení informačního letáku pro všeobecné sestry (*Příloha 5*). Tento leták by měl všeobecným sestrami nastínit specifika vnímání bolesti a posloužit k přiblížení technik terapie u vybraných menšin. Mimo jiné z něj může zdravotnický personál vyčíst, kterou metodu je vhodné předložit jedinci při hodnocení bolesti

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ADAMCZYK, R., 2007. Kulturní vlivy ve vnímání a léčbě bolesti. In: MASTILIÁKOVÁ, D. et al. *Implementace multikulturní variability do kulturní identity české společnosti a její obraz ve zdravotnické praxi*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 120 s. ISBN 978- 80- 7248- 005 -0.
2. AL-HARTHY et al., 2016. The effect of culture on pain sensitivity. *Journal of Oral Rehabilitation*. 43, 81-88. ISSN 1365-2842.
3. ANDO, V., 2005. *Klasická Čínská medicína I*. Hradec Králové: Svítání. 390 s. ISBN 80-861198-33-2.
4. ARCHALOUSKOVÁ, A., 2007. Tradice a zvyky asijských komunit žijících v České republice. In: MASTILIÁKOVÁ, D. et al. *Implementace multikulturní variability do kulturní identity české společnosti a její obraz ve zdravotnické praxi*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 120 s. ISBN 978- 80- 7248- 005 -0.
5. BITTNEROVÁ, D., MORAVCOVÁ, M., 2006. *Etnické komunity v české společnosti*. Praha: Ermat. 411 s. ISBN 80-903086-7-8.
6. BRIGGS, E., 2008. *Cultural perspectives on pain management*. *Journal of Perioperative Practice*. 18(11). 468-471. ISSN 1750-4589.
7. BŘEŠŤAN, R., 2006. Češi mají z islámu strach. *Hospodářské noviny*. ISSN 1213-7693.
8. BYDŽOVSKÝ J., 2010. *Diferenciální diagnostika nejčastějších symptomů*. Praha: Triton. 146 s. ISBN 978-80-7387-352-3.
9. CAMPBELL, C. et al., 2012. Ethnic differences in pain and pain management. *Pain management*. 2(3), 219-230. Dostupné z: DOI: 10.2217/pmt.12.7
10. ČENĚK, J. et al., 2016. *Interkulturní psychologie: vybrané kapitoly*. Praha: Grada. 312 s. ISBN 978-80-247-5414-7.

11. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. 2012. *Cizinci v ČR: Vietnamci u nás zakořenili* [online]. Praha: Český statistický úřad. [cit. 17-03-03]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/tz.nsf/i/cizinci_v_cr__vietnamci_u_nas_zakorenili 20120214
12. ČUTOVÁ, J., 2008. *Vnímání a tolerance bolesti v kulturách*. České Budějovice. Diplomová práce. ZSF JU.
13. DOLÁK, F., 2008. *Vietnamský pacient v českém zdravotnictví*. České Budějovice. Diplomová práce. ZSF JU.
14. DRBOHLAV, D., 2015. *Ukrajinská pracovní migrace v Česku*. Praha: Karolinum. 284 s. ISBN 978-80-246-2995-7.
15. DUFKOVÁ, A., 2014. *Problematika multikultury ve výuce a ošetrovatelské péči na zdravotnické škole*. Praha. 58 s. ISBN 978-80-905735-0-5
16. EVANS, A., 2007. *Ukrajina*. Brno: Jota. 368 s. ISBN 978-80-7217-509-3.
17. FEDYUK, O., 2006. *Ukrajínští pracovní migranti: pohled prizmatem stereotypů*. [online]. Praha: Multicultural Centre Prague [cit. 2017-03-16] Dostupné z: <http://www.migrationonline.cz>
18. FRASER, A., 1998. *Cikáni*. Praha: Lidové noviny. 374 s. ISBN 80-7106-212-X.
19. FREIDINGEROVÁ, T., 2014. *Vietnamci v česku a ve světě: migrační a adaptační tendence*. Praha: Slon. 233 s. ISBN 978-80-7419-174-9.
20. HAKL, M. et al., 2011. *Léčba bolesti: Současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. Praha: Mladá fronta. 237 s. ISBN 978-80-204-2473-0.
21. HIRT, T., JAKOUBEK, M., 2006. Romové: kulturologické metody. In: KALEJA, M., KNEJP, J., *Mluvme o Romech: Aven vakeras pal o Roma*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. 199 s. ISBN 978-80-7368-708-3.
22. HOLUBOVÁ, A., MICHÁLKOVÁ, H., 2012. Vietnamská komunita a synovská oddanost (rodinné vztahy, pohřební rituály). *Diagnóza v ošetrovatelství*. 8(4), 30-31. ISSN 1802-1123.

23. HUDÁČKOVÁ, A., 2012. Ukrajinská minorita. In: TÓTHOVÁ, V. et al. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: Triton, 278 s. ISBN 978-80-7387-645-6.
24. IVANOVÁ, K. et al., 2005. *Multikulturní ošetřovatelství I*. Praha: Grada. 248 s., ISSN 80-247-1212-1.
25. JANÁČKOVÁ, L., 2007. *Bolest a její zvládání*. Praha: Portál. 191 s. ISBN 978-80-7367-210-2.
26. JEGINDØ, E-M. E. et al., 2012. Expectations contribute to reduced pain levels during prayer in highly religious participants. *Journal of Behavioral Medicine*. 36, 413–426. ISSN 0160-7715.
27. JIŘIČKA, J., 2014. *Čeští muslimové budou usilovat o právo zakládat školy nebo oddávat*. [online]. Idnes.cz [cit. 2017-04-10]. Dostupné z: 1url.cz/ktTmV
28. JOHSTONE, S., BLOOM, G., 2009. *Ukrajina*. Praha: Svojtka. 300 s. ISBN 978-80-7352-951-2.
29. KALEJA, M., KNEJP, J., 2009. *Mluvme o Romech: Aven vakeras pal o Roma*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. 199 s. ISBN 978-80-7368-708-3.
30. KAŠPAROVÁ, I., 2015. Význam nemoci, dožívání a smrti pro současný život Romů“ sociálně-antropologická perspektiva. *Urologie pro praxi*. 16(2), 88-90. ISSN 1213-1768.
31. KELNAROVÁ, J. et al., 2015. *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy 1. ročník*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 978-80-247-5332-4.
32. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2009. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada. 135 s. ISBN 978-80-247-2831-5.
33. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2014. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty – 4. ročník*. 2. vydání. Praha: Grada. 148 s. ISBN 978-80-247-5203-7.

34. KHAN, M. A., 2015. Pain: History, Culture and Philosophy. *Acta Med Hist Adriat.* 13(1), 113-130. ISSN 1334-4366.
35. KOKAISL, P., 2009. *Geografie náboženství*. Praha: Provozně ekonomická fakulta ČZU. Katedra psychologie. 265 s. ISBN 978-80-213-1935-6.
36. KOLEKTIV AUTORŮ, 2006. *Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry*. Praha: Grada. 356 s. ISBN 80-247-1720-4.
37. KOMBERCOVÁ, J., SVOBODOVÁ, M., 2000. *Autorehabilitační sestava [cvičení, masáže, strava, akupresura, autoterapie páteře, biorytmy: rehabilitace páteře]*. Olomouc: Fontána. 254 s. ISBN 80-901989-9-6.
38. KOPECKÁ, I., 2015. *Psychologie 3. díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 268 s. ISBN 978-80-247-3877-2.
39. KOPECKÁ, K., 2007. O islámu bez emocí. [online]. *Neviditelný pes*. [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: http://neviditelnypes.lidovky.cz/evropa-o-islam-bez-emoci-0hd/p_zahranici.aspx?c=A070208_142609_p_zahranici_wag
40. KRÁLÍKOVÁ, L., 2008. Zdravotní péče o muslimské pacienty. *Ošetřovatelství*. 10(1- 2), 38 – 41. ISSN 1212-723X.
41. KÜNG, H., 2006. *Po stopách světových náboženství*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury. 308 s. ISBN 70-7325-059-4.
42. KUTNOHORSKÁ, J., 2006. Multikulturní / transkulturní komunikace. *Interní medicína pro praxi*. 8(2), 96-98. ISSN 1212-7299.
43. KUTNOHORSKÁ, J., 2013. *Multikulturní ošetřovatelství: pro praxi*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4413-1.
44. LEININGER, M., McFARLAND, M., 2002. *Transcultural Nursing, Concepts, Theories, Research and Practice*. 3rd edition. McGraw – Hill Companies. ISBN 0-07-135397-6.

45. LEONTIYEVA, Y., 2006. *Menšinová problematika v ČR: komunitní život a reprezentace kolektivních zájmů*. Praha: Sociologický ústav Akademie věd ČR. 95 s. ISBN 80-7330-098-2.
46. LINHARTOVÁ, L., JANKŮ, T., TOPINKA, D., 2015. Multikulturní ošetrovatelství: péče o muslimské pacienty. *Florence*. 11(11), 28-31. ISSN 1801-464X.
47. LÍŠKOVÁ, M., NÁDÁNSKÁ, I. et al., 2006. *Základy multikultúrného ošetrovatel'stva*. Osvěta. 69 s. ISBN 8080632162.
48. MACHOVÁ, J. et al., 2016. *Výchova ke zdraví*. 2. vydání. Praha: Grada. 312 s. ISBN 978-80-247-5351-5.
49. MASTILIAKOVÁ, D., 2002. *Úvod do ošetrovatelství I*. Praha: Karolinum. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
50. MASTILIAKOVÁ, D., 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-5376-8.
51. MELZACK, R., 1983. *Pain Measurement and Assessment*. New York: Raven Press. 293 p. ISBN 9780890048931.
52. MENDEL, M., OSTŘANSKÝ, B., RAJTAJ, T., 2007. *Islám v srdci Evropy vlivy islámské civilizace na dějiny a současnost českých zemí*. Praha: Academia. 499 s. ISBN 80-200-1554-X.
53. MLÝNKOVÁ, J., 2009. Vietnamská kultura v ošetrovatelské péči. *Florence*. 5(10), 33-35. ISSN 1801-464X.
54. MOCKOVÁ, J., 2007. Vietnamci v České republice. *Sestra*. 4, 26. ISSN 1210-0404.
55. MOSSEY, J., 2011. Defining Racial and Ethnic Disparities in Pain Management. *Clinical Orthopaedics and Related Research®*. 469(7), 1859-1870. ISSN 0009-921X.

56. NIELSEN, C. S., 2009. Individual differences in pain sensitivity: Measurement, causation, and consequences. *J Pain*. 10 (3), 231 – 237. Dostupné z: DOI: 2008.09.010
57. NOVÁKOVÁ, D., 2013. Romská menšina. In: TÓTHOVÁ, V. et al. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: Triton, s. 21-51. ISBN 978-80-7387-645-6.
58. NOVÁKOVÁ, I., 2008. *Kapitoly z multikulturního ošetrovatelství*. Liberec: Technická univerzita. 115 s. ISBN 978-80-7372-404-7.
59. PAPADOPOULOS, I. et al., 2004. *Promoting cultural competence in healthcare through a research-based intervention in the UK*. [online]. Diversity in Health and Social Care. [cit. 2017-01-20]. Dostupné z: <http://www.ingentaconnect.com/content/rmp/dhsc/2004/00000001/00000002/art0000>
60. PAVELČÍKOVÁ, N., 2009. Historie Romů v českých zemích v letech 1945-1989. In: In KALEJA, M., KNEJP, J. *Mluvme o Romech: Aven vakeras pal o Roma*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. 199 s. ISBN 978-80-7368-708-3.
61. PAVLÍKOVÁ, S., 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada. 150 s. ISBN 80-247-1211-3.
62. PLEVOVÁ, I. et al., 2011. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada. 223 s. ISBN 978-802-4735-580.
63. PRŮCHA, J., 2010. *Interkulturní komunikace*. Praha: Grada. 200s. ISBN 978-80-247-3069-1.
64. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., 2014. *Lékař a pacient v moderní medicíně: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-5788-9.

65. *Rada vlády pro záležitosti romské menšiny*, © 2017. [online]. Vláda ČR. [cit. 2017-03-01]. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/cz/pracovni-a-poradni-organy-vlady/zalezitosti-romske-komunity/clenove-rady-5780/>
66. ROKYTA, R., KRŠIAK, M., KOZÁK, J., 2006. *Bolest*. Praha: Tigis. 684 s. ISBN 80-903750-0-6.
67. ROLANTOVÁ, L., 2012. Ustředí muslimských obcí. In: TÓTHOVÁ, V. et al. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: Triton, 278 s. ISBN 978-80-7387-645-6.
68. SEDLÁKOVÁ, G., 2006. Rodinné ošetrovatelstvo, rodinná sestra a vietnamská komunita. *Florence*. 2(2), 50-51. ISSN 1801-464X.
69. SEDLÁKOVÁ, G., KOUDELKOVÁ, V., 2008. Multikulturní ošetrovatelství. In: TÓTHOVÁ, V. *Všeobecná sestra pro absolventy vyšších odborných škol: podpůrné texty*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, ZSF, 74- 111 s.
70. SEDLÁŘOVÁ, P. et al., 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
71. SEDLÁŘOVÁ, P., 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
72. SCHWARTZ, S. J. et al., 2010. Rethinking the concept of acculturation: implications for theory and research. *American Psychologist*. 65, 237–51. ISSN 0003-066X.
73. SIEGL, E., 2013. *Islám versus modernizace*. Praha: Ústav mezinárodních vztahů. 142 s. ISBN 978-80-87558-14-0.
74. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2013. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy III.: gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-4341-7.
75. ŠAMÁNKOVÁ, M., 2006. *Základy ošetrovatelství*. Praha: Karolinum. 253 s. ISBN 80-246-1091-4.

76. ŠERÝ, V., VOTRUBEC, C., 1988. *Lékařskogeografické problémy Vietnamu*. Praha: Akademia. 111s. ISSN 0069-228X.
77. ŠIMEK, J., 2015. *Lékařská etika*. Praha: Grada. 224s. ISBN 978-80-247-5306-5.
78. ŠLECHTOVÁ, D., BÜRGEROVÁ, O., 2009. Specifika romského etnika ve vztahu k poskytování zdravotní a ošetrovatelské péče. *Kontakt*. 1. 187-192. ISSN 1212-4117.
79. ŠPIRUDOVÁ, L. et al., 2010. Jak české sestry vnímají pacienty vybraných kultur a národností?. *Ošetrovatelství*. 12(3-4), 84-95. ISSN1212-723X.
80. ŠPIRUDOVÁ, L., TOMANOVÁ, D. et al., 2006. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada. 252 s. ISBN 80-247-1213-X.
81. ŠTAMPACH, I., 2008. *Přehled religionistiky*. Portál. 240 s. ISBN 978-80-7367-384-0.
82. ŠTĚTINA, J., 2014. *Zdravotnictví a integrovaný záchranný systém při hromadných neštěstích a katastrofách*. Praha: Grada. 584 s. ISBN 978-80-247-4578-7.
83. TOPINKA, D., 2015. Role religiozity a etnicity v procesu integrace muslimů - imigrantů do české společnosti. In ČERNÝ, K. *Nad Evropou půlměsíc I: Muslimové v Česku a západních společnostech*. Praha: Karolinum, s. 24 - 63. ISBN 978-80-246-3066-3.
84. TOPINKA, D. (ed.), 2007. *Výzkumná zpráva: Integrační proces muslimů v České republice*. [online]. Ostrava: Very Vision, 108 s. Dostupné z: http://www.inkluzivniskola.cz/sites/default/files/uploaded/integrace_muslimu.pdf
85. TÓTHOVÁ, V. et al., 2007. Aspekty životního stylu vietnamské a čínské minority. *Kontakt*. 2, 222-229. ISSN 1212-4117.
86. TÓTHOVÁ, V. et al., 2010. *Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*. Praha: Triton. 196 s. ISBN 978-80-7387-414-8.

87. TRACEY, I., 2010. Getting the pain you expect: Mechanisms of placebo, nocebo and reappraisal effects in humans. *Nature Medicine*. 16 (21), 1277–1283. Dostupné z: DOI: 10.1038/nm.2229
88. *Ukrajina: základní charakteristika teritoria, ekonomický přehled*, © 2017. [online]. MZCR. [cit. 2017-03-02]. Dostupné z: lurl.cz/wtTmq
89. VÁCHA, M., 2014. Problém bolesti: různá řešení v perspektivě dějin. *Bolest: časopis společnosti pro studium a léčbu bolesti*. 17(3), 92-95. ISSN 1212-0634.
90. VAŇÁSEK, J., ČERMÁKOVÁ, K., KOLÁŘOVÁ, I., 2014. *Bolest v ošetrovatelství*. Pardubice: Fakulta zdravotnických studií. 49 s. ISBN 978-80-7395-769-8.
91. VAŠEČKA, I., 2007. Dokážeme pomoci Romům vymanit se ze sociálního vyloučení?“. *Sociální práce*. (2), 35-40.
92. *Vietnam: základní charakteristika teritoria, ekonomický přehled*, © 2017. [online]. MZCR. [cit. 2017-02-01]. Dostupné z: lurl.cz/mtTmH
93. VYMĚTAL, J., 2008. *Průvodce úspěšnou komunikací*. Praha: Grada. 328 s. ISBN_978-80-247-2614-4.
94. WIENER L et al., 2013. Cultural and religious considerations in pediatric palliative care. *Palliat Support Care*. 11(1), 47-67. ISSN 1478-9515.
95. Zákon číslo 273/2001 Sb., o právech příslušníků národnostních menšin a o změně některých zákonů, 2001. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 12, s. 158 – 186. ISSN 1211-1244.
96. *Zpráva o stavu romské menšiny za rok 2015*, © 2017. [online]. Vláda ČR. [cit. 2017-03-01]. Dostupné z: lurl.cz/TtTm2

8 SEZNAM PŘÍLOH A OBRÁZKŮ

Příloha 1	Vzor rozhovoru
Příloha 2	Vzor hodnotících škál přiložených k rozhovoru
Příloha 3	Metoda barvení textu
Příloha 4	Přímé přepisy rozhovorů na přiloženém CD - R
Příloha 5	Informační leták pro sestry 2017
Obrázek 1	Model „vycházejícího slunce“
Obrázek 2	Mapa bolesti podle M. S. Margolese
Obrázek 3	VAS škála - grafická
Obrázek 4	VAS škála – numerická
Obrázek 5	Obličejová škála
Obrázek 6	Model pěti elementů

Příloha 1 Vzor rozhovorů

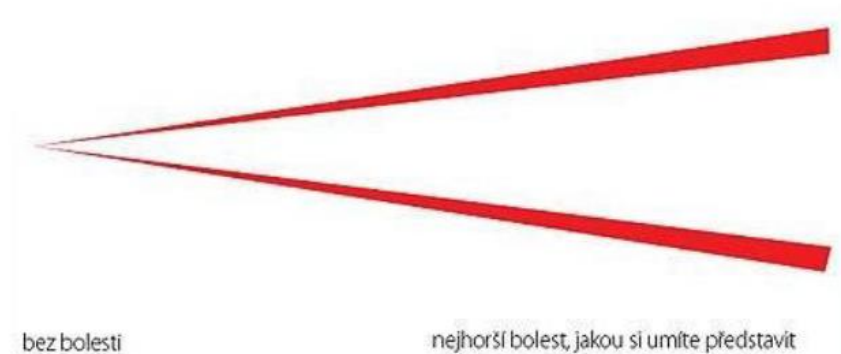
ROZHOVOR

1. Co pro vás bolest představuje? Má pro Vás bolest nějaký význam?
2. Jak svoji bolest nazýváte? Jakým slovem označujete svoji bolest?
3. Když pocítíte bolest, jak si od ní ulevíte? Jakým způsobem ventilujete bolest?
4. Je pro Vás bolest obtěžující? V čem a proč?
5. Kdy vyhledáte lékaře nebo odbornou pomoc při bolesti?
6. Snášíte bolest raději sami nebo se svěříte?
7. Obrátíte se na odborníka nebo raději na svoji rodinu či okolí?
8. Je pro vás rodina přínosná, při tišení bolesti, při terapii bolesti?
9. Jakými metodami bolest tlumíte? Jakým metodám dáváte přednost při léčení bolesti?
(léky, alternativní medicína)
10. Jak bolesti předcházíte?
11. Jaká metoda na měření bolesti je pro Vás srozumitelná?
12. Co je vaše nejvyšší životní hodnota?
13. Je pro vás stravování významné z hlediska zdraví a nemoci?
14. Jak udržujete své zdraví?
15. Dbáte na prevenci svého zdraví? Jak?
16. Pokud Vám lékař naordinuje léčbu, léčíte se dokonce?
17. Navštěvujete pravidelně svého lékaře?
18. Ovlivňuje pracovní poměr Vaši návštěvu u lékaře?
19. Hledáte si informace o zdraví? Jakým způsobem?
20. Bojíte se nemoci?
21. Jak nemoci předcházíte?
22. Co pro vás nemoc představuje?
23. Je pro vás nemoc omezující a v čem?
24. Jste vyznavačem nějakého náboženství? Jste příznivcem nějaké víry?
25. Plánujete se vrátit do rodné země?

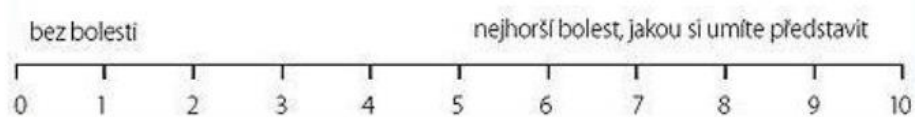
Příloha 2 Vzor hodnotících škál přiložených k rozhovoru

Jaká škála je pro vás srozumitelná?

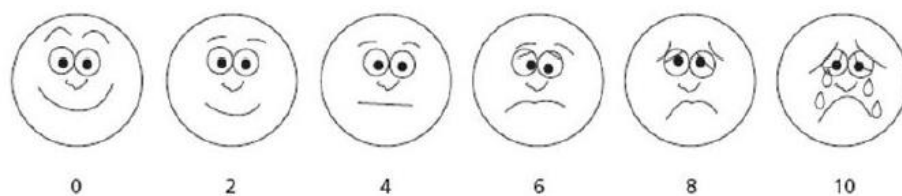
1.



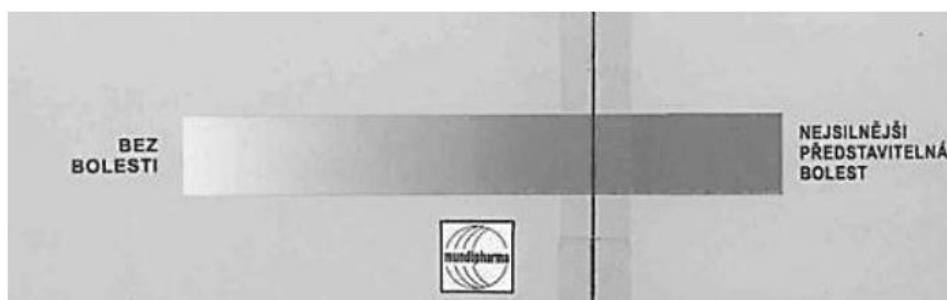
2.



3.



4.

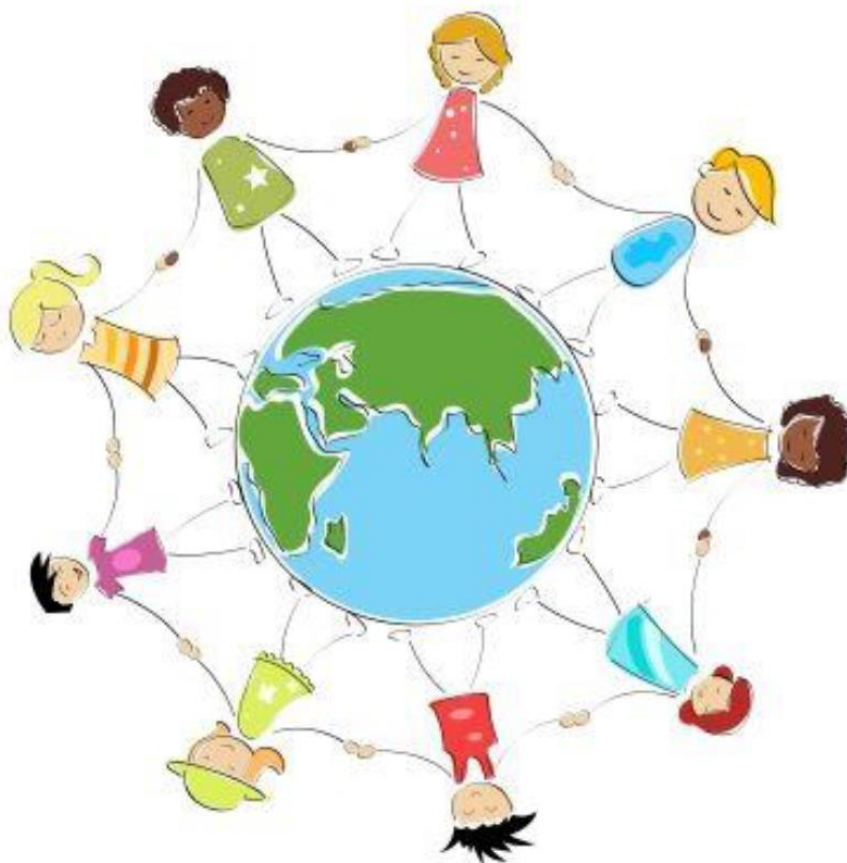


Příloha 3 Metoda barvení textu

ROZHOVOR

1. Co pro vás bolest představuje? Má pro Vás bolest nějaký význam?
2. Jak svoji bolest nazýváte? Jakým slovem označujete svoji bolest?
3. Když pociťujete bolest, jak si od ní ulevíte? Jakým způsobem ventilujete bolest?
4. Je pro Vás bolest obtěžující? V čem a proč?
5. Kdy vyhledáte lékaře nebo odbornou pomoc při bolesti?
6. Snášíte bolest raději sami nebo se svěříte?
7. Obrátíte se na odborníka nebo raději na svoji rodinu či okolí?
8. Je pro vás rodina přínosná, při tišení bolesti, při terapii bolesti?
9. Jakými metodami bolest tlumíte? Jakým metodám dáváte přednost při léčení bolesti? (léky, alternativní medicína)
10. Jak bolesti předcházíte?
11. Jaká metoda na měření bolesti je pro Vás srozumitelná?
12. Co je vaše nejvyšší životní hodnota?
13. Je pro vás stravování významné z hlediska zdraví a nemoci?
14. Jak udržujete své zdraví?
15. Dbáte na prevenci svého zdraví? Jak?
16. Pokud Vám lékař naordinuje léčbu, léčíte se dokonce?
17. Navštěvujete pravidelně svého lékaře?
18. Ovlivňuje pracovní poměr Vaši návštěvu u lékaře?
19. Hledáte si informace o zdraví? Jakým způsobem?
20. Bojíte se nemoci?
21. Jak nemoci předcházíte?
22. Co pro vás nemoc představuje?
23. Je pro vás nemoc omezující a v čem?
24. Jste vyznavačem nějakého náboženství? Jste příznivcem nějaké víry?
25. Plánujete se vrátit do rodné země?

**Vnímání bolesti u vybraných národnostních a náboženských
minorit žijících na území České republiky**



Informační materiál pro sestry
2017

Úvod

Ve zdravotnických zařízeních přicházíme každý den do kontaktu s pacienty. Vlivem migrace a globalizace se z naší společnosti stává multikulturní společnost, tedy se můžeme i ve zdravotnických zařízeních setkat s pacienty jiné národnostní příslušnosti.

Bolest je nepříjemný, individuální prožitek a její vnímání je zapříčiněno řadou fyzických, psychických, spirituálních a sociálně-kulturních činitelů.

Některé kultury reakci na bolest nedávají znát z důvodu projevu slabosti. Jiné zase bolest intenzivně prožívají a její přítomnost dávají hlasitě najevo. Další chápou bolest jako trest za něco, co si způsobili vlastním nečestným chováním. Důležité je informovat se od pacienta jiné kultury o jeho prožívání bolesti a o odlišnostech v poskytování ošetrovatelské péče v jeho kultuře.

Tato brožura byla sestavena z výsledků výzkumu zaměřeného na příslušníky vybraných národnostních (Vietnamci, Romové, Ukrajinci) a náboženských (vyznavači islámu) minorit žijících na území České Republiky.

Materiál by měl pomoci všeobecným sestřám orientovat se v problematice vnímání bolesti u odlišných kultur a osvětlit jim výběr techniky tišení a terapii bolesti.



Vietnamská menšina

Rysy:

- jsou nízkého vzrůstu
- jsou štíhlé postavy
- mají žlutohnědé zbarvení kůže
- mají tmavé oči i vlasy
- jsou tiší a ukáznění
- jejich jazykem je Vietnamština nebo Čeština



Vnímání bolesti:

- bolest je ovlivněna náboženstvím a silami Jing – Jang
- bolest je odezvou těla na problém
- bolest pro ně není překážkou v běžných denních činnostech

Hodnocení bolesti:

- mladší generace se orientuje dle numerické škály
- starší generace se velmi dobře orientuje dle obličejové škály
- naopak se neorientují dle grafického znázornění VAS škály

Terapie bolesti:

- užívají léky i alternativní metody (obklady, masti, akupresuru, zábaly)
- důležitá je přítomnost rodiny a její podpory

Romská menšina

Rysy:

- je nejpočetnější národnostní menšinou
- jsou tmavší pleti
- mají tmavé oči a vlasy
- jsou menší postavy se sklony k obezitě
- jsou temperamentního charakteru osobnosti
- jejich jazykem je Romština nebo Čeština



Vnímání bolesti:

- při bolesti jsou hlasití a sténají
- bolest vnímají jako utrpení či depresi
- bolest projevují i při nízké intenzitě

Hodnocení bolesti:

- nejsrozumitelnější je pro ně obličejová škála
- naopak se neorientují dle numerické škály

Terapie bolesti:

- věří pouze na sílu léků
- důležité je vybudování vztahu mezi zdravotníkem a jedincem
- důležitá přítomnost rodiny a její podpory
- zdravotnický personál by se měl připravit na početné návštěvy u pacienta

Ukrajinská menšina

Rysy:

- jedinec je podobný českému jedinci
- muži jsou pečlivě oholeni
- ženy se výrazně líčí a dbají na krásu
- jejich jazykem je Ukrajinština nebo Čeština



Vnímání bolesti:

- bolest se snaží maskovat
- bolest vnímají jako odezvu těla
- za bolest se stydí a nechtějí být souzení
- bolest je pocíťována jako zranitelnost
- bolest snášejí raději o samotě

Hodnocení bolesti:

- nejsrozumitelnější je pro ně obličejová škála
- orientují se i dle numerické

Terapie bolesti:

- užívají raději léky pro jejich rychlý nástup účinku
- jedinci nedbají na prevenci z důvodu pracovního vytížení
- nechtějí od lékaře vypsát neschopenku
- terapii nedodrží do konce z důvodu pracovního vytížení

Menšina vyznávající islám

Rysy:

- vyznavač je označován muslimem
- povinností muslima je modlitba
- posvátnými předměty jsou Korán a sunna
- jejich jazykem je Arabština
- ženy chodí zahalené
- dbá se velmi na intimitu a hygienu



Vnímání bolesti:

- při bolesti se jedinci emocionálně projevují
- bolest vnímají jako trest od Boha
- dbají na prevenci, která je stanovena Koránem

Hodnocení bolesti:

- nejsrozumitelnější je pro ně obličejová škála
- orientují se i dle numerické škály

Terapie bolesti:

- při terapii vycházejí z Koránu a sunny
- při terapii shledávají uklidňující předčítání z koránu
- přiklánějí se více k alternativním technikám (užití miswáku, hidžámy, strava)
- terapii nedodrží do konce

Závěr

Zdravotnický personál a zejména sestra by si měli uvědomit individuální a holistický přístup a postoj k pacientovi.

U pacientů odlišných kultur by se měly nejen všeobecné sestry, ale i ostatní zdravotnický personál seznámit s kulturními a náboženskými rozdíly dané minority či etnika.

Dalším významným faktorem v poskytování péče je komunikace s cizincem a předcházení komunikačním a jazykovým bariérám.

Výsledkem je poskytnutí kvalitní ošetrovatelské péče na základě získaných informací, která respektuje kulturní individuality, dbá ve prospěch národnostních a náboženských odlišností a pozvedá ošetrovatelskou péči na vyšší úroveň.



Použité zdroje

KOPČÁKOVÁ, S., 2017. *Vnímání bolesti u vybraných národnostních a náboženských minorit*. České Budějovice. Diplomová práce. ZSF JU.

SEDLÁKOVÁ, G., 2006. Rodinné ošetrovatelstvo, rodinná sestra a vietnamská komunita. *Florence*. 2(2), 50-51. ISSN 1801-464X.

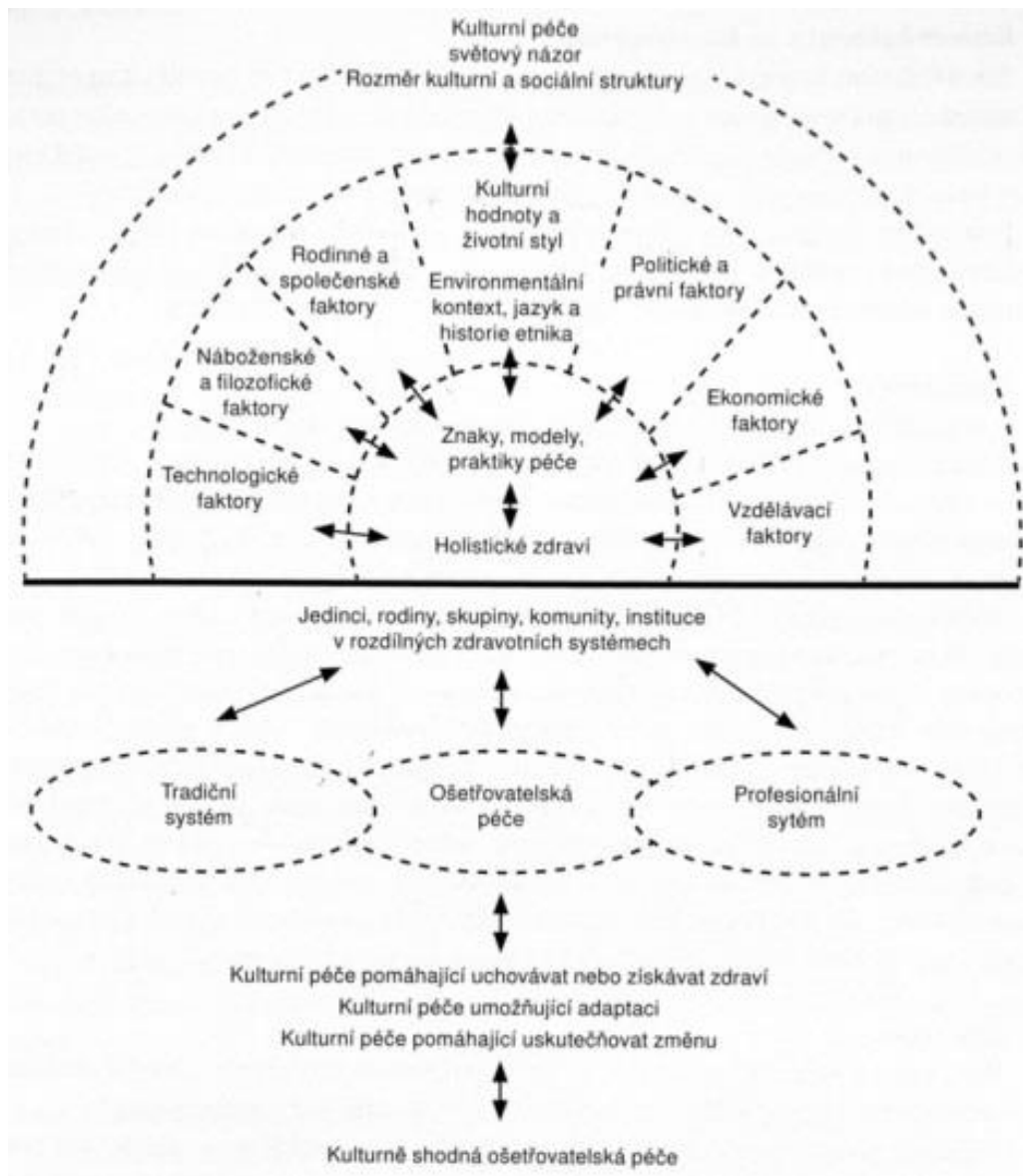
TÓTHOVÁ, V. et al., 2010. *Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*. Praha: Triton. 196 s. ISBN 978-80-7387-414-8.

NOVÁKOVÁ, D., 2013. Romská menšina. In: TÓTHOVÁ, V. et al. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: Triton, s. 21-51. ISBN 978-80-7387-645-6.

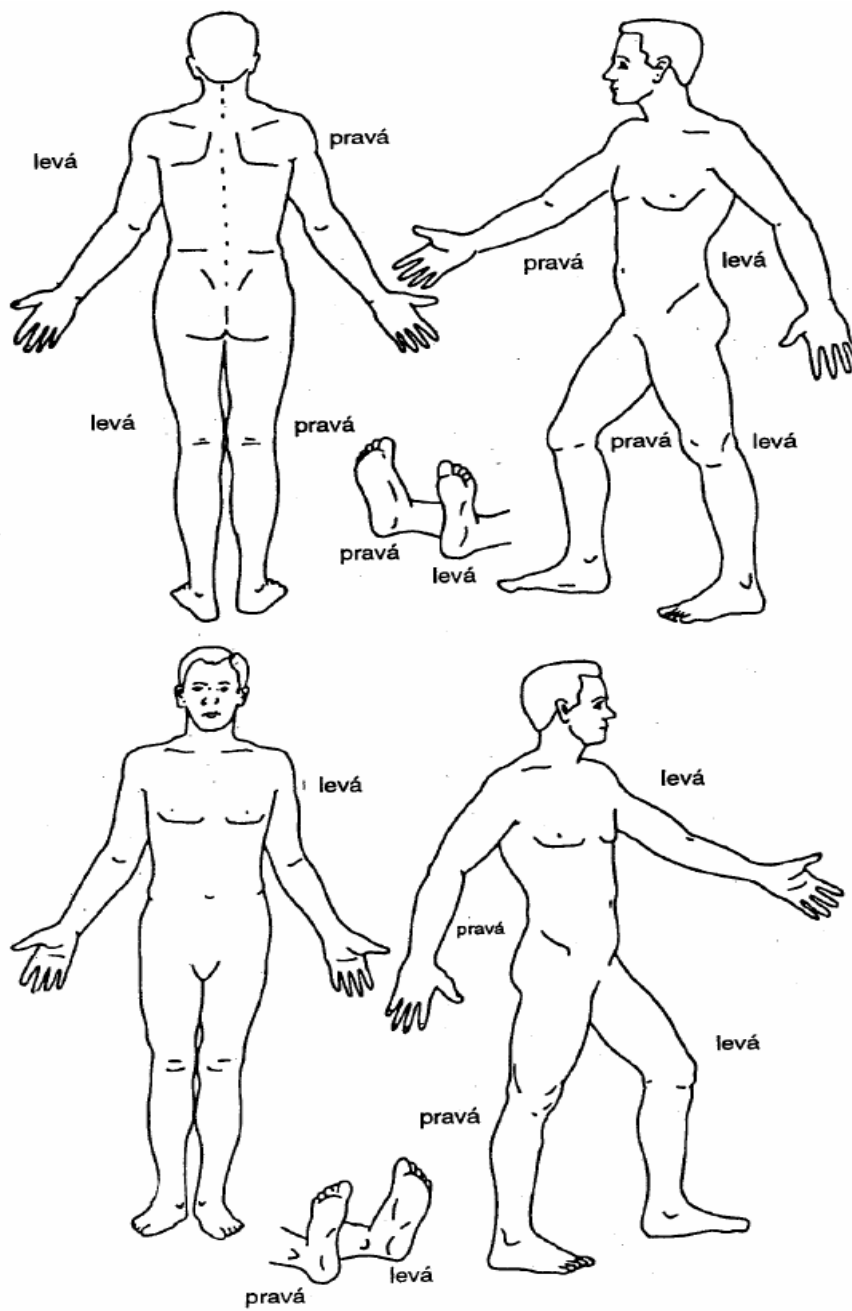
HUDÁČKOVÁ, A., 2012. Ukrajinská minorita. In: TÓTHOVÁ, V. et al. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: Triton, 278 s. ISBN 978-80-7387-645-6.

Multikulturní výchova na ZŠ?, © 2013. [online]. Spokojená rodina. [cit. 2017- 05- 10].

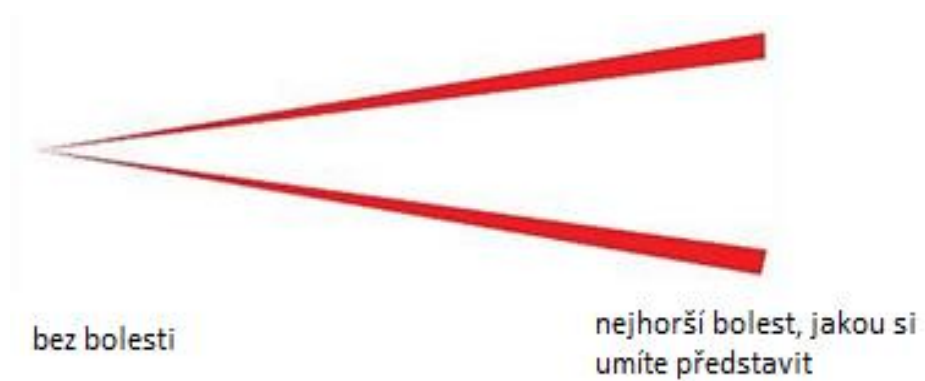
Dostupné z: <http://www.spokojenarodina.cz/multikulturni-vychova-na-zs/>



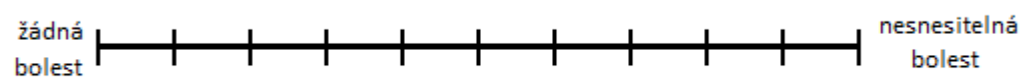
Obr. 1 Model „vycházejícího slunce“ (zdroj: podle Špirudová a kol., 2006, s. 37)



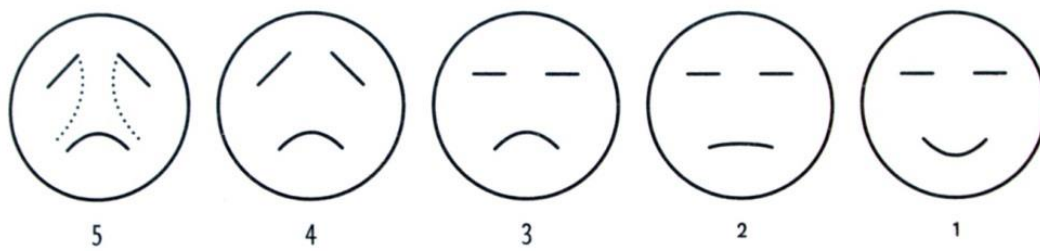
Obr. 2 Mapa bolesti podle M. S. Margolese (zdroj: podle Mlýnková, 2016, s. 27)



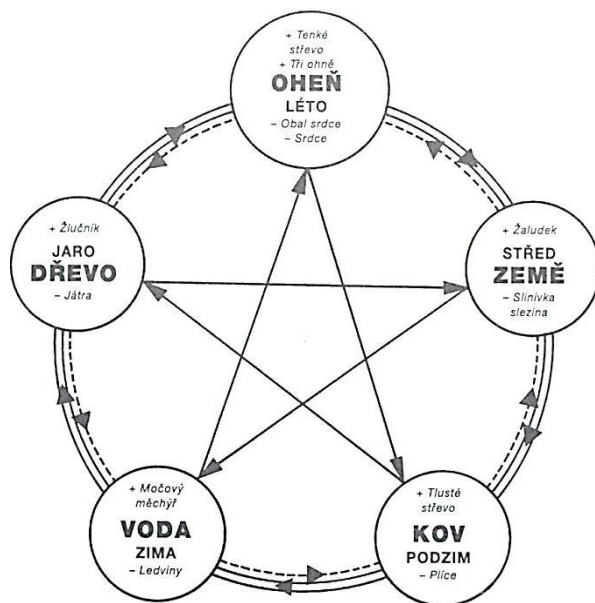
Obr. 3 VAS škála - grafická (zdroj: Hakl, 2011, s. 35)



obr. 4 VAS škála – numerická (zdroj: Janáčková, 2007, s. 43)



Obr. 5 Obličejová škála (zdroj: Janáčková, 2007, s. 43)



Obr. 6 Model pěti elementů (zdroj: Kombercová, Svobodová, 2000, s. 63)

9 SEZNAM ZKRATEK

ČR Česká republika

SR Slovenská Republika