

# Kulturní aspekty zvládání nádorové bolesti

PhDr. Jaroslava Raudenská, Ph.D.<sup>1</sup>, PhDr. Alena Javůrková, Ph.D.<sup>2</sup>, MUDr. Jiří Kozák, Ph.D.<sup>3</sup>,  
Mgr. Roman Kamenišťák<sup>4</sup>, PhDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA<sup>5</sup>, MUDr. Jana Amlerová, Ph.D.<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Ústav ošetřovatelství, 2. LF UK a FN Motol Praha a Oddělení klinické psychologie FN Motol

<sup>2</sup>Oddělení klinické psychologie FN Královské Vinohrady Praha

<sup>3</sup>Centrum pro léčbu a výzkum bolestivých stavů při Klinice rehabilitace a tělovýchovného lékařství, 2. LF UK a FN Motol Praha

<sup>4</sup>Oddělení klinické psychologie FN Motol Praha

<sup>5</sup>Ústav ošetřovatelství, 2. LF UK a FN Motol Praha

<sup>6</sup>Neurologická klinika, 2. LF UK a FN Motol Praha

Jako civilizované bytosti jsme značně ovlivněni kulturními skupinami, do kterých patříme – etnickou, náboženskou, geografickou, socioekonomickou atd. Každá tato skupina ovlivňuje způsob našeho myšlení a jednání – vstěpuje nám obecné i konkrétní očekávání toho, jak svět funguje a jak bychom se v něm měli integrovat. Kulturní paradigmaty mapují „správné“ způsoby myšlení a jednání ve všech typech situací. Tento článek popisuje, jak a proč kultura ovlivňuje pacienty i zdravotníky a nabízí optimální přístup k zvládání bolesti z hlediska kultury. Článek může pomoci lépe pochopit vlastní reakce lékaře na některé specifické reakce na bolest pacientů z různých kulturních a etnických skupin.

**Klíčová slova:** bolest, kultura, reakce na bolest, zvládání bolesti.

## Cultural aspects in coping with cancer pain

We are cultural beings, and as such we are greatly influenced by each of the cultural groups we belong to - ethnic, religious, geographic, socioeconomic, and so on. Each of these groups influences the way we think and act by instilling in us both general and specific expectations of how the world works and how we should interact with it. Cultural paradigms map the „right“ ways to think and act in all kinds of situations. This article describes how and why culture affects both patients and health professional and offer optimal approach in pain management from culture prespective. The article can help better understand to doctor own reaction to some specific pain reactions of pain patients from different cultural and ethnic groups.

**Key words:** pain, culture, responses to pain, pain management.

Paliat. med. liec. boles., 2013; 6(2): 38–40

## Úvod

V užším slova smyslu se pojem kultura užívá pro označení uměleckých lidských činností, jako je literatura, umění, hudba, věda a filosofie. Kulturu v tomto smyslu zkoumá kulturologie. Kultura v širším významu zahrnuje vše, s čím se člověk nerodí, ale co se musí naučit, aby se stal platným členem své společnosti; co sám přejímá od starších; co je spíše kolektivním a anonymním dílem mnoha generací; co se udržuje tím, že se o to lidé starají a pečují; co dané společenství spojuje a zároveň odlišuje. V tomto širokém významu je kultura nezbytnou podmínkou lidského života společnosti a zkoumá ji antropologie, sociologie, psychologie a další disciplíny (1). Celostní pohled vnímá kulturu jako chování jedince podle určitého vzorce, které se vyvíjí v čase tak, jak se seznamuje se sociální a náboženskou strukturou společnosti a jejími intelektuálními a uměleckými projevy (2). Kultura je tedy utvářena prostřednictvím hodnot, názorů, norem a zvyků, které členové stejné sociální kulturní skupiny sdílí. Na druhou stranu významně utváří přesvědčení a chování, dává význam radosti i utrpení a ovlivňuje

způsob jejich vyjádření. Kultura také ovlivňuje názory týkající se zdraví, nemoci a bolesti: jak jim předcházet a jak je léčit, co je adekvátní lékařská péče, jak na bolest jedinec reaguje, kdy a jak o léčbu bolesti požádá a jak ji bude zvládat. Lidé jsou ve společnosti vychováni k tomu, co se od nich při bolesti očekává, jak mají jednat a co je přijatelné chování. Tímto způsobem kultura formuje individuální reakce na bolest. V prožívání a reakcích na bolest existuje rozdíl mezi jednotlivými kulturními skupinami, ale i mezi jedinci dané kultury (3).

Bolest je univerzální prožitek lidské existence. Vyskytuje se u lidí všech věkových kategorií, socioekonomického postavení a ve všech kulturách (4). Celosvětově trpí chronickou bolestí průměrně 20% dospělých (10% – 55%) a zvyšuje se s věkem (5). U pacientů s nádorovým onemocněním se bolest vyskytuje průměrně u 33% případů, v době diagnostiky onkologického onemocnění u 50% pacientů a u 75% v terminální fázi. Při hodnocení výskytu bolesti je ale nutné brát v úvahu, zda bolest souvisí s léčbou nádorového onemocnění, se samotným nádorovým onemocněním – nemusí s ním vůbec souviset

(například periferní neuropatie u diabetu mellitus, nebo bolest obecně spojená s operačním výkonem) (6). Rozmezí 12 – 51% pacientů s onkologickým onemocněním udává, že jejich bolest není adekvátně tlumena (7). Proto je nutné nejen pravidelně monitorovat intenzitu bolesti, ale také odlišovat intenzitu bolesti a intenzitu jak moc je bolest nepříjemná – t.j. utrpení (8). Bolest se vztahuje k vědomému zážitku somatické, emoční nebo spirituální nepohody. Utrpení přesahuje vědomou zkušenost nepohody a znamená vliv bolesti na jednotlivé aspekty života a postoje – jedná se o akceptování, lhostejnost nebo zamítnutí v souvislosti s bolestí. Utrpení je tedy postojem jedince k jeho bolesti a objevuje se, pokud bolest (dokonce i jen mírná) přetrvává a stává se chronickou (9). Intenzita utrpení je často vyšší než intenzita samotné bolesti.

## Stoické a emotivní reakce na bolest

Reakce pacientů na bolest jsou kulturně podmíněné a zpravidla se dělí na dvě velké skupiny: 1. stoické a 2. emotivní (10). *Stoicři* pacienty vyjadřují svou bolest méně expresivně a mají sklon k sociálnímu stažení („zatnout zuby

a vydržet to"). V euroamerické kultúre existuje genderová tradícia stoicismu: chlapci sú napomínaní za to, že brečeli a chváleni za to, že na sobe „nic nedali znáť". Prirozené, z detí vychovávaných týmto spôsobom vyrastou „dobrí, snadní a bezproblémoví pacienti," ktorí sa chovajú spôsobom odpovedajúcim hodnotám euroamerického zdravotníckeho systému. Stoičtí pacienti často pochádzajú z severnej Európy a Ázie. Napríklad Irové pri bolesti uprednostňujú sociálnu izoláciu, pretože považujú za špatné ukázať, že im niečo bolí. Také Filipínci prijímajú bolesť a osud fatalisticky – verí, že všetko dôležité v živote je predurčené osudom a človek to nemôže nijak ovplyvniť. Lidé, ktorí pochádzajú z kultúry cenící si stoicismus, majú sklon „nechať si na tvári masku", pretože pokiaľ bolesť priznajú alebo ju ukážu, budú vnímaní ako slabí. Mohú bolesti popierať a chcieť si ju zvládnuť sami v ústraní (11). Napríklad pacienti z asijských kultúr si tiež cení sebeovládanie. Osoba, ktorá je asertívna alebo si otvorene sťažuje, je považovaná za slabú. Takové chovanie môže byť tolerované u malých detí, ale nie u adolescentov a dospelých. V tradičných asijských kultúrach je dôležité si vo vzťahoch zachovávať harmóniu – jedinec by nikdy nemal na seba priťahovať pozornosť negatívnym spôsobom. Ačkoľvek jedinec môže byť smutný, alebo má bolesti, nie je obvyklé dávať to najavo. Asijské spoločnosti tradične zdôrazňujú rozdiely v sociálnom postavení medzi ľuďmi založené na faktorech ako je vek, pohlavie, vzdelanie a povolanie. Lékař je vnímaný ako osoba s vysokým sociálnym statusom – nelze se ho jen tak vyptávat, nebo obtěžovat stížnostmi na nepohodu.

*Emotivní pacienti* jsou náchylnější své bolestivé prožívání verbalizovat, vyžadují sociální zájem a pozornost – chtějí bolesti s někým sdílet. V dětství se mohli naučit, že když má člověk bolesti, je přiměřenou reakcí sténat, plakat, nebo se nějak typicky při bolesti chovat. Verí, že jedním z nejlepších způsobů, jak bolest zvládat a zmírnit, je vyhledat pozornost, útěchu a podporu: potom je poskytnuta i adekvátní péče. Můžeme široce zobecnit, že emotivní pacienti často pocházejí z hispánského, blízkovýchodního a středozemního prostředí. Italové, Řekové, Španělé a Portugalci vyjadřují bolest hlasitě a jasně, často aby tím získali pozornost (11). V těchto kulturách i pláč dítěte vyvolá soucit, obavy a pomoc. Často si o zdraví dětí dělají neustále starosti, i kýchnutí může být vnímáno jako onemocnění. To predisponuje děti k tomu, aby se obecně o své zdraví více obávaly, a jako dospělí pak mohou vyžadovat od zdravotníků větší podporu dokonce i kvůli drobným symptomům. Když jsou lidé nemocní,

tak se obvykle vrátí k dětskému chování. Pokud jim v dětství stěžování a pláč přinesly pozornost, pravděpodobně toto chování budou užívat i jako dospělí ve vztahu ke zdravotníkům.

Pokud k lepšímu porozumění lidského chování při bolesti použijeme široké dělení pacientů na emotivní a stoické, musíme mít na paměti, že zatímco je kultura rámcem, který ovlivňuje lidské chování, ne všichni jedinci se v dané kultuře řadí očekávání nebo názorů přizpůsobí. Rigidní užívání generalizací by mohlo vést ke kulturní stereotypizaci a tím k neadekvátní léčbě bolesti. Pro zdravotníky je proto důležité nejdříve porozumět tomu, jak jejich vlastní kultura ovlivňuje postoje, které k bolesti mají. Toto sebeuvědomění jim umožní vidět, zda budou jejich postoje a názory v rozporu s pacientovými, pokud pochází z jiné kultury. Lékaři mají sklon věřit, že jejich vlastní reakce na bolest jsou „normální" a cokoliv výrazně odlišného od jejich reakcí je „abnormální." Ale rozličné chování pacientů s bolestí, i když pochází z jiných kulturních skupin, není zpravidla správné, nesprávné, normální nebo abnormální, ale jenom jiné. Například lékař, který byl vychován ke stoicismu, nemusí zcela dobře vědět, jak reagovat na pacienta, který při bolesti hlasitě nařká a pláče, a může dokonce expresivní reakce pacienta jako lékař ignorovat.

## Spirituální a sociální kontext bolesti

Žádný stát není složen z kulturně jednotné populace, dochází k rozsáhlé migraci. Důvody přesunu jsou různé: strach z politického, náboženského či etnického pronásledování, hladomoru, tendence zlepšit ekonomickou situaci, uplatnit kvalifikaci v lepších podmínkách než doma, nebo touha po změně. V jiné zemi se zpravidla mluví jiným jazykem a právní, správní, politické, ekonomické i zdravotní systémy se mohou odlišovat. Také Česká republika se vyrovnává s přílivem cizinců a přibývá kulturních a etnických menšin. Přistěhovalectví (ať dobrovolné nebo vynucené) představuje pro osobu z jiné kultury výraznou změnu v životě a může mít charakter traumatické události. Přistěhovalectví se do jisté míry podobá životu ohrožujícímu onemocnění, protože jde o celou sérii chronických traumatizujících událostí (12). Hlavním zdrojem obtíží jsou interakce s lidmi z jiného socio-kulturního prostředí včetně jazykových, kulturních a náboženských problémů. V tomto kontextu vzniká velký problém, pokud takový člověk onemocní nádorovým onemocněním.

Význam a zvládání bolesti u lidí z odlišných kultur může souviset i s vírou, nebo spiritualitou a specifickými sociálními podmínkami v původní

zemi (13). Uvedeme několik krátkých kazuistik, které neumožňují identifikaci pacientů.

## Kazuistiky

Pan D. pocházel z Panamy, byl katolík a věřil, že pro zmírnění nepohody pomohou náboženské praktiky, jako je modlení se, navštěvování mše, přijímání, požehnání od kněze atd. Domníval se, že jeho onkologická bolest je božím trestem, ale že utrpení je součástí života, které musí jako katolík snášet, aby se kdy dostal vůbec do nebe. Muslimský pacient, pan T., nabídl svou onkologickou bolest po ozařování Alláhovi jako poděkování za štěstí, které mu poskytl v utrpení a byl to i důvod, proč nechtěl užívat vůbec žádné léky na bolest. Věřil, že to byla vůle Alláha, aby měl takové bolesti a jen Alláh mu musí dát sílu ji snášet. Podobný stoicismus v reakci na bolest bylo možné pozorovat i u pana Q., budhisty, kteří věřili, že přijetí utrpení vede k duchovnímu růstu. Pacient V., pocházející z původního indiánského obyvatelstva Ameriky, potřeboval k opioidní léčbě bolesti požehnání kmenovým léčitelem ke smíření se stvořitelem, což mělo zpětně způsobit, aby medikace byla „ještě silnější a mocnější". Tuto pojistku uskutečnil prostřednictvím Skypu. Pan T., pocházející z Tokia, si při opakovaných hospitalizacích na onkologické klinice na přímý dotaz lékaře či sestry nikdy na bolesti nestěžoval. Byl „hodný, úslužný, přívětivý a bezproblémový" pacient. Jeho děti, které se již narodily v ČR, musely sestry na oddělení upozornit, že otec trpí velkými bolestmi. On nedal nikdy najevo žádné utrpení, protože „to se nesluší". Dvacetiosmiletá pacientka P. pocházela z Číny, žila v ČR jeden rok. Po příjezdu jí byla diagnostikována rakovina prsu. Česky neuměla a ani se nenaučila, v komunikaci byl vždy užíván tlumočník. Po roce léčby byla přijata na onkologické oddělení s jaterními metastázami. Dvakrát se v jednom týdnu pokusila o sebevraždu. Byla těžce depresivní, kritizovala lékaře za to, že ji nevyšlechli. Měla vztek, že zemře a cítila se bezmocná, protože měla v péči dvouletou dceru. K lepšímu pochopení jejího stavu je nutné znát postoje mladých žen v Číně: sebevražednost u mladých žen v Číně je jedna z nejvyšších na světě. Ženy se svými emočními problémy nikomu nesvěřují, aby „neztratili tvář" (14). V Číně jsou lidé k druhým otevřeně kritičtí, ale také se zároveň obávají kritiky rodiny, ale i širšího sociálního prostředí. Proto byla psychoterapeutka, která pomáhala pacientce se lépe vyrovnat s bolestí, utrpením a umíráním, chápána jako „lékařka ze západu, která nebude soudit". Paní P. měla velmi nízké sociální dovednosti, jako žena

se neviděla důležitá a vnímala jako hendikep, že sama porodila dceru (děvčata nejsou v Číně při povoleném jednom těhotenství ceněna). Pro pacientku bylo úlevné, že získala v psychoterapii při zvládání bolesti a umírání nekritizující a empatický přístup terapeutky.

## Zvládání bolesti

Napříč kulturami byly ve slovech popisujících bolest nalezeny podobnosti. Hispánci, Indiáni, černoši i běloši obdobně užívají k popisu intenzity bolesti slova jako je bolest, zranění a utrpení (15). Většina zdravotníků si je ale vědoma, že posouzení intenzity bolesti představuje mnohem závažnější problém, než pozorování chování jedince při bolesti, nebo jednoduchou odpověď „ano, mám bolesti/nebo ne, nemám“, či vyjádření intenzity. K hodnocení intenzity bolesti se sice v ošetrovatelské i lékařské péči užívají rutinně numerické, vizuální analogové i verbální škály, ale kulturní kontext pacienta, nebo necitlivý překlad metody, může narušit jejich validitu (16). Například, pokud je numerická stupnice bolesti užita u Čínských pacientů horizontálně, namísto vertikálně (ve které se Čínština čte), může být pacient zmatený z toho, jak intenzitu bolesti vyjádřit. Pacienti, kteří věří, že „dobří“ pacienti si nestěžují, nebo by měli bolest zvládat stoicky, méně pravděpodobně připustí, že mohou vůbec nějaké bolesti mít. Když je lékař požádá, aby ohodnotili intenzitu bolesti, mohou udávat mírnější stupeň. Proto je komplexní diagnostika bolesti u pacienta často závislá nejen na komunikaci pomocí překladatele, ale i na uvědomění si konkrétního kulturního a sociálního kontextu pacienta.

Kultura ovlivňuje také názory na to, jaká léčba bolesti je přiměřená. V západní biomedicínské kultuře je to farmakoterapie. Například Severoameričané chtějí často k lékaři ihned, aby mohli začít užívat léky. Východní kultury mají sklon upřednostňovat i alternativní přístupy, jako jsou léčivé rostliny, akupunkturu, jógu a relaxaci. Mnoho pacientů se zdráhá užívat opioidy kvůli kulturním tabu (17). Neochota některých kulturních skupin užívat léky ke snížení bolesti ale může souviset i s genetickými rozdíly, díky kterým mohou mít pravděpodobně nežádoucí účinky. Například čínští pacienti mají problémy s metabolizací opioidů, nedokáží přeměnit ko-

dein na metabolity podobné morfinu a jsou náchylnější ke gastrointestinálním problémům (18).

Na zvládání bolesti má vždy vliv i osobní postoj lékaře či sestry v léčbě bolesti. Pokud věří, že bolest je součástí života a je třeba ji snášet, mohou k léčbě bolesti přistupovat méně aktivně. Lékař, který se obává respiračních potíží, se může zdráhat poskytnout terminálně nemocnému pacientovi dostatečnou opioidní medikaci. Algesiolog může také stereotypizovat, že všichni jedinci z určité kulturní nebo etnické skupiny budou reagovat na podobnou medikaci stejně, nebo se budou stejně chovat. Zdravotníci si mohou spojovat určité minoritní skupiny se zneužíváním drog, což může vést k neadekvátní léčbě bolesti (19). Algesiologové by tedy nejdříve měli přezkoumat své vlastní názory na bolest a jejich kulturní podtext (20). Toto porozumění poskytne léčbu bolesti zasazenou do kultury konkrétního pacienta. Sebeuvědomění umožní algesiologovi vidět, zda by mohly jeho postoje a názory být v rozporu s názory pacienta, který pochází z jiné kultury.

## Závěr

Česká společnost se stává stále více multikulturní. Proto se i více budeme v léčbě onkologické bolesti setkávat s lidmi z jiných kulturních skupin. Pro efektivní léčbu bolesti je u těchto pacientů zásadní porozumět vlivu kultury na emoční reakce pacienta a na jeho očekávání v léčbě. Zároveň je důležité nevidět pacienty stereotypně, ale spíše uvažovat nad rozmanitými způsoby, kterými kultura ovlivňuje emoční reakce na bolest a dává smysl bolesti v individuálním příběhu jedince. Pacienti z jiných kulturních prostředí tedy potřebují od algesiologa především tzv. „kulturní empatii“. Součástí zvládání nádorové bolesti by měla být i psychoterapie s respektem na kulturní zvláštnosti země, ze které pacient pochází. Zaměřovat by se měla na podporu jedince k začlenění se v osobním i pracovním životě v jiné zemi, pokud je to vzhledem k závažnosti onkologického onemocnění možné. Překonávání překážek a zvládání negativních zkušeností je pro cizince žijícího v jiném kulturním prostředí půda pro osobnostní rozvoj a úspěšnou adaptaci v nových životních podmínkách. To je zároveň důležité i pro zvládání chronických bolestí a onkologického onemocnění.

„Podpořeno Ministerstvem zdravotnictví ČR – RVO, FN v Motole 00064203“.

## Literatura

1. Assmann J. Kultura a paměť. Praha: Prostor 2001.
2. Ginger J. Davidhizar R. Transcultural Nursing: Assessment and Intervention. St. Louis MO: Mosby Year Book 1999.
3. Davidhizar R. Bartlett D. Helping your Patients Control their Pain. The ABNF Journal 2000; 1: 13–20.
4. Bjorklund K. Bergstrom S. Is Pelvic Pain in Pregnancy a Welfare Complaint? Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 2000; 79(1): 24–30.
5. Goldberg DS. McGee SJ. Pain as a global public health priority. BMC Public Health 2011; 11: 770.
6. Van den Beuken-van Everdingen MH. de Rijke JM. Kessels AG. Schouten HC. van Kleef M. Patijn J. Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. Ann Oncol 2007; 18: 1437–49.
7. Moorey S. Greer, S. CBT for People with Cancer. Oxford: Oxford University Press 2012.
8. Raudenská J. Javůrková A. Některé etické úvahy, dilemata a podněty algeziologické péče o pacienta s chronickou ne-nádorovou bolestí. Bolest 2010; 13(4): 172–180.
9. Price DD. Central Neural Mechanisms that Interrelate Sensory and Affective Dimensions of Pain. Molecular Interventions 2002; 2: 392–403.
10. Carteret M. Dimensions of Culture: Cross-Cultural Communications for Healthcare Professionals. Sine loco: Marcia Carteret 2012.
11. Nayak S. et al. Culture and gender effects in pain beliefs and the prediction of pain tolerance. Cross-Cultural Research 2000; 34(2): 135–51.
12. Mareš J. Postraumatický rozvoj člověka. Praha: Grada 2012.
13. Davidhizar R. Giger JN. A review of the literature on care of clients in pain who are culturally diverse. International Nursing Review 2004; 1: 47–55.
14. Lee S. Kleinman A. Suicide as resistance in Chinese society. In: Perry E. Selden M. (Eds.), Chinese society: Change, conflict, and resistance. London: Routledge Curzon 2003: 289–311.
15. Gaston-Johansson F. et al. Similarities in Pain Descriptions of Four Cultural Groups. Journal of Pain Symptom Management 1990; 5: 94–100.
16. Lasch KE. Culture and pain. Seattle: International Association for the Study of Pain, 2002.
17. Lovering S. Cultural attitudes and beliefs about pain. J Transcult Nurs 2006; 17(4): 389–95.
18. Cepeda MS, et al. Ethnicity influences morphine pharmacokinetics and pharmacodynamics. Clin Pharmacol Ther 2001; 70(4): 351–61.
19. Burgess DJ. et al. Understanding the provider contribution to race/ethnicity disparities in pain treatment: insights from dual process models of stereotyping. Pain Med 2006; 7(2): 119–34.
20. Narayan MC. Culture's Effects on Pain Assessment and Management. American Journal of Nursing 2010; 110(4): 38–47.

**PhDr. Jaroslava Raudenská, Ph.D.**

2. LF UK Praha a FN Motol, Oddělení klinické psychologie  
V Úvalu 84, 150 06, Praha 5  
jaroslava.raudenska@fnmotol.cz

