

# **Problematika studu pacienta – příčiny a řešení**

Denisa Pechová

---

Bakalářská práce  
2011



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2010/2011

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Denisa PECHOVÁ**

Osobní číslo: **H080291**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Problematika studu pacienta – příčiny a řešení**

Zásady pro vypracování:

**Zpracování teoretické části:** Vyhledat a prostudovat odbornou literaturu k danému tématu. Vymezit pojmy: osobnost člověka, emoce, ego, egoobrané mechanismy. Zaměřit se na emoce související se sebehodnocením (stud, zahanbení, pocit viny).

**Zpracování praktické části:** Stanovit cíle a formulovat hypotézy. Sestavit dotazník a pomocí dotazníkového šetření vypracovat výzkum. Analyzovat data získaná výzkumem a zaznamenat je do grafů a tabulek.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

**BAŠTECKÁ, Bohumila; GOLDMANN, Petr. Základy klinické psychologie. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001. 436 s. ISBN 80-7178-550-4.**

**HAMER, Dean; COPELAND, Peter. Geny a osobnost: Biologické základy psychiky člověka. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003. 250 s. ISBN 80-7178-779-5.**

**NAKONEČNÝ, Milan. Lidské emoce. Vyd. 1. Praha: Academia, (Akademie věd České republiky), 2000. 335 s. ISBN 80-200-0763-6.**

**RANCOURT, Benoit. Zbavit se minulosti: Jak léčit dávná emoční zranění. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008. 208 s. ISBN 978-80-7367-363-5.**

**STUHLÍKOVÁ, Iva. Základy psychologie emocí. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002. 227 s. ISBN 80-7178-553-9.**

Vedoucí bakalářské práce:

**doc. PhDr. Josef Konečný, CSc.**

Ústav aplikovaných společenských věd

Datum zadání bakalářské práce:

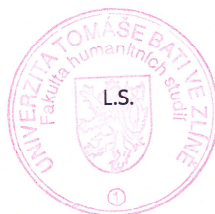
**10. února 2011**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**3. června 2011**

Ve Zlíně dne 10. února 2011

prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.  
*děkan*



Mgr. Anna Krátká, Ph.D.  
*ředitelka ústavu*

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně ..... 30.4.2011

..... Fecková Denisa

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací;

(1) Vysoká škola nevydělěčně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

Tématem mé bakalářské práce je Problematika studu pacienta – příčiny a řešení. Práce se skládá z teoretické části a z praktické části.

Teoretická část se zabývá psychologií člověka. Člověk je osobnost a individualita, který má své vlastnosti, názory a potřeby. Nemoc je velkou životní zátěží, která negativně ovlivňuje psychiku prožívání a reagování jedince. Vlivem nemoci se mění sebepojetí, zhoršuje se sebehodnocení a snižuje se sebeúcta. Dochází ke změnám základních potřeb a hodnot a jejich způsobů uspokojování.

Praktická část obsahuje zpracování a grafické znázornění získaných dat z dotazníkového šetření.

**Klíčová slova:** osobnost, ego, obranné mechanismy, potřeby člověka, soukromí, důstojnost, vina, zahanbení, stud, pomáhající profese

## **ABSTRACT**

The topic of this work has been appointed as Issue of Patients Embarrassment -Its Reasons and Solutions. This work consists of a theoretical and a practical part.

Theoretical part concerns psychology of human. A human is personality and individuality with his own attributes, attitudes and needs. An illness is major life stress, which has negative impact on mental of experience and individual's reactions. Due to illness, self conception is changing, self confidence and self respect decreasing. Changes of basic needs and values and their satisfaction appear.

The practical part consists of elaboration and graphical illustration of gained data from questionnaire survey.

**Keywords:** Personality, Ego, Defence Mechanisms, Human Needs, Privacy, Dignity, Guilt, Abashment, Shame, Helping Professions

Motto:

*„Co nezakazuje zákon, to zakazuje stud.“*

Seneca

### **Poděkování**

Touto cestou bych chtěla poděkovat doc. PhDr. Josefu Konečnému, CSc. za odborné vedení mé bakalářské práce, za cenné rady a připomínky, které mi byly při zpracování práce přínosem.

Ráda bych také poděkovala všem dotazovaným za poskytnutí svého času k vyplnění dotazníku. Velký dík patří rodině a přátelům za trpělivost a shovívavost po celou dobu mého studia.

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>11</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>12</b>
<b>1 LIDSKÉ EMOCE</b> .....	<b>13</b>
1.1 PRINCIP HEDONISMU .....	13
1.2 AFEKTIVNÍ JEVY .....	13
1.3 VZNIK EMOCÍ.....	14
1.4 EGO-VZTAŽNÉ SITUACE .....	15
1.5 ROZDĚLENÍ EMOCÍ.....	15
1.6 POCIT A KOMPLEX MÉNĚCENNOSTI .....	16
1.6.1 Symptomy: .....	16
1.6.2 Příčiny vzniku: .....	16
1.7 VINA, POCIT VINY .....	17
1.8 ZAHANBENÍ .....	17
1.9 STUD .....	17
<b>2 ZÁKLADNÍ LIDSKÉ POTŘEBY A HODNOTY</b> .....	<b>19</b>
2.1 POTŘEBY ČLOVĚKA .....	19
2.2 PŘEDSTAVA SEBE SAMA .....	20
2.2.1 Sebehodnocení .....	20
2.2.2 Sebepojetí .....	21
2.2.3 Aspirace.....	21
2.2.4 Svědomí.....	21
2.2.5 Normativ (regulativ).....	21
2.2.6 Sebekoncepce a sebeúcta.....	21
<b>3 OSOBNOST</b> .....	<b>23</b>
3.1 JAK NÁS OSOBNOST OVLIVŇUJE .....	23
3.2 VÝVOJ OSOBNOSTI .....	23
3.2.1 Tělové já a obraz vlastního těla.....	23
3.2.2 Vědomí sociálního já.....	24
3.3 SOCIALIZACE JEDINCE .....	24
3.4 GENY A OSOBNOST .....	25
3.5 OD STYDLIVOSTI K SEBEVĚDOMÍ .....	26
3.5.1 Hlavní determinanty a dominanty osobního vývoje dítěte .....	26
3.5.2 Rodičovská výchova.....	27
3.5.3 Neviditelná, citová zranění.....	27
3.6 EGO28	
3.6.1 Vývoj osobnosti podle Sigmunda Freuda .....	28
3.6.2 Složení ega .....	29



3.6.3	Síla ega .....	29
3.6.4	Ego-snaha .....	29
3.6.5	Ego-obranné mechanismy .....	30
<b>4</b>	<b>PSYCHOLOGIE NEMOCNÉHO .....</b>	<b>32</b>
4.1	PROŽÍVÁNÍ .....	32
4.2	CHOVÁNÍ.....	33
<b>5</b>	<b>PRÁVA A POVINNOSTI.....</b>	<b>34</b>
5.1	ZMĚNY A OMEZENÍ .....	34
5.1.1	Změna role.....	34
5.1.2	Technika versus lidskost .....	34
5.2	VZNIK ETICKÝCH KODEXŮ .....	35
5.2.1	Aktivita pacienta .....	35
5.2.2	Vývoj od dohod po práva .....	35
5.2.3	Práva pacientů .....	36
5.2.4	Důstojnost a právo.....	37
5.2.5	Soukromí a stud.....	37
<b>6</b>	<b>POMÁHAJÍCÍ PROFESE .....</b>	<b>38</b>
6.1	ZRANITELNOST A ZÁVISLOST .....	38
6.2	POTŘEBA PÉČE.....	38
6.3	BUDOVÁNÍ POZITIVNÍHO ZDRAVÍ .....	39
6.4	SALUTOGENEZE.....	39
6.5	VÍRA A DŮVĚRA.....	39
6.6	SOCIÁLNÍ OPORA .....	40
<b>7</b>	<b>POSTOJ JEDINCE K NEMOCI.....</b>	<b>41</b>
7.1	OMEZENÍ SOUKROMÍ.....	41
7.2	CHOVÁNÍ ZDRAVOTNÍKŮ K NEMOCNÝM .....	42
7.3	KOMUNIKACE VE ZDRAVOTNICTVÍ .....	42
<b>II</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>45</b>
<b>8</b>	<b>ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKY VÝZKUMU.....</b>	<b>46</b>
8.1	CÍLE A HYPOTÉZY .....	46
8.2	PRŮZKUMNÁ METODA .....	47
8.3	CHARAKTERISTIKA POUŽITÉHO DOTAZNÍKU .....	47
8.4	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU.....	48
8.5	ORGANIZACE PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	48
8.6	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT .....	49
<b>9</b>	<b>VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....</b>	<b>50</b>

9.1	GRAFICKÉ ZPRACOVÁNÍ DOTAZNÍKŮ .....	50
<b>10</b>	<b>SHRNUTÍ.....</b>	<b>95</b>
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>101</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>103</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....</b>	<b>106</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>107</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>109</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>111</b>

## ÚVOD

Ve své bakalářské práci se zabývám tématem Problematika studu pacienta. Toto téma bylo pro mě už na první pohled zajímavé. Na samém začátku psaní jsem měla velké obavy z toho, co budu o studu a stydlivosti psát. Každý z nás si nejspíš řekne - buď se stydím nebo se nestydím, co víc k tomuto tématu mohu psát. Čím více jsem se studem a stydlivostí zabývala, tím více jsem objevovala témata, která se studem souvisí a začala jsem se naopak obávat toho, že jedna práce nedokáže vše pojmut. Dá se říct, že vše, co jsem si přečetla na téma stud je důležité a související, a když nenapíšu jedno, nenavážu na druhé.

Všichni ve svém okolí určitě máme člověka, který se červená při každé příležitosti a naopak známe někoho, kdo nemá žádné zábrany říct a vykonat to, co je pro druhé trapné, směšné, ba dokonce nepřijatelné. Člověk je jedinečná osobnost a to znamená, že nenajdeme dva stejné jedince, kteří mají stejné reakce, myšlenky, každý jinak prožíváme a vyjadřujeme své emoce.

V dnešní moderní, přetechnizované, uspěchané a soutěživé době se začíná zapomínat na city a jejich projevy. Dnešní svět nás nutí, abychom emoce potlačovali, neprožívali, neukazovali své slabé stránky. Děláme ze sebe silné jedince, i když jsme uvnitř slabí, zranitelní, toužící po pohlazení, projevech lásky. Žijeme v době, kdy je velká a tvrdá konkurence a ta bohužel citům nepřeje. Každý z nás by si měl v životě najít svůj okruh přátel a hýčkat si ho. Mít svou rodinu, kde máme to zdravé, pevné zázemí, kde se nemusíme před nikým přetvářovat, nestydět se zdravě si poplakat, zasmát se nebo naopak ponadávat, zakřičet.

V nemoci se vše změní. Změní se nám žebříček hodnot, přání, cílů. Z věcí, ze kterých jsme se dříve hroutili, se najednou stávají nepodstatné a malicherné situace. V nemoci se z nás stávají bytosti vnímavé k projevům cizích emocí. Citelněji vnímáme negativní emoce, které si často na sebe vztahujeme, i když to tak ve skutečnosti není. Stydíme se odhalit a to nejen psychicky, ale samozřejmě i fyzicky. Stydíme se projevit, že jsme na tom psychicky špatně, že prožíváme pocity zoufalství, strach, beznaděj, smutek, opuštěnost a což teprve ten pocit, když se k tomu všemu máme svléknout, odhalit i to, co nám zakrývá naši už tak pošramocenou tělesnou schránku. Vnímejme hranice druhých, lidskou důstojnost ve zdraví a hlavně v nemoci.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 LIDSKÉ EMOCE

Z množství informací, které na jedince působí, je třeba vybrat ty, které jsou **významné**, které signalizují něco životně významného. Společně zde sehrávají úlohu poznávání, hodnocení a jednání: informace je třeba nejen získat, ale i zhodnotit jejich význam a na základě zhodnocení pak jednat.

Základnu pro tento společný proces tvoří emoce, které mají funkce hodnotící a motivační. M. Nakonečný (2000, s. 30) uvádí: „*Příjemné jsou prémií, nepříjemné jsou pokutou za chování.*“

### 1.1 Princip hedonismu

Chování jedince je pod vlivem emocí, a to tak, aby bylo dosaženo co nejvíce příjemných emocí a získáno co nejméně nepříjemných emocí – z tohoto faktu je odvozen **princip hedonismu** - lidská tendence k maximalizaci příjemného a minimalizaci nepříjemného (Nakonečný, 2000).

### 1.2 Afektivní jevy

Pokud mluvíme o emocích musíme zmínit všechny afektivní jevy, které k prožívání a jednání patří:

- emoce (radost, hněv);
- emoční epizody (partnerská hádka);
- nálady;
- dispoziční stavy (preferování určité rychlosti reagování);
- rysy (popudlivost).

#### Emoční epizody

Jsou mnohem rozsáhlejší z časového a prostorového hlediska než emoce. Je to událost mezi jedincem a jeho prostředím, složená z rozdílných emocí a směsí emocí.

#### Nálada

Je přetrvávající a udržované emoční klima. Nálada může být důsledkem konkrétní emoce, jedinec může reagovat dobrou nebo špatnou náladou. Je určitým způsobem hodnocení a vnímání světa (Stuchlíková, 2002).

### 1.3 Vznik emocí

Emoce vznikají spontánně, nelze je vyvolat uměle, mají vždy reaktivní charakter. Jsou vyvolány vnějšími podněty nebo vnitřními stavy. Vznikají vždy, když se děje něco významného, vzrušujícího. Obecně lze rozlišit vnější a vnitřní podmínky vzniku emocí (Nakonečný, 2000).

#### Vnitřní podmínky

Vnitřní podmínky souvisejí:

- s duševním děním člověka,
- s celkovým stavem organismu,
- nápadná je souvislost s potřebami (především psychické),
- s motivací (čekání na výsledek, stav nerozhodnosti),
- se svalovou a nervovou činností,
- sny jako zdroj emocí.

#### Vnější podmínky

- životně významné situace:
  - a) situace významné pro celý daný živočišný druh
  - b) situace významné pro individuum
- události každodenního života
- velké události (mají silný vliv, katastrofy, války, úrazy, ztráty blízkých osob, radostné události, narození dítěte, svatba), jedná se o dvě formy stresu:
  - a) distres – negativně prožívaná psychická zátěž
  - b) eustres – pozitivně prožívaná psychická zátěž
- očekávané události (naděje, obava, podle perspektiv, které přinese budoucnost)
- trvalejší životní podmínky (spokojenost, nespokojenost, život v blahobytu či nouzi, šťastné či nešťastné manželství)

V těchto uváděných podmínkách se uplatňují velké individuální rozdíly, vyvolané tím, že stejná situace může mít pro různé jedince **různý význam**. Je určována **angažovaností** ega a **vtážeností do situace**. Existují situace lhostejné, neemociální a situace vzrušující, které

posilují nebo zeslabují sebehodnocení a sebevědomí. Jsou to tzv. ego-vztažné situace (Nakonečný, 2000).

#### 1.4 Ego-vztažné situace

Vyvolávají nejsilnější emoce, protože způsobují **devalvaci či evalvací ega**. Je to schopnost jedince, aby se vyhnul, unkl, nebo naopak vstoupil do situací, které jsou pro jeho ego posilující, nebo naopak ohrožující, ponižující (Nakonečný, 2000).

Přisuzuje-li jedinec příčinu svého neúspěchu směle nebo cizímu zavinění, jedná se o druh **egodefenzivní reakce**, která snižuje negativní důsledky neúspěchu, může být považována jako určitý způsob **egoobrané reakce** (Nakonečný, 2009).

#### 1.5 Rozdělení emocí

Machač, Macháčova (1985) rozdělují emoce do šesti tříd:

1. Primární emoce (radost, strach, zlost, smutek).
2. Emoce související se smyslovou stimulací (bolest, hnus, hrůza, rozkoš).
3. Emoce související se sebehodnocením (**stud, hrdost, pocit viny**).
4. Emoce týkající se jiných lidí (láska, nenávisť, soucit).
5. Emoce hodnotící (humor, krása, údiv).
6. Nálady (mrzutost, úzkost, povznesená nálada).

M. Nakonečný (2000) zmiňuje klasifikaci podle D. Kreche a R.S. Crutchfielda:

1. Primární emoce (vrozené).
2. Emoce vyvolané senzorickeou stimulací.
3. Emoce vztahující se na ostatní lidi (láska, závist).
4. Emoce vztahující se k sebeoceňování (**stud, pýcha**).
5. Hodnotící emoce (humor, krása, obdiv).
6. Nálady (zasmušilost).

I. Stuchlíková (2002) uvádí emoce:

1. „**Já**“ emoce – **pocity vztahující se k našemu jednání**

Tyto emoce lze vymezit vztahem k našim vlastním konkrétním činům. Když své činy hodnotíme negativně, můžeme prožívat emoce **lítosti, strachu, rozpaků či viny**. Hodnotíme-li je pozitivně, pocítíme **hrdost, uspokojení**.

## 2. „Já“ versus „ty“ emoce

Dobrý nebo špatný osud druhých lidí v nás vyvolává řadu emocí v závislosti na našem vztahu k nim. Hlavními emocemi jsou negativní emoce ve vztahu k dobré situaci nebo k dobrému osudu druhých lidí – **závist a žárlivost**. Emoce zaměřené na špatný osud druhých jsou **lítost a soucit**. Pozitivní hodnocení toho, když se druhým daří dobře je radost z úspěchu druhého a pozitivní hodnocení, když se druhým nedaří je **škodolibost**.

## 1.6 Pocit a komplex méněcennosti

Pocit méněcennosti je pocit vlastní slabosti, bezmocnosti nebo neschopnosti. Někdy bývá posilován objektivními osobnostními nedostatky (špatné tělesné zdraví, tělesná deformace, defekt). Tyto pocity, které se zafixují a upevní, vedou k neurotickým symptomům a potom mluvíme o **komplexu méněcennosti** (Míček, 1986).

### 1.6.1 Symptomy:

- očekávání neúspěchu,
- přecenění významu pochvaly a pochlebování (snaží se vyvolávat chválu své osoby),
- hyperkritický postoj (odvrácení pozornosti od vlastních nedostatků na druhou osobu v pozici nadřazenosti),
- tendence k obviňování (hledání příčin svých neúspěchů u druhých a jejich obviňování z nezdaru),
- stálé srovnávání s druhými,
- špatné reagování na konkurenci,
- stranění se druhých (izolace), plachost a bojácnost.

### 1.6.2 Příčiny vzniku:

- chyby v ranné výchově (favorizování druhých, odmítání, výsměch, zlost, tvrdé tresty),
- nesprávná generalizace (nezdařený dílčí neúspěch ve výkonu),



- různé vady zevnějšku,
- citová zklamání,
- přesvědčení o morální slabosti nebo síle - amorální jednání (Míček, 1986).

## 1.7 Vina, pocit viny

Vina je spojena se strachem, pokud neodčiníme své jednání, druhý se na nás může hněvat a případně nám ublížit. Vina poskytuje pocit, že máme odčinit situaci nápravnou akcí. Proto, když cítíme vinu, snažíme se napravit to, co jsme udělali – omluvou, vysvětlováním, nabízením výmluv (Stuchlíková, 2002).

Pocit viny vzniká z vědomí viny a zahrnuje **trojici ego-vztažných pocitů: výčitky svědomí, lítost z provinění a stud ze sebe sama**. Toto vědomí je vědomím osobního selhání, které vede ke snížení sebecitu, tedy k devalvaci sebepojetí, která je psychicky neúnosná. Pocit viny je zahrnován do skupiny emocí označovaných jako emoce vědomí sebe sama – **ego-vztažné emoce**. Je vyvolán, když jedinec nedodrží morální normy, s nimiž se ztotožnil. Morální normy jsou dětem vštěpovány od nejtěplejšího věku a vedou k vytvoření **osobní morálky a svědomí** (Nakonečný, 2000).

## 1.8 Zahanbení

Zahrnuje negativní chování, které vyjadřuje naši osobnost, je spojováno se základním rysem našeho já a s nevýhodnou, nepříjemnou situací. Vina je spojená se strachem a odčiněním, u zahanbení žádný podobný pocit není. Možnost opovržení nebo pohrdání postačuje. U zahanbení neplatí odčinění dobrým skutkem pro druhé, protože zahanbení vyjadřuje základní osobní pochybení (Stuchlíková, 2002).

## 1.9 Stud

Stud má sociální povahu a patří **k ego-vztažným emocím**. Pro zážitek studu je podstatná konfrontace osobního nedostatku či neúspěchu se sociálním okolím, stud je vždy spojen s vědomím veřejné ztráty kompetence, důvěry, ztrapněním se, přistižením se při něčem nedovoleném, při lži. Stud se také objevuje jako reakce na chválu, což je protikladem k výše napsanému a také tehdy, jsou-li chváleni okázale a výrazně. Soukromý stud je vždy jen stud **morální** - stud ze sebe sama (Nakonečný, 2000).

Stud je prožíván lidmi ve všech kulturách a všech věkových skupinách, ale nejvíce je prožíván v průběhu dospívání.

Stud má devastující psychické účinky a jedinec, který se nachází v tomto stavu, se chce osvobodit, skrýt se, zmizet nebo i zemřít. Stud reprezentuje **globální napadení jáství**, lidé se stydí, když jiní vnímají jejich slabost, chybu, defekt, poskvrnění. Pocity viny se vztahují na poškození druhého, ale naopak pocit studu se vztahuje na poškození sebe sama. Podle Nekonečného (2000) je pocit studu historicky a kulturně podmíněný, je produktem socializace, protože bez pocitu viny a studu by lidé ztratili své porozumění pro morálku a etiku.

### **Projevy studu**

Projevem, který je nejvíce charakteristický pro stud, je **zardívání se, či zrudnutí**. Nedá se kontrolovat vůlí. Jeho fyziologickým podkladem je aktivita nervové soustavy a v zesíleném přítoku krve do kapilár obličeje. Intenzita červenaní je individuální, někteří jedinci prožívají stud bez červenaní. Rdění zasahuje obličej, hrdlo a horní část prsou, tedy nejexponovanější části těla. Červenání se ještě zintenzivňuje, když si jedinec uvědomí, že to na něm okolí pozoruje (Nakonečný, 2000).

## 2 ZÁKLADNÍ LIDSKÉ POTŘEBY A HODNOTY

Jakékoli onemocnění je velkou životní zátěží, která určitým způsobem ovlivní i psychiku nemocného, aktuální prožívání a reagování, ale i některé vlastnosti jeho osobnosti. Pod vlivem nemoci, i v jejím důsledku, převážně negativního sociálního významu se mění sebepojetí nemocného. Zhoršuje se jeho sebehodnocení a snižuje se sebeúcta, mění se základní potřeby a hodnoty. Mění se jejich hierarchie, preferovaný způsob uspokojování, motivace. Obvykle se stává hlavní potřebou zdraví (Vágnerová, 2004).

### 2.1 Potřeby člověka

Každý člověk je individualita, má své vlastnosti, postoje, názory a **potřeby**. Potřeba je projevem nedostatku a chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Je něčím, co lidská bytost potřebuje pro svůj život a vývoj (Trachtová a kolektiv, 2005).

M. Nakonečný (2009) ve své knize zmiňuje amerického klinického psychologa A. H. Maslowa, který chápe lidské potřeby jako podmínku udržování fyzického a duševního zdraví. Potřeby jsou uspořádány hierarchicky, a to z hlediska naléhavosti, s jakou jsou prožívány jako vnitřní tlaky k jednání. A. H. Maslow uspořádal potřeby od nejnižších – základních, k vývojově nejvyšším.

- **Základní potřeby:**

- a) fyziologické potřeby (uspokojení hladu, žízně, sexuální uspokojení);
- b) potřeba bezpečí (v situacích při ztrátě jistoty, v situacích nebezpečí, ekonomického selhání).

- **Psychologické potřeby:**

- a) potřeba sounáležitosti a lásky (být milován, být akceptován a někomu patřit);
- b) potřeba uznání (výkonu, kompetence, respektu, důvěry, získání souhlasu).

- **Potřeba sebeaktualizace:**

potřeba realizovat své schopnosti (duševní potenciál), potřeba osobního růstu, zahrnující poznávací a estetické potřeby.

Vývojově vyšší potřeba sebeaktualizace se projevuje u malého počtu osob, kteří jsou dobře uspokojeni ve svých základních a psychických potřebách, váží si sami sebe a respektují své sebepojetí (Nakonečný, 2009).

## 2.2 Představa sebe sama

Každý člověk si v průběhu svého života vytváří představu sebe sama.. Tato představa vychází ze **sebepoznání, sebehodnocení, hrdosti a sebeocenění**. Máme-li rádi sami sebe, pravděpodobně budeme mít kladný vztah k druhým lidem (Trachtová a kolektiv, 2005).

1. Člověk si uvědomí svoje „Já“ a také „Ne – já“, jako okolní svět (**vědomí sebe sama**).
2. Na základě posuzování sebe sama (**sebehodnocení**) si vytvoří představu o sobě, obraz sebe (**sebeobraz, sebepojetí**).
3. Na základě prožívání sebe sama a v hodnocení s jinými lidmi si připíše určitou hodnotu (**sebeocenění, sebeúcta**).
4. Postupně si vybuduje též představu o svých záměrech, tendencích, životních cílech a plánech (**sebekoncepce, seberealizace**).
5. Vytvoří si představu o svých možnostech (**aspirace**).
6. Vytvoří si kritéria posuzování sebe, okolního světa, vztahů, do kterých vstupuje (**normativy, hodnoty, svědomí**).

Jde o složky celku, jedné osobnosti, které se vytvářejí ve vzájemné závislosti (Řezáč, 1998).

### 2.2.1 Sebehodnocení

Je proces, v němž probíhá sebekontrola, posuzování sebe sama, hodnocení sebe v kontextu nějakých kritérií (norem, hodnot). Je-li tento proces u jedince dostatečně uvědomován a vědomě řízen podle daných kritérií, mluvíme o **sebereflexi** (Řezáč, 1998).

### 2.2.2 Sebepojetí

Je to ucelená představa o sobě samém, v důsledku sebeposuzování. Sebepojetí **neodráží skutečnost**, tedy jaký člověk skutečně je, **ale odráží představu sebe o sobě**. Člověk, který je průměrně disponovaný, může sám sebe vidět jako génia (Řezáč, 1998).

### 2.2.3 Aspirace

Znamená to, že jedinec vyjadřuje ve vztahu k určité situaci, na co si ještě trůfá a na co zrovna teď vzhledem k okolnostem už ne. To „chci něčeho dosáhnout“ (aspirovat na něco), vlastně znamená „myslím si, že na to mám“. Prožitky úspěchu nebo neúspěchu v předchozích aktivitách se podílejí na proměnách ve vztahu k sobě a k aktivitám následným. Obvykle neúspěch aspiraci snižuje (Řezáč, 1998).

### 2.2.4 Svědomí

Je forma prožívání morálního hodnocení sebe sama, vlastního jednání i pocíťování motivů. Se svědomím je spojován pocit viny jako prožitek rozporu mezi vlastním jednáním a normou.. Z norem plynou požadavky na jednání, tedy to co se musí, může nebo naopak nesmí a nemá. Svědomí je vnitřní normou, a je kompromisem mezi tím, co by člověk chtěl, a tím o čem ví, že by neměl, přestože má chuť to udělat a také to většinou učiní (Řezáč, 1998).

### 2.2.5 Normativ (regulativ)

Označuje zásady, principy, pravidla chování a jednání, která si člověk postupně utváří a přizpůsobuje vlivem sociální zkušenosti. Řečeno podle Řezáče (1998, s. 60): „*Podle norem (např. skupiny) se člověk často chová, ale podle normativů by se chovat chtěl.*“ Podle normativů člověk jedná, jsou to jeho základní postoje k sobě, lidem a prvkům sociálního a přírodního prostředí (Řezáč, 1998).

### 2.2.6 Sebekoncepce a sebeúcta

Zdravá sebekoncepce, sebeúcta a sebevědomí umožňují jedinci najít štěstí v životě a lépe se orientovat v náročných životních situacích (např. nemoc). **Sebekoncepce** je kognitivní složkou systému ego, je to jak vidím, vnímám sám sebe. Vyjadřuje názory a dojmy, které si jedinec vztahuje sám na sebe, nemají stejnou váhu a význam. Ty, které jsou pro jedince nejdůležitější, tvoří tzv. jádro sebekoncepce a ty, které jsou méně důležité, stojí na periférii.

**Sebeúcta** je emocionální (afektivní složkou) složkou systému ego a vyjadřuje emocionální vztah k sobě, co si o tom myslím, jak se vnímám, myslím. Sebekoncepci můžeme rozdělit do čtyř vzájemně propojených složek (Trachtová a kolektiv, 2005).

- a) **Obraz těla.** Vnímání fyzického, tělesného „já“, vnímání vzhledu, rozměrů a funkčností těla a jeho částí, zda je krásné nebo méně krásné, vitální pocit síly, svěžesti nebo naopak slabosti a sešlosti. Součástí tělového schématu je také oblečení, které se stává zdrojem sebestylizace. Obraz těla je ovlivněn kulturními a sociálními hodnotami. U některých onemocnění bývá právě obraz těla vážně narušen.
- b) **Výkon role.** Společnost každému jedinci předepíše určitou sociální roli vzhledem k jeho pohlaví, věku, socioekonomickému postavení, zaměstnání. Rolím se člověk učí a stávají se součástí jeho osobnosti.
- c) **Osobní identita.** Vystupuje pod pojmem ego a vytváří trvalý pocit identity a jedinečnosti.
- d) **Sebeúcta,** která může vyústit do pozitivního nebo negativního sebehodnocení. Máme dva typy sebeúcty – celkovou a specifickou. Celková sebeúcta je to, do jaké míry se jedinci líbí obraz sama sebe. Specifická sebeúcta je to, do jaké míry jedinec toleruje určitou část sama sebe (Trachtová a kolektiv, 2005).

### 3 OSOBNOST

Do psychologie byl pojem osobnost zaveden až na počátku 20. století, kdy se ukazovala nutnost studovat duševní život jako celek. Podle M. Nakonečného (2009) nahradil v psychologii pojem osobnost doposud užívaný pojem **duše**. Pojem duše byl nazván jako **nevědecký** - pojem duše do empirické vědy nepatří.

#### 3.1 Jak nás osobnost ovlivňuje

Osobnost určuje nejen to, jací jsme, ale také to, jak se chováme. Určuje, zda jsme průbojný nebo stydlivý, aktivní, nebo spíše pasivní, ke komu nás to přitahuje a co rádi podnikáme, je silou, která nás nutí k určitému jednání. Ovlivňuje náš vztah k jídlu, pití, kouření i spaní. Má vliv na míru prožitého stresu, na fyzické zdraví, na to, zda nás život těší, nebo ne, zda žijeme pasivním životem, nebo překypujeme životním elánem. Naše osobnost je natolik složitá, že ačkoli na zemi žijí miliony lidí, nenajdete dva stejné jedince. Podobně jako fyzický vzhled i osobnost lidí může mít nekonečně mnoho podob. Je to právě tím, co dělá každého z nás výlučným, odlišným od všech ostatních (Hamer, Copeland, 2003).

#### 3.2 Vývoj osobnosti

Člověk se osobností během svého života stává – jako osobnost se nerodí. Jeho chování je utvářeno mechanicky podmíněnými reakcemi, které vystupují jako složky různých pudů - již brzy po narození podmíněná sací reakce, jako složka obživného pudu (Nakonečný, 2009).

##### 3.2.1 Tělové já a obraz vlastního těla

U dítěte se nejprve vyvíjí **vědomí tělového já**, jako vědomí fyzické odlišnosti od vnějšího světa. Novorozenec zpočátku neodlišuje vlastní tělo od vnějšího světa, k tomu přispívá teprve postupná integrace dojmů z povrchu i z nitra vlastního těla.

**Obraz vlastního těla** je významným činitelem duševního života člověka, neboť v období dospívání a dospělosti je to velmi důležitý zdroj sebehodnocení, úrovně sebevědomí, ale je i vnějším aspektem osobnosti (lidé vnímání jako hezcí jsou svému sociálnímu okolí sympatičtí a jsou jako sympatičtí pokládáni, často ovšem mylně, také za důvěryhodné). Obraz vlastního těla zahrnuje představy o vlastním těle (je krásné nebo méně krásné), ale i pocity

spojené s hodnocením zdraví, fyzické síly a přitažlivosti a určité vitální pocity (síly, svěžes-  
ti nebo naopak vyčerpanosti a sešlosti). Z vědomí tělového já a později z obrazu vlastního  
těla se vytváří **tělesné sebepojetí** (Nakonečný, 2009).

### 3.2.2 Vědomí sociálního já

Člověk je sociální bytost a tento fakt si jako dítě postupně uvědomuje - jsem jiný než  
všichni ostatní. Přispívá k tomu především fakt, že dítě má své křestní jméno a že je jako  
něco jedinečného, odlišného od jiných dětí, sourozenců a členů rodiny. Později k tomu  
přispívají i soutěživé dětské hry, v nichž se jedinec také nutně konfrontuje s jinými jedinci  
(Nakonečný, 2009).

J. Řezáč (1998, s. 44) píše o socializaci: „*Smyslem socializace je humanizace jednotlivce;  
polidštění onoho kulturního barbara – novorozence.*“

## 3.3 Socializace jedince

Socializace je procesem, kdy jedinec objevuje společnost. Do společnosti se zařazuje,  
včleňuje a vrůstá a naopak společnost vyžaduje neustálé navazování, prohlubování a rozši-  
řování sociálních kontaktů. Předpokladem socializace je schopnost jedince se přizpůsobit  
sociálnímu prostředí. Základem harmonického vztahu jedince s prostředím je rovnováha  
mezi adaptací a adjustací (Řezáč, 1998).

- **Adaptace**

Adaptace znamená přizpůsobit se podnětům a podmínkám, které na něho působí z okolí.  
Člověk, ale není pasivní, chce prostředí měnit, tvořit a přizpůsobovat sobě, skrze své akti-  
vity a činnosti.

- **Adjustace**

Je přizpůsobení se prostředí aktivním zasahováním a zároveň přejímáním. **Osobní vpra-  
venost (personální adjustovanost)** je podle Řezáče (1998) vnitřní harmonií osobnosti,  
vytvoření si určitého náhledu a nadhledu na život, tedy uvědoměním si proč žiji, čeho chci  
v životě dosáhnout, o co usiluji, jaké hodnoty a jaké životní cíle považuji za podstatné.  
Adjustovanost proto bývá považována za jeden z **podstatných znaků zralé osobnosti**.



- **Maladaptace**

Ne každý jedinec se prostředí lehce přizpůsobí. Špatný, nedokonalý či neadekvátní průběh přizpůsobování se označuje pojmy **maladaptace** či **maladjustace**. Toto chování se projevuje:

**vnitřní nevyváženosti** – jednostranné přizpůsobování, buď sebe prostředí, nebo prostředí sobě;

**neadekvátními citovými reakcemi a postoji buď vůči sobě nebo jiným** – pocity méněcennosti, pomlouvání, agrese, uzavírání se do sebe nebo útek do snění;

**neadekvátním poznáváním** – fantastické myšlení;

**neadekvátní volní regulací** – nerozhodnost, nedostatečná sebekontrola, negativismus (Řezáč, 1998).

### 3.4 Geny a osobnost

Každý z nás má schopnost osobnostně růst a měnit se v každé etapě svého života. Lidé se učí zkušeností, od rodičů, od kamarádů, ale nezapomínejme na geny, na to co je nám dané a co neovlivníme. Velmi zajímavý je poznatek, že stydlivost nebo naopak otevřenost je geneticky dána již při narození a po celý život zůstává stejná (Hamer, Copeland, 2003).

#### Co vše je ovlivněno geny

Některé geny podmiňují rychlost, kterou je mozek schopen zpracovávat informace. Jiné mohou řídit specifické okruhy jako například matematické výpočty nebo čistý hudební sluch. Mnohé z toho, co jsme vždy považovali za nadání dané od Boha, se v laboratořích ukazuje geneticky podmíněno. Geny ovlivňují i to, jak naše tělo chárá s věkem. Geneticky je regulováno i pohlaví, biologické rozdíly mezi muži a ženami. Lidský zárodek je zpočátku bez pohlavních znaků až do doby, než začne fungovat jeden jediný gen a spustí kaskádu chemických reakcí, která z poloviny udělá chlapce. Další chování, které je do značné míry určeno geny, je závislost na alkoholu, tabáku a nebezpečných drogách (Hamer, Copeland, 2003).

Potěšující zpráva je, že vliv genů se nejsilněji projeví teprve v dospělosti. Inteligence dětí může být proto velmi významně ovlivněna, její rozvoj je přímo podmíněn stimulací z vnějšku; musí proto být vystavovány novým věcem, podněcovány k různým činnostem.

Není překvapující, když z velmi stydlivého dítěte vyroste člověk, kterému je nepříjemné seznamovat se s cizími lidmi. Společenské dítě pak často dospěje v přátelského člověka, který se rád setkává a seznamuje s novými lidmi (Hamer, Copeland, 2003).

### 3.5 Od stydlivosti k sebevědomí

Proč se některé děti stydí a jiné jsou společenské? Stydlivé i společenské dítě přichází do styku se stejnými neznámými lidmi, ale proč na ně dítě reaguje negativně a druhé pozitivně? Na tyto otázky hledá odpověď V. Smékal a P. Macek a konstatují, že sedm prvních let života dítěte rozhoduje. Lze říct, že dítě je v tomto věkovém úseku života houbou, která pohlcuje, roste a rozvíjí se tempem, které později nemá obdobu. V. Smékal a P. Macek (2002, s.12 - 13) tvrdí: „*Pravdu má psychoanalýza i transakční analýza, když hlásají, že dítě je otcem dospělého – a myslí se dokonce dítě v prvních pětiletí či šestiletí života. V této souvislosti lze připomenout aforismus tradovaný jezuitů: Dejte mi dítě do sedmi let věku a bude mé navždycky.*“

#### 3.5.1 Hlavní determinanty a dominanty osobního vývoje dítěte

**Kojenecký věk** (od narození do konce 1. roku): důvěra či nedůvěra; sebestředné stadium; sensorické připoutání; v 8. měsíci začíná rozlišovat známé od neznámého.

**Batolecí věk**, první dětství (2. – 3. rok): autonomie nebo závislost; napodobivost; ovlivnitelnost; dětská logika – důslednost; rozvoj představivosti; první znaky prospektivního myšlení; vývoj smyslu pro druhé; ve třetím roce je první období vzdoru; věta „já sám/sama“ se považuje za vznik „jáství“.

**Předškolní věk** (4 – 5 let): iniciativa nebo vina; svědomí; rozlišování dobrého/špatného; první poznání bezpečného/nebezpečného; dětská logika; závislost na pravidlech; ztotožnění se s hodnotami klíčových osob; začátky skupinové hry.

**Konec prvního a začátek druhého dětství** (5 – 7 let): kompetence nebo méněcennost; logika přechodu od doslovného k symbolickému; konkrétní zkušenost; orientace na pravidla; plánování; oportunistická morálka „oko za oko“; střídání nálad; situační kamarádi; adaptace pozice v řadě (dítě se musí smířit s tím, že není samo, což obtížně snášejí děti jedináčci); v šestém roce dochází k první změně tělesné struktury – narušení psychosoma-

tické rovnováhy, poruchy spánku, náchylnost k onemocněním, nálady a rozlady, úzkostnost.

**Počátek dospívání** (kolem 11. roku): je přípravou na dospívání, které se označuje jako období druhého zrození; dochází ke zrodu vědomí v té struktuře a funkcích, jaké jsou zkušenosti dospělého (Smékal, Macek, 2002).

### 3.5.2 Rodičovská výchova

Své výsadní postavení před všemi faktory má rodičovské pojetí výchovy.

**K pozitivním faktorům** vývoje patří: milující rodiče, kteří dítě nerozmažlují, ale poskytují mu jistotu a bezpečí, věnují se mu, vyprávějí mu a předčítají, umožňují mu kontakt s vrstevníky; docházka do školky; hračky podněcující fantazii a tvořivost.

**K rizikovým faktorům** patří: deprivace; nezájem rodičů věnovat se dítěti, ponižování dítěte výtkami a nadávkami, absence vzorů morálně vyspělého jednání; nepodnětné prostředí; akční televizní programy s násilnou tematikou, reklamy, klipovost televizních programů; přetěžování ve škole i mimoškolními aktivitami; nadměrné ambice rodičů; nebezpečí drog, gamblerství a počítačové hry (Smékal, Macek, 2002).

### 3.5.3 Neviditelná, citová zranění

Ani milující rodina nemůže dítě ochránit před riziky života. Dysfunkční rodiny vystavují děti velkým stresům, ať už jde o působení alkoholismu, nebo toxikomanie, o pohlavní zneužití, nebo fyzické či slovní násilí. Existují však i jemnější, nevysvětlitelná zranění, k nimž dochází ve zdravém prostředí, kde se zraňující okolnosti nevyskytují. Zranění může ovšem souviset s nějakou traumatizující událostí, která může vést k neblahým následkům. Může však také vycházet z přecitlivělosti dítěte, které právě prožívá nějaký kritický okamžik vývoje, takže je více citlivé. V obou případech se citové zranění vryje do paměti (Rancourt, 2008).

Emoční utrpení, které dítě nedokáže snést, se mu vryje do podvědomí. Jakmile se tyto emoční vzpomínky jednou vpíjí do paměti, představují neviditelné vnitřní zranění, které později mohou znovu rozjitřit jiné události. Naše mysl všechny tyto příhody pečlivě uklidila do **podvědomí**. Naštěstí jsme na všechny ty nepěkné scény zapomněli, ale nevymazali je. Stopy všeho, co mysl zapomněla, dosud zůstávají v těle. Skrytá zranění nijak nesouvis-

jí s násilnými scénami, pohlavním zneužíváním, toxikomanií rodičů nebo předčasnou ztrátou někoho blízkého. **Naopak, někdy vznikají ve jménu lásky.** Jak daleko máme zajít do minulosti, abychom našli původ citového zranění? Matka, jež v těhotenství onemocní, v podstatě ovlivňuje negativně své dítě. Její bolesti, její myšlenky i obavy zabarvují vývoj dítěte, které se má narodit. I když je dítě dosud v děložní „tmě“, vidí, ochutnává, cítí a zakouší celou emoční atmosféru, která ho obklopuje. Nechtěné dítě cítí, že je nechtěné, dokonce i před narozením. Dítě jiného pohlaví, než o jaké rodiče stáli, to ví, dokonce i když se o tom nic neříká (Rancourt, 2008).

### 3.6 Ego

V psychologii vystupuje pojem ego v různých významech, pro různé aspekty já, respektive jáství. V psychologii často označuje **ego** vyvinuté pojetí sebe sama a **má dvě roviny**:

- reálné ego, je to za koho se jedinec považuje a co o sobě soudí;
- ideální ego, to, čím by jedinec chtěl být a jaký by chtěl být (Goldmann, Baštecká, 2001).

#### 3.6.1 Vývoj osobnosti podle Sigmunda Freuda

Podle S. Freuda je vývoj dítěte hnán pudovým eroticko-sexuálním uspokojením – **libidem**. **První fázi** vývoje je fáze orální - do 18 měsíců věku dítěte. Zdrojem uspokojení jsou hlavně ústa, sání a kousání – orální agrese. Psychickou obdobou je závislost.

**Druhá fáze** je anální. Zdrojem uspokojení je vyměšování a vyprazdňování konečníku. Psychickou obdobou je zadržování, hromadění a ovládání.

**Třetí fázi** označuje jako falickou. Zdrojem libých pocitů jsou u chlapců penis, u dívek poštvěáček. V psychice má podobu pronikání do světa a do rodičovské dvojice.

Sigmund Freud (1856 - 1939) je zakladatelem psychoanalýzy, vídeňský neurolog a psychiatr, rodák z Příbora na Moravě. Řada jeho názorů a pojmů, jako ego, superego, id, vědomí, předvědomí, nevědomí je používána dodnes (Goldmann, Baštecká, 2001).

### 3.6.2 Složení ega

S. Freud se domníval, že osobnost se skládá ze tří hlavních složek: **id, ego, superego**.

**Id** - nejprimitivnější část osobnosti, skládá se ze základních biologických impulzů (pudů): potřeba jíst, pít vylučovat odpadní látky a získat smyslovou slast.

**Ego** – složka osobnosti, která bere v úvahu reálný svět a oddálí uspokojení pudových impulzů na vhodnou dobu.

**Superego** – složka osobnosti, která posuzuje, zda jsou činy člověka dobré, nebo špatné. Je to zvnitřnělá prezentace hodnot a svědomí jedince (Praško, 2003).

### 3.6.3 Síla ega

Míra rozporů mezi oběma rovinami ega (**reálné versus ideální**) vytváří tzv. sílu ega: čím jsou tyto rozpory větší, tím je ego slabší, a naopak.

Slabé ego může vést k nejistotě, a může být deaktivující. Určitá míra nespokojenosti se sebou samým však může být motivující. A naopak, přílišná spokojenost se sebou samým vede ke stagnaci osobního vývoje. Určitá míra vnitřních rozporů či určitá míra nespokojenosti se sebou samým (protiklad samolibosti) je tedy přirozeným duševním stavem (Nakonečný, 2009).

### 3.6.4 Ego-snaha

Úsilím jedince je získat v očích svých i svého sociálního okolí co největší hodnotu, stát se někým, koho si ostatní váží, obdivují ho a ctí, kdo má moc, úspěchy i důvěru. Tato snaha je důležitou vlastností ega, kterou Nakonečný (2009) popisuje jako ego-snahu.

- **Egovztažné motivace**

Hodnota věcí a jevů je poměřována vztahem k egu. Psychologové v tomto smyslu hovoří o egovztažných motivacích. Vztah objektu k egu a jeho význam pro ego rozhoduje o tom, zda se o něj zajímáme či nikoli, zda je nám sympatický či nikoli a podobně. Objekty vnějšího světa, osoby nevyjímaje, vystupují často jako nástroje ega pro dosahování cílů. Tento cíl vyjadřují termíny **evalvace a devalvace ega** (Nakonečný, 2009).

- **Evalvace a devalvace ega**

Prakticky se to projevuje snahou získat respekt, obdiv, úctu, vyhnout se opovržení, odmítání, projevům odporu atd. Zvyšování hodnoty sebe sama (dosahování evalvace ega) a zabraňování snižování hodnoty sebe sama (zabraňování devalvací ega) jsou vedle pudu zachování života základní tendence člověka.

Deprimující jsou neúspěchy, selhání, pocity „ztráty tváře“, přehlížení, zesměšňování, pohrdání. Pocit hanby ze sebe sama může vést i k sebevraždě – pocit ztráty hodnoty ega tak může být silnější než pud sebezáchovy (Nakonečný, 2009).

### 3.6.5 Ego-obranné mechanismy

Podle Praška (2003) jedinci, kteří jsou vystavováni různým typům zátěží, či se ocitnou v situaci, kdy musí udělat něco špatného, zakázaného, pociťují úzkost. Freud popsal několik strategií, které může jedinec použít, aby zabránil vzniku úzkosti, nebo ji snížil. Tyto strategie nazval **obranné mechanismy ega**. Pomáhají nám překonat nepříjemné situace, pokud se s nimi nejsme schopni vypořádat přímo.

- **Vytěsnění** - ohrožující nebo bolestné impulzy či vzpomínky jsou vyloučeny z vědomí. Vytěsněny jsou často vzpomínky, které vyvolávají pocity studu, viny nebo vedou k sebepodceňování.
- **Potlačení** - je úmyslné sebeovládání, kdy člověk ovládá svoje impulzy a přání (tím, že si je připouští v soukromí, ale veřejně je popírá) nebo dočasně odsune, když se potřebuje soustředit na nějaký úkol.
- **Racionalizace** – je to přisouzení logických nebo sociálně žádoucích motivů tomu, co děláme, takže se nám zdá, že jednáme rozumně.
- **Reaktivní výtvar** – utajení pohnutky před sebou samým, tím, že jedinec silně vyjádří opačný motiv.
- **Projekce** – všichni máme nežádoucí vlastnosti, které nechceme přiznat ani sobě, projekce nás chrání před poznáním našich nežádoucích vlastností tím, že je v přehnané míře připisuje druhým lidem.

- **Intelektualizace** – pokus o získání emočního odstupu od stresové situace tím, že se s ní vyrovnáváme pomocí abstraktních, intelektuálních termínů.
- **Popření** – pokud je vnější realita příliš nepříjemná, jedinec ji může popřít. Občas může být popření faktů lepší, než když se s nimi člověk setká tváří v tvář. V těžké krizi může popření poskytnout člověku čas, aby se s krutou skutečností postupně vyrovnal.
- **Přesunutí** – částečně uspokojuje nepříjemnou potřebu, kdy náhradní činnosti pomáhají snižovat napětí, když je zmařen základní pud.

Subtypem přesunutí je **sublimace** – uspokojení hostilních a agresivních impulzů přeměnou na sociálně přijatelné (Praško, 2003).

## 4 PSYCHOLOGIE NEMOCNÉHO

Jednání a chování člověka můžeme zkoumat z mnoha různých pohledů. Psycholog se soustředí na lidskou osobnost a její projevy, lékař studuje nemoci a hledá způsob, jak tyto nemoci léčit, sociolog se zajímá, jak vznikají a jak se vyvíjejí lidské vztahy. Pro toho, kdo má etický pohled, bude prioritou to, jak člověk chápe, prožívá a také činí dobro a zlo (Příkaský, 2000).

Psychologie tedy zkoumá **psychické procesy** (prožívání, chování a jejich produkty) a **psychické dispozice - osobnost** (Nakonečný, 2004).

### 4.1 Prožívání

Podle M. Nakonečného (2004) je nemožné přesně určit to, co je prožívání, neboť prožívání je děj, který se uskutečňuje vnitřně (tj. v mysli) každého jednotlivce, je to, který je slovy ne vždy plně sdělitelný. Hlavním znakem vědomí je intencionalita, tj. vědomí určitého předmětu (např. vjem stromu, zaměřenost myšlení na řešení určitého problému, cit vztahující se k někomu, snaha zaměřená na dosažení něčeho). Prožívání je tedy souhrn vnitřních procesů a stavů v lidské mysli a které lze dále rozložit na následující **psychické procesy**:

- poznávání čili kognice (vnímání, imaginace a myšlení);
- cítění čili emoce;
- snahy čili motivace.

### Vědomé prožívání

Výraz **vědomé prožívání** znamená, že zážitky jsou akceptovány jako „mé zážitky“, že jsou obvykle vnitřně verbalizované (spojované se slovy vnitřní řeči), a tím jsou, byť často jen obrysově, slovy sdělitelné.

### Nevědomí

M. Nakonečný (2004) ve své knize také zmínil užitečný pojem **nevědomí**, který má svůj specifický význam a není protikladný výše uvedenému pojmu vědomí. Zdrojem nevědomých způsobů jednání, pocitů, představ, myšlenek a postojů jsou právě **potlačené**,



z vědomí souvislosti „vytěsněné“ (vypuzené) psychické události, které jsou v rozporu s naší osobní morálkou. Potlačené a z nevědomí vytěsněné psychické obsahy nezůstávají nečinné, **působí** – aniž bychom si to uvědomovali. Potlačené nevědomé city, myšlenky a snahy jsou zdrojem iracionálního chování, činů, které naše sociální okolí nechápe a kterým často nerozumíme ani my sami.

## 4.2 Chování

M. Nakonečný (2004) vysvětluje pojem chování jako **navenek se projevující** psychika, tedy to, co člověk činí, říká a jak se tváří. Chováním tedy je: nakupování, koupání se, cestování, řízení automobilu, v pohybech vyjádřený útěk, útok a mimické výrazy (např. úžasu, pohoršení, pláče a smíchu). Existují následující **složky chování**:

- jednání;
- řeč;
- výraz (citů a snah v obličeji a v pohybech těla).

Chování vyjadřuje to, co člověk prožívá a tuto jednotu prožívání a chování vyjadřují následující formy chování.

### Expresivní chování

Vyjadřuje to, co jedinec skutečně prožívá - např. má vztek a chová se agresivně.

### Adaptivní chování

Vyjadřuje situaci přizpůsobené chování - např. jedinec určitou osobou pohrdá a považuje ji za hloupou, ale protože se té osoby bojí, nedává své pocity najevo a chová se vůči ní uctivě, ba dokonce i obdivně, nebo jí různě lichotí (Nakonečný, 2004).

## 5 PRÁVA A POVINNOSTI

Pacienti, kteří se ocitnou v nemocničním prostředí, jsou vystaveni řadě nových povinností a omezení. Pro nás zdravotníky je velmi důležité vědět, jak jsou tyto role pacientem přijímány a jak se s nimi vyrovnávají (Bártlová, 2005).

### 5.1 Změny a omezení

Hospitalizovaný nemocný je vyřazen ze společnosti zdravých a ocitá se v postavení člověka psychicky a fyzicky podřízeného. V normálním životě do této chvíle může prakticky vše, co není zakázané, v nemocnici naproti tomu nemůže nic, co by nebylo vysloveně povoleno. Nemocnému se často říká, co smí, co nesmí, co musí, nebo se mu to ani neříká (což je chybou), ale spíše se to předpokládá. Jde o **zásadní a podstatné změny** oproti normálnímu životu (Bártlová, 2005).

#### 5.1.1 Změna role

Vstupem do nemocničního prostředí znamená pro nemocného nutnost **osvojit si novou roli**. Přitom se musí podřídit autoritě, která je vůči nim uplatňována. Ne všichni jedinci si novou roli osvojují snadno a rychle, největší rozdíly v přizpůsobení vidíme především ve věku. Vytvoření si určitých návyků a stereotypů v každodenním životě se ve výjimečných situacích způsobených neočekávanou událostí stává vážnou překážkou. Pro pacienta je nemocnice dvojitým prostředím – jednak je to zařízení, kde našel pomoc, jednak pro něj nemocnice představuje dočasný domov. V současné době lze hovořit o dvou typech pacientů:

- stále přibývá věkově starší populace – tedy starších pacientů,
- přibývá stále vzdělanějších pacientů odmítajících pasivní roli ve vztahu pacient – lékař (Bártlová, 2005).

#### 5.1.2 Technika versus lidskost

Dalším úskalím nemocnice je, že právě zde je nejvíce pocíťován rozpor mezi technickými vymoženostmi naší doby a skutečnými možnostmi **důstojně a přiměřeně uspokojovat** potřeby pacientů. To je dnes jednou z hlavních příčin všeobecné nespokojenosti se stavem a úrovní lékařské péče. Technicky dokonalé léčebné metody si vyžadují zlepšení mezilid-

ských vztahů. Lékařská a ošetrovatelská péče pod vlivem obrovského pokroku neudržela krok s využíváním poznatků společenských věd, jako je psychologie a sociologie a technika stále více vstupuje do bezprostředního vztahu zdravotníka a nemocného. Prostřednictvím přístrojů dostává zdravotník informace o nemocném, které dříve získával přímým stykem s ním. Zdravotník tím pádem přestává cítit potřebu osobního kontaktu s pacientem a naopak pacient tento úzký vztah se zdravotníkem postrádá (Bártlová, 2005).

## 5.2 Vznik etických kodexů

V dobách, a to bylo až do druhé poloviny minulého století, existoval mezi zdravotníkem a pacientem **paternalistický vztah**. Veškerá odpovědnost za léčení pacienta byla na zdravotnících a oni tuto roli rádi přebírali a podle toho se také chovali. Dnes považujeme za etický **vztah partnerský**, který předpokládá mnoho práv, ale i povinností na straně nemocných v oblasti prevence, diagnostiky i léčby nemocí. Z tohoto hlediska byly v USA a v Evropě formulovány nejrůznější etické kodexy vytyčující obecné nároky a povinnosti klientů, ale také řada deontologických kodexů týkajících se určitých skupin klientů např.: Práva tělesně postižených, Práva duševně nemocných, Práva těhotných žen a nenarozených dětí, Charta práv dětí v nemocnici atd. (Goldmann, Cichá, 2004).

### 5.2.1 Aktivita pacienta

Pacient je dnes více informovanější a o svém zdravotním stavu více přemýšlí než v dřívějších dobách. Ví, že hodně záleží na něm, a chce také, aby se s ním počítalo, jednalo se o něj. Se zavedením zdravotního a nemocenského pojištění si pacient i u nás začíná stále více uvědomovat, že vůči lékaři vystupuje jako klient, který mu přináší peníze. Čím dál více se začíná objevovat i strana třetí ve vztahu lékař – pacient a to advokáti – jako profesionální obhájci práv pacientů (Bártlová, 2005).

### 5.2.2 Vývoj od dohod po práva

P. Goldmann (2001, s. 344) uvádí: „*Mezilidské vztahy a jejich praxe jsou odedávna upravovány různými dohodami. Jejich vnější formálnost může být vyjádřena různě: od všeobecně očekávaného zdvořilého chování a zachovávání běžných zvyků společnosti přes dodržování nepsaného práva až po jasně formulované kodexy, jejichž závaznost a vymahatelnost však může být různá.*“

Problémem právních norem je jejich dynamika a snaha o kopírování společenské reality. Tak, jak se mění život společnosti a vytváří nové situace i vztahy a z nich vyplývající nároky na právní úpravy. Proto probíhá nekončící diskuse o problémech etiky zdravotnického povolání. Jejich základním společným kamenem **zůstává úcta k životu a ochrana slabých**. Složitost těchto otázek dosvědčuje i to, že právní úpravy lékařského povolání nalézáme již v nejstarších psaných dokumentech (Goldmann, Baštecká, 2001).

Nejznámějším dokumentem tohoto charakteru je tzv. **Hippokratova přísaha**. Je nejstarším čistě lékařským kodexem, je obecně brána za etickou normu a běžně vnímaná veřejností jako přísaha, která je pro lékaře plně závazná a její porušení by mělo být sankcionováno. Ve 20. století vznikaly kodexy, které byly založeny na Hippokratově přísaze a snažily se jí převést jazykem i obsahem do současných podmínek. Postupně se v Evropě a Severní Americe obrací pozornost nejen na chování zdravotníků, ale i na formulování práv nemocných. Začínají vznikat etické kodexy profesních seskupení (Etický kodex lékařů, Etický kodex pracovníků nelékařských oborů), ale i charty práv pacientů (Goldmann, Baštecká, 2001).

### 5.2.3 Práva pacientů

První Charta práv nemocných byla vyhlášena v USA již v roce 1972. Tímto vyhlášením byly zdravotníci nuceni přesně a konkrétně vymezit na jakou péči **má nemocný právo** a jaká péče mu **musí být poskytnuta**. Jako reakce na vyhlášení práv nemocných začaly vznikat první standardy zdravotní (ošetřovatelské) péče. Mezi nejstarší ošetřovatelské standardy patří práce sester v neodkladné péči vypracované Americkou asociací sester.

Česká verze etického kodexu **Práva nemocných** byla koncipována na základě Vzorových práv pacientů, které zveřejnil Americký svaz občanských svobod v roce 1985. Definitivní verze Práv pacientů, která je zaměřena na česká specifika, vznikla na základě výsledků široké diskuze odborné veřejnosti. Byla formulována a vyhlášena Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví ČR dne 25. února 1992.

Česká verze charty **Práva hospitalizovaných dětí** vychází z textu Charty práv dětských pacientů britské organizace NAWCH (National Association for the Welfare of Children) a z charty práv hospitalizovaných dětí, která byla schválena na I. evropské konferenci

o hospitalizovaných dětech v roce 1988. V roce 1993 tento materiál podpořila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví ČR (České ošetřovatelství 2, 1998).

#### 5.2.4 Důstojnost a právo

Vzájemný vztah pacient – zdravotnický pracovník, je velice křehký a **založený na vzájemné důvěře a vzájemné úctě**. Je nesporné, že oba subjekty mají stejná práva a stejné povinnosti. Navzdory tomu je ve společnosti obecně přijímán a prosazován názor, že pacient má právo se dovolávat ochrany proti neetickému nebo protiprávnímu jednání zdravotnického pracovníka. Již **méně je přijímán názor**, že stejné právo má zdravotnický pracovník, pokud se pacient chová neeticky nebo je dokonce hrubý a personál napadá verbálně i brachiálně. Zastánci pacientů argumentují tím, že toto nevhodné chování pacienta je ovlivněno jeho zdravotním stavem nebo obavou o pacienta, pokud je hrubý doprovod pacienta, a proto mají zdravotničtí pracovníci toto nevhodné chování pacientů omlouvat a tolerovat (Vondráček, Ludvík, 2005).

#### 5.2.5 Soukromí a stud

Ve své bakalářské práci se zabývám studem pacientů. Tato problematika je přímo zmíněna a zakotvena v právech pacienta, kde se píše, že: „*V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věci důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral*“ (Etický kodex Práva pacientů, 1992, online).

## 6 POMÁHAJÍCÍ PROFESE

Zdravotnictví v České republice představuje obor, ve kterém se neúprosně odráží sociokulturní klima společnosti, ekonomická a politická úroveň a úroveň vzdělanosti. V dávné minulosti existovaly velmi malé možnosti, jak pomáhat trpícím, jak v nemoci, tak v sociálních situacích. Naši předkové považovali nemoc, smrt, utrpení a bídu za přirozenou součást života. S postupným růstem přírodovědných znalostí, rozvojem biologických a společenských věd jsme se dostali až do dnešní moderní doby, ve které považujeme za samozřejmost **pomáhat v boji proti utrpení**. Tato pomoc je nedílnou součástí profesionality pracovníků pomáhajících profesí (Goldmann, Cichá, 2004).

### 6.1 Zranitelnost a závislost

Lepší možnosti vyvolávají i vyšší nároky. Všichni lidé mají stejnou **hodnotu i důstojnost** a mají rovné právo na vzdělání, práci a zdraví. Při práci s lidmi v pomáhajících profesích, je třeba počítat s tím, že každý jedinec vykazuje jiný příběh a že jeho chování může být nepředvídatelné. V každém případě je důležité, aby byla pomoc poskytována v atmosféře **důvěry a lidského porozumění**. Vůle k životu i snaha po sebezáchově jsou charakteristické rysy lidské existence spolu se závislostí a zranitelností. Deficit soběstačnosti zdaleka nepůsobí jen při narození, přetrvává celý život i ve středních a konečných fázích života. Každý z nás je v nebezpečí, že se mu nedostane všeho, co potřebuje a co mu může poskytnout jen druhý člověk (Henriksen, Vetlesen, 2000).

### 6.2 Potřeba péče

Často se stává, že ten, kdo potřebuje nebo je odkázán na profesionální péči, pocítuje svou situaci jako nedůstojnou. **Potřebovat pomoc** – to někdy člověk prožívá jako něco nedůstojného a může se stát, že tuto pomoc neumí přijmout. Čím méně je člověk schopen postarat se o své potřeby, tím větší je jeho závislost na druhém člověku. A čím je tato závislost větší, tím víc vzrůstá pocit bezmoci. Právě na tyto rysy lidského života – zranitelnost, závislost, křehkost a smrtelnost se zaměřuje péče o druhého. **Péče vyplývá** z nezvolených podmínek a stává se životní okolností. Péče má úzkou souvislost s kvalitou života a má odpovídat požadavkům důstojnosti (Henriksen, Vetlesen, 2000).

### 6.3 Budování pozitivního zdraví

V posledních desetiletích je přijímán názor, že nemoc stejně jako zdraví má mnohafaktorový, bio-psycho-sociální základ. V moderní společnosti ubývá jednoznačných onemocnění, u kterých stojí v popředí fyzikální, chemické nebo bakteriální faktory a začíná převažovat stále více nemocí, u kterých hrají hlavní roli psychické a sociální faktory. Těžiště zájmu se přesouvá od hledání rizikových faktorů, od prevence konkrétních chorob ke studiu společných znaků, faktorů nebo podmínek, které udržují (pomáhají udržet) zdraví. Oba přístupy – **zábrana chorob a budování pozitivního zdraví** – se vzájemně doplňují a nelze je oddělit (Bártlová, 2005).

### 6.4 Salutogeneze

V současné době si nelze klást za cíl zbavit člověka nemocí a usilovat o to, aby dosáhl fyzické, psychické a sociální pohody, ale musíme rozvíjet a využívat všech jeho pozitivních biologických, psychických a sociálních vlastností a schopností. Pojem pozitivní zdraví lze spojit s filozofickým náhledem, který prezentoval prof. A. Antonowsky. Zajímal se o to, **proč člověk neonemocní**, a to i tehdy, jsou-li přítomny zcela určité objektivně prokazatelné patogenní faktory. Místo na **patogenezi** (rizikové faktory nemoci), se zaměřil na **salutogenezi**, tj. faktory, které podporují zdraví. Podle prof. Antonowského jsou to: osobní autonomie, důvěra ve svět a lidi kolem nás, pocit smysluplnosti života, schopnost rozumět světu a ovládat jej ve vztahu k událostem vlastního života (Bártlová, 2005).

### 6.5 Víra a důvěra

J. Křivohlavý (2001) vyzdvihuje jeden z kladných faktorů na náš celkový zdravotní stav a to, **důvěru a víru**. Podle něj nám každý lékař z běžné praxe potvrdí, že lidé, kteří svému lékaři a jeho terapii věří, se uzdravují lépe a rychleji. Důvěra pacienta k lékaři se projevuje také v pacientově snaze lékaře poslechnout a jednat přesně podle jeho doporučení. J. Křivohlavý nepíše jen o víře a důvěře ve vztahu pacient a zdravotník, ale má na mysli i víru v náboženské oblasti. Už naši předkové věřili, že víra pomáhá a nejen na zdravotní stav. Víra je osobním rozhodnutím pro určité zaměření života, může být orientováno k různému cíli, a to, čemu věřím a mít pro co žít, hraje podstatně důležitou roli v životě člověka.

## 6.6 Sociální opora

Dávno je pryč doba, kdy klasické pojetí medicíny bylo tak silné, že mluvit o jiných problémech než jsou somatické faktory ovlivňující náš zdravotní stav, bylo považováno za nevědecké. Povědomí o tom, že psychika má určitý vliv na zdravotní stav člověka, je dnes přijímáno jako samozřejmost, a to jak lékaři, tak i běžnou populací. Psychologie byla ve svých začátcích zaměřena na **jednotlivce** (individuum) a na jeho **duševní život** (vnímání, myšlení, cítění, chtění). Velice brzy se v psychologii začalo uplatňovat poznání, že člověk není sám, žije ve společenství s druhými lidmi, že je společenským tvorem a v nouzi se může spolehnout na pomoc druhých, má tzv. **sociální oporu** (Křivohlavý, 2001).

- **Význam sociální opory**

Obecně se má za to, že sociální opora má v životě člověka svůj význam. Jde o důležitý moment v procesu **zvládnání životních těžkostí**: když člověk onemocní, dostane se do určité životní krize, je postižen nehodou (úrazem), je zklamán nepříznivým chodem událostí (úmrtí blízkého člověka), nebo stojí před závažným rozhodnutím. Jde o jeden z nejdůležitějších **pozitivních faktorů** ovlivňující nepříznivý vliv negativních životních situací na psychický i fyzický zdravotní stav člověka, na jeho **pohodu** a na **kvalitu života**. Svým způsobem ovlivňuje a posiluje **sebeúctu** – seberepekt, zvyšuje **sebevědomí a sebehodnocení či sebeocenění**. Kladně ovlivňuje subjektivní pojetí osobní kompetence - přesvědčení o tom, že danou situaci zvládnou a jsem schopen ji zvládnout svými dovednostmi, schopnostmi, znalostmi (Křivohlavý, 2001).



## 7 POSTOJ JEDINCE K NEMOCI

Nemoc zbavuje člověka řady povinností, mění sociální role, znamená dočasnou změnu sociální situace a prostředí, v němž se odehrává každodenní život, což je pro nemocného velmi nepříjemné. Většina nemocných při běžných onemocněních reaguje přiměřeně, přijímá diagnózu a doporučení, snaží se dodržovat pokyny, spolupracuje, chce být zdrav (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

### 7.1 Omezení soukromí

Zdravotnický pracovník si při své práci nemusí uvědomit, že to co nemocný prožívá, čím prochází, může být pro něj zcela nové, nepoznané, **ponižující, nedůstojné**. Veškerá činnost s nemocným silně zasahuje do soukromí a dotýká se jeho vlastního „já“. V těchto situacích, které jsou pro člověka nové, se očekává, že nemocný sdělí zdravotníkovi řadu věcí, které normálně tají a nikomu neřekne. Zdravotník k těmto věcem časem otupí a **neuvědomuje si rozpaky a stud** nemocného. Je nutné si osvojit a ctít ohleduplnost a šetrnost, vyvarovat se zbytečným komentářům ke sděleným informacím. Soukromí nemocného je součástí lékařského tajemství, které patří k základním etickým požadavkům zdravotnického pracovníka (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

- **Úkony vedoucí ke studu**

Velkým zásahem do soukromí nemocného je **obnažování**. Obnažování je myšleno nejen v ordinacích, ale i na pokojích před ostatními spolupacienty, dále **vykonávání základních hygienických a vyprazdňovacích potřeb** na pokoji v něčí přítomnosti. Nemocný člověk prožívá rozpaky a stud, pokud je jeho tělo deformováno **úrazem či nemocí**. Stud se zvyšuje, když se nemocný současně **obává vyšetření** a je svými projevy zahanben. Ke studu a pocitu viny vede také nadměrný **strach**, někdy označovaný jako panický, který vede jedince ke škodlivým reakcím, ukvapenému, neúčelnému jednání, kterého potom lituje. K pocitu zahanbení vede **bezmocnost** a to i přechodná, kdy u nemocného vidíme pohrdání sebou samým, které se vnucuje, i když ví, že k tomu nemá důvod. Nikdy nevíme, jak bude člověk reagovat, proto je nutné postupovat ohleduplně a šetrně s cílem zachovat sebeúctu nemocného (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

## 7.2 Chování zdravotníků k nemocným

Zdravotník musí jednat s nemocným jako s člověkem, ne, jako s případem, měl by se bránit emocionální únavě, profesionální opotřebovanosti, deformaci až otrlosti, které vedou k neúměrně zjednodušenému pohledu na nemocného a na jeho problémy. Každodenní chování sestry vůči nemocnému má být bráno jako psychoterapeutický přístup, hovoříme o produktivním chování sestry, které nemocnému pomáhá a do určité míry ovlivňuje to, jak se s nemocí a jejími důsledky vyrovná (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

### Pravidla produktivního chování obsahují:

- uvedení nemocného do prostředí léčebného zařízení, vysvětlení neznámých věcí, poučení, které pomáhá v celkové orientaci,
- úsilí o redukci záporných emocí (strach, úzkost, stud, beznaděj),
- upozornění a varování, která vedou k pozitivním cílům (jak se vyhnout nepříjemnostem),
- zainteresovaný osobní vztah k nemocnému, projevy zájmu, vcítění, náklonnosti, sympatií,
- podporu a pomoc, jako zdroj jistoty a bezpečí,
- aktivní úsilí o spolupráci, dodávání odvahy, aktivizace nemocného, jako protiklad apatie a izolace,
- průběžné udržování oboustranného kontaktu, vzájemná výměna informací mezi sestrou a nemocnými,
- vytváření ovzduší optimizmu, smysl pro humor, vhodně zvolený žert a vtip,
- trpělivost a zájem vyslechnout monolog nemocného,
- ocenění snahy a úsilí nemocného (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

## 7.3 Komunikace ve zdravotnictví

V závěru bych chtěla zmínit neméně důležité téma a to je komunikace. Komunikace je pro náš život velmi důležitá, komunikujeme o všem, co je součástí našeho života. Máme silnou

potřebu si sdělovat své radosti, neboť sdělená radost se stává dvojnásobnou radostí a naopak pro zármutek platí, že sdělená bolest je jen poloviční bolest (Jankovský, 2003).

Správná komunikace je nezbytná v každodenním životě zdravotníka a ve sféře vzájemného vztahu s nemocným. Komunikace tvoří základ veškeré ošetrovatelské péče a v rámci profese vyžaduje zcela zvláštní dovednosti, které je nutné neustále rozvíjet (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

## Druhy komunikace

V komunikaci informujeme druhého o našem vztahu k němu, o svých pocitech, očekávaních, o našich hodnotách, motivech, cílech a přáních. Vše můžeme vyjádřit pomocí mluveného nebo psaného projevu (verbálně), nebo informace sdělujeme neverbálně, mimoslovně, mluvou těla (Jankovský, 2003).

### Verbální komunikace

Informace sdělujeme pomocí slov. Aby byla komunikace produktivní, řídíme se těmito zásadami: jednoduchost, stručnost, zřetelnost, správná načasovanost a závažnost, přizpůsobivost, důvěryhodnost (Jankovský, 2003).

### Neverbální komunikace

Někdy nazývaná řečí těla. Pomocí neverbálních prvků vyjadřujeme mnohem snadněji než slovy své emoce, povzbuzení, porozumění (Jankovský, 2003).

Ve vztahu k mé bakalářské práci se zmíním pouze o některých prvcích, které souvisejí se studem, soukromím a intimitou. Jsou to vzdálenost mezi lidmi, postoj jedince, mimika a tělesný kontakt.

**1. Vzdálenost (proxemika)** – informuje nás o vztahu dvou lidí. Při rozhovoru rozlišujeme čtyři zóny, kdy pronikání z jedné do druhé se projevuje emocionálním vzrušením. Ve zdravotnictví je potřeba mimořádného taktu a citlivosti při péči, protože **právě zde dochází k narušení jednotlivých zón, především pak intimní a osobní.**

- **intimní (soukromá)** – od 15 – 30 cm, bezprostřední osobní kontakt, důvěrné informace, zóna objetí (milenci),

- *osobní (přátelská)* – od 45 – 120 cm, zóna dotyku, společenských posezení a úředních rozhovorů,
  - *sociální (formální, pracovní)* – od 150 – 350 cm, jde o sféru služebního, úředního styku, který dává větší jistotu a pocit většího bezpečí,
  - *veřejná (lhostejná)* – okolo 800 cm, někdy nazývaná únikovým pásmem, slouží k veřejné formě vystoupení.
2. **Postoj (posturítika)** – tělesný postoj naznačuje psychický stav člověka, svému okolí sděluje, jak mu je. Sestra by neměla stát nad nemocným, měla by se snažit, aby komunikující oči byly při rozhovoru ve stejné výšce.
  3. **Mimika – výraz obličeje.** Vnitřní psychické stavy se odrážejí ve výrazech obličeje. Horní polovina sděluje těžké prožitky strachu, úzkosti, bolesti, které můžeme vidět v přivřených očích a pokrčeném čele. Dolní část obličeje, okolí úst signalizuje uvolnění, úsměv, klid. Úsměvem lze rychle navázat kontakt nebo zklidnit nepříjemného nemocného.
  4. **Tělesný kontakt (haptika)** – zahrnuje vnímání tlaku, chladu, tepla, chvění, bolesti. Tělesný kontakt u nemocných patří ke každodenní činnosti zdravotníka. Ne vždy je ale pro obě strany příjemný. Sestra by měla umět pohladit, vzít za ruku, povzbudit, měla by být schopná empatie (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

## **PRAKTICKÁ ČÁST**

## 8 ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKY VÝZKUMU

### 8.1 Cíle a hypotézy

Základním cílem výzkumu je získat empirická data, jejichž zpracování dovolí rozšířit poznání problematiky studu ve zdravotnictví, jeho projevů a činitelů, kteří jej mohou ovlivňovat.

**Cíl č. 1: Zjistit, jak dotazovaní stud prožívají a jak se s pocitem studu vyrovnávají.**

**Hypotéza č. 1:** Většina dotazovaných prožívá stud červenáním se.

**Cíl č. 2: Určit, které výkony a situace vyvolávají u dotazovaných pocit studu.**

**Hypotéza č. 2:** Nejvíce se dotazovaní stydí v situaci, kdy mají o svých problémech mluvit před jinými svědky.

**Hypotéza č. 3:** Více se stydí ženy než muži.

**Cíl č. 3: Zjistit, zda se při poskytování zdravotní péče dodržuje právo na soukromí a stud.**

**Hypotéza č. 4:** Převládá názor, že při poskytování péče je dodržováno a respektováno pacientovo soukromí a brán ohled na jeho stud.

**Cíl č. 4: Zjistit, zda dotazovaní znají Práva pacientů a jak jsou o těchto právech informováni.**

**Hypotéza č. 5:** Většina dotazovaných zná Práva pacientů.

**Hypotéza č. 6:** Většina dotazovaných si o Právech pacientů přečetla na internetu.

## 8.2 Průzkumná metoda

Jako sběrnou metodu pro získání informací jsem zvolila **dotazníkovou metodu**. Dotazník je relativně nejrozšířenější a nejpoblárnější formou získávání dat. V ošetřovatelství se stal dotazník (spolu s rozhovorem) velmi rozšířenou technikou. Dotazník je v podstatě souborem otázek, které jsou předem připraveny na určitém formuláři. Výhodou dotazníkové techniky je jednoznačná formulace otázek bez emocí dotazovaného a možnost hromadného, počítačového zpracování. Nevýhodou této techniky je, že při eventuálním nepochopení nelze nic opravit, doplnit nebo zpřesnit. Dotazník lze v terénu použít anonymním nebo neanonymním průběhem. Anonymitou rozumíme respektování důvěrného charakteru individuálních informací, využití pouze pro hromadné zpracování a neidentifikatelnost konkrétních osob, které jsou zdrojem informací. Neanonymní průběh je nezbytný tam, kde se vedou kartotéky jednotlivých členů (Bártlová, Sadílek, Tóthová, 2005).

Druhy otázek v dotazníku:

- **Uzavřené otázky** – nabízejí soubor možných variant odpovědí, ze kterých respondent vybere vhodnou odpověď, která se nejvíc blíží jeho názoru.
- **Otevřené (volné) otázky** – nechávají zcela na respondentovi, jaká bude jeho odpověď.
- **Polouzavřené otázky** – jsou kombinací uzavřené a volné otázky. Nejčastěji se jedná o doplnění v otázce variantou „jiná odpověď“.
- **Filtrační otázky** – mají eliminovat respondenty, kteří nemohou odpovědět na následující otázku.
- **Projekční otázky** – předkládáme respondentovi k posouzení názory a postoje jiných lidí. Lze využít i bublinové texty k navození fiktivní situace.
- **Kontrolní otázky** – klademe tam, kde potřebujeme ověřit pravdivost výpovědi (Bártlová, Sadílek, Tóthová, 2005).

## 8.3 Charakteristika použitého dotazníku

Dotazník, který jsem vypracovala a použila k získání informací, obsahuje 21 otázek (příloha P I: Dotazník). V úvodu dotazníku se respondentům představuji vlastním jménem a vysvětluji, k jakému účelu budu získané informace používat. Dotazovaní jsou ujištěni, že

informace, které napíšete, budou anonymní a použity pouze pro účel mé bakalářské práce. Na závěr dotazníku vyjadřuji poděkování za ochotu a čas, který mi vyplněním dotazníku věnovali. Otázky, na které respondenti odpovídají, jsem sestavovala podle předem stanovených cílů.

#### **Použité otázky v dotazníku:**

- Úvodní otázky, nezávisle proměnné: otázka 1, 2
- Uzavřené otázky dichotomické: otázka 3, 16
- Uzavřené otázky polytomické: otázka 5, 7, 8, 10, 12, 13, 15, 20, 21
- Otevřená (volná) otázka: otázka 6
- Polouzavřené otázky: otázka 11, 14, 17, 18, 19
- Filtrační otázky: otázka 4, 9

### **8.4 Charakteristika zkoumaného vzorku**

Respondenti, kteří se účastnili mého dotazníkového šetření, byli studenti prezenčního i kombinovaného studia. Vybrala jsem si studentky a studenty z Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně (obor Všeobecná sestra a Porodní asistentka), Vyšší odborné školy zdravotnické Zlín (obor Diplomovaný zdravotnický záchranář) a Vysoké zdravotnické školy v Praze. Celkem jsem rozdala 120 dotazníků, 60 dotazníků bylo určeno ženám a 60 bylo určeno mužům. Dotazníky jsem předávala osobně, pomoc s vyplněním dotazníků mi také nabídl pan docent Konečný, který je rozdál svým studentům, také jsem využila pomoci svých přátel a spolupracovníků.

### **8.5 Organizace průzkumného šetření**

Jak jsem již uvedla, rozdala jsem celkem 120 dotazníků a zpět jsem získala 111 vyplněných (59 žen, 52 mužů). Celková návratnost je tedy 93 %. Průzkumnému šetření předcházela pilotní studie, kdy jsem rozdala 8 dotazníků mezi své přátele a spolupracovníky. Ty jsem požádala o zpětné informace, zda je pro ně dotazník srozumitelný a zda neměli problém s jeho vyplněním. Po menších opravách souznačných slov a slovních obrátů, jsem po konzultaci s panem docentem Konečným vytvořila poslední a kompletní podobu dotazníku. Výzkum probíhal březen – duben 2011.



## 8.6 Zpracování získaných dat

Po získání 111 vyplněných dotazníků jsem se dala do zpracovávání dat a informací. Nejprve jsem využila tzv. „čárkovací metodu“, kdy jsem zaznamenávala stejné odpovědi pomocí čárek. Výsledky odpovědí, jsem zapisovala do tabulek a grafů v programu Microsoft Excel. Do tabulky jsem zaznamenávala **absolutní četnost** – počet stejných odpovědí na nabízenou možnost a **relativní četnost v %** – dílčí hodnota z celkového počtu dotazovaných, položky jsem zaokrouhlovala na celé číslo. Dalším krokem bylo vytvoření grafů. V mé práci jsem použila grafy kruhové výsečové.

## 9 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

### 9.1 Grafické zpracování dotazníků

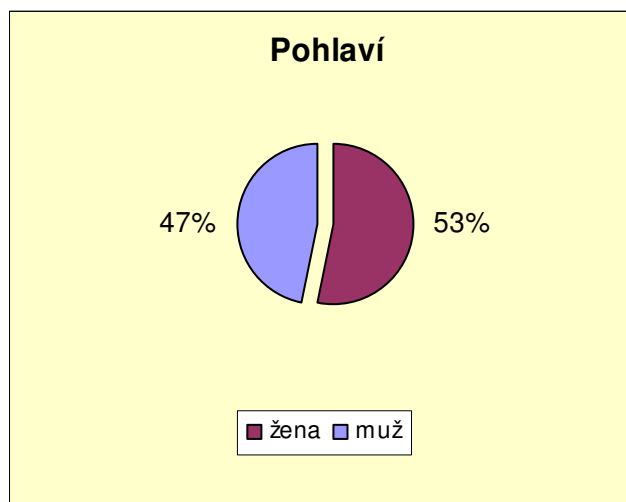
Otázka č. 1 Pohlaví

- a) žena
- b) muž

Tabulka 1 Pohlaví

	absolutní četnost (počet)	relativní četnost (%)
žena	59	53
muž	52	47
<b>celkem</b>	<b>111</b>	<b>100</b>

Graf 1 Pohlaví



#### Komentář:

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 53 % žen a 47 % mužů.

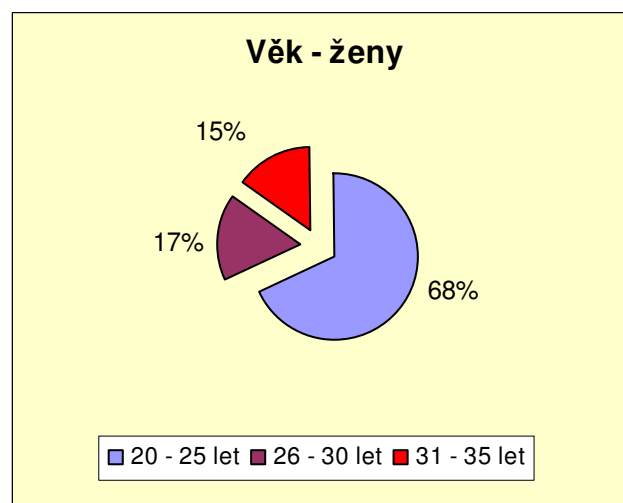
## Otázka č. 2 Věk

- a) 20 – 25 let
- b) 26 – 30 let
- c) 31 – 35 let

Tabulka 2 Věk - ženy

ženy	absolutní četnost (počet)	relativní četnost (%)
20 - 25 let	40	68
26 - 30 let	10	17
31 - 35 let	9	15
<b>celkem</b>	<b>59</b>	<b>100</b>

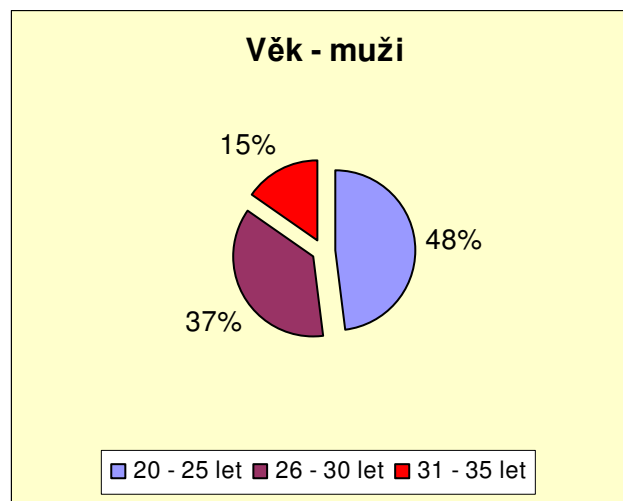
Graf 2 Věk - ženy



Tabulka 3 Věk - muži

muži	absolutní četnost (počet)	relativní četnost (%)
20 - 25 let	25	48
26 - 30 let	19	37
31 - 35 let	8	15
<b>celkem</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

Graf 3 Věk - muži

**Komentář:**

Z tabulek a grafů vyplývá, že nejvíce respondentů je ve věku 20 – 25 let: počet žen 40 (68 %), počet mužů 25 (48 %), následuje věk 26 - 30 let, kdy je zastoupeno 10 žen (17 %), mužů je v tomto věku 19 (37 %), nejmenší skupinu tvoří dotazovaní ve věku 31 – 35 let. Žen je 9 (15 %) a mužů je 8 (15 %).

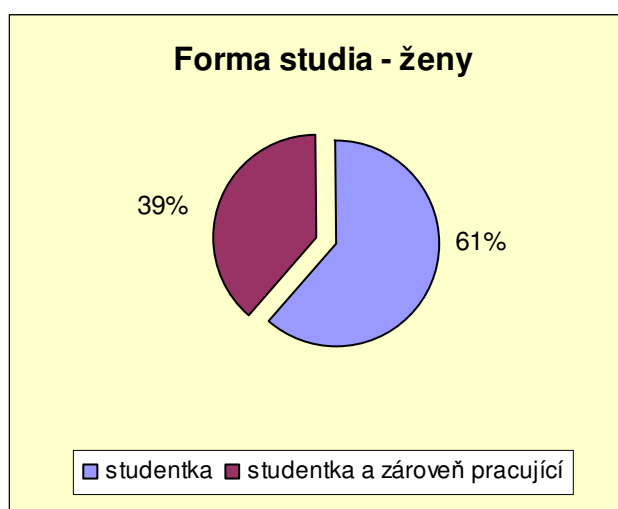
Otázka č. 3 **Jsem:**

- a) student/ka
- b) student/ka a zároveň pracující (plný, částečný úvazek, brigádně)

Tabulka 4 Forma studia - ženy

ženy	absolutní četnost (počet)	relativní četnost (%)
studentka	36	61
studentka a zároveň pracující	23	39
<b>celkem</b>	<b>59</b>	<b>100</b>

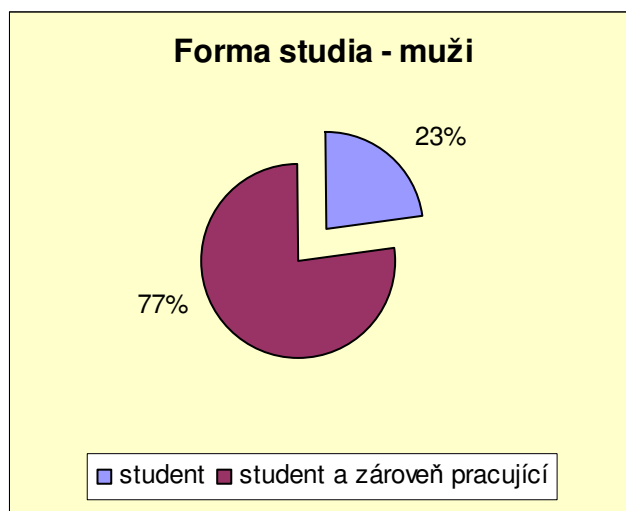
Graf 4 Forma studia - ženy



Tabulka 5 Forma studia - muži

muži	absolutní četnost (počet)	relativní četnost (%)
student	12	23
student a zároveň pracující	40	77
<b>celkem</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

Graf 5 Forma studia - muži

**Komentář:**

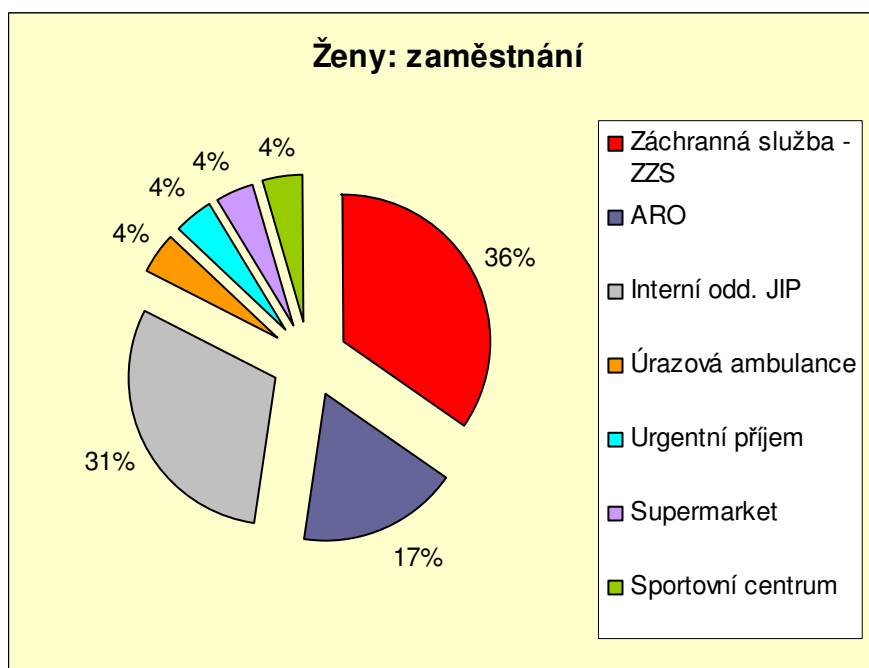
Z tabulek a grafů vyplývá, žen studentek je 36 (61 %), studentek a zároveň pracujících je 23 (39 %). Z mužů je 12 studentů (23 %), studentů a zároveň pracujících je 40 (77 %).

## Otázka č. 4 Pokud jste zaměstnaní, napište prosím, kde:

Tabulka 6 Zaměstnání - ženy

ženy	absolutní četnost (počet)	relativní četnost (%)
Záchranná služba - ZZS	8	36
ARO	4	17
Interní oddělení JIP	7	31
Úrazová ambulance	1	4
Urgentní příjem	1	4
Supermarket	1	4
Sportovní centrum	1	4
<b>celkem</b>	<b>23</b>	<b>100</b>

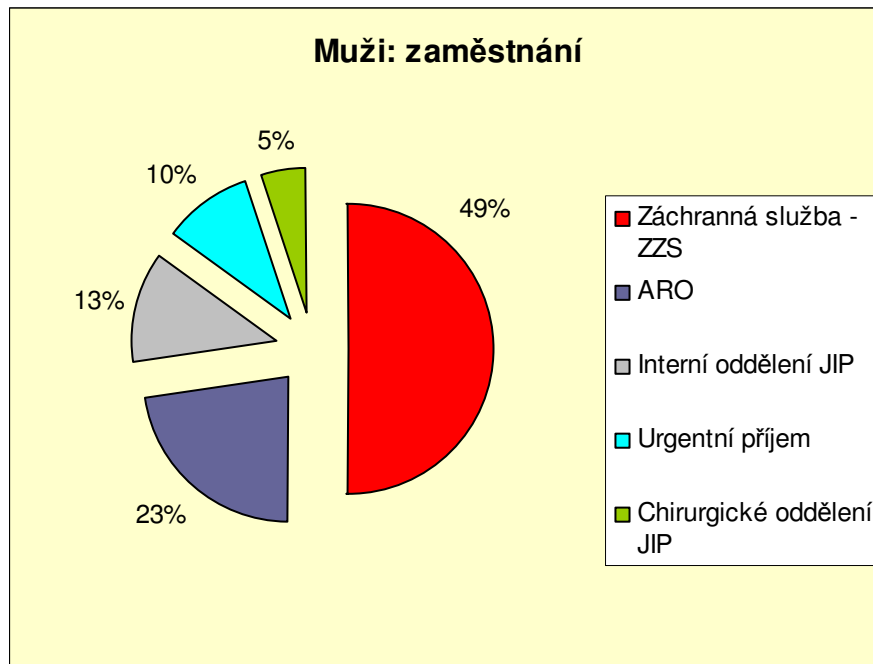
Graf 6 Zaměstnání - ženy



Tabulka 7 Zaměstnání - muži

muži	absolutní četnost (počet)	relativní četnost (%)
Záchranná služba - ZZS	20	49
ARO	9	23
Interní oddělení JIP	5	13
Urgentní příjem	4	10
Chirurgické oddělení JIP	2	5
<b>celkem</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

Graf 7 Zaměstnání - muži

**Komentář:**

Z 23 žen, které pracují, je nejvíce u záchranné služby v počtu 8 (36 %), 7 žen (31 %) pracuje na interním oddělení, na ARO pracují 4 ženy (17 %), 1 žena (4 %) pracuje na úrazové ambulanci, 1 (4 %) na urgentním příjmu a 2 ženy (8 %) pracují mimo zdravotnictví (supermarket a sportovní centrum). Ze 40 mužů, kteří pracují, je 20 mužů (49 %) u záchranné služby, 9 mužů (23 %) na ARO, 5 mužů (13 %) na interním oddělení JIP, 4 muži (10 %) na urgentním příjmu, 2 pracují na chirurgickém oddělení JIP, což je 5 %.



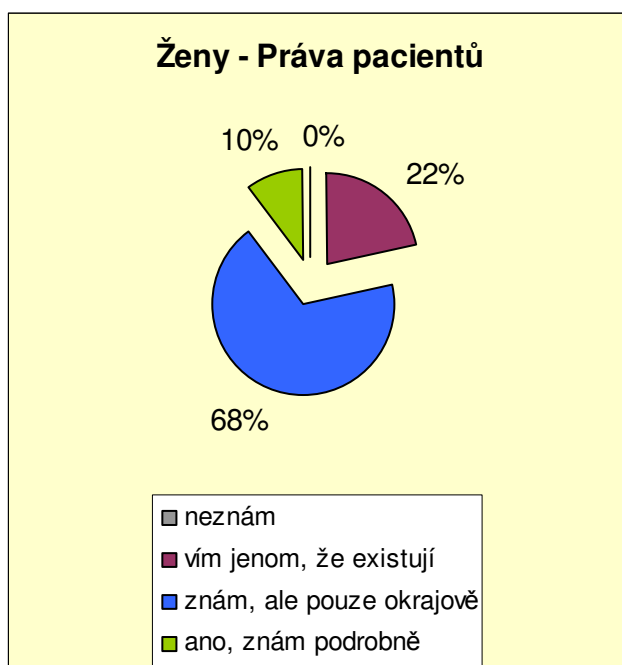
Otázka č. 5 **Práva pacientů:**

- a) neznám, nikdy jsem o nich neslyšel/a (pokud zaškrtnete, neodpovídejte na otázku č. 6.)
- b) vím jenom, že existují
- c) znám, ale pouze okrajově, neznám podrobnosti
- d) ano, znám podrobně

Tabulka 8 Znalost Práv pacientů - ženy

ženy	absolutní četnost (počet)	relativní četnost (%)
neznám	0	0
vím jenom, že existují	13	22
znám, ale pouze okrajově	40	68
ano, znám podrobně	6	10
<b>celkem</b>	<b>59</b>	<b>100</b>

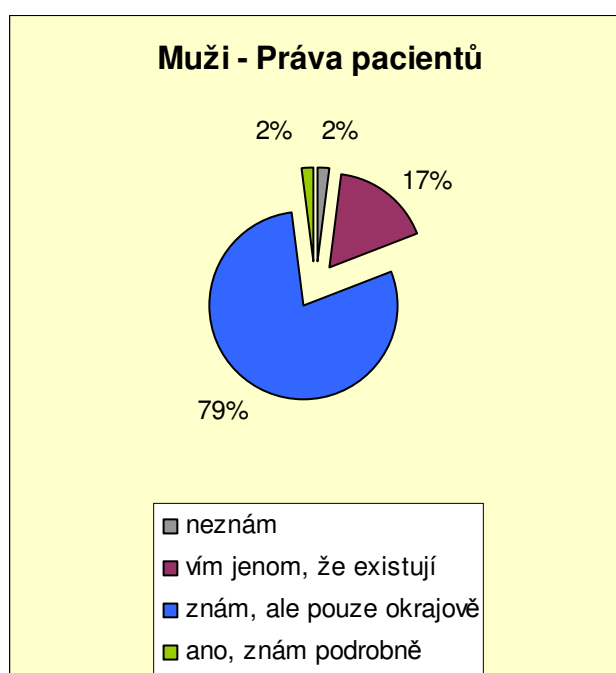
Graf 8 Znalost Práv pacientů - ženy



Tabulka 9 Znalost Práv pacientů - muži

muži	absolutní četnost (počet)	relativní četnost (%)
neznám	1	2
vím jenom, že existují	9	17
znám, ale pouze okrajově	41	79
ano, znám podrobně	1	2
<b>celkem</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

Graf 9 Znalost Práv pacientů - muži

**Komentář:**

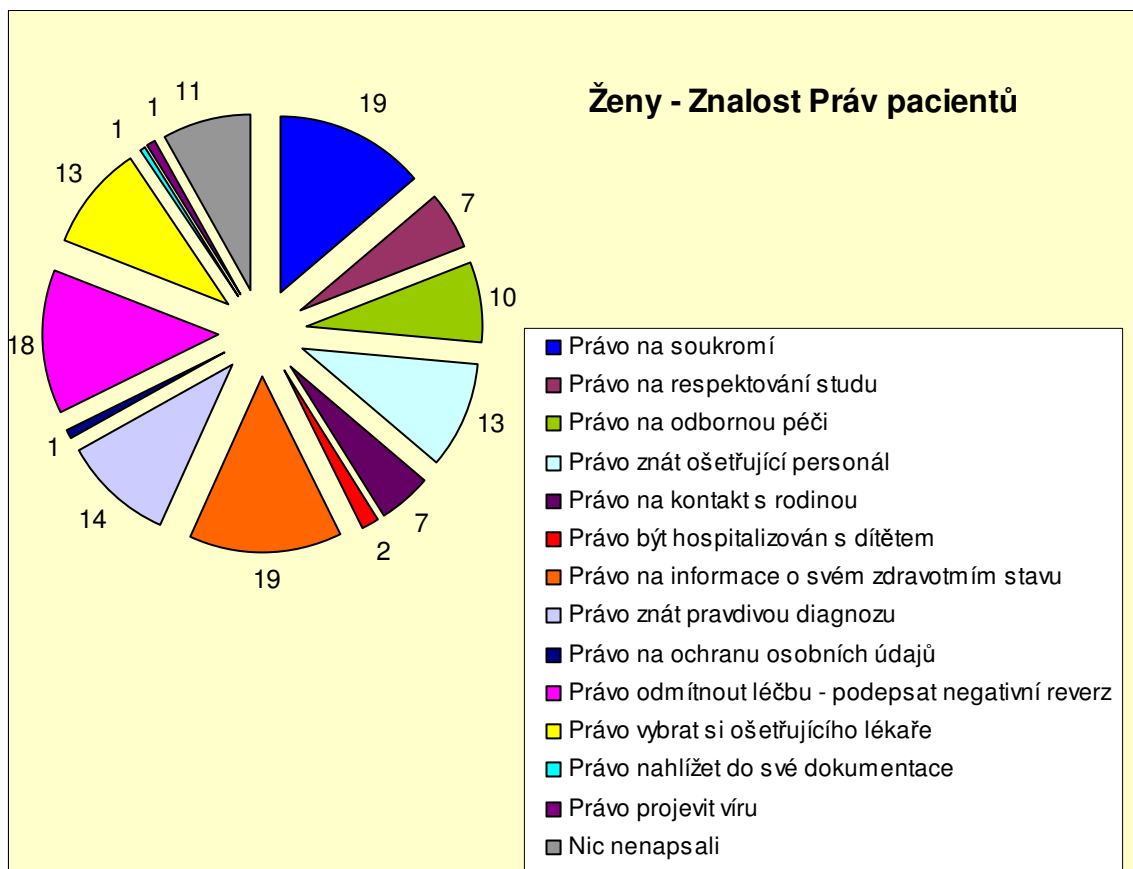
Z tabulek a grafů je zřejmé, že všechny dotazované ženy Práva pacientů znají. 40 žen (68 %) práva zná pouze okrajově, 13 žen (22 %) ví, že existují a jen 6 žen (10 %) má podrobné znalosti z této oblasti. U mužů pouze 1 dotazovaný (2 %) odpověděl, že Práva pacientů nezná. 41 mužů (79 %) se s těmito právy seznámilo pouze okrajově, 9 mužů (17 %) ví, že existují a 1 muž (2 %) práva zná podrobně.

Otázka č. 6 Napište prosím, Práva pacientů, která znáte:

Tabulka 10 Práva pacientů - ženy

ženy	počet
Právo na soukromí	19
Právo na respektování studu	7
Právo na odbornou péči	10
Právo znát ošetřující personál	13
Právo na kontakt s rodinou	7
Právo být hospitalizován s dítětem	2
Právo na informace o svém zdravotním stavu	19
Právo znát pravdivou diagnózu	14
Právo na ochranu osobních údajů	1
Právo odmítnout léčbu - podepsat negativní reverz	18
Právo vybrat si ošetřujícího lékaře	13
Právo nahlížet do své dokumentace	1
Právo projevit víru	1
Nic nenapsali	11
<b>celkem</b>	<b>136</b>

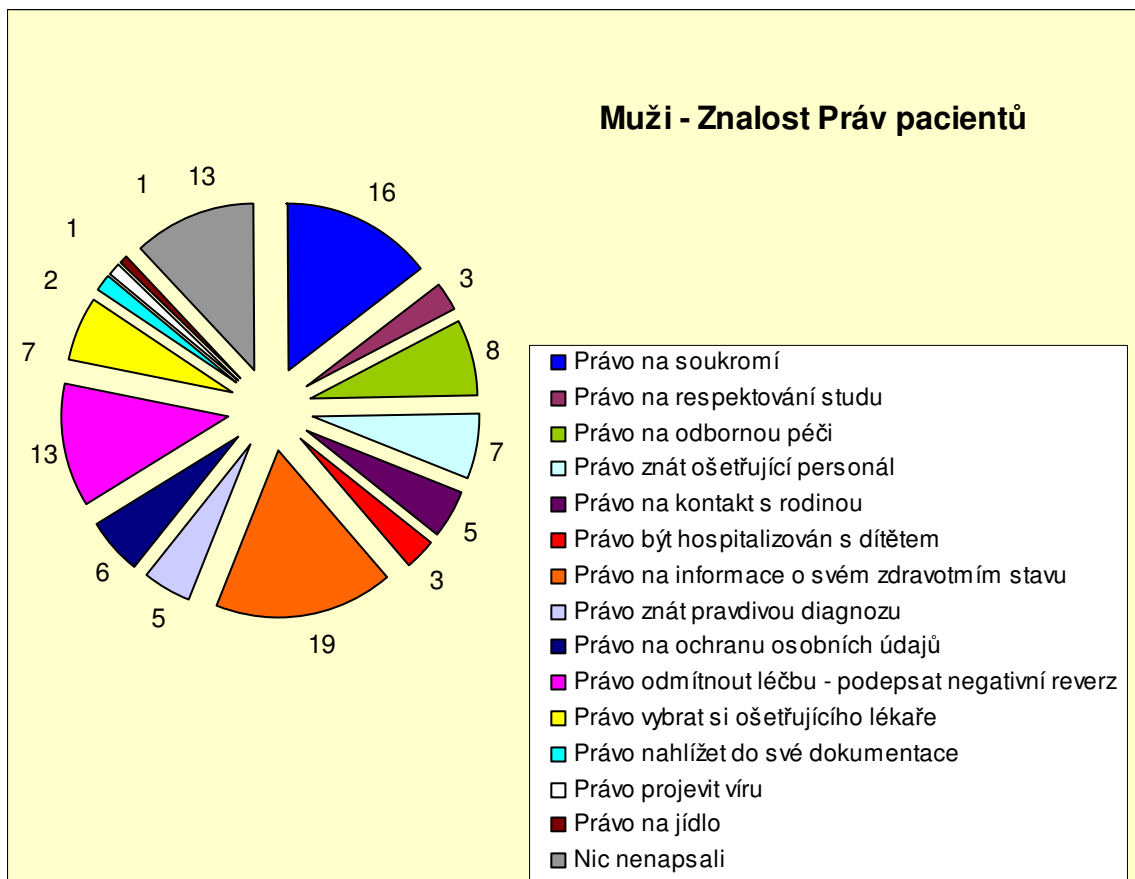
Graf 10 Práva pacientů - ženy



Tabulka 11 Práva pacientů - muži

muži	počet
Právo na soukromí	16
Právo na respektování studu	3
Právo na odbornou péči	8
Právo znát ošetřující personál	7
Právo na kontakt s rodinou	5
Právo být hospitalizován s dítětem	3
Právo na informace o svém zdravotním stavu	19
Právo znát pravdivou diagnózu	5
Právo na ochranu osobních údajů	6
Právo odmítnout léčbu - podepsat negativní reverz	13
Právo vybrat si ošetřujícího lékaře	7
Právo nahlížet do své dokumentace	2
Právo projevit víru	1
Právo na jídlo	1
Nic nenapsali	13
<b>celkem</b>	<b>109</b>

Graf 11 Práva pacientů - muži



**Komentář:**

Dotazovaní v této otázce mohli uvést větší počet odpovědí. Ženy i muži nejčastěji zmiňovali právo na informaci o svém zdravotním stavu – obě pohlaví stejně toto právo vypsali 19krát. Stejný počet žen znalo právo na soukromí. Na dalších místech u žen se umístila následující práva: odmítnout léčbu (18 žen), znát pravdivou diagnózu (14 žen), právo znát ošetřující personál spolu s právem vybrat si ošetřujícího lékaře (13 žen), právo na odbornou péči (10 žen), právo na respektování studu a právo na kontakt s rodinou (7 žen), 2 ženy jmenovaly právo na hospitalizaci s dítětem, právo na ochranu osobních údajů, právo projevit víru a právo nahlížet do dokumentace vždy ženy uvedly po jedné odpovědi. 11 žen se k této otázce nevyjádřilo.

Muži odpovídali následovně: 16 mužů jmenovalo právo na soukromí, 13 mužů právo odmítnout léčbu, 8 mužů právo na odbornou péči, 7 mužů napsalo právo vybrat si ošetřujícího lékaře a právo znát ošetřující personál, 6 mužů právo na ochranu osobních údajů, 5 mužů právo na kontakt s rodinou spolu s právem znát pravdivou diagnózu, 3 muži zmínili právo na respektování studu a právo být hospitalizován s dítětem, 2 muži právo nahlížet do své dokumentace, po jedné odpovědi bylo právo na projevení víry a „právo na jídlo“. 13 mužů tuto odpověď proškrtlo.

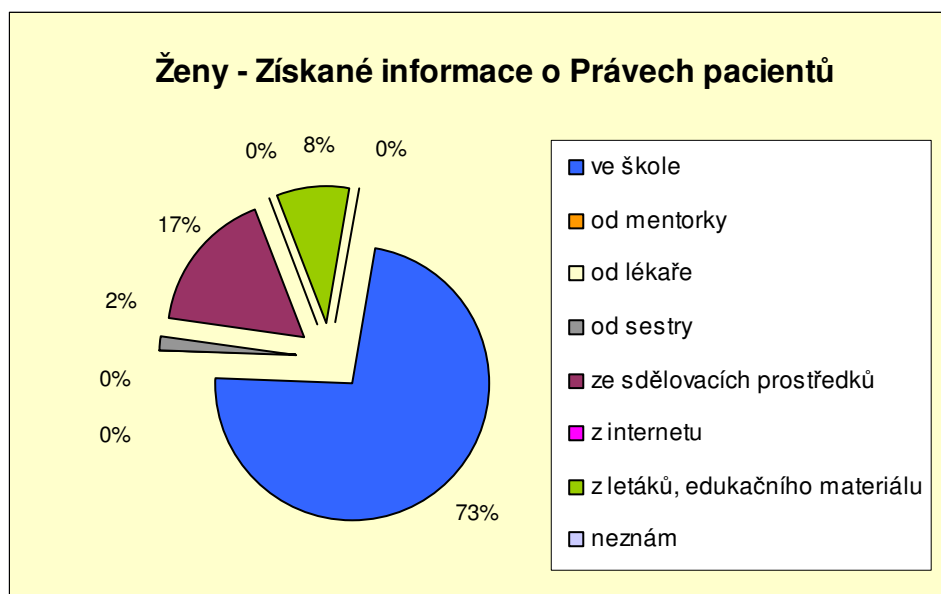
Otázka č. 7 O existenci Práv pacientů jsem se dozvěděl/a:

- a) ve škole od vyučujících
- b) od mentorky na praxi
- c) od lékaře ve zdravotnickém zařízení
- d) od sestry ve zdravotnickém zařízení
- e) ze sdělovacích prostředků
- f) z internetu
- g) z letáků, brožur, edukačního materiálu
- h) nedozvěděl/a, neznám

Tabulka 12 Získané informace o Právech pacientů - ženy

ženy	absolutní četnost (počet)	relativní četnost (%)
ve škole	43	73
od mentorky	0	0
od lékaře	0	0
od sestry	1	2
ze sdělovacích prostředků	10	17
z internetu	0	0
z letáků, edukačního materiálu	5	8
neznám	0	0
<b>celkem</b>	<b>59</b>	<b>100</b>

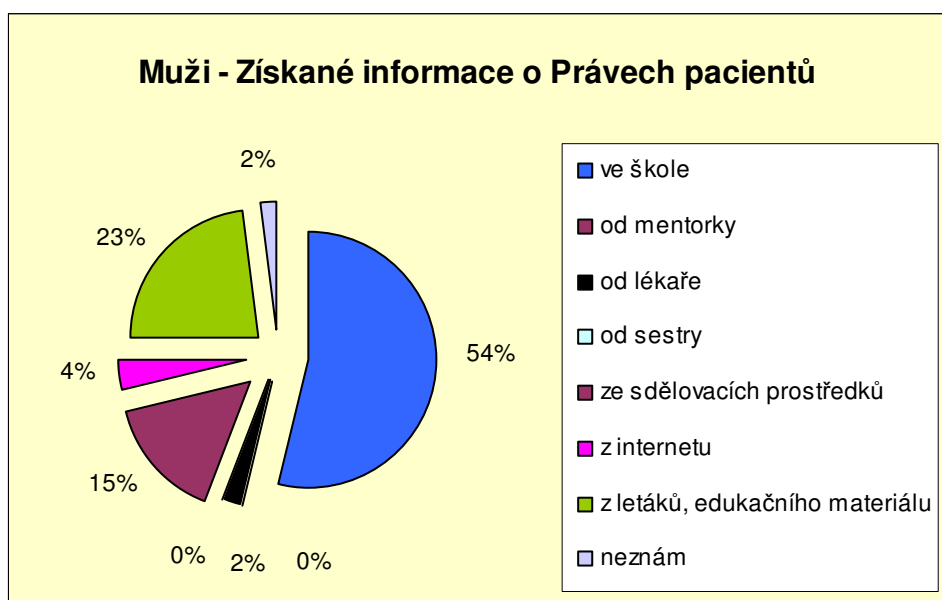
Graf 12 Získané informace o Právech pacientů - ženy



Tabulka 13 Získané informace o Právech pacientů - muži

muži	absolutní četnost (počet)	relativní četnost (%)
ve škole	28	54
od mentorky	0	0
od lékaře	1	2
od zdravotní sestry	0	0
ze sdělovacích prostředků	8	15
z internetu	2	4
z letáků, edukačního materiálu	12	23
neznám	1	2
<b>celkem</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

Graf 13 Získané informace o Právech pacientů - muži

**Komentář:**

O Právech pacientů se nejvíce žen dozvědělo ve škole v počtu 43 žen (73 %), ze sdělovacích prostředků 10 žen (17 %), 5 žen (8 %) z letáků a edukačního materiálu, 1 žena (2 %) má informaci od zdravotní sestry. Ženy nezmínily mentorku, lékaře ani internet. Muži se nejvíc informací dozvěděli ve škole – 28 mužů (54 %), z letáků, edukačního materiálu 12 mužů (23 %), ze sdělovacích prostředků 8 mužů (15 %), 2 muži z internetu (4 %) a 1 muž (2 %) od lékaře. 1 muž (2 %) Práva pacientů nezná.

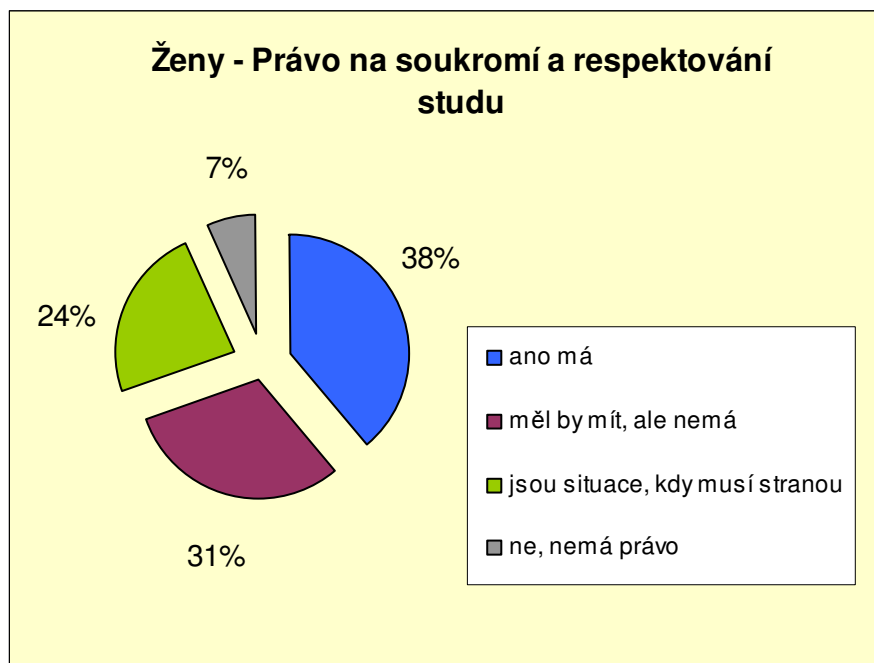
Otázka č. 8 **Má podle Vás pacient ve zdravotnickém zařízení právo na soukromí a respektování studu ?**

- a) ano, má vždy a v každé situaci
- b) měl by mít, ale nemá
- c) jsou situace, kdy musí jít soukromí a stud pacienta stranou
- d) ne, nemá právo, ve zdravotnickém zařízení soukromí a stud nelze respektovat

Tabulka 14 Právo na soukromí a respektování studu - ženy

ženy	absolutní četnost (počet)	relativní četnost (%)
ano, má	23	38
měl by mít, ale nemá	18	31
jsou situace, kdy musí stranou	14	24
ne, nemá právo	4	7
<b>celkem</b>	<b>59</b>	<b>100</b>

Graf 14 Právo na soukromí a respektování studu - ženy

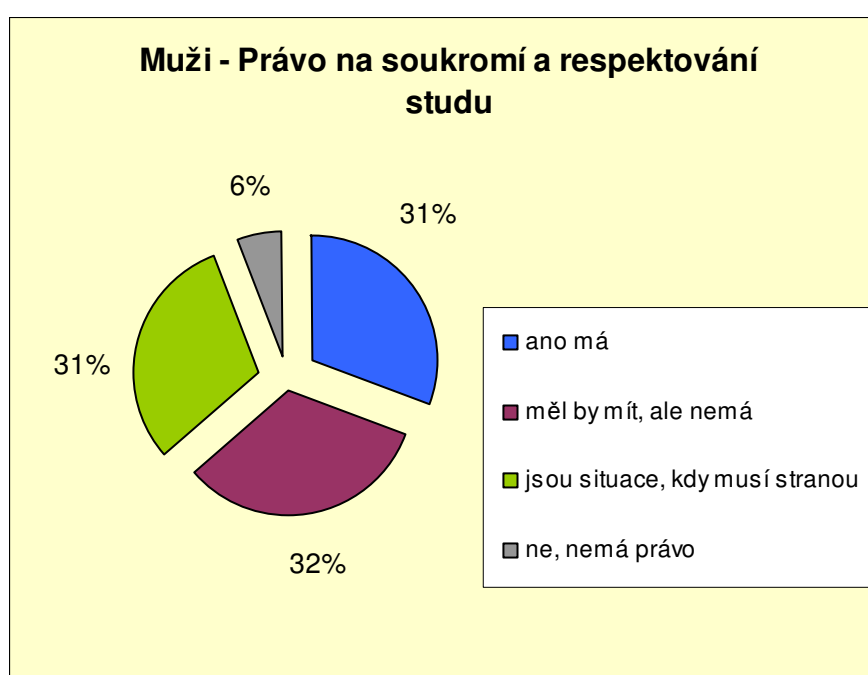




Tabulka 15 Právo na soukromí a respektování studu - muži

muži	absolutní četnost (počet)	relativní četnost (%)
ano, má	16	31
měl by mít, ale nemá	17	32
jsou situace, kdy musí stranou	16	31
ne, nemá právo	3	6
<b>celkem</b>	52	100

Graf 15 Právo na soukromí a respektování studu - muži

**Komentář:**

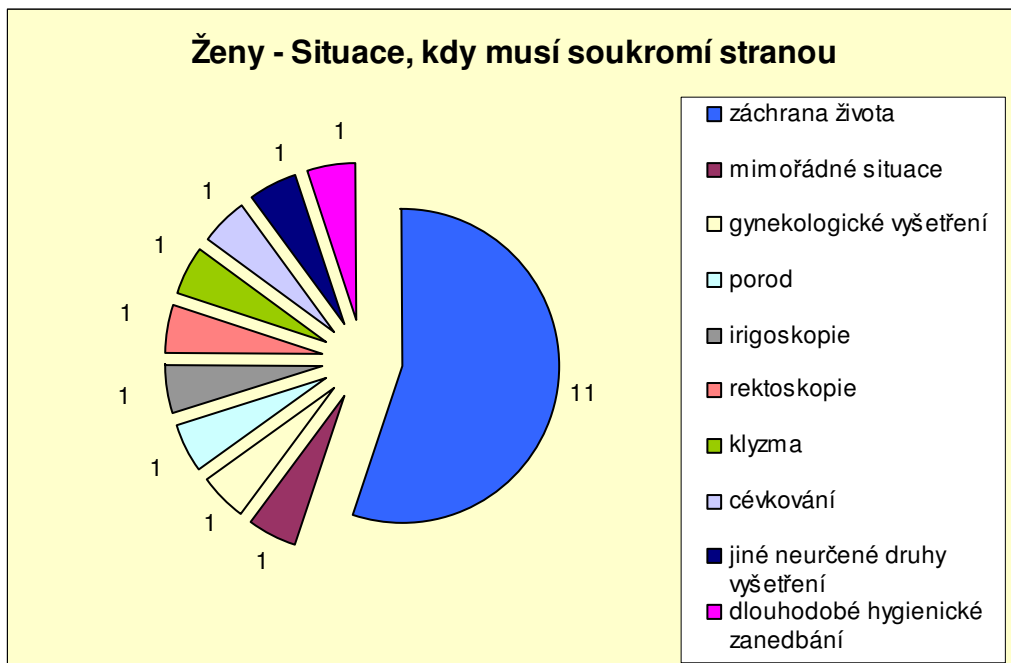
Ze získaných informací většina dotazovaných žen, tj. 23 žen (38 %) napsala, že pacient ve zdravotnickém zařízení má právo na soukromí a respektování studu, 18 žen (31 %) se přiklání k tvrzení, že by pacient měl mít právo na soukromí, ale nemá ho, 14 žen (24 %) se zmínilo, že někdy se objeví situace, kdy musí jít soukromí stranou a 4 ženy (7 %) se domnívají, že pacienti toto právo nemají. 17 mužů (32 %) se domnívá, že právo na soukromí by měl mít každý pacient, ale nemá, 16 mužů (31 %) si myslí, že právo na soukromí má v každé situaci a stejný počet mužů si zároveň myslí, že jsou situace, kdy musí soukromí stranou. 3 muži (6 %) odpověděli, že pacient nemá toto právo.

Otázka č. 9 Pokud jste zaškrtnli, že jsou situace, kdy musí jít soukromí stranou, napište jaké situace:

Tabulka 16 Situace, kdy musí soukromí stranou - ženy

ženy	počet
záchrana života	11
mimořádné situace	1
gynekologické vyšetření	1
porod	1
irigoskopie	1
rektoskopie	1
klyzma	1
cévkování	1
jiné neurčené druhy vyšetření	1
dlouhodobé hygienické zanedbání	1
<b>celkem</b>	<b>20</b>

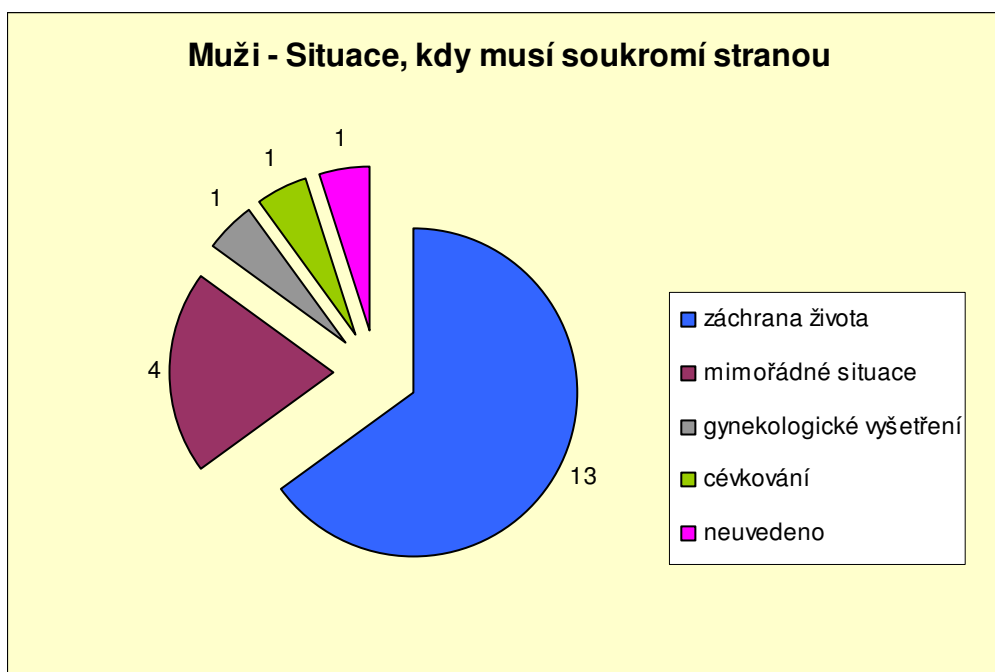
Graf 16 Situace, kdy musí soukromí stranou - ženy



Tabulka 17 Situace, kdy musí soukromí stranou - muži

muži	počet
záchrana života	13
mimořádné situace	4
gynekologické vyšetření	1
cévkování	1
neuvedeno	1
<b>celkem</b>	<b>20</b>

Graf 17 Situace, kdy musí soukromí stranou - muži

**Komentář:**

Na tuto otázku odpovídali pouze ti, kteří v otázce č. 8 odpověděli: jsou situace, kdy musí jít soukromí stranou. Dotazovaní v této odpovědi mohli uvést více možností. Nejvíce byla uvedena situace záchrany života. Tuto možnost uvedlo 11 žen a 13 mužů. 4 muži uvedli mimořádné situace (blíže nespecifikované), gynekologické vyšetření uvedli 1 žena i 1 muž a taktéž stejně cévkování, další možnosti (porod, klyzma, irigoskopie, rektoskopie, dlouhodobé hygienické zanedbání a jiné neurčené druhy vyšetření) byly zastoupeny vždy jednou odpovědí.

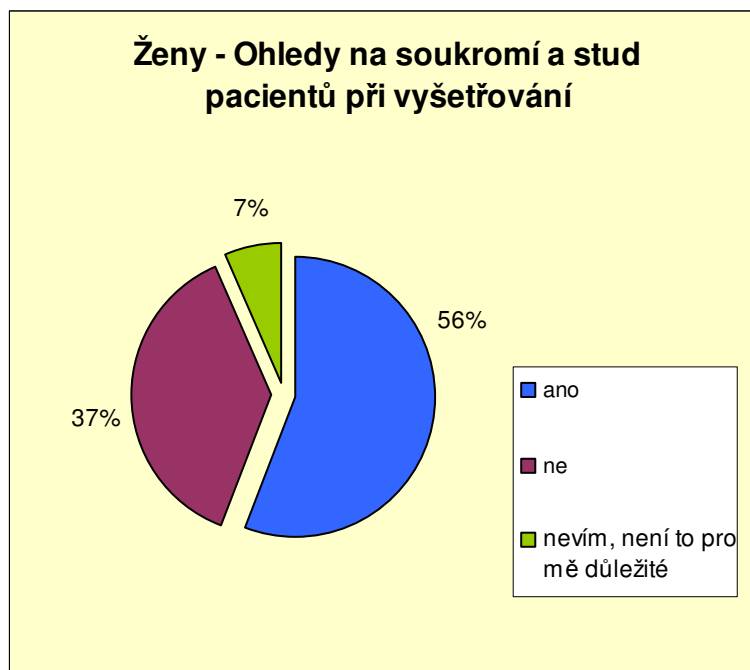
Otázka č. 10 **Myslíte si, že v ambulancích privátních lékařů a lékařů specialistů jsou brány ohledy na soukromí a stud pacientů při vyšetřování ?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím, není to pro mě důležité

Tabulka 18 Ohledy na soukromí a stud pacientů při vyšetřování – ženy

ženy	absolutní četnost (počet)	relativní četnost (%)
ano	33	56
ne	22	37
nevím, není to pro mě důležité	4	7
<b>celkem</b>	<b>59</b>	<b>100</b>

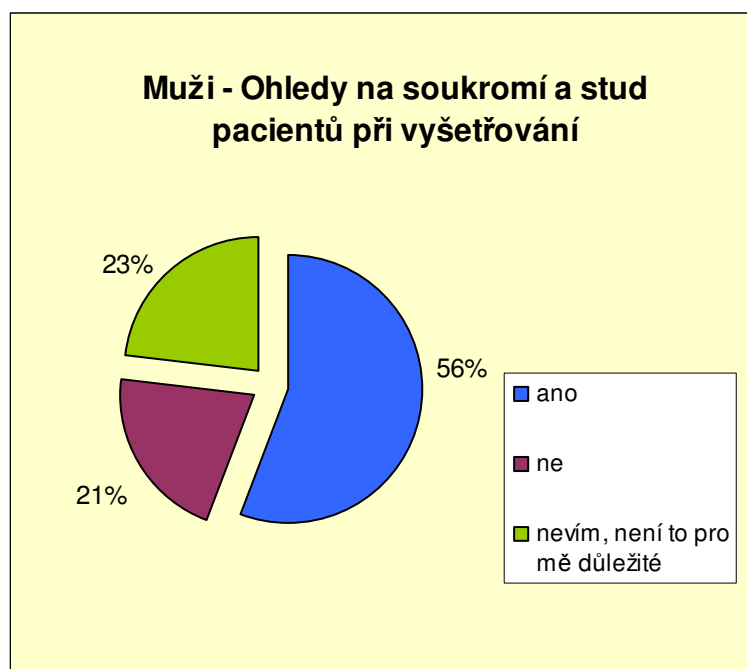
Graf 18 Ohledy na soukromí a stud pacientů při vyšetřování – ženy



Tabulka 19 Ohledy na soukromí a stud pacientů při vyšetřování – muži

muži	absolutní četnost (počet)	relativní četnost (%)
ano	29	56
ne	11	21
nevím, není to pro mě důležité	12	23
<b>celkem</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

Graf 19 Ohledy na soukromí a stud pacientů při vyšetřování – muži

**Komentář:**

Z odpovědí vyplývá, že v ambulancích privátních lékařů je brán ohled na soukromí a stud pacientů – 33 žen (56 %) a 29 mužů (56 %) odpovědělo ano. Odpověď ne, nejsou brány ohledy na soukromí a stud, uvedlo 22 ženy (37 %) a 11 mužů (21 %). Možnost nevím, není to pro mě důležité, uvedly 4 ženy (7 %) a 12 mužů (23 %).

Otázka č. 11 **Zaškrtněte maximálně 3 možnosti, které by v ordinaci praktického lékaře při vyšetřování u Vás vyvolaly pocit studu a zahanbení:**

- a) zaklepete na dveře ordinace a jste napomenuti zdravotní sestrou před ostatními v čekárně, že máte vydržet a přečíst si na dveřích ordinace, že se neklepe
- b) zdravotní sestra Vás v čekárně zpovídá před ostatními, proč jdete za lékařem
- c) zdravotní sestra si volá k sobě ke stolu více pacientů a ti musí odpovídat na její otázky, nebo říkat důvod návštěvy před sebou navzájem
- d) lékař při vyšetřování nezavře dveře a rozhovor s vámi jde slyšet vedle do místnosti
- e) u lékaře se nachází převlékací kabinky, které sousedí s vyšetřovnou a rozhovor lékaře s pacientem jde slyšet do těchto kabiněk
- f) ležíte v ordinaci u sestry, aplikuje se vám infuze nebo máte být v klidu po aplikaci léků a další nemocný mluví o svých problémech před vámi
- g) jiné (uved'te jaké)

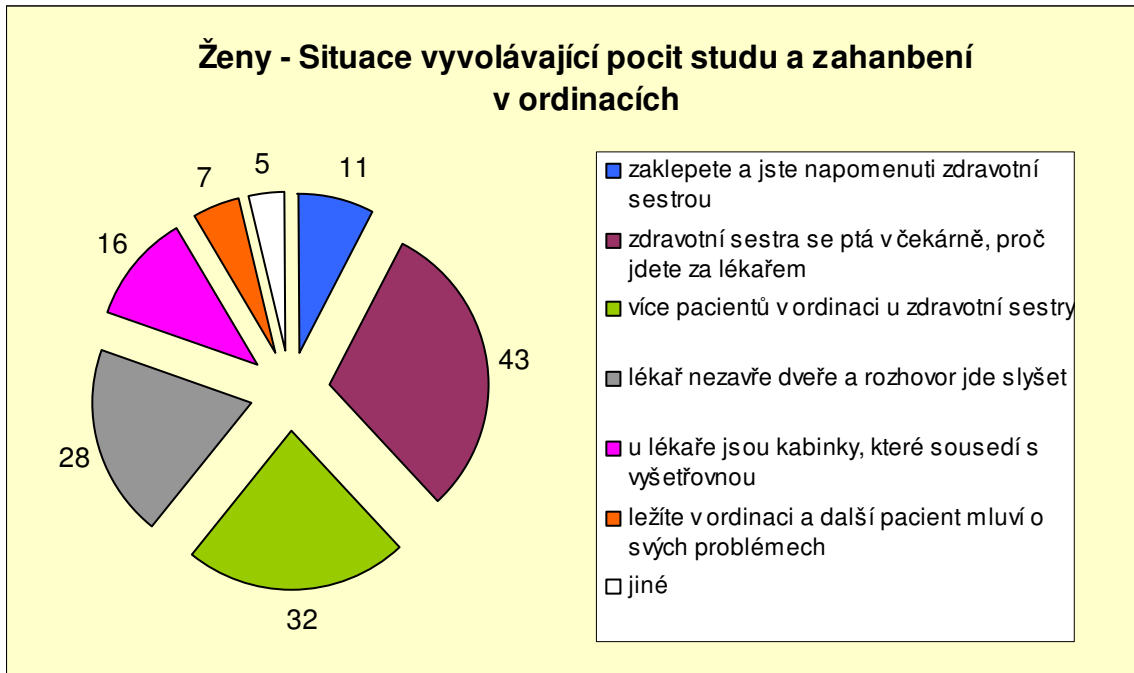
Tabulka 20 Situace vyvolávající pocit studu a zahanbení v ordinacích - ženy

ženy	počet
zaklepete a jste napomenuti zdravotní sestrou	11
zdravotní sestra se ptá v čekárně, proč jdete za lékařem	43
více pacientů v ordinaci u zdravotní sestry	32
lékař nezavře dveře a rozhovor jde slyšet	28
u lékaře jsou kabinky, které sousedí s vyšetřovnou	16
ležíte v ordinaci a další pacient mluví o svých problémech	7
jiné	5
<b>celkem</b>	<b>142</b>

Tabulka 21 Jiné neuvedené situace v tabulce č. 20

ženy - jiné	počet
arogantní, povýšené chování zdravotníků	2
netrpělivost zdravotníků	1
jiný, zastupující lékař	1
neoholené nohy při nečekaném vyšetření	1
<b>celkem</b>	<b>5</b>

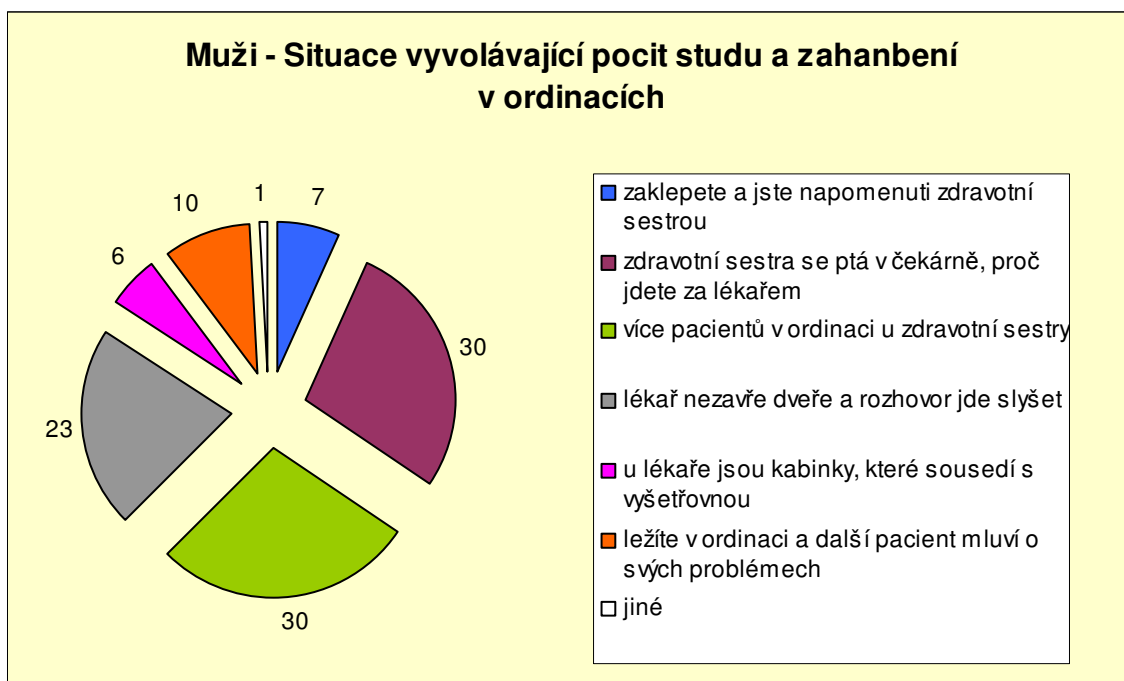
Graf 20 Situace vyvolávající pocit studu a zahanbení v ordinacích - ženy



Tabulka 22 Situace vyvolávající pocit studu a zahanbení v ordinacích - muži

muži	počet
zaklepete a jste napomenuti zdravotní sestrou	7
zdravotní sestra se ptá v čekárně, proč jdete za lékařem	30
více pacientů u zdravotní sestry	30
lékař nezavře dveře a rozhovor jde slyšet	23
u lékaře jsou kabinky, které sousedí s vyšetřovnou	6
ležíte v ordinaci a další pacient mluví o svých problémech	10
jiné	1
<b>celkem</b>	<b>107</b>

Graf 21 Situace vyvolávající pocit studu a zahanbení v ordinacích - muži

**Komentář:**

Dotazovaní si mohli vybrat 3 možnosti, které jim v ordinaci praktického lékaře vadí. Situaci, kdy zaklepete na dveře a jste napomenuti zdravotní sestrou, zvolilo 11 žen a 7 mužů. Možnost, kdy se sestra ptá v čekárně, proč jdete za lékařem, zvolilo 43 žen a 30 mužů. Odpověď, kdy je více pacientů u sestry a ta se před nimi vyptává na anamnézu, uvedlo 32 žen a 30 mužů. Lékař nezavře dveře a rozhovor jde slyšet ven, se nelíbí 28 ženám a 23 mužům. Kabinky, které sousedí s čekárnou, obtěžují 16 žen a 6 mužů. Situace, kdy ležíte v ordinaci a další pacienti mluví o svém zdravotním stavu, je nepříjemná 7 ženám a 10 mužům. 5 žen a 1 muž uvedli jiné situace. Ženy zmínily arogantní chování zdravotníků, netrpělivost zdravotníků, situaci, kdy je přítomen jiný lékař, než ošetřující a neoholené nohy při nečekaném vyšetření. 1 muž napsal jinou situaci a to takovou, že je dlouho v nepříjemné poloze.



Otázka č. 12 **Vadí Vám v ordinaci praktického lékaře při vyšetřování lékařem přítomnost zdravotní sestry?**

- a) ne, nevadí
- b) někdy jsou situace, kdy vadí (napište jaké)
- c) ano, vadí, neměla by tam být
- d) nesetkala/a

Tabulka 23 Přítomnost zdravotní sestry v ordinaci - ženy

ženy	absolutní četnost (počet)	relativní četnost (%)
ne, nevadí	27	45
někdy vadí	10	17
ano, vadí	18	31
nesetkala	4	7
<b>celkem</b>	<b>59</b>	<b>100</b>

Tabulka 24 Konkrétní situace, kdy vadí přítomnost zdravotní sestry - ženy

někdy vadí	počet
známá sestra	1
obava z úniku informací	1
informaci chci říct pouze lékaři	4
sestra chytřejší než lékař	1
gynekologické vyšetření	4
<b>celkem</b>	<b>11</b>

Graf 22 Přítomnost zdravotní sestry v ordinaci - ženy



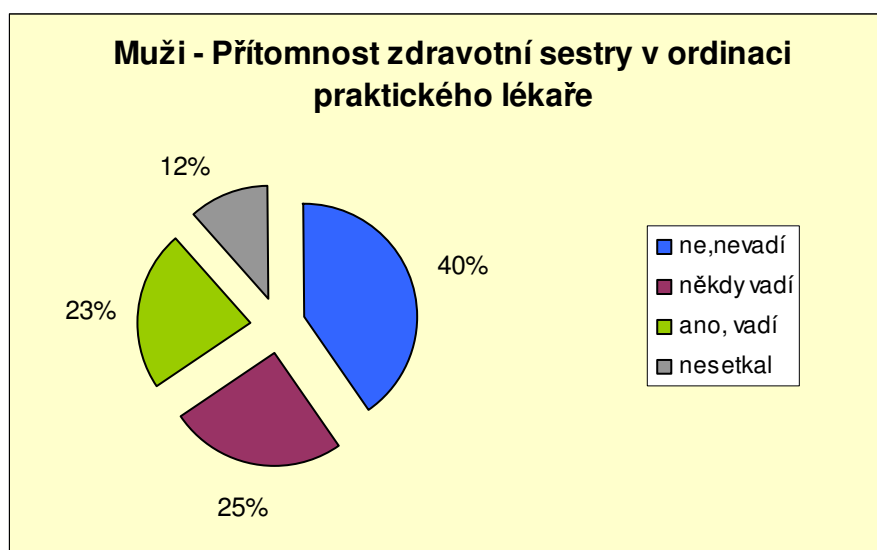
Tabulka 25 Přítomnost zdravotní sestry v ordinaci - muži

muži	absolutní četnost (počet)	relativní četnost (%)
ne, nevadí	21	40
někdy vadí	13	25
ano, vadí	12	23
nesetkal	6	12
<b>celkem</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

Tabulka 26 Konkrétní situace, kdy vadí přítomnost zdravotní sestry - muži

někdy vadí	počet
intimní problémy	4
informace chci říct pouze lékaři	1
důvod neuveden	8
<b>celkem</b>	<b>13</b>

Graf 23 Přítomnost zdravotní sestry v ordinaci - muži

**Komentář:**

Přítomnost zdravotní sestry při vyšetření nevadí 27 ženám (45 %) a 21 mužům (40 %). 10 ženám (17 %) a 13 mužům (25 %) přítomnost sestry někdy vadí. Přítomnost sestry vadí 18 ženám (31 %) a 12 mužům (23 %). S tím, že je sestra u vyšetření, se nesetkaly 4 ženy (7 %) a 6 mužů (12 %). Z toho 10 žen napsalo tyto konkrétní situace, kdy jim sestry vadí: známá sestra, obava z úniku informací, informace určená pouze lékaři, sestra chytřejší než lékař a gynekologické vyšetření. 13 mužů napsalo: intimní problémy, informace pouze pro lékaře a 8 mužů důvod neuvedlo.

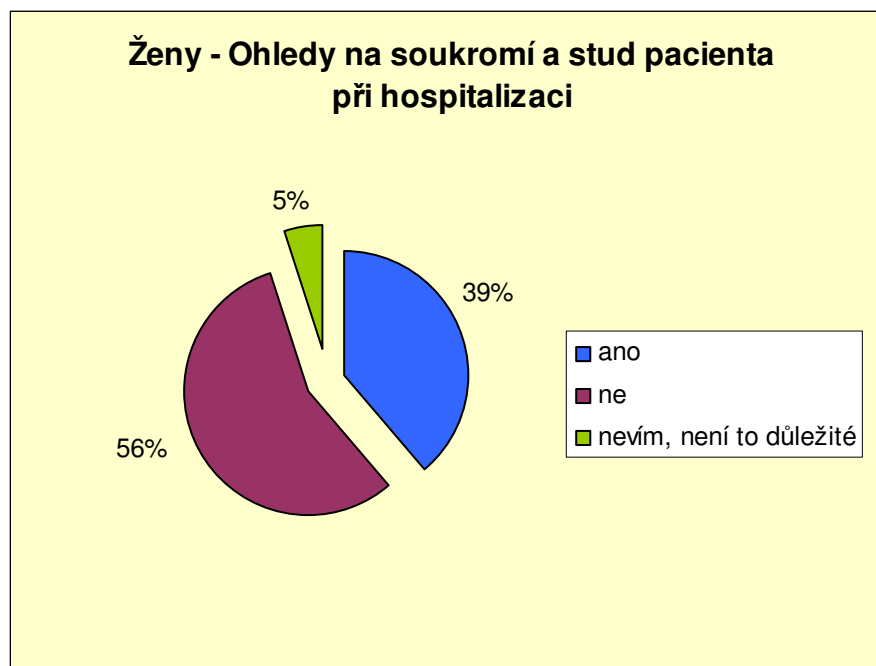
Otázka č. 13 **Myslíte si, že v nemocnicích při hospitalizaci jsou brány ohledy na soukromí a stud pacienta?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím, nikdy jsem se tím nezabýval/a, není to pro mě důležité

Tabulka 27 Ohledy na soukromí a stud pacientů při hospitalizaci - ženy

ženy	absolutní četnost (počet)	relativní četnost (%)
ano	23	39
ne	33	56
nevím, není to důležité	3	5
<b>celkem</b>	<b>59</b>	<b>100</b>

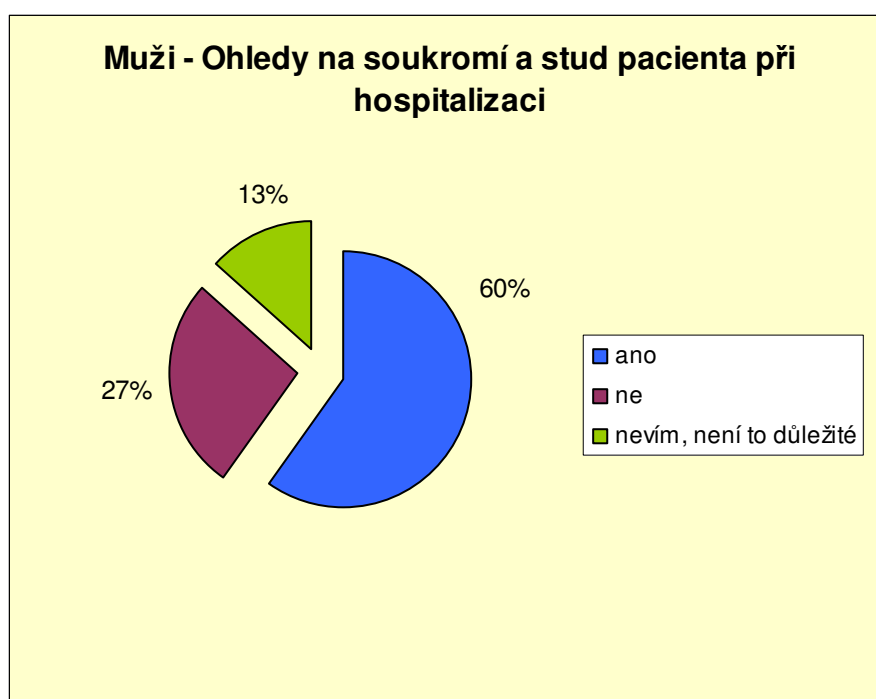
Graf 24 Ohledy na soukromí a stud pacientů při hospitalizaci - ženy



Tabulka 28 Ohledy na soukromí a stud pacientů při hospitalizaci - muži

muži	absolutní četnost (počet)	relativní četnost (%)
ano	31	60
ne	14	27
nevím, není to důležité	7	13
<b>celkem</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

Graf 25 Ohledy na soukromí a stud pacientů při hospitalizaci - muži

**Komentář:**

33 žen (56 %) si myslí, že v nemocnicích není brán ohled na soukromí a stud, 23 žen (39 %) si naopak myslí, že je brán ohled na soukromí a 3 ženy (5 %) odpověděly, že neví, protože to pro ně není důležité. 31 mužů (60 %) uvedlo, že je v nemocnici brán ohled na soukromí a stud, 14 mužů (27 %) si myslí, že není brán ohled na soukromí a stud a 7 mužů (13 %) neví, není to pro ně důležité.

Otázka č.14 **Zaškrtněte maximálně 3 možnosti, které by při hospitalizaci v nemocnici u Vás vyvolaly pocity studu a zahanbení:**

- a) vyprazdňování na lůžku
- b) provádění hygieny na lůžku
- c) vyšetřování a obnažování na lůžku
- d) obnažování při vizitě před ostatními pacienty na pokoji
- e) obnažování při vizitě před studenty – studentkami
- f) při rozhovoru s lékařem jsou přítomni další pacienti
- g) převlékání před ostatními pacienty
- h) jiné (uved'te jaké)

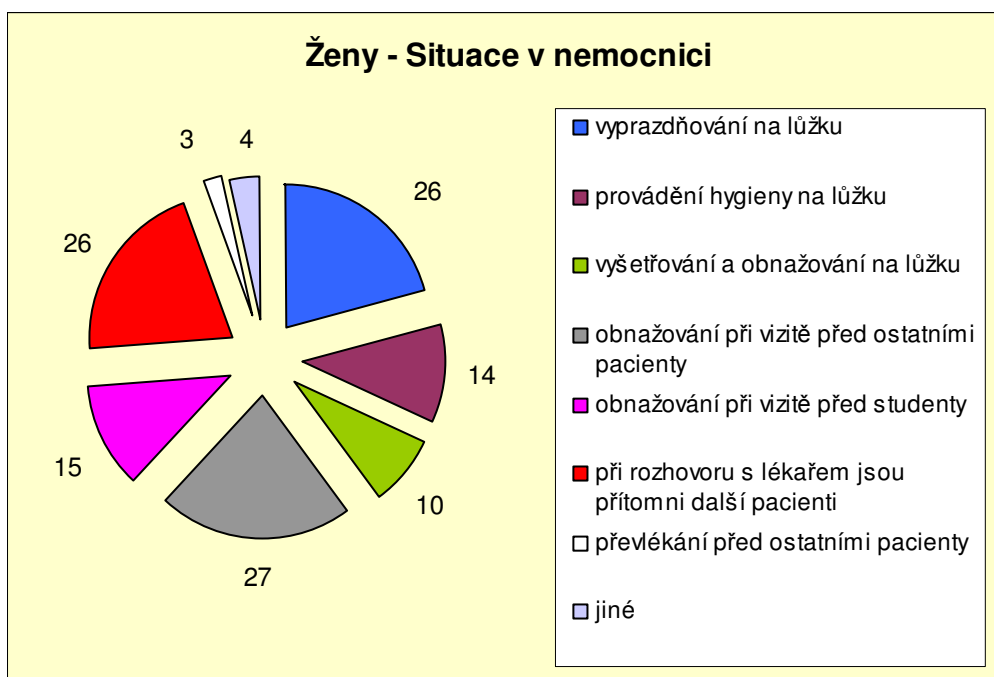
Tabulka 29 Situace v nemocnici – ženy

<b>ženy</b>	<b>počet</b>
vyprazdňování na lůžku	26
provádění hygieny na lůžku	14
vyšetřování a obnažování na lůžku	10
obnažování při vizitě před ostatními pacienty	27
obnažování při vizitě před studenty	15
při rozhovoru s lékařem jsou přítomni další pacienti	26
převlékání před ostatními pacienty	3
jiné	4
<b>celkem</b>	<b>125</b>

Tabulka 30 Jiné situace neuvedené v tabulce č. 29

<b>ženy – jiné</b>	<b>počet</b>
konzultace mého zdravotního stavu před velkým počtem lidí	3
arogantní chování zdravotnického personálu	1
<b>celkem</b>	<b>4</b>

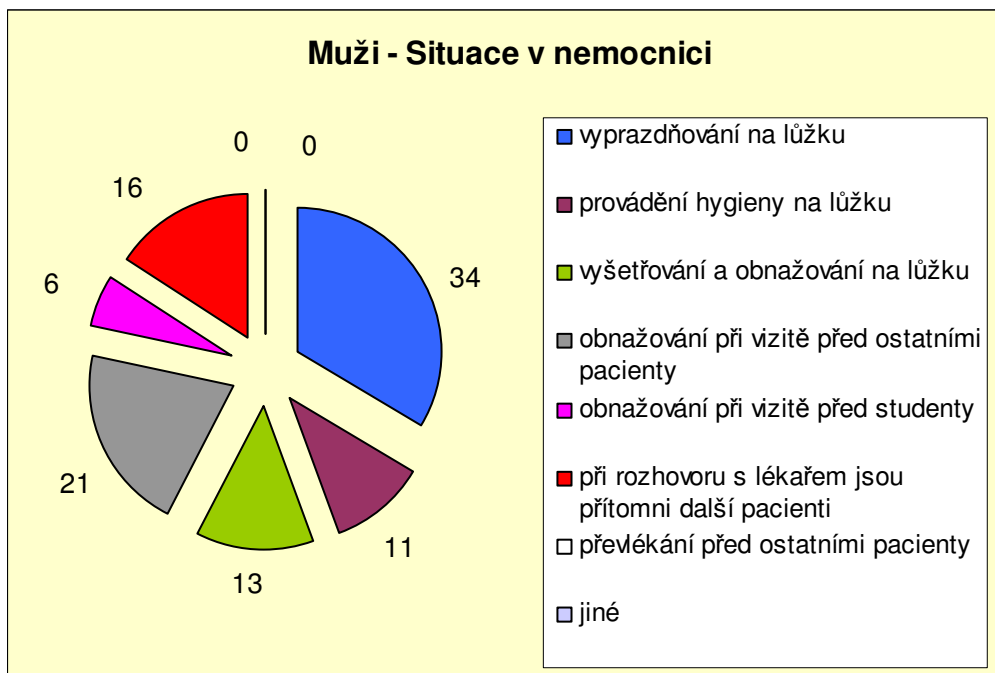
Graf 26 Situace v nemocnici – ženy



Tabulka 31 Situace v nemocnici – muži

muži	počet
vyprazdňování na lůžku	34
provádění hygieny na lůžku	11
vyšetřování a obnažování na lůžku	13
obnažování při vizitě před ostatními pacienty	21
obnažování při vizitě před studenty	6
při rozhovoru s lékařem jsou přítomni další pacienti	16
převlékání před ostatními pacienty	0
jiné	0
<b>celkem</b>	<b>101</b>

Graf 27 Situace v nemocnici – muži

**Komentář:**

Na tuto otázku dotazovaní mohli vybírat 3 možnosti. Vyprazdňování na lůžku zvolilo 26 žen a 34 mužů. Provádění hygieny na lůžku napsalo 14 žen a 11 mužů. Vyšetřování a obnažování na lůžku 10 žen, 13 mužů. Obnažování při vizitě před ostatními pacienty se nelíbí 27 ženám a 21 mužům. Obnažování před studenty je nepříjemné 15 ženám a 6 mužům. Při rozhovoru s lékařem, kdy jsou přítomni další pacienti, zvolilo 26 žen a 16 mužů. Převlékání před ostatními pacienty je 4 ženám nevhodné, muži s převlékáním problém před jinými pacienty nemají. 4 ženy uvedly jiné situace – konzultace zdravotního stavu před velkým počtem lidí a nevhodné, arogantní chování zdravotníků.

Otázka č. 15 **Vadí Vám při vyšetřování a během léčby v nemocnici přítomnost studentů na praxi?**

- ne, nevadí v žádné situaci
- někdy jsou situace, kdy vadí (napište jaké)
- ano, vadí, neměli by být přítomni

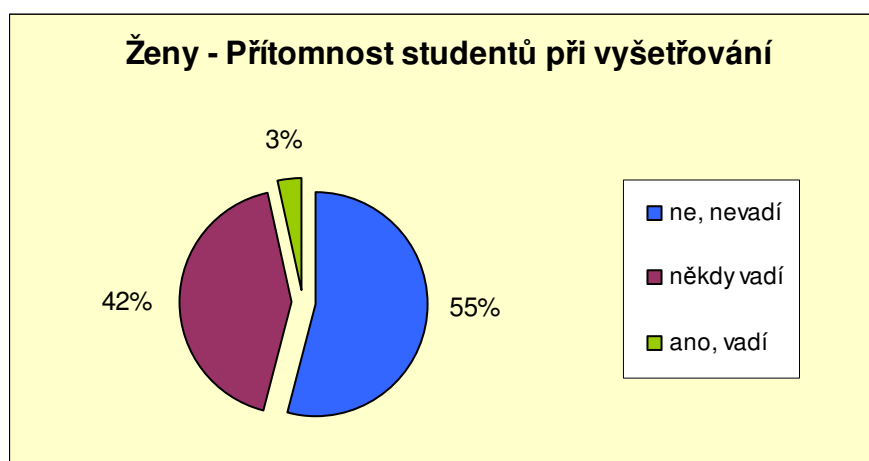
Tabulka 32 Přítomnost studentů při vyšetřování – ženy

ženy	absolutní četnost (počet)	relativní četnost (%)
ne, nevadí	32	55
někdy vadí	25	42
ano, vadí	2	3
<b>celkem</b>	<b>59</b>	<b>100</b>

Tabulka 33 Konkrétní situace, kdy vadí přítomnost studentů – ženy

někdy vadí	počet
studenti muži	2
odhalování intimních míst	5
velké množství studentů	2
nevhodné chování studentů (chichotání)	1
mladý věk studentů	1
gynekologické vyšetření	3
informace o smrti pacienta	1
sdělování osobních informací lékaři	3
studenti, které znám	2
neuveдено	1
<b>celkem</b>	<b>25</b>

Graf 28 Přítomnost studentů při vyšetřování – ženy





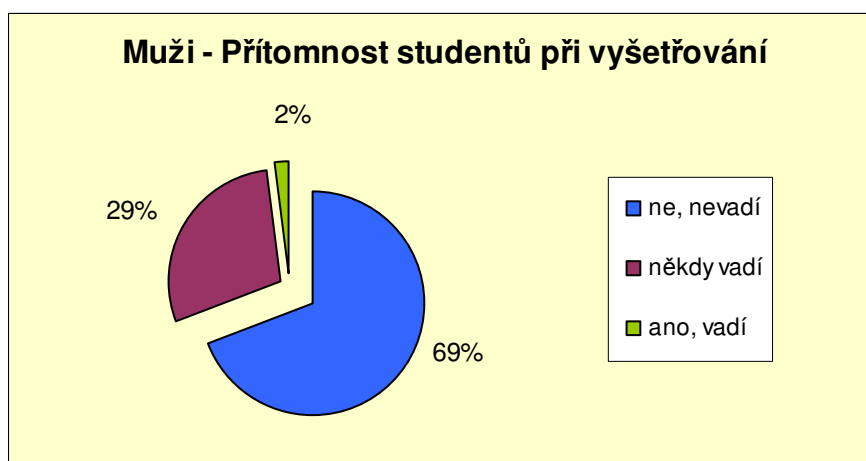
Tabulka 34 Přítomnost studentů při vyšetřování – muži

muži	absolutní četnost (počet)	relativní četnost (%)
ne, nevadí	36	69
někdy vadí	15	29
ano, vadí	1	2
<b>celkem</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

Tabulka 35 Konkrétní situace, kdy vadí přítomnost studentů – muži

někdy vadí	počet
obava z úniku informací	1
účastníci kurzů DRNR – nejsou zdravotníci	1
velké množství studentů	1
intimní záležitosti	1
neuveďeno	11
<b>celkem</b>	<b>15</b>

Graf 29 Přítomnost studentů při vyšetřování – muži

**Komentář:**

32 žen (55 %) uvedlo, že jim přítomnost studentů při vyšetření v nemocnici nevadí, 25 ženám (42 %) studenti vadí někdy. 2 ženy (3 %) napsaly, že studenti jim vadí. Muži uvedli: 36 mužům (69 %) studenti nevadí, 15 mužům (29 %) někdy vadí a 1 muži studenti v nemocnici při vyšetření vadí. Konkrétní situace, které uváděly ženy, jsou: studenti muži, odhalování intimních míst, velké množství studentů, nevhodné chování, mladý věk, gynecologické vyšetření, informace o smrti, sdělování osobních informací a studenti, které znám. Konkrétní situace mužů: obava z úniku informací, nezdravotníci, intimní záležitosti a velké množství studentů. Z toho se 11 mužů ke konkrétním situacím nevyjádřilo.

## Otázka č. 16 Považujete se za stydlivé?

- a) ano  
b) ne

Tabulka 36 Považujete se za stydlivé - ženy

ženy	absolutní četnost (počet)	relativní četnost (%)
ano	47	80
ne	12	20
<b>celkem</b>	<b>59</b>	<b>100</b>

Graf 30 Považujete se za stydlivé - ženy



Tabulka 37 Považujete se za stydlivé - muži

muži	absolutní četnost (počet)	relativní četnost (%)
ano	27	52
ne	25	48
<b>celkem</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

Graf 31 Považujete se za stydlivé - muži

**Komentář:**

Z tabulek a grafů je patrné, že 47 žen (80 %) se považuje za stydlivé a pouze 12 žen (20 %) se nestydí. 27 mužů (52 %) se považuje za stydlivé a 25 mužů (48 %) si myslí, že stydliví nejsou.

## Otázka č. 17 Co nejvíce ovlivňuje Váš stud a zahanbení?

- věk (jsem moc mladý/á nebo naopak starý/á)
- vzhled (cítím se nehezký/á)
- hmotnost (jsem tlustý/á)
- se vzděláním (připadám si hloupý/á)
- špatně se vyjadřuji (řeknu to špatně, ostatní se mi budou smát)
- pocit, že vím, že se ztrapním a udělám si ostudu
- jiné (uved'te jaké)

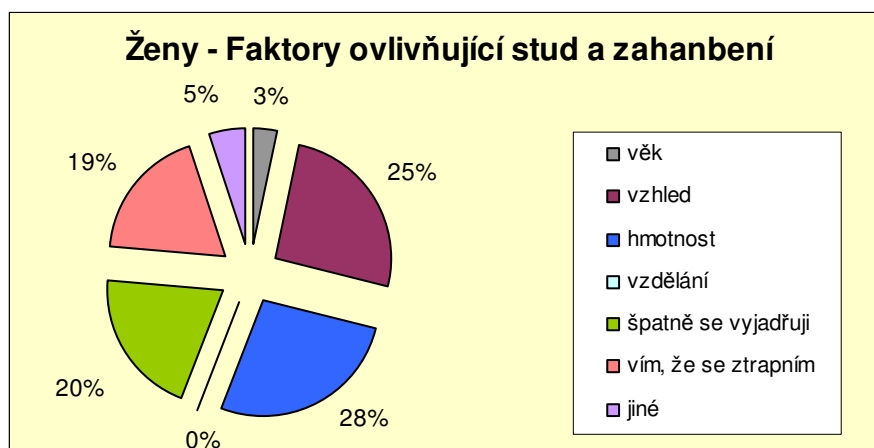
Tabulka 38 Faktory ovlivňující stud a zahanbení - ženy

ženy	absolutní četnost (počet)	relativní četnost (%)
věk	2	3
vzhled	15	25
hmotnost	16	28
vzdělání	0	0
špatně se vyjadřuji	12	20
vím, že se ztrapním	11	19
jiné	3	5
<b>celkem</b>	<b>59</b>	<b>100</b>

Tabulka 39 Jiné neuvedené faktory v tabulce č. 38

jiné	počet
osobní pocit	1
žádná z uvedených možností	2
<b>celkem</b>	<b>3</b>

Graf 32 Faktory ovlivňující stud a zahanbení - ženy



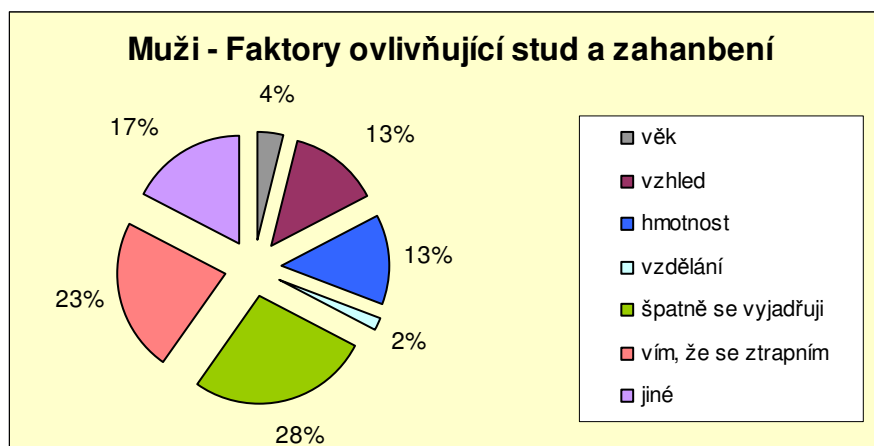
Tabulka 40 Faktory ovlivňující stud a zahanbení - muži

muži	absolutní četnost (počet)	relativní četnost (%)
věk	2	4
vzhled	7	13
hmotnost	7	13
vzdělání	1	2
špatně se vyjadřuji	14	28
vím, že se ztrapním	12	23
jiné	9	17
<b>celkem</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

Tabulka 41 Jiné neuvedené faktory v tabulce č. 40

jiné	počet
více lidí pohromadě	3
opačné pohlaví	2
narážky, útok na mou osobu	2
muži ve sprše	1
nemám problém	1
<b>celkem</b>	<b>9</b>

Graf 33 Faktory ovlivňující stud a zahanbení - muži

**Komentář:**

Věk má vliv na 2 ženy (3 %), 2 muže (4 %), vzhled ovlivňuje 15 žen (25 %) a 7 mužů (13 %), hmotnost 16 žen (28 %) a 7 mužů (13 %), vzdělání nevedla žádná žena, ale 1 muž (2 %), špatně se vyjadřuje, si myslí 12 žen (20 %) a 14 mužů (28 %). To, že se v určité situaci ztrapní, ovlivňuje 11 žen (19 %) a 12 mužů (23 %). 3 ženy (5 %), 9 mužů (17 %) uvedlo jiné situace. Z těchto jiných možností uváděli: osobní pocit, více lidí pohromadě, narážky nebo útok na mou osobu, muži ve sprše (což uvedl 1 muž), 1 muž napsal, že ho nic neovlivňuje.

Otázka č. 18 **Když se stydím, tak:**

- a) červenám se jenom ve tváři
- b) červenám se ve tváři a na krku
- c) červenám se ve tváři, na krku i na hrudníku
- d) naskakují mi červené fleky
- e) jiné ( uveďte jaké)

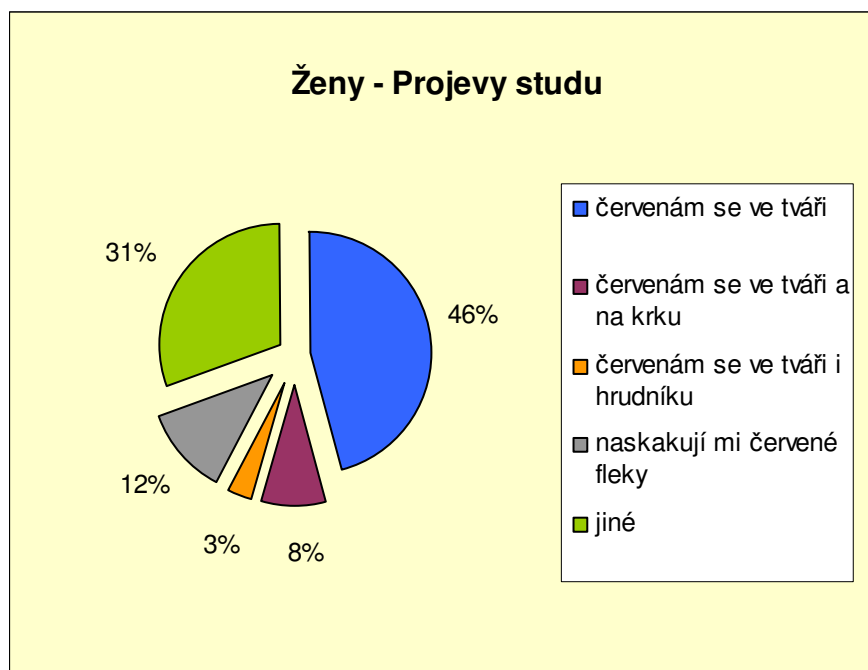
Tabulka 42 Projevy studu - ženy

ženy	absolutní četnost (počet)	relativní četnost (%)
červenám se ve tváři	27	46
červenám se ve tváři a na krku	5	8
červenám se ve tváři i hrudníku	2	3
naskakují mi červené fleky	7	12
jiné	18	31
<b>celkem</b>	<b>59</b>	<b>100</b>

Tabulka 43 Jiné projevy neuvedené v tabulce č. 42

jiné	počet
přeskakuje mi hlas	2
koktám, nemůžu se vyjádřit	3
třesou se mi ruce	3
potím se mi ruce	1
potím se	3
polije mě horkost	1
koušu si nehty	2
rozhlížím se po okolí	1
koušu se do rtů	1
neuvedeno	1
<b>celkem</b>	<b>18</b>

Graf 34 Projevy studu - ženy



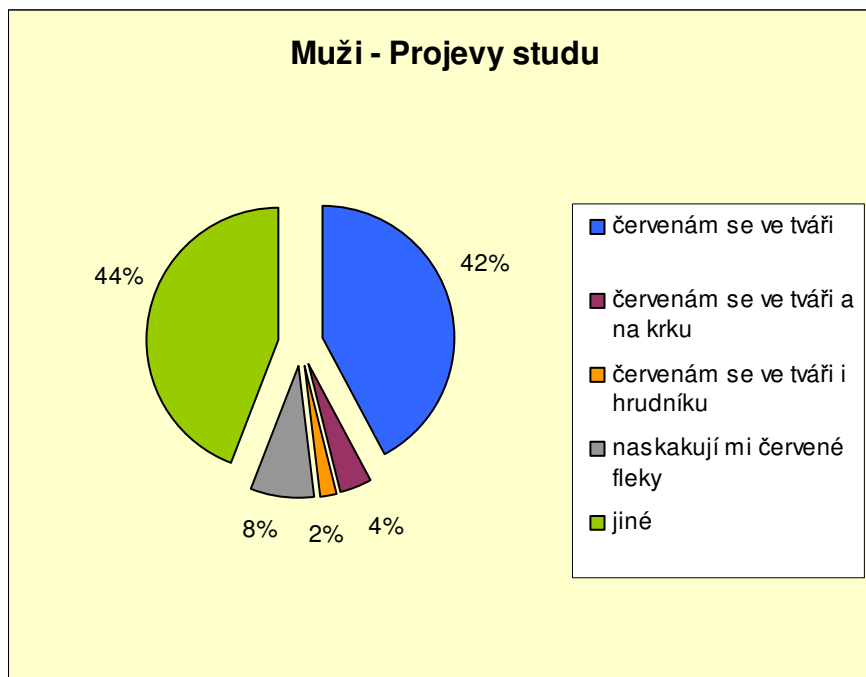
Tabulka 44 Projevy studu - muži

muži	absolutní četnost (počet)	relativní četnost (%)
červenám se ve tváři	22	42
červenám se ve tváři a na krku	2	4
červenám se ve tváři i hrudníku	1	2
naskakují mi červené fleky	4	8
jiné	23	44
<b>celkem</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

Tabulka 45 Jiné projevy neuvedené v tabulce č. 44

jiné	počet
přeskakuje mi hlas	2
koktám, nemůžu se vyjádřit	1
třesou se mi ruce	6
potím se	7
jsem nervózní vnitřně	4
jsem zamlklý	1
neuvedeno	2
<b>celkem</b>	<b>23</b>

Graf 35 Projevy studu - muži

**Komentář:**

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že 27 žen (46 %) a 22 mužů (42 %) se červená ve tváři, když se stydí. Ve tváři a na krku se červená 5 žen (8 %) a 2 muži (4 %). Ve tváři, krku i na hrudníku se červenají 2 ženy (3 %) a 1 muž (2 %). Červené fleky naskakují 7 ženám (12 %) a 4 mužům (8 %). Jiné projevy má 18 žen (31 %) a 23 mužů (44 %). Ženy uváděly tyto reakce: přeskakuje mi hlas, koftám, třesou se mi ruce, potí se mi ruce, potím se celkově, polévá mě horkost, koušu si nehty a koušu se rtů, rozhlížím se po okolí, 1 žena reakci neuvédla. Muži uváděli tyto jiné reakce: přeskakuje mi hlas, koftám, třesou se mi ruce, potím se, jsem nervózní vnitřně, jsem zamlklý, 2 muži reakci neuvédli.



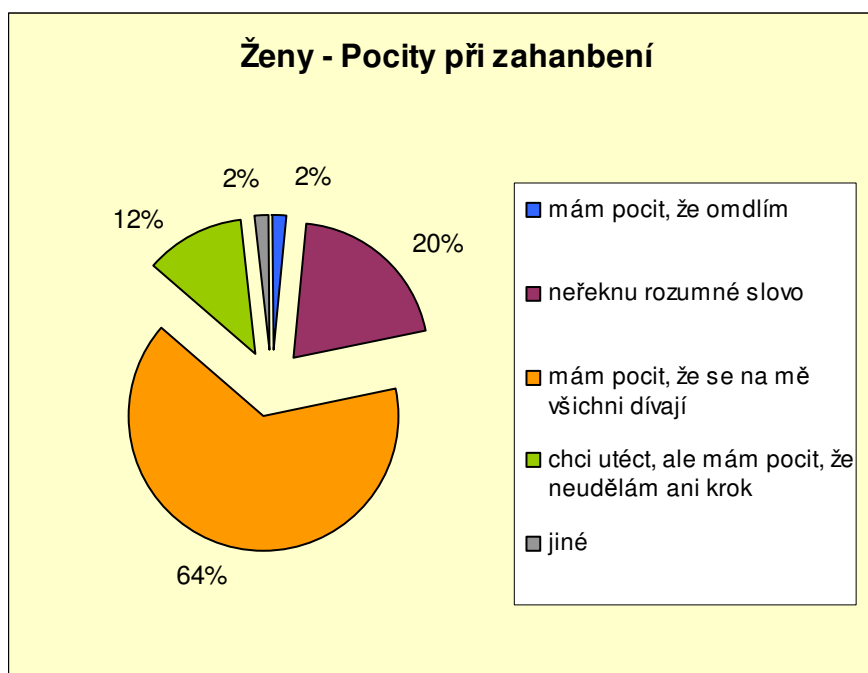
## Otázka č. 19 Když se stydím, mám pocit:

- že omdlím
- mám pocit, že neřeknu rozumné slovo
- mám pocit, že se na mě všichni dívají
- chci utéct, ale mám pocit, že neudělám ani krok
- jiné (uveďte jaké)

Tabulka 46 Pocity při zahanbení - ženy

ženy	absolutní četnost (počet)	relativní četnost (%)
mám pocit, že omdlím	1	2
neřeknu rozumné slovo	12	20
mám pocit, že se na mě všichni dívají	38	64
chci utéct, ale mám pocit, že neudělám ani krok	7	12
jiné	1	2
<b>celkem</b>	<b>59</b>	<b>100</b>

Graf 36 Pocity při zahanbení - ženy



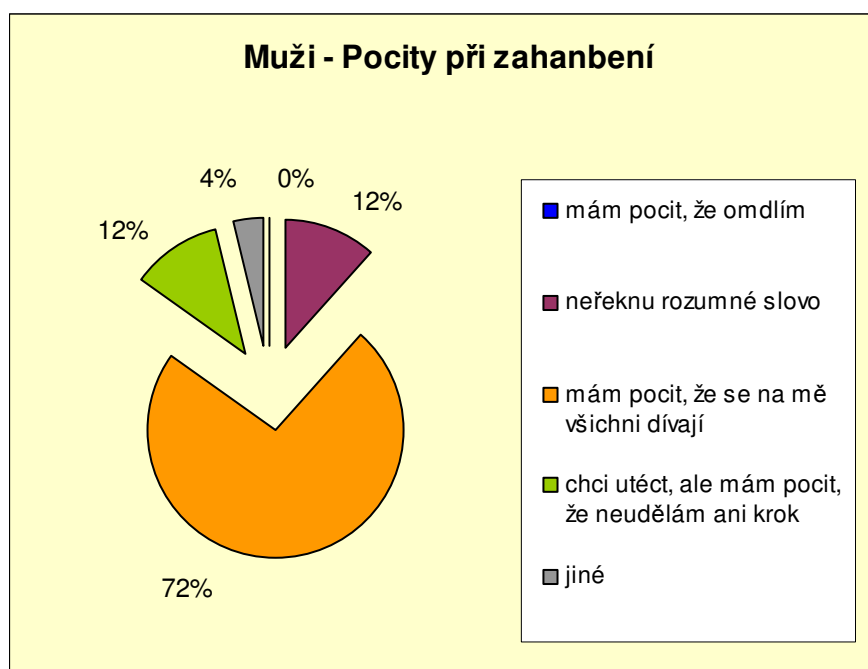
Tabulka 47 Pocity při zahanbení - muži

muži	absolutní četnost (počet)	relativní četnost (%)
mám pocit, že omdlím	0	0
neřeknu rozumné slovo	6	12
mám pocit, že se na mě všichni dívají	38	72
chci utéct, ale mám pocit, že neudělám ani krok	6	12
jiné	2	4
<b>celkem</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

Tabulka 48 Jiné pocity neuvedené v tabulce č. 47

jiné	počet
špatně se vyjadřuji	1
jsem nervózní	1
<b>celkem</b>	<b>2</b>

Graf 37 Pocity při zahanbení - muži

**Komentář:**

Stydí se 1 žena (2 %), má pocit, že omdlí. Muži studem neomdlívají. 12 žen (20 %) a 6 mužů (12 %) neřeknou rozumné slovo. 38 žen (64 %) a 38 mužů (72 %) mají pocit, že se na ně všichni dívají. Utéct, ale mají pocit, že neudělají ani krok, chce 7 žen (12 %) a 6 mužů (12 %). Jiné pocity má 1 žena (2 %) a 2 muži (4 %). Žena pocit neuvvedla a muži se špatně vyjadřují a jsou nervózní.

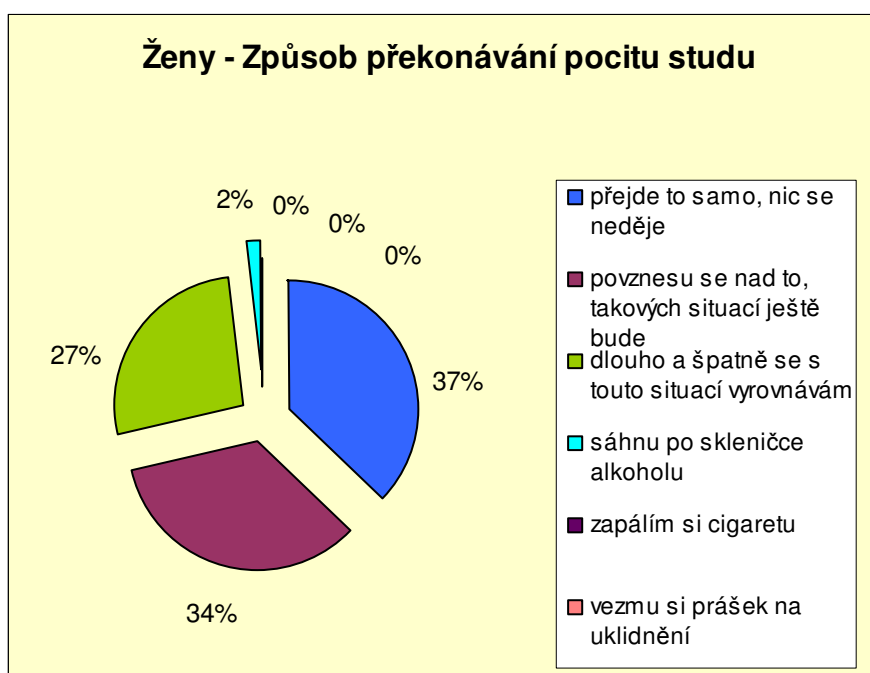
Otázka č. 20 **Jak překonáváte pocit studu?**

- a) nějak to samo přejde, nic se neděje
- b) povznesu se nad to, takových situací ještě bude
- c) dlouho a špatně se s touto situací vyrovnávám
- d) sáhnu po skleničce alkoholu
- e) zapálím si cigaretu
- f) vezmu si prášek na uklidnění
- g) hroutím se

Tabulka 49 Způsob překonávání pocitu studu - ženy

ženy	absolutní četnost (počet)	relativní četnost (%)
přejde to samo, nic se neděje	22	37
povznesu se nad to, takových situací ještě bude	20	34
dlouho a špatně se s touto situací vyrovnávám	16	27
sáhnu po skleničce alkoholu	1	2
zapálím si cigaretu	0	0
vezmu si prášek na uklidnění	0	0
hroutím se	0	0
<b>celkem</b>	<b>59</b>	<b>100</b>

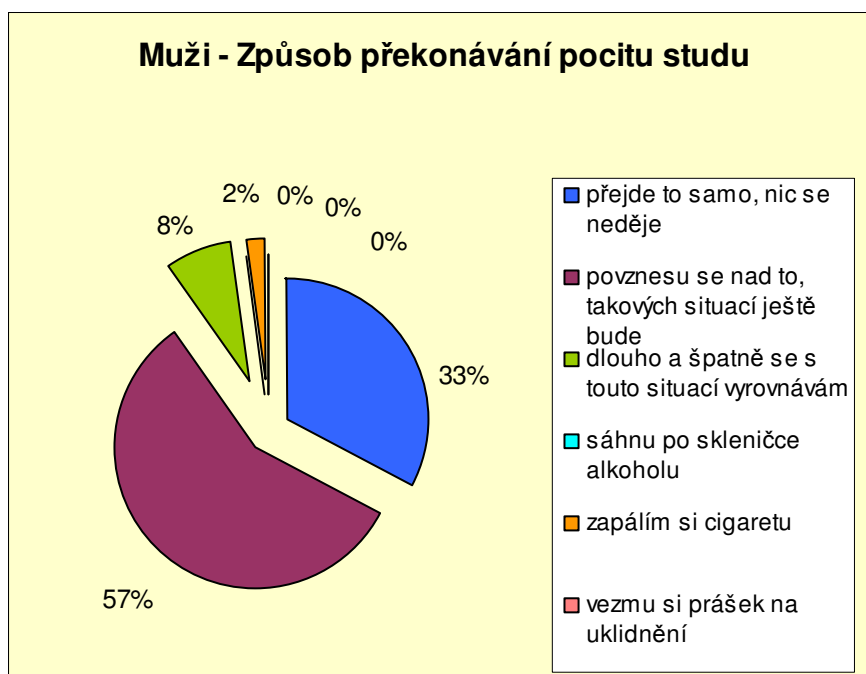
Graf 38 Způsob překonávání pocitu studu - ženy



Tabulka 50 Způsob překonávání pocitu studu - muži

muži	absolutní četnost (počet)	relativní četnost (%)
přejde to samo, nic se neděje	17	33
povznesu se nad to, takových situací ještě bude	30	57
dlouho a špatně se s touto situací vyrovnávám	4	8
sáhnu po skleničce alkoholu	0	0
zapálím si cigaretu	1	2
vezmu si prášek na uklidnění	0	0
hroutím se	0	0
<b>celkem</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

Graf 39 Způsob překonávání pocitu studu - muži

**Komentář:**

Tím, že se nic neděje, nějak to přejde, uvedlo 22 žen (37 %), 17 mužů (33 %). 16 žen (27 %) a 4 muži (8 %) se nad situací, kdy se stydí, povznesou, že takových situací ještě bude. Po skleničce alkoholu sáhne 1 žena (2 %) a překvapivě žádný muž. Cigaretu si nezapálí žádná žena, ale 1 muž (2 %). Prášek na uklidnění si nevezme nikdo a taktéž se nikdo nehroutí.

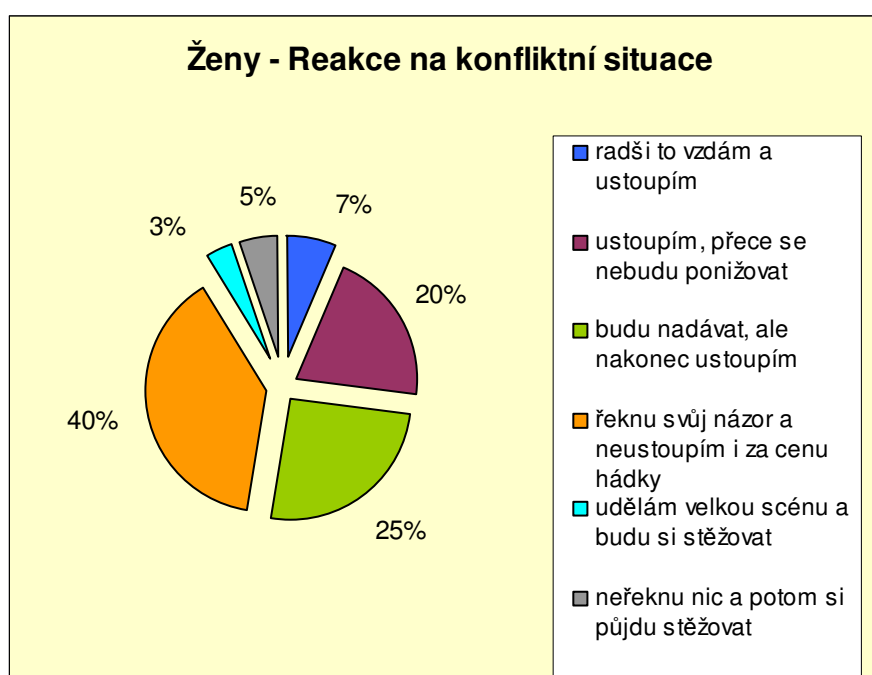
Otázka č. 21 **Jste v situaci, kdy si musíte svá práva na soukromí a respektování Vašeho studu obhajovat a prosazovat, jak to uděláte?**

- a) radši to vzdám a ustoupím
- b) ustoupím, přece se nebudu ponižovat a zesměšňovat
- c) budu nadávat, ale nakonec stejně ustoupím
- d) řeknu svůj názor a neustoupím i za cenu hádky
- e) udělám velkou scénu a budu si stěžovat
- f) neřeknu nic a potom si půjdu stěžovat

Tabulka 51 Reakce na konfliktní situace - ženy

ženy	absolutní četnost (počet)	relativní četnost (%)
radši to vzdám a ustoupím	4	7
ustoupím, přece se nebudu ponižovat	12	20
budu nadávat, ale nakonec ustoupím	15	25
řeknu svůj názor a neustoupím i za cenu hádky	23	40
udělám velkou scénu a budu si stěžovat	2	3
neřeknu nic a potom si půjdu stěžovat	3	5
<b>celkem</b>	<b>59</b>	<b>100</b>

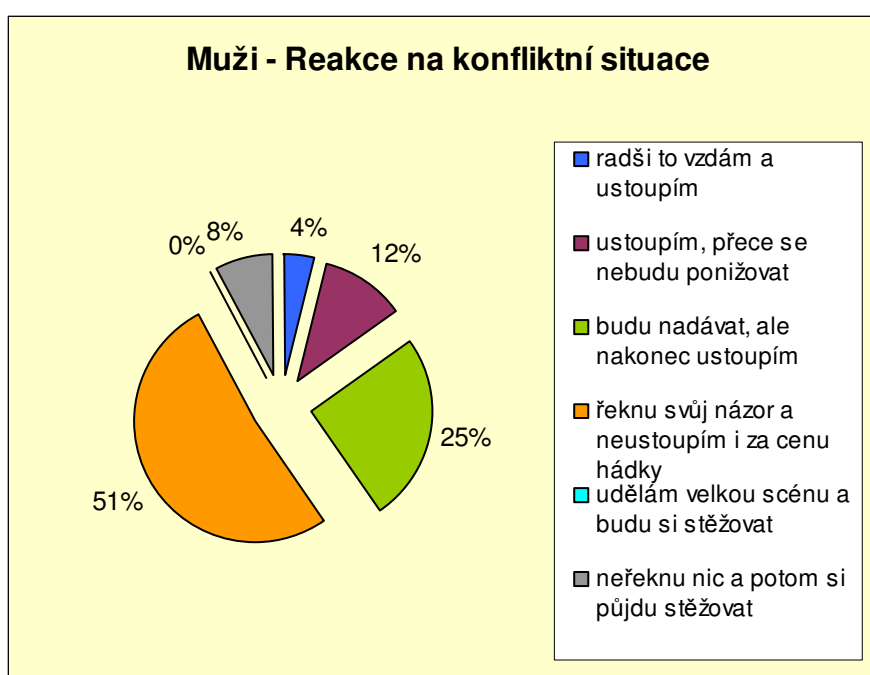
Graf 40 Reakce na konfliktní situace - ženy



Tabulka 52 Reakce na konfliktní situace - muži

muži	absolutní četnost (počet)	relativní četnost (%)
radši to vzdám a ustoupím	2	4
ustoupím, přece se nebudu ponižovat	6	12
budu nadávat, ale nakonec ustoupím	13	25
řeknu svůj názor a neustoupím i za cenu hádky	27	51
udělám velkou scénu a budu si stěžovat	0	0
neřeknu nic a potom si půjdu stěžovat	4	8
<b>celkem</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

Graf 41 Reakce na konfliktní situace - muži

**Komentář:**

Na situaci, kdy si musí právo na soukromí a respektování studu obhajovat, odpověděli respondenti: 4 ženy (7 %) a 2 muži (4 %) uvedli, že to radši vzdají a ustoupí. 12 žen (20 %) a 6 mužů (12 %) ustoupí, protože se přece nebudou ponižovat. 15 žen (25 %) a 13 mužů (25 %) budou sice nadávat, ale nakonec i tak ustoupí. 23 žen (40 %) a 27 mužů (51 %) řeknou svůj názor a neustoupí i za cenu hádky. Ztropí velkou scénu a budou si stěžovat 2 ženy (3 %) a žádný muž. Reakci, že nic neřeknu, ale potom si půjdu stěžovat, zvolily 3 ženy (5 %) a 4 muži (8 %).

## 10 SHRNUTÍ

### **K cíli č. 1: Zjistit, jak dotazovaní stud prožívají a jak se s pocitem studu vyrovnávají.**

K cíli č. 1 jsem v dotazníku položila respondentům otázky č. 18, 19, 20, 21.

K tomuto cíli se vztahuje hypotéza č. 1

### **Hypotéza č. 1: Většina dotazovaných prožívá stud červenáním se.**

V teoretické části jsem se zmiňovala o projevech studu. Když se stydíme, prožíváme stud vnitřně, máme pocit, že chceme utéct, schovat se, ztratit se z celého světa, ale zároveň se prozradíme i našemu okolí, protože prožitek studu má rovněž viditelné projevy, které jsou na nás vidět a které ještě zesílí v okamžiku, když zjistíme, že se na nás všichni dívají. V dotazníku jsem položila dvě otázky, kterými jsem chtěla zjistit, jak dotazovaní stud prožívají uvnitř, jaké mají pocity, co chtějí udělat a také to, jak reagují navenek, jak jsou vidět svým okolím. Na otázku - Když se stydím, tak - dotazovaní dostali na výběr z možností: červenám se jenom ve tváři; červenám se ve tváři i na krku; červenám se ve tváři na krku i na hrudníku; naskakují mi červené fleky, měli také možnost napsat to, co v nabídce není.

**Ženy** se nejvíce prozradí červenáním se ve tváři - 27 žen (46 %). 18 žen (31 %) uvedlo jiné možnosti. Tyto situace jsem seřadila od nejčastěji volených: koktám a nemůžu se vyjádřit, třesou se mi ruce, potím se, přeskakuje mi hlas, koušu si nehty, koušu se do rtů, potí se mi ruce, polije mě horkost a rozhlížím se po okolí. 7 ženám (12 %) naskakují červené fleky, 5 žen (8 %) se červená i na krku a nejméně žen, tj. 2 ženy (3 %) se červenají ve tváři, na krku i na hrudníku. Z toho vyplývá, že většina žen prožívá stud červenáním se a tudíž **u žen hypotézu č. 1 potvrzuji a přijímám.**

**Muži** podle výsledků z dotazníku nejvíce volili jiné projevy studu, a to 23 mužů (44 %), u této možnosti se mohl každý vyjádřit sám za sebe. Opět jsem projevy seřadila od nejvíce volených: muži se potí, třesou se jim ruce, jsou vnitřně nervózní, přeskakuje jim hlas, koktají, nemůžou se vyjádřit a jsou zamlklí. Červenání ve tváři uvedlo 22 mužů (42 %). Fleky prozradí 4 muže (8 %), 2 muži (4 %) se červenají ve tváři i na krku a pouze 1 muž je zarudlý i na hrudníku. Z těchto výsledků vyplývá, že **u mužů se hypotéza č. 1 nepotvrdila**, protože více mužů projevuje stud jinak než červenáním se, tudíž **ji nepřijímám.**

Na otázku ohledně pocitů, které dotazovaní prožívají vnitřně, co cítí, ženy i muži odpověděli stejně. Nejvíce mají pocit, že když se stydí, všichni se ně dívají. Myslím si, že tento

pocit zažil každý z nás. Stáváme se nedobrovolně středem pozornosti, myslíme si, že přitahujeme pohledy všech zúčastněných. Z dalších pocitů, které dotazovaní uváděli, je obava, že neřeknou rozumné slovo. Jsou situace, kdy na svou obranu nebo obhajobu chceme říct rozumnou myšlenku, ale slova, jako by se zasekla a my, než abychom se zesměšlili ještě víc, radši nic neřekneme. Dalším vnitřním pocitem studu je, že chceme utéct, ale neuděláme ani krok. Je to pocit dřevěných nohou.

Člověk je osobnost, nejsme všichni stejní. S pocitem studu se vyrovnáváme každý po svém a každý sám za sebe. Většina žen se nejvíce vyrovnává tím, že si myslí, že to samo přejde, nic se neděje. Další skupina žen se nad stresovou situací povznese a řekne si, že takových situací ještě bude. Třetina žen se situací vnitřně zabývá, dlouho a špatně se s tím vyrovnává. Pouze jedna žena sáhla po skleničce alkoholu a k mému překvapení žádná žena nesáhla po cigaretě a uklidňujících prostředcích. Muži se vyrovnávají se studem obdobně. Nejvíce mužů se nad tím povznese a řekne si, že takových situací ještě bude. Menší skupinu tvoří ti, kteří si řeknou, že se nic neděje a samo to přejde. Čtyři muži se studem vyrovnávají dlouho a špatně a pouze jeden sáhne po cigaretě.

### **K cíli č. 2: Určit, které výkony a situace vyvolávají u dotazovaných pocit studu.**

K cíli č. 2 jsem v dotazníku položila respondentům otázky č. 11, 13, 14, 15, 16, 17.

K tomuto cíli se vztahuje hypotéza č. 2, 3.

**Hypotéza č. 2:** Nejvíce se dotazovaní stydí, když mají o svých problémech mluvit před jinými svědky.

**Hypotéza č. 3:** Více se stydí ženy než muži.

Během života prožívá člověk situace, které jsou příjemné, ale prožíváme i takové, které jsou nepříjemné a stresující. Pobyt v nemocnici nebo návštěva u lékaře patří k těm méně příjemným. Prožíváme bolest, strach, čekáme na výsledky vyšetření, ocitáme se v situacích pro nás zatím neznámých, ponižujících a vypjatých. Dotazovaní uváděli v odpovědích více možností, které by u nich vyvolali pocit studu, mohli si z uvedených možností vybrat tři nebo také napsat jiné, pro ně konkrétní. V ordinacích privátních lékařů se na prvním místě umístila situace, kdy se zdravotní sestra zeptá, proč jdete za lékařem, pak následuje více pacientů v ordinaci, kde se čeká na přijetí k lékaři a na zdravotní kartu u sestry, která se



před ostatními ptá na zdravotní potíže. Nezavřené dveře u lékaře, kdy své důvěrné problémy týkající se zdravotního stavu svěřujete lékaři, jsou také velký problém. Okřiknutí zdravotní sestrou v čekárně a napomenutí, že se neklepe a vyčkává se do příchodu sestry, je také nepříjemné. Při pobytu v nemocnici je pro obě pohlaví nejvíc zahanbující vyprazdňování na lůžku, dále když jsou přítomni další pacienti při rozhovoru s lékařem, obnažování při vizitě před ostatními pacienty, samozřejmě také provádění hygieny na lůžku a obnažování se před studenty. Studenti jsou pro 42 % žen v určitých situacích nevítáni a neměli by být přítomni. Ženy uváděly tyto situace: odhalování intimních míst, gynekologické vyšetření, sdělování osobních informací lékaři, studenti muži, velké množství studentů u vyšetření, studenti, kteří jsou známí, nevhodné chování studentů, přímo je uvedené chichotání, mladý věk studentů. Mužům většinou přítomnost studentů nevádí, 30 % uvedlo, že někdy jim studenti vadí. Vadí jim například účastníci kurzů DRNR, velké množství studentů, prezentace intimních záležitostí a obava z úniku informací od studentů.

K ověření hypotézy č. 2 jsem použila otázku č. 11. Ze sedmi nabízených možností mohli respondenti zvolit maximálně tři. Ženy z celkového počtu 142 odpovědí si vybíraly situace, které jim nejvíce vadí a zahanbují: 75krát byla vybrána situace, kdy musí mluvit o svých zdravotních problémech před druhými, například v čekárně nebo v ordinaci před ostatními pacienty. Tudiž tuto **hypotézu č. 2 u žen přijímám a potvrzuji**. U mužů dopadla hypotéza č.2 obdobně. Z celkového počtu 107 byla 60krát vybrána situace, že mužům vadí zpovídání a mluvení o svém zdravotním stavu před dalšími svědky. Tudiž i **u mužů tuto hypotézu potvrzuji a přijímám**.

Hypotézu č. 3 jsem ověřovala otázkou č. 16 - Považujete se za stydlivé? 47 žen (80 %) se považuje za stydlivé a pouze 12 žen (20 %) nemá se studem problém. 27 mužů (52 %) odpovědělo, že se stydí a 25 mužů (48 %) se nestydí. **Hypotézu, že ženy se stydí víc jak muži přijímám a potvrzuji**. Podle výsledků je stud u žen spojen nejvíce se vzhledem, hmotností, špatným vyjadřováním. U mužů je stud nejvíce spojen se špatným vyjadřováním a pocitem, že se ztrapní a udělají si ostudu.

### **K cíli č. 3: Zjistit, zda se při poskytování zdravotní péče dodržuje právo na soukromí a stud**

K cíli č. 3 jsem v dotazníku položila respondentům otázky č. 8, 9, 10, 13.

K tomuto cíli se vztahuje hypotéza č. 4.

**Hypotéza č. 4:** Převládá názor, že při poskytování péče je dodržováno a respektováno pacientovo soukromí a brán ohled na jeho stud.

Abych zjistila, jestli ve zdravotnických zařízeních je respektováno soukromí a brán ohled na pacientův stud, položila jsem respondentům 2 otázky, ve kterých se zajímám, zda-li má pacient ve zdravotnickém zařízení právo na soukromí a respektování studu. Na druhou otázku odpovídali ti, kteří si vybrali možnost, kde psali o situacích, kdy jde soukromí stranou. Ženy v 38 % (23 žen) uvedly, že pacient má právo na soukromí vždy a v každé situaci, 18 žen (31 %) napsalo, že by měl mít, ale nemá, 14 žen (24 %) uznalo, že jsou situace, kdy musí soukromí stranou. 4 ženy (7 %) se domnívají, že pacient právo na soukromí nemá. Ženy, které napsaly, že jsou situace, kdy musí soukromí stranou, odpovídaly takto: záchrana života (11x), další jsou vždy po jedné odpovědi – mimořádné situace, gynekologické vyšetření, porod, irigoskopie, rektoskopie, klyzma, cévkování, jiné vyšetření, dlouhodobé hygienické zanedbání. Muži na otázku zda-li má pacient právo na soukromí a respektování studu, odpovídali následovně: 16 mužů (31 %) odpovědělo, že pacient má právo v každé situaci, 17 mužů (32 %) napsalo, že by měl mít, ale nemá. 16 mužů (31 %) jmenovalo situace, kdy musí soukromí stranou – záchrana života (13x), mimořádné situace (4x), gynekologické vyšetření a cévkování po jedné odpovědi. 3 muži (6 %) uvedli, že pacient právo na soukromí nemá.

K hypotéze č. 4 se vztahují dvě otázky. Jedna se týká ošetřování pacientů v ordinacích praktických lékařů a druhá otázka ošetřování pacientů hospitalizovaných v nemocnici. 33 žen (56 %) si myslí, že v ordinacích je brán ohled na soukromí, 22 žen (37 %) se domnívá, že není brán ohled na soukromí. V nemocnicích dopadlo šetření naopak. 23 žen (39 %) si myslí, že na soukromí je brán ohled, ale 33 žen (56 %) je přesvědčeno, že není respektováno soukromí a stud. Celkově tedy převládá názor (o jeden hlas), že je brán ohled na pacientovo soukromí a jeho stud. Tudíž **hypotézu č. 4 u žen přijímám a potvrzuji.**

29 mužů (56 %) si myslí, že v ambulancích praktických lékařů na soukromí dbají, 11 mužů (21 %) je toho názoru, že soukromí není dodržováno. Stejně to dopadlo v nemocnicích při hospitalizaci, kdy 31 mužů (60 %) je přesvědčeno, že i v nemocnicích je soukromí a stud pacienta respektován, 14 mužů (27 %) tvrdí, že není brán ohled na soukromí a stud. Celko-

vě převládá názor, že v zdravotnických zařízeních je brán ohled na soukromí a je respektován stud pacienta. Také **u mužů hypotézu č. 4 přijímám a potvrzuji.**

**K cíli č. 4: Zjistit, zda dotazovaní znají Práva pacientů a jak jsou o těchto právech informováni.**

K cíli č. 3 jsem v dotazníku položila respondentům otázky č. 5, 6, 7.

K tomuto cíli se vztahuje hypotéza č. 5, 6.

**Hypotéza č. 5:** Většina dotazovaných zná práva pacientů podrobně .

**Hypotéza č. 6:** Většina dotazovaných si o právech pacientů přečetla na internetu.

Myslela jsem si, že v otázce Práva pacientů mě nemůže nic překvapit, ale opak je pravdou. Předpokládala jsem, že studenti mají podrobné znalosti těchto práv, dovedou práva pacientů vyjmenovat a vědí, co, které právo znamená. Na otázku jestli dotazovaní práva pacientů znají, ženy odpovídaly: 40 žen (68 %) práva pacientů zná okrajově, nezná podrobnosti; 13 žen (22 %) žen ví, že práva pacientů existují; pouze 6 žen (10 %) zná práva pacientů podrobně, naštěstí žádná žena neodpověděla, že práva nezná. Z toho vyplývá, že **hypotézu č. 5 nemůžu přijmout, proto ji u žen odmítám.** U mužů dopadly výsledky následovně. 41 mužů (79 %) zná práva pouze okrajově, 9 mužů (17 %) ví jenom, že práva pacientů existují, 1 muž dokonce práva pacientů nezná vůbec a největším překvapením pro mě je fakt, že 1 muž zná práva pacientů podrobně. Tudíž **u mužů hypotézu č. 5 také odmítám a nepřijímám.**

Z dotazníků jsem se dozvěděla, že studenti jsou o Právech pacientů nejvíce poučeni od vyučujících ve škole - 43 žen (73 %) a 28 mužů (54 %). Dále ženy uváděly své výpovědi v tomto pořadí: ze sdělovacích prostředků se o právech dozvědělo 10 žen (17 %), 5 žen (8 %) se o právech přečetlo z edukačního materiálu, 1 žena od zdravotní sestry, žádná žena nebyla o právech poučena od lékaře, od mentorky a z internetu. **Hypotézu č. 6 u žen odmítám a nepřijímám,** protože žádná žena nezná práva z internetu, což jsem já předpokládala. Muži odpovídali, že byli poučeni o právech v tomto pořadí: ve škole od vyučujících 28 mužů (54 %), z letáků a edukačního materiálu se o právech dozvědělo 12 mužů (23 %), ze sdělovacích prostředků 8 mužů (15 %), z internetu pouze 2 muži (4 %), 1 muže (2 %)

poučil lékař, sestra o Právech pacienta nepoučila žádného dotazovaného. Také **u mužů hypotézu č. 6 nepřijímám a nepotvrzuji.**

## ZÁVĚR

Moje bakalářská práce pojednává o problematice studu pacienta. Psychologické téma o studu jsem si vybrala záměrně, protože bylo pro mě zajímavé a osobní. Já sama se považuji za člověka stydlivého. Patřím mezi ty ostýchavé, kteří se červenají a neradi na sebe upoutávají pozornost. Proto když si mám obhajovat svá práva, radši ustoupím, než abych se měla ponížít a zesměšnit.

Při psaní práce a sestavování dotazníku jsem vycházela ze své vlastní osobní zkušenosti. Respondenty - studenty a studentky - jsem si vybrala cíleně, chtěla jsem znát názor těch, kteří se buď na své povolání teprve připravují, jsou mladí, nejsou „vyhořelí“, unaveni svou prací a postižení bagatelizováním problémů druhých, nebo na studenty a zároveň pracující, kteří mají možnost srovnávat teorii s praxí. Já sama 18 let pracuji ve zdravotnictví a současně tři roky studuji vysokou školu. Během těchto tří let jsem měla možnost poznat, jak se liší teorie ve škole od praxe ve zdravotnickém zařízení. Podle mého názoru je pro každého studenta velkým překvapením to, že se ve škole učí zákonům, pravidlům, normám, etice, jak se má chovat a jednat zdravotník.

Během mého studia se mi stala příhoda, na kterou nelze zapomenout. Při psaní bakalářské práce se mi jednou vybavila. Seděla jsem v čekárně u lékaře specialisty a do čekárny přišel mladý muž, slušně pozdravil, bylo na něm vidět, že je nervózní, popocházel po čekárně a plaše se rozhlížel po nás ostatních. Ze dveří ordinace vyšla zdravotní sestra a vyzvala dalšího pacienta do ordinace. Mladý muž šel k ní a předával jí zdravotní dokumentaci se slovy, že jde k lékaři a je tady poprvé. Sestra se před všemi pacienty ptala na otázky typu: proč jdete za lékařem, jaké máte potíže, od kdy je máte atd. Na muže byl vidět velký ostych a nechtěl mluvit o svých problémech před ostatními. Chtěl zatlačit sestru do ordinace a zavřít dveře, ale neměl šanci. Vše, co chtěla sestra říct, řekla a nedělalo jí problém, že uvádí muže do rozpaků. Myslím si, že v rozpacích nebyl pouze dotyčný muž, ale my všichni, kteří jsme byli účastníky rozhovoru. Já sama jsem se za tuto sestru styděla, za její nevhodné, neslušné chování. Na tyto otázky dle mého názoru neměla zdravotní sestra právo se ptát, natož je řešit před „plnou čekárnou pacientů“.

Na obranu nás zdravotních sester chci poukázat, že naše povolání je bezpochyby jedním z nejvíce fyzicky i psychicky náročných zaměstnání. Bez nás by byl chod zdravotnických zařízení nemyslitelný. Náš přístup často určuje, jak se pacient cítí a jak je spokojený.

Z dotazníků jednoznačně vyplynulo, že lidem nejvíce vadí to, když mají o svých zdravotních problémech mluvit před ostatními. Ať se jedná o zmiňovanou situaci v čekárně u lékaře nebo hromadné vizity na pokojích v nemocnicích. Lidem vadí nezavřené dveře v ordinacích, více kabinek sousedících s ordinací lékaře, kdy jde rozhovor slyšet do těchto kabinek. Obnažování při vizitě před jinými pacienty, před studenty, vyprazdňování na lůžku, hygiena na lůžku, to vše je již ponižující, zasahující do soukromí samo o sobě, natož aby u toho byl přítomen někdo cizí. Podle mého názoru by bylo vhodné zaměřit se na jiný způsob provádění lékařských vizit. Dotazovaní uváděli, že tyto situace, kdy se musí obnažovat před ostatními pacienty, patří v nemocnici k nejvíce zahanbujícím. Když srovnáme například dnešní školství a zdravotnictví, třídní schůzky ve škole probíhají také individuálně. Neřeší se problémy jednotlivých dětí před ostatními rodiči. Rodiče chodí na konzultace osobně, ctí se žákova i rodičova důstojnost a právo na soukromí. Také banky a pošty ctí soukromí tzv. diskrétní zónou, a to se nejedná o obnažování a nahotu.

Jsem toho názoru, že zdravotnictví je v tomto směru pozadu a představa soukromých konzultací je bohužel v nedohlednu. Vyšší kvalita ve zdravotnictví nespočítá jen v moderním vybavení, v nejnovějších léčebných technologiích, metod a postupů, ale v lepším osobním přístupu zdravotnických pracovníků, kteří projevují úctu, soucit a respektování důstojnosti člověka. Jsem přesvědčena, že ctít soukromí a respektovat stud u druhých není složité, stačí si představit nás samotné na opačné straně a jednat podle našeho svědomí.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. přepracované a doplněné vyd. Praha : Grada Publishing, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.

BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno : NCO NZO, 2005. 146 s. ISBN 80-7013-416-X.

BAŠTECKÁ, B., GOLDMANN, P. *Základy klinické psychologie*. 1. vyd. Praha : Portál, 2001. 436 s. ISBN 80-7178-550-4.

BLATNÝ, M., PLHÁKOVÁ, A. *Temperament, inteligence, sebepojetí*. 1. vyd. Brno : Psychologický ústav Akademie věd ČR, 2003. 150 s. ISBN 80-86620-05-0.

*České ošetrovatelství 2 : zajišťování kvality ošetrovatelské péče*. 1. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1998. 47 s. ISBN 80-7013-263-9.

DRAPELA, V. J. *Přehled teorií osobnosti*. 4. vyd. Praha : Portál, 2003. 175 s. ISBN 80-7178-766-3.

GOLDMANN, R., CICHÁ, M. *Etika zdravotní a sociální práce*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. 126 s. ISBN 80-244-0907-0.

HAMER, D., COPELAND, P. *Geny a osobnost : biologické základy psychiky člověka*. 1. vyd. Praha : Portál, 2003. 250 s. ISBN 80-7178-779-5.

HENRIKSEN, J. O., VETLESEN, A. J. *Blízké a vzdálené*. 1. vyd. Boskovice : ALBERT, 2000. 216 s. ISBN 80-85834-85-5.

JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha : TRITON, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6.

KELEMAN, S. *Anatomie emocí : emoce a jejich vliv na lidské tělo*. 1. vyd. Praha : Portál, 2005. 212 s. ISBN 80-7178-836-8.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha : Portál, 2001. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.

MACHAČ, M., MACHAČOVÁ, H., HOSKOVEC, J. *Emoce a výkonnost*. 1. vyd. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1985. 288 s. ISBN 14-467-85.

MATĚJÍČEK, Z., POKORNÁ, M. *Radosti a strasti*. 1. vyd. Jinočany : H+H, 1998. 205 s. ISBN 80-86022-21-8.

MATĚJÍČEK, Z. *Co děti nejvíc potřebují*. 3. vyd. Praha : Portál, 2003. 108 s. ISBN 80-7178-853-8.

MÍČEK, L. *Sebevýchova a duševní zdraví*. 4. vyd. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1986. 222 s. ISBN 14-226-86.

NAKONEČNÝ, M. *Lidské emoce*. 1. vyd. Praha : Academia, 2000. 335 s. ISBN 80-200-0763-6.

NAKONEČNÝ, M. *Psychologie téměř pro každého*. 1. vyd. Praha : Academia, 2004. 318 s. ISBN 80-200-1198-6.

NAKONEČNÝ, M. *Psychologie osobnosti*. 2. vyd. Praha : Academia, 2009. 620 s. ISBN 978-80-200-1680-5.

PRAŠKO, J. et al. *Poruchy osobnosti*. 1. vyd. Praha : Portál, 2003. 360 s. ISBN 80-7178-737-X.

PŘÍKASKÝ, J. V. *Učebnice základů etiky*. 1. vyd. Kostelní Vydří : Karmelitánské nakladatelství, 2000. 134 s. ISBN 80-7192-505-5.

RANCOURT, B. *Zbavit se minulosti : Jak léčit dávná emoční zranění*. 1. vyd. Praha : Portál, 2008. 208 s. ISBN 978-80-7367-363-5.

ŘEZÁČ, J. *Sociální psychologie*. Vyd. není uvedeno. Brno : Paido, 1998. 268 s. ISBN 80-85931-48-6.

SMÉKAL, V., MACEK, P. *Utváření a vývoj osobnosti : psychologické, sociální a pedagogické aspekty*. 1. vyd. Brno : Barrister a Principal - studio, 2002. 264 s. ISBN 80-85947-83-8.

STUHLÍKOVÁ, I. *Základy psychologie emocí*. 1. vyd. Praha : Portál, 2002. 227 s. ISBN 80-7178-553-9.

TRACHTOVÁ, E. et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno : NCO NZO, 2005. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.



VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. rozšířené. Praha : Portál, 2004. 870 s. ISBN 80-7178-802-3.

VONDRÁČEK, L., LUDVÍK, M. *České ošetrovatelství 13 : zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi II*. 1. vyd. Brno : NCO NZO, 2004. 67 s. ISBN 80-7013-388-0.

ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie : teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Práva pacientů ČR*. [online]. [cit. 2011-05-02]. Dostupný z WWW: <http://www.mpsv.cz/cs/840>.

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

%	procento
ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
č.	číslo
DRNR	Doprava raněných, nemocných, rodiček
JIP	Jednotka intenzivní péče
např.	například
NAWCH	National Association for the Welfare of Children
s.	strana odkazu
tj.	to je
tzv.	tak zvanou
ZZS	Záchranná služba

**SEZNAM OBRÁZKŮ**

Graf 1 Pohlaví.....	50
Graf 2 Věk - ženy.....	51
Graf 3 Věk - muži .....	52
Graf 4 Forma studia - ženy .....	53
Graf 5 Forma studia - muži.....	54
Graf 6 Zaměstnání - ženy.....	55
Graf 7 Zaměstnání - muži .....	56
Graf 8 Znalost Práv pacientů - ženy.....	57
Graf 9 Znalost Práv pacientů - muži .....	58
Graf 10 Práva pacientů - ženy.....	59
Graf 11 Práva pacientů - muži .....	60
Graf 12 Získané informace o Právech pacientů - ženy .....	62
Graf 13 Získané informace o Právech pacientů - muži.....	63
Graf 14 Právo na soukromí a respektování studu - ženy .....	64
Graf 15 Právo na soukromí a respektování studu - muži.....	65
Graf 16 Situace, kdy musí soukromí stranou - ženy .....	66
Graf 17 Situace, kdy musí soukromí stranou - muži .....	67
Graf 18 Ohledy na soukromí a stud pacientů při vyšetřování – ženy .....	68
Graf 19 Ohledy na soukromí a stud pacientů při vyšetřování – muži.....	69
Graf 20 Situace vyvolávající pocit studu a zahanbení v ordinacích - ženy.....	71
Graf 21 Situace vyvolávající pocit studu a zahanbení v ordinacích - muži.....	72
Graf 22 Přítomnost zdravotní sestry v ordinaci - ženy .....	73
Graf 23 Přítomnost zdravotní sestry v ordinaci - muži.....	74
Graf 24 Ohledy na soukromí a stud pacientů při hospitalizaci - ženy .....	75
Graf 25 Ohledy na soukromí a stud pacientů při hospitalizaci - muži.....	76
Graf 26 Situace v nemocnici – ženy .....	78
Graf 27 Situace v nemocnici – muži.....	79
Graf 28 Přítomnost studentů při vyšetřování – ženy.....	80
Graf 29 Přítomnost studentů při vyšetřování – muži.....	81
Graf 30 Považujete se za stydlivé - ženy .....	82
Graf 31 Považujete se za stydlivé - muži.....	83

---

Graf 32 Faktory ovlivňující stud a zahanbení - ženy .....	84
Graf 33 Faktory ovlivňující stud a zahanbení - muži.....	85
Graf 34 Projevy studu - ženy .....	87
Graf 35 Projevy studu - muži.....	88
Graf 36 Pocity při zahanbení - ženy.....	89
Graf 37 Pocity při zahanbení - muži .....	90
Graf 38 Způsob překonávání pocitu studu - ženy .....	91
Graf 39 Způsob překonávání pocitu studu - muži .....	92
Graf 40 Reakce na konfliktní situace - ženy .....	93
Graf 41 Reakce na konfliktní situace - muži .....	94

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 Pohlaví .....	50
Tabulka 2 Věk - ženy .....	51
Tabulka 3 Věk - muži .....	51
Tabulka 4 Forma studia - ženy .....	53
Tabulka 5 Forma studia - muži .....	53
Tabulka 6 Zaměstnání - ženy .....	55
Tabulka 7 Zaměstnání - muži .....	55
Tabulka 8 Znalost Práv pacientů - ženy .....	57
Tabulka 9 Znalost Práv pacientů - muži .....	58
Tabulka 10 Práva pacientů - ženy .....	59
Tabulka 11 Práva pacientů - muži .....	60
Tabulka 12 Získané informace o Právech pacientů - ženy .....	62
Tabulka 13 Získané informace o Právech pacientů - muži .....	63
Tabulka 14 Právo na soukromí a respektování studu - ženy .....	64
Tabulka 15 Právo na soukromí a respektování studu - muži .....	65
Tabulka 16 Situace, kdy musí soukromí stranou - ženy .....	66
Tabulka 17 Situace, kdy musí soukromí stranou - muži .....	67
Tabulka 18 Ohledy na soukromí a stud pacientů při vyšetřování – ženy .....	68
Tabulka 19 Ohledy na soukromí a stud pacientů při vyšetřování – muži .....	69
Tabulka 20 Situace vyvolávající pocit studu a zahanbení v ordinacích - ženy .....	70
Tabulka 21 Jiné neuvedené situace v tabulce č. 20 .....	70
Tabulka 22 Situace vyvolávající pocit studu a zahanbení v ordinacích - muži .....	71
Tabulka 23 Přítomnost zdravotní sestry v ordinaci - ženy .....	73
Tabulka 24 Konkrétní situace, kdy vadí přítomnost zdravotní sestry - ženy .....	73
Tabulka 25 Přítomnost zdravotní sestry v ordinaci - muži .....	74
Tabulka 26 Konkrétní situace, kdy vadí přítomnost zdravotní sestry - muži .....	74
Tabulka 27 Ohledy na soukromí a stud pacientů při hospitalizaci - ženy .....	75
Tabulka 28 Ohledy na soukromí a stud pacientů při hospitalizaci - muži .....	76
Tabulka 29 Situace v nemocnici – ženy .....	77
Tabulka 30 Jiné situace neuvedené v tabulce č. 29 .....	77
Tabulka 31 Situace v nemocnici – muži .....	78

Tabulka 32	Přítomnost studentů při vyšetřování – ženy.....	80
Tabulka 33	Konkrétní situace, kdy vadí přítomnost studentů – ženy.....	80
Tabulka 34	Přítomnost studentů při vyšetřování – muži.....	81
Tabulka 35	Konkrétní situace, kdy vadí přítomnost studentů – muži.....	81
Tabulka 36	Považujete se za stydlivé - ženy.....	82
Tabulka 37	Považujete se za stydlivé - muži.....	82
Tabulka 38	Faktory ovlivňující stud a zahanbení - ženy.....	84
Tabulka 39	Jiné neuvedené faktory v tabulce č. 38.....	84
Tabulka 40	Faktory ovlivňující stud a zahanbení - muži.....	85
Tabulka 41	Jiné neuvedené faktory v tabulce č. 40.....	85
Tabulka 42	Projevy studu - ženy.....	86
Tabulka 43	Jiné projevy neuvedené v tabulce č. 42.....	86
Tabulka 44	Projevy studu - muži.....	87
Tabulka 45	Jiné projevy neuvedené v tabulce č. 44.....	87
Tabulka 46	Pocity při zahanbení - ženy.....	89
Tabulka 47	Pocity při zahanbení - muži.....	90
Tabulka 48	Jiné pocity neuvedené v tabulce č. 47.....	90
Tabulka 49	Způsob překonávání pocitu studu - ženy.....	91
Tabulka 50	Způsob překonávání pocitu studu - muži.....	92
Tabulka 51	Reakce na konfliktní situace - ženy.....	93
Tabulka 52	Reakce na konfliktní situace - muži.....	94

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I Dotazník

Příloha P II Práva pacientů

## PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Denisa Pechová, studuji na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně, Fakultu Humanitních studií, Ústav ošetrovatelství. Jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra. V současné době píší bakalářskou práci na téma: Problematika studu pacienta – příčiny a řešení. Tímto Vás prosím o pomoc a chvilku Vašeho času, který budete muset obětovat při vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je anonymní a informace, které z něho získám, budou použity pouze k výzkumu a obhájení mé bakalářské práce a nebudou zneužity.

Pechová Denisa

Zaškrtněte, prosím, pokud není uvedeno jinak u každé otázky pouze jednu odpověď.

-----

1. Pohlaví:

žena

muž

2. Věk:

20 – 25 let

26 – 30 let

31 – 35 let

3. Jsem:

student/ka

student/ka a zároveň pracující (plný, částečný úvazek, brigádně)

4. Pokud jste zaměstnaní, napište, prosím, kde:

.....



5. Práva pacientů:

- neznám, nikdy jsem o nich neslyšel/a (pokud zaškrtnete, neodpovídejte na otázku č. 6)
- vím jenom, že existují
- znám, ale pouze okrajově, neznám podrobnosti
- ano, znám podrobně

6. Napište, prosím, Práva pacientů, které znáte:

.....  
.....

7. O existenci Práv pacientů jsem se dozvěděl/a:

- ve škole od vyučujících
- od mentorky na praxi
- od lékaře ve zdravotnickém zařízení
- od sestry ve zdravotnickém zařízení
- ze sdělovacích prostředků
- z internetu
- z letáků, brožur, edukačních materiálů
- nedozvěděl/a, neznám

8. Má podle Vás pacient ve zdravotnickém zařízení právo na soukromí a respektování studu ?

- ano, má vždy a v každé situaci
- měl by mít, ale nemá
- jsou situace, kdy musí jít soukromí a stud pacienta stranou
- ne, nemá právo, ve zdravotnickém zařízení soukromí a stud nelze respektovat

9. Pokud jste zaškrtnli, že jsou situace, kdy musí jít soukromí stranou, napište jaké situace:.....

.....  
.....

10. Myslíte si, že v ambulancích privátních lékařů a lékařů specialistů jsou brány ohledy na soukromí a stud pacientů při vyšetřování ?

ano

ne

nevím, nikdy jsem se tím nezabýval/a, není to pro mě důležité

11. Zaškrtněte maximálně 3 možnosti, které by v **ordinaci** praktického lékaře při vyšetřování u Vás vyvolaly pocit studu a zahanbení:

zaklepete na dveře ordinace a jste napomenutí zdravotní sestrou před ostatními v čekárně, že máte vydržet a přečíst si na dveřích ordinace, že se neklepe

zdravotní sestra Vás v čekárně zpovídá před ostatními, proč jdete za lékařem

zdravotní sestra si volá k sobě ke stolu více pacientů a ti musí odpovídat na její otázky, nebo říkat důvod návštěvy před sebou navzájem

lékař při vyšetřování nezavře dveře a rozhovor s vámi jde slyšet vedle do místnosti

u lékaře se nachází převlékací kabinky, které sousedí s vyšetřovnou a rozhovor lékaře s pacientem jde slyšet do těchto kabin

ležíte v ordinaci u sestry, aplikuje se vám infuze nebo máte být v klidu po aplikaci léků a další nemocný mluví o svých problémech před vámi

jiné (uveďte jaké)

.....  
.....  
.....

12. Vadí vám v **ordinaci** praktického lékaře při vyšetřování lékařem přítomnost zdravotní sestry?

- ne, nevadí
- někdy jsou situace, kdy vadí (napište jaké:.....)
- ano, vadí, neměla by tam být
- nesetkal/a jsem se s tím, že by sestra byla u vyšetření lékařem přítomna

13. Myslíte si, že v **nemocnicích při hospitalizaci** jsou brány ohledy na soukromí a stud pacienta?

- ano
- ne
- nevím, nikdy jsem se tím nezabýval/a, není to pro mě důležité

14. Zaškrtněte maximálně 3 možnosti, které by při **hospitalizaci v nemocnici** u Vás vyvolaly pocity studu a zahanbení:

- vyprazdňování na lůžku
- provádění hygieny na lůžku
- vyšetřování a obnažování na lůžku
- obnažování při vizitě před ostatními pacienty na pokoji
- obnažování při vizitě před studenty – studentkami
- při rozhovoru s lékařem jsou přítomni další pacienti
- převlékání před ostatními pacienty
- jiné (uved'te jaké) .....
- .....
- .....

15. Vadí vám při vyšetřování a během léčby v nemocnici přítomnost studentů na praxi?

- ne, nevadí v žádné situaci
- někdy jsou situace, kdy vadí (napište jaké.....)
- ano, vadí, neměli by být přítomni

16. Považujete se za stydlivé?

- ano
- ne

17. Co nejvíce ovlivňuje Váš stud a zahanbení?

- věk (jsem moc mladý/á nebo naopak starý/á)
- vzhled (cítím se nehezký/á)
- hmotnost (jsem tlustý/á)
- se vzděláním (připadám si hloupý/á)
- špatně se vyjadřuji (řeknu to špatně, ostatní se mi budou smát)
- pocit, že vím, že se zesměšním a udělám si ostudu
- jiné (uved'te jaké)

.....

18. Když se stydím tak:

- červenám se jenom ve tváři
- červenám se ve tváři a na krku
- červenám se ve tváři, na krku i na hrudníku
- naskakují mi červené fleky
- jiné (uved'te jaké)

.....

19. Když se stydím mám pocit:

- že omdlím
- mám pocit, že neřeknu rozumné slovo
- mám pocit, že se na mě všichni dívají
- chci utéct, ale mám pocit, že neudělám ani krok
- jiné (uveďte jaké).....

20. Jak překonáváte pocit studu?

- nějak to samo přejde, nic se neděje
- povznesu se nad to, takových situací ještě bude
- dlouho a špatně se s touto situací vyrovnávám
- sáhnu po skleničce alkoholu
- zapálím si cigaretu
- vezmu si prášek na uklidnění
- hroutím se

21. Jste v situaci, kdy si musíte svá práva na soukromí a respektování Vašeho studu obhajovat a prosazovat, jak to uděláte?

- radši to vzdám a ustoupím
- ustoupím, přece se nebudu ponižovat a zesměšňovat
- budu nadávat, ale nakonec stejně ustoupím
- řeknu svůj názor a neustoupím i za cenu hádky
- udělám velkou scénu a budu si stěžovat
- neřeknu nic a potom si půjdu stěžovat

Děkuji za Vaši ochotu a čas, který jste mi věnovali.

Pechová Denisa

## **PŘÍLOHA P II: PRÁVA PACIENTŮ**

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věci důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen po té, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace

o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

*Etický kodex "Práva pacientů" navrhla, po připomínkovém řízení definitivně formulovala a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České Republiky. Tato práva pacientů jsou prohlášena za platná za dnem 25. února 1992*