

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI**

**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

Ústav ošetrovatelství

Bc. Věra Kubišová

**Hodnocení důstojnosti u pacientů hospitalizovaných na akutním  
psychiatrickém oddělení**

Diplomová práce

Vedoucí práce: doc. PhDr. Mgr. Helena Kisvetrová, Ph.D.

Olomouc 2020

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

V Olomouci 25. května 2020

-----

podpis

### **Poděkování**

Děkuji doc. PhDr. Mgr. Heleně Kisvetrové, Ph.D. za velmi odborné vedení a cenné rady při tvorbě diplomové práce. Dále děkuji paní Mgr. Kateřině Langové, Ph.D. za pomoc při statistickém zpracování dat z dotazníkového šetření. Velice děkuji také své rodině za podporu a pomoc.

## ANOTACE

**Název práce:** Hodnocení důstojnosti u pacientů hospitalizovaných na akutním psychiatrickém oddělení

**Název práce v AJ:** Assessment of the dignity in patients on an acute psychiatric ward

**Datum zadání:** 2018 – 01 - 22

**Datum odevzdání:** 2020 – 06 - 15

**Vysoká škola, fakulta, ústav:** Univerzita Palackého v Olomouci  
Fakulta zdravotnických věd  
Ústav ošetřovatelství

**Autor práce:** Kubišová Věra, Bc.

**Vedoucí práce:** doc. PhDr. Mgr. Helena Kisvetrová, Ph.D.

**Oponent práce:**

**Abstrakt v ČJ:** Diplomová práce se zabývá problematikou vnímání důstojnosti u pacientů hospitalizovaných na akutním psychiatrickém oddělení ve Vojenské nemocnici v Olomouci. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 120 pacientů. Empirická data byla získána na základě použití tří českých verzí standardizovaných dotazníků: PDI-CZ, BDI-I a BIA. Z výsledků výzkumu vyplývá, že sociální situace, počet dní hospitalizace, deprese a úzkost korelují s hodnocením ve všech subškálách PDI-CZ. Následná multivariantní analýza pak potvrdila vliv na hodnocení ve všech subškálách PDI-CZ pouze u deprese a úzkosti.

**Abstrakt v AJ:** The thesis deals with the issue of perception of dignity in patients hospitalized at the acute psychiatric ward of the Military Hospital in Olomouc. 120 patients

participated in the questionnaire survey. The empirical data were obtained on the basis of three Czech versions of standardized questionnaires: PDI-CZ, BDI-I and BIA. The results of the research show that the social situation, the number of days spent in hospital, depression and anxiety correlate with the evaluation in all subscales of the PDI-CZ questionnaire. The subsequent multivariate analysis has confirmed the effect on evaluation in all PDI-CZ subscales only for depression and anxiety.

**Klíčová slova v ČJ:** důstojnost, vnímání, důstojnost v psychiatrii, Dotazník důstojnosti pacienta, akutní psychiatrické oddělení, psychické onemocnění, úzkost, deprese, Beckův inventář deprese, Beckův inventář úzkosti

**Klíčová slova v AJ:** dignity, perception, dignity in psychiatry, Patient Dignity Inventory, an acute psychiatric ward, mental illness, anxiety, depression, Beck's depression inventory, Beck's anxiety inventory

**Rozsah:** 94 stran / 6 příloh

# OBSAH

ÚVOD.....	8
1 REŠERŠNÍ ČINNOST .....	10
2 DŮSTOJNOST V PSYCHIATRII .....	12
2.1 Definování důstojnosti.....	12
2.2 Důstojnost a duševní zdraví.....	15
2.2.1 Důstojnost pacienta na oddělení akutní péče .....	18
2.2.2 Důstojnost pacienta v kontextu ošetrovatelství.....	22
2.3 Deprese, úzkost a důstojnost.....	26
2.3.1 Hodnocení závažnosti deprese a úzkosti.....	29
2.4 Model důstojnosti a Dotazník důstojnosti pacienta (PDI).....	30
2.4.1 Model důstojnosti.....	30
2.4.2 Dotazník důstojnosti pacienta (Patient Dignity Inventory, PDI) .....	31
3 SOUHRN TEORETICKÝCH VÝCHODISEK .....	33
4 METODIKA VÝZKUMU .....	35
4.1 Výzkumné cíle a hypotézy .....	35
4.2 Charakteristika souboru .....	37
4.3 Metoda sběru dat.....	38
4.4 Realizace výzkumu .....	40
4.5 Metoda zpracování dat.....	41
5 VÝSLEDKY VÝZKUMU .....	42
5.1 Popis souboru .....	42
5.2 Výsledky výzkumu vztahující se k jednotlivým cílům .....	43
5.2.1 Výsledky k cíli 1 .....	44
5.2.2 Výsledky k cíli 2 .....	46
5.2.3 Výsledky k cíli 3 .....	54
5.2.4 Výsledky k cíli 4 .....	55
DISKUSE .....	58
ZÁVĚR.....	61
REFERENČNÍ SEZNAM .....	63
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	80
SEZNAM OBRÁZKŮ .....	81

SEZNAM TABULEK .....	82
SEZNAM GRAFŮ .....	83
PŘÍLOHY .....	<b>Ошибка! Закладка не определена.</b> 84

## ÚVOD

Nemoc a obtížná sociální situace je, podle Wichsové, určitou mezní situací v životě člověka. Zejména v okamžiku, kdy se člověk nějakým způsobem stává závislým na svém okolí, a kdy dochází k zásadnímu ohrožení významných lidských hodnot, které souvisejí s lidskou důstojností (Wichsová, 2012, s. 12). S tím koreluje i tvrzení autorů Rae, Abedi a Shahriari (2017), kteří uvádějí, že důstojnost je základní potřebou jak zdravých tak i nemocných lidí, a výskyt onemocnění může lidskou důstojnost ohrozit. Zejména pak kvůli zvýšené závislosti a potřebě péče mohou pacienti prožívat ztrátu důstojnosti během celé doby hospitalizace (Rae, Abedi, Shahriari, 2017, s. 7).

Ziedonis, Larkin a Appasani (2016) připomínají, že důstojnost byla popsána jako nezcizitelná hodnota náležející všem lidem bez ohledu na rasu, pohlaví, sociální status, náboženské přesvědčení, vzdělání a fyzický nebo duševní stav. Důstojnost je tedy jádrem psychické pohody i sociálního začlenění (Ziedonis, Larkin, Appasani, 2016, s. 492). Význam důstojnosti se měnil v souladu s historickým a kulturním vývojem lidské společnosti. V současné době se důstojnost považuje za základní a univerzální lidské právo každé lidské bytosti (Lepp, Berglund, Segesten, 2007, s. 636).

Důstojnost, podle autorského kolektivu Lindwall et al. (2012), souvisí s respektem, soukromím, informacemi a s autonomií pacienta (Lindwall et al., 2012, s. 134). Její zachování a ochrana je dle Jonese (2015) zvláště důležitá ve vztahu k nemocničnímu prostředí (Jones, 2015, s. 91). Psychiatrické nemocnice představují, jak uvádí Kmiecik (2017), zvláštní místo, kde může v důsledku akutní hospitalizace pacienta docházet k narušení lidské důstojnosti (Kmiecik, 2017, s. 142). Zejména pak v případě nedobrovolné hospitalizace (Thornicroft, Rose, Kassam, 2007, s. 115), která je podle autorů Van den Hoofa a Goossensena (2014) i v dnešní době velmi diskutovaným tématem (Van den Hoof, Goossensen, 2014, s. 425). Di Lorenzo (2017) pak uvádí, že důstojnost u pacientů hospitalizovaných na akutním oddělení psychiatrie může být snížena i kvůli autoritářskému chování a podmínkám neumožňujících soukromí pacienta. Dalším faktorem je také skutečnost, že při hospitalizaci musí být dodržovány předem definované terapeutické činnosti, sdíleny prostory s ostatními pacienty a dodržována stanovená pravidla (Di Lorenzo, 2017, s. 178).

Důstojnost v ošetrovatelské péči by tak měla zahrnovat autonomii, pozornost k pacientovým potřebám, osobní respekt a hájení práv pacienta (Ferri, Di Lorenzo,



Muzzalupo, 2015, s. 4). S tímto tvrzením se shoduje i vyjádření autorů Baillie a Gallagher (2011), kteří tvrdí, že důstojnost psychiatrických pacientů může být zachována pouze tehdy, pokud se zdravotničtí pracovníci budou k pacientům chovat s respektem a budou dodržovat zásady nezbytné k zachování jejich autonomie a důstojnosti (Baillie, Gallagher, 2011, s. 338).

Cílem diplomové práce je zjistit, jak pacienti hospitalizovaní na akutním psychiatrickém oddělení subjektivně hodnotí pomocí dotazníku PDI-CZ svoji důstojnost. Dílčími cíly je zjištění vlivu deprese, úzkosti a vybraných sociodemografických charakteristik pacientů na hodnocení důstojnosti v jednotlivých subškálách Dotazníku důstojnosti pacienta (PDI-CZ).

# 1 REŠERŠNÍ ČINNOST

Jako základní literatura byly k problematice důstojnosti prostudovány níže uvedené zdroje:

1. ZIEDONIS, D., LARKIN, C., APPASANI, R. Dignity in mental health practice and research: Time to unite on innovation, outreach and education. *Indian Journal of Medical Research*. 2016, roč. 144, č. 4, s. 491 - 495. ISSN 0971-5916.

2. JONES D. A. Human dignity in healthcare: a virtue ethics approach. *The New Bioethic: A multidisciplinary journal of biotechnology and the body*. 2015, roč. 21, č. 1, s. 87 – 97. ISSN 2050-2877.

3. DI LORENZO, R. et al. A preliminary study of patient dignity inventory validation among patient hospitalized in on acute psychiatric ward. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2017, roč. 13, s. 177 – 190. ISSN176-6328.

4. SAGAR, R., PRAKASH, S. Dignity and first aid in mental health. *The Indian journal of medical research*. 2016, roč. 144, č. 4, s. 496 – 498. ISSN 0971-5916.

5. TOMÁŠ, P., MARKOVÁ, E. a kol. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. 1.vyd. Praha:Grada Publishing. 2014. ISBN 978-80-247-4236-6.

6. TOWNSEND, M. *Nursing Diagnoses in psychiatric Nursing: Care Plans and psychotropic medications*. 8th.ed. USA:Davis Company. 2011. ISBN-13:978-0803625068.

7. TOWNSEND, M. *Psychiatric nursing assessment, care plans and medication*. 9th.ed. USA: Davis Company. 2015. ISBN-13:978-0803642379.

8. VIDEBECK L., S. *Psychiatric – mental Health Nursing*. 5th. ed. England:Point Lippincott and Wilkins. 2010. ISBN-13:978-1605478616.

Obrázek 1 Algoritmus rešeršní činnosti

## ALGORITMUS REŠERŠNÍ ČINNOSTI

### **VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA:**

**Klíčová slova v ČJ:** důstojnost, vnímání, důstojnost v psychiatrii, dotazník důstojnosti pacienta, akutní psychiatrické oddělení, psychické onemocnění, úzkost, deprese, Beckův inventář deprese, Beckův inventář úzkosti

**Klíčová slova v AJ:** dignity, perception, dignity in psychiatry, Patient Dignity Inventory, an acute psychiatric ward, mental illness, anxiety, depression, Beck's depression inventory, Beck's anxiety inventory

**Vyhledávací období:** 2000 – 2018

**Jazyk:** český, anglický

**Další vyhledávací kritéria:** Odborná periodika, abstrakt v angličtině, články vztahující se k problematice

**Databáze:** PubMed, Medvik, Ebsco



### **Vyřazující kritéria:**

- články s odlišnou tematikou
- duplicitní články
- nerecenzované články



**DATABÁZE:** PubMed, Medvik, Ebsco



Nalezeno 623 článků



Pro tvorbu diplomové práce bylo použito 120 článků

## 2 DŮSTOJNOST V PSYCHIATRII

Důstojnost je často používaným termínem, který ale v klinické praxi představuje obtížně definovatelný koncept. Ačkoliv se pojem lidské důstojnosti běžně používá, neexistuje dosud žádná shoda o tom, co vlastně přesně vyjadřuje (Henry et al., 2015, s. 5A). Každá lidská generace pohlíží na pojetí lidské důstojnosti odlišně, a to zejména v souvislosti s vlivem výchovy, kultury, prostředí a osobních zkušeností (Wichsová, 2012, s. 8). A stejně tak je i definování pojmu důstojnost v jednotlivých kulturách ovlivněno filozofií, teologií a sociologií (Jacobson, 2008, s. 3).

### 2.1 Definování důstojnosti

Důstojnost představuje více rozměrný konstrukt zahrnující vnímání, znalosti a emoce související s kompetencí nebo respektem (Ferretti et al. 2018, s. 1645). Jak uvádí Robinson et al. (2018) definovat důstojnost je poměrně obtížné, protože se jedná o velmi abstraktní a subjektivní koncept. I když byla důstojnost v průběhu staletí studována v kontextu různých filosofických, teologických, kulturních a společenských aspektů, stále chybí ucelená univerzální definice tohoto pojmu (Robinson et al., 2018, s. 22). Podle Di Lorenza et al. (2017) se význam důstojnosti postupně měnil v souladu s historickým a kulturním vývojem lidské společnosti. V současné době je důstojnost vnímána jako jedno ze základních a všeobecných lidských práv (Di Lorenzo, 2017, s. 177).

Výraz „lidská důstojnost“ se poprvé objevil již ve starověku a tento termín vycházel z pojmu „Dignitas hominis“, což v klasickém římském myšlení znamenalo respektovaný a čestný člověk (Saxena, Hanna, 2015, s. 335). Jeden z prvních odkazů na důstojnost se objevuje v Aristelově díle Eudemická etika, kde je důstojnost prezentována jako jedna ze čtrnácti lidských ctností. Důstojnost je podle Aristotela především kvalitou, dokonalostí a morální ctností, která přispívá k rozkvětu nebo ke štěstí člověka (Gallagher et al., 2008, s. 3). Dalším významným římským filozofem zabývajícím se důstojností byl Cicero, který zastával názor, že myšlenka důstojnosti souvisí především s rolí, kterou jedinec ve společnosti zaujímá. Cicero tak svým názorem představuje kosmocentrický rámec, který ve starověku vysvětloval lidskou důstojnost na základě přírody (Lebech, 2004, s. 60). Ve starověkém Řecku bylo velmi diskutovaným tématem „člověk versus zvíře“. Platón byl přesvědčen, že

člověk na rozdíl od zvířete dokáže racionálně myslet, což vytváří hlavní rozdíl mezi člověkem a zvířetem (Lebech, 2004, s. 54).

Ve středověku pak byla důstojnost spjata s pojmem „persona“ a odlišovala se lidská osobnost od individuality. Důvodem tohoto rozlišení bylo přesvědčení, že každý člověk je unikátním a nenahraditelným jedincem (Adenberg et al., 2007, s. 637). Důstojností se zabýval i křesťanský filosof Tomáš Akvinský, který lidskou důstojnost pojímal jako klíčový prvek morálního jednání člověka (Jones, 2015, s. 89). Jeho pojetí představuje tzv. Středoevropsky zaměřený rámec, který vysvětloval lidskou důstojnost ve vztahu k Ježíši Kristu (Lebech, 2004, s. 60).

V období renesance napsal Picodella Mirandola text o lidské důstojnosti, ve kterém tvrdil, že lidská bytost není ničím omezována, je schopna si sama zvolit své postavení ve společnosti a sama může ovlivňovat svůj vlastní život v dobrém nebo ve špatném smyslu (Adenberg et al., 2007, s. 637). Hlavním německým filozofem, který kladl velký důraz na respekt k osobám a který stavěl člověka do samého centra morálních teorií, byl Immanuel Kant. Ten jako první spojoval pojem lidské důstojnosti s autonomií (Jones, 2015, s. 89).

V období romantismu byla důstojnost chápána jako privilegium šlechty. Důstojným se člověk mohl stát pouze královským nařízením nebo toto privilegium dědil po rodičích. Důstojnost v tomto pojetí tedy byla výsadou a atributem aristokracie. Mary Wollstonecraft však pohlížela na důstojnost, jako na něco, co náleží každému člověku bez rozdílu společenského postavení (Lebech, 2004, s. 65).

Parandeh et al. (2016) popisuje dvě hlavní formy důstojnosti. První z nich je lidská důstojnost, která představuje univerzální hodnotu a vlastní ji všichni lidé bez rozdílu věku, rasy, pohlaví, sociálního postavení nebo náboženství. Bývá vyjádřena takovými atributy, jako je sebeúcta a důvěra v sebe sama. Druhou formou je tzv. společenská důstojnost, která je považována za výsledek interakce mezi jednotlivcem a ostatními lidmi, jeho kulturou a tradicemi. Touto interakcí však může být důstojnost nejen podporována, ale také zničena nebo ohrožena (Parandeh et al., 2016, s. 3 – 4).

Pojem důstojnost, jak již bylo výše uvedeno, byl tedy v průběhu dějin definován z mnoha hledisek a ovlivněn představiteli různých filosofických směrů. V následujícím základním přehledu jsou prezentovány názory různých autorů na důstojnost a její formy:

- **Daniel Sulmasy** rozděluje důstojnost na dvě základní formy důstojnosti, a to sociální a vrozenou. Sociální důstojnost je přisuzována lidem díky jejich postavení ve společnosti. Vrozená důstojnost náleží všem lidským bytostem jakožto základní

univerzální lidské právo, vycházející ze skutečnosti, že jsou lidmi (Sulmasy, 2013, s. 89).

- **Lars Sandman** rozlišuje lidskou důstojnost a podmíněnou důstojnost (Sandman, 2002, s. 117).
- **Jonathan Mann** pak diferencuje důstojnost na vnitřní a vnější. Vnitřní důstojnost je tvořena na základě představy, jak vidí jedinec sám sebe. Naproti tomu vnější důstojnost vychází z toho, jak jedince vnímají ostatní lidé (Mann, 2002, s. 35).
- **Daryl Pullman** rozlišuje etiku důstojnosti a etiku autonomie ve vztahu k dlouhodobé péči. Vychází z přesvědčení, že každý autonomní člověk by měl převzít zodpovědnost za ochranu důstojnosti ostatních, kteří již nemají kapacitu nebo již nejsou schopni se sami o sebe postarat (Pullman, 2002, s. 38).
- **Lennart Nordenfelt** identifikuje čtyři základní typy důstojnosti, a to důstojnost zásluh, mravní síly, mravní identity a *Menschenwürde*.
  - 1) *Důstojnost zásluh* vychází z přesvědčení, že každý člověk má nějaké osobní zásluhy, některé jsou velmi ceněné a jiné naproti tomu nikoliv.
  - 2) *Důstojnost mravní síly* vychází ze zaměření se na schopnost jedince dostát svým mravním zásadám.
  - 3) *Důstojnost mravní identity* se odvíjí z pojetí důstojnosti zahrnující osobitost a sebeúctu.
  - 4) *Menschenwürde* prezentuje typ důstojnosti, který vnímá člověka jako vlastníka nezcizitelné úcty, která souvisí s univerzální hodnotou jedince danou samotnou podstatou lidství (Nordenfelt, 2004, s. 69).

Pojem důstojnost lze podle autorského kolektivu Funk, Drew a Baudel (2015, s. 1) popsat jako neodmyslitelnou a neodcizitelnou hodnotu všech lidí bez ohledu na sociální status, rasu, pohlaví, tělesný či duševní stav. Dále z hlediska teorie Lidského rozvoje je důstojnost vnímána jako bezpodmínečné přijetí rozdílů, respektování a zdůrazňování lidské společenské hodnoty bez ohledu na lidskou rasu (Parandeh et al., 2016, s. 2 – 3).

Jacelon a Heneman (2014) definují důstojnost jako „inherentní“ charakteristiku lidského bytí, která může být vnímána jako atribut vlastního „já“, a která se projevuje prostřednictvím chování demonstrujícího respekt k sobě i druhým (Jacelon, Heneman, 2014, s. 433).

Mravní pojetí lidské důstojnosti, jak uvádí Svobodová et al. (2014), je součástí humánního přístupu k člověku všude tam, kde se hovoří o hodnotě lidského života, o morálce či mravních normách. Vyskytuje se v preambulích významných deklarácí a úmluv o lidských právech. Pojem lidské důstojnosti je zakomponován v mnoha kodexech zdravotnických pracovníků, mezi které patří například Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester (International Council of Nurses, ICN) (Svobodová et al., 2014, s. 1).

Jak uvádí Lebech (2004), každý ze způsobů, který se snaží vysvětlit pojem lidské důstojnosti, lze chápat jako myšlenku, která utváří určitý rámec. Rámce se mění, protože se mění i vzorce sociální organizace. Nové chápání sociálního statusu pak většinou nakonec změní i způsob, jakým je na důstojnost nahlíženo (Lebech, 2004, s. 60).

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje důstojnost jako nedílnou součást pocitu nebo hodnoty jednotlivce, který úzce souvisí s respektem, uznáním, vlastní hodnotou a schopností rozhodovat se. Koncepčně pak důstojnost zahrnuje to, jak se lidé cítí, myslí a chovají ve vztahu k hodnotě druhých osob nebo k hodnotě své vlastní osoby (Asmanigum, Tsai, 2018, s. 593).

## **2.2 Důstojnost a duševní zdraví**

Jak uvádí Välimäki et al. (2017) patří duševní poruchy z pohledu společnosti mezi nejvíce stigmatizující nemoci. Každý rok onemocní nějakou formou duševní poruchy 38 % obyvatel Evropské unie, s celoživotní prevalencí 25 % (Välimäki et al., 2017, s. 6). Sociální a ekonomické dopady psychických onemocnění jsou podle Chan (2014) dalekosáhlé a velice často vedou k bezdomovectví, nízké úrovni vzdělání, špatnému zdravotnímu stavu a k vysoké míře nezaměstnanosti (Chan, 2014, s. 1). Podle Social Care Institute for Excellence (SCIE) má stigma a diskriminace potenciál narušit důstojnost lidí prostřednictvím jejich účinku, jak na jednotlivce, tak i na společnost jako na celek (Faulkner, 2009, s. 1). Legislativní předpisy v oblasti duševního zdraví mohou mít rozhodující úlohu při podpoře optimálních podmínek pro poskytování kvalitní péče v oblasti duševního zdraví. Mohou vést ke snížení stigmatizace, diskriminace a k optimalizaci délky institucionalizace (Funk, Drew, Baudel, 2015, s. 3).

Pokud názory o lidech s duševním onemocněním vycházejí ze zažitých stereotypů o duševních chorobách namísto znalostí a vědomostí o dané osobě, vnímání této osoby a jednání s ní není validní (Kogstad, 2009, s. 385). Stigma a mylné představy o podmínkách

duševního zdraví ve svých důsledcích způsobují, že lidé s duševním onemocněním čelí diskriminaci nejen v oblasti zdravotnictví, ale jsou limitováni i v příležitostech získat a vykonávat různá povolání. Děti s duševním onemocněním jsou také často vyloučeny ze systému vzdělávání. To pak vede k marginalizaci a vyloučení z pracovních příležitostí v pozdějším životě (Babaloa et al., 2014, s. 1). Charakter některých onemocnění (jakým je například schizofrenie) a typu léčby (jakou je například nařízená léčba) je stále spojován se stigmatem, které ve svém důsledku způsobuje, že se pacienti stávají zranitelnějšími (Bramsfeld et al., 2007, s. 2). Podle Ziedonise, Larkina a Appasani (2016) je důstojnost v zásadě sociální konstrukt. Jedinec potřebuje pro potvrzení smyslu a účelu své existence mít v rámci společenství lidí pocit sounáležitosti, který je součástí vnímané důstojnosti jedince. Sociální izolace a osamělost jsou tak často jádrem duševní tísně. Pro zlepšení osobní důstojnosti jedince je proto potřeba v rámci prevence sociální izolace pacienta s duševní chorobou adekvátně řešit vhodnými intervencemi problematiku sociálního zapojení a sociální podpory (Ziedonis, Larkin, Apassani, 2016, s. 491).

Důstojnost jakožto základní lidské právo zahrnuje ochranu před jakoukoliv diskriminací, stigmatizací a marginalizací každého jedince. V oblasti duševního zdraví se proto stala v posledních desetiletích důstojnost pacienta často diskutovaným tématem (Kogstad, 2009, s. 383). I přes významný pokrok, který byl v tomto směru již učiněn, stále velká část populace psychicky nemocných dostává péči, která je vnímána jako stigmatizující a snižující jejich důstojnost (Sagar, Prakash, 2016, s. 496). Jacobson (2009) potvrzuje, že porušení důstojnosti může vyplývat z asymetrických vztahů, zejména u zranitelných pacientů se stigmatizujícími onemocněními, mezi které patří i psychické nemoci (Jacobson, 2009, s. 1536). S tím koreluje tvrzení autorského kolektivu Bramsfeld et al. (2007), že charakteristika některých psychických nemocí a také některé terapeutické přístupy, jako je například nařízená léčba, negativně ovlivňují pocit autonomie a důstojnost pacienta. Stejně tak působí i stigma, které je ve společnosti s péčí o psychicky nemocné pacienty stále spojováno, a které činí pacienty ještě více zranitelnými (Bramsfeld et al., 2007, s. 2).

V oblasti duševního zdraví je důstojnost úzce spjata s konceptem „oživení“ a s rozvojem nového smyslu a účelu života jedince, který překonává katastrofické a stigmatizující účinky duševní nemoci. Vnímání sebe samého, jakožto člověka bez autonomie a důstojnosti je obecně odcizující a může vést k pocitům bezmocnosti. Proto respektování identity a důstojnosti pacientů představuje základní prvek terapeutického přístupu k pacientům s psychickými nemocemi (Lindwal et al., 2012, s. 569; Klientjes et al., 2013, s. 17). Důstojnost v prostředí duševního zdraví je podporována péčí zaměřenou na



člověka, zlepšováním pobytových možností, dobrou komunikací a dodržováním i ochranou lidských práv (Faulkner, 2009, s. 3). Všeobecně zaměřená péče na člověka se skládá z několika komponent, mezi které patří zejména: soucit, empatie, koordinace a integrace, dostatek informací, komunikace a vzdělání, emocionální podpora, snížení strachu a úzkosti a zapojení rodiny i přátel (Grassi et al., 2017, s. 387). V tomto kontextu připomíná Bramesfeld et al. (2007), že koncepce péče zaměřené na pacienta v oblasti duševního zdraví se skládá z osmi oblastí. Je to autonomie, důvěra, komunikace, důstojnost, sociální podpora, pozornost, výběr a základní vybavení (Bramesfeld et al., 2007, s. 2).

V posledních letech informují různé letáky a brožury pacienty o jejich právech, včetně toho, že mají právo na důstojnou péči. Avšak, jak uvádí v dřívějším výzkumu Niveau (2004), až jedna polovina pacientů během interakce se zdravotnickým systémem vykazovala ztrátu důstojnosti (Niveau, 2004, s. 154). S tím korelují výsledky výzkumu autorky Jacobson (2009), která se zabývala studiem důstojnosti v nemocniční a komunitní péči. Zjistila, že v těchto dvou oblastech existují místa, kde hrozí riziko vzniku poškození lidské důstojnosti (Jacobson, 2009, s. 1539). Také z analýzy rozhovorů s 335 psychicky nemocnými lidmi, kterou provedla autorka Kogstad (2009), vyplývá, že většina pacientů má negativní zkušenost s dodržováním lidských práv v průběhu hospitalizace na psychiatrii (Kogstad, 2009, s. 387). Proto, jak připomíná Jones (2015), zdravotnická péče představuje oblast, které by se měla v kontextu ohrožení důstojnosti pacienta věnovat větší pozornost (Jones, 2015, s. 92). Jak uvádí Holmerová (2010) existuje dostatek vědeckých důkazů potvrzujících, že pocit nedostatečného respektu nejvíc poškozuje důstojnost pacienta (Holmerová, 2010, s. 6). Z výsledků projektu „Insight Human project“ vyplývá, že zranitelné skupiny pacientů považují důstojnost a respekt za nejdůležitější faktor při jednání se zdravotníky nebo s pracovníky sociálních služeb ve srovnání s jinými kategoriemi lidských práv (Faulkner, 2009, s. 6). Proto naslouchání názorům pacientů na specifické faktory, které považují za významné pro zachování jejich důstojnosti, představuje jeden ze způsobů, jak zlepšit terapeutický přístup zdravotníků (Ferri, Muzzalupo, Di Lorenzo et al., 2015, s. 41; Saxena, Hanna, 2015, s. 335).

Jacobson (2008) uvádí, že každá lidská interakce má potenciál být důstojným setkáním. Setkání mohou probíhat mezi jednotlivci nebo v kolektivu. Během setkání jsou využívána různá gesta, interpretace a odpovědi. Setkání se uskutečňuje v konkrétních prostředích, která mohou být soukromá nebo veřejná a v nichž si účastníci počínají podle obvyklých vzorců chování. Jaký dopad bude mít důstojné setkání na jednotlivé účastníky, souvisí s několika podmínkami. Mezi ně patří postavení jednotlivců a kolektivních účastníků

v rámci interakce a také vztah mezi jednotlivými účastníky a prostředím (Jacobson, 2008, s. 3).

Jak uvádí Di Lorenzo et al. (2017) k narušení důstojnosti dochází zejména tehdy, pokud jeden z dvojice je v submisivní a druhý v autoritativní pozici. Tyto asymetrické vztahy vedou k narušení důstojnosti, zejména u zranitelných pacientů (Di Lorenzo et al., 2017, s. 178). A jak dodává Jacobson (2009) k tomu ve zdravotnictví přispívá i hierarchické prostředí, ve kterém se lidé setkávají (Jacobson, 2009, s. 1538). Poskytování zdravotní péče tak v některých případech omezuje nejen chování, kterým můžeme chránit důstojnost a podporovat sebedůvěru u pacientů, ale také omezuje způsob jednání, kterým můžeme pacientovi projevit respekt k jeho osobě (Jones, 2015, s. 93).

Ze studie autorského kolektivu Schröder, Ahlström a Larsson (2006) vyplývá, že důstojnost a autonomie představují pro pacienty klíčové cíle péče, která je jim poskytována. Přístup zaměřený na duševní zdraví člověka spočívá v péči o potřeby pacienta, respektování jeho preferencí a práv (Schröder, Ahlström, Larsson, 2006, s. 95). V tom, jak uvádí autoři Saxena a Hanna (2015), mají nezastupitelnou roli zdravotničtí pracovníci. Měli by na rovnocenném základě s péčí o ostatní pacienty podporovat důstojnost a respekt k pacientům s duševním onemocněním (Saxena, Hanna, 2015, s. 356). Respektování důstojnosti by tak mělo být podle autorů Rae, Abedi a Shahriari (2017) hlavním principem ošetrovatelské praxe, který podporuje důvěru ve zdravotnické služby a zvyšuje spokojenost pacientů. U pacientů se tím vytvoří nejenom požadovaný pocit bezpečí, ale také to vede ke kratší době hospitalizace, ke snížení nákladů na péči a zlepšení motivace zdravotnických pracovníků (Rae, Abedi, Shahriari, 2017, s. 2).

### **2.2.1 Důstojnost pacienta na oddělení akutní péče**

V Evropě má péče o psychicky nemocné pacienty historii dlouhou více než 800 let. V minulosti byli pacienti velmi často umístováni do přeplněných institucí, a to ve zcela nevyhovujících podmínkách. Teprve na přelomu 18. a 19. století začal vzrůstat zájem veřejnosti o duševní choroby. Průkopníkem „důstojného zacházení“ s pacienty se stal francouzský lékař a jeden ze zakladatelů psychiatrie - Phillipe Pinel, který upřednostňoval volný pohyb pacientů před fyzickým omezováním a začal zavádět do péče o pacienty s psychickým onemocněním formy léčby založené na respektu k člověku (Babaloa et al., 2014, s. 2).

Důstojnost představuje komplexní, multidimenzionální a základní koncept ošetrovatelské péče. Znamená to respektovat lidskou individualitu a poskytovat ošetrovatelskou péči každému hospitalizovanému pacientovi, jakožto jedinečné lidské bytosti. Respekt k lidské důstojnosti je základním imperativem nejen ve vztahu k pacientům, ale ke všem lidským bytostem (Parandeh et al., 2016, s. 2). S tím se shoduje i tvrzení autorů Asmanigruma a Tsaia (2018), že úcta k člověku je konceptem, který je srovnatelný s důstojnou péčí. Zároveň dodává, že tento koncept je závislý na kulturním kontextu (Asmanigrum, Tsai, 2018, s. 591). Gilbert, Rose a Slade (2008) uvádějí, že kulturní koncept je považován za důležitý faktor při rozvoji léčebných vztahů. Protože je kultura vnímána jako „optika“, prostřednictvím které člověk vnímá okolní svět, hraje v oblasti duševního zdraví důležitou roli. Kultura většinou definuje, co je normální a co abnormální, poukazuje na příčiny problémů, ale také poskytuje návod na to, jak je řešit (Gilbert, Rose, Slade, 2008, s. 5).

Zachování důstojnosti v souvislosti s péčí o pacienty s duševním onemocněním se v posledních letech stále více stává otázkou primárního zájmu zdravotnických systémů různých zemí. Tato oblast spadá do širšího rámce pozornosti zaměřené na osoby, které potřebují specializovanou pomoc (Radu et al., 2015, s. 131). Názory pacientů jsou podle Bramesfeld et al. (2007) stále více respektovány, nejen jako důležité ukazatele toho, jak zdravotnické systémy a služby fungují, ale také jako zdroj informací poukazujících na problémy, které je potřeba zlepšit (Bramesfeld et al. 2007, s. 2). Jako hlavní princip, který podporuje důvěru ve zdravotnické služby a zvyšuje spokojenost pacientů, byl identifikován respekt k důstojnosti pacienta. Ten také vede k vytvoření požadovaných vztahů mezi pacienty a zdravotníky, a s tím související pocit bezpečí (Rae, Abedi, Shahriari, 2017, s. 3).

Většina autorů se shoduje na tom, že nemoc může snížit schopnost člověka zachovat si v nepříznivých situacích soukromí a důstojnost, což je důležité zejména pro nastavení péče na akutních odděleních (Ferri, Muzzalupo, Di Lorenzo, 2015, s. 2). S tím je ve shodě i tvrzení Bramesfelda et al. (2007), že realizace některých lékařských či ošetrovatelských intervencí na odděleních psychiatrie ovlivňuje u pacienta pocit samostatnosti a důstojnosti, a proto tyto intervence mohou být zdrojem úzkosti a studu (Bramesfeld et al., 2007, s. 3).

- **Faktory ovlivňující důstojnost při hospitalizaci**

Ačkoliv je respektování lidské důstojnosti základním prvkem ve zdravotní péči, existuje více faktorů, které ovlivňují důstojnost pacientů při hospitalizaci, a měla by jim být proto věnována zvláštní pozornost při poskytování zdravotní péče (Henderson et al., 2009, s. 228).

Faktory ovlivňující důstojnost mohou být jak subjektivní, tak i vyvolané vnějšími okolnostmi (Manookian, Cheraghi, Nasrabadi, 2013, s. 327). Problémy, které jsou spojené se zachováním důstojnosti pacientů hospitalizovaných na akutních psychiatrických odděleních, se v posledních letech zabývala řada zahraničních studií (Chambers et al., 2014, s. 50; Mayers et al., 2010; s. 60, Skorpen et al., 2016, s. 148; Rose et al., 2015, s. 90; Di Lorenzo et al., 2018, s. 903). Výsledky kvalitativní studie zaměřené na zjištění zkušeností pacientů hospitalizovaných na psychiatrickém oddělení ukázaly, že pacienti vnímali pobyt na lůžkovém oddělení jako „boj za důstojnost tváří v tvář diskriminaci a odmítání“ (Lilja, Hellzen, 2008, s. 279).

Celková spokojenost pacientů s léčbou se také často liší podle toho, jestli je pacient hospitalizován na uzavřeném nebo otevřeném oddělení. Přičemž pacienti hospitalizovaní na uzavřeném oddělení hodnotí svůj pobyt hůře, tedy více negativně (Müller et al., 2002, s. 100). Existuje mnoho důkazů o špatné péči a zacházení, které nemocní na lůžkových odděleních psychiatrie zažívají (Niveau, 2004; Hopkins, 2009; Kogstad, 2009; Mayer set al., 2010). Názory pacientů na péči během hospitalizace na akutním psychiatrickém oddělení rovněž ukazují na problémy ovlivňující možnost zachovat důstojnost (Faulkner, 2005; Henderson et al., 2009; Campbell, 2010). Campbell (2010) v této souvislosti poukazuje na skutečnost, že negativní zkušenost s hospitalizací na psychiatrickém oddělení by mohla být stejně traumatizující jako psychická porucha, která indikovala samotnou hospitalizaci (Campbell, 2010, s. 38). Jak uvádí Di Lorenzo (2018), již pouhá hospitalizace může u pacienta vyvolat riziko vzniku regresivního chování (Di Lorenzo et al., 2018, s. 912). Hospitalizace může dále u pacienta vést i k naučené bezmocnosti (Kogstad, 2009, s. 384). Pacienti podstupující psychiatrickou léčbu mohou mít rovněž pocit, že jsou léčeni s menším respektem k osobní důstojnosti právě kvůli jejich duševnímu onemocnění (Skorpen et al., 2016, s. 145).

Ferri, Muzzalupo a Di Lorenzo (2015) definovali soukromí, autonomii a dostatek informací jako důležité faktory pro zachování důstojnosti u pacientů s psychickým onemocněním.

#### ⇒ *Soukromí*

Ačkoliv je soukromí základním právem pacienta v rámci poskytované zdravotní péče, neexistuje žádná univerzální definice soukromí (Ferri, Muzzalupo, Di Lorenzo, 2015, s. 4). Scott (2007) navrhl čtyři komponenty (aspekty) pojmu soukromí, a to: fyzické, psychologické, sociální a informační soukromí (Scott, 2007 s. 45). Podle Woogara (2005) pak některé nebo všechny tyto aspekty soukromí mohou být důležité pro zachování důstojnosti při hospitalizaci (Woogara, 2005, s. 276). Většina studií (Ebrahimi et al.; 2012, Baillie, Galagher,

2011; Kilpi et al., 2001) zkoumala oblast fyzického soukromí v prostředí nemocnice a nejčastější problémy spojené s přítomností hluku a omezeného prostoru. Ochrana pacientova soukromí ve všech jeho aspektech může být někdy v nemocničním provozu dost obtížně realizovatelná (Scott, 2007 s. 44).

Důležitou oblastí soukromí pacienta je i informační soukromí. Podle Malcoma (2005) může být informační soukromí definováno jako právo jednotlivce určit jak, kdy a do jaké míry mohou být informace o něm podány jiné osobě nebo organizaci (Malcom, 2005, s. 58). Jak uvádí Fumagalli a Rosi (2012) rostoucí význam ochrany informačního soukromí souvisí především s důvěrností informací a v budoucnu nabude většího významu v souvislosti progresivním rozvojem digitalizace zdravotnické dokumentace pacientů (Fumagalli, Rosi, 2012, s. 75).

#### ▷ *Autonomie a dostatek informací*

Pojem autonomie se ve zdravotnictví používá ve významech jako sebeurčení, samospráva, svoboda vůle a možnost být sám sebou (Kilpi et al., 2001, s. 666). Autonomie podle autorů Gustafsson, Wigerblad a Lindwall (2013) závisí také na schopnosti pacienta získat validní informace (Gustafsson, Wigerblad, Lindwall, 2013, s. 4), protože informace jsou důležitým prvkem autonomního rozhodování. Pokud pacient nemá jistotu o své schopnosti porozumět konkrétní situaci nebo informaci, tak to v něm vyvolává stres a nepohodlí (Manookian, Cheraghi, Nasrabadi, 2014, s. 333).

Dalším důležitým prvkem, který souvisí i s autonomií pacienta ve zdravotnictví, je informovaný souhlas. Poskytnutí dostatečného množství informací usnadňuje pacientovi rozhodování při udělování informovaného souhlasu. Člověk se bez dostatečného množství informací nemůže kompetentně rozhodovat, proto je pro něj dostatek informací velmi důležitý (Ferri, Muzzalupo, Di Lorenzo, 2015, s. 5). Informovaný souhlas a autonomie jsou vzájemně propojeny. Proto je poskytnutý informovaný souhlas před jakýmkoliv zdravotním postupem zásadním vyjádřením autonomie pacienta (Walsh, Kowanko, 2002, s. 148).

Seedhouse a Gallagher (2002) připomínají další faktory ohrožující důstojnost, které se mohou v klinických podmínkách zdravotnického zařízení vyskytnout. Faktory rozdělují na osobní a environmentální.

#### ▷ *Faktory osobní*

Faktor osobního ohrožení dle Seedhouse a Gallaghery představuje označování pacienta diagnózou, zanedbávání jeho vzhledu a infantilní přístup k dospělým pacientům kvůli reálné nebo předpokládané mentální nekompetenci (Seedhouse, Gallagher, 2002, s. 38). Grassia et al. (2017) v této souvislosti uvádí, že i pacienti, kteří trpí chronickými nemocemi nebo

pokročilými stádii nevy léčitelných chorob, mají právo být oslovoováni jako osoba, a ne jako pouhý symptom postiženého orgánu (Grassia et al., 2017, s. 378). Kromě psychiatrických a psychosociálních problémů pacienta jsou také velmi často zdůrazňovány existenciální a spirituální potřeby pacienta, které jsou u pacientů s chronickým onemocněním, kam bezesporu psychická onemocnění patří, také velmi důležité (Hall et al., 2014, s. 5).

#### ⇒ *Faktory environmentální*

K faktorům, které mohou ohrozit důstojnost pacienta na akutních psychiatrických odděleních, patří i nemocniční prostředí, včetně počtu a kvality zdravotnického personálu. Autorský kolektiv Curtice a Exworthy (2010) identifikoval ohrožení důstojnosti při hospitalizaci jako důsledek umístění pacientů na oddělení, kde byli společně hospitalizováni muži i ženy (Curtice, Exworthy, 2010, s. 150). S tím souvisí i výsledky studie, ve které pacientky uváděly, že se necítí bezpečně a považují se za více zranitelné, pokud na oddělení dominují muži (Gilburt, Rose, Slade, 2008, s. 8). Negativní vliv má i nedostatečné vybavení oddělení s nízkým hygienickým standardem. Významným faktorem je také velký počet pacientů hospitalizovaných na jednom akutním psychiatrickém oddělení. Rovněž nutnost překládat pacienty na jiná oddělení mohou dále zhoršit obtíže při zachování bezpečnosti, důstojnosti a soukromí pacientů (Curtice, Exworthy, 2010, s. 150).

Podle Lakemana (2011) existuje v psychiatrii celá řada kontroverzních praktik a postupů, které vyvolávají etická dilemata a jsou předmětem kritiky jak zevnitř, tak i zvenčí zdravotnického prostředí (Lakeman, 2011, s. 479). Vnímavost systému zdravotní péče v oblasti psychiatrického ošetřovatelství se měří podle schopnosti systému zmírnit negativní vedlejší účinky, které jsou spojeny s psychickým onemocněním. Jak lékařská tak i ošetřovatelská péče může u pacienta ovlivňovat pocit samostatnosti a důstojnost. Pokud dojde k jejich narušení, stávají se pro pacienta zdrojem úzkosti, deprese a studu (Bramsfeld et al., 2007, s. 3).

### **2.2.2 Důstojnost pacienta v kontextu ošetřovatelství**

Důstojnost je multidimenziální koncept, který je spojený s péčí o duševní zdraví (Lindwal et al., 2012, s. 570) a představuje základní lidské právo podstatné pro blaho jedince (Asmanigrum, Tsai, 2018, 591). Základní hodnoty, na kterých je postaveno současné ošetřovatelství, vycházejí z hodnot, definovaných již v době Florence Nightingale (Tiilikka, 2019, s. 2).

U pacientů, kteří vyžadují hospitalizaci, může být důstojnost narušena kvůli jejich nemoci (Borhani, Abbaszadeh, Rabori, 2016, s. 38). V souladu s tím musí sestry zaměřit pozornost nejen na biologické potřeby pacientů, ale zároveň musí respektovat důstojnost pacienta, jeho autonomii a individualitu (Jackson, Irwin, 2011, s. 35). Při určování etických a klinických aspektů ošetrovatelské péče o pacienta je podle Tadd et al. (2011) důležité vnímat pacienty jako osoby s důstojností (Tadd et al., 2011, s. 5). S tím se shoduje tvrzení Beach et al. (2005), že úroveň důstojnosti pacientů vnímaná v průběhu poskytované péče může mít pozitivní dopad na jejich zdravotní stav, spokojenost, dodržování stanovené terapie a akceptování doporučených preventivních služeb (Beach et al., 2005, s. 333).

Respektování důstojnosti a hodnoty pacientů je podle autorů Manookiana, Cheraghiho a Nasrabadiho (2014) základním principem a zároveň i povinností, na nichž jsou založeny ošetrovatelské postupy a všechny národní a mezinárodní etické kodexy ošetrovatelství (Manookian, Cheraghi, Nasrabadi, 2014, s. 920). Podle Mezinárodní rady sester (ICN) je dodržování důstojnosti součástí ošetrovatelství (Mezinárodní rada sester, 2012, s. 5).

The Royal College of Nursing (RCN, 2008), která představuje největší profesní ošetrovatelskou unii na světě, popisuje, jak přistupovat k pacientům důstojně a jak respektovat hodnotu jednotlivce. Uvádí, že důstojnost se týká toho, jak jedinec cítí, myslí a chová se ve vztahu k hodnotě své vlastní bytosti i hodnotě druhých. Při poskytování ošetrovatelské péče může být důstojnost pacienta chráněna a podporována, ale i ohrožena nebo dokonce zničena, a to z různých důvodů, mezi které patří především:

- fyzické prostředí a organizační kultura, kde je ošetrovatelská péče poskytována;
- postoje a chování členů ošetrovatelského týmu;
- způsob provádění ošetrovatelských intervencí.

Pokud při poskytování ošetrovatelské péče pacient postrádá důstojnost, cítí se ponížený, zahanbený a bezcenný. Ošetrovatelský tým by proto měl zacházet se všemi lidmi ve všech prostředích a s jakoukoliv nemocí (tedy i duševní) důstojně a poskytovat péči respektující osobní důstojnost nemocného.

Nejdůležitějším faktorem, pokud jde o zachování důstojnosti lidí, je ale sama sestra a její osobnost. Postoj sestry, její chování a její entuziasmus jsou tři „nástroje“, které může každá sestra použít k tomu, aby obnovila, chránila a podpořila u pacienta jeho osobní důstojnost (RCN, 2008, s. 2). Těmito „nástroji“ může sestra podporovat u psychicky nemocného pacienta jeho sebeúctu, povzbuzovat ho k dobré náladě a podporovat jeho důvěru v sebe i druhé.

Důstojnost je považována za jednu z hlavních etických hodnot, která by měla být v profesionální ošetrovatelské praxi brána jako součást standardní ošetrovatelské kompetence (Andorno, 2013, s. 968). S tím se shoduje tvrzení autorského kolektivu Nayeri, Karimi a Sadeghee (2011), které připomíná, že zachování lidské důstojnosti je důležitou etickou ošetrovatelskou hodnotou (Nayeri, Karimi, Sadeghee, 2011, s. 475). Tato hodnota podle Shahriari et al. (2013) ovlivňuje cíle, strategie a činnosti sester (Shahriari et al., 2013, s. 6). Cílem ošetrovatelské péče by proto měla být celistvost a respekt k lidské důstojnosti. Profesionální ošetrovatelská péče, která je založena na respektu k lidské důstojnosti a lásce, dělá péči více personalizovanou (Tiilikka, 2019, s. 2). Jak uvádí Lindwall et al. (2012) zkušenosti s důstojnou péčí jsou většinou spojeny se slovy jako být viděn, slyšen a brán jako důvěryhodná osoba. A proto cílem ošetrovatelské péče by měla být ochrana, posílení a udržení důstojnosti pacienta (Lindwall et al., 2012, s. 567).

Podle Rapčíkové (2016) je léčit a ošetrovat pacienta s úctou k jeho lidské důstojnosti morální povinností každého lékaře, sestry a všech ostatních členů zdravotnického týmu. To znamená, že zdravotničtí pracovníci by ve své práci měli dodržovat tyto zásady:

1. Respektovat potřebu sebeúcty člověka, která může být snížena například z důvodu závažného onemocnění.
2. Zabraňovat jakékoliv diskriminaci pacienta.
3. Umožňovat projevy svobodné vůle a zodpovědného chování na základě ohleduplného, ale obsáhlého informování o podstatě onemocnění, diagnostických a terapeutických postupech a jejich významu pro pacienta, jakožto i o negativních důsledcích a předpokládané prognóze.
4. Zmírňovat utrpení nemocného v souladu s aktuálními poznatky a poskytovat mu emocionální a duchovní podporu v souladu s jeho potřebami.

Respektování uvedených zásad vyžaduje dostatečně připravené erudované zdravotníky, kteří poznají nejen složitost patologických procesů a jejich tělesné symptomy, ale dokáží i interdisciplinárně spolupracovat při léčení a ošetrování nemocného člověka, který je v životní nouzi způsobené onemocněním a individuální reakcí na toto onemocnění (Rapčíková, 2017, s. 111).

#### • **Důstojnost pacienta v psychiatrickém ošetrovatelství**

Zachování důstojnosti pacientů je nezbytné pro efektivní vztahy zdravotnických pracovníků s pacienty a hraje důležitou roli ve zdravotnictví a ošetrovatelských postupech (Baillie, Gallagher, 2011, s. 337). V psychiatrické ošetrovatelské péči je terapeutický vztah mezi



sestrou a pacientem vnímán jako základní prvek v péči o nemocné (Skorpen et al., 2016, s. 119). Podle Perraud et al. (2006) lze považovat terapeutický vztah mezi sestrou a nemocným za smysluplný, pouze tehdy pokud u obou podporuje čestnost, pokoru, vzájemný respekt a je založen na partnerství (Perraud et al. 2006, s. 220). To koreluje s tvrzením Tiilikka (2019), že postoj sester vůči pacientovi s psychickým onemocněním je základním kamenem, na kterém se staví další intervence a od kterých se odvíjí i pacientova reakce vůči sobě i vůči poskytované léčbě (Tiilikka, 2019, s. 2).

Jak uvádí Lindwall et al. (2012) mnoho sester má pocit, že jejich chování může pacienta ochránit nebo mu může narušit jeho důstojnost kvůli určitému zacházení, což může vést k dalšímu poškození pacienta (Lindwall et al., 2012, s. 573). Autorský kolektiv Gustafsson, Wigerblad a Lindwall (2014) uvádí, že když pacienti přichází do styku se zdravotní péčí, mohou se objevit situace, které pro ně mohou být zahanbující, trapné a ponižující. K narušování důstojnosti pacienta dochází dle názoru sester nejčastěji za situací, při kterých:

- ▷ dochází ke zlehčování pacientových obtíží;
- ▷ pacienti jsou ignorováni;
- ▷ není dodržováno soukromí pacienta;
- ▷ pacienti jsou fyzicky omezeni;
- ▷ k pacientům se někdo z ošetrovatelského personálu chová nadřazeně;
- ▷ pacienti jsou hospitalizováni proti své vůli;
- ▷ s pacienty je zacházeno s předsudky a jsou stigmatizováni (Gustafsson, Wigerblad, Lidwall, 2014, s. 179).

Z Hemova a Heggenova (2004) výzkumu vyplývá, že mnoho sester, které pracují na psychiatrických odděleních, se cítí být frustrováno z toho, že se jim při poskytování ošetrovatelské péče psychicky nemocným lidem nedaří realizovat své vlastní profesní a etické ideály (Hem, Heggen, 2004, s. 60). Delaney a Johnson (2014) dále uvádí, že sestry vnímají práci na psychiatrickém oddělení jako více namáhavou, protože jsou zodpovědné za bezpečnost pacientů. Dále je práce na psychiatrickém oddělení charakteristická náročnou klinickou praxí v prostředí s těžkými úkoly, což je sestrami vnímáno velmi často jako hnací síla, ale také zároveň i jako brzdicí břemeno. Sestry také velmi často uvádí konflikty mezi základními etickými principy beneficencí a maleficiencí (Delaney, Johnson, 2014, s. 130). Když je narušena důstojnost pacienta, vytváří to u sester konflikt s jejich vnitřními hodnotami (Tiilikka, 2019, s. 3). Jak dokládá výzkum Svobodové et al. (2014) zdravotničtí pracovníci se při neposkytnutí důstojné péče cítí znepokojeni a mají výčitky. V důsledku toho, se může

objevit morální distress, vedoucí až k odchodu zdravotnických pracovníků z profese, pocit emocionálního vyčerpání, prázdnoty a vyhoření (Svobodová et al. 2014, s. 7).

Skorpen et al. (2016) vidí důstojnost ve vztahu k péči o pacienta na psychiatrickém oddělení jako něco důležitého pro poskytování kvalitní péče (Skorpen et al., 2016, s. 124). Jak uvádí Ferri, Muzzalupo a Di Lorenzo (2015) každý zdravotnický pracovník musí podporovat důstojnost pacientů prostřednictvím vlastního chování a musí si být vědom dopadu svého jednání na zranitelnost pacientů (Ferri, Muzzalupo, Di Lorenzo, 2015, s. 8). Jak uvádí Asmaningrum a Tsai (2017) péče zaměřená na člověka je univerzálním principem považovaným za nezbytný pro ochranu lidské důstojnosti. To vyžaduje, aby se s každou osobou zacházelo jako s individualitou. Péče zaměřená na člověka podporuje důstojnost v péči tím, že uznává a oceňuje individualitu každého jedince (Asmaningrum, Tsai, 2017, s. 9). Proto vytváření terapeutických vztahů mezi sestrou a pacientem a respektování pacientovi důstojnosti znamená posun od sester s hierarchickou mocí nad pacientem k sestrám, které při své práci využívají své kompetence k podpoře zdraví a ke snížení utrpení pacienta (Johansson, Wiklund – Gustin, 2016, s. 311).

### **2.3 Deprese, úzkost a důstojnost**

S ohledem na vlastní vnímání důstojnosti existují různé faktory, které mohou učinit jednotlivce zranitelným (Tigmeanu, Keller, 2008, s. 94). Pojmy jako důstojnost, autonomie, sociální dovednost a schopnost adaptace tvoří komplexní oblast a mají velký význam pro hodnocení u pacientů s duševním onemocněním. Důstojnost a sebehodnocení ovlivňují jak obraz pacienta o jeho schopnosti integrovat se do společnosti, tak i kvalitu a kvantitu sociálních přístupů (Matiti, Cotrel – Gibbons, 2006, s. 2). Ačkoliv většina výzkumů o autonomii, sociálním fungování a důstojnosti byla provedena u pacientů s „destruktivním“ onemocněním jako je demence nebo terminální stádium onkologických i neonkologických onemocnění, tak i deprese bývá často spojena se ztrátou sociálního zapojení. To u pacientů s depresí může vést k pocitu snížené důstojnosti (Yeung, Fan, 2013, s. 205).

Studie „Global burden disease“, kterou zveřejnila WHO (World Health Organization), uvádí, že celková míra prevalence deprese je v celosvětové populaci 3,2 % u mužů a 4,4 % u žen (Pal, Oswal, Vankar, 2018, s. 59). U Evropanů se prevalence deprese pohybuje u mužů v rozmezí 5 – 12 % a u žen je riziko dvojnásobně vyšší, prevalence je v rozmezí 10 – 25 %

(Ptáček et al., 2016, s. 271). Do roku 2020 se předpokládá, že deprese bude druhým nejvíce znevýhodňujícím duševním onemocněním na světě, a to společně s kardiovaskulárními nemocemi (Ishak et al., 2011, s. 239). U úzkostných poruch představuje celosvětová míra prevalence 18,1 %, s častějším výskytem u žen (Racková, Janků, 2012, s. 13).

Podle Askari et al. (2017) obě tyto poruchy vedou u pacientů k výskytu závažnějších příznaků a ke vzniku komplikací s častým přechodem do chronického stádia. To s sebou přináší i vysokou míru ekonomické a sociální zátěže pro pacienta, rodinu a společnost. Tato zátěž se odvíjí především od skutečnosti, že pacient má často sníženou schopnost pracovat, což pak následně způsobuje častější výskyt nezaměstnanosti u těchto pacientů (Askari et al., 2017, s. 2). Deprese pak podle Sacco et al. (2015) dále souvisí i s delšími léčebnými pobyty a s častějšími hospitalizacemi na akutních psychiatrických odděleních z důvodu sebevražedného jednání. Suicidiální tendence se u pacientů s depresí vyskytují často. Všechny tyto faktory vedou ve svých důsledcích k potřebě delší sociální hospitalizační rehabilitační péče (Sacco et al., 2015, s. 84). Výsledky výzkumu autorského kolektivu Thornicroft, Rose a Kassam (2007) potvrzují, že celkové náklady na zdravotní péči jsou u pacientů s depresí o 47 až 52% vyšší než u pacientů bez deprese (Thornicroft, Rose, Kassam, 2007, s. 114).

Jak uvádí Jacobson (2009) existují stresující životní události, mezi které patří napětí v mezilidských vztazích a sociální odmítnutí, které se řadí mezi nejdůležitější prediktivní faktory pro nástup deprese (Jacobson, 2009, s. 1538). Příčiny deprese, podle psychoanalytických teorií, se týkají především externích zdrojů, jako je například nedostatek sociálního přijetí a ochrana. To má za následek, že jedinci s depresivní poruchou mají nízkou míru sebehodnocení, sebezpetí a sebedůvěry (Vaghee, Heydari, 2016, s. 2). Deprese se objevuje také proto, že jedinci nejsou schopni dosáhnout cíle, které pro ně byly klíčové. Dalším důvodem je také skutečnost, že negativní životní události jedinec spojuje s vnitřními příčinami, které jsou pevné a nejsou kontrolované. Proto lidé trpící depresí ve svém životě často ztrácejí požadovanou motivaci, předpovídají neúspěch ve své práci a ztrácí tak naději do budoucnosti (Vaghee, Heydari, 2016, s. 4). S tím souhlasí i tvrzení autorského kolektivu Radu et al. (2016), že deprese je u pacientů často spojována se ztrátou schopnosti přizpůsobit se určitým podmínkám, s pocitem viny a bezmocnosti, což u nich vede k subjektivnímu pocitu ztráty důstojnosti (Radu et al., 2016, s. 132). Naproti tomu úzkost se u jedince objevuje proto, aby ho varovala před potenciální nebezpečnou situací, která může ohrozit jeho existenci. Úzkost pak spouští u člověka řadu vnitřních psychologických obranných mechanismů, které ve svém závěru vedou k adaptaci jedince na danou situaci (Kurth, 2016, s. 2).

Studie realizovaná autorským kolektivem Askari et al. (2017) upozorňuje, že během hospitalizace na psychiatrickém oddělení dochází k narušování důstojnosti a práv pacientů (Askari et al., 2017, s. 13). Navíc i stigma, které souvisí s řadou duševních poruch, má za následek diskriminaci a předsudky (Saxena, Hanna, 2015, s. 1). Řada doposud provedených výzkumů v oblasti důstojnosti, je zaměřena a spojována pouze s chronickými somatickými onemocněními (Chochinov, 2012; Hallet al., 2014; Vaghee, Heydari, 2016; Bentley, 2017; Juliao, Nunes, Barbosa, 2015; Aoun, Chochinov, Kristjanson, 2015). Dosud existuje jen málo studií, které se tématu důstojnosti u psychicky nemocných pacientů věnují. Nedávná fenomenologická studie ukázala, že důstojnost u psychicky nemocných pacientů je porušována zejména v průběhu jejich hospitalizace na akutním psychiatrickém oddělení. U pacientů dochází nejčastěji k narušení komunikace, zvyšování pocitu stigmatizace, diskriminace, pocitu osamělosti a deprese (Robinson, 2018, s. 23). Vnímání důstojnosti během hospitalizace je dle studie autorského kolektivu Rullán, Carvajal a Nunez – Cordoba (2015) dále ovlivněno i přítomností deprese či úzkosti. Čím se pacienti cítí úzkostněji a depresivněji, tím vnímají a hodnotí svou osobní důstojnost hůře (Rullán, Carvajal, Nunez - Cordoba, 2015, s. 878). Podle výsledků studie italských autorů Di Lorenzo et al. (2017) tyto příznaky pak souvisejí nejen se specifickou diagnózou, ale také s podmínkami hospitalizace, které mohou u pacientů vyvolat narušení předchozích životních návyků a mohou vést k pocitům vědomí vlastní neschopnosti a závislosti (Di Lorenzo et al., 2017, s. 180).

Případová studie autorů Avery a Baeze (2012) ukázala, že účinek léčby Chochinovou Terapií důstojnosti vede ke snížení pocitu deprese (Avery, Baez, 2012, s. 1). Také výzkum autorského kolektivu Rae, Abedi a Shahriari (2017) potvrzuje, že využití metody Terapie důstojnosti u pacientů s depresí vede ke zvýšení pocitu naděje a snížení citlivosti. Dále měla metoda Terapie důstojnosti za následek rychlejší zotavení a tím i zkrácení doby hospitalizace, což dodávalo pacientům pocit nezávislosti a větší sebevědomí (Rae, Abedi, Shahriari, 2017, s. 5). Výzkum autorů Vaghee a Heydari (2016) také dokazuje, že užití metody Terapie důstojnosti u pacientů s depresí může pacientovi pomoci zvýšit jeho pocit, že je jeho život smysluplný a má cíl tím, že pacienta vede k přemýšlení o radostných a úspěšných okamžicích v jeho životě (Vaghee, Heydari, 2016, s. 6). Autorský kolektiv Radu et al. (2016) uvádí, že zvyšování pocitu autonomie a sebeúcty v průběhu léčby metodou Terapie důstojnosti vede u pacientů ke zlepšení vnímání důstojnosti (Radu et al., 2016, s. 136).

### 2.3.1 Hodnocení závažnosti deprese a úzkosti

Jak již bylo uvedeno, deprese patří mezi nejznámější a také nejzávažnější psychické potíže, proto včasná diagnóza a léčba je nesmírně důležitá (Ptáček et al., 2016, 271). Pro hodnocení závažnosti deprese byla vyvinuta řada posuzovacích škál.

- **Beckův inventář deprese (Beck Depression Inventory, BDI)**

V oboru psychiatrie je nejvyužívanějším hodnotícím nástrojem pro depresi *Beckův inventář deprese* (Beck Depression Inventory, BDI-I), který také slouží ke zjišťování přítomnosti depresivních symptomů (Viinamäki et al. 2004, s. 50). Beckův inventář deprese byl vytvořen v roce 1962 Aaronem Beckem a jeho spolupracovníky. Jedná se o sebeposuzovací nástroj, který se skládá z 21 položek. Odpovědi pacient zaznamenává na čtyřbodové škále v rozmezí 0 až 3 body. Jednotlivé položky dotazníku se týkají afektivních, kognitivních, motivačních a fyziologických symptomů deprese, které korespondují se samotnou depresí (Endler, Rutheford, Denisoff, 2000, s. 1309). Časový rámec pro odpovědi jsou poslední dva týdny. BDI-I se využívá u pacientů ve věkovém rozmezí 13 až 80 let (Ptáček et al., 2016, s. 273). Dotazník BDI-I patří k nejvíce využívaným hodnotícím nástrojům pro oblast deprese. Tento dotazník byl přeložen do více než patnácti jazyků (Patterson et al., 2011, s. 357). Český překlad dotazníku BDI-I a jeho manuálu byl vytvořen v roce 1999 Preissem a Vacířem, a je v českém klinickém prostředí i v současnosti využíván (Ptáček et al., 2016, s. 272). V České republice patří mezi velmi často využívané dotazníky v klinické psychologicko – psychiatrické praxi (Kamarádová et al., 2016, s. 154).

- **Beckův inventář úzkosti (Beck Anxiety Inventory; BAI).**

Pro hodnocení závažnosti úzkosti je využíván *Beckův inventář úzkosti* (Beck Anxiety Inventory; BAI). Beckův inventář úzkosti byl vytvořen v roce 1988 Aaronem Beckem a byl vytvořen proto, aby dokázal odlišit úzkost od deprese (Ayala, Vonderharr-Carlson, Kim, 2005, s. 743). Stejně jako BDI-I je i dotazník BAI sebehodnotícím nástrojem, který je v klinické psychologicko-psychiatrické praxi v České republice využíván s vysokou frekvencí (Kamarádová et al., 2016, s. 153). Dotazník BAI se také skládá z 21 položek (Kroenke et al., 2007, s. 320). Pacient má za úkol u každé otázky označit na škále 0 až 3, jak

moc pocítuje popsaný příznak za obtěžující. Kdy hodnota „0“ znamená, že příznak přítomen vůbec nebyl. Hodnota „1“ pokud ho symptom obtěžoval středně a hodnota „3“ pokud pacienta symptom obtěžoval vážně. Mezi dotazované příznaky (symptomy) patří: mrtvení nebo mravenčení, pocit horka, pocit vratkosti nohou, neschopnost odpočinku, strach z nejhörších událostí, závrať nebo pocit na omdlení, bušení srdce nebo zrychlený dech, neklid, zděšení, nervozita, pocit dušnosti, chvění rukou, třes, strach ze ztráty kontroly, namáhavé dýchání, strach ze smrti, panika, trávicí obtíže nebo bolesti břicha, malátnost, zarudnutí v obličeji a pocení (Kamarádová et al., 2016, s. 154). Beckův inventář úzkosti se používá u různých skupin pacientů, včetně adolescentů a jeho vyplnění trvá 5 až 10 minut (Julian, 2011, s. 468).

## **2.4 Model důstojnosti a Dotazník důstojnosti pacienta (PDI)**

Lidé žijící s nevléčitelným onemocněním se potýkají během léčby s různými psychosociálními, existenciálními a duchovními problémy, které způsobují utrpení a postupnou ztrátu pocitu důstojnosti (Chochinov et al., 2012, s. 999). S tím koreluje i tvrzení autorů Grassi et al. (2017), že u lidí trpících chronickým onemocněním jsou právě tyto potřeby často neuspokojené (Grassia et al., 2017, s. 379). Péče o psychologické a duchovní aspekty jedince během onemocnění by se proto měla považovat za základní součást péče, včetně té ošetrovatelské, zaměřené na pacienta (Fitchett et al., 2015, s. 1).

### **2.4.1 Model důstojnosti**

Model důstojnosti nevléčitelně nemocných, který vytvořil Dr. Harvey Max Chochinov, nabízí přístup, který umožňuje lépe a hlouběji pochopit jednotlivé faktory, které mohou negativně působit na vnímání důstojnosti pacienta. Je rovněž základem tzv. Terapie důstojnosti, což je individualizovaná psychoterapie (Johns, 2000, s. 136). Model důstojnosti nevléčitelně nemocných je tvořen třemi definovanými kategoriemi (oblastmi), které mají vliv na vnímání osobní důstojnosti u pacientů (Chochinov, 2012, s. 1001; Kisvetrová, 2018, s. 39 - 40).

- *Obavy spojené s onemocněním* tvoří první oblast (kategorii) a zaměřuje se na faktory, které přímo souvisejí s onemocněním. Jedná se především o fyzické a psychické reakce

nemocného. V rámci této oblasti jsou určena dvě témata, která jsou dále členěna do podtémat. Prvním tématem je stupeň soběstačnosti, který je dále rozčleněn do dvou podtémat zaměřujících se na kognitivní výkonnost a funkční kapacitu. Druhé téma představují příznaky fyzického a duševního utrpení.

- *Souhrn zachování důstojnosti* vytváří druhou oblast (kategorii), která zahrnuje duchovní a duševní faktory. Tyto faktory souvisí zejména s prostředím, ze kterého pacient pochází, a s jeho životními zkušenostmi. Tato kategorie obsahuje dvě témata. Prvním je nazváno perspektivy zachování důstojnosti (podtémata jsou pak definována jako kontinuita vlastního já, zachování role, zachování hrdosti, autonomie, zachování naděje, generační odkaz, přijetí a nezdolnost). Druhým tématem této kategorie jsou postupy zachovávající důstojnost (podtéma definovaná jako žít přítomností, udržení normálního stavu a hledání duchovní útěchy).
- *Souhrn sociální důstojnosti* tvoří třetí oblast (kategorii) modelu důstojnosti nevléčitelně nemocných. Patří do ní vnější faktory, které mohou mít dopad na důstojnost ve vztahu k sociálnímu prostředí pacienta. Do této kategorie jsou zahrnuta témata související se sociální podporou, charakterem péče, obavami z následků péče, pocitem přítěže pro druhé a s hranicemi soukromí. (Chochinov, 2012, s. 1001; Kisvetrová, 2018, s. 39 - 40).

Chochinův Model důstojnosti nevléčitelně nemocných tak zahrnuje velkou škálu duchovních, psychosociálních a fyzických prvků, které mají významný vliv na pocit důstojnosti pacienta (Fitchett et al., 2015, s. 2).

#### **2.4.2 Dotazník důstojnosti pacienta (PatientDignity Inventory, PDI)**

Dotazník Patient Dignity Inventory (PDI) byl vytvořen na základě Modelu důstojnosti nevléčitelně nemocných. Tento hodnotící nástroj obsahuje dvacet pět položek s pětibodovou Likertovou škálou (1 – není problém, 2 – mírný problém, 3 – problém, 4 – velký problém, 5 – nepřekonatelný problém). Jednotlivé položky dotazníku jsou zaměřené na pět oblastí, které ovlivňují důstojnost pacienta. Patří mezi ně: příznak utrpení, existenciální tíseň, závislost, duševní klid a sociální podpora (Chochinov, 2008, s. 564).

Jak uvádí sám Chochinov (2008) PDI představuje screeningový nástroj, který zdravotnickým pracovníkům usnadňuje odhalení řady problémů, které jsou mnohdy způsobeny obavami nebo úzkostí pacienta a souvisí se zachováním a ochranou jejich

důstojností (Chochinov, 2008, s. 570). Dotazník PDI byl navržen s cílem pomoci zdravotnickým pracovníkům v jejich práci s pacienty (Chochinov, 2008, s. 561). To potvrzuje i tvrzení autorů Rullán, Carvajal a Nunez – Cordoba (2015), že využívání dotazníku PDI v péči o nemocné je užitečné, pro pacienta výhodné a dokonce může mít i terapeutický efekt (Rullán, Carvajal, Nunez – Cordoba, 2015, s. 880). Autorský kolektiv Carvajal et al. (2011) uvádí, že dotazník PDI mimo jiné usnadňuje a podporuje komunikaci mezi pacientem a zdravotnickým profesionálem o tématech, která jsou pro pacienta a potažmo i samotného zdravotnického profesionála velmi náročná jako téma pro komunikaci (Carvajal et al., 2011, s. 1866).

Ačkoliv byl dotazník PDI navržen pro posouzení vnímání utrpení souvisejícího s důstojností u nevléčitelně nemocných pacientů s nádorovým onemocněním, může se aplikovat i v dalších oblastech klinické praxe (Parse, 2010, s. 257). Dotazník PDI byl validován v mnoha jazycích a byl použit u chronicky nemocných na neoncologických pracovištích, například na kardiologických jednotkách a u pacientů s těžkými somatickými nemocemi jako je chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN) nebo amyotrofická laterální skleróza (ALS) (Chochinov et al. 2016, s. 13).

Jak uvádí Grassia et al. (2017) špatná důstojnost bývá u pacientů spojována jak s fyzickými potížemi (např. nedostatek energie, bolest, dušnost), psychiatrickými potížemi (např. úzkost, smutek, podrážděnost) a nakonec i s psychologickými potížemi (např. pociťování distresu) (Grassia et al., 2017, s. 384).

Dobré výsledky vykazuje použití dotazníku PDI také na akutním psychiatrickém oddělení (Di Lorenzo et al., 2018, s. 908). Použití dotazníku PDI v oblasti zcela odlišné od té, pro kterou byl původně vyvinut a validován, odůvodňuje Di Lorenzo et al. (2017) tím, že existují i jiná závažná, mnohdy chronická a stigmatizující onemocnění, která s sebou přinášejí různé problémy související se samotnou nemocí i poskytovanou péčí. Tyto problémy umožňuje dotazník PDI hodnotit (Di Lorenzo et al., 2017, s. 186). Hodnocení důstojnosti pacienta prostřednictvím dotazníku PDI umožňuje zdravotnickým pracovníkům porozumět složitosti problémů, které jsou pacienty se závažným onemocněním vnímány jak ohrožující jejich osobní důstojnost (Grassi et al., 2017, s. 6).

Jak uvádí autorský kolektiv Ziedonis, Larkin a Appasani (2016) podpora důstojnosti u pacientů vede k péči zaměřenou na člověka, ke skutečnému dialogu mezi zdravotníky a pacienty, ke snížení stigmatizace a k sociální podpoře (Ziedonis, Larkin, Appasani, 2016, s. 491).



### 3 SOUHRN TEORETICKÝCH VÝCHODISEK

Hodnocení důstojnosti pacientů představuje při poskytování ošetrovatelské péče významnou oblast. V posledních desetiletích tak toto téma vyvolává řadu diskusí. Zachování důstojnosti pacientů je považováno za důležitý faktor pro zlepšení jejich zdraví. Jedná se také o jeden z hlavních cílů Světové zdravotnické organizace (WHO) a význam tohoto tématu rovněž zdůrazňuje řada dalších světových organizací, jako např. Americká asociace sester nebo Mezinárodní rada sester (Torabizadeh et al., 2012, s. 724). Důstojnost podle Chochinova představuje nejenom základní právo, kterým se zabraňuje stigmatizaci a marginalizaci, ale také způsob, jak vlídně zacházet s člověkem (Chochinov et al., 2008, s. 569).

Ačkoliv je pojem důstojnosti hojně využíván, neexistuje žádná shoda o tom, jak ho přesně definovat (Henryl et al., 2015, s. 5A). Jak uvádí Munzarová, definice důstojnosti se odvíjí zejména od filozofického směru konkrétního představitele (Munzarová, 2011, s. 499 - 500). V moderní době představuje důstojnost klíčovou koncepci dobré odborné praxe v mnoha oblastech zdravotní péče (Jacobson, 2009, s. 1537). Model důstojnosti, vytvořený kanadským profesorem H. Chochinovem, se stal podkladem pro vytvoření dotazníku Patient Dignity Inventory (PDI), který je zaměřený na hodnocení problémů spojených s důstojností (Chochinov et al., 2008, s. 564).

Při poskytování péče hospitalizovaným pacientům může docházet k ohrožení jejich osobní důstojnosti zejména z důvodu nevhodných podmínek nemocničního prostředí (Eriksson - Salzmann, 2015, s. 244). Jedná se například o psychiatrická oddělení nebo pracoviště dlouhodobé péče (Jacobson, 2009, s. 1540). Samotné duševní onemocnění včetně stigmatizace, kterou s sebou přináší, a také některé léčebné postupy pak činí pacienty ještě zranitelnějšími (Bramsfeld et al., 2007, s. 2). Duševní onemocnění a léčba proto ovlivňuje u pacientů zejména jejich osobní důstojnost a autonomii, což je často spojeno i s pocity zahanbení a úzkosti (Lin, Tsai, 2011, s. 345).

Deprese a úzkost jsou dva nejčastější psychiatrické symptomy, které spolu velmi často koexistují (Kounseok, Daeho, Yongrae, 2018, s. 1). Deprese je jednou z nejčastějších psychických onemocnění, které snižuje kvalitu života, výkon na pracovišti a způsobuje poruchy nejen v rodinné, ale také v sociální sféře (Vaghee, Heydari, 2016, s. 1). Terapie zaměřená na důstojnost při péči o pacienty s depresí a úzkostí pomáhá zvýšit úroveň vnímané

osobní důstojnosti nemocného, snížit míru jeho utrpení a zmírnit depresivní symptomatologii (Avery, Baez, 2012, s. 1).

Mnoho pacientů vnímá hospitalizaci na psychiatrickém oddělení negativně a představuje pro ně velmi zatěžující negativní zkušenost (Nugteren et al., 2016, s. 295). Toto negativní vnímání hospitalizace může být ovlivněno různými faktory, mezi které patří jak fyzické prostředí, tak i chování a zvyky zdravotnického personálu (Di Lorenzo et al., 2017, s. 180). Dalšími faktory, které způsobují ohrožení důstojnosti pacienta, jsou asymetrické vztahy a samotné onemocnění. U pacienta to následně může vyvolávat pocit strachu, ponížení, rozpaky, frustraci, šok, nejistotu, apatii a depresi (Radu et al., 2015, s. 139). Ochrana osobní důstojnosti pacienta v rámci poskytované psychiatrické péče je proto důležitým indikátorem kvality péče a napomáhá nejen samotným pacientům, jejich příbuzným a rodinným pečovatelům, ale také zdravotnickým pracovníkům. U pacientů vede důstojná péče ke snížení úzkosti, zlepšení depresivní symptomatologie a k lepší spolupráci se zdravotnickým personálem (Skorpen et al., 2016, s. 119).

Vzhledem ke stanovenému cíli výzkumu v rámci této diplomové práce byla teoretická hypotéza stanovena následovně: domníváme se, že vybrané sociodemografické faktory (věk, pohlaví, vzdělání, sociální situace, pracovní anamnéza, délka hospitalizace), deprese a úzkost ovlivňují vnímání osobní důstojnosti u pacientů hospitalizovaných na akutním psychiatrickém oddělení.

## 4 METODIKA VÝZKUMU

Pro realizaci výzkumného šetření této diplomové práce byla použita kvantitativní metoda, průřezová studie s dotazníkovým šetřením. Byla použita dotazníková baterie, která zahrnovala standardizované české verze dotazníků: 1/ Dotazník důstojnosti pacienta (PDI-CZ); 2/ Beckův depresivní inventář (BDI-I); 3/ Beckův inventář úzkosti (BAI), a soubor základních sociodemografických charakteristik.

Výzkumné šetření bylo schváleno Etickou komisí Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci (protokol č. UPOL – 86971/1040 – 2018), viz příloha č. 1.

### 4.1 Výzkumné cíle a hypotézy

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit, jak pacienti hospitalizovaní na akutním psychiatrickém oddělení subjektivně hodnotí pomocí dotazníku PDI-CZ svoji důstojnost. Od určeného hlavního cíle se pak odvíjí čtyři dílčí cíle.

**Cíl 1:** Zjistit, jak pacienti hospitalizovaní na akutním psychiatrickém oddělení subjektivně hodnotí důstojnost v rámci jednotlivých subškál dotazníku PDI-CZ, intenzitu deprese a úzkosti.

**Cíl 2:** Zjistit, zda na hodnocení důstojnosti pacienta mají vliv vybrané sociodemografické faktory (věk, pohlaví, vzdělání, sociální situace, pracovní anamnéza, počet dní hospitalizace).

#### **Stanovené hypotézy k cíli 2:**

Hypotéza  $H_01$ : Věk neovlivňuje hodnocení důstojnosti u psychiatrického pacienta.

Hypotéza  $H_{A1}$ : Věk ovlivňuje hodnocení důstojnosti u psychiatrického pacienta.

Hypotéza  $H_02$ : Pohlaví neovlivňuje hodnocení důstojnosti u psychiatrického pacienta.

Hypotéza  $H_{A2}$ : Pohlaví ovlivňuje hodnocení důstojnosti u psychiatrického pacienta.

Hypotéza  $H_03$ : Vzdělání neovlivňuje hodnocení důstojnosti u psychiatrického pacienta.

Hypotéza  $H_{A3}$ : Vzdělání ovlivňuje hodnocení důstojnosti u psychiatrického pacienta.

Hypotéza  $H_{04}$ : Sociální situace neovlivňuje hodnocení důstojnosti u psychiatrického pacienta.

Hypotéza  $H_{A4}$ : Sociální situace ovlivňuje hodnocení důstojnosti u psychiatrického pacienta.

Hypotéza  $H_{05}$ : Pracovní anamnéza neovlivňuje hodnocení důstojnosti u psychiatrického pacienta.

Hypotéza  $H_{A5}$ : Pracovní anamnéza ovlivňuje hodnocení důstojnosti u psychiatrického pacienta.

Hypotéza  $H_{06}$ : Délka hospitalizace neovlivňuje hodnocení důstojnosti u psychiatrického pacienta.

Hypotéza  $H_{A6}$ : Délka hospitalizace ovlivňuje hodnocení důstojnosti u psychiatrického pacienta.

**Cíl 3:** Zjistit, zda hodnocení důstojnosti v rámci jednotlivých subškál dotazníku PDI-CZ koreluje s celkovými skóry dotazníků BAI a BDI-I.

**Stanovené hypotézy k cíli 3:**

Hypotéza  $H_{07}$ : Hodnocení důstojnosti v rámci jednotlivých subškál PDI-CZ nekoreluje s celkovým skóre dotazníku BAI.

Hypotéza  $H_{A7}$ : Hodnocení důstojnosti v rámci jednotlivých subškál PDI-CZ koreluje s celkovým skóre dotazníku BAI.

Hypotéza  $H_{08}$ : Hodnocení důstojnosti v rámci jednotlivých subškál PDI-CZ nekoreluje s celkovým skóre dotazníku BDI-I

Hypotéza  $H_{A8}$ : Hodnocení důstojnosti v rámci jednotlivých subškál PDI-CZ koreluje s celkovým skóre dotazníku BDI-I.

**Cíl 4:** Multivariantní analýzou ověřit vliv vybraných sociodemografických faktorů a skóre dotazníků BDI-I a BAI na hodnocení důstojnosti v rámci jednotlivých subškál PDI-CZ.

## 4.2 Charakteristika souboru

Výzkumný soubor tvořili pacienti hospitalizovaní na akutním psychiatrickém oddělení Vojenské nemocnice Olomouc. Pro výběr respondentů byla stanovena následující zařazující kritéria:

- věk 18 – 65 let;
- pacienti hospitalizovaní na akutním psychiatrickém oddělení déle než 72 hodin;
- pacienti, kteří souhlasili se zařazením do dotazníkového šetření.

Vylučujícím kritériem pak byl závažný kognitivní deficit (diagnostikovaná demence jakéhokoliv typu v pokročilém stadiu) a smyslový deficit (těžké poškození zraku, sluchu).

### • Výpočet velikosti souboru respondentů

Při provádění výpočtu velikosti vzorku jsme předpokládali hodnotu korelačního koeficientu mezi PDI- CZ a dotazníky Beckových inventářů (BDI-I a BAI)  $\rho = 0,35$  (rho), chybu prvního druhu  $\alpha = 0,05$  a sílu (power) = 0,9. Požadovaná velikost vzorku za těchto podmínek je minimálně 81 respondentů. Spočítáno programem TIBCO STATISTICA version 13.4.0.14. (viz tabulka č. 1).

Na základě předpokladu, že u pacientů s psychiatrickým onemocněním bude menší motivace vyplňovat dotazníky, jsme předpokládali návratnost přibližně 50 %. Proto bylo stanoveno, že bude třeba oslovit 162 hospitalizovaných pacientů. Výpočet velikosti souboru je uveden v tabulce 1.

Tabulka 1 Výpočet velikosti vzorku

	Sample Size Calculation One Correlation, t-test H0: Rho = 0
	Value
PopulationCorrelation (Rho)	0,3500
Type I ErrorRate (Alpha)	0,0500
PowerGoal	0,9000
<b>Required N</b>	<b>81,0000</b>

### 4.3 Metoda sběru dat

Pro získání dat byla využita kvantitativní metodika, průřezová studie s dotazníkovým šetřením. Empirická data byla získána na základě použití baterie tří českých standardizovaných dotazníků. K hodnocení problémů spojených s důstojností, byla využita česká standardizovaná verze Dotazníku důstojnosti pacienta (PDI-CZ). K hodnocení míry deprese byl využit Beckův inventář deprese (BDI-I) a pro hodnocení úzkosti byl zvolen Beckův inventář úzkosti (BAI). Dotazníková baterie zahrnovala i soubor sociodemografických charakteristik pacienta.

- **PDI-CZ – Dotazník důstojnosti pacienta**

Dotazník důstojnosti pacienta (PDI) je psychometrický nástroj, který je určený pro identifikaci různých zdrojů problémů, které mohou ovlivňovat pocit důstojnosti u pacientů s život omezujícími podmínkami (Chochinov et al., 2012, s. 1). Tento dotazník se skládá z dvaceti pěti položek hodnocených na pěti-bodové Likertově stupnici (1 bod = problém neexistuje, 2 bod = mírný problém, 3 bod = problém, 4 bod = velký problém, 5 bod = nepřekonatelný problém). Pokud pacient na Likertově škále označí tři a více bodů znamená to, že se jedná u této položky o problém (Chochinov et al., 2008, s 564). Celkové skóre dotazníku je v rozmezí 25 až 125 bodů. Vyšší skóre ukazuje na vyšší ohrožení důstojnosti. Česká standardizovaná verze dotazníku (PDI-CZ) rozděluje na základě realizované faktorové analýzy položky do čtyř subškál, které jsou nazvány: Ztráta smyslu života, Ztráta autonomie, Ztráta důvěry a Ztráta sociální podpory.

- ▷ První subškála *Ztráta účelu života* obsahuje položky ovlivňující ztrátu smyslu života ve vztahu k nemoci, sebehodnocení a budoucnosti.
- ▷ Druhá subškála *Ztráta autonomie* zahrnuje položky, které se zaměřují na závislost, péči o sebe a reakce komunity.
- ▷ Třetí subškála *Ztráta jistoty* tvoří souhrn položek, které se týkají duševní a existenciální nejistoty.
- ▷ Čtvrtá subškála *Ztráta sociální podpory* obsahuje položky související se sociální podporou od přátel, zdravotnického personálu a s poskytováním péče s respektem (Kisvetrová et al., 2018, s. 444).

- **BDI-I – Beckův inventář deprese**

Beckova sebeposuzovací škála pro dospělé – Beckův inventář deprese (BDI-I) je psychodiagnostický nástroj, který je určen pro zjišťování přítomnosti a závažnosti deprese, jakožto momentálního stavu. Jedná se o sebeposuzovací hodnotící nástroj, který obsahuje dvacet jedna položek zaměřených na tři typy symptomů:

- ▷ *kognitivní symptomy deprese*, které zahrnují položky 3, 5, 6, 7, 8, 13 a 14;
- ▷ *somatické symptomy deprese* zahrnují položky 10, 11, 15, 16, 17, 18, 19, 20 a 21;
- ▷ *afektivní symptomy deprese* jsou zahrnuty v položkách 1, 2, 4, 9, 12 (Ciliberti, Edelstein, 2010, s. 38).

Odpověď na každou otázku se zaznamenává na čtyřbodové Likertově škále od 0 po 3 body (Ptáček et al., 2016, s. 271). Maximální počet bodů je 63. Rozmezí bodů 0 až 13 je hodnoceno jako minimální nebo žádná deprese; 14 -19 bodů je hodnoceno jako mírná deprese; 20 – 28 bodů je hodnoceno jako střední deprese; a 29 – 63 bodů je pak hodnoceno jako těžká deprese (Gottfried, 2015, s. 20).

- **BAI – Beckův inventář úzkosti**

Beckův inventář úzkosti (BAI) je sebeposuzovací nástroj vhodný pro hodnocení celkové úzkosti u pacientů (Kamarádová et al., 2016, s. 153). Beckův inventář úzkosti má dvacet jedna položek. Jednotlivé položky se zaměřují na psychické a tělesné symptomy úzkosti. Odpověď na otázku se zaznamenává na čtyřbodové Likertově stupnici od 0 po 3 body (Armstrong, Khwaja, 2002, s 4). Součtem všech bodů je vypočítáno celkové skóre. Méně než 21 bodů znamená mírné projevy úzkosti; 22 až 35 bodů je hodnoceno jako středně závažné potíže; 36 a více bodů pak signalizuje vysokou závažnost obtíží (Kamarádová et al., 2016, s. 155).

## 4.4 Realizace výzkumu

Etickou komisí Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci bylo uděleno souhlasné stanovisko k realizaci výzkumného šetření této diplomové práce. Poté byl osloven management Vojenské nemocnice v Olomouci, který s realizací výzkumného dotazníkového šetření na oddělení psychiatrie souhlasil, viz příloha č. 2. Oddělení psychiatrie Vojenské nemocnice Olomouc se skládá ze dvou oddělení (lůžkových jednotek) s celkovou kapacitou 25 míst. Celkový počet hospitalizovaných pacientů v období od června 2018 do února 2019 byl 187, z toho 176 pacientů splňovalo zařazující kritéria (věk 18 – 65 let, hospitalizace na akutním oddělení déle než 72 hodin).

V souladu s doporučením autorského kolektivu Di Lorenza et al. (2018), který realizoval obdobnou studii na psychiatrickém oddělení v Itálii, byli respondenti v našem výzkumu osloveni v průběhu posledních tří dnů před plánovaným ukončením hospitalizace na psychiatrickém oddělení. Tři dny před propuštěním pacienta byly zvoleny proto, že v této době byli pacienti již klinicky zlepšeni a ve stabilizovaném zdravotním stavu v porovnání se začátkem hospitalizace. Toto načasování administrace dotazníku tak umožnilo eliminovat negativní dopad akutní fáze psychiatrického onemocnění respondenta na vyplnění dotazníku.

Celkem bylo osloveno 162 pacientů. Z toho 42 pacientů účast na dotazníkovém šetření odmítlo. Před realizací byli pacienti s dotazníkovým šetřením seznámeni a podepsali informovaný souhlas (příloha č. 3). Jednotlivé respondenty autorka diplomové práce v období realizace výzkumu (červenec 2018 až únor 2019) průběžně oslovila, vysvětlila jim průběh a cíle výzkumného šetření a seznámila je se způsobem vyplnění dotazníků. Dotazníky vyplňovali pacienti samostatně. Po vyplnění pacienti vložili dotazníky do obálky s nadepsaným jménem autorky diplomové práce, zalepili a odevzdaly do připraveného papírového boxu na oddělení, aby byla zajištěna anonymita respondentů. Do skončení stanovené doby pro realizaci dotazníkového šetření (červenec 2018 až únor 2019) bylo odevzdáno přes box na oddělení celkem 120 kompletně vyplněných dotazníkových souborů v zalepených obálkách, které byly použity k následnému statistickému zpracování.



## 4.5 Metoda zpracování dat

Kvantitativní proměnné byly prezentovány pomocí průměrů, směrodatných odchylek (SD), mediánů, minimálních a maximálních hodnot. Kvalitativní data byla prezentována pomocí absolutních a relativních četností. Normalita kvantitativních dat byla ověřena vizuální inspekci histogramů a pomocí Shapiro-Wilkových testů normality. Vzájemná korelace kvantitativních znaků byla zjišťována pomocí Pearsonova korelačního koeficientu. Korelace mezi ordinálními veličinami a veličinami, které neměli normální distribuci, byla provedena pomocí Spearmanova korelačního koeficientu. Rozdíly mezi dvěma nezávislými výběry v kvantitativních veličinách byly ověřovány dvouvýběrovým *t*-testem. Rozdíly mezi více nezávislými výběry v kvantitativních veličinách byly ověřovány analýzou rozptylu (ANOVA). Zjištění vlivu sociodemografických faktorů a skóre dotazníků BDI-I a BAI na důstojnost pacientů (PDI-CZ) bylo provedeno pomocí zobecněného lineárního modelu (GLM).

Všechny testy byly provedeny na hladině statistické významnosti  $\alpha = 0,05$ ; *p*-hodnoty nižší než 0,05 jsou v tabulkách zvýrazněny červeně. Ke statistickému zpracování byl použit statistický software IBM SPSS Statisticsfor Windows, Version 23.0. Armonk, NY: IBM Corp.

## 5 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Kapitola prezentuje v souhrnném přehledu výsledky statistického zpracování empirických dat získaných výzkumným šetřením v rámci této diplomové práce. Popisuje základní sociodemografické charakteristiky souboru respondentů – pacientů hospitalizovaných na akutním psychiatrickém oddělení. Dále pak prezentuje výsledky k jednotlivým dílčím cílům a stanoveným hypotézám.

### 5.1 Popis souboru

Do našeho výzkumného šetření se zapojilo celkem 120 respondentů, kteří kompletně vyplnili dotazníkový soubor. Z celkového počtu respondentů bylo 55 (46 %) mužů a 65 (54%) žen. Průměrný věk se směrodatnou odchylkou byl  $44,1 \pm 11,4$  roků, věkové rozmezí 18 až 65 let, hodnota mediánu věku byla 44 let. Vysokoškolské vzdělání mělo 17 % zúčastněných respondentů. Téměř polovina (43 %) respondentů měla středoškolské vzdělání, necelá třetina (29%) byla vyučena a 11 % respondentů mělo základní vzdělání. Polovina (53%) respondentů žila v s partnerem nebo s manželem, čtvrtina (25%) respondentů žila sama a 23 % s rodinou nebo dalšími příbuznými. Více než polovina respondentů (55%) uvedla, že je v současné době zaměstnána nebo studuje. Třetinu souboru (35%) tvořili respondenti zařazení do kategorie invalidní nebo starobní důchodce a 10 % respondentů bylo v době realizace výzkumného šetření nezaměstnaných. Přesné četnostní rozložení kvalitativních proměnných celého souboru respondentů je uvedeno v tabulce č. 2, s. 43.

**Tabulka 2 Popisná statistika sociodemografických dat**

<b>Sociodemografické charakteristiky</b>		<b>M ± SD; rozmezí; medián</b>	<b>Počet</b>	<b>Procenta</b>
<b>Počet respondentů</b>			120	100,0 %
<b>Délka hospitalizace</b>		18,5 ± 5,0; 7 –28; 20		
<b>Věk</b>		44,1 ± 11,4; 18 – 65; 44		
<b>Pohlaví</b>	muži		55	45,8%
	ženy		65	54,2%
<b>Vzdělání</b>	Základní (ZŠ)		13	10,8%
	vyučen		35	29,2%
	Středoškolské (SŠ)		52	43,3%
	Vysokoškolské (VŠ)		20	16,7%
<b>Sociální situace</b>	žije sám/a		30	25,0%
	žije s partnerem, manželem		63	52,5%
	žije s rodinou / dalšími příbuznými		27	22,5%
<b>Pracovní anamnéza</b>	pracuje, studuje		66	55,0%
	nezaměstnaný/á		12	10,0%
	důchodce/důchodkyně		42	35,0%
<b>Rodinný stav</b>	svobodný		50	41,7%
	ženatý/vdaná		57	47,5%
	rozvedený/á		13	10,8%

## **5.2 Výsledky výzkumu vztahující se k jednotlivým cílům**

V rámci této podkapitoly jsou prezentovány výsledky vyhodnocení dat pro jednotlivé stanovené dílčí cíle diplomové práce.

## 5.2.1 Výsledky k cíli 1

**Cíl 1:** Zjistit, jak pacienti hospitalizovaní na akutním psychiatrickém oddělení subjektivně hodnotí důstojnost v rámci jednotlivých subškál dotazníku PDI-CZ, intenzitu deprese a úzkosti.

### Výsledky

**Dotazník důstojnosti pacienta (PDI-CZ)**- položky dotazníku PDI-CZ byly rozděleny do čtyř subškál (Kisvetrová et al., 2018):

- Subškála 1 - **Ztráta smyslu života** - obsahuje položky 12, 24, 15, 13, 11, 19, 23, 16, 8, 18, 3, 14, 7.
- Subškála 2 - **Ztráta nezávislosti** - obsahuje položky 2, 1, 10, 20, 4.
- Subškála 3 - **Ztráta důvěry** - obsahuje položky 5, 6, 17, 9.
- Subškála 4 - **Ztráta sociální podpory**- obsahuje položky 21, 22 a 25.

Rozdělení položek PDI-CZ do čtyř subškál bylo provedeno podle práce Kisvetrová et al. (2018, s. 444 – 450). Skóre každé subškály bylo spočítáno jako součet položek, které subškála zahrnuje. Nejhorší hodnocení (to znamená nejvyšší hodnota celkového skóre) bylo u subškály 1 (Ztráta smyslu života), a to 35,3 bodů. Naopak nejlepší hodnocení (nejnižší celkové skóre) bylo u subškály 4 (Ztráta sociální podpory). Průměry, směrodatné odchylky, medián rozpětí u jednotlivých subškál dotazníku PDI-CZ uvádí tabulka č. 3, s. 44.

**Tabulka 3** Popisná statistika subškál dotazníku PDI-CZ

Subškály dotazníku PDI-CZ	Průměr	SD	Medián	Minimum	Maximum
PDI 1 <i>Ztráta smyslu života</i>	35,3	12,1	37	13	62
PDI 2 <i>Ztráta nezávislosti</i>	11,8	4,6	12	5	23
PDI 3 <i>Ztráta důvěry</i>	10,9	3,8	11	4	19
PDI 4 <i>Ztráta sociální podpory</i>	7,3	3,8	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>27</b>

## **Beckův inventář deprese (BDI - I) a Beckův inventář úzkosti (BAI)**

Oba standardizované dotazníky BDI - I (deprese) a BAI (úzkost) jsou sestaveny z 21 položek. Každá položka má čtyři možnosti odpovědí, takže respondent může získat jeden až čtyři body. Součet bodů vyjadřuje intenzitu úzkosti či deprese. Výsledky popisné statistiky prezentuje tabulka č. 4, s. 46.

Celkové skóre BDI - I (deprese) bylo 28,1 bodů, což bylo těsně nad hranicí pro střední depresi. Celkové skóre BAI (úzkost) bylo 27,3 bodů, což ukazovalo na střední závažnost potíží.

V rámci hodnocení deprese mělo normální náladu pouze 4,2 % respondentů. Nevyšší zastoupení (60,8% respondentů) bylo u kategorie střední deprese. V hodnocení intenzity úzkosti mělo 35,0% respondentů mírné projevy úzkosti a téměř čtvrtina (23,3% respondentů) byla dle výsledků hodnocení v kategorii vysoká závažnost potíží. Rozdělení do jednotlivých kategorií závažnosti prezentuje tabulka č. 5, s. 46.

Vyhodnocení Beckova inventáře úzkosti (BAI) bylo provedeno takto:

<b>Celkové skóre</b>	<b>závažnost onemocnění</b>
Méně než 21	mírné projevy úzkosti
22 – 35	střední závažnost potíží
36 a více	vysoká závažnost potíží

(Kamarádová et al., 2016, s. 154)

Vyhodnocení Beckova depresivního inventáře (BDI-I) je následující:

<b>Celkové skóre</b>	<b>Hodnocení</b>
0-13	normální nálada
14-19	mírná deprese
20-28	střední deprese
29-63	silná deprese

(Gottfried, 2015, s. 20)

**Tabulka 4 Popisná statistika dotazníků BDI-I a BAI**

Dotazník	Průměr	SD	Medián	Minimum	Maximum
BIA	27,3	10,9	28	1	68
BDI	28,1	10,9	28	2	52

**Tabulka 5 Vyhodnocení dotazníků BDI-I a BAI**

Dotazník		Počet	Procenta
BDI-I	normální nálada	5	4,2%
	mírná deprese	24	20,0%
	střední deprese	73	60,8%
	silná deprese	18	15,0%
BAI	mírné projevy úzkosti	42	35,0%
	střední závažnost potíží	50	41,7%
	vysoká závažnost potíží	28	23,3%

**Závěr k cíli 1:**

Nejhorší hodnocení důstojnosti bylo u subškály 1 (Ztráta smyslu života), naopak nejlepší hodnocení bylo zjištěno u subškály 4 (Ztráta sociální podpory). Celkové skóre BDI-I (deprese) bylo těsně nad hranicí pro střední depresi a celkové skóre BAI (úzkost) ukazovalo na střední závažnost potíží respondentů.

**5.2.2 Výsledky k cíli 2**

**Cíl 2:** Zjistit, zda na hodnocení důstojnosti pacienta v jednotlivých subškálách PDI-CZ mají vliv vybrané sociodemografické faktory (věk, pohlaví, vzdělání, sociální situace, pracovní anamnéza, počet dní hospitalizace).

Hypotéza  $H_{01}$ : Věk neovlivňuje hodnocení důstojnosti u psychiatrického pacienta.

Hypotéza  $H_{A1}$ : Věk ovlivňuje hodnocení důstojnosti u psychiatrického pacienta.

Hypotéza  $H_{02}$ : Pohlaví neovlivňuje hodnocení důstojnosti u psychiatrického pacienta.

Hypotéza  $H_{A2}$ : Pohlaví ovlivňuje hodnocení důstojnosti u psychiatrického pacienta.

Hypotéza H<sub>03</sub>: Vzdělání neovlivňuje hodnocení důstojnosti u psychiatrického pacienta.

Hypotéza H<sub>A3</sub>: Vzdělání ovlivňuje hodnocení důstojnosti u psychiatrického pacienta.

Hypotéza H<sub>04</sub>: Sociální situace neovlivňuje hodnocení důstojnosti u psychiatrického pacienta.

Hypotéza H<sub>A4</sub>: Sociální situace ovlivňuje hodnocení důstojnosti u psychiatrického pacienta.

Hypotéza H<sub>05</sub>: Pracovní anamnéza neovlivňuje hodnocení důstojnosti u psychiatrického pacienta.

Hypotéza H<sub>A5</sub>: Pracovní anamnéza ovlivňuje hodnocení důstojnosti u psychiatrického pacienta.

Hypotéza H<sub>06</sub>: Délka hospitalizace neovlivňuje hodnocení důstojnosti u psychiatrického pacienta.

Hypotéza H<sub>A6</sub>: Délka hospitalizace ovlivňuje hodnocení důstojnosti u psychiatrického pacienta.

## **Výsledky**

Bivariantními statistickými metodami bylo prokázáno, že *sociální situace* významně ovlivňuje všechny subškály PDI-CZ (tabulka č. 6 a č. 7, s. 48). Pacienti, kteří žijí s rodinou / dalšími příbuznými mají významně nižší (tedy lepší) hodnoty ve všech subškálách PDI-CZ ve srovnání s pacienty, kteří žijí jen s manželem / partnerem nebo s pacienty, kteří žijí sami (tabulka č. 8, s. 49). Rozložení naměřených hodnot je znázorněno krabicovými grafy (grafy č. 1 – 4, s. 49 - 51). Vodorovná čára v krabici znázorňuje hodnotu mediánu, dolní hrana krabice hodnotu prvního kvartilu (25. percentilu), horní hrana hodnotu třetího kvartilu (75. percentilu). Svorky ukazují maximální a minimální naměřené hodnoty, pokud byly v souboru nalezeny odlehle hodnoty, jsou zakresleny kroužky.

Dále jsme prokázali významnou negativní korelaci subškál dotazníku PDI-CZ s *počtem dní hospitalizace* (tabulka č. 6, s. 48). Pacienti s delší dobou hospitalizace mají nižší skóre subškál dotazníku PDI-CZ (lepší hodnocení). Vzájemná korelace byla znázorněna bodovými grafy s proloženou regresní přímkou, která naznačuje směr závislosti (grafy č. 5 – 8, s. 51 - 53). U jiných sociodemografických faktorů nebyl prokázán statisticky významný vliv na hodnocení důstojnosti pacientů (tabulka č. 6, s. 48).

**Tabulka 6 Korelace subškál PDI-CZ a sledovaných faktorů**

<b>Faktor</b>	<b>PDI 1 Ztráta smyslu života</b>	<b>PDI 2 Ztráta nezávislosti</b>	<b>PDI 3 Ztráta důvěry</b>	<b>PDI 4 Ztráta sociální podpory</b>
Věk <sup>a</sup>	0,048	0,167	0,107	0,151
Pohlaví <sup>b</sup>	0,330	0,977	0,642	0,727
Vzdělání <sup>c</sup>	0,670	0,377	0,559	0,323
Sociální situace <sup>c</sup>	<b>0,018*</b>	<b>0,004*</b>	<b>0,019*</b>	<b>0,001*</b>
Pracovní anamnéza <sup>c</sup>	0,501	0,501	0,551	0,617
Počet dní hospitalizace <sup>d</sup>	<b>-0,245*</b>	<b>-0,194*</b>	<b>-0,211*</b>	<b>-0,240*</b>

Vysvětlivky:<sup>a</sup>Pearsonův korelační koeficient (hodnota r);<sup>b</sup>dvouvýběrový t-test (p-hodnota);<sup>c</sup>ANOVA (p-hodnota);<sup>d</sup>Spearmanův korelační koeficient (hodnota r); \* $p < 0,05$

**Tabulka 7: Popisná statistika subškál dotazníku PDI-CZ vzhledem k sociální situaci**

<b>PDI-CZ subškály</b>	<b>Sociální situace</b>					
	<b>žije sám</b>		<b>žije s partnerem/manželem</b>		<b>žije s rodinou / dalšími příbuznými</b>	
	<b>Průměr</b>	<b>SD</b>	<b>Průměr</b>	<b>SD</b>	<b>Průměr</b>	<b>SD</b>
PDI-1 Ztráta smyslu života	35,5	12,3	37,6	11,8	29,8	11,5
PDI-2 Ztráta nezávislosti	11,7	4,6	12,8	4,5	9,4	3,9
PDI-3 Ztráta důvěry	10,8	4,3	11,6	3,5	9,2	3,4
PDI-4 Ztráta sociální podpory	7,1	3,2	8,2	4,1	5,2	2,4



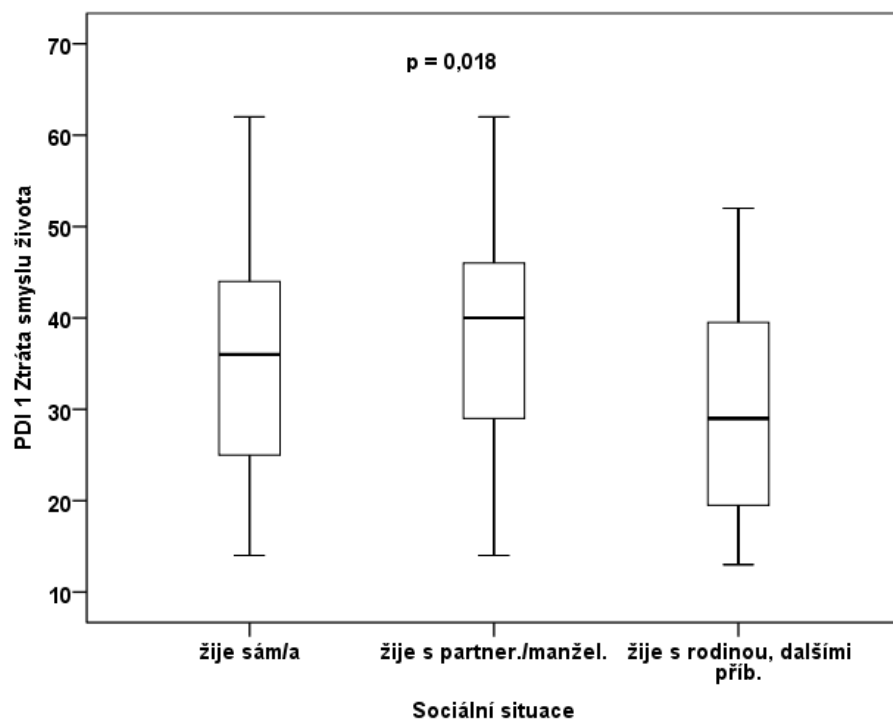
Tabulka 8 Bonferroniho post hoc testy mnohonásobného porovnání, p-hodnoty.

PDI-CZ subškály	Sám vs. s parterem	Sám vs. s příbuznými	S partnerem vs. s příbuznými
PDI-1 Ztráta smyslu života	1,000	0,218	<b>0,014</b>
PDI-2 Ztráta nezávislosti	0,834	0,134	<b>0,003</b>
PDI-3 Ztráta důvěry	0,958	0,306	<b>0,015</b>
PDI-4 Ztráta sociální podpory	0,429	0,150	<b>0,001</b>

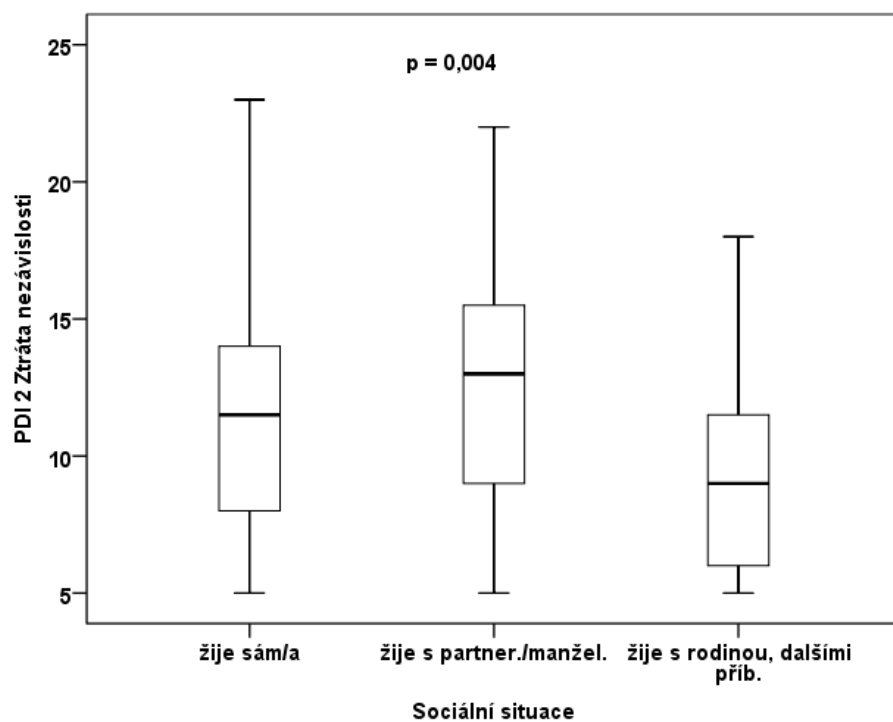
vs. = verzus; PDI-CZ = Patient Dignity Inventory

### Krabicové grafy: Distribuce hodnot subškál dotazníku PDI v závislosti na sociální situaci

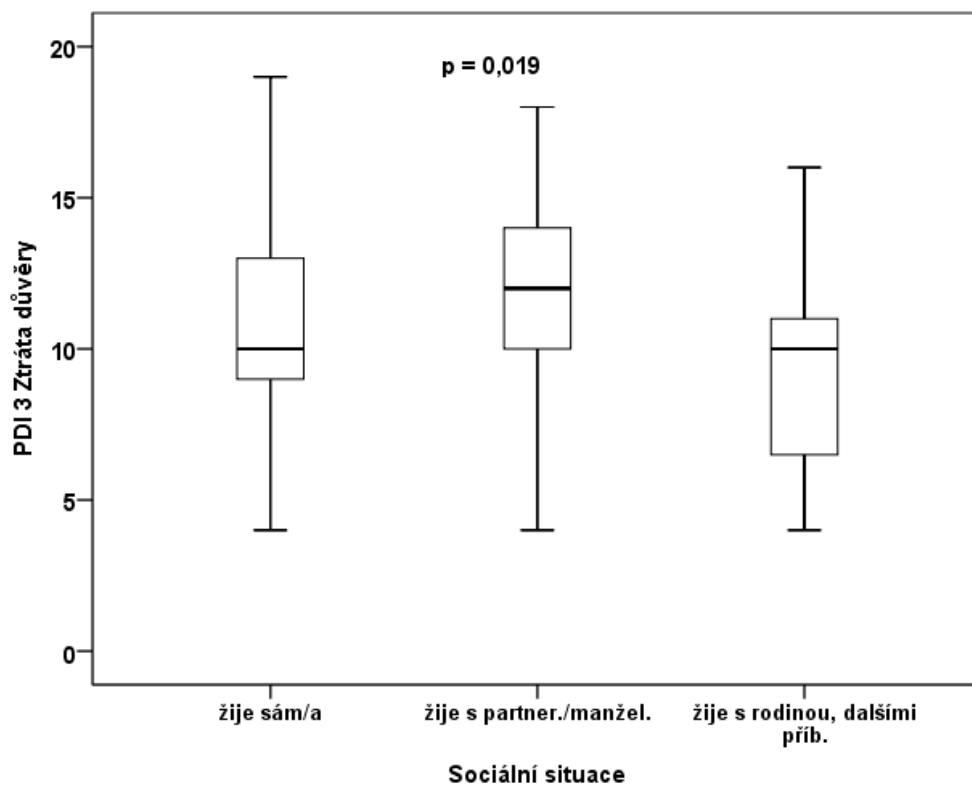
Graf 1 Závislost subškály PDI 1 (Ztráta smyslu života) na sociální situaci.



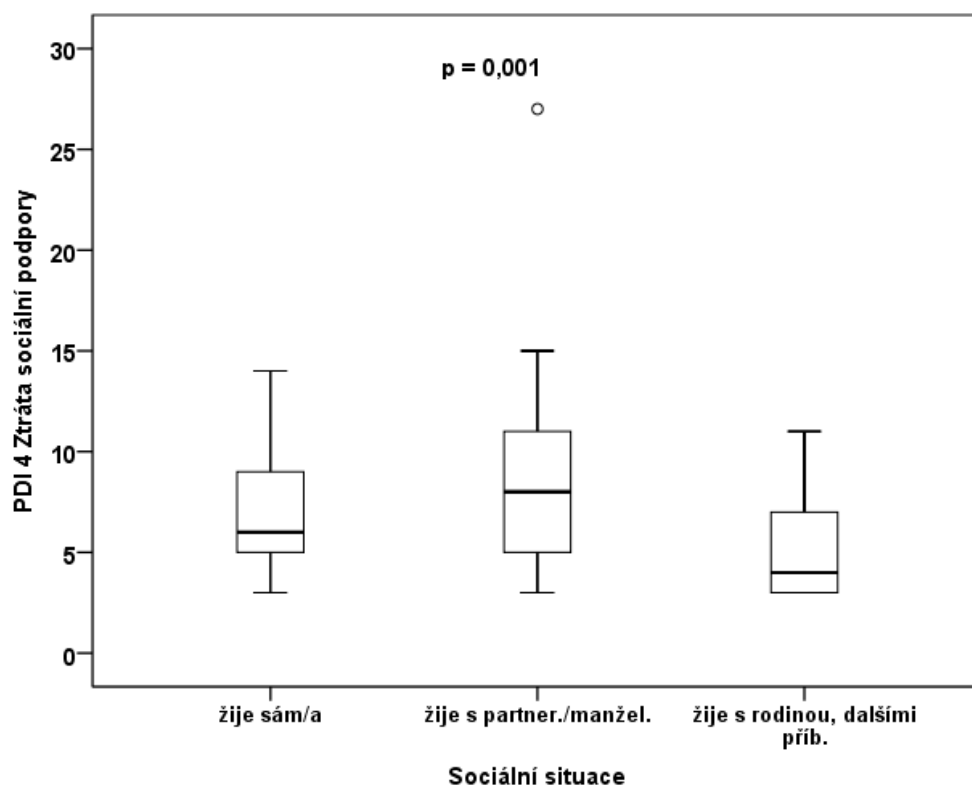
Graf 2 Závislost subškály PDI 2 (Ztráta nezávislosti) na sociální situaci



Graf 3 Závislost subškály PDI 3 (Ztráta důvěry) na sociální situaci

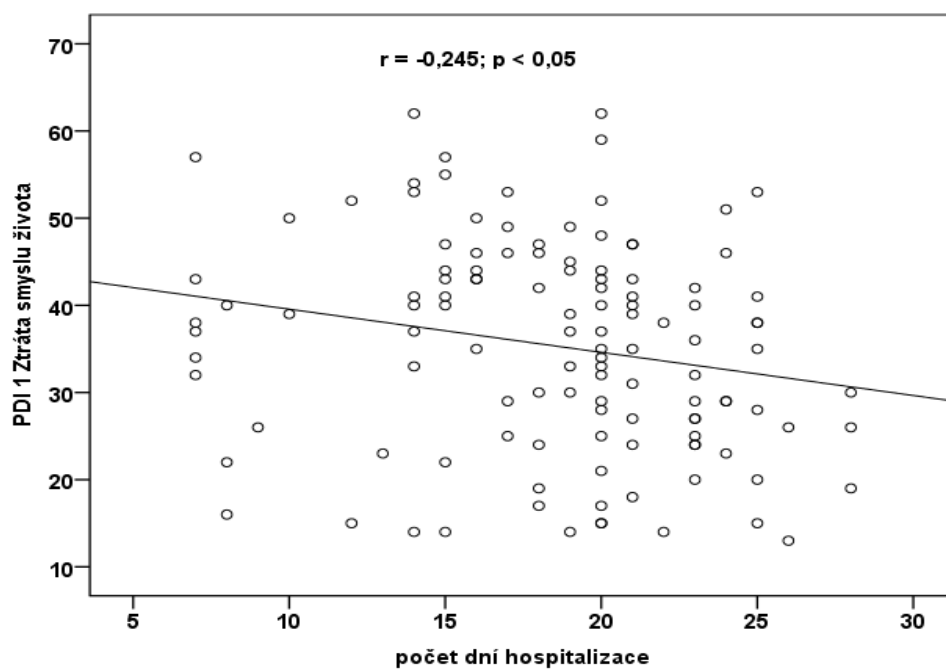


Graf 4 Závislost subškály PDI 4 (Ztráta sociální podpory) na sociální situaci

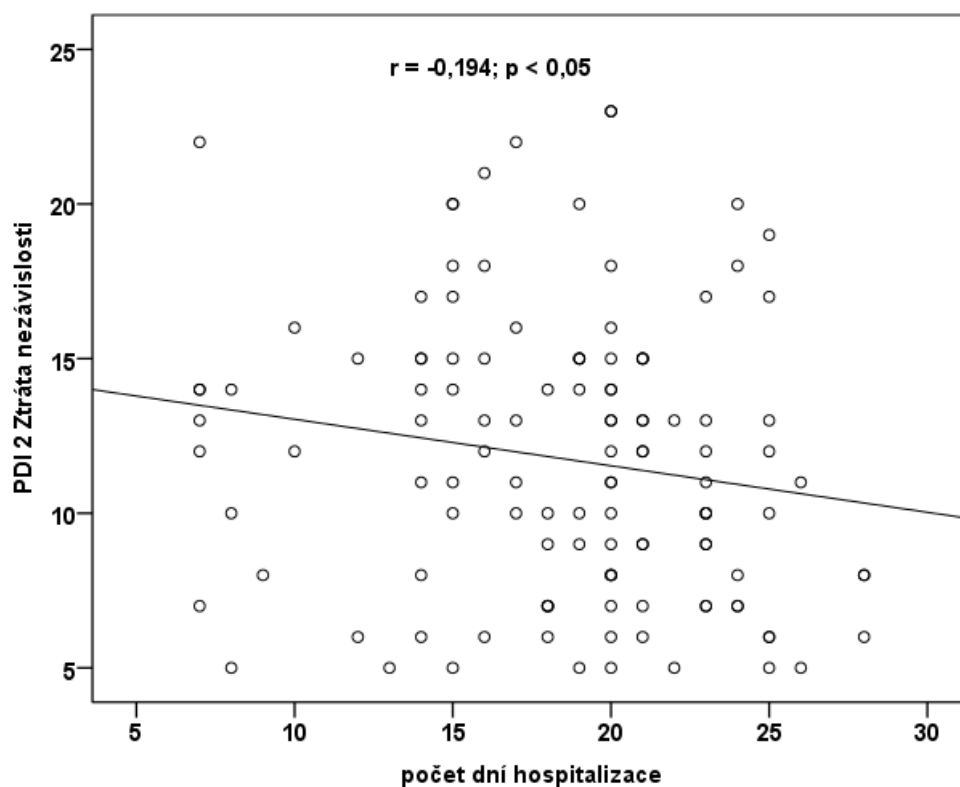


Bodové grafy: Závislost subškál PDI na počtu dní hospitalizace s regresní přímkou

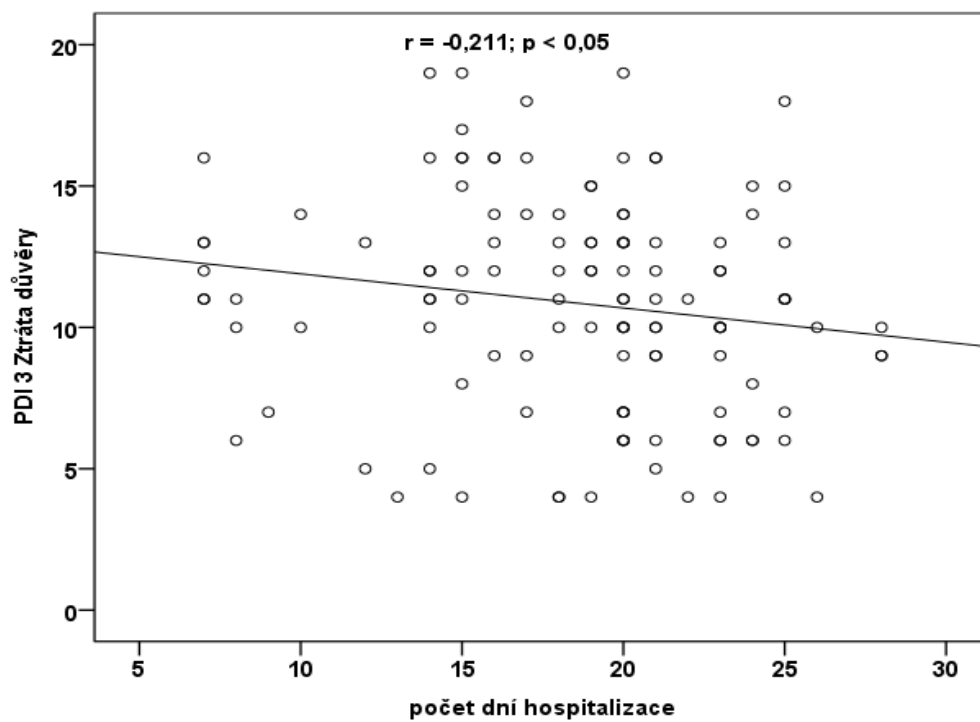
Graf 5 Závislost subškály PDI 1 (Ztráta smyslu života) na počtu dní hospitalizace



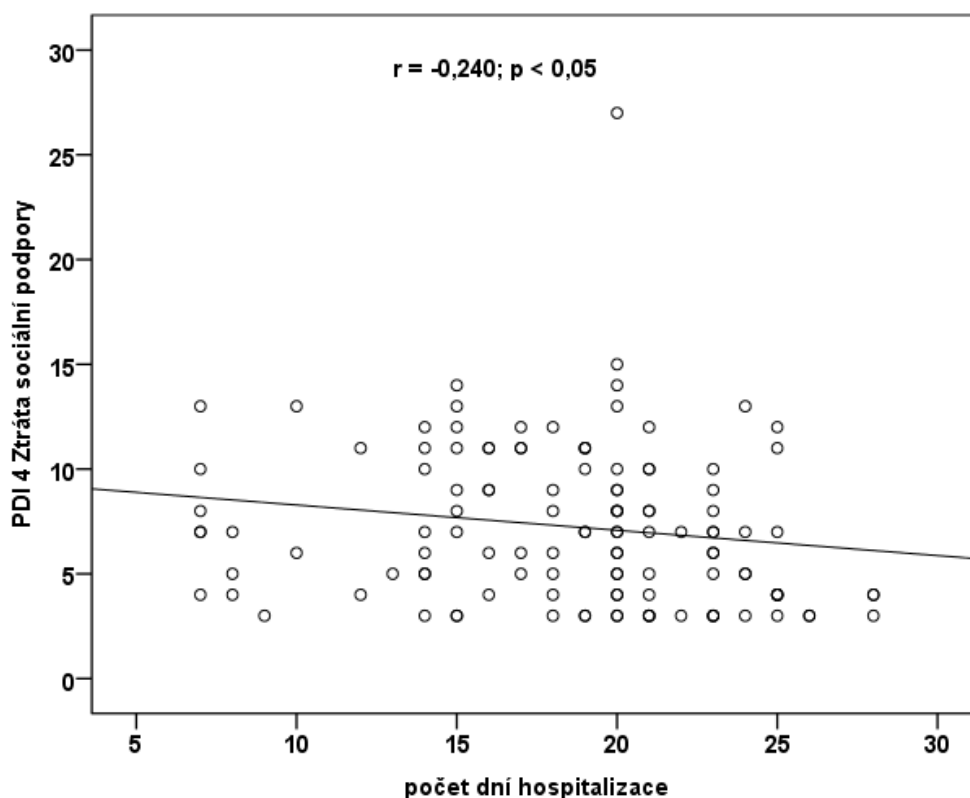
Graf 6 Závislost subškály PDI 2 (Ztráta nezávislosti) na počtu dní hospitalizace



Graf 7 Závislost subškály PDI 3 (Ztráta důvěry) na počtu dní hospitalizace



Graf 8 Závislost subškály PDI 4 (Ztráta sociální podpory) na počtu dní hospitalizace



### Závěr k cíli 2:

Nulové hypotézy  $H_{01}$ ,  $H_{02}$  a  $H_{03}$  nemůžeme zamítnout ve prospěch alternativních hypotéz  $H_{A1}$ ,  $H_{A2}$  a  $H_{A3}$ , protože věk, pohlaví ani vzdělání neovlivňují statisticky významně hodnocení důstojnosti v rámci všech subškál PDI-CZ.

Nulovou hypotézu  $H_{04}$  zamítáme ve prospěch alternativní hypotézy  $H_{A4}$ , protože *sociální situace statisticky významně ovlivňuje hodnocení důstojnosti* v rámci všech subškál PDI-CZ.

Nulovou hypotézu  $H_{05}$  nemůžeme zamítnout ve prospěch alternativní hypotézy  $H_{A5}$ , protože pracovní anamnéza neovlivňuje statisticky významně hodnocení důstojnosti v rámci všech subškál PDI-CZ.

Naopak nulovou hypotézu  $H_{06}$  zamítáme ve prospěch alternativní hypotézy  $H_{A6}$ , *protože délka hospitalizace ovlivňuje statisticky významně hodnocení důstojnosti* v rámci všech subškál PDI-CZ.

### 5.2.3 Výsledky k cíli 3

**Cíl 3:** Zjistit, zda hodnocení důstojnosti v rámci jednotlivých subškál dotazníku PDI-CZ koreluje s celkovými skóre dotazníků BAI a BDI-I.

Hypotéza H<sub>07</sub>: Hodnocení důstojnosti v rámci jednotlivých subškál PDI-CZ nekoreluje s celkovým skóre dotazníku BAI.

Hypotéza H<sub>A7</sub>: Hodnocení důstojnosti v rámci jednotlivých subškál PDI-CZ koreluje s celkovým skóre dotazníku BAI.

Hypotéza H<sub>08</sub>: Hodnocení důstojnosti v rámci jednotlivých subškál PDI-CZ nekoreluje s celkovým skóre dotazníku BDI-I.

Hypotéza H<sub>A8</sub>: Hodnocení důstojnosti v rámci jednotlivých subškál PDI-CZ koreluje s celkovým skóre dotazníku BDI-I.

### Výsledky

Pearsonovou korelační analýzou jsme prokázali, že hodnocení důstojnosti v rámci jednotlivých subškál PDI-CZ koreluje statisticky významně s celkovými skóre dotazníků BAI a BDI-I (tabulka č. 9, s. 54). Všechny korelace jsou pozitivní a můžeme je hodnotit jako středně silné ( $r > 0,4$ ), jen korelace hodnocení subškály PDI 4 (Ztráta sociální jistoty) a BDI-I je slabší ( $r = 0,303$ ).

**Tabulka 9** Korelace hodnocení subškál PDIs celkovým skóre BIA a BDI-I.

PDI-CZ		BAI	BDI-I
PDI-1 Ztráta smyslu života	Pearsonův korelační koeficient	0,495	0,465
	<i>p</i>	<0,0001	<0,0001
PDI-2 Ztráta nezávislosti	Pearsonův korelační koeficient	0,549	0,403
	<i>p</i>	<0,0001	<0,0001
PDI-3 Ztráta důvěry	Pearsonův korelační koeficient	0,580	0,434
	<i>p</i>	<0,0001	<0,0001
PDI-4 Ztráta sociální podpory	Pearsonův korelační koeficient	0,548	0,303
	<i>p</i>	<0,0001	0,001

### **Závěr k cíli 3:**

Nulovou hypotézu  $H_07$  zamítáme ve prospěch alternativní hypotézy  $H_{A7}$ , protože hodnocení důstojnosti v rámci všech subškál PDI-CZ *koreluje statisticky významně s celkovým skóre dotazníku BDI-I*. Rovněž nulovou hypotézu  $H_08$  můžeme zamítnout ve prospěch alternativní hypotézy  $H_{A8}$ , protože hodnocení důstojnosti v rámci všech subškál PDI-CZ *koreluje statisticky významně s celkovým skóre dotazníku BAI*.

### **5.2.4 Výsledky k cíli 4**

**Cíl 4:** Multivariantní analýzou ověřit vliv vybraných sociodemografických faktorů a skóre dotazníků BDI-I a BAI na hodnocení důstojnosti v rámci jednotlivých subškál PDI-CZ.

#### **Výsledky multivariantní analýzy**

Ověření vlivu vybraných sociodemografických faktorů a skóre dotazníků BDI-I a BAI na hodnocení důstojnost pacientů v rámci jednotlivých subškál dotazníku PDI-CZ bylo provedeno pomocí zobecněného lineárního modelu (GLM).

Výsledky ukázaly, že na hodnocení důstojnosti ve všech čtyřech subškálách PDI-CZ má *významný vliv deprese a úzkost* hodnocená pomocí Beckových dotazníků BDI-I a BAI (tabulka č. 10 a č. 11, s. 56 - 57). Kladné hodnoty koeficientu beta znamenají, že vyšší hodnocení v Beckových dotaznících (vyšší intenzita deprese a úzkosti) znamená vyšší hodnoty v dotazníku PDI-CZ (horší hodnocení důstojnosti).

Na hodnocení subškály PDI 1 (Ztráta smyslu života) měla významný vliv *i sociální situace* (tabulka č. 10, s. 55). Záporná hodnota koeficientu beta znamená, že pacienti žijící s rodinou a dalšími příbuznými mají nižší (lepší) hodnocení důstojnosti než pacienti žijící sami.

Jiné faktory v našem výzkumu neměly významný vliv na důstojnost hodnocenou dotazníkem PDI-CZ u pacientů na akutním psychiatrickém oddělení.

**Tabulka 10 Vliv vybraných faktorů na hodnocení v subškálách PDI 1 a PDI 2**

	<b>PDI 1 (Ztráta smyslu života)</b>				<b>PDI 2 (Ztráta nezávislosti)</b>			
	beta	95%CI pro beta		<i>p</i>	beta	95%CI pro beta		<i>p</i>
<b>Věk</b>	-0,113	-0,273	0,048	0,167	0,008	-0,053	0,070	0,787
<b>Pohlaví</b> (muži vs. ženy)	0,620	-2,953	4,192	0,732	-0,873	-2,247	0,500	0,210
<b>Vzdělání</b> (ZŠ, vyučen vs. SŠ, VŠ)	3,138	-0,271	6,548	0,071	0,868	-0,443	2,178	0,192
<b>Sociální situace</b>								
žije sám	<i>referenční</i>							
bydlí s partnerem/ manželem	1,787	-2,535	6,110	0,414	1,153	-0,509	2,814	0,172
žije s rodinou, dalšími příbuznými	-5,637*	-10,773	-0,501	<b>0,032</b>	-1,701	-3,675	0,273	0,091
<b>Pracovní anamnéza</b>								
pracuje/ studuje	<i>referenční</i>							
nezaměstnaný	3,530	-2,388	9,447	0,240	1,687	-0,588	3,961	0,144
důchodce	1,052	-2,475	4,578	0,556	0,213	-1,142	1,569	0,756
<b>Počet dní hospitalizace</b>	-0,335	-0,685	0,015	0,060	-0,081	-0,215	0,053	0,235
<b>BDI</b>	0,560*	0,381	0,739	<b>&lt;0,0001</b>	0,164*	0,095	0,232	<b>&lt;0,0001</b>
<b>BIA</b>	0,232*	0,049	0,415	<b>0,013</b>	0,133*	0,062	0,203	<b>0,0003</b>

vs. = versus; \* $p < 0,05$ ; CI = Confidence Interval (Interval spolehlivosti neboli konfidenční interval)



**Tabulka 11 Vliv vybraných faktorů na hodnocení v subškálách PDI 3 a PDI 4**

	<b>PDI 3(Ztráta důvěry)</b>				<b>PDI 4(Ztráta sociální podpory)</b>			
	beta	95%CI pro beta		p	beta	95%CI pro beta		p
<b>Věk</b>	-0,012	-0,062	0,039	0,649	-0,004	-0,060	0,051	0,880
<b>Pohlaví</b> (muži vs. ženy)	-0,308	-1,429	0,813	0,587	-0,425	-1,663	0,812	0,497
<b>Vzdělání</b> (ZŠ, vyučen vs. SŠ, VŠ)	0,602	-0,468	1,672	0,267	0,815	-0,366	1,995	0,174
<b>Sociální situace</b>								
žije sám	<i>referenční</i>							
bydlí s partnerem / manželem	0,802	-0,554	2,159	0,244	1,336	-0,161	2,833	0,080
žije s rodinou dalšími příbuznými	-1,343	-2,955	0,268	0,101	-1,509	-3,287	0,270	0,096
<b>Pracovní anamnéza</b>								
pracuje/ studuje	<i>referenční</i>							
nezaměstnaný	0,901	-0,955	2,758	0,338	1,773	-0,276	3,822	0,089
důchodce	0,139	-0,967	1,245	0,804	0,684	-0,537	1,906	0,269
<b>Počet dní hospitalizace</b>	-0,071	-0,181	0,038	0,200	-0,069	-0,190	0,052	0,262
<b>BDI - I</b>	0,136*	0,080	0,192	<0,0001	0,070*	0,008	0,132	0,026
<b>BAI</b>	0,125*	0,068	0,183	<0,0001	0,131*	0,068	0,195	0,0001

vs. = versus; \*p<0,05; CI = Confidence Inte

## DISKUSE

Diplomová práce se zabývá subjektivním hodnocením důstojnosti prostřednictvím české verze dotazníku PDI-CZ (Patient Dignity Inventory) u pacientů hospitalizovaných na akutním psychiatrickém oddělení ve Vojenské nemocnici Olomouc. Respektování důstojnosti u pacientů bylo identifikováno jako významný aspekt ošetrovatelské péče, který podporuje důvěru ve zdravotnické služby a zvyšuje spokojenost pacienta (Rae, Abedi, Shahriari, 2017, s. 5). Sestry a ostatní profesionálové v oblasti zdravotní péče jsou proto vyzýváni k respektování důstojnosti pacientů (Gallagher et al., 2008, s. 8).

Teoretická část diplomové práce se věnuje problematice důstojnosti v psychiatrii. Zabývá se definováním pojmu důstojnost, problematikou důstojnosti v kontextu duševního zdraví a popisuje dotazník důstojnosti pacienta (PDI) vytvořený kanadským lékařem, profesorem Chochinovem. Jak uvádí Di Lorenzo et al. (2018) ačkoliv byl dotazník PDI navržen pro posouzení vnímání důstojnosti u pacientů s nádorovým onemocněním, může být jeho využití v psychiatrickém prostředí odůvodněno vysokým rizikem ohrožení nebo ztráty osobní důstojnosti nemocného, stejně jako u pacientů s nádorovým onemocněním (Di Lorenzo et al., 2018, s. 915). Dále je v teoretické části diplomové práce popsána problematika deprese a úzkosti, které mohou mít vliv na prožívání důstojnosti u pacientů hospitalizovaných na akutním psychiatrickém oddělení.

Z výzkumného šetření realizovaného v rámci této diplomové práce vyplývá, že ze sociodemografických charakteristik pacienta (věk, pohlaví, vzdělání, sociální situace, pracovní anamnéza a počet dní hospitalizace) *korelovala se všemi subškálami PDI-CZ pouze sociální situace a počet dní hospitalizace.*

Pacienti, kteří žijí s rodinou / dalšími příbuznými měli lepší hodnoty ve všech subškálách PDI-CZ ve srovnání s pacienty, kteří žili pouze s manželem / partnerem nebo s pacienty, kteří žili sami. Podle výsledků výzkumu autorů Sebergsena, Norberga a Talsetha (2016) je pro pacienty rodinná a emocionální podpora v době nemoci velice důležitá (Sebergsen, Norberg, Talseth, 2016, s. 8). Jak uvádějí autoři Schröder, Ahlström a Larsson (2006) stejně jako rodinná podpora je pro pacienta po ukončení hospitalizace důležitá i sociální síť služeb, která pacientovi napomáhá začlenit se zpátky do společnosti (Schröder, Ahlström, Larsson, 2006, s. 95). K tomu by u nás v České republice měla sloužit nově se vytvářející síť komunitních center v rámci Reformy psychiatrické péče. Komunitní centra

napomáhají pacientovi v udržení jeho sociálních rolí v oblasti bydlení, práce a sociálních kontaktů. Nedílnou součástí komunitních služeb jsou služby psychiatrické rehabilitace, kam spadají služby na podporu bydlení (chráněné bydlení, komunitní bydlení), služby na podporu práce a zaměstnávání (chráněné dílny, podporované zaměstnávání a služby na podporu volného času a sociálních kontaktů (centra denních aktivit). Všechny tyto aktivity mohou pozitivně ovlivnit pacientovo vnímání osobní důstojnosti v rámci komunity. V systému komunitní péče pak hraje důležitou roli i komunitní psychiatrická sestra, která pacientům napomáhá především v oblasti rehabilitace a svým působením se zaměřuje i na případové vedení.

V našem výzkumu jsme dále prokázaly *korelace délky hospitalizace* se subjektivním hodnocením důstojnosti v jednotlivých subškálách PDI-CZ. Z výsledků šetření vyplývá, že čím déle trvala hospitalizace, tím lépe pacienti svoji důstojnost hodnotili. Tato naše zjištění se ale neshodují s výsledky výzkumu autorského kolektivu Quintana, Gonzáles a Bilbao (2006, s. 7). Odlišné výsledky mohou být ovlivněny rozdílnou strategií systému psychiatrické péče v jednotlivých zemích a s tím související délkou hospitalizace v jednotlivých zdravotnických zařízeních, kde výzkum probíhal. Také samotná zkušenost s hospitalizací, zejména pak na psychiatrickém oddělení, může u pacientů vyvolat výraznou změnu v životních podmínkách (Babalola et al., 2014, s. 35), což se pak může odrazit i v hodnocení osobní důstojnosti.

Multivariantní analýzou bylo pak prokázáno, že na hodnocení důstojnosti ve všech subškálách PDI-CZ měla významný vliv pouze *deprese a úzkost*, která byla hodnocena pomocí Beckových dotazníků (Beckův inventář deprese, Beckův inventář úzkosti). Čím vyšší byla u pacientů míra deprese a úzkosti, tím horší u nich bylo hodnocení důstojnosti. Tyto výsledky se shodují s výsledky výzkumu autorského kolektivu Rullán, Carvajal a Nunez – Cordoba (2015, s. 877). V tomto výzkumu pacienti s úzkostnými a depresivními poruchami také vykazovali vysoké skóre v PDI, tedy horší hodnocení osobní důstojnosti. Podobně i Di Lorenzo et al. (2017, s. 187) ve svém výzkumu uvádí, že pacienti na akutním psychiatrickém oddělení vykazovali zhoršené vnímání důstojnosti, pokud se cítili úzkostně a depresivně.

Multivariantní analýza dále potvrdila, že *sociální situace* měla vliv na důstojnost pacientů v subškále PDI-CZ Ztráta smyslu života. Náš výsledek tak naznačuje, že pro zachování smyslu života v kontextu důstojnosti pacienta s psychickým onemocněním, má velký význam sociální zázemí, které pacientovi poskytuje jistotu a psychologickou podporu jeho nejbližších což se může výrazně odrážet v pohledu pacienta na smysl jeho života. Také Di Lorenzo et al. (2017, s. 186) ve svém výzkumu uvádí, že v psychiatrii mohou tyto psychologické aspekty podmiňovat vnímání důstojnosti pacientem. Pocity nejistoty ohledně

smyslu života v souvislosti se sociální situací tak mohou představovat významný faktor v hodnocení osobní důstojnosti pacienta.

Náš výzkum ověřil, že česká verze Dotazníku důstojnosti pacienta (PDI-CZ) je hodnotící nástroj, který lze v českém kulturním prostředí využít k subjektivnímu hodnocení důstojnosti pacienta v průběhu hospitalizace i na psychiatrických odděleních. Dotazník PDI-CZ umožňuje sestřám lépe porozumět tomu, jak nemoc a poskytovaná péče mohou ovlivňovat osobní důstojnost pacienta. Péče a léčba bez důstojnosti nemůže být účinná, a to zejména na psychiatrii, kde předsudky a stigmatizace jsou stále ještě častými překážkami pro porozumění pacientům a pro podporu jejich sociální reintegrace. Podpora důstojnosti u pacientů na základě péče zaměřené na člověka vede ke zlepšení komunikace, snížení stigma a k sociální podpoře (Ziedonis, Larkin, Appasani, 2016, s. 493).

### **Limity realizovaného výzkumného šetření**

Limity, které jsou spojeny s prezentovanými výsledky našeho výzkumného šetření, představuje několik faktorů, které je potřeba zmínit.

Za prvé je to faktor lokality realizovaného výzkumu a velikosti výzkumného souboru. Do výzkumného šetření byl zahrnutý soubor respondentů psychiatrického oddělení pouze jednoho zdravotnického zařízení (Vojenská nemocnice Olomouc), takže výsledky nelze zobecnit na celou populaci psychiatrických pacientů v České republice.

Druhým limitujícím faktorem je skutečnost, že soubor respondentů zahrnoval pacienty s různou psychiatrickou diagnózou, a nebyly zkoumány konkrétní rozdíly v hodnocení osobní důstojnosti u pacientů ve vztahu k jednotlivým psychiatrickým diagnózám, které se může lišit.

Třetím faktorem limitujícím naše výsledky, jsou komorbidita a další klinické charakteristiky pacienta, které nebyly v rámci výzkumu této diplomové práce sledovány.

Posledním faktorem je pak skutečnost, že jsme výzkum realizovali jako průřezovou studii a nebylo tak možné sledovat případnou dynamiku změny ve vnímání osobní důstojnosti v průběhu psychického onemocnění.

## ZÁVĚR

Psychiatrická léčba je více než v jiných medicínských oborech závislá na důvěře, očekávání a na emočním vztahu mezi zdravotníky a pacientem. Ačkoliv v poslední době dochází ke změnám v psychiatrické péči, stále nás čeká mnoho etických výzev a otázek, které pokud budou dobře zvládnuty, povedou k poskytování ošetrovatelské péče podporující a chránící osobní důstojnost pacientů s psychiatrickou diagnózou.

Výzkumné šetření realizované v rámci této diplomové práce bylo zaměřeno na subjektivní hodnocení důstojnosti pacientů hospitalizovaných na akutním psychiatrickém oddělení, kdy byla poprvé v České republice u této skupiny pacientů pro hodnocení důstojnosti použita česká standardizovaná verze dotazníku Patient Dignity Inventory (PDI-CZ). Cílem diplomové práce bylo zjistit, jak pacienti hospitalizovaní na akutním psychiatrickém oddělení hodnotí svoji důstojnost, a jak toto hodnocení ovlivňují vybrané sociodemografické charakteristiky, deprese a úzkost. Výsledky prokázaly, že pacienti nejhůře hodnotili svoji důstojnost u subškály PDI 1 (Ztráta smyslu života) a naopak nejlepší hodnocení měli u subškály PDI 4 (Ztráta sociální podpory). Byla prokázána korelace sociální situace, délky hospitalizace, deprese a úzkosti se všemi subškálami PDI-CZ. Následná multivariantní analýza pak ukázala, že jedinými faktory, které ovlivňovaly všechny subškály PDI-CZ byly deprese a úzkost. Stanovené cíle diplomové práce tak byly splněny.

### **Význam realizovaného šetření a doporučení pro klinickou praxi**

Na základě výsledků našeho výzkumu lze předpokládat, že PDI-CZ je vhodným nástrojem pro hodnocení subjektivního vnímání osobní důstojnosti u pacientů, kteří jsou hospitalizováni na psychiatrickém oddělení. Skutečnost, že existuje česká validizovaná verze dotazníku – PDI-CZ (Kisvetrová et al. 2018), umožňuje sestřám v České republice hodnotit subjektivní vnímání problémů spojených s důstojností pacientů na psychiatrických odděleních pomocí tohoto dotazníku a lépe tak chápat faktory, kterými může být vnímání důstojnosti pacienta s psychickým onemocněním ovlivněno. To pak sestřám následně umožní volit optimální intervence chránící osobní důstojnost pacientů hospitalizovaných na psychiatrických odděleních.

Využití dotazníku PDI- CZ pro hodnocení důstojnosti u psychiatrických pacientů hospitalizovaných na akutních psychiatrických odděleních bylo v České republice realizováno vůbec poprvé. V rámci Evropy je Česká republika po Itálii (Di Lorenzo et al., 2017; Di Lorenzo et al., 2018) teprve druhou zemí, kde byl pro hodnocení důstojnosti psychiatrických pacientů využit dotazník PDI.

Výsledky našeho výzkumu proto mohou být proto přínosné jako pilotní studie pro přípravu rozsáhlejšího výzkumu v rámci multicentrické longitudinální národní nebo mezinárodní studie.

## REFERENČNÍ SEZNAM

- AOUN, Samar, CHOCHINOV, Harvey Max, KRISTAJSON, Linda. Dignity Therapy for People with Motor Neuron Disease and Their Family Caregivers: A Feasibility Study. *Journal of palliative medicine* [online]. 2015, 18(1), 31-37 [cit. 2020-02-08]. ISSN 1557-7740. Dostupné z: [www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/jpm.2014.0213](http://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/jpm.2014.0213)
- ADENBERG, Patrice, LEPP, BERGLUND, Margret, SEGESTEN, Anna-Lena, Kerstin. Preserving dignity in caring for older adults:a koncept analysis. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2007, 59(6), 635-643 [cit. 2019-06-20]. ISSN 1365-2648. Dostupné z: [www.researchgate.net/publication/6113805\\_Preserving\\_dignity\\_in\\_caring\\_for\\_older\\_adults\\_A\\_concept\\_analysis](http://www.researchgate.net/publication/6113805_Preserving_dignity_in_caring_for_older_adults_A_concept_analysis)
- ANDORNO, Roberto. The dual role of human dignity in bioethics. *Medicine Health Care andPhilosophy* [online]. 2011, 16(4), 967 -973 [cit. 2020-02-07]. ISSN 1386-7423. Dostupné z: [www.researchgate.net/publication/51883633\\_The\\_dual\\_role\\_of\\_human\\_dignity\\_in\\_bioethics](http://www.researchgate.net/publication/51883633_The_dual_role_of_human_dignity_in_bioethics)
- ASMANIGRUM, N, TSAI, Y. F. Patient perspectives of maintaining dignity in Indonesian clinical care settings: A qualitative descriptive study. *Journal of advanced nursing* [online]. 2018, 74(3), 591-602 [cit. 2019-06-07]. ISSN 1365-2648. Dostupné z: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28981969](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28981969).
- ASKARI, Melanie, ANDRADE, Helena, FILHO, Alexandre, SILVEIRA, Camila et al. Dual burden of chronic physical disease and anxiety/mood disorders among Sao Paulo megacity. *Journal of Affective Disorder* [online]. 2017, 17(4), 1-17 [cit. 2019-06-07]. ISSN 0165-0327. Dostupné z: <http://isiarticles.com/bundles/Article/pre/pdf/116697.pdf>
- AVERY, Jonathan, BAEZ, Maria. Dignity therapy for major depressive disorder:A case report. *Journal of palliative medicine* [online]. 2012, 15(5), 1-2 [cit. 2019-06-08]. ISSN 1557-7740. Dostupné z: [/www.researchgate.net/publication/224947075\\_Dignity\\_Therapy\\_for\\_Major\\_Depressive\\_Disorder\\_A\\_Case\\_Report](http://www.researchgate.net/publication/224947075_Dignity_Therapy_for_Major_Depressive_Disorder_A_Case_Report)

- AYALA, R. J., VONDERHARR- CARLSON, D. J. a D. Kim. Assessing the reliability of the Beck anxiety Inventory score. *Educational and Psychological Measurement*, [online]. 2005, 65(5), 742-756 [cit. 2019-06-20]. ISSN 1552-3888. Dostupné z: [psycnet.apa.org/record/2005-11150-006](http://psycnet.apa.org/record/2005-11150-006)
- BABALOLA, O, GORMEZ, V, ALWAN, N, JOHNSTON, P et al. Length of hospitalization for people with severe mental illness. *Cochrane library* [online]. 2014, 1(CD000384.), 1-54 [cit. 2019-06-09]. ISSN 1465-1858. Dostupné z: [www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000384.pub3/epdf/full](http://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000384.pub3/epdf/full).
- BAILLIE, Lesle, GALLAGHER, Ann. Respecting dignity in care in diverse care settings: Strategies of UK nurses. *International Journal of Nursing Practice* [online]. 2011, 17(4), 336-341 [cit. 2019-05-15]. ISSN 1322-7114. Dostupné z: [www.researchgate.net/publication/51513563\\_Respecting\\_dignity\\_in\\_care\\_in\\_diverse\\_care\\_settings\\_Strategies\\_of\\_UK\\_nurses](http://www.researchgate.net/publication/51513563_Respecting_dignity_in_care_in_diverse_care_settings_Strategies_of_UK_nurses)
- BEACH, M, J SUGARMAN, R JOHNSON, J ARBEALEZ, P DUGGAN a L COOPER. Do patients treated with dignity report higher satisfaction, adherence, and receipt of preventive care? *Annals of family medicine* [online]. 2005, 3(4), 331 – 338 [cit. 2019-05-15]. ISSN 1544-1717. Dostupné: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16046566](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16046566)
- BENTLEY, Brenda, O'CONNOR, Moira, SHAW, Josephine a Lauren BREEN. A narrative review of dignity therapy research. *The Australian psychological society* [online]. 2017, 12(6), 354 - 362 [cit. 2019-06-20]. ISSN 1742-9544. Dostupné z: [onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ap.12282](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ap.12282)
- BORHANI, F, A ABBASZADEH a R RABORI. Facilitators and Threats to the Patient Dignity in Hospitalized Patients with Heart Diseases: A Qualitative Study. *International journal of community based nursing and midwifery* [online]. 2016, 4(1), 36-46 [cit. 2019-06-20]. ISSN 2322-4835. Dostupné z: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26793729](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26793729)
- BRAMESFELD, Anke, Felix WEDEGÄRTNER, Hermann ELGETI a Susanne BISSON. How does mental health care perform in respect to service user's expectation? Evaluating inpatient and outpatient care in Germany with the WHO responsiveness concept. *BMC Health service research* [online]. 2007, 7(99), 1-12 [cit. 2019-05-17]. ISSN 1472-6963. Dostupné z: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1931438/pdf/1472-6963-7-99.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1931438/pdf/1472-6963-7-99.pdf)



- CAMPBELL, P. Looking at ordinary people's tales of living with their mental illness. Interview by Alita Howe. *Mental health today* [online]. 2010, 38(2), 35-39 [cit. 2019-06-09]. Dostupné z: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20073115](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20073115)
- CARVAJAL, A, C CENTENO, R WATSON a E BRUERA. A comprehensive study of psychometric properties of the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) in Spanish advanced cancer patients. *European journal of cancer* [online]. 2011, 47(12), 1863-1872 [cit. 2019-06-09]. ISSN 0959-8049. Dostupné z: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21514818](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21514818)
- CURTICE MJ, EXWORTHY T. Freda. A human rights-based approach to health care. *Psychiatrist*[online]. 2010;34(4), 150–156[cit. 2019-06-09]. ISSN 1758-3217. Dostupné z: [www.researchgate.net/publication/247807135\\_FREDA\\_A\\_human\\_rights-based\\_approach\\_to\\_healthcare](http://www.researchgate.net/publication/247807135_FREDA_A_human_rights-based_approach_to_healthcare)
- DELANEY, K a M JOHNSON. Metasynthesis of research on the role of psychiatric inpatient nurses: what is important to staff? *Journal of the american psychiatric nurses association*[online]. 2014, 20(2), 125 - 137 [cit. 2020-02-07]. ISSN 1078-3903. Dostupné z: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24667372](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24667372)
- DI LORENZO, Rosaria, Gulio CABRI, Eleonora CARRETTI, et al. A preliminary study of patient dignity inventory validation among patients hospitalized in an acute psychiatric ward. *Scandinavian J Caring Sci* [online]. 2017, 13(1), 177-190 [cit. 2019-05-15]. ISSN 1176-6328. Dostupné z: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5279815/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5279815/).
- DI LORENZO Rosaria, FERRI, Paola, BIFFARELLA, Carolotta et al. Psychometric properties of the patient dignity inventory in an acute psychiatric ward: an extension study of the preliminary validation. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* [online]. 2018, 14(2), 903-913 [cit. 2019-06-09]. ISSN 1178-2021. Dostupné z: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5880412/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5880412/).
- EBRAHIMI, H, C TORABIZADEH, E MOHAMMADI a S VALIZADEH. Patients' perception of dignity in Iranian healthcare settings: a qualitative content analysis. *Journal of medical ethics*[online]. 2012, 38(12), 723-728[cit. 2019-06-09]. ISSN 1473-4257. Dostupné z: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22933326](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22933326)
- ENDLER, Norman, Alexandra RUTHERFORD a Eilenna DENISOFF. Beck Depression Inventory: Exploring its dimensionality in a nonclinical population. *Journal of Clinical Psychology* [online]. 2000, 55(10), 1307-1312 [cit. 2019-06-08]. ISSN 1097-4679. Dostupné z: <https://psycnet.apa.org/record/1999-01019-010>.

- ERIKSSON-SALZMANN, Martin. Limiting Patients as a Nursing Practice in Psychiatric Intensive Care Units to Ensure Safety and Gain Control. Perspectives in psychiatric care[online]. 2015, 51(4), 241-252 [cit. 2019-06-09]. ISSN 0031-5990. Dostupné z: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25159597](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25159597)
- FAULKNER, Alison. Dignity in psychiatric care. Social care institute for excellence[online]. 2006, 3(6), 1 – 6 [cit. 2020-04-02]. ISSN 1466-8203. Dostupné z: [/www.scie.org.uk/publications/guides/guide15/specialistcare/mentalhealth/](http://www.scie.org.uk/publications/guides/guide15/specialistcare/mentalhealth/)
- FERRETTI, F, A POZZA, M PALLASSINI, L RIGHI, F MARINI, S ADAMI a A COLUCCIA. Is the Patient Dignity Inventory suitable even for not end of life patients? Factorial structure and invariance in chronic patients]. Professioni infermieristiche[online]. 2018, 53(3), 1645 – 1656 [cit. 2020-02-04]. ISSN 0033-0205. Dostupné z: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30029295](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30029295)
- FERRI P, MUZZALUPO J, Di LORENZO R. Patients' perception of dignity in an Italian general hospital: a cross-sectional analysis. BMC Health Serv Res[online].2015;15(41), 2 – 8, [cit. 2019-05-15]. ISSN 1472-6963. Dostupné z: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4312597/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4312597/)
- FITCHETT, George, Linda EMANUEL, George HANDZO, Lara BOYKEN a Diana WILKIE. Care of the human spirit and the role of dignity therapy: a systematic review of dignity therapy research. BMC Palliative Care [online]. 2015, 14(1), 1-12 [cit. 2019-06-09]. ISSN 1472-684X. Dostupné z: [/www.researchgate.net/publication/274571109\\_Care\\_of\\_the\\_human\\_spirit\\_and\\_the\\_role\\_of\\_dignity\\_therapy\\_a\\_systematic\\_review\\_of\\_dignity\\_therapy\\_research](http://www.researchgate.net/publication/274571109_Care_of_the_human_spirit_and_the_role_of_dignity_therapy_a_systematic_review_of_dignity_therapy_research).
- FUMAGALLI, A a ROSI, M. Patients' perception of dignity in an Italian general hospital: a cross-sectional analysis. BMC Health Services research[online]. 2012, 15(1), 70 – 76 [cit. 2019-06-09]. ISSN 1472-6963. Dostupné z: [www.researchgate.net/publication/271599386\\_Patients'\\_perception\\_of\\_dignity\\_in\\_an\\_Italian\\_general\\_hospital\\_A\\_cross-sectional\\_analysis](http://www.researchgate.net/publication/271599386_Patients'_perception_of_dignity_in_an_Italian_general_hospital_A_cross-sectional_analysis)
- FUNK, Michelle, Natalie DREW a Marie BAUDEL. The framework for dignity in mentalhealth [online]. 2015, 14-15 [cit. 2019-05-17]. Dostupné z: [www.who.int/mental\\_health/world-mental-health-day/paper\\_wfmh\\_wmhd2015.pdf](http://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/paper_wfmh_wmhd2015.pdf) .
- GALLAGHER, Ann, LI, Sarah, WAINWRIGHT, Paul a JONES, Ian Rees. Dignity in the care of older people – a review of the theoretical and empirical literature. BMC Nursing[online]. 2008, 7(11), 1-12 [cit. 2019-05-17]. ISSN 1472-6955. Dostupné z:

[www.researchgate.net/publication/5231129\\_Dignity\\_in\\_the\\_care\\_of\\_older\\_people\\_-\\_A\\_review\\_of\\_the\\_theoretical\\_and\\_empirical\\_literature](http://www.researchgate.net/publication/5231129_Dignity_in_the_care_of_older_people_-_A_review_of_the_theoretical_and_empirical_literature)

GILBERT, Helen, Diana ROSE a Mike SLADE. The importance of relationships in mental health care: A qualitative study of service users' experiences of psychiatric hospital admission in the UK. *BMC Health Services Research*[online]. 2008, 92(8), 1 – 12 [cit. 2019-05-17]. ISSN 1472-6963. Dostupné z: [bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-8-92](http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-8-92)

GOTTFRIED, Jaroslav. "Beckova sebeposuzovací škála depresivity pro dospělé: Recenze metody"[online]. *TESTFÓRUM*.v2015, 4(5), 20-25 [cit. 2019-06-09]. ISSN 1805-9177. Dostupné z: [www.testforum.cz/domains/testforum.cz/index.php/testforum/rt/captureCite/TF2015-5-35/0/TurabianCitationPlugin](http://www.testforum.cz/domains/testforum.cz/index.php/testforum/rt/captureCite/TF2015-5-35/0/TurabianCitationPlugin)

GRASSI, L, J MEZZICH, M NANNI, M RIBA, S SABATO a R CARUSO. A person-centred approach in medicine to reduce the psychosocial and existential burden of chronic and life-threatening medical illness. *International review of psychiatry* [online]. 2017, 29(5), 377-388 [cit. 2020-02-08]. ISSN 0954-0261. Dostupné z: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28783462](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28783462)

GUSTAFSSON, LK, A WIGERBLAD a L LINDWALL. Respecting dignity in forensic care: The challenge faced by nurses of maintaining patient dignity in clinical caring situations. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*[online]. 2013, 20(1), 1 – 813[cit. 2019-05-17]. ISSN 1365-2850. Dostupné z: [www.researchgate.net/publication/221894910\\_Respecting\\_dignity\\_in\\_forensic\\_care\\_The\\_challenge\\_faced\\_by\\_nurses\\_of\\_maintaining\\_patient\\_dignity\\_in\\_clinical\\_caring\\_situations](http://www.researchgate.net/publication/221894910_Respecting_dignity_in_forensic_care_The_challenge_faced_by_nurses_of_maintaining_patient_dignity_in_clinical_caring_situations)

HALL, Sue, Joanna DAVIES, Wei GAO a Irene HIGGINSON. Patterns of dignity-related distress at the end of life: A cross-sectional study of patients with advanced cancer and care home residents. *Clinical medicine and surgery* [online]. 2014, 28(9), 1 - 8 [cit. 2020-02-08]. ISSN 2576-8298]. Dostupné z: [journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0269216314533740](http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0269216314533740)

HEM, Marit a Kristin HEGGEN. Rejection - A neglected phenomenon in psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* [online]. 2004, 11(1), 55 - 63 [cit. 2020-02-07]. ISSN 1365-2850. Dostupné z: [www.researchgate.net/publication/227534484\\_Rejection\\_-\\_A\\_neglected\\_phenomenon\\_in\\_psychiatric\\_nursing](http://www.researchgate.net/publication/227534484_Rejection_-_A_neglected_phenomenon_in_psychiatric_nursing)

- HENDERSON, A, K PEARSON, C JAMES, P HENDERSON a Y OSBORNE. Maintenance of patient's dignity during hospitalization: comparison of staff-patient observations and patient feedback through interviews. *International journal of nursing practice*. 2009, 15(4), 227-30 [cit. 2019-05-17]. Dostupné z: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19703037](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19703037)
- HENRYL, Leslie Meltzer, Cynda RUSHTON, Mary Catherine BEACH a Ruth FADEN. Respect and dignity: A conceptual model for patient in the intensive care unit. *Narrative Inquiry in Bioethics* [online]. 2015, 5(1A), 5A-14A [cit. 2019-05-17]. Dostupné z: [www.researchgate.net/publication/273639438\\_Respect\\_and\\_Dignity\\_A\\_Conceptual\\_Model\\_for\\_Patients\\_in\\_the\\_Intensive\\_Care\\_Unit/download](http://www.researchgate.net/publication/273639438_Respect_and_Dignity_A_Conceptual_Model_for_Patients_in_the_Intensive_Care_Unit/download).
- HOLMEROVÁ, Iva. Podporovat důstojnost seniorů. *Lékařské listy*. 2010, 18(3), 5 – 7 [cit. 2019-05-17]. ISSN 1214-7664. Dostupné z: [www.prolekare.cz/vyhledavani?contentTypeId=&search=holmerov%C3%A1+podporovat+d%C5%AFstojnost+senior%C5%AF+&search-submit=](http://www.prolekare.cz/vyhledavani?contentTypeId=&search=holmerov%C3%A1+podporovat+d%C5%AFstojnost+senior%C5%AF+&search-submit=)
- CHAMBERS M, GALAGHER A, BORSMANN R, GILLARD S, TURNER K, KANTARIS X. The experiences of detained mental health service users: issues of dignity in care. *BMC Medical Ethics*. [online]. 2014;15:50 [cit. 2019-05-17]. Dostupné z: [bmcomedethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6939-15-50](http://bmcomedethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6939-15-50)
- CHAN, Margaret. Mental health and development: Targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. *WHO organization* [online]. 2014, (1), 1-6 [cit. 2019-05-17]. Dostupné z: [www.who.int/mental\\_health/policy/mhtargeting/development\\_targeting\\_mh\\_summary.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/mhtargeting/development_targeting_mh_summary.pdf)
- CHOCHINOV, Harvey Max, S MCCLEMENTS, TF HACK, NA MCKEEN, AM RACH, P GAGNON, S SINCLAIR a J TAYLOR-BROWN. The patient dignity inventory: applications in the oncology setting. *Journal of palliative medicine* [online]. 2012, 15(9), 998-1005 [cit. 2019-06-09]. ISSN 1557-7740. Dostupné z: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22946576](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22946576)
- CHOCHINOV, Harvey Max, T HASSARD, S MCCLEMENTS, T HACK, SJ KRISTJANSON, M HARLOS, S SINCLAIR a A MURRAY. The patient dignity inventory: a novel way of measuring dignity-related distress in palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management* [online]. 2008, 36(6), 559-571 [cit. 2019-06-09]. ISSN 1873-6513. Dostupné z: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18579340](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18579340).

- CHOCHINOV, HM, W JOHNSTON, SE MC CLEMENT, et al. Dignity and Distress towards the End of Life across Four Non-Cancer Populations. *PloS one* [online]. 2016, 11(1), 9-15 [cit. 2019-06-09]. ISSN 1932-6203. Dostupné z: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26808530](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26808530)
- International Council of Nurses (2012). The ICN code of ethics for nurses. Revised edition. Retrieved from [http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode\\_english.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf)
- ISHAK, Waguih, Jared GREENBERG, Konstantin BALAYAN, Nina KAPITANSKI, Jessica JEFREY, Hassan FATHY, Hala FAKHRY a Mark RAPAPORT. Quality of life: the ultimate outcome measure of interventions in major depressive disorder. *Harvard review of psychiatry* [online]. 2011, 19(5), 229-239 [cit. 2019-06-07]. ISSN 1465-7309. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21916825>
- JACELON, Cynthia a Elizabeth HENNEMAN. Dignity in the older critically ill adult: The family member's perspective. *Heart and Lung The Journal of Acute and Critical Care* [online]. 2014, 43(5), 432-436 [cit. 2019-05-18]. ISSN 0147-9563. Dostupné z: [www.researchgate.net/publication/263740522\\_Dignity\\_in\\_the\\_older\\_critically\\_ill\\_adult\\_The\\_family\\_member%27s\\_perspective](http://www.researchgate.net/publication/263740522_Dignity_in_the_older_critically_ill_adult_The_family_member%27s_perspective)
- JACKSON, A a W IRWIN. Dignity, humanity and equality: Principle of Nursing Practice A. *Art & Science*. 2011, 25(28), 35-37 [cit. 2019-05-18]. ISSN 2068-3049. Dostupné z: [pdfs.semanticscholar.org/a184/dd0527e2f8546f7ab30cd685de5235769a05.pdf](http://pdfs.semanticscholar.org/a184/dd0527e2f8546f7ab30cd685de5235769a05.pdf)
- JACOBSON, Nora. A taxonomy of dignity: a grounded theory study. *BMC International Health and Human Right* [online]. 2008, 9(3), 1-9 [cit. 2019-05-17]. Dostupné z: [www.researchgate.net/publication/24037286\\_A\\_Taxonomy\\_of\\_Dignity\\_A\\_Grounded\\_Theory\\_Study/download](http://www.researchgate.net/publication/24037286_A_Taxonomy_of_Dignity_A_Grounded_Theory_Study/download)
- JACOBSON, Nora. Dignity violation in health care. *Qualitative health research* [online]. 2009. 1., 19(11), 1536–1547 [cit. 2019-05-18]. ISSN 1552-7557. Dostupné z: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19797155](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19797155)
- JONES, David Albert. Human dignity in healthcare: A virtue ethic approach. *The new bioethic* [online]. 2015, 21(1), 87-97 [cit. 2019-05-15]. ISSN 1467-8519. Dostupné z: <https://philpapers.org/rec/JONHDI-2>
- JOHANSSON, Louice a Lena WIKLUND GUSTIN. The multifaceted vigilance - nurses' experiences of caring encounters with patients suffering from substance use disorder. *Scandinavian journal of caring sciences* [online]. 2016, 30(2), 303 - 311 [cit. 2020-02-07]. ISSN 1471-6712. Dostupné z: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26058468](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26058468)

- JOHNS, Shelley. Translating dignity therapy into practice: effects and lessons learned. OMEGA-Journal of Death and Dying [online]. 2000, 67(1-2), 135-145 [cit. 2019-06-15]. ISSN 0030-2228. Dostupné z: [www.researchgate.net/publication/256118066\\_Translating\\_Dignity\\_Therapy\\_into\\_Practice\\_Effects\\_and\\_Lessons\\_Learned](http://www.researchgate.net/publication/256118066_Translating_Dignity_Therapy_into_Practice_Effects_and_Lessons_Learned)
- JULIAO, Miguel, Baltazar NUNES a Antonio BARBOSA. Dignity Therapy and Its Effect on the Survival of Terminally Ill Portuguese Patients M. Psychoterapy and psychosomatics [online]. 2015, 84(7), 57 - 58 [cit. 2020-02-08]. ISSN 1423-0348. Dostupné z: [search.proquest.com/openview/2a725dbe8bf61f1acfeec36e5cbab904/1?pq-origsite=gscholar&cbl=41216](http://search.proquest.com/openview/2a725dbe8bf61f1acfeec36e5cbab904/1?pq-origsite=gscholar&cbl=41216)
- JULIAN, Laura. Measures of anxiety: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A). Arthritis and care research [online]. 2011, 63(11), 467 - 472 [cit. 2020-02-08]. ISSN 2151-4658. Dostupné z: [onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/acr.20561](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/acr.20561)
- KAMARÁDOVÁ, Dana, Ján PRAŠKO, Lucie PANÁČKOVÁ, et al. Validizace české verze beckkova inventáře úzkosti. Česká a slovenská psychiatrie [online]. 2016, 112(4), 153-158 [cit. 2019-06-08]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: [http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP\\_2016\\_4\\_153\\_158.pdf](http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2016_4_153_158.pdf)
- KILPI, K, M VÄLIMÄKI, T DASSEN, M GASULL, C LEMONIDOU, A SCOTT a M ARNDT. Privacy: a review of the literature. International journal of nursing studies [online]. 2001, 38(6), 663 - 71 [cit. 2020-02-08]. ISSN 0020-7489. Dostupné z: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11602270](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11602270)
- KISVETROVÁ, Helena, David ŠKOLOUDÍK, Libuše DANIELOVÁ, Kateřina LANGOVÁ, Renata VAVERKOVÁ, Milena BRETŠNAJDROVÁ a Yukari YAMADA. Czech version of the patient dignity inventory: Translation and validation in incurable patients. Journal of pain and symptom management [online]. 2018, 55(2), 444-450 [cit. 2019-06-09]. ISSN 0885-3924. Dostupné z: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29128432](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29128432).
- KISVETROVÁ, Helena. Péče v závěru života. 1. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-496-8.
- KLIENTJES, Sharon, Leslie SCHWARTZ a Crick LUND. Barriers to the participation of people with psychosocial disability in mental health policy development in South Africa: a qualitative study of perspectives of policy makers, professionals, religious leaders and academics. BMC International Health and Human Right [online]. 2013, 13(17), 1-10 [cit. 2019-05-18]. ISSN 1472-698X. Dostupné z:

[www.researchgate.net/publication/236051511\\_Barriers\\_to\\_the\\_participation\\_of\\_people\\_with\\_psychosocial\\_disability\\_in\\_mental\\_health\\_policy\\_development\\_in\\_South\\_Africa\\_A\\_qualitative\\_study\\_of\\_perspectives\\_of\\_policy\\_makers\\_professionals\\_religious\\_le/d](http://www.researchgate.net/publication/236051511_Barriers_to_the_participation_of_people_with_psychosocial_disability_in_mental_health_policy_development_in_South_Africa_A_qualitative_study_of_perspectives_of_policy_makers_professionals_religious_le/d)  
ownload

KMIECIAK, Blażej. Amendments to the treatment regulations at a psychiatric hospital as the element shaping culture in terms of human rights. *Polski Journal of Public health* [online]. 2017, 127(3), 140-142 [cit. 2019-05-15]. ISSN 0044-2011. Dostupné z: [www.researchgate.net/publication/325342608\\_Amendments\\_to\\_the\\_treatment\\_regulations\\_at\\_a\\_psychiatric\\_hospital\\_as\\_the\\_element\\_shaping\\_culture\\_in\\_terms\\_of\\_human\\_rights/download](http://www.researchgate.net/publication/325342608_Amendments_to_the_treatment_regulations_at_a_psychiatric_hospital_as_the_element_shaping_culture_in_terms_of_human_rights/download)

KOGSTAD, Ragnfrid Eline. Protecting mental health client's dignity - the importance of legal control. *International Journal of Law Psychiatry* [online]. 2009, 32(6), 383-391 [cit. 2019-05-17]. ISSN 1873-6386. Dostupné z: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19796819](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19796819)

KOUNSEOK, Lee, Kim DAEHO a Cho YONGRAE. Exploratory Factor Analysis of the Beck Anxiety Inventory and the Beck Depression Inventory-II in a Psychiatric Outpatient Population. *Korean medical journals* [online]. 2018, 33(16), 1 - 11 [cit. 2020-02-08]. ISSN 1011-8934. Dostupné z: [synapse.koreamed.org/search.php?where=aview&id=10.3346/jkms.2018.33.e128&code=0063JKMS&vmode=FULL](http://synapse.koreamed.org/search.php?where=aview&id=10.3346/jkms.2018.33.e128&code=0063JKMS&vmode=FULL)

KROENKE, Kurt, Janet WILLIAMS, Robert SPITZER a Patrick MONAHAN. Anxiety Disorders in Primary Care: Prevalence, Impairment, Comorbidity, and Detection. *Annals of internal medicine* [online]. 2007, 146(5), 317-325 [cit. 2019-06-08]. ISSN 1539-3704. Dostupné z: [www.researchgate.net/publication/6466355\\_Anxiety\\_Disorders\\_in\\_Primary\\_Care\\_Prevalence\\_Impairment\\_Comorbidity\\_and\\_Detection](http://www.researchgate.net/publication/6466355_Anxiety_Disorders_in_Primary_Care_Prevalence_Impairment_Comorbidity_and_Detection)

KURTH, Charlie. Moral anxiety and moral agency. *Oxford Studies in Normative Ethics* [online]. 2016, 5(2), 1-23 [cit. 2019-06-08]. ISSN 3564-7658. Dostupné z: [www.researchgate.net/publication/303839052\\_Moral\\_Anxiety\\_and\\_Moral\\_Agency](http://www.researchgate.net/publication/303839052_Moral_Anxiety_and_Moral_Agency)

LAKEMAN, Richard. Leave Your Dignity, Identity, and Day Clothes at the Door: The Persistence of Pyjama Therapy in an Age of Recovery and Evidence-Based Practice. *Issues in Mental health nursing* [online]. 2011, 32(7), 479 - 482 [cit. 2020-02-08]. ISSN 0161-2840. Dostupné z: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21044135](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21044135)

- LEBECH, Mette. What is human dignity? Maynooth Philosophical Papers[online]. 2004, 2(5), 59 – 69[cit. 2020-02-04]. ISSN 2009-7751. Dostupné z: [www.pdcnet.org/mpp/content/mpp\\_2004\\_0002\\_0059\\_0069](http://www.pdcnet.org/mpp/content/mpp_2004_0002_0059_0069)
- LEPP M.P, BERGLUND, A.-L. SEGESTEN K. Preserving dignity in caring for older adults: a koncept analysis. Journal of Advanced Nursing[online]. 2007. 59 (6), s. 635 - 643, ISSN 0309-2402 Dostupné z:[www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17727405](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17727405)
- LILJA, Lars a Ove HELLZÉN. Former patients' experience of psychiatric care: A qualitative investigation. International journal of mental health nursing [online]. 2008, 17(4), 279-286 [cit. 2019-06-09]. ISSN 1447-0349. Dostupné z: [www.researchgate.net/publication/23137331\\_Former\\_patients'\\_experience\\_of\\_psychiatric\\_care\\_A\\_qualitative\\_investigation](http://www.researchgate.net/publication/23137331_Former_patients'_experience_of_psychiatric_care_A_qualitative_investigation)
- LIN, YP a YF TSAI. Maintaining patients' dignity during clinical care: a qualitative interview study. Lin YP1, Tsai YF. Journal of advanced nursing [online]. 2011, 67(2), 340-348 [cit. 2019-06-09]. ISSN 1365-2648. Dostupné z: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21044135](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21044135)
- LIN, YP, R WATSON a YF TSAI. Dignity in care in the clinical setting: a narrative review. Nursing ethic [online]. 2013, 20(2), 168-177 [cit. 2019-06-09]. ISSN 1477-0989. Dostupné z: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23131700](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23131700)
- LINDWALL, L, L BOUSSAID, S KULZER a A WIGERBLAD. Patient dignity in psychiatric nursing practice. Journal Psychiatric Mental Health Nursing [online]. 2012, 19(7), 569-576 [cit. 2019-05-18]. ISSN ISSN:1365-2850. Dostupné z: [onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2850.2011.01837.x](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2850.2011.01837.x)
- MANN, J. Dignity and health: The UDHR's revolutionary first article. Health and human rights [online]. 2002, 3(2), 30-38 [cit. 2019-06-15]. ISSN 1079-0969. Dostupné z: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10343291](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10343291)
- MAYERS, P, KEET, N, WINKLER, G, FLISHER, AJ. Mental health service users' perceptions and experiences of sedation, seclusion and restraint. International Journal of Sociology Psychiatry [online]. 2010;56(1):60–73 [cit. 2019-05-18]. ISSN 1464-066X. Dostupné z: [www.researchgate.net/publication/40869673\\_Mental\\_Health\\_Service\\_Users'\\_Perceptions\\_and\\_Experiences\\_of\\_Sedation\\_Seclusion\\_and\\_Restraint](http://www.researchgate.net/publication/40869673_Mental_Health_Service_Users'_Perceptions_and_Experiences_of_Sedation_Seclusion_and_Restraint)
- MALCOM, HA. Does privacy matter? Former patients discuss their perceptions of privacy in shared hospital rooms. Nursing ethics. 2005, 12(2), 156-166[cit. 2019-06-09]. ISSN 1477-0989. Dostupné z: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15791785](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15791785)



- MANOOKIAN, Arpi, Mohammad Ali CHERAGHI a Alireza Nikbaht NASRABADI. Factors influencing patients' dignity: A qualitative study. *Nursing ethics*. 2014, 21(3), 323 – 334 [cit. 2019-06-09]. ISSN 1477-0989. Dostupné z: [www.researchgate.net/publication/257205232\\_Factors\\_influencing\\_patients'\\_dignity\\_A\\_qualitative\\_study](http://www.researchgate.net/publication/257205232_Factors_influencing_patients'_dignity_A_qualitative_study)
- MATITI, Milika, Elizabeth GIBBONS COTREL a Kevin TEASDALE. Promoting patient dignity in healthcare settings. *Nursing standard* [online]. 2006, 21(45), 1 - 6 [cit. 2020-02-08]. ISSN 0029-6570. Dostupné z: [/journals.rcni.com/nursing-standard/promoting-patient-dignity-in-healthcare-settings-ns2007.07.21.45.46.c4584](http://journals.rcni.com/nursing-standard/promoting-patient-dignity-in-healthcare-settings-ns2007.07.21.45.46.c4584)
- MUNZAROVÁ, Marta. Důstojnost člověka a lékařská etika. *Časopis lékařů českých* [online]. 2011, 150(9), 499-501 [cit. 2019-06-09]. ISSN 1805-4420. Dostupné z: [www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2011-9-1/dustojnost-cloveka-a-lekarska-etika-36138](http://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2011-9-1/dustojnost-cloveka-a-lekarska-etika-36138)
- NAYERI, Nahid, R KARIMI a T SADEGHEE. Iranian nurses and hospitalized teenagers' views of dignity. *Nursing ethic* [online]. 2011, 18(4), 474-84 [cit. 2020-02-07]. ISSN 1477-0989. Dostupné z: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21788286](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21788286)
- NIVEAU, G. Preventing human rights abuses in psychiatric establishments: the work of the CPT. Niveau G1. *Eur psychiatry* [online]. 2004, 19(3), 146-154 [cit. 2019-05-18]. ISSN 0924-9338. Dostupné z: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15158921](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15158921)
- NORDENFELT, L. The varieties of dignity. *Health Care Anal* [online]. 2004;12(2):69–81 [cit. 2019-05-18]. ISSN 1573-3394. Dostupné z: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15487812](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15487812)
- NUGTEREN, Willem, Yvonne VAN DER ZALM, Thóra HAFSTEINSDÓTTIR, Cokky VAN DER VENNE, Nienke KOOL a Berno VAN MEIJEL. Experiences of Patients in Acute and Closed Psychiatric Wards: A Systematic Review. *Perspectives in psychiatric care* [online]. 2016, 52(4), 292-300 [cit. 2019-06-09]. ISSN 0031-5990. Dostupné z: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26033512](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26033512).
- PAL, Sutanaya, Rajat OSWAL a Ganpat VANKAR. Recognition of major depressive disorder and its correlates among adult male patients in primary care. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy* [online]. 2018, 18(3), 55 - 62 [cit. 2019-06-20]. ISSN 1509-2046. Dostupné z: [www.researchgate.net/publication/327779516\\_Recognition\\_of\\_major\\_depressive\\_disorder\\_and\\_its\\_correlates\\_among\\_adult\\_male\\_patients\\_in\\_primary\\_care](http://www.researchgate.net/publication/327779516_Recognition_of_major_depressive_disorder_and_its_correlates_among_adult_male_patients_in_primary_care)

- PARANDEH, Akram, Morteza KHAGHANIZADE, Eesa MOHAMMADI a Jamileh MOKHTARI -NOURI. Nurse's human dignity in education and practice: An integrated literature review. *Journal Nursing MidwiferyRes* [online]. 2016, 21(1), 1-8 [cit. 2019-05-17]. ISSN 2228 – 5504. Dostupné z: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4776553/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4776553/)
- PARSE, Rosemary Rizzo. Human dignity: a humanbecoming ethical phenomenon. *Nursing science quartely* [online]. 2010, 23(3), 257-262 [cit. 2019-06-09]. ISSN 0894-3184. Dostupné z: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20558658](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20558658)
- PATTERSON, Alexander, Benjamin MORASCO, Bret FULLER, David INDEST, Jeniffer LOFTIS a Peter HAUSER. Screening for depression in patients with hepatitis C using the Beck Depression Inventory-II: Do somatic symptoms compromise validity?. *General HospitalPsychiatry* [online]. 2011, 33(4), 354-362 [cit. 2019-06-08]. ISSN 163-8343. Dostupné z: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21762832](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21762832)
- PERRAUD, S, K DELANEY, L CARLSON - SABELI, M JOHNSON, R SHEPHARD a O PAUN. Advanced practice psychiatric mental health nursing, finding our core: the therapeutic relationship in 21st century. *Perspectives in psychiatric care* [online]. 2006, 42(4), 215-26. [cit. 2020-02-07]. ISSN 0031-5990. Dostupné z: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17107566](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17107566)
- PTÁČEK, Radek, Jiří RABOCH, Martina VŇUKOVÁ, Jaroslav HLINKA a Martin ANDERS. Beckova škála deprese BDI - II–standardizace a využití v praxi. *Česká a slovenskápsychiatrie* [online]. 2016, 112(6), 270-274 [cit. 2019-06-08]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: [http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP\\_2016\\_6\\_270\\_274.pdf](http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2016_6_270_274.pdf)
- PULLMAN, Daryl. The ethic of autonomy and dignity in Long-term care. *Canadian journalof aging* [online]. 2000, 18(1), 26-46 [cit. 2019-06-15]. ISSN 1710-1107. Dostupné z: [www.researchgate.net/publication/11694392\\_The\\_Ethics\\_of\\_Autonomy\\_and\\_Dignity\\_in\\_Long-Term\\_Care](http://www.researchgate.net/publication/11694392_The_Ethics_of_Autonomy_and_Dignity_in_Long-Term_Care)
- QUINTANA, José, Nerea GONZÁLES, Amaia BILBAO, et al. Predictors of patient satisfaction with hospital health care. *BMC health service research* [online]. 2006. 1., 16(6), 1-9 [cit. 2019-06-09]. ISSN 1472-696. Dostupné z: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16914046](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16914046)
- RACKOVÁ, Sylva a Luboš JANKŮ. Farmakoterapie úzkosti. Máme jiné možnosti než SSRI? *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2012, 13(4), 152-155 [cit. 2019-06-07]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: [https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-201204-0003\\_Farmakoterapie\\_uzkosti\\_Mame\\_jine\\_moznosti\\_nez\\_SSRI.php](https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-201204-0003_Farmakoterapie_uzkosti_Mame_jine_moznosti_nez_SSRI.php)

- RADU, Maria, Roxana CHIRITA, Liana BORZA, George MACARIA, Georgiana NUC a Lucian PAZIUC. The role of self-esteem and autonomy in improving social functioning in patients with depression:a matter of dignity. *Revista Română de Bioetică* [online]. 2016, 13(1), 131-139 [cit. 2019-06-07]. ISSN 2392-8034. Dostupné z: [/www.academia.edu/32194207/The\\_Role\\_of\\_Self-Esteem\\_and\\_Autonomy\\_in\\_Improving\\_Social\\_Functioning\\_in\\_Patients\\_with\\_Depression\\_A\\_Matter\\_of\\_Dignity](http://www.academia.edu/32194207/The_Role_of_Self-Esteem_and_Autonomy_in_Improving_Social_Functioning_in_Patients_with_Depression_A_Matter_of_Dignity)
- RAEE, Zahra, ABEDI ,Heiderali a SHAHRIARI Mohsen. Nurse´s commitment to respecting patient dignity. *Journal of Education and Health Promotion*[online]. 2017,(10), 1-6 [cit. 2019-05-15]. ISSN 2319-6440. Dostupné z: [www.researchgate.net/publication/316431388\\_Nurses'\\_commitment\\_to\\_respecting\\_patient\\_dignity](http://www.researchgate.net/publication/316431388_Nurses'_commitment_to_respecting_patient_dignity)
- RAPČÍKOVÁ, Tatiana. Rešpektovanie autonómie a dôstojnosti ako základ etického prístupu zdravotníckych pracovníkov k pacientom [online]. Opava: Slezská univerzita, 2017 [cit. 2020-02-07]. ISBN 978-80-7510-226-3. Dostupné z: [www.slu.cz/fvp/cz/uo/docs/sbornik-2017/](http://www.slu.cz/fvp/cz/uo/docs/sbornik-2017/)
- Royal College of Nursing. (2008) The RCN's definition of dignity. Retrieved from [http://www2.rcn.or.uk/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/003/191730/003298.pdf](http://www2.rcn.or.uk/__data/assets/pdf_file/003/191730/003298.pdf)
- ROBINSON, D, G MCINNIS-PERRY, L WEEKS a V FOLEY. Dignity in Older Adults With Schizophrenia Residing in Assisted Living Facilities. *Journal Psychosocial Nursing Mental Health Services* [online]. 2018, 56(2), 20-28 [cit. 2019-05-18]. ISSN 0279-3695. Dostupné z: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28990641](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28990641)
- ROSE, Diana, EVANS, J, LAKER ,Caroline, WYKES, Til. Life in acute mental health settings: experiences and perceptions of service users and nurses. *Epidemiology Psychiatric Sciences*. 2015;24(1):90–96 [cit. 2019-05-18]. ISSN 2045-7979. Dostupné z: [www.researchgate.net/publication/259316185\\_Life\\_in\\_acute\\_mental\\_health\\_settings\\_Experiences\\_and\\_perceptions\\_of\\_service\\_users\\_and\\_nurses](http://www.researchgate.net/publication/259316185_Life_in_acute_mental_health_settings_Experiences_and_perceptions_of_service_users_and_nurses)
- RULLÁN, María, Ana CARVAJAL, Jorge NUNEZ-CORDOBA, et al. Spanish Version of the Patient Dignity Inventory: Translation and Validation in Patients With Advanced Cancer. *Journal of pain and symptom management* [online]. 2015, 50(6), 874-881 [cit.

2019-06-08]. ISSN 1873-6513. Dostupné z: [www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924\(15\)00443-1/fulltext](http://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924(15)00443-1/fulltext)

SACCO, Paul, UNICK, George, ZANJANI, Faika a CAMLIN, Elizabeth. Hospital outcomes in major depression among older adults: Differences by alcohol comorbidity. *Journal of dualdiagnosis* [online]. 2015, 11(1), 83 - 92 [cit. 2019-06-20]. ISSN 1550-4263. Dostupné z: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25671685](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25671685)

SAGAR, Rajesh a Sathya PRAKASH. Dignity and first aid in mental health. *International Journal of LawPsychiatry*. [online]. 2016, 144(4), 496-498 [cit. 2019-05-17]. ISSN 1873-6386. Dostupné z: <http://www.ijmr.org.in/article.asp?issn=0971-5916;year=2016;volume=144;issue=4;spage=496;epage=498;aulast=Sagar>

SANDMAN, Lars. What's the use of human dignity within palliative care?. *Nursing philosophy* [online]. 2002, 3(2), 177-181 [cit. 2019-06-15]. ISSN 1466-7681. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1046/j.1466-769X.2002.00099.x>

SAXENA S, HANNA, F. Dignity-a fundamental principle of mental health care. *Indian Journal Medical Research*. [online]. 2015;142(4),355–358 [cit. 2019-05-17]. ISSN 0971-5916. Dostupné z: [www.researchgate.net/publication/287902171\\_Dignity-\\_A\\_fundamental\\_principle\\_of\\_mental\\_health\\_care/download](http://www.researchgate.net/publication/287902171_Dignity-_A_fundamental_principle_of_mental_health_care/download)

SEBERGSEN, Karina, NORBERG, Astrid a TALSETH, Anne-Grethe. Confirming mental health care in acute psychiatric wards, as narrated by persons experiencing psychotic illness: an interview study. *BMC nursing* [online]. 2016, 15(3), 1-8 [cit. 2019-06-09]. ISSN 1472-6955. Dostupné z: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26766926](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26766926)

SEEDHOUSE, D a A GALLAGHER. Dignity in care: the views of patients and relatives. *Nursing times* [online]. 2002, 98(43), 38-40 [cit. 2020-02-08]. ISSN 0954-7762. Dostupné z: [europepmc.org/article/med/12432729](http://europepmc.org/article/med/12432729)

SCOTT, Terrance. Issues of Personal Dignity and Social Validity in Schoolwide Systems of Positive Behavior Support. *Journal of positive behavior interventions* [online]. 2007, 9(2), 39 -50 [cit. 2020-02-08]. ISSN 1538-4772. Dostupné z: [journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/10983007070090020101](http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/10983007070090020101)

SHAHRIARI, M, E MOHAMMADI, A ABBASZADEH a M BAHRAMI. Nursing ethical values and definitions: A literature review. *Iran journal of nursing and midwifery research* [online]. 2013, 18(1), 1 - 8 [cit. 2020-02-07]. ISSN 2228-5504. Dostupné z: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23983720](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23983720)

SCHRÖDER A, AHLSTRÖM G, LARSSON BW. Patients' perceptions of the concept of the quality of care in the psychiatric setting: a phenomenographic study. *Journal Clinic*

- Nursing [online]. 2006;15(1),93–102 [cit. 2019-05-18]. ISSN1365-2702. Dostupné z: [www.researchgate.net/publication/7379965\\_Patients%27\\_perceptions\\_of\\_the\\_concept\\_of\\_the\\_quality\\_of\\_care\\_in\\_the\\_psychiatric\\_setting\\_A\\_phenomenographic\\_study](http://www.researchgate.net/publication/7379965_Patients%27_perceptions_of_the_concept_of_the_quality_of_care_in_the_psychiatric_setting_A_phenomenographic_study)
- SKORPEN, F, THORSEN, AA, FORSBERG, C, REHNSFELDT, AW. Suffering related to dignity among patients at a psychiatric hospital. Nursing Ethics[online]. 2016;21(2):119–162.[cit. 2019-05-18]. ISSN 2167-1168. Dostupné z: <https://philpapers.org/rec/SKOSRT>
- SULMASY, DP. The varieties of human dignity:a logical and conceptual analysis. Medicine,health care and philosophy [online]. 2013, 16(4), 937-944 [cit. 2019-06-15]. ISSN 1710-1107. Dostupné z: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22451100](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22451100)
- SVOBODOVÁ, Hana, Martin HEMELÍK, Marie ZVONÍČKOVÁ a Eva MOROVICSOVÁ. Důstojnost v ošetrovatelské péči a pohled sester na (ne)důstojnou péči. Spektrum [online]. 2014, 6(8), 1-12 [cit. 2019-05-17]. ISSN 1804-1639. Dostupné z: [www.szspektrum.eu/hana-svobodova-dustojnost-v-osectrovatelske-peci-a-pohled-sester-na-nedustojnou-peci/](http://www.szspektrum.eu/hana-svobodova-dustojnost-v-osectrovatelske-peci-a-pohled-sester-na-nedustojnou-peci/)
- TADD, Win, Alex HILLMAN, Sian CALNAN, Michael CALNAN, Tony BAYER a Simon READ. Dignity in Practice: An exploration of the care of older adults in acute NHS Trusts. Journal of advanced nursing[online]. 2011, 8(5), 1 -5[cit. 2019-05-17]. ISSN 1365-2648. Dostupné z: [http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO\\_FR\\_08-1819-218\\_V01.pdf](http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_FR_08-1819-218_V01.pdf)
- THORNICROFT, Graham, Diana ROSE a Aliya KASSAM. Discrimination in health care against people with mental illness. International review of psychiatry[online]. 2007, 19(2), 113-122 [cit. 2019-05-15]. ISSN 1369-162. Dostupné z: [www.researchgate.net/publication/6364662\\_Discrimination\\_in\\_health\\_care\\_against\\_people\\_with\\_mental\\_illness](http://www.researchgate.net/publication/6364662_Discrimination_in_health_care_against_people_with_mental_illness)
- TIGMEANU, D a E KELLER. The ethics of the relationship between social worker and the aged persons in difficulty. Review of Research and Social Intervention [online]. 2008, 5(3) [cit. 2020-02-08]. ISSN 1584-5397. Dostupné z: [www.rcis.ro/en/component/search/?searchword=igmeanu+D.%2C+Keller+E&ordering=&searchphrase=all](http://www.rcis.ro/en/component/search/?searchword=igmeanu+D.%2C+Keller+E&ordering=&searchphrase=all)
- TIIKKA, Leonora. Dignity in psychiatric care. England, 2019. Diplomová práce. Dostupné z: [www.theseus.fi/handle/10024/172267](http://www.theseus.fi/handle/10024/172267)
- TORABIZADEH, Camellia, Hossein EBRAHIMI, Eesa MOHAMMADI a Sousan VALIZADEH. Patient perception's of dignity in Iran healthcare setting: A qualitative

- content analysis. *Journal of medical ethics* [online]. 2012, 38(12), 723-728 [cit. 2019-06-08]. ISSN 1473-4257. Dostupné z: [/www.researchgate.net/publication/230763130\\_Patients'\\_perception\\_of\\_dignity\\_in\\_Iranian\\_healthcare\\_settings\\_A\\_qualitative\\_content\\_analysis](http://www.researchgate.net/publication/230763130_Patients'_perception_of_dignity_in_Iranian_healthcare_settings_A_qualitative_content_analysis)
- VAGHEE, Saeed a Abbas HEYDARI. The effect of dignity therapy on perceived dignity in patients with major depression disorder. *Global journal of health science* [online]. 2016, 12(8), 1-7 [cit. 2019-06-07]. ISSN 1916-9744. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/301741317\\_The\\_Effect\\_of\\_Dignity\\_Therapy\\_on\\_Hope\\_in\\_Patients\\_with\\_Major\\_Depression\\_Disorder](https://www.researchgate.net/publication/301741317_The_Effect_of_Dignity_Therapy_on_Hope_in_Patients_with_Major_Depression_Disorder)
- VAN DEN HOOF, Susan a Anne GOOSSENSEN. How to increase quality of care during coercive admission? A review of literature. *Scandinavian Journal of Caring Science* [online]. 2014, 28(3), 425 - 434 [cit. 2019-05-15]. ISSN 1471-6712. Dostupné z: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23937606x](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23937606x)
- VÄLIMÄKI, Maritta, Min YANG, Sharon-Lise NORMAND, Kate LORIG, Minna ANTTILA, Tella LANTTA, Virve PEKURINEN a Clive ADAM. Study protocol for a cluster randomised controlled trial to assess the effectiveness of user-driven intervention to prevent aggressive events in psychiatric services. *BMC Psychiatry* [online]. 2017, 17(12), 1-13 [cit. 2019-05-17]. ISSN 1803-6597. Dostupné z: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5379524/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5379524/)
- VIINAMÄKI, H, A TANSKANEN, K HONKALAMPI, H KOIVUMAA-HONKANEN, K HAATAINEN, O KAUSTIO a J HINTIKKA. Is the Beck Depression Inventory suitable for screening major depression in different phases of the disease?. *Nordic Journal of Psychiatry* [online]. 2004, 58(1), 49-53 [cit. 2019-06-08]. ISSN 0803-9488. Dostupné z: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14985154](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14985154)
- WALSH, Kenneth a Inge KOWANKO. Nurses' and Patients' Perceptions of Dignity. *International Journal of Nursing Practice*. 2002, 8(3), 143 – 151 [cit. 2019-06-08]. ISSN 1322-7114. Dostupné z: [www.researchgate.net/publication/11369585\\_Nurses'\\_and\\_Patients'\\_Perceptions\\_of\\_Dignity](http://www.researchgate.net/publication/11369585_Nurses'_and_Patients'_Perceptions_of_Dignity)
- WICHSOVÁ, Jana. O důstojnosti pacienta. *Kontakt*[online]. 2012, 2012(14), 7-13 [cit. 2019-05-15]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: [kont.zsf.jcu.cz/clanky.php/1~2012/632-o-dustojnosti-pacienta](http://kont.zsf.jcu.cz/clanky.php/1~2012/632-o-dustojnosti-pacienta).

- WOOGARA, J. Patients' privacy of the person and human rights. *Nursing ethics*. 2005, **12**(3), 273-87 [cit. 2019-05-15]. ISSN 1477-0989. Dostupné z: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15921344](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15921344)
- YEUNG, J a C FAN. Being socially isolated is a matter of subjectivity: The mediator of life meaning and moderator of religiosity. *Revista de Cercetare si Interventie Sociala* [online]. 2013, 42(8), 204-227 [cit. 2020-02-08]. ISSN 1584-5397. Dostupné z: [www.researchgate.net/publication/286711791\\_Being\\_socially\\_isolated\\_is\\_a\\_matter\\_of\\_subjectivity\\_The\\_mediator\\_of\\_life\\_meaning\\_and\\_moderator\\_of\\_religiosity](http://www.researchgate.net/publication/286711791_Being_socially_isolated_is_a_matter_of_subjectivity_The_mediator_of_life_meaning_and_moderator_of_religiosity)
- ZIEDONIS, Douglas, Celine LARKIN a Raghu APPASANI. Dignityinmentalhealthpractice&research:Timetouniteon innovation,outreach&education. *The indian journal od of medical research* [online]. 2016, 2016(10), 491-495 [cit. 2019-05-15]. ISSN 0971-5916. Dostupné z: [pdfs.semanticscholar.org/fd31/5e55a520bb2523fc0808a587050fa083305e.pdf](https://pdfs.semanticscholar.org/fd31/5e55a520bb2523fc0808a587050fa083305e.pdf)

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ALS	amyotrofická laterální skleróza
BIA	Beck´s anxiety inventory (Beckův inventář úzkosti)
BDI – I.	Beck´s depression inventory (Beckův inventář deprese)
č.	číslo
FZV	Fakulta zdravotnických věd
GLM	zobecněný lineární model
CHOPN	chronická obstrukční plicní nemoc
ICN	International council of nurses (Mezinárodní rada zdravotních sester)
PDI – CZ	Patient dignity inventory (Dotazník důstojnosti pacienta)
RCN	Royal College of Nursing
roč.	ročník
s.	strana
SCIE	Social Care Institute for Excellence
SŠ	střední škola
tab.	tabulka
tzv.	takzvaně
UPOL	Univerzita Palackého v Olomouci
vs.	verzus
VŠ	vysoká škola
WHO	World health organization (Světová zdravotnická organizace)
SD	směrodatná odchylka
SŠ	střední škola
ZŠ	základní škola



## SEZNAM OBRÁZKŮ

<b>Obrázek 1</b> Algoritmus řešeršní činnosti.....	<b>11</b>
--	-----------

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Výpočet velikosti vzorku.....	37
Tabulka 2 Popisná statistika sociodemografických dat.....	43
Tabulka 3 Popisná statistika subškál dotazníku PDI-CZ.....	44
Tabulka 4 Popisná statistika dotazníků BDI-I a BAI .....	46
Tabulka 5 Vyhodnocení dotazníků BDI-I a BAI.....	46
Tabulka 6 Korelace subškál PDI-CZ a sledovaných faktorů .....	48
Tabulka 7: Popisná statistika subškál dotazníku PDI-CZ vzhledem k sociální situaci.....	48
Tabulka 8 Bonferroniho post hoc testy mnohonásobného porovnání, p-hodnoty.....	49
Tabulka 9 Korelace hodnocení subškál PDI s celkovým skóre BIA a BDI-I. ....	54
Tabulka 10 Vliv vybraných faktorů na hodnocení v subškálách PDI 1 a PDI 2.....	56
Tabulka 11 Vliv vybraných faktorů na hodnocení v subškálách PDI 3 a PDI 4.....	57

## SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Závislost subškály PDI 1 (Ztráta smyslu života) na sociální situaci.....	49
Graf 2 Závislost subškály PDI 2 (Ztráta nezávislosti) na sociální situaci.....	50
Graf 3 Závislost subškály PDI 3 (Ztráta důvěry) na sociální situaci.....	50
Graf 4 Závislost subškály PDI 4 (Ztráta sociální podpory) na sociální situaci.....	51
Graf 5 Závislost subškály PDI 1 (Ztráta smyslu života) na počtu dní hospitalizace.....	51
Graf 6 Závislost subškály PDI 2 (Ztráta nezávislosti) na počtu dní hospitalizace.....	52
Graf 7 Závislost subškály PDI 3 (Ztráta důvěry) na počtu dní hospitalizace.....	52
Graf 8 Závislost subškály PDI 4 (Ztráta sociální podpory) na počtu dní hospitalizace.....	53

# PŘÍLOHY

## Příloha č. 1



## Příloha č. 2

Vojenská nemocnice Olomouc  
Oddělení psychiatrie  
p. prim. MUDr. Zdeněk Faldyna  
Sušilovo náměstí 5  
Olomouc

V Olomouci, 15.6.2018

### Věc: Žádost o umožnění výzkumného šetření v rámci diplomové práce

Vážený pane primáři,  
obracím se na Vás s žádostí o umožnění realizace výzkumného šetření v rámci diplomové práce. Diplomová práce se věnuje problematice Důstojnosti u pacientů hospitalizovaných na akutním psychiatrickém oddělení.  
Data budou získávána prostřednictvím dotazníků. Pro výzkumné šetření budou použity standardizované dotazníky, PDI – CZ, Beckův depresivní inventář, Beckův inventář úzkosti. Dotazníky přikládám k žádosti.  
Sběr dat bude probíhat od července 2018 do února 2019.  
Vedoucí diplomové práce je doc. PhDr. Helena Kisvetrová, Ph.D. z Ústavu ošetrovatelství Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci.

S pozdravem



.....  
Bc. Věra Kubišová

Studijní obor: Ošetrovatelská péče v interních oborech  
FZV UP v Olomouci

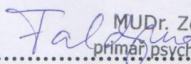
Vyjádření vedení psychiatrického oddělení Vojenské nemocnice v Olomouci

Žádost povolena

~~Žádost zamítnuta~~

Datum, podpis, razítko: .....

18.6.2018



MUDr. Zdeněk Faldyna  
primář psychiatrického oddělení.....



Fakulta  
zdravotnických věd

Genius loci ...

### Informovaný souhlas

Pro výzkumný projekt: **Hodnocení důstojnosti u pacientů na akutním psychiatrickém oddělení**

Období realizace: únor 2018 – leden 2019

Řešitelé projektu: Bc. Věra Kubišová  
doc. PhDr. Helena Kisvetrová, Ph.D. (vedoucí diplomové práce)

Vážená paní, vážený pane,

obracíme se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumném projektu, jehož cílem je zjistit, jak pacienti hospitalizovaní na akutním psychiatrickém oddělení hodnotí problémy ovlivňující jejich osobní důstojnost. Celková doba potřebná pro vyplnění dotazníku je asi 35-40 minut. Z účasti na projektu pro Vás nevyplývají žádné výhody či rizika.

#### **Prohlášení**

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném projektu. Řešitel/ka projektu mne informoval/a o podstatě výzkumu a seznámil/a mne s cíli a metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, podobně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na projektu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány, použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány. Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se řešitele/ky zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a potřebné vědět. Na tyto mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informován/a, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na projektu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

**Vyplněním tohoto dotazníku souhlasím s účastí na výše uvedeném projektu.**

## Příloha č. 3b

odpověď. Jsem informován/a, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na výzkumu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Osobní údaje (sociodemografická data) účastníka výzkumu budou v rámci výzkumného projektu zpracovány v souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (dále jen „nařízení“).

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu a způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží účastník výzkumu (nebo zákonný zástupce) a druhý řešitel projektu.

Jméno, příjmení a podpis účastníka výzkumu (zákonného zástupce): \_\_\_\_\_

V \_\_\_\_\_ dne: \_\_\_\_\_

Jméno, příjmení a podpis řešitele projektu: \_\_\_\_\_

## Příloha č. 4a

### Beckův depresivní inventář

jméno a příjmení \_\_\_\_\_

Datum : \_\_\_\_\_

#### Instrukce

Prosím, zakroužkujte v každém bloku od A po I odpověď, která nejvíce odpovídá Vašemu současnému stavu. Je samozřejmé, že jednotlivé odpovědi nemohou přesně vystihnout, jak se cítíte, jaký je Váš současný stav. Přesto je možné odpovědět přibližně - proto zaškrtněte v každém bloku 1 odpověď.

A Nálada	0	Nejsem smutný(á) nebo nešťastný(á)
	1	Jsem smutný(á)
	2A	Jsem stále smutný(á) a nemohu se toho zbavit
	2B	Jsem velmi smutný(á) a nešťastný(á) a trápí mě to
	3	Jsem tak smutný(á) a nešťastný(á), že se to nedá vydržet
B Pesimismus	0	Svoji budoucnost nevidím pesimisticky
	1	Má budoucnost se mi nezdá příliš nadějná
	2A	Mám pocit, že se nemám na co těšit
	2B	Mám pocit, že se svých potíží nikdy nezbavím
	3	Mám pocit, že má budoucnost je zcela beznadějná a není naděje na zlepšení
C Pocit selhání	0	Nemám pocit, že jsem v životě selhal(a)
	1	Mám pocit, že jsem selhal(a) více, než je běžný průměr
	2A	Mám pocit, že jsem v životě dokázal(a) jen velmi málo smysluplného či cenného
	2B	Když se zamyslím nad svým životem, je to jen řada neúspěchů
	3	Mám pocit, že jsem jako člověk (rodič, manžel(ka), apod.) zcela selhal(a)
D Nedostatek uspokojení	0	Nejsem nijak zvlášť nespokojen
	1A	Věci mě trochu nespokojí
	1B	Věci mě nespokojí tak jako dříve
	2	Z věcí, které bych měl rád, nemám žádné potěšení
	3	Cítím se nespokojený(á) téměř se vším
E Pocity viny	0	Nemám žádné zvláštní pocity viny
	1	Dost často se cítím špatný(á) a bezcenný(á)
	2A	Mám značné pocity viny
	2B	Prakticky stále se teď cítím špatný(á) a bezcenný(á)
	3	Mám pocit, že jsem úplně špatný(á) a bezcenný(á)
F Pocit trestání	0	Nemám pocit, že bych byl(a) za něco trestán(a)
	1	Mám pocit, že by se mi mohlo přihodit něco špatného
	2	Mám pocit, že jsem trestán(a) nebo že budu potrestán(a)
	3A	Mám pocit, že si zasloužím být potrestán(a)
	3B	Přeji se, abych byl(a) potrestán(a)
G Sebenávisť	0	Nejsem se sebou nespokojený(á)
	1A	Jsem se sebou nespokojený(á)
	1B	Nemám se rád(a)
	2	Jsem sám (sama) sebou znechucený(á)
	3	Nenávídím sám (sama) sebe
H Sebeobviňování	0	Nemám pocit, že bych byl horší než někdo druhý
	1	Ke svým slabším jsem velmi kritický(á)
	2A	Dávám si za vinu všechno špatné, co se stane
	2B	Mám pocit, že mám řadu závažných chyb
	3	Šířím kolem sebe neštěstí
I Autoagrese	0	Nikdy mě nenapadne, že bych si měl(a) ublížit
	1	Někdy mě napadne, abych si ublížil(a), ale neudělal(a) bych to
	2A	Raději bych byl(a) mrtev (mrtva)
	2B	Mám jasný plán, jak spáchat sebevraždu
	2C	Mám pocit, že mé rodině by bylo lépe, kdybych byl(a) mrtev (mrtva)
	3	Zabil(a) bych se, kdybych mohl(a)



**Příloha č. 4b**

J Plačtivost	0	Nepláču víc než obvykle
	1	Pláču víc než dříve
	2	Pláču teď pořád, nemůžu to zastavit
	3	Dříve jsem byl(a) schopen (schopna) plakat, ale teď to nedokážu, i když bych chtěla
K Podrážděnost	0	Nejsem rozčilen(a) více než obvykle
	1	Rozčilím se nebo otrávím snadněji než dříve
	2	Cítím se stále podrážděný(á)
	3	Nerozčilí mě už ani věci, které mě dříve rozčilovaly
L Sociální stažení se	0	Neztratil(a) jsem zájem o druhé lidi
	1	Mám o lidi menší zájem, než jsem míval(a) dříve
	2	Ztratil(a) jsem takřka úplně zájem o druhé lidi a nedokážu jim projevit žádný cit
	3	Druzí lidé mě vůbec nezajímají a vůbec se o ně nestarám
M Nerozhodnost	0	Jsem schopen (schopna) se rozhodovat stejně dobře jako obvykle
	1	Jsem méně jistý(á) než dříve a rozhodnutí raději odkládám
	2	Bez pomoci druhých se už vůbec nedokážu rozhodnout
	3	Už se vůbec nedokážu v ničem rozhodnout
N Tělové schéma	0	Nemám pocit, že bych vypadal(a) hůř než dříve
	1	Dělá mi starosti, že vypadám staře a nepřitažlivě
	2	Mám pocit, že se můj vzhled mění neustále k horšímu
	3	Mám pocit, že vypadám ošklivě a odpudivě
O Pracovní omezení	0	Jsem schopen (schopna) pracovat stejně dobře jako obvykle
	1	Musím se vynásilovat, když se o něčem pokusím
	2	Nepracuji tak dobře jako dříve
	3	Musím se vynásilovat do jakékoli činnosti Nejsem schopen (schopna) vůbec něco dělat
P Poruchy spánku	0	Spím stejně dobře jako obvykle
	1	Budím se ráno více unaven(a) než dříve
	2	Budím se o 1-2 hodiny dříve než obvykle a pak už jen těžko usínám
	3	Každý den se budím velmi brzy a nespím více než 5 hodin
Q Unavitelnost	0	Necítím se více unaven(a) než obvykle
	1	Unavím se snadněji než dříve
	2	Každá činnost mě velmi unavuje
	3	Jsem tak unaven(a), že nejsem schopen (schopna) nic dělat
R Ztráta chuti k jídlu	0	Mám stejnou chuť k jídlu jako obvykle
	1	Nechutná mi tak dobře jako dříve
	2	Mám teď mnohem menší chuť k jídlu
	3	Nemám vůbec žádnou chuť na jídlo
S Ztráta váhy	0	V poslední době jsem neztratil(a) na váze
	1	Zhubl(a) jsem více než 2 kg
	2	Zhubl(a) jsem více než 4 kg
	3	Zhubl(a) jsem více než 7 kg
T Zabývání se tělem	0	Nedělám si se svým zdravím větší starosti než obvykle
	1	Dělají mi starosti různé bolesti, nevolnost, zácpa a jiné nepříjemné tělesné pocity
	2	Moje tělesné pocity mi dělají takové starosti, že jen těžko myslím na něco jiného
	3	Jsem zcela zaujat(a) svými potížemi
U Ztráta libida	0	V poslední době se můj zájem o sex nezměnil
	1	Mám teď o sex menší zájem než dříve
	2	Můj zájem o sex je teď mnohem menší
	3	Zcela jsem ztratil(a) zájem o sex

15291 Duolish, tel.: 553 770 181

**Příloha č. 5**

<b>DOTAZNÍK PACIENTA BECKŮV INVENTÁŘ ÚZKOSTI</b>					
Zaznamenejte, prosím, odpověď na každou z dvaceti jedna položek.	Vůbec	Mírně <i>Moc mě to nerušilo.</i>	Středně <i>Bylo to nepříjemné, ale dalo se to vydržet.</i>	Vážně <i>Stěží jsem to vydržel(a).</i>	
1.	Mrtvění nebo mravenčení	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Pocit horka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Vratkost nohou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Neschopnost odpočinku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Strach z nejhorší události	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Závrať nebo pocit na omdlení	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Bušení srdce, zrychlený tep	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Neklid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Zděšení	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Nervozita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Pocit dušnosti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Chvění rukou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Třes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Strach ze ztráty kontroly	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Namáhavé dýchání	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Strach ze smrti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Panika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Trávicí potíže nebo bolesti břicha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Pocit na omdlení	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Zarudnutí v obličeji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Pocení	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ukázka

**Instrukce pro vyplnění:**

Přečtěte si pozorně každou položku seznamu. Označte křížkem vedle každého příznaku, do jaké míry Vás příznaky obtěžovaly během minulého týdne včetně dneška.

JMÉNO: \_\_\_\_\_

VĚK: \_\_\_\_\_ DATUM: \_\_\_\_\_

celkový skór	
--------------	--

Zpracováno podle: Beck AT, Emery G. Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective. New York, Basic Books: 1985 Lundbeck-04-09-2008

Příloha č. 6a

	Číslo dotazníku <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr></table>												
Datum vyplnění	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr><tr><td style="text-align: center; font-size: 8px;">Den</td><td style="text-align: center; font-size: 8px;">měsíc</td><td style="text-align: center; font-size: 8px;">rok</td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td></tr></table>							Den	měsíc	rok			
Den	měsíc	rok											
<b>Pracoviště</b>													
<input type="checkbox"/> 1 VN Olomouc, Psych. odd.	<input type="checkbox"/> 3 .....												
<input type="checkbox"/> 2 FN Olomouc, Psych. klinika													
<b>Datum narození pacienta</b> .....													
<b>Pohlaví</b>													
<input type="checkbox"/> 1 muž	<input type="checkbox"/> 2 žena												
<b>Vzdělání</b>													
<input type="checkbox"/> 1 základní	<input type="checkbox"/> 3 střední odborné												
<input type="checkbox"/> 2 vyučovací	<input type="checkbox"/> 4 vysokoskolské												
<b>Sociální situace</b>													
<input type="checkbox"/> 1 sám/sama	<input type="checkbox"/> 4 domově pro seniory												
<input type="checkbox"/> 2 s partnerem													
<input type="checkbox"/> 3 s dalšími příbuznými													
<b>Pracovní anamnéza</b>													
<input type="checkbox"/> 1 zaměstnaný	<input type="checkbox"/> 3 důchodce .....												
<input type="checkbox"/> 2 nezaměstnaný	<input type="checkbox"/> 4 student												
<b>Rodinný stav</b>													
<input type="checkbox"/> 1 svobodný	<input type="checkbox"/> 3 rozvedený												
<input type="checkbox"/> 2 ženatý/vdaná	<input type="checkbox"/> 4 vdovec/vdova												
1													

U k á z k a

**Dotazník důstojnosti pacientů (PDI)**

U každé položky prosím označte, do jaké míry je pro Vás v posledních několika dnech problémem nebo důvodem k obavám.

**1. Neschopnost vykonávat úkony každodenního života (např. umýt se, obléknout se)**

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážený problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	---------------------	-----------------------------

**2. Neschopnost obsloužit samostatně mé tělesné funkce (např. nutná pomoc při použití toalety)**

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážený problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	---------------------	-----------------------------

**3. Pociťování (fyzicky) nepříjemných příznaků spojených s nemocí a léčbou (např. dušnost, nevolnost, změna chuti k jídlu, únava, změna hmotnosti, třes končetin, svalová ztuhlost ... )**

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážený problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	---------------------	-----------------------------

**4. Pociťování výrazné změny, jak mě lidé vidí**

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážený problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	---------------------	-----------------------------

**5. Pociťování deprese**

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážený problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	---------------------	-----------------------------

**6. Pociťování úzkosti**

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážený problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	---------------------	-----------------------------

**7. Pociťování nejistoty ohledně mé nemoci a léčby**

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážený problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	---------------------	-----------------------------

**8. Obavy o mou budoucnost**

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážený problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	---------------------	-----------------------------

**9. Neschopnost jasně myslet**

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážený problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	---------------------	-----------------------------

**10. Neschopnost pokračovat v mých obvyklých aktivitách**

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážený problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	---------------------	-----------------------------

**11. Pociť, že nejsem, kým jsem býval(a)**

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

**12. Pociť, že nejsem užitečný ani vážený**

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

**13. Pociť, že nejsem schopen/schopna zastávat důležité role (např. manžel/ka, rodič)**

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

**14. Pociť, že život nemá žádný význam ani smysl**

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

**15. Pociť, že již životu nepřispívám ničím smysluplným a/nebo trvalým**

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

**16. Pociť, že mám „nedokončenou práci“ (např. věci, které jsem chtěl/a říct nebo udělat nebo nejsou uzavřené)**

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

**17. Obavy, že můj duchovní život nemá smysl**

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

**18. Pociť, že jsem přítěží pro ostatní**

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

**19. Pociť, že nemám kontrolu nad svým životem**

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

**20. Pociť, že mé onemocnění a související péče omezily moje soukromí**

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

**21. Necítím podporu od přátel nebo rodiny**

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

**22. Necítím podporu ze strany zdravotnického personálu**

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

**23. Pociť, že již nejsem dále schopen duševně „bojovat“ s překážkami, které mi nemoc přináší**

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

**Příloha č. 6d**

**24. Neschopnost přijímat věci tak, jak jsou**

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážený problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	---------------------	-----------------------------

**25. Pocit, že se mnou není zacházeno s respektem a pochopením ze strany druhých**

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážený problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	---------------------	-----------------------------

**U k á z k a**