UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetřovatelství

Radka Bruštíková

Měřící nástroje zátěže pečovatele

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Jana Konečná

Olomouc 2017

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

Olomouc 28. dubna 2017

.....

podpis

Děkuji Mg. Janě Konečné za odborné vedení a cenné rady při zpracování přehledové bakalářské práce.

ANOTACE

Typ závěrečné práce: Bakalářská práce

Téma práce: Měřící nástroje u vybraných stavů a onemocnění

Název práce: Měřící nástroje zátěže pečovatele

Název práce v AJ: Evaluation instruments for caregiver burden

Datum zadání: 2017-01-31

Datum odevzdání: 2017-04-28

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

Autor práce: Bruštíková Radka

Vedoucí práce: Mgr. Jana Konečná

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ: Komplexní zhodnocení pečovatele pomocí dostupných hodnotících nástrojů a stanovení ošetřovatelské diagnózy může v praxi pomoci efektivně řešit problematiku zátěže pečovatele u chronicky nemocného pacienta. Přehledová bakalářská práce předkládá dohledané publikované poznatky o hodnocení zátěže pečovatele. Sumarizuje informace z dostupných plnotextů do dvou cílů. První cíl předkládá dohledané publikované poznatky o zátěži pečovatele s cílem blíže specifikovat důsledky zátěže. Druhý cíl přehledové bakalářské práce se zabývá konkrétními škálami. Zaměřuje se na strukturu, vlastnosti a poznatky dohledané u jednotlivých škál. Poznatky byly dohledány v databázích EBSCO, ProQuest a Bibliographia medica Čechoslovaka.

Abstrakt v AJ: Comprehensive assessment of caregiver using available evaluation instuments and determine nursing diagnosis we can in practise help to effectively resolve the issue of caregiver burden in chronically ill patient. Overview bachelor thesis summarises findings published knowledge about the assessment of caregiver burden. It summarized information from the findings full texts into two goals. The first goal is to present findings published knowledge about of caregiver burden with the aim to specify the impact of burden. The second goal of the overview bachelor deal with specific scales. It focuses on the sctructure, properties and knowleege of the scale. The knowledge researched in databases EBSCO, ProQuest and Bibliographia Medica Čechoslovaka.

Klíčová slova v ČJ: pečovatel, zátěž, škála, hodnocení, hodnotící nástroje

Klíčová slova v AJ: caregiver, burden, scale, assessment, evaluation instruments

Rozsah: 34 stran/0 příloh

OBSAH

ÚVOD 6
1 REŠERŠNÍ ČINNOST 8
2 PŘEHLED PUBLIKOVANÝCH POZNATKŮ O ZÁTĚŽI PEČOVATELE 10
3 VYBRANÉ MĚŘÍCÍ NÁSTROJE HODNOTÍCÍ ZÁTĚŽ PEČOVATELE 19
4 VÝZNAM A LIMITACE DOHLEDANÝCH POZNATKŮ 27
ZÁVĚR 28
REFERENČNÍ SEZNAM 29
SEZNAM ZKRATEK 34

ÚVOD

Technologický pokrok v medicíně a zlepšení sociálně-ekonomických podmínek obecně přispěly ke zvýšení dlouhověkosti obyvatel. To je ale spojeno s vyšším výskytem chronických onemocnění a závislosti na druhých v každodenních činnostech. Tyto osoby potřebují pomoc a podporu v situacích, které jsou pro ně obtížné. Pečovatelé jsou velmi důležitou skupinou v poskytování péče o závislé osoby v populaci (Sequeira, 2013, s. 492). Neformální pečovatel je osoba, která poskytuje fyzickou, psychickou, finanční či jinou podporu pacientovi (Honea et al., 2008, s. 508). Neformální pečovatel je osoba, která poskytuje pravidelnou péči člověku v jeho bezprostředním okolí a není to součástí jeho profese (Durme et al., 2012, s. 501). Neformální péči poskytuje například rodina nebo přátelé (Prue, Santin a Porter, 2015, s. 121). Pečovatelé se v některých případech snaží poskytovat péči na úkor svých vlastních zájmů. To často vede k vyčerpání (Zvěřová, 2015, s. 61). Neformální pečovatelé mají tendenci žít poskytováním péče a přestávají se starat o sebe (Mosquera et al., 2015, s. 1060). Pečovatelská zátěž je výraz používaný pro popis toho, co se stane, když je psychické i fyzické zdraví pečovatele ohroženo nebo pokud požadavky péče převýší možnosti pečovatele (Honea et al., 2008, s. 507). V současné době je pozornost věnovaná především nemocnému, ne jeho pečovateli (Tabaková a Václaviková, 2008, s. 86). Pečovatelé by měli být považováni za pacienty druhého řádu. Zachování zdraví a spokojenosti pečovatelů je nezbytné pro maximální pohodu obou stran (Shilling et al., 2016, s. 1859). Snížení pečovatelské zátěže je součástí profesionálního ošetřovatelství, které usiluje o zlepšení kvality života, podporu léčby u pacienta a pečovatelů (Honea, 2008, s. 507). Používáním škál k hodnocení zátěže pečovatele je možné určit stav pečovatele, identifikovat prediktory zátěže a zjistit výsledky intervencí (Martinez-Martin, Rodriguez-Blazquez a Forjaz, 2012, s. 227).

Cílem přehledové bakalářské práce je předložit dohledané publikované poznatky o hodnocení zátěže pečovatele.

Cíl 1

Předložit dohledné publikované poznatky o zátěži pečovatele.

Cíl 2

Předložit dohledané publikované poznatky o vybraných měřících nástrojích hodnotící zátěž pečovatele.

Vstupní studijní literatura:

ACKLEY, B. J. a G. B. LADWIG. 2011. *Nursing diagnosis handbook: an evidence-based guide to planning care*. 9th ed. St. Louis, Mo.: Mosby-Elsevier, 931 s. ISBN 978-0-323-07150-5.

CETLOVÁ, L., L. DRAHOŠOVÁ a I. TOČÍKOVÁ. 2012. *Hodnotící a měřící škály pro nelékařské profese*. 1. vyd. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, 124 s. ISBN 978-80-87035-45-0.

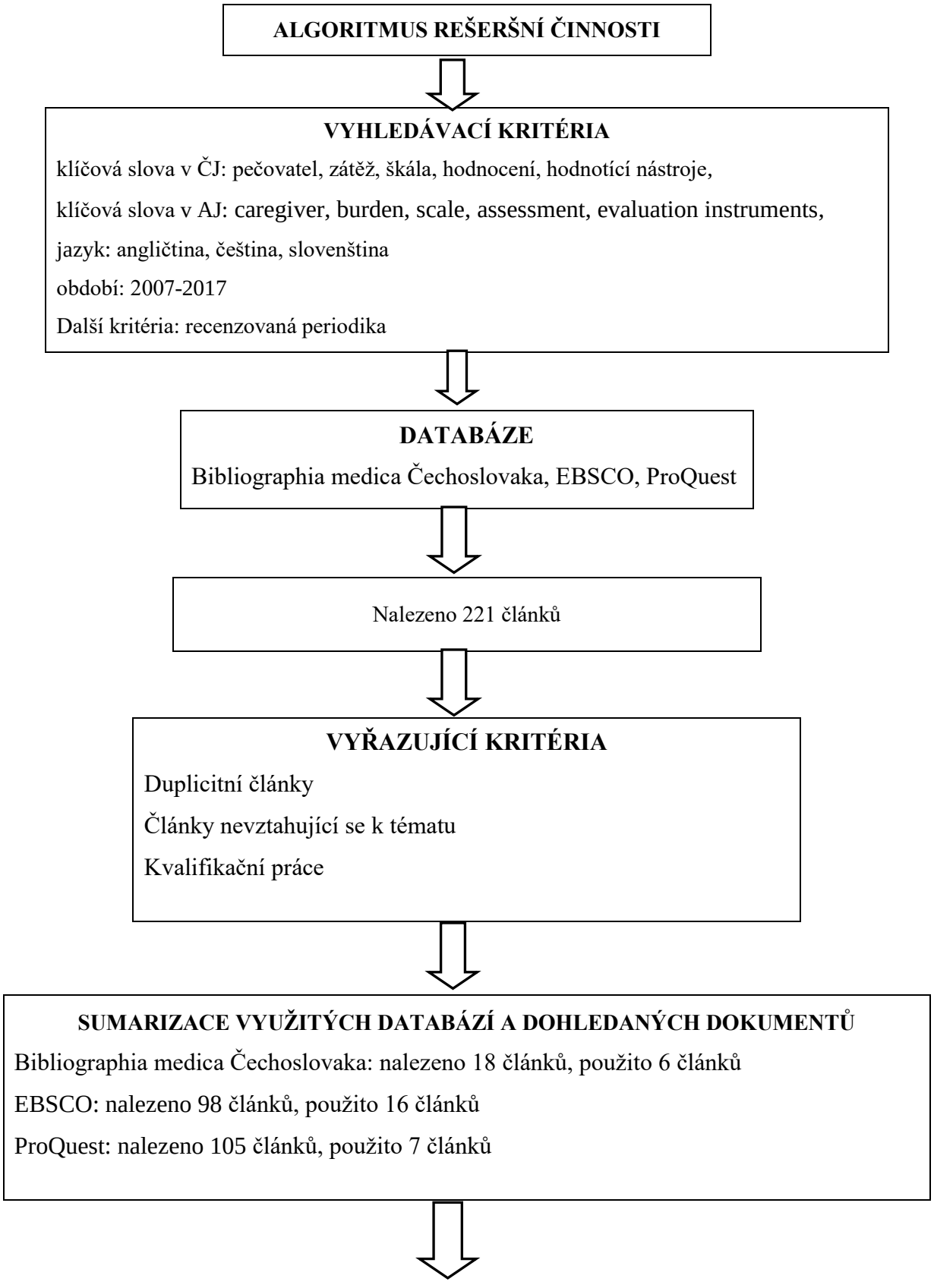
HOWATSON-JONES, L., M. STANDING a S. ROBERTS. 2012. *Patient assessment and care planning in nursing.* 1st pub. Los Angeles, Calif.: Sage, 151 s. Transforming nursing practice. ISBN 978-0-85725-737-6.

KURUCOVÁ, R. 2016. *Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevyléčitelně nemocné.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 112 s. Sestra. ISBN 978-80-247-5707-0.

STAŇKOVÁ, M. 2007. *Hodnotící a měřící techniky v ošetřovatelské praxi*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 55 s. ISBN 80-7013-323-6.

VÖRÖSOVÁ, G., A. SOLGAJOVÁ a A. ARCHALOUSOVÁ. 2015. *Ošetřovatelská diagnostika v práci sestry.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 208 s. Sestra. ISBN 978-80-247-5538.

1 REŠERŠNÍ ČINNOST



SUMARIZACE DOHLEDANÝCH PERIODIK A DOKUMENTŮ

Aging & Mental Health – 1 článek

American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias – 1 článek

Clinical Journal of Oncology Nursing – 1 článek

Clinical Rehabilitation – 2 články

Collegian – 1 článek

Česká a slovenská psychiatrie – 1 článek

European Journal of Cancer Care – 1 článek

Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research – 1 článek

Family Process – 1 článek

Functional Neurology – 1 článek

International Journal of Nursing Studies – 1 článek

International Journal of Stroke – 1 článek

International Psychogeriatrics – 1 článek

Journal of Clinical Epidemiology – 1 článek

Journal of Clinical Nursing – 1 článek

Journal of Oncology Practice – 1 článek

Journal of Pain and Symptom Management – 1 článek

Oncology Nursing Forum – 1 článek

Ošetřovatelství a porodní asistence – 2 články

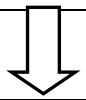
Palliative Medicine – 1 článek

Profese on-line – 3 články

Psycho–Oncology – 1 článek

Quality of Life Research – 2 články

Value in Health – 1 článek



Pro tvorbu teoretických východisek bylo použito 29 článků

2 PŘEHLED PUBLIKOVANÝCH POZNATKŮ O ZÁTĚŽI PEČOVATELE

Neformální poskytování péče je důležité pro celkový výsledek léčby nemocného (Shilling et al., 2016, s. 1859). Ve většině případů se nejedná o krátkodobé poskytování péče. Poskytovaná péče může trvat několik měsíců až let (Tabaková a Václaviková, 2008, s. 86). Péče může být rozšířena i na více oblastí, jako je 24 hodinová intenzivní péče, psychická podpora nebo finanční pomoc. Poskytování péče může být omezeno jen na fyzickou péči, jako je například pomoc s toaletou nebo jídlem (Honea et al., 2008, s. 508). Z hlediska intenzity se rozlišují tři stupně péče. Podpůrná péče, při které je například poskytována finanční podpora, doprovod k lékaři nebo opravy v domácnosti. Tato péče představuje časově, psychicky i fyzicky méně náročnou péči. Druhý stupeň poskytované péče už souvisí s činnostmi, jako je vaření, uklízení, praní. Nejnáročnější je osobní péče. Jedná se o psychicky i fyzicky náročné činnosti, které vyžadují nepřetržitou přítomnost pečovatele. Neustálý pocit zodpovědnosti je pravděpodobně nejvíce zatěžujícím aspektem v péči o blízkou osobu. Poskytování péče vyžaduje znalosti, trpělivost a fyzickou sílu (Tabaková a Václaviková, 2008, s. 79). Péče může být více či méně složitá v závislosti na typu, závažnosti a trvání (Sequiera, 2013, s. 492). Péče s sebou přináší značné obtíže, které ovlivňují vztahy nemocného k rodině i přátelům a naopak (Jedlinská, Hlúbik a Levová, 2009, s. 28–29).

Roli pečovatele většinou zaujímá jedna osoba (Šerfelová a Hladeková, 2010, s. 89). Riziko zátěže roste, pokud péče o nemocného závisí jen na jedné osobě (Tabaková a Václaviková, 2008, s. 86). Vykonávání role pečovatele představuje zásadní změnu v životě (Jedlinská, Hlúbik a Levová, 2009, s. 29). Neformální pečovatel, ať je to manžel, člen rodiny nebo přítel, poskytuje významnou pomoc a podporu nemocnému (Shilling et al., 2016, s. 1859). Vykonává takové činnosti, které by nemocný zvládal sám, pokud by měl dostatek sil, vůle a potřebných znalostí (Tabaková a Václaviková, 2008, s. 78–79). Ženy jsou v roli pečovatele častěji než muži (Honea et al., 2008, s. 508). Velmi důležité je i to, aby pečovatelé věnovali pozornost a dostatek času i sami sobě (Zvěřová, 2015, s. 61).

Zátěž a deprese je u pečovatelů běžná, a pokud se neléčí, může mít za následek špatné fyzické i psychické zdraví (Honea et al., 2008, s. 507). Zátěž, kterou může pečovatel pociťovat, může být fyzická, psychická, sociální i finanční (Tabaková a Václaviková, 2008, s. 79). Rozlišuje se objektivní a subjektivní zátěž. Objektivní zátěž se vztahuje k fyzickým a behaviorálním změnám. Subjektivní zátěž je zaměřena na emocionální změny (Martinez-Martin, Rodriguez-Blazqueza a Forjaz, 2012, s. 222). Subjektivní zátěž je často méně patrná

a vztahuje se k emocionální reakci pečovatele jako je strach, úzkost, frustrace a únava (Honea et al., 2008, s. 508). Pečovatelé mohou vykazovat negativní a nevhodný postoj k příjemci péče a mohou vzniknout nebo se zhoršit rodinné problémy (Mosquera et al., 2016, s. 1060). Negativní dopad poskytování péče může přispět k zneužívání příjemce (Durme et al., 2012, s. 491). Dopad poskytování péče na pečovatele se bude lišit v závislosti na stavu pacienta, povinnostech pečovatele, finanční a profesní odpovědnosti a času. Zátěž pečovatele je ovlivněna proměnnými, jako je vnímání podpory od druhých, frekvence změn a vztah mezi příjemcem a pečovatelem (Martinez-Martin, Rodriguez-Blazqueza a Forjaz, 2012, s. 222). Dopad na pečovatele je také pravděpodobně ovlivněn řadou dalších společenských rolí, jako je např. zaměstnání (Shilling, 2010, s. 1873). Ztráta soběstačnosti může značit potřebu pomoci od druhých. Dlouhodobá péče o nesoběstačného pacienta způsobuje zátěž v mnoha oblastech. Zátěž se může projevit v oblastech fyzické i psychické pohody, trávení volného času, povinnostech vůči vlastní rodině, vztahů s ostatními ale i v zaměstnání (Tabaková a Václaviková, 2008, s. 79). Dlouhé trvání stresu se u pečovatelů projevuje zejména podrážděním, sníženou tolerancí k zátěži, poruchami spánku, zvýšeným výskytem nemocí a jinými obtížemi. Pečovatelé jsou vystaveni značné fyzické zátěži (Šerfelová a Hladeková, 2010, s. 89). Mezi nejčastější změny, ke kterým v rodině dochází, jsou finanční problémy, stres, hádky, přerozdělení rolí a činností a změny ve společenských vztazích (Kolegarová a Zeleníková, 2011, s. 286). Pečovatelé mají rozporuplné pocity hněvu, studu a únavy, a to současně s pocity uspokojení, naplnění a důstojnosti. Pečovatelé zažívají sociální izolaci a mohou omezit práci nebo s ní úplně skončit (Mosquera et al., 2015, s. 1060). Poskytování péče by mohlo také změnit fyzické zdraví, zvýšit úzkost, sociální izolaci, změnit mezilidské vztahy, vyvolat menší pohodu, vést k depresi, a dokonce i vyvolat předčasnou smrt (Durme et al., 2012, s. 491). Bylo zjištěno, že pečovatelé, kteří se starali o pacienta s Parkinsonovou chorobou, měli zvýšené skóre u deprese, pozměněný imunitní systém, což zvyšuje náchylnost k nemocem, zvýšenou míru psychiatrické morbidity, špatný společenský život a sníženou kvalitu života (Martinez-Martin, Rodriguez-Blazquez a Forjaz, 2012, s. 221). Role pečovatele je často spojena s prožíváním stresu, emočním napětím a úzkostí, což může pečovatele fyzicky i psychicky vyčerpat (Jedlinská, Hlúbik a Levová, 2009, s. 29). Poskytování péče může být spojeno s vyšší mírou deprese, úzkosti, kardiovaskulárních onemocnění, celkově špatným zdravotním stavem a mortalitou. U pečovatelů obecně platí, že mají horší kvalitu života a větší omezení v jejich společenských aktivitách (Rigby, Gubitz a Phillips, 2009, s. 285). Člen rodiny nebo přítel se musí vypořádat s vlastními pocity, které mohou nastat v souvislosti s nemocí příbuzného nebo přítele. Kromě toho si situace spojená s pečováním

může vynutit u pečovatele změny ve způsobu života (Persson et al., 2007, s. 189–190). Činnosti spojené s poskytováním péče zahrnují řadu úkolů, které ovlivňují různé aspekty života pečovatele a celou rodinu (Shilling, 2010, s. 1873). Momentem způsobujícím stres může být i nedostatek nebo problematická dostupnost sociálních služeb v okolí. Zátěží pro pečovatele může být i rozhodování o institucionalizaci nemocného, což bývá především tehdy, když potřeby nemocného převýší možnosti pečovatele. Rozhodování o umístění nemocného do sociálního zařízení způsobuje u některých pečovatelů pocit viny či selhání. Umírání a smrt způsobuje pečovateli velmi zátěžový moment (Zvěřová, 2015, s. 61). Pečovatelská zátěž nastává tehdy, když pečovatelé vnímají obtíže při provádění úkolů nebo se cítí být přehlceni těmito úkoly (Honea et al., 2008, s. 508). Častější je výskyt zátěže u žen než u mužů. Tento častější výskyt může souviset s rozdělením mužských a ženských povinností. Muži vykonávají těžké domácí práce a finančně zabezpečují rodinu. Ženy se starají o chod domácnosti. Často se dostávají do situace, kdy se musí zároveň starat o děti, zvládat nároky v zaměstnání a pečovat o nesoběstačného člena rodiny. U žen byl zaznamenán i častý výskyt deprese (Tabaková a Václaviková, 2008, s. 84–85).

Cílem systematické review bylo zjistit fyzickou, psychickou, sociální a ekonomickou zátěž pečovatelů, kteří se starají o pacienty s rakovinou. Některé studie prokázaly zvýšenou nemocnost a úmrtí u pečovatelů. Dále u pečovatelů převládají poruchy spánku, únava, bolest, ztráta fyzické síly i chuti k jídlu a úbytek na váze. V jedné studii 54,5 % respondentů uvedlo, že se pečování dotýká jejich celkového fyzického zdraví. Problémy se zády, krkem a rameny uvedlo 33,8 % pečovatelů. Srdeční potíže nebo vysoký krevní tlak mělo 12,6 %, artritidu 10 %, střevní potíže uvedlo 4,6 % a problémy s nohami se vyskytli u 4,6 % pečovatelů. Ve studii, která byla zaměřena na pečovatele s pokročilým stádiem rakoviny, byla hlášena u 69 % únava. Snížená motivace se vyskytla u 58 %, narušené vztahy uvedlo 46 %, sníženou schopnost vykonávat běžné denní aktivity mělo 42 % respondentů. V jedné studii bylo zjištěno, že 42 % pečovatelů uvádí snížení fyzické aktivity. Více než jedna třetina přibrala a překročila normální hodnotu BMI. U 12 % pečovatelů se zvýšil příjem alkoholu. Prevalence úzkosti se pohybuje u pečovatelů v rozmezí od 10 % až 53 %. Ve studii prováděné u pečovatelů, kteří se starali o pacienta s rakovinou po dobu v průměru 2 let, bylo 52,9 % pečovatelů ohroženo vznikem deprese. Z jedné studie vyplynulo, že více než jedna třetina pečovatelů byla na hranici nebo již měla prokázanou úzkost a téměř 17 % uvedlo hraniční nebo již vzniklou depresi. Zvýšené riziko deprese a úzkosti se vyskytuje především u pečovatelů ve věku od 45-49 let a u žen. Zvýšený výskyt je i u společného soužití s nemocným. Několik studií uvádí, že poskytování péče narušuje sociální vztahy a aktivity

u pečovatele. Energie a čas je zaměřen na příjemce péče. Poskytování péče mělo negativní dopad na trávení prázdnin u 45,4 %, a na cestování u 30,2 % pečovatelů. Čas na koníčky nemělo 25,6 % a na čas chodit do společnosti uvedlo 15,6 % dotazovaných. Tyto dopady měli za následek sociální izolaci a samotu u 32 % pečovatelů. U 25 % se vyskytly problémy v rodině a jiných vztazích. Pocit smutku a žalu uvedlo 24 % a omezenou dobu pro osobní vztahy uvedlo 11,1 % respondentů. V jedné studii bylo zjištěno, že nízká sociální podpora je prediktorem úzkosti a deprese u pečovatelů žen s rakovinou vaječníku. Pečovatelé často uvedli, že se chtěli zúčastnit společenských aktivit, ale vzdali se toho, protože měli obavy o pacienta, zatím co budou pryč (Girgis et al., 2013, s. 197–199).

Studie, která probíhala na Slovensku, zkoumala míru pečovatelské zátěže u 70 respondentů, z toho bylo 47 žen. Průměrný věk respondentů byl 55,27. Průměrná délka péče o nemocného byla 3 roky a 3 měsíce. Na hodnocení zátěže byl použit Test pečovatelské zátěže pro rodinné pečující. Z výsledků studie vyplývá, že 29 pečovatelů uvedlo mírnou zátěž, 16 respondentů střední zátěž a 9 pečovatelů uvedlo vysoký stupeň zátěže. Ze studie vyplývá i to, že pečovatelé pociťují nejvíce zátěž v oblasti závislosti nemocného na pečovatelovi. Dále pocit celkové zátěže, nedostatečnou pomoc od dalších příbuzných a pocit nedostatku času pro sebe (Tabaková a Václaviková, 2008, s. 77–83).

Stárnutí populace se projevuje ve světě a očekává se nárůst počtu starších osob vyžadujících dlouhodobou péči (Mosquera et al., 2015, s. 1059). V souvislosti s demografickou změnou v rozvojových zemích a na skutečnosti, že přibývá stále více starých lidí ve společnosti, se očekává zvýšení péče, kterou provádějí rodinní příslušníci nebo jiní lidé (Persson et al., 2007, s. 189). Péči o seniory, kteří potřebují pomoc od druhých, zajišťuje z více než 80 % v České republice rodina. Současná i budoucí společnost se bude stále častěji obracet na rodinné příslušníky, aby na sebe vzali roli pečovatele a starali se o svého blízkého. Starších lidí, kteří potřebují celodenní péči v populaci, přibývá a sociální instituce se nerozvíjejí úměrně s nárůstem počtu nesoběstačných lidí (Jedlinská, Hlúbik a Levová, 2009, s. 35-36). V současné době žije v České republice přibližně 150 000 lidí trpící demencí. V roce 2026 má počet lidí s demencí vzrůst na 200 000 a v roce 2036 až na 300 000 lidí. Většinu péče o pacienty s demencí poskytuje rodina. Podle průzkumu provedeného Českou Alzheimerovskou společností jen 26 % lidí s demencí využívá ambulantní péči, necelých 6 % péči lůžkovou a 19 % bydlí v domovech pro seniory (Zvěřová, 2015 s. 61). Péče je zajišťována profesionálními pečovateli, ale i neformálními pečovateli, kam spadají příbuzní či přátelé. Je to nejčastější model péče. Mnoho příbuzných stále dává přednost neformální péči, pravděpodobně z důvodu jejich životních hodnot, nedostatku služeb formální péče

a chybějících financí na zaměstnání pečovatele (Mosquera et al., 2015, s. 1059–1060). Je důležité si uvědomit skutečnost, že s péčí o blízkou osobu jsou spojena zdravotní rizika, která mohou vést ke zvýšenému riziku úmrtnosti pečovatele (Honea et al., 2008, s. 508). Péče o závislou osobu znamená náležitě reagovat na potřeby péče. Proces uspokojování potřeb závislého člena rodiny jde obvykle ruku v ruce s úzkostí, stresem, zátěží a depresí (Sequiera, 2013, s. 492).

Zvěřová (2015, s. 59–63) ve své studii zkoumala vliv Alzheimerovy choroby na psychosociální zdraví pečovatele. Zátěž byla hodnocena pomocí Zaritovy škály. Bylo zkoumáno 30 pacientů a Alzheimerovou demencí a 30 pečovatelů. Devatenáct pacientů trpělo mírnou formou AD, 11 pacientů středně těžkou demencí. Stupeň zátěže byl posuzován na začátku a následně po 4 a 8 měsících. Po uplynutí 8 měsíců progrese onemocnění trpělo mírnou formou demence 9 pacientů, středně těžkou formou 19 pacientů a 2 pacienti se posunuli do těžké formy demence. U 8 pečovatelů byl dle Zaritovy škály zjištěn mírný stupeň zátěže, dalších 13 pečovatelů spadalo do středního stupně zátěže a 8 respondentů trpělo výraznou zátěží. Jeden se rozhodl pro umístění pacienta do ústavní péče. Po 8 měsících byli pečovatelé zhodnoceni a 3 pečovatelé udávali mírnou zátěž, 13 pečovatelů trpělo středním stupněm zátěže a 12 pečovatelů spadalo do těžkého stupně zátěže a jen 2 pečovatelé se rozhodli k institucionalizaci nemocného. Ze studie vyplývá, že každodenní péče o pacienta s demencí se negativně projevuje na stavu pečovatelů (Zvěřová, 2015, s. 59–63).

Cílem studie, která probíhala v Portugalsku, bylo zhodnotit dopad na pečovatele spojený s péčí o osobu s demencí versus závislá osoba bez kognitivní poruchy. Do studie bylo zařazeno 184 pečovatelů, z toho 83 se staralo o pacienta s demencí. Až 61 % pečovatelů uvedlo, že se starali o nemocného sami. Z výsledků studie vyplývá, že pečovatelé, kteří se starali o pacienta s kognitivní poruchou, uváděli tyto potíže spojené s péčí o blízkou osobu: „Osoba, o kterou se starám, mě dohání k šílenství“ uvedlo 69, 8 %, „Osoba, o kterou se starám, je příčina problémů“ označilo 62,4 %. „Nemohu najít čas na odpočinek“ uvedlo 57,2 %. „Rodinní příslušníci mi neposkytují tolik pomoci, kolik bych chtěl“ označilo 62,8 % dotazovaných. Vyšší stupeň zátěže by zjištěn u lidí, kteří se starali o pacienta s kognitivní poruchou. Mezi nejčastěji udávané položky, které respondenti uvedli jako zdroje zátěže, byly udávány tyto odpovědi: nedostatek času pro plnění úkolů uvedlo 87, 9 %, napětí při poskytování péče odpovědělo 78, 6 %. Péče měla vliv na zdraví u 74 % dotazovaných. Pocit celkového přetížení uvedlo 72,9 %, absence soukromého života se vyskytla u 73 % a pocity zlosti uvedlo 70,2 %. Neschopnost provádět péči déle označilo 65,6 % a pocit nejistoty, co dělat dále uvedlo 58,3 % pečovatelů (Sequeira, 2013, s. 491–499).

Cílem studie, která probíhala v České republice, bylo poukázat na psychický stav neformálních pečovatelů, kteří se starají o pacienty s tělesným nebo psychickým onemocněním. Studie se zúčastnilo 97 pečovatelů, z toho bylo 80 % žen. Věk dotazovaných se pohyboval v rozmezí 51-65 let. Hodnocení se provádělo pomocí dotazníku Burnout Measure. Bodové rozpětí se u dotazníku pohybuje v rozmezí 0-7 bodů. Kdy 1,9 a nižší je dobrý výsledek, 2-2,9 uspokojivé, 3-3,9 doporučuje se zamyslet nad smyslem života, 4-4,9 přítomen syndrom vyhoření a 5 bodů a více značí akutní stav. Z výsledků studie vyplývá, že u 30 % byl již potvrzen syndrom vyhoření. Průměrná hodnota odpovídala číslu 3,6. U 57 % došlo k zvýšení spotřeby kávy, alkoholu a cigaret. U 54 % došlo ke zhoršení zdravotního stavu a 26 % uvedlo problémy se zvládáním běžných denních aktivit. Negativní změny ve vztazích se vyskytly u 84 % pečovatelů. Pečovatelé nejčastěji uváděli hádky v rodině, neshody s osobou, o kterou pečují, omezení komunikace, rutina nebo pocit povinnosti. Pečovatelé také pociťovali nadměrné napětí, nedostatek času, psychické a fyzické přetížení a změnu ve financích. Sociální podpora byla u dotazovaných hodnocena jako nedostačující. S oporou od zdravotnických pracovníku bylo spokojeno 34 %, od přátel 23 % a od víry 23 %. Mezi rizikové faktory, identifikované pro vznik psychické zátěže patřily: délka vykonávání role pečovatele, bydlení ve společné domácnosti, zdravotní stav nemocného a doba, po kterou se starají o nemocného. Z výsledků výzkumu vyplývá že, pečovatelé jsou vystaveni psychické zátěži a její identifikace je důležitá především z hlediska prevence a poskytované podpory. Z výsledků je také patrné, že psychická zátěž je u pečovatelů velmi významná a odborníci by jí měli věnovat dostatečnou pozornost. (Jedlinská, Hlúbik a Levová, 2009, s. 27–34).

Do systematické review bylo zahrnuto 24 studií, které zkoumaly zátěž pečovatele, který se stará o pacienta po cévní mozkové příhodě. V 7 studiích se hodnotila prevalence zátěže pečovatelů. Procenta pečovatelů zažívající vysokou zátěž se pohybovala v rozmezí od 25 % do 54 %. U 8 studií bylo zjištěno, že špatné psychické zdraví, deprese, úzkost a množství poskytované péče souvisí se zvýšenou zátěží. U 3 studií byly hlášeny změny pečovatelské zátěže v průběhu času. V jedné studii po prvním měsíci pečování trpělo zátěží 25 %, po 3 měsících 28 % a po 6 měsících 37 %. Další studie uvádí, že zátěží po 2, 4 a 6 měsících trpělo 28 %, 31 % a 29 % v tomto pořadí. Třetí studie uvádí 44 % pečovatelů trpící zátěží po 6 měsících a 42 % po roce pečování. V 1 studii bylo prokázáno, že pečovatelská zátěž koreluje s psychickou morbiditou. Z výsledků studie je patrné, že zátěž pečovatele je značná a dlouhodobá péče o pacienty po cévní mozkové příhodě by měla zahrnovat identifikaci a posouzení pečovatelů (Rigby, Gubitz a Phillips, 2009, s. 286–288).

Slovenská studie zkoumala zátěž pečovatele, který pečuje o chronicky nemocného, a rozdíly v míře zátěže vzhledem k pohlaví, délky péče a věku. Studie se zúčastnilo 50 pečovatelů, z toho bylo 35 žen. Průměrný věk pečovatelů byl 50,5. Délka poskytované péče se pohybovala od 1 roku do 7 let. Péči poskytovalo z hlediska rodinných vztahů 33 dětí příjemců péče a 17 partnerů. K hodnocení zátěže byl použit Caregiver Strain Index. Dvacet dotazovaných uvedlo mírnou zátěž, 4 respondenti měli hraniční míru zátěže a vysoká zátěž byla u 26 pečovatelů. Vyšší míra zátěže byla u pacientů ve věku 61-75 let. Dále byla vyšší míra zátěže pečovatelů, kteří poskytovali péči déle než 3 roky a u životních partnerů nemocných. Význam zátěže z hlediska pohlaví nebyl potvrzen. Z výsledků studie bylo zjištěno, že péče o chronicky nemocného člověka v domácím prostředí se projevuje na psychickém i fyzickém stavu pečovatele a na sociálních vztazích (Šerfelová a Hladeková, 2010, s. 89-91).

Studie pocházející z USA zkoumala změnu fyzického i psychického stavu u pečovatelů v důsledku péče o pacienta s rakovinou plic. Studie se zúčastnilo 91 pečovatelů z toho 71 žen. Průměrný věk pečovatelů byl 58 let. Šedesát čtyři pečovatelů bylo manželem nebo manželkou příjemce péče. Výsledky studie ukázaly, že 57 % pečovatelů nemá čas na společenské aktivity s přáteli a 47 % uvedlo, že nemá čas na rodinné aktivity. Nedostatek energie uvedlo 54 % a špatnou psychickou pohodu uvedlo 62 % dotazovaných pečovatelů. Padesát devět pečovatelů není schopno se vyrovnat se stresem. U 35 % byla negativní změna fyzického zdraví a fungování v důsledku poskytování neformální péče. Nejméně byly pečováním ovlivněny vztahy s pacientem a rodinnými příslušníky a pečovatelovo sebevědomí. Studie potvrdila, že pečovatelé zažívají fyzické i psychické změny spojené s vykonáváním role pečovatele (Mosher et al., 2013, s. 53–58).

Komplexní zhodnocení příjemce péče i jeho pečovatele s využitím dostupných měřících nástrojů a stanovení ošetřovatelské diagnózy může v praxi pomoci efektivně řešit problematiku zátěže pečovatele v péči o chronicky nemocného (Šerfelová a Hladeková, 2010, s. 91). Pro pochopení toho, jak neformální pečovatelé vnímají svou situaci, je nezbytné, aby škály hodnotily různé oblasti zkušeností u pečovatele. Škály by měly obsahovat položky zaměřené na pozitivní aspekty péče. Je důležité zahrnout fyzické, psychické, emocionální, sociální a finanční aspekty péče (Persson et al., 2007, s. 189–190). Pomocí měření můžeme zhodnotit schopnost pečovatele vypořádat se s důsledky nemoci. Dále se měřením zjišťuje přání pečovatele umístit pacienta do ústavní péče a zjišťuje se i případné zneužívání nemocného. Posouzení pečovatelské zátěže se často zaměřuje na vnímání pečovatelova strádání, roli zajetí, dopad a zhoršení, které lze připsat požadavkům související s rolí

pečovatele (Erder et al., 2012, s. 474). Škály se zabývají i pozitivním dopadem pečování o nemocného, jako je pocit osobního uspokojení nebo splacený dluh (Zvěřová, 2015, s. 61). Zhodnocení zátěže pečovatele je důležité pro naplánování ošetřovatelských intervencí (Tabaková a Václaviková, 2008, s. 79). Posouzení a zmírnění zátěže může být efektivní způsob zvýšení péče o pacienty a zlepšení zdravotního stavu pacienta i pečovatele (Zhong et al., 2013, s. 1437). Dlouhodobým monitorováním fyzického i psychického stavu a zahájením preventivních opatření se může předcházet komplikacím, které může způsobit nadměrná psychická zátěž. Pokud by se v rámci screeningu a prevence psychické zátěže podařilo snížit prožívání napětí u pečovatelů, mohli by pečovatelé být více motivováni a ochotněji se starat o své příbuzné, kteří jsou závislí na pomoci od druhých. Prevence, diagnostika a léčba nadměrné psychické zátěže by mohla přispět k zachování zdraví. Neformálnímu pečovateli by měla být poskytnuta sociální podpora a prevence (Jedlinská, Hlúbik a Levová, 2009, s. 35-36). Je povinností profesionálních zdravotníků spolupracovat s pečovateli a pomáhat pečovatelům vykonávat tuto roli (Sequeira, 2013, s. 492). K profesionálům můžeme zařadit např. sestru z agentury domácí péče, která by se neměla zaměřit jen na nemocného ale i na pečovatele. Ve fázi posouzení by se měla zaměřit na vztahy v rodině, role, závislost péče, vliv společenských prvků na sebepéči. Sestra by měla zaměřit své intervence na oblasti, které pečovatelé označí jako nejvíce zatěžující (Tabaková a Václaviková, 2008, s. 84-85). Největší důraz by měl být zaměřen na poskytování adekvátní primární péče, která je nejblíže sociálnímu prostředí, ve kterém pečovatel i příjemce péče žije (Jedlinská, Hlúbik a Levová, 2009, s. 35). Vzhledem k tomu, že sestra tráví nejvíce času s pacienty a jejich rodinnými příslušníky, je ve vhodné pozici posoudit zátěž pečovatele a realizovat adekvátně zvolené intervence. Sestry by si měly uvědomit, že by měly realizovat intervence ke snížení pečovatelské zátěže (Honea et al., 2008, s. 507-508). Aby péče o nemocného neznamenala velkou zátěž, je zapotřebí poskytnout pečovateli pomoc. Pomoc může být realizována prostřednictvím rodiny, blízkých přátel, sousedů, spolupracovníků a profesionálů. Zajištěním kompenzačních pomůcek, které podpoří sebepéči pacienta, se může snížit pečovatelská zátěž. Komunikace s ostatními členy rodiny a vytvoření harmonogramu pomoci, může vytvořit dostatek času pro pečovatele (Tabaková a Václaviková, 2008, s. 84–85). Zdravotnické a sociální organizace by měli věnovat zvláštní pozornost nejen seniorům, ale také rodinám a nabídnout jim podporu a rady (Mosquera et al., 2015, s. 1060). Je zřejmé, že péče o pečovatele je jednou z možností, která může zajistit standard kvality poskytované péče a zachování zdraví a pohody u příjemce péče i pečovatele (Sequiera, 2013, s. 492). Uvědomit si případnou zátěž spojenou s péčí o blízkou osobu, která zkoumá

podmínky spojené s rolí pečovatele, je velmi důležité. (Honea et al., 2008, s. 508). Zdá se, že je zde nedostatek systematické strukturované podpory ze zdravotnických organizací zaměřených na neformální pečovatele (Sequiera, 2013, s. 492). Je zapotřebí se zaměřit na potíže a potřeby neformálních pečovatelů, zhodnotit jejich aktuální stav a reagovat na něj (Jedlinská, Hlúbik a Levová, 2009, s. 29).

3 VYBRANÉ MĚŘÍCÍ NÁSTROJE HODNOTÍCÍ ZÁTĚŽ PEČOVATELE

Zátěž pečovatele může být měřena například polostrukturovaným rozhovorem, nebo evaluačními škálami, které obsahují specifické otázky zabývající se dopadem na roli pečovatele. Zátěž je definována jako dopad na fyzickou, psychickou, sociální a finanční oblast života pečovatele (Zvěřová, 2015, s. 61). V důsledku toho byly vyvinuty nástroje s účelem posoudit dopad nemoci a léčby na jejich život a celkovou pohodu (Shilling et al., 2016, s. 1859). Objektivní měření zátěže pečovatele se skládá z proměnných, jako je počet hodin, během kterých se starají o nemocného, počet úkolů, které provádějí. Výhodou objektivního měření je to, že jsou méně ovlivnitelné pocity pečovatele. Objektivní měření jsou často krátká, snadno se provádějí a identifikují konkrétní oblast pro zvolení vhodné intervence. Nevýhodou zhodnocení jen objektivní zátěže je, že dopad poskytování péče na život pečovatele neposuzuje. Zhodnocení jen jedné složky zátěže pečovatele nemusí přesně identifikovat zátěž a může být přehlédnuta oblast, která způsobuje pečovateli větší zátěž. Subjektivní měření pečovatelské zátěže se zabývá emocionálním strádáním, které působí na pečovatele v důsledku poskytování péče. Subjektivní měření zátěže lze považovat za přesnější znázornění emocionální reakce, které souvisí s poskytováním péče, a to zejména s rozvojem depresivních symptomů. Objektivní i subjektivní zátěž se v průběhu času často mění v důsledku změn v nárocích péče. Byly vyvinuty nástroje, které hodnotí současně objektivní i subjektivní zátěž pečovatele (Honea et al., 2008, s. 508–509).).

Zarit Burden Interview (ZBI) je škála, která byla vytvořena v osmdesátých letech 20. století. Původně obsahovala 29 otázek, ale o několik let později, v devadesátých letech, byla škála zkrácena na standardní verzi s 22 položkami. Jedná se o hodnotící nástroj, který posuzuje subjektivní zátěž pečovatele. Jednotlivé otázky jsou zaznamenávány na 5 bodové Likertově stupnici, kdy 0 znamená nikdy, 1 vzácně, 2 někdy, 3 často, 4 téměř vždy (Ballesteros et al., 2012, s. 1141). Hodnoty 0–21 označují žádnou nebo minimální zátěž. Rozmezí 21–40 bodů je mírná až střední zátěž, 41–60 bodů značí střední až těžkou zátěž a hodnoty od 61 do 88 signalizují těžkou zátěž (Zvěřová, 2015 s. 62). Jednotlivé otázky jsou zaměřené na fyzickou, psychickou, sociální a finanční oblast života pečovatele (Tabaková a Václaviková, 2008, s. 81). Škála obsahuje například otázky: „Máte pocit, že byste měl pro svého příbuzného dělat více?“, „Přejete si, abyste mohl přenechat péči o svého příbuzného někomu jinému?“ (Bachner a O’Rourke, 2007, s. 679). Pacient odpovídá i na otázky o pocitech nedostatku volného času, pocitu nejistoty, zlosti a napětí (Zvěřová, 2015, s. 62).

Škála se nejčastěji využívá k hodnocení zátěže pečovatele u pacientů s demencí. Používá se i k hodnocení zátěže pečovatele v paliativní péči, srdečního selhání, poškození mozku nebo schizofrenie. Jedná se o nejčastěji používanou škálu k hodnocení zátěže pečovatele (Ballesteros, et al., 2012, s. 1141). Existuje i česká verze ZBI. Jedná se o Test hodnocení pečovatelské zátěže pro rodinné pečující od Topinkové. Tento měřící nástroj je překladem původní verze ZBI s drobnými jazykovými úpravami ale bez výrazné modifikace. Validita české verze dotazníku byla potvrzena i v kulturně odlišných podmínkách České republiky (Tabaková a Václaviková, 2008, s. 81).

Ve studii, která se zabývala reliabilitou ZBI, bylo v databázích dohledáno 138 studií, u kterých byly dostupné informace o reliabilitě škály. U 68 studií (49,3 %) byla použita standardní 22 položková ZBI. Dále byla u 10 % použita 29 položková škála, 4 studie obsahovaly 22 i 29 položek a u zbylých studií byly použity zkrácené verze ZBI. Šedesát jedna procent studií se zabývalo pečovateli, kteří se starali o pacienty s Alzheimerovou chorobou nebo o pacienty s jinými formami demence. Průměrný věk příjemců péče byl 73,64 a průměrný věk pečovatelů byl 59,98. Z výsledků studie vyplynulo, že škála s 22 položkami má spolehlivost 0,90, Škála s 29 položkami má spolehlivost 0,86 a zkrácené verze ZBI mají spolehlivost 0,81. ZBI s 22 položkami je nespolehlivější škála k hodnocení zátěže pečovatele (Bachner a O'Rourke, 2007, s. 678–683). Studie zaměřená na posouzení zátěže pečovatele zkoumala použití ZBI u vzorku 80 pečovatelů, starající se o pacienty s Parkinsonovou nemocí. ZBI ukázala nejlepší spolehlivost 0,93 a platnost ve vztahu s počtem pečujících hodin, náladou a fází Parkinsonovy choroby (Martinez-Martin, Rodriguez-Blazquez a Forjaz, 2012, s. 223). Systematický review, který probíhal v Belgii, byl zaměřen na popsání dostupných nástrojů pro posouzení zátěže pečovatele a na určení přijatelného a vhodného nástroje. Bylo zjištěno, že ZBI je nejčastěji používaný nástroj pro posouzení zátěže pečovatele v této studii. Škála byla citována v 1081 studiích na Medlinu. ZBI je mnohorozměrný validní nástroj, který se snadno používá. Byl přeložen do 18 jazyků. Vnitřní konzistence škály byla 0,85 (Durme et al., 2012, s. 499).

Systematický review, pocházející ze Švýcarska, zkoumal měřící nástroje používané u neformálních pečovatelů. Nejčastěji používaný nástroj k hodnocení zátěže pečovatele byl ZBI. Byl dohledán v 34 studiích. Nejčastěji ve studiích ze Španělska, USA, Brazílie a Portugalska. ZBI má dobrou spolehlivost i platnost. Reliabilita se pohybovala v rozmezí od 0,83-0,93. Test-retest, který zkoumal škálu ZBI při opakovaném měření u stejného vzorku, byl zaznamenán u dvou studií. Jednou byl 0,86 a podruhé 0,88 (Mosquere et al., 2015, s. 1059-1071). Švédská studie se zabývala posouzením psychometrických vlastností ZBI

a jejími modifikovanými zkrácenými verzemi u pacientů s Parkinsonovou chorobou (PN). Studie se zúčastnilo 66 respondentů z toho 46 žen. Celkem 63 pečovatelů bylo partnery nemocného. Z výsledků studie vyplývá, že 22 položková ZBI měla reliabilitu 0,95. Validita korelovala s délkou trvání PN (0,43) a se skórem soběstačnosti pacienta hodnoceného pomocí ADL (0,50). Negativní korelace byla nejvyšší u psychického zdraví -0,69 a u sociální oblasti -0,69. U ZBI-12 byla reliabilita 0,93 a validita korelovala s délkou trvání PN 0,41 a s ADL 0,42. Negativní korelace byla nejvyšší u psychického zdraví -0,69 a také u sociální oblasti -0,66. Studie doporučuje škály ZBI-22 a ZBI-12 pro hodnocení zátěže pečovatele s Parkinsonovou chorobou (Hagell et al., 2017 s. 272-277).

Cílem studie, která probíhala v Londýně, bylo zhodnotit zkrácené verze ZBI. Mezi zkrácené verze, které byly zkoumány v této studii, patřily ZBI-12, ZBI-8, ZBI-7, ZBI-6, ZBI-4 a ZBI-1 v porovnání se standardní verzí ZBI s 22 položkami. Do studie bylo zahrnuto 451 neformálních pečovatelů. Z toho 105 lidí pečovalo o pacienty v pokročilém stádiu rakoviny, 131 lidí se staralo o pacienty s demencí a dalších 215 účastníků studie pečovalo o lidi se získaným poškozením mozku. Většina pečovatelů byly ženy v 81 % u získaných poškození mozku, 72 % u pečujících o lidi s rakovinou a 72 % u pečovatelů o lidi s demencí. Ve studii bylo zjištěno, že ZBI s 22 položkami měla nejvyšší reliabilitu mezi všemi diagnostickými skupinami, a to v rozmezí od 0,88 do 0,93. Nejlepší reliabilita byla u pacientů se získanými poškozeními mozku. U ZBI-12 byla reliabilita napříč zkoumanými skupinami od 0,85 do 0,89. Třetí v pořadí byla ZBI-7 kde se reliabilita pohybovala od 0,82 do 0,90. Senzitiva 92 % a specifita 94 % byla u ZBI-12. Naopak nejhůře na tom byla ZBI-4 se senzitivitou 88 % a specifitou 85 %. Nejlepší vlastnosti ze zkrácených verzí ZBI měla ZBI-12 a nejhůře na tom byly zkrácené verze ZBI-4 a ZBI-1 (Higginson et al., 2010, s. 535–541).

Caregiver Reaction Assessment (CRA) je škála, která byla vyvinuta v devadesátých letech 20. století s cílem posoudit zátěž pečovatele. Skládá se z pěti podškál, které identifikují pozitivní i negativní zkušenosti při poskytování péče nemocnému (Persson et al., 2008, s. 191). Původně byla CRA vyvinuta pro pacienty s tělesným postižením a pro pacienty s Alzheimerovou demencí. Škála se dá využít i pro hodnocení zátěže v paliativní péči (Hudson et al., 2010, s. 663). CRA obsahuje 24 otázek. První subškála, která obsahuje 5 otázek, je zaměřena na dopad na práci. Hodnotí se zde, do jaké míry poskytování péče narušuje činnosti pečovatele. Druhá podstupnice je zaměřena na finanční oblast. Nachází se zde 3 otázky zaměřené na dopad poskytování péče na finanční situaci pečovatele. Hodnotí se zde, jak je ovlivněna pečováním finanční situace v rodině. Pět otázek se zabývá podporou

od rodiny, kde se hodnotí, do jaké míry pomáhají ostatní členové rodiny pečovateli s péčí o blízkou osobu. V další oblasti se hodnotí dopad na zdraví. V této subškále je obsaženo 5 položek, které se zabývají zdravím pečovatele a elánem ve vztahu k poskytování péče. V poslední, páté subškále, která je zaměřena na úctu, se nachází 7 otázek zabývajících se pocity radosti, odměnami, odporu (Persson et al., 2008, s. 191). Škála se hodnotí na pětibodové Likertově stupnici od 1 do 5. Kdy 1 znamená zcela nesouhlasím a 5 zcela souhlasím (Post el al., 2007, s. 1051). Vyplnění trvá přibližně 10 minut. Vnitřní konzistence škály se pohybuje v rozmezí 0,8-0,9 (Shilling et al., 2016, s. 1869). V systematickém review, který se zabýval měřícími nástroji používanými k posouzení dopadu na neformální pečovatele, bylo dohledáno 79 studií. Z výsledků studie bylo zjištěno, že reliabilita subškál u CRA zaměřených na dopad na zdraví, finance a činnosti byla 0,87 a nejnižší 0,83 byla u subškály zaměřené na podporu od rodiny (Mosquera et al., 2016, s. 1069).

Caregiver Strain Index (CSI) je další škálou používanou k hodnocení zátěže pečovatele. Byla vytvořena v osmdesátých letech 20. Století (Šerfelová, 2011, s. 30). Původně byla vytvořena pro hodnocení zátěže u starých lidí s tělesným nebo funkčním postižením. Škála se dá využít i u pečovatelů, kteří se starají o pacienta v paliativní péči (Hudson et al., 2010, s. 662). CSI obsahuje 13 otázek, na které se odpovídá ano či ne. Za každou kladnou odpověď je přičítán bod. Skóre vyšší než 7 bodů signalizuje vysoký stupeň zátěže (Šerfelová, 2011, s. 30). Škála se zaměřuje na posouzení pečovatele v oblasti zaměstnání, finanční situace, fyzického a sociálního stavu a času (Honea et al., 2008, s. 509). Zátěž je posuzována ve třech oblastech. První oblast je zaměřena na objektivní zátěž, která omezuje konkrétní aspekty života pečovatele. Patří sem například omezení soukromí, rekreačních aktivit, času pro přátele a příbuzné. Druhá oblast identifikuje subjektivní zátěž. Například přehnané požadavky ze strany příjemce péče, pokusy příjemce péče manipulovat s pečovatelem. Třetí oblast charakterizuje psychickou zátěž. Otázky jsou zaměřené na výskyt stresu vyplívajícího ze vztahu mezi příjemcem a pečovatelem, pocity úzkosti a deprese. Reliabilita dotazníku je 0,86 (Šerfelová a Hladeková, 2010, s. 90).

Studie, která probíhala v Nizozemsku, zkoumala opakovatelnost měření u škál CSI a CRA. Do zkoumaného vzorku bylo zahrnuto 26 pacientů po cévní mozkové příhodě (CMP). Z toho 17 pacientů po ischemické CMP, 4 po intracerebrálním krvácení a 5 po subarachnoideálním krvácení. Mezi neformální pečovatele, kteří se starali o pacienty po CMP, patřili partneři, z toho 15 bylo žen. Průměrný věk pečovatelů byl 55,9 let. Shoda u škál byla měřena pomocí ICC (Intraclass Corelation), což je nástroj pro měření shody mezi dvěma posuzovateli. ICC nižší než 0,75, bylo považováno za nevyhovující. Z výsledků studie

bylo zjištěno, že CSI měla dobrou shodu (>0,80) u 11 ze 13 položek. Zbývající dvě položky měly shodu neparně pod požadovanou hranici. Položka zaměřená na finanční zátěž měla shodu 0,24. ICC z celkového skóre u CSI bylo vynikající, a to 0,93. U CSI nebyl zjištěn žádný významný rozdíl mezi prvním a druhým měřením. U CRA byla shoda u 19 z 24 položek. Opakovatelnost byla nespolehlivá u 4 položek v subškále zaměřené na sebeúctu. Shoda byla nízká u subškály zaměřené na podporu od rodiny 0,67 a u subškály zaměřené na sebeúctu byla shoda 0,58. Škála CSI ukázala dobrou opakovatelnost (Post et al., 2007, s. 1051–1053).

Studie, která probíhala v Nizozemsku, byla zaměřena na škálu Caregiver Strain Index Expanded a její psychometrické vlastnosti. Caregiver Strain Index Expanded je rozšířená verze CSI, která obsahuje 18 položek oproti CSI, která se skládá ze 13 otázek. Položky u rozšířené verze škály jsou zaměřeny na pozitivní zkušenosti pečovatelů. Otázky, které byly přidány: dostatek času pro sebe, příjemce si váží péče, radost z pečování, péče je důležitá a zvládám péči dobře. U původní verze CSI se za kladnou odpověď přičítá bod. U rozšířené verze s pozitivními aspekty pečování se odečítá -1 bod. Takže se odečítá jeden bod od celkového skóre. Hodnocení škály se pohybuje v rozmezí od -5 do 0. Do studie bylo zahrnuto 173 lidí, kteří pečovali o své partnery po cévní mozkové příhodě. Z výsledků studie vyplývá, že reliabilita u CSI byla 0,83. U Caregiver Strain Index Expanded s 18 položkami byla reliabilita 0,82 a samotná pozitivní subškála s 5 položkami měla velmi nízkou reliabilitu jen 0,51. Přidáním 5 položek s pozitivními aspekty péče se nezlepšují psychometrické vlastnosti CSI (Kruithof, Post a Visser-Meily, 2015, s. 1224–1232).

Caregiver Burden Inventory (CBI) je 24 položkový dotazník k posouzení vnímání pečovatelské zátěže. CBI je rozdělen do 5 subškál. První subškála se zabývá časovým omezením, další subškály se vztahují k únavě a somatickým zdravotním problémům (Sinforiani et al., 2010, s. 206). Například obsahuje položku:“ Já nemám dostatek spánku“, „Očekával jsem, že věci v mém životě budou odlišné“ (Gelkopf a Roe, 2014, s. 157). Čtvrtou subškálou je sociální zátěž, která se vztahuje ke konfliktům v práci a v rodině vyplívající z role pečovatele. Pátá subškála se zabývá emocionální oblastí, kde jsou hodnoceny pocity směrem k pacientovi, například stud a rozpaky. Každá položka je ohodnocena na 5 bodové Likertově stupnici v rozmezí 0 (vůbec ne) do 4 (velmi mnoho). Čím je vyšší počet bodů, tím je větší zátěž (Sinforiani et al., 2010, s. 206). Reliabilita jednotlivých subškál 1-5 byla nejvyšší u oblasti zaměřené na posouzení fyzického zdraví 0,86. Nejnižší reliabilita 0,73 byla u subškály hodnotící dopad na sociální oblast života pečovatele (Gelkopf a Roe, 2014, s. 157). Reliabilita byla nad 0,80 (Mosquera et al., 2015, s. 1069).

Cost of Care Index (CCI) je škála, která byla vyvinuta v osmdesátých letech 20. století pro posouzení zátěže pečovatele. Škála byla navržena tak, aby posoudila omezení vyplývající z potřeb nemocného, fyzické i psychické důsledky poskytované péče. CCI obsahuje 20 položek rozdělených do 5 oblastí po 4 otázkách. První oblast je zaměřena na osobní a společenské omezení z důvodu vykonávání role pečovatele. Druhá subškála je zaměřena na fyzické a psychické problémy pečovatele. Dále se škála zabývá oceněním poskytované péče, vnímáním péče příjemcem a finanční stránkou. CCI obsahuje například položky:“ Mám pocit, že péče o mého příbuzného negativně ovlivnila můj život.“ Každá otázka se hodnotí na 4 bodové stupnici, od rozhodně souhlasím, po rozhodně nesouhlasím. Reliabilita škály byla 0,91 (Gelkopf a Roe, 2014, s. 158).

Caregiver Burden Scale (CBS) je škála, která byla vytvořena v devadesátých letech 20. století k hodnocení zátěže (Gelkopf a Roe, 2014, s. 159). Škála byla vyvinuta pro rodinné pečovatele, kteří se starají o pacienty po cévní mozkové příhodě. Obsahuje 22 položek (Hudson et al, 2010, s. 662). Jednotlivé otázky jsou zaznamenávány 4 bodové stupnici od 0 (vůbec ne) do 4 (často). Skládá se z pěti subškál. První subškálou, která obsahuje 8 otázek, je zaměřena na celkovou zátěž. Tři otázky jsou zaměřeny na izolaci. Třetí subškála se v 5 otázkách zabývá zklamáním. Tři otázky se vztahují k emocím a další 3 otázky se zabývají prostředím. Reliabilita jednotlivých subškál byla nejvyšší u oblasti zaměřené na celkovou zátěž 0,87. Poslední subškála zaměřená na prostředí měla nejnižší reliabilitu 0,53 (Gelkopf a Roe, 2014, s. 159). Reliabilita škály byla 0,92 (Hudson et al., 2010, s. 662).

Burden Assessment Scale (BAS) je měřící nástroj, který byl vyvinut v devadesátých letech 20. století pro posouzení objektivní i subjektivní zátěže pečovatele. Škála byla vyvinuta v USA pro pečovatele, kteří poskytují péči dospělým osobám s duševními onemocněními (Gelkopf a Roe, 2014, s. 158). Škála obsahuje 19 otázek a každá odpověď je ohodnocena na stupnici od 1 do 4 bodů (Durme et al., 2012, s. 496). Měřící nástroj je rozdělen do dvou subškál. První se zabývá hodnocením subjektivní zátěže. Čtyři otázky jsou zaměřeny na osobní tíseň, 3 otázky na čas, 3 otázky na vinu. Druhá subškála je zaměřena na hodnocení objektivní zátěže. Šest otázek je zaměřeno na narušující aktivity, 2 položky na sociální oblast a 1 položka na finance. Reaguje na změnu zátěže po 6 měsících ambulantní péče (Gelkopf a Roe, 2014, s. 158). Reliabilita škály je 0,91 (Durme et al., 2012, s. 496).

Caregiver Hassles Scale (CHS) je 42 položková škála, která je nevržena tak, aby posoudila každodenní potíže spojené s péčí o členy rodiny s demencí. Denní potíže jsou spojeny s poskytováním pomoci při běžných denních aktivitách života. Rodinní pečovatelé označí, k jakým událostem došlo během minulého týdne a jak mnoho potíží jim to způsobilo.

Jednotlivé otázky jsou hodnoceny od 1 (nebylo) do 4 (velkou). Součet bodů u CHS se může pohybovat v rozmezí od 0-42 bodů. Vyšší skóre značí větší zátěž. Reliabilita škály byla 0,83 a vnitřní konzistence byla 0,91 (Neville a Byrne, 2008, s. 160).

Montgomery's Burden Scale je škála, která byla vyvinuta v osmdesátých letech 20. století k posouzení objektivní i subjektivní zátěže pečovatele. Obsahuje 22 položek, které se hodnotí na 5 bodové Likertově stupnici. Škála je rozdělena na dvě subškály. První se v 9 otázkách zabývá objektivní zátěží. Zbylých 13 otázek se zabývá subjektivní zátěží. Škála měří rozsah, v jakém aktivity spojené s pečováním ovlivnily určité oblasti života pečovatele. Měří postoje a pocity pečovatele. Například obsahuje položku:" Cítím, že nedělám tolik pro příjemce, jak bych měl." Spolehlivost u hodnocení objektivní zátěže je 0,85 a u subjektivní je 0,86 (Gelkopf a Roe, 2014, s. 157).

Sceen for Caregiver Burden (SCB) je škála, která byla vytvořena v osmdesátých letech 20. století. Obsahuje 25 položek, které se zaznamenávají na 5 bodové Likertově stupnici. SCB je rozdělena na dvě subškály, které se zabývají hodnocením objektivní a subjektivní zátěže (Gelkopf a Roe, 2014, s. 158). Jednotlivé položky se zabývají chováním, obavami, emocionálním stavem, sociální oblastí, financemi a fyzickým stavem. Reliabilita škály byla 0,89. Test-retest reliability, který zkoumá opakovatelnost měření SCB u stejného vzorku, byl 0,78 (Mosquera et al., 2015, s. 1068). Reliabilita škály pro objektivní zátěž byla 0,85 a pro subjektivní 0,88 (Gelkopf a Roe, 2014, s. 158).

Appraisal of Caregiving Scale (ACS) je škála, která byla vytvořena v osmdesátých letech 20. století s cílem posoudit zátěž pečovatelů. Skládá se z pěti subškál, které obsahují 72 položek. Subškály jsou zaměřeny na újmy, ztráty, výzvy, ohrožení a výhody (Honea, 2008, s. 509). Otázky se zabývají úkoly a povinnostmi pečovatele, vztahy a podporou, dopadem na životní styl, vlivem na jejich fyzické psychické zdraví a celkově na dopad na osobu. Každá položka je ohodnocena na 5 bodové Likertově stupnici v rozmezí od velmi nepravdivé po pravdivé. Reliabilita škály byla v rozmezí od 0,72–0,91 (Gelkopf a Roe, 2014, s. 160).

Caregiver-Perceived Burden Questionnaire (CPBQ) je nová škála vyvinutá pro posouzení vnímání zátěže pečovatele, který se stará o pacienta se středně těžkou a těžkou formou Alzheimerovy nemoci. Dotazník je rozdělen na dvě části. První oblast se zabývá posouzením pacienta a druhá se zabývá posouzením pečovatele. Cílem této nové škály je nejen zachytit pečovatelskou zátěž, ale i spojit změny pacientových funkcí ve vztahu k zátěži. Škála obsahuje 30 položek. U oblasti zaměřené na posouzení pacienta obsahuje například položky:" Odpovědět na otázku," Potíže s pochopením toho, co se říká," Předvídat a připravit další činnosti." Otázky zaměřené na posouzení pečovatele obsahují položky zaměřené

na psychické, fyzické zdraví, společenské aktivity a schopnost fungovat doma. Studie zkoumala škálu CPBQ a její psychometrické vlastnosti u pečovatelů, kteří se starali o pacienty se středně těžkou a těžkou formou demence. Z výsledků studie vyplývá, že škála měla reliabilitu u oblasti zaměřené na posouzení pacienta 0,89 a u posouzení pečovatele 0,83. Shoda byla nízká u subškály zaměřené na pečovatele. ICC bylo 0,58. CPBQ představuje inovativní způsob měření zátěže pečovatele. Nástroj je navržen tak, aby zachytil vztah mezi zátěží pečovatele a úrovní fungování pacienta. Studie doporučuje CPBQ pro hodnocení zátěže pečovatele. Má odpovídající psychometrické vlastnostmi k měření zátěže pečovatele (Erder et al., 2012, s. 474-482).

Parkinson's Disease Caregiver Burden Questionnaire (PDCB) je nový dotazník, který byl vyvinut pro přesnější posouzení zátěže pečovatele u Parkinsonovy choroby. Škála obsahuje 20 otázek, které se hodnotí na 5 bodové Likertově stupnici od 0 (zcela nesouhlasím) do 4 (zcela souhlasím). Obsahuje 7 subškál. První se zabývá fyzickou zátěží a obsahuje otázky zaměřené na zranění, a jak vnímají pečovatelé své fyzické schopnosti při pomáhání s běžnými denními aktivitami. Druhá oblast je zaměřena na spánek, kde se hodnotí frustrace a vyčerpání narušující spánek. Ve třetí oblasti se hodnotí pacientovy symptomy jako je bradykineze a deprese. Dále je škála zaměřena na povinnosti. Sem spadají otázky zaměřené na to, jak se pečovatelé vyrovnávají s novou pečovatelskou rolí. Další subškála se zabývá podáváním léků pacientovy. Sociální oblast je zaměřena na narušení společenských aktivit a výletů. Poslední oblast se zabývá účinkem péče na vztahu pečovatele s pacientem a vlastních touhách. Vyplnění dotazníku trvá přibližně 5 až 10 minut. Studie se zabývala škálou PDCB a jejím cílem bylo posoudit platnost škály. Výzkumu se zúčastnilo 50 pečovatelů, z toho bylo 38 žen. Měření probíhalo pomocí PDCB s porovnáním se škálou Caregiver Burden Inventory (CBI). Z výsledků studie vyplývá, že reliabilita škály je 0,86. Vztah mezi jednotlivými položkami a celkovým skóre škály byl vysoký až na položky 1 a 2, které se zabývaly fyzickou zátěží. PDCB je spolehlivý nástroj pro měření zátěže pečovatele a platnost byla potvrzena i s vysokou korelací se škálou CBI. Studie doporučuje, aby položky s nízkou korelací byly odstraněny a probíhaly další studie u většího vzorku respondentů. (Zhong et al., 2013, s. 1138-1140).

4 VÝZNAM A LIMITACE DOHLEDANÝCH POZNATKŮ

Poskytování neformální péče blízké osobě, která potřebuje pomoc od druhých, je častý model péče, jelikož přibývá stále více starých lidí, kteří potřebují celodenní péči. Naše společnost i sestry by se neměly zaměřovat jen na příjemce péče ale i na pečovatele. Mnoho lidí, kteří se starají o své blízké, neznají možné dopady poskytování péče. Ze studií vyplývá, že dopad poskytování péče má vliv na fyzické i psychické zdraví a omezuje pečovatele i v sociální sféře. V České republice chybí systematický přístup k posouzení zátěže pečovatele. Zhodnocením pečovatele pomocí škál se může identifikovat fyzická i psychická zátěž a předcházet tak zdravotním komplikacím. Je podstatné zhodnotit všechny oblasti, které mohou vyvolávat zátěž. Zhodnocením jen objektivní zátěže se může přehlédnout oblast, která vyvolává pečovateli větší zátěž. Následné zahájení intervencí ke snížení pečovatelské zátěže může zlepšit kvalitu života pečovatele. Pomocí škál se může zjistit i případné zneužívání nemocného a můžeme se dozvědět i to, zda pečovatel neuvažuje o institucionalizaci nemocného. V České republice je nedostatek systematické strukturované podpory ze zdravotnických organizací zaměřených na neformální pečovatele. Je zapotřebí se zaměřit na potíže a potřeby neformálních pečovatelů, zhodnotit jejich aktuální stav a reagovat na něj. Byl dohledán jen jeden nástroj pro hodnocení zátěže pečovatele, který byl přeložen do českého jazyka, a byla ověřena jeho validita. Mělo by být k dispozici více validovaných škál v našich podmínkách a mělo by se zvýšit i jejich využívání, které slouží k prevenci a diagnostice zátěže. Studie na hodnocení zátěže pečovatele v České republice by měly být prováděny u většího počtu respondentů. Další studie by měly být zaměřeny na porovnání jednotlivých škál. Dále by se výzkumy měly zaměřit na využívání škál v naší populaci a validitu v našich podmínkách.

ZÁVĚR

Přehledová bakalářská práce prezentuje dohledané publikované poznatky o hodnocení zátěže pečovatele. Prvním cílem bylo předložit dohledané publikované poznatky o zátěži pečovatele. Pečovatelé se někdy snažit poskytovat péči na úkor svého vlastního zdraví, což vyvolává u pečovatelů zátěž. Důležité je věnovat pozornost nejen nemocnému ale tomu, kdo o něj pečuje. Zátěž je nežádoucím jevem, kterému je nutné předcházet. Pečovatelé zažívají úzkost, únavu, sociální izolaci, nemají dostatek času na rodinu a práci. Zhoršuje se jejich psychický i fyzický stav a mají ekonomické problémy. V studiích bylo dohledáno, že pečování se u pečovatelů podepisuje na jejich celkovém fyzickém zdraví. Byla hlášena zvýšená únava a příjem alkoholu a riziko vzniku deprese. Pečování se dotýká i soukromého života. Pečovatelé mohou také vykazovat negativní postoj k příjemci péče. Prožívají napětí a mají rozporuplné pocity hněvu, studu. Komplexním zhodnocením pečovatele s využíváním dostupných měřících nástrojů můžeme v praxi efektivně řešit problematiku zátěže pečovatele. Péče o pečovatele je jednou z možností, která může zajistit standard kvality poskytované péče a zachování zdraví a pohody u pečovatele.

Druhým cílem přehledové bakalářské práce bylo předložit dohledané publikované poznatky o vybraných měřících nástrojích hodnotící zátěž pečovatele. K hodnocení zátěže pečovatele existuje celá řada hodnotících nástrojů. Hodnotí pečovatele z hlediska fyzického, psychického, sociálního i finančního dopadu zátěže na pečovatele. Mezi nejběžněji používané nástroje patří Zarit Burden Interview, Caregiver Strain Index, Caregiver Reaction Assessment a Caregiver Burden Inventory. Mezi nejčastěji používaný nástroj s adekvátními psychometrickými vlastnostmi patří škála Zarit Burden Interview, která posuzuje subjektivní zátěž pečovatele. Škála je spolehlivá a validní. Byla přeložena do 18 jazyků. Škála byla doporučena i pro hodnocení zátěže pečovatele u Parkinsonovy nemoci. Pro posouzení zátěže pečovatele je nejlepší 22 položková verze ZBI. Existuje i česká verze ZBI. Jedná se o Test hodnocení pečovatelské zátěže pro rodinné pečující od Topinkové.

První i druhý cíl přehledové bakalářské práce byl splněn. Byly předloženy dohledané publikované poznatky o zátěži pečovatele a o vybraných měřících nástrojích.

Přehledová bakalářská práce může sloužit sestrám ve zdravotnictví jako přehled škál, které se využívají k hodnocení zátěže pečovatele. Mohou zvolit vhodný nástroj s adekvátními psychometrickými vlastnostmi, který bude hodnotit objektivní i subjektivní zátěž pečovatele. Práce může sloužit i ke zvýšení povědomí o problematice zátěže pečovatele a uvědomění si rizik a důležitosti hodnocení zátěže pečovatele.

REFERENČNÍ SEZNAM

BACHNER, Y. G. a N. O'ROURKE. 2007. Reliability generalization of responses by care providers to the Zarit Burden Interview. *Aging & Mental Health* [online]. **11**(6), 678–685 [cit. 19. 2. 2017]. ISSN 1360-7863. DOI: 10.1080/13607860701529965. Dostupné z: http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13607860701529965

BALLESTEROS, J. et al. 2012. Unidimensional 12-Item Zarit Caregiver Burden Interview for the Assessment of Dementia Caregivers' Burden Obtained by Item Response Theory. *Value in Health* [online]. **15**(8), 1141–1147 [cit. 19. 2. 2017]. ISSN 10983015. DOI: 10.1016/j.jval.2012.07.005. Dostupné z: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1098301512017032

DURME, T. et al. 2012. Tools for measuring the impact of informal caregiving of the elderly: A literature review. *International Journal of Nursing Studies* [online]. **49**(4), 490-504 [cit. 27. 3. 2017]. ISSN 00207489. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2011.10.011. Dostupné z: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0020748911004081

ERDER, M. H. et al. 2012. A New Measure of Caregiver Burden in Alzheimer's Disease. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*® [online]. **27**(7), 474–482 [cit. 27. 3. 2017]. ISSN 1533-3175. DOI: 10.1177/1533317512456449. Dostupné z: http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1533317512456449

GELKOPF, M. a D. ROE. 2014. Evaluating Outcome Domains Assessing Caregivers of Individuals with Mental Illness: A Review. *Family Process* [online]. **53**(1), 150–174 [cit. 19. 2. 2017]. ISSN 00147370. DOI: 10.1111/famp.12056. Dostupné z: http://doi.wiley.com/10.1111/famp.12056

GIRGIS, A. et al. 2013. Physical, Psychosocial, Relationship, and Economic Burden of Caring for People With Cancer: A Review. *Journal of Oncology Practice* [online]. **9**(4), 197–202 [cit. 19. 2. 2017]. ISSN 15547477. DOI: 10.1200/JOP.2012.000690.

HAGELL, P. et al. 2017. Assessment of Burden Among Family Caregivers of People With Parkinson's Disease Using the Zarit Burden Interview. *Journal of Pain and Symptom Management* [online]. **53**(2), 272–278 [cit. 28. 3. 2017]. ISSN 08853924. DOI:

10.1016/j.jpainsymman.2016.09.007. Dostupné z: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0885392416307618

HIGGINSON, I. J. et al. 2010. Short-form Zarit Caregiver Burden Interviews were valid in advanced conditions. *Journal of Clinical Epidemiology* [online]. **63**(5), 535–542 [cit. 19. 2. 2017]. ISSN 08954356. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2009.06.014. Dostupné z: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0895435609002273

HONEA, N. J. et al. 2008. Putting Evidence Into Practice®: Nursing Assessment and Interventions to Reduce Family Caregiver Strain and Burden. *Clinical Journal of Oncology Nursing* [online]. **12**(3), 507–516 [cit. 19. 2. 2017]. ISSN 1092-1095. DOI: 10.1188/08.CJON.507-516. Dostupné z: http://cjon.ons.org/cjon/12/3/putting-evidence-practice®-nursing-assessment-and-interventions-reduce-family-caregiver

HUDSON, P. L. et al. 2010. A systematic review of instruments related to family caregivers of palliative care patients. *Palliative Medicine* [online]. **24**(7), 656–668 [cit. 28. 3. 2017]. ISSN 0269-2163. DOI: 10.1177/0269216310373167. Dostupné z: http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269216310373167

JEDLINSKÁ, M., P. HLÚBIK a J. LEVOVÁ. 2009. Psychická zátěž laických rodinných pečujících. *Profese on-line* [online]. **2**(1), 27–38. ISSN 1803-4330. Dostupné z: http://profeseonline.upol.cz/

KOLEGAROVÁ, V. a R. ZELENÍKOVÁ. 2011. Hodnocení definujících charakteristik ošetřovatelské diagnózy Přetížení pečovatele. *Ošetřovatelství a porodní asistence* [online]. **2**(4), 282-287 [cit. 19. 2. 2017]. ISSN 1804-2740. Dostupné z: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2011–04/1%20_kolegarova_zelenikova.pdf

KRUITHOF, W. J., M. POST a J. VISSER-MEILY. 2015. Measuring negative and positive caregiving experiences: a psychometric analysis of the Caregiver Strain Index Expanded. *Clinical Rehabilitation* [online]. **29**(12), 1224–1233 [cit. 19. 2. 2017]. ISSN 0269-2155. DOI: 10.1177/0269215515570378. Dostupné z: http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269215515570378

MARTINEZ-MARTIN, P., C. RODRIGUEZ-BLAZQUEZ a M. J. FORJAZ. 2010. Quality of life and burden in caregivers for patients with Parkinson's disease: concepts, assessment and related factors. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research* [online]. **12**(2), 221-230 [cit. 27. 3. 2017]. ISSN 1473-7167. DOI: 10.1586/erp.11.106. Dostupné z: http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1586/erp.11.106

MOSHER, C. E., T. BAKAS a V. L. CHAMPION. 2013. Physical Health, Mental Health, and Life Changes Among Family Caregivers of Patients With Lung Cancer. *Oncology Nursing Forum* [online]. **40**(1), 53–61 [cit. 28. 3. 2017]. ISSN 0190-535. DOI: 10.1188/13.ONF.53-61. Dostupné z: http://onf.ons.org/onf/40/1/physical-health-mental-health-and-life-changes-among-family-caregivers-patients-lung-cancer

MOSQUERA, I. et al. 2016. Measuring the impact of informal elderly caregiving: a systematic review of tools. *Quality of Life Research* [online]. **25(**5), 1059-1092 [cit. 27. 3. 2017]. ISSN 0962-9343. DOI: 10.1007/s11136-015-1159-4. Dostupné z: http://link.springer.com/10.1007/s11136-015-1159-4

NEVILLE, CH. C. a G. J. A. BYRNE. 2008. Effect of a residential respite admission for older people on regional Queensland family carers. *Collegian* [online]. **15**(4), 159–164 [cit. 19. 2. 2017]. ISSN 1322-7696. DOI: 10.1016/j.colegn.2008.06.003. Dostupné z: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1322769608000474

PERSSON, C. et al. 2008. Assessing informal caregivers' experiences: a qualitative and psychometric evaluation of the Caregiver Reaction Assessment Scale. *European Journal of Cancer Care* [online]. **17**(2), 189–199 [cit. 19. 2. 2017]. ISSN 0961-5423. DOI: 10.1111/j.1365-2354.2007.00833.x. Dostupné z: http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2354.2007.00833.x

POST, M. et al. 2007. Reproducibility of the Caregiver Strain Index and the Caregiver Reaction Assessment in partners of stroke patients living in the Dutch community. *Clinical Rehabilitation* [online]. **21**(11), 1050–1055 [cit. 19. 2. 2017]. ISSN 0269-2155. DOI: 10.1177/0269215507079140. Dostupné z: http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269215507079140

PRUE, G., O. SANTIN a S. PORTER. 2015. Assessing the needs of informal caregivers to cancer survivors: a review of the instruments. *Psycho–Oncology*. **24**(2), 121–129. ISSN 1057-9249. DOI: 10.1002/pon.3609.

RIGBY, H., G. GUBITZ a S. PHILLIPS. 2009. A Systematic Review of Caregiver Burden following Stroke. *International Journal of Stroke* [online]. **4**(4), 285–292 [cit. 28. 3. 2017]. ISSN 1747-4930. DOI: 10.1111/j.1747-4949.2009.00289.x. Dostupné z: http://journals.sagepub.com/doi/10.1111/j.1747-4949.2009.00289.x

SEQUEIRA, C. 2013. Difficulties, coping strategies, satisfaction and burden in informal Portuguese caregivers. *Journal of Clinical Nursing* [online]. **22**(3-4), 491-500 [cit. 27. 3. 2017]. ISSN 09621067. DOI: 10.1111/jocn.12108. Dostupné z: http://doi.wiley.com/10.1111/jocn.12108.

SHILLING, V. et al. 2016. Patient-reported outcome measures for cancer caregivers: a systematic review. *Quality of Life Research* [online]. **25**(8), 1859–1876 [cit. 19. 2. 2017]. ISSN 0962-9343. DOI: 10.1007/s11136-016-1239-0. Dostupné z: http://link.springer.com/10.1007/s11136-016-1239-0.

SINFORIANI, E. et al. 2010. Differences between physician and caregiver evaluations of in Alzheimer's disease. *Functional Neurology*. **25**(4), 205–209 [cit. 19. 2. 2017]. ISSN 0393-5264. Dostupné z: http://www.functionalneurology.com/common/php/portiere.php?ID=374e48ab071007572860 45729db2516d

ŠERFELOVÁ, R. 2011. Hodnotenie záťaže a kvality života rodín v paliatívnej starostlivosti. *Profese on-line* [online]. **4**(1), 29–32 [cit. 20. 4. 2017]. ISSN 1803-4330. Dostupné z: http://profeseonline.upol.cz/upload/soubory/2011_01/36-serfelova.pdf

ŠERFELOVÁ, R. a B. HLADEKOVÁ. 2010. Záťaž opatrovateľa v procese starostlivosti o chronicky chorého. *Ošetřovatelství a porodní asistence*. **1**(3), 89–92. ISSN 1804-2740. Dostupné z: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2010 03/4_serfelova_hladekova.pdf

TABAKOVÁ, M. a P. VÁCLAVIKOVÁ. 2008. Záťaž opatrovateľa v domácom prostredí. *Profese on-line* [online]. **1**(2), 77–88 [cit. 20. 4. 2017]. ISSN 1803–4330. Dostupné z: http://profeseonline.upol.cz/zataz-opatrovateora-v-domacom-prostredi/

ZHONG, M. et al. 2013. Validity and reliability of the PDCB: a tool for the assessment of caregiver burden in Parkinson's disease. *International Psychogeriatrics* [online]. **25**(09), 1437-1441 [cit. 27. 3. 2017]. ISSN 1041-6102. DOI: 10.1017/S1041610213000586. Dostupné z: http://www.journals.cambridge.org/abstract_S1041610213000586

ZVĚŘOVÁ, M. 2015. Vliv Alzheimerovy demence na psychosociální zdraví pečující osoby. *Česká a slovenská psychiatrie*. **111**(2), 59-63 [cit. 20. 4. 2017]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/archiv.php

SEZNAM ZKRATEK

ACS	Appraisal of Caregiving Scale
ADL	Activity of Daily Living
BAS	Burden Assessment Scale
CBI	Caregiver Burden Inventory
CPBQ	Caregiver-Perceived Burden Questionnaire
CBS	Caregiver Burden Scale
CCI	Cost of Care Index
CHS	Caregiver Hassles Scale
CMP	Cévní mozková příhoda
CRA	Caregiver Reaction Assessment
CSI	Caregiver Strain Index
ICC	Intraclass Corelation
PN	Parkinsonova nemoc
PDCB	Parkinson’s Disease Caregiver Burden Questionnaire
SCB	Sceen for Caregiver Burden
ZBI	Zarit Burden Interview